

Jaarbericht Nationale Drugmonitor 1999

Bureau NDM

**Bureau NDM
postbus 725
3500 AS Utrecht
030-2971100**

Gewaardeerd commentaar en suggesties ontvingen wij van:

drs M Abraham

drs V van Alem

dr E van Ameijden

dr R Bijl

prof. dr W van den Brink

dr PDA Cohen

dr P Cuijpers

ir WE van Dalen

dr R de Graaf

drs C Mensink

AW Ouwehand

dr C Smits

dr I Spruit

drs J Toet

drs WM de Zwart

De eindverantwoordelijkheid voor de tekst berust evenwel bij het bureau NDM.

Wij danken in het bijzonder onderzoeksinstituut CEDRO (Universiteit van Amsterdam, drs M Abraham en dr P Cohen) voor het beschikbaar stellen van de concept-versie van het verslag van het grote landelijke onderzoek naar druggebruik in 1997, en IVV/IVZ (AW Ouwehand en V van Alem) voor het verrichten van aanvullende analyses van gegevens over de verslavingszorg.

ISBN

Bureau NDM. Jaarbericht NDM 1999. Utrecht: NDM, 1999.

Inhoud

Lijst van afkortingen

Deel 1: Algemeen

1.1 De Nationale Drugmonitor

1.2 Het Jaarbericht NDM 1999

Deel 2: Cijfers

2.1 Cannabis

2.1.1 Inleiding

2.1.2 Gebruik onder de algehele bevolking

2.1.3 Gebruik onder jongeren

2.1.4 Gebruik: vergelijking met het buitenland

2.1.5 Risico's

2.1.6 Maatschappelijke schade

2.1.7 Hulpvraag

2.1.8 Resumé

2.2 Cocaine

2.2.1 Inleiding

2.2.2 Gebruik onder de algehele bevolking

2.2.3 Gebruik onder jongeren

2.2.4 Gebruik: vergelijking met het buitenland

2.2.5 Hulpvraag

2.2.6 Resumé

2.3 Opiaten

2.3.1 Inleiding

2.3.2 Gebruik onder de algehele bevolking

- 2.3.3 Gebruik onder jongeren
- 2.3.4 Gebruik: vergelijking met het buitenland
- 2.3.5 Risico's
- 2.3.6 Maatschappelijke schade
- 2.3.7 Hulpvraag
- 2.3.8 Resumé

2.4 Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen

- 2.4.1 Inleiding
- 2.4.2 Gebruik onder de algehele bevolking
- 2.4.3 Gebruik onder jongeren
- 2.4.4 Gebruik: vergelijking met het buitenland
- 2.4.5 Hulpvraag
- 2.4.6 Risico's
- 2.4.7 Resumé

2.5 Alcohol

- 2.5.1 Inleiding
- 2.5.2 Gebruik onder de algehele bevolking
- 2.5.3 Gebruik onder jongeren
- 2.5.4 Gebruik: vergelijking met het buitenland
- 2.5.5 Risico's
- 2.5.6 Maatschappelijke schade
- 2.5.7 Hulpvraag
- 2.5.8 Resumé

Deel 3: Preventie en zorg

3.1 Cannabis

- 3.1.1 Preventie
- 3.1.2 Behandeling
- 3.1.3 Cannabis als medicijn

3.1.4 Onderzoek

3.2 Cocaïne

3.2.1 Behandeling

3.2.2 Onderzoek

3.3 Opiaten

3.3.1 Preventie

3.3.2 Behandeling

3.3.3 Onderzoek

3.4 Alcohol

3.4.1 Preventie

3.4.2 Behandeling

3.4.3 Onderzoek

Bijlage

A De eerste maanden van de NDM

Lijst van afkortingen

2-CB	4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
ADAM	Arrestee Drug Abuse Monitoring
AIAR	Amsterdam Institute for Addiction Research
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CEDRO	Centrum voor Drugsonderzoek
DATO	Drug Abuse Treatment Outcome
DIMS	Drugs Informatie- en Monitoringsysteem
DMS	Drug Monitoring Systeem
DOB	2,5-dimethoxy-4-bromoamfetamine
DSM	Diagnostic Statistical Manual
EMA	Educatieve Maatregel Alcohol
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
GCV	Gelders Centrum voor Verslavingszorg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GHB	Gamma-hydroxyboterzuur
HIV	Humane Immunodeficiëntie Virus
ICD	International Classification of Diseases
IVO	Instituut voor VerslavingsOnderzoek
IVS	Instelling Verslavingszorg Stedendriehoek
IVV/IVZ	Informatievoorziening Verslavingszorg
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem
LSP	Landelijke Steunfunctie Preventie
MBDB	N-methyl-1-(3,4-methylene-dioxyphenyl)-2-butanamine
MDA	Methylene-dioxyamfetamine
MDEA	Methylene-dioxyethylamfetamine
MDMA	3,4-methylene-dioxymethamfetamine
NDM	Nationale Drugmonitor
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NTORS	National Treatment Outcome Research Study

NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NZi	Nationaal Ziekenhuis Instituut
PET	Positron Emission Tomography
RCT	Randomized Clinical Trial
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RODIS	Rotterdams Drugs Informatie Systeem
SIG	Stichting Informatie Gezondheidszorg
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography
SVO	Stuurgroep Vermindering Overlast
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
UNRAB	University of Nijmegen Research group on Addictive Behaviors
WHO	Wereld Gezondheidsorganisatie
WODC	Wetenschappelijk Onderzoeks- en DocumentatieCentrum
ZON	ZorgOnderzoek Nederland

Deel 1: Algemeen

1.1 De Nationale Drugmonitor

In 1998 informeerde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Tweede Kamer over haar voornemen om de Nationale Drugmonitor (NDM) op te richten. Op 21 april 1999 kreeg dit plan brede steun in het Algemeen Overleg met de Vaste Kamercommissies voor Justitie en voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Meteen daarna werd begonnen met de eerste werkzaamheden. Bijlage A geeft daarvan een opsomming. De NDM moet in totaliteit drie functies behartigen, onder verantwoordelijkheid van verschillende, samenwerkende instanties:

- uitvoering van monitoring van verslaving en middelengebruik. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de uitvoerende instituten en instanties zelf.
- coördinatie van die activiteiten. Dit is een taak van het bureau NDM.
- integratie van gegevens uit bedoelde activiteiten in rapportages aan nationale overheden en internationale instanties. Hiervoor zorgt het bureau NDM met medewerking van deskundigen uit het hele land.

Onder monitoring verstaat de minister vooral de registratie en interpretatie van *cijfers*, maar ook het signaleren van feiten over *preventie* en over *zorg*: diagnostiek, behandeling, begeleiding en maatschappelijke reïntegratie. Wij beschrijven de bewuste functies hier in het kort.

Uitvoering van cijfermatige monitoring

In Nederland verzamelen diverse instanties cijfers over verslaving en middelengebruik. Voorbeelden voor het onderdeel 'volksgezondheid' zijn het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek); IVV/IVZ (Informatievoorziening Verslavingszorg); het Instituut voor VerslavingsOnderzoek (IVO) en de GGD in Rotterdam (projecten: DMS, RODIS); de sectie Medische Sociologie van de Universiteit Maastricht (alcoholstudies als onderdeel van IVO); de Jellinek in Amsterdam (Antenne); het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM: aids/HIV-monitor); het Centrum voor Drugsonderzoek (CEDRO) van de Universiteit van Amsterdam met onderzoek onder de algehele bevolking; de GG&GD van Amsterdam (cohorten van druggebruikers, methadononderhoud, ziekenhuisopnamen); en het Trimbos-instituut: peilingen onder scholieren, de zogenoemde regio- en stedenmonitor samen met IVO-Rotterdam, de Universiteit Maastricht en enkele steden, en het Drugs Informatie- en

Monitoringsysteem: DIMS. Daarnaast brengen tal van andere instituten, bureaus en diensten incidenteel relevante informatie in kaart.

De NDM zal zich vanaf volgend jaar ook richten op cijfers over onderwerpen op de werkerreinen van de ministeries van Justitie, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, en Financiën. Het gaat daarbij onder meer om informatie over:

- aan drugs gerelateerde criminaliteit en overlast, zoals overtredingen van de Opiumwet, vermogens- en geweldsdelicten, rijden onder invloed, druggebruik onder arrestanten, drugtoerisme en buurtoverlast
- het aantal verslaafden in de strafrechtsketen en het functioneren van voorzieningen voor opvang en behandeling van deze personen
- productie, distributie en handel, met gegevens over bijvoorbeeld verkoop van drugs, inbeslagnames, bevoorradingslijnen en clandestiene laboratoria.

Het ministerie van Justitie heeft voor dit doel onlangs opdracht gegeven tot inventarisatie van gegevensbronnen en tot toetsing van de kwaliteit van de beschikbare gegevens voor zover relevant vanuit de optiek van dit departement.

Elk van de genoemde en nog te identificeren uitvoerders van monitoringprojecten is verantwoordelijk voor de eigen activiteit, maar de bedoeling is dat zij in de NDM enerzijds hun werkzaamheden onderling afstemmen en anderzijds meetmethoden standaardiseren om gegevens te kunnen vergelijken.

Coördinatie

Voor bedoelde afstemming en standaardisatie is coördinatie nodig. Daarvoor zorgt het bureau NDM. Dat is ondergebracht bij het Trimbos-instituut, maar het opereert onafhankelijk, ook ten opzichte van andere instanties. Daarvoor moet het nodige worden geregeld. Het bureau begon daarmee in mei 1999. Een verslag van ondernomen activiteiten is te vinden in bijlage A.

Rapportages

Deze derde functie wordt verzorgd door het bureau NDM, maar via erkenning van auteurschap en dergelijke wordt recht gedaan aan de inbreng van de vele deskundigen die naar verwachting aan de NDM zullen bijdragen. Er is een huisstijl ontworpen die het NDM onderscheidt als een landelijk samenwerkingsverband, onafhankelijk van bestaande

organisaties. Jaarlijks stellen wij een publicatieschema vast. Onder de vlag van de NDM verschijnen in ieder geval:

- jaarlijkse rapportages aan respectievelijk de regering en het parlement (Jaarbericht NDM), het EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Lissabon), de WHO (Wereld Gezondheidsorganisatie) en de Verenigde Naties, al dan niet via tussenkomst van een of meer ministeries
- in opdracht rapportages aan lagere overheden
- eens per drie jaar een Engelstalig boek over de situatie en het beleid in Nederland met betrekking tot verslaving en middelengebruik
- het zogenoemde zakboekje met kerncijfers
- de ‘fact sheets’: teksten in Nederlands, Engels, Duits en Frans die in informatiebehoefte van een breed publiek maar bijvoorbeeld ook van Nederlandse ambassades over de hele wereld voorzien
- korte signalementen van ‘evidence based’ ontwikkelingen in preventie en zorg, in samenwerking met de zogenoemde ontwikkelcentra van *Resultaten Scoren*.

In deze publicaties komen alle elementen van monitoring aan de orde: cijfers, preventie en zorg. De cijfers voor Nederland stammen uit de monitoringprojecten waarop wij hierboven doelden. Het gaat in hoofdzaak om gepubliceerde gegevens en voor het overige om de uitkomsten van analyses die speciaal voor het bureau worden verricht. De uitvoerders van monitoringprojecten nemen bij levering van cijfers aan het bureau NDM de gebruikelijke voorschriften voor privacybescherming in acht, zodat gegevens niet tot personen herleidbaar zijn.

1.2 Het Jaarbericht NDM 1999

Dit is het eerste Jaarbericht NDM. Door de beperkte tijd die voor het schrijven van deze tekst beschikbaar stond, moest de opzet bescheiden blijven. Wij besloten de schijnwerper te richten op vijf groepen stoffen: cannabis; cocaïne; opiaten; ecstasy, amfetaminen en verwante stoffen; en alcohol. Volgend jaar komen ook andere stoffen aan bod. Bepaalde gegevens, zoals uit justitiële en politionele bronnen, zullen dan meer aandacht krijgen dan nu mogelijk was.

Het Jaarbericht zal niet de omvang van een naslagwerk krijgen. Diverse soorten gegevens keren ongetwijfeld geregeld terug, maar andere onderwerpen wisselen van jaar tot jaar, afhankelijk van:

- ontwikkelingen die wij signaleren
- actuele behoeften aan informatie bij overheden en het ‘veld’
- agendering van activiteiten door het EMCDDA en andere internationale en nationale organisaties.

Het accent in het Jaarbericht ligt op actualiteit en op trends, niet op boekdelen vullende volledigheid. Daarom streven wij niet naar volstrekte symmetrie van onderwerpen die in de diverse hoofdstukken aan bod komen. Elk jaar presenteren wij cijfers over middelengebruik onder respectievelijk de gehele bevolking en jongeren en cijfers over het beroep op de hulpverlening, dat alles in zowel nationaal als internationaal perspectief. Dat gebeurt hieronder in Deel 2. De passages over preventie en zorg (Deel 3) zullen meer variabel zijn.¹

Het ligt in de opzet van de meeste monitors besloten dat ongunstige feiten en ontwikkelingen meer nadruk krijgen dan gunstige en dat daardoor onbedoeld een scheef en tobberig beeld ontstaat. Zo is alcohol een middel met ook positieve effecten als gezelligheid en verbroedering, dat in bescheiden dosering beschermt tegen hart- en vaatziekten.² Uiteindelijk gaat het om een afweging van voor- en nadelen, van kosten en baten. Het is niet de taak van het Jaarbericht om die weging te maken.

¹ Het ene jaar valt er uit de recente wetenschappelijke literatuur bijvoorbeeld iets te melden over behandeling bij cocaïneverslaving maar niet over preventie van die problematiek; het volgend jaar is het wellicht andersom of doet zich juist bij cannabis een doorbraak voor. Daarom moet de lezer niet elk jaar een compleet overzicht van de stand van zaken voor alle vormen van preventie en zorg verwachten. Er bestaan trouwens al goede overzichten van die aard. [(50 157 158)] Onze inzet is om elke keer de meest saillante publicaties van het afgelopen jaar te signaleren.

² Niet iedereen is het met dit laatste eens [59], maar de bewijzen zijn redelijk overtuigend. Het ziet er naar uit dat matig drinken van alcohol niet alleen de doorsnee persoon kan beschermen tegen hart- en vaatziekten maar bijvoorbeeld ook patiënten met suikerziekte. [30 145]

Vele feiten en ontwikkelingen die in de volgende hoofdstukken de revue passeren zeggen op zich weinig. Want welke betekenis moet bijvoorbeeld gehecht worden aan de afname van het aantal geheelonthouders in ons land? Voor de samenleving is van belang dat de schade die drinken veroorzaakt beperkt wordt of althans niet groeit. De neiging is dan groot om de aandacht te richten op mensen die de controle over drinken al hebben verloren. Maar dat doet geen recht aan het inzicht dat tussen normaal en abnormaal drinken een vloeiende overgang bestaat. Hoe omvangrijker de consumptie onder de totale bevolking, hoe groter het aantal mensen dat vanwege drinken in problemen zal komen.[44] Daaruit volgt dat van preventieve maatregelen die zich concentreren op de totale consumptie meer gezondheidswinst verwacht mag worden dan van preventie gelimiteerd tot risicogroepen, hoe belangrijk die laatste benadering ook is. En dus is een maat als afname van het aantal geheelonthouders niet op voorhand onzinnig. Er zou immers een tendens in gelezen kunnen worden tot verhoging van de drankconsumptie onder de algehele bevolking.

Kortom, het is hachelijk om bij voorbaat te bepalen welke gegevens meer of minder relevant zijn. Daarom hebben wij de informatie die wij in dit Jaarbericht presenteren zo min mogelijk geselecteerd. Naarmate wij in het kader van de NDM meer leren over bedoelde relevantie van cijfers, feiten en trends, kunnen wij in komende jaren wel met recht en reden selecteren. Het gaat daarbij overigens niet alleen om de kwaliteit en de wetenschappelijke relevantie van gegevens, maar ook om de behoeften aan inzicht die leven bij de opdrachtgevers van de NDM, in eerste instantie regering en parlement. Wat heeft in het beleid prioriteit? Wat zijn bijvoorbeeld de doelstellingen bij alcohol? Het antwoord op dat soort vragen bepaalt waaraan de NDM aandacht zal besteden.

Tot slot een paar kanttekeningen bij de indeling van dit Jaarbericht. Het is niet gezegd dat wij elk jaar de hoofdstukken zullen ordenen naar stof, zoals wij nu bij wijze van proef hebben gedaan. Die werkwijze is weliswaar overzichtelijk maar heeft als nadeel dat de wereld om het ene of andere middel lijkt te draaien waardoor het zicht op grotere verbanden vervaagt.³ Indeling naar genotmiddel heeft ook als bezwaar dat over het hoofd wordt gezien dat veel

³ Een voorbeeld: Deelnemers aan spijbelprojecten gebruiken vaker cannabis, alcohol, enzovoort dan leerlingen van middelbare scholen. Dat heeft wellicht niet alleen met de eigenschappen van het middel te maken, maar meer met sterkere beleving van uitzichtloosheid of een grotere frequentie van gedragsstoornissen onder spijbelaars. Een tweede voorbeeld: Zwaar drinken komt vaak voor onder jongeren en jongvolwassenen. Begrijpelijk is dan een roep om versterking van alcoholpreventiebeleid, maar dat moet wel oog hebben voor het grotere verband van een jeugdcultuur met een sterke hang naar uitgaan en naar gedrag dat als vanouds oudere generaties tegen de haren instrijkt.

harddruggebruikers zich niet beperken tot één enkel middel. Daarom onderstrepen wij hier op voorhand dat zogeheten polydruggebruik eerder regel is dan uitzondering.⁴

In Deel 3 vatten wij de bewijskracht van zogeheten interventies (= acties, maatregelen, ingrepen, aanpak) met betrekking tot preventie en zorg samen. Het gaat daarbij uitdrukkelijk niet om alle interventies die in de praktijk worden toegepast, want dat zou dit Jaarbericht alsnog uitdraaien op een handboek. Veel van de evidentie stamt uit Amerikaans onderzoek, eenvoudigweg omdat de wetenschappelijke bijdrage van andere landen daarbij achterblijft. Amerikaanse bewijzen kunnen echter niet zonder meer van toepassing worden verklaard op soortgelijke interventies in Nederland. Interventies staan niet op zich; hun werkzaamheid hangt mede af van de sociaal-culturele context waarin ze worden uitgevoerd. Veelbelovende interventies moeten daarom steeds ook in Nederland op waarde worden beproefd.

Voor het aangeven van de bewijskracht gebruiken wij de volgende symbolen: – ineffectief; * onvoldoende bewijs voor of tegen; ** redelijk en *** sterk bewijs in het voordeel van de interventie. Het teken ? staat voor interventies die zo weinig zijn onderzocht dat een uitspraak over bewijskracht nog niet mogelijk is.

Dit Jaarbericht bevat geen pleidooien. De functie van het Jaarbericht is om te signaleren en te constateren. Dat hoeft overigens niet synoniem te zijn met gortdroog proza. Uiteraard kunnen de gepresenteerde gegevens beleidsrelevant zijn. Daarom streven wij ernaar om het Jaarbericht ieder jaar uit te brengen op een moment dat het door het kabinet betrokken kan worden bij de voortgangsrapportage over het drugsbeleid.

⁴ Ander bezwaar van de indeling: Nogal wat preventieve en therapeutische interventies strekken zich uit tot middelengebruik in het algemeen. Ze gaan dus uit boven de ene of andere stof. Uit het feit dat wij bepaalde preventieve interventies bespreken in bijvoorbeeld het hoofdstuk over alcohol en niet in andere, mag niet worden geconcludeerd dat voor alcohol meer preventie mogelijk is dan voor andere middelen.

Deel 2: Cijfers

2.1 Cannabis

2.1.1 Inleiding

Van alle niet-legale drugs vindt in westerse landen cannabis de meeste aftrek. Er circuleren uiteenlopende schattingen van de frequentie van cannabisgebruik. Dat komt doordat onderzoekers het gebruik op verschillende manieren peilen, bijvoorbeeld via anonieme vragenlijsten of via telefonische navraag of interviews thuis. Niettemin is over cannabisgebruik vrij veel bekend.

In dit hoofdstuk bespreken wij uitkomsten van monitoringstudies. De nadruk ligt echter op de vraag of cannabis schadelijk is.

2.1.2 Gebruik onder de algehele bevolking

De hoofdmoot van consumptie van cannabis is experimenteel en recreatief. Dat wil zeggen dat de drug wordt geprobeerd maar het gebruik ervan niet lang wordt doorgezet en beperkt blijft tot de vrije tijd. Volgens een peiling in 1997 onder bijna 22 000 Nederlanders van twaalf jaar en ouder had een kleine 16 procent ooit cannabis gebruikt en 2,5 procent actueel, dat wil zeggen in de laatste maand voor het interview.[1] Daaruit valt te berekenen dat er omstreeks 323 000 actuele gebruikers in Nederland zijn.⁵ Het aantal cannabisgebruikers loopt uiteen tussen steden en regio's.[1] Dat hangt deels samen met verschillen in samenstelling van de bevolking, bijvoorbeeld de omvang van de groep studenten, maar ook met graad van verstedelijking. Daarmee zijn de verschillen tussen de vier grootste steden evenwel niet verklaard (Tabel 1).

Tabel 1 *Cannabisgebruik in de vier grootste steden en in niet-stedelijke gemeenten: mensen van twaalf jaar en ouder in 1997 (in %)*

	Amsterdam	Rotterdam	Den Haag	Utrecht	Niet-stedelijke gemeenten*
--	-----------	-----------	----------	---------	----------------------------

⁵ Deze schatting is aan de lage kant, omdat in een steekproef uit de algehele bevolking groepen waarin cannabisgebruik eerder regel dan uitzondering is vermoedelijk ondervertegenwoordigd zijn. Te denken valt aan heroïneverslaafden, zwerfjongeren, frequente bezoekers van coffeeshops.[120] Als dit juist is, zou de schatting volgens Van den Brink met maximaal eenderde moeten worden opgehoogd.[153]

Ooit-gebruik	37	19	20	27	11
Actueel gebruik	8	3	4	4	2

* Definitie van het CBS: gemeenten met minder dan vijfhonderd adressen per vierkante kilometer

Consumenten van cannabis gebruiken daarnaast meestal geen andere illegale drugs. Het omgekeerde kan niet worden gezegd, want vele gebruikers van andere drugs zijn niet afkerig van cannabis.⁶ Cannabisgebruik is overwegend een fenomeen onder jongeren en jongvolwassenen.⁷ Het aantal reguliere consumenten en de consumptie dalen scherp in de loop van tien tot vijftien jaar na het begin van regulier gebruik, waarbij meer dan vier op de tien zware gebruikers zelfs helemaal stoppen.[69]

2.1.3 Gebruik onder jongeren

Sinds het midden van de jaren tachtig wordt er in Nederland onder leerlingen van middelbare scholen van twaalf jaar en ouder om de vier jaar gepeild of zij ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. De cijfers van dit zogenoemde peilstation-onderzoek geven trends weer over de jaren heen. Het actuele gebruik van cannabis onder jongens steeg van 4 procent in 1988 naar 14 procent in 1996, en onder meisjes van respectievelijk 2 naar 8 procent.⁸ De 'kloof' tussen jongens en meisjes bleef al die jaren gehandhaafd. (Figuur 1)[39] Ook andere gegevens wijzen op een groei de afgelopen tien jaar in het gebruik van cannabis onder jongeren.⁹ ¹⁰ Volgens herhaalde peilingen in Amsterdam lag het percentage actuele gebruikers daar in 1987 op 5,6 en in 1997 op 8,1. Het ging vooral om jongeren en jongvolwassenen, waarbij de metingen in dit geval niet beperkt bleven tot scholieren.[2]

⁶ Van degenen die in 1997 onlangs (laatste maand) cannabis hadden gebruikt had 13% toen ook een harddrug (heroïne, cocaïne, amfetamine, ecstasy hallucinogenen, m.u.v. paddestoeltjes) genomen. Andersom: van de actuele gebruikers van een harddrug had bijna de helft ook cannabis geconsumeerd.[1]

⁷ Ondanks het stijgend gebruik van cannabis onder scholieren is de *gemiddelde* leeftijd waarop cannabis wordt geprobeerd 20 jaar, volgens gegevens uit 1997.[1]

⁸ Met 'actueel' bedoelen wij steeds: in de maand voorafgaand aan de peiling. De cijfers in de tekst moeten als volgt worden gelezen. Als er bijvoorbeeld staat dat het actueel gebruik van een middel onder jongens 4 procent was, dan betekent dit dat 4 procent van de geënqueteerde jongens het middel een of meer malen in de maand daarvoor had geconsumeerd. De term 'ooit-gebruik' slaat op consumptie ooit in het leven.

⁹ Dit zou suggereren dat gebruik van cannabis constant stijgt. Een historisch correcter perspectief bieden gegevens uit de VS, waar peilstation-metingen onder leerlingen en huishoudens al veel langer worden gehouden dan in Nederland. De hoogste piek voor cannabisgebruik onder leerlingen van middelbare scholen deed zich daar voor in 1979. Daarna daalde de consumptiefrequentie tot een dieptepunt in 1992, om vervolgens net als in Nederland te stijgen. De groei lijkt inmiddels voorbij.[87] Dit patroon heeft zich wat algemeen druggebruik betreft ook voorgedaan in Zweden.[12]

Figuur 1 *Actueel (afgelopen maand) gebruik van cannabis onder scholieren van twaalf jaar en ouder: Trend vanaf 1988 in percentage gebruikers*

Van deelnemers aan spijbelprojecten was 35 procent actueel gebruiker van cannabis in 1997.[133] Nog hoger lag de consumptie onder jongeren in justitiële opvang- en behandelinrichtingen, namelijk op 53 procent.[75]

2.1.4 Gebruik: vergelijking met het buitenland

Internationale vergelijkingen zijn meestal discutabel vanwege verschillen in meetmethoden. Niettemin is duidelijk dat Nederland onder westerse landen geen koploper is in cannabisgebruik, maar eerder een middenmoter. Zo zijn cijfers voor ooit-gebruik onder Amerikanen van twaalf jaar en ouder twee maal zo hoog als in Nederland (33 tegen 16 procent) en dat geldt ook voor actueel gebruik (5 tegen 2,5 procent).[69] In de Europese Unie hebben meer dan 40 miljoen mensen ooit cannabis geconsumeerd, ongeveer 16 procent van de bevolking van 15-64 jaar. De Nederlandse cijfers voor ooit-gebruik liggen onder die voor Denemarken, het Verenigd Koninkrijk en Ierland.[53]

Meer houvast biedt een vergelijking van uitkomsten van dezelfde enquête afgenomen bij dezelfde leeftijdsgroep. Figuur 2 toont de laatst bekende gegevens uit schoolpeilingen daterend van het midden van de jaren negentig. Op de maat van zowel ‘ooit-gebruik’ als ‘actueel gebruik’ voerden Groot-Brittannië, Ierland en de VS de boventoon.[46] De verschillen lijken minder groot dan bij volwassenen.

Figuur 2 *Gebruik van cannabis – actueel en ooit in het leven – onder 15- tot 16-jarige scholieren in EU-lidstaten en de Verenigde Staten (in %)*

2.1.5 Risico's

De mens heeft in zijn lichaam van nature aangrijpingspunten voor cannabis. Iedereen heeft van zichzelf cannabisachtige stoffen die op deze receptoren inwerken. Cannabis is met andere woorden functioneel verwant aan lichaamseigen stoffen. Er zijn twee typen cannabisreceptoren: CB₁ en CB₃. De functies van beide lichaamseigen systemen moeten deels

¹⁰ Volgens gegevens uit Rotterdam zou er geen trend zijn tot toename onder (oudere) volwassenen. (J Toet,

nog worden ontraadseld, maar vaststaat dat het niet alleen om een rol in mentale processen gaat, doch ook in motoriek, pijnbeleving, en afweer tegen infecties en dergelijke. Bij voortschrijdend inzicht zal de farmaceutische industrie ongetwijfeld meer interesse krijgen voor stoffen die op deze receptoren inwerken.[108]

Elke stof brengt zekere gevaren met zich mee. Men moet die risico's in perspectief zien. Het is waar dat cannabis psychotische verschijnselen bij lijdens aan schizofrenie kan verergeren of bij mensen met aanleg voor die ziekte kan uitlokken.[111] Maar de drug veroorzaakt als regel geen psychoses onder andere gebruikers.[69] Schizofrenie komt bij minder dan 1 procent van de bevolking van achttien jaar en ouder voor en bedoeld effect is daarom niet maatgevend voor het doorsnee risico van cannabisgebruik. Een van de meest evenwichtige evaluaties van de gevaren van cannabis is gepubliceerd door het gerenommeerde Institute of Medicine in de VS, waarop wij ons hier verder in hoofdzaak baseren.[69] Het Institute of Medicine is enigszins vergelijkbaar met de Gezondheidsraad in Nederland.

Cannabis veroorzaakt doorgaans euforie, een gevoel van ontspanning en vermindering van angst. Omstreden is de stelling dat de drug apathie in de hand werkt. Men kan oorzaak en gevolg net zo goed omgedraaid zien: verveling en uitzichtloosheid zijn een voedingsbodem voor cannabisgebruik. Het ontbreekt aan gegevens om hier een uitspraak over te kunnen doen.[69] Consumptie van cannabis kan in het begin ongunstig uitwerken op cognitieve functies als aandacht, leren en herinneren.¹¹ De controle over lichaamsbewegingen neemt af. Vooral onervaren gebruikers kunnen bij hoge dosering of orale inname soms reacties als angst, depressie en wanen vertonen. De Amsterdamse GG&GD registreerde 135 gevallen in 1998 van mensen die onwel werden na gebruik van cannabis. In acht op de tien van die gevallen ging het om het roken van hasj, in twee op de tien om het eten van space cake. Bijna de helft was buitenlander. In 1997 betrof het bijna twee maal zoveel personen: 258.[168]

Gebruik van cannabis kan uitmonden in afhankelijkheid.¹² Voor minstens sommige effecten van cannabis treedt tolerantie op. Stoppen met cannabisgebruik leidt af en toe tot milde onthoudingsverschijnselen als rusteloosheid, prikkelbaarheid, slapeloosheid en misselijkheid. Het gevaar van afhankelijkheid is bij cannabis minder dan bij alcohol, tabak en

persoonlijke mededeling)

¹¹ Bij langdurig gebruik zou dat effect tot op zekere hoogte of zelfs geheel verdwijnen.[86] De mate waarin dit gebeurt staat echter nog niet vast.[129 148]

¹² De DSM (Diagnostic Statistical Manual) is een classificatiesysteem voor psychische stoornissen, waartoe misbruik en afhankelijkheid van genotmiddelen zoals alcohol en drugs worden gerekend. 'Afhankelijkheid' wordt afgemeten aan zeven DSM-criteria. Wij bespreken deze systematiek in hoofdstuk 2.5 (Alcohol). Daar komt ook het onderscheid tussen misbruik en afhankelijkheid aan de orde.

bepaalde andere drugs (Tabel 2).[69] Niettemin zijn er risicogroepen, zoals jongeren met gedragsstoornissen, die oververtegenwoordigd zijn in spijbelprojecten en justitiële inrichtingen. De gedragsstoornis gaat meestal aan het cannabisgebruik vooraf.[6 153] Juist deze jongeren hebben nogal eens te kampen met cannabisafhankelijkheid en met co-morbide andere psychische stoornissen.[32 153]

Het grootste risico van het roken van cannabis betreft blootstelling aan dezelfde giftige stoffen zoals teer die men ook inademt bij het roken van alleen tabak. In feite is de neerslag van die stoffen in de long bij cannabis verveelvoudigd – tot zelfs vier maal toe – door een andere techniek van filteren en roken.¹³ Bij zwangerschap kan ook het kind schade oplopen.[48] Mogelijk werkt cannabis in op het immuunstelsel in het lichaam.

Tabel 2 *Mate waarin drugs worden gebruikt onder de Amerikaanse bevolking en mate waarin dat tot afhankelijkheid leidt*

<i>Drug</i>	<i>Percentage ooit-gebruikers</i>	<i>Percentage ooit-gebruikers die afhankelijk werden</i>
Tabak	76	32
Heroïne	2	23
Cocaïne (snuiven)	16	17
Alcohol	92	15
Kalmerings- en slaapmiddelen	13	9
Cannabis	46	9

In discussies duikt geregeld de ‘stepping stone’ gedachte op, die inhoudt dat consumptie van cannabis uitnodigt tot gebruik van zwaardere drugs. De overgrote meerderheid van degenen die tegenwoordig aan heroïne of cocaïne verslaafd raken is ooit begonnen met cannabis en gaat daar trouwens in de regel mee door. Dat betekent echter niet dat cannabis vanzelf de weg opent naar bijvoorbeeld heroïne of cocaïne, want als die wetmatigheid zou gelden dan zouden tabak en alcohol ook als wegbereiders van harddrugs moeten worden gezien omdat ze eerder in het leven al een rol speelden. Volgens het Institute of Medicine is er geen bewijs dat cannabis intrinsiek, vanwege specifieke effecten, fungeert als opstap naar harddrugs. Dat sluit

¹³ Dit risico valt mee als cannabisrokers daarnaast geen tabak roken. Eén joint per dag laat zich niet vergelijken met twintig sigaretten per dag.

niet uit dat een jongere met bijvoorbeeld een gedragsstoornis zijn grenzen aftast door een hele reeks van drugs, in de volgorde van ‘soft’ naar ‘hard’, te proberen. De factoren die het best voorspellen of het ooit tot gebruik van harddrugs (niet per se verslaving) komt zijn: leeftijd waarop voor het eerst gedronken en gerookt wordt, zwaar cannabisgebruik en psychische stoornissen. In deze visie is cannabis geen universele of exclusieve opstap naar harddrugs.[69]

2.1.6 Maatschappelijke schade

De maatschappelijke schade van consumptie van cannabis valt niet te schatten, maar is vermoedelijk gering vergeleken met andere drugs voor zover het om cannabis sec gaat, dus niet om combinatie met andere genotmiddelen. In Amsterdam is nagegaan hoeveel overlast er van coffeeshops uitgaat. Eind 1998 waren er 211 coffeeshops in de hoofdstad en 86 hasjcafés waar ook alcohol verkocht wordt. In de twee jaar daarvoor sloten 56 gelegenheden hun deuren, meestal vrijwillig (31) en in negentien gevallen gedwongen doordat de politie harddrugs in het pand aantroef. Volgens gegevens uit het zogeheten flexibele meldkamersysteem van de politie komen overlast en incidenten in de buurt van coffeeshops en hasjcafés niet veel voor en zeker niet meer dan rond bijvoorbeeld gewone cafés. Bij navraag noemden buurtbewoners coffeeshops slechts zelden – variërend van 0 tot maximaal 11 procent tussen stadsdelen – spontaan als bron van overlast.[8]

Cannabis dempt agressie. Het is daarom onwaarschijnlijk dat deze drug bijdraagt aan het plegen van geweld. Dat sluit niet uit dat daders en slachtoffers toch cannabis hebben gebruikt maar dan meestal samen met andere genotmiddelen, waaronder alcohol. Patiënten van EHBO-afdelingen van ziekenhuizen in grote Amerikaanse steden blijken soms een recente cannabisconsument te zijn, maar zelfs in de stad die op deze maat aan de kop staat (New Orleans) valt het cijfer mee: omgerekend 60 gevallen per 100 000 inwoners in 1998.[29]

Ook criminelen blowen, maar dat betekent allerm minst dat cannabis een oorzakelijke factor is in criminaliteit.[120] De Amerikaanse monitor ADAM (Arrestee Drug Abuse Monitoring) registreert uitkomsten van analyses van urinemonsters van arrestanten. In grote steden wordt cannabis vaak in de urine aangetroffen; St. Louis spant in dit opzicht de kroon met de helft van de mannelijke arrestanten en 30 procent van de vrouwelijke. Onder aangehouden jongeren kan het percentage cannabisgebruikers zelfs oplopen tot boven de 60.¹⁴

¹⁴ Op ADAM is kritiek mogelijk voor zover het gaat om het leggen van relaties tussen druggebruik en criminaliteit (er zijn echter ook andere doelstellingen). Als er al een relatie is tussen cannabis en criminaliteit, dan berust die op

(Phoenix; [29] Er bestaan plannen om ADAM ook in Nederland in te voeren. Onlangs is een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd[154] en zijn de eerste werkzaamheden in de regio Haaglanden gestart. ADAM blijft overigens niet beperkt tot cannabis. Ook alcohol en harddrugs worden bepaald.

2.1.7 Hulpvraag

De meeste consumenten van cannabis komen niet in zodanige problemen dat ze voor dat gebruik professionele hulp nodig hebben. Voor een kleine groep ligt dat anders. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem LADIS registreert hoe vaak mensen hulp vragen bij de ambulante verslavingszorg. Het aandeel inschrijvingen van drugcliënten van de ambulante verslavingszorg met naar eigen zeggen primair een cannabisprobleem, steeg van 5 procent in 1990 naar 11 procent in 1998, ofwel 3700 inschrijvingen.^{15 16} [107] Het zijn geen doorsnee gebruikers van cannabis, omdat een op de drie van hen ook problemen heeft met een of meer andere stoffen, zoals alcohol, cocaïne en ecstasy. Kenmerk is ook de hoge frequentie van andere psychische stoornissen, zelfs aanzienlijk hoger dan bij nieuwe cliënten van de verslavingszorg met een heroïne- of een cocaïneprobleem.[165]

Op de maat ‘beroep op de verslavingszorg’ staat Nederland in EU-verband op de vijfde positie, na Finland, Duitsland, Ierland en Griekenland. (Tabel 3)[46] Daarbij moet wel bedacht worden dat de verslavingszorg in Nederland toegankelijk is, meer dan in sommige andere lidstaten. De cijfers zijn ook om andere redenen, zoals de werking van registratiesystemen, niet zonder meer vergelijkbaar.

De groei van het aandeel cannabiscliënten lijkt af te vlakken [107], zoals ook in de VS, waar de top voor cannabis in 1998 evenwel hoog lag, namelijk op 20 tot 30 procent van alle inschrijvingen in Minneapolis/St. Paul, New Orleans en Miami, tot zelfs 41 procent in Denver.[29]

onderliggende gemeenschappelijke factoren als gedragsstoornissen, die nu juist niet worden gemeten. Bovendien geven analyses van de urine geen accuraat inzicht in het tijdstip – sporen van cannabis kunnen een week of langer oud zijn – en de frequentie van gebruik.

¹⁵ Het percentage berust op cliënten met primair een drugsprobleem, dus exclusief alcohol, gokken en de rubriek ‘overig’. Nog wat andere cijfers over de cannabiscliënten: De helft (52%) betrof nieuwe inschrijvingen. Van de nieuwe gevallen in 1997 was 22% vrouw, 19% allochtoon en de gemiddelde leeftijd was 26 jaar.[33 107]

¹⁶ Niet uitgedrukt als inschrijvingen maar als cliënten: Volgens LADIS was het aantal hulpzoekende cliënten voor alcohol, drugs, gokken en overige 53 000 in 1998, van wie 25 000 primair een drugprobleem had. Van die 25 000 hadden er 3300 primair een probleem met cannabis en 2800 secundair.

Opname in een verslavingskliniek, met inbegrip van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis, is bij cannabisafhankelijkheid en -misbruik beperkt: 309 gevallen in 1996, ofwel 6 procent van alle opnamen voor drugproblematiek.¹⁷

Tabel 3 *Beroep op de verslavingszorg wegens primaire cannabisproblematiek in de Europese lidstaten als percentage van alle inschrijvingen wegens drugproblematiek. Cijfers voor 1996 of 1997*

Finland	16,5
Duitsland	13,0
Ierland	12,0
Griekenland	11,6
Nederland	11,2
Denemarken	10,5
België, Wallonië	9,1
Frankrijk	8,1
België, Vlaanderen	7,4
Zweden	7,0
Italië	6,7
Verenigd Koninkrijk	6,0
Luxemburg	4,0
Portugal	3,0
Spanje	3,0

2.1.8 Resumé

<i>Cannabis: de laatste cijfers</i>	
✓ Aantal actuele gebruikers van cannabis ¹⁸	323 000
✓ Aantal inschrijvingen ambulante verslavingszorg	3700
✓ Aantal opnamen in verslavingsklinieken, incl. APZ*	309

* APZ = algemeen psychiatrisch ziekenhuis

¹⁷ Wij kunnen geen recenter getal bieden. Er is vertraging opgetreden in de rapportage door overgang naar een andere gegevensbeheerder (van SIG [Stichting Informatie Gezondheidszorg] naar NZi [Nationaal Ziekenhuis Instituut]).

¹⁸ Personen van twaalf jaar en ouder.

Cannabis: de trends

- ✓ Aantal actuele gebruikers van cannabis neemt toe, vooral onder jongeren (meer dan verdubbeld sinds 1988)
- ✓ Nederland loopt internationaal niet uit de pas
- ✓ Aantal cannabisgebruikers dat hulp zoekt is klein, maar is gegroeid

2.2 Cocaïne

2.2.1 Inleiding

Veel gebruikers van cocaïne weten deze drug in hun leven in te passen zonder in problemen te komen. [27 28] Maar dat geldt niet voor iedereen. Bovendien kan cocaïne deel uitmaken van problematisch druggebruik dat verscheidene drugs tegelijk omvat. In de jaren negentig kwamen nieuwe preparaten van cocaïne in zwang: gekookte coke, waaronder 'crack'. [41]

Opmerkelijk is de groei in vangsten van cocaïne door de politie en marechaussee: van 124 kilo in 1985 naar ruim 11 000 kilo in 1998.

Onderstaande gegevens gelden voor alle vormen van cocaïne samen. Wij wijden geen paragrafen aan risico's en maatschappelijke schade. Cijfers daarover zijn moeilijk traceerbaar omdat in gegevensverzamelingen onvoldoende onderscheid wordt gemaakt naar type harddrug (zie 2.3).

2.2.2 Gebruik onder de algehele bevolking

Volgens een enquête uit 1997 onder Nederlanders van twaalf jaar en ouder had 2,1 procent ooit cocaïne gebruikt; de actuele consumptie kwam niet uit boven de 0,2 procent. [1] In Amsterdam steeg het ooit-gebruik van cocaïne van 5,7 procent in 1987 naar 9,3 procent in 1997, maar de actuele consumptie nam in die tien jaar nauwelijks toe, van 0,6 naar 1,0 procent. [2]

Onbekend is hoeveel mensen probleemloos cocaïne gebruiken. Een wat ouder cijfer uit 1994 dat berust op een internationale vergelijking suggereert dat het om meer dan 90 procent gaat [3], maar of dat nog zo is valt te betwijfelen alleen al vanwege de populariteit van cocaïne onder opiaatverslaafden.

Consumptie van cocaïne verschilt van plaats tot plaats maar is over het geheel gezien zeldzaam. Zo ligt actueel gebruik in Amsterdam (1 procent) tweeënhalve maal hoger dan in Utrecht en tien maal hoger dan in niet-stedelijke gebieden. [1 81]

Cocaïne wint aan populariteit onder jongvolwassen bezoekers van uitgaansgelegenheden als party's en clubs. [79] Volgens gegevens van de Antenne-monitor had in Amsterdam 24 procent van de ondervraagde uitgaanders van rond de vijfentwintig jaar

oud in de maand voor het interview cocaïne gebruikt, tegen 14 procent in 1994. Deze trend hangt misschien samen met toenemende onvrede met of beduchtheid voor ecstasy. De mogelijk groeiende interesse voor cocaïne onder jong uitgaanspubliek geldt overigens niet of nauwelijks gekookte coke, met inbegrip van crack.

Problematisch gebruik

Volgens een raming in Rotterdam voor de periode 1994-1996 gebruikten negen op de tien opiaatverslaafden ook cocaïne, meestal dagelijks. Hetzelfde geldt voor de nieuwe generatie reguliere harddruggebruikers in Amsterdam, voor wie cocaïne in vier op de tien gevallen zelfs de drug van eerste keus is. Ongeveer de helft van deze Amsterdamse cocaïnegebruikers rookt de drug.[146] Ondanks dit soort bevindingen kennen wij niet het aandeel gebruikers dat aan cocaïne verslaafd is. Zij worden in tellingen gewoonlijk niet goed onderscheiden van verslaafden aan (alleen) opiaten als heroïne en methadon of andere harddrugs (zie 2.3.2).

Cocaïneverslaving komt in bepaalde groepen voor los van opiaatverslaving of in ieder geval als primaire problematiek. Daarbij valt te denken aan criminele of dakloze jongeren, jongens die zich prostitueren en jonge Marokkanen.[168] Volgens de Stichting Mainline zuigt gekookte coke nieuwe groepen gebruikers, met nieuwe verslavingsproblematiek, aan.[135] Het ziet ernaar uit dat zich nieuwe groepen of groepjes van problematische harddruggebruikers aandienen bij wie cocaïne op de voorgrond staat en opiaten geen of een ondergeschikte rol spelen. Hoe groot die groepen zijn is nog niet goed bekend.

2.2.3 Gebruik onder jongeren

Afgaande op de peilstation-meting van 1996 had 2,9 procent van de leerlingen van twaalf jaar en ouder van middelbare scholen ooit cocaïne gebruikt. Het actuele gebruik kwam neer op 1,1 procent, minder dan op speciale middelbare scholen (2 procent) en in spijbelprojecten (5 procent).[133] Gebruik van cocaïne onder leerlingen is laag maar niettemin sinds de jaren tachtig gestegen. Actuele consumptie werd in 1988 gerapporteerd door 0,4 procent van de leerlingen; in 1996 was dat bijna vier maal meer.

2.2.4 Gebruik: vergelijking met het buitenland

Onder 15- tot 16-jarigen was midden jaren negentig het peil van ooit-gebruik van cocaïne in Nederland 4,3 procent. Ons land staat daarmee aan de kop van de Europese lidstaten, met op

de gedeelde tweede plaats het Verenigd Koninkrijk en Italië (elk 3 procent), gevolgd door Ierland en Oostenrijk (2 procent elk). Ook in ooit-gebruik onder volwassenen voert Nederland de lijst van Europese lidstaten aan, voor zover de gegevens vergelijkbaar zijn.[46] Wellicht speelt hier de prominente positie van Nederland in het handelsverkeer van cocaïne een rol, maar dat is voorlopig speculatie. Cocaïne is bovendien goedkoop. Overigens zijn de genoemde cijfers enkele jaren oud (1993-1997); binnenkort verschijnt een nieuw overzicht.

2.2.5 Hulpvraag

In 1998 deden mensen bijna zesduizend maal¹⁹ – 17,5 procent van alle inschrijvingen vanwege drugs – een beroep op de ambulante verslavingszorg primair vanwege cocaïneproblematiek.²⁰ Dat hield een stijging in van 12 procent ten opzichte van de inschrijvingen in 1997 [107] en van meer dan 200 procent sinds 1991. Vergeleken met de andere Europese lidstaten is het aandeel van cocaïnecliënten in het bestand van de (ambulante) verslavingszorg groot. (Tabel 4) [107] Dat hoeft niet te betekenen dat de problematiek in ons land groter is; de lidstaten verschillen immers in toegankelijkheid en bereik van de verslavingszorg.²¹

In 1996 werden 306 cocaïnecliënten in een verslavingskliniek of een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen.

Het beroep op verslavingszorg in de VS vanwege cocaïne lijkt in doorsnee niet langer te groeien. Maar de situatie aldaar laat zich moeilijk vergelijken met die in Nederland. Anders dan in ons land is crack in de VS een belangrijker reden om hulp te vragen dan ‘gewone’ cocaïne. Het aandeel van cocaïne met inbegrip van crack in de totale hulpvraag in 1998 was in Atlanta 60 procent, in Philadelphia 52, in Miami 47 en in New York 36.[29] Zelfs als men dit als uitschieters beschouwt, dan nog liggen de cijfers hoger dan in Nederland.²²

Slechts een fractie van de cocaïnecliënten van de Nederlandse verslavingszorg spuit zichzelf intraveneus met deze drug in. Lang niet alle verslaafden staan in contact met de

¹⁹ Inschrijvingen. Het ging om 4600 cliënten met cocaïne als primair probleem. Daarnaast waren er 6600 cliënten met cocaïne als secundair probleem (en met opiaten meestal als primair probleem: 5200 gevallen).

²⁰ Percentage eerste inschrijvingen in 1997: 50. Van de ‘nieuwe’ gevallen was in 1997 20% vrouw en 31% allochtoon en de gemiddelde leeftijd was 29 jaar.[33]

²¹ Er zijn andere verklaringen denkbaar. Opiaatverslaafden zijn steeds vaker ook cocaïne gaan gebruiken. Als de opiaat wordt ingespoten is de kans groot dat de verslaafde die stof als primair probleem bij de hulpverlening meldt. In Nederland komt spuiten veel minder voor dan in andere landen (zie later), wat wellicht de kans doet toenemen dat cocaïne als primair probleem wordt aangemeld.

²² Op EHBO-afdelingen van ziekenhuizen in Amerikaanse steden wordt doorgaans bij meer dan 100 gevallen op de 100 000 inwoners cocaïne aangetroffen. Van alle drugs die in de urine van arrestanten voorkomen, voert cocaïne de lijst aan, soms zelfs in meer dan de helft van de gevallen. Cocaïne dook vaker op in de urine van vrouwelijke arrestanten dan van mannelijke, althans in steden als Denver, Chicago, Seattle, Philadelphia en New York.[29]

verslavingszorg maar zelfs met die kanttekening is het verschil in spuitgedrag tussen Nederlandse en buitenlandse verslaafden opmerkelijk. In een groot onderzoek in de VS bleken onlangs acht op de tien cocaïneverslaafden de drug te spuiten.[31]

Tabel 4 *Beroep op de verslavingszorg wegens primaire cocaïneproblematiek in de Europese lidstaten als percentage van alle inschrijvingen wegens drugproblematiek. Cijfers voor 1996 of 1997*

Nederland	16,3
Luxemburg	11,0
België, Vlaanderen	9,2
Duitsland	7,0
Spanje	5,6
Verenigd Koninkrijk	3,0
Italië	2,3
België, Wallonië	2,2
Frankrijk	2,1
Portugal	1,5
Zweden	<1
Denemarken	0,7
Finland	0,6
Ierland	0,5
Griekenland	0,4

2.2.6 Resumé

Cocaïne: de laatste cijfers

✓ Aantal actuele gebruikers van cocaïne ²³	26 500
✓ Aantal inschrijvingen ambulante verslavingszorg	6000
✓ Aantal opnamen in verslavingsklinieken, incl. APZ	306

Cocaïne: de trends

- ✓ Cocaïne als primaire drug neemt toe onder reguliere harddruggebruikers
- ✓ Misschien is cocaïne het centrale middel voor een nieuwe groep van problematische harddruggebruikers
- ✓ Beroep op de verslavingszorg vanwege cocaïne neemt toe en is vergeleken met andere lidstaten groot

²³ Gegevens voor personen van twaalf jaar en ouder[1], waarschijnlijk een onderschatting omdat risicogroepen minder zijn bereikt.

2.3 Opiaten

2.3.1 Inleiding

Voor zover drugs worden geassocieerd met verloedering, ziekte en overlast gaat het vooral om opiaten, al is die relatie niet zo algemeen en vanzelfsprekend als vaak wordt gedacht. Het gebruik van opiaten is een cultuurverschijnsel met wortels in het verre verleden, zoals de geschiedenis van het opiumschuiven leert. Opiaten zijn een toonvoorbeeld van de vage grens tussen geneesmiddel en genotmiddel. Tot deze klasse van stoffen hoort bijvoorbeeld de pijnstiller morfine en de hoestdemper codeïne.²⁴ Al die ‘verdovende’ middelen – ook wel narcotica genaamd – worden ook voor niet-medicinale redenen gebruikt, dus als drug. Producenten en gebruikers hebben daarbij de keus uit een grote verscheidenheid aan stoffen. Zo treft men op de Amerikaanse drugmarkt geregeld de hoestdempende middelen hydrocodon en oxycodon aan.[29]

Waar wij hier spreken over opiaten betreft het echter in hoofdzaak heroïne en middelen die samen met of als vervanging voor heroïne wordt gebruikt, zoals methadon. En waar de term ‘harddruggebruik’ valt gaat het merendeels om opiaten of om zogenoemd polydruggebruik dat ook opiaten omvat.

2.3.2 Gebruik onder de algehele bevolking

Er zijn maar weinig Nederlanders van twaalf jaar en ouder die ooit heroïne hebben genomen: 0,3 procent. De actuele consumptie onder de algehele bevolking is zo gering dat er geen schatting van valt te maken.[1] Plaatselijk kan het gebruik hoger uitvallen. Zo werd ooit-gebruik van heroïne in Amsterdam in 1997 geraamd op 1,8 procent, terwijl het percentage in Rotterdam, Den Haag, Utrecht en Tilburg toen niet boven de 0,5 uitkwam. [1] Tussen 1987 en 1997 steeg het actueel gebruik van heroïne in Amsterdam licht van 0 naar 0,3 procent, maar het is nog steeds weinig.

Problematisch gebruik

²⁴ Codeïne: in Nederland door 7% van de respondenten van een landelijk onderzoek (1997) ooit in het leven gebruikt en 1% actueel.[1]

Het uitproberen van een drug leidt meestal niet tot verslaving en ook voor opiaten hoeft dat niet te gelden. Het aantal verslaafden aan opiaten is notoir moeilijk te bepalen doordat niet alle betrokkenen in het zicht verkeren van de verslavingszorg en zeker niet van de politie. Er wordt al jaren uitgegaan van 25 000 – 28 000 opiaatverslaafden in Nederland en dat is nog steeds de beste schatting. Recente berekeningen die volgens wisselende uitgangspunten zijn gemaakt voor het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) in Lissabon, komen ongeveer op deze orde van grootte uit.^{25 26}

Een afname tekent zich af in de gegevens van de GG&GD in Amsterdam.[168] Het geraamde aantal opiaatverslaafden in de hoofdstad lag in 1984 nog boven de 8000 en is sindsdien gedaald tot 5000 in 1998.²⁷ Een belangrijke factor hier is de teruggang van het aantal buitenlandse verslaafden, vooral door vertrek naar het moederland nu sinds het begin van de jaren negentig de prijs voor goede heroïne overal in Europa gedaald is en ook de hulpverlening is verbeterd. De groepen autochtone en allochtone Nederlandse verslaafden blijven redelijk stabiel van omvang, ook al doordat de ‘uitstroom’ beperkt is. Dat laatste hangt samen met de constante verbetering van de levensverwachting van opiaatverslaafden. De gemiddelde leeftijd van de Amsterdamse opiaatverslaafden die bij de autoriteiten bekend zijn – dus niet van allemaal – ligt nu op 38 jaar. Dat was in 1981 nog 27 jaar.[168]

Het aandeel buitenlanders onder de opiaatverslaafden in Amsterdam bedroeg in 1998 36 procent, het aandeel autochtonen 38 en dat van allochtonen – vooral Surinamers, Marokkanen, Turken en Antillianen – 26.²⁸ Een op de vijf was vrouw.[168]

Misbruik en afhankelijkheid²⁹ van opiaten gaan naar verhouding vaak gepaard met psychische co-morbiditeit. In een onderzoek in Rotterdam onder opiaatgebruikers die in behandeling waren bij de verslavingszorg had de helft een ernstig psychisch probleem anders dan verslaving. Een op de drie voldeed aan de criteria voor de zogenoemde dubbele diagnose: verslaafd plus psychisch gestoord. Dit beeld klopt met bevindingen in Den Haag, waar de helft van de opiaatgebruikers, of ze in behandeling waren of niet, kampten met

²⁵ Ondergrens: 25 000, bovengrens: 29 000.[143]

²⁶ Onlangs raamde Regioplan Stad en Land het aantal reguliere harddruggebruikers in de 26 zogenoemde SVO-gemeenten op tussen de 27 000 en 33 000. [18] Daarbij zijn opiaten, cocaïne en amfetamine samengenomen. Een recente schatting van bureau Intraval kwam uit op 21 000 tot 37 400 problematische gebruikers van opiaten en cocaïne. Daarbij zijn de steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag buiten beschouwing gelaten [178] De NDM Werkgroep Epidemiologie zal zich in de komende jaren buigen over de betrouwbaarheid van de vigerende schattingsmethoden.

²⁷ Er zijn ook schattingen voor harddrug- c.q. opiaatverslaafden in andere steden: 3400-4000 in Rotterdam, 3300 in Den Haag, 950 in Utrecht.

²⁸ De terugloop van het aantal buitenlandse opiaatverslaafden met name in Amsterdam hoeft niet representatief te zijn voor heel Nederland en mag niet gelijkgesteld worden aan een afname van buitenlandse gebruikers in alle opzichten. Bij de ambulante verslavingszorg melden zich mensen van vele nationaliteiten, onder anderen asielzoekers en immigranten.[107]

²⁹ Voor definitie van deze begrippen, zie 2.5.

alcoholmisbruik of –afhankelijkheid. Ook sociale fobie (30 procent) en depressie (23 procent) kwamen veel voor.

2.3.3 Gebruik onder jongeren

Volgens de laatste peilstation-meting, in 1996, was gebruik van heroïne onder leerlingen van middelbare scholen van twaalf jaar en ouder beperkt: 1,1 procent ooit en 0,5 procent actueel. Het actuele gebruik is iets, maar verwaarloosbaar, gestegen na 1988, toen het percentage 0,3 was. Het ligt twee maal zo hoog op speciale scholen en in spijbelprojecten als op ‘gewone’ middelbare scholen.[133]

2.3.4 Gebruik: vergelijking met het buitenland

Volgens schattingen van het EMCDDA zijn er anderhalf miljoen probleemgebruikers van opiaten in de Europese Unie, ofwel vier per duizend inwoners. Het Nederlandse cijfer zou neerkomen op twee per duizend. Van al die problematische gebruikers is tweederde echt verslaafd, dat wil zeggen: afhankelijk.

Het EMCDDA steekt veel energie in verbetering van de vergelijkbaarheid van tellingen van harddrugverslaafden tussen de Europese lidstaten, maar voorlopig moeten de cijfers met enig voorbehoud worden gezien. Tabel 5 toont de laatst bekende stand van zaken voor de leeftijdsgroep van 15 tot 54 jaar.[46] Het peiljaar varieerde van 1992 tot 1997. Het aantal problematische harddruggebruikers – merendeels opiaatverslaafden – per duizend inwoners was het hoogst in Luxemburg en Italië terwijl Ierland en het Verenigd Koninkrijk, die niet zijn opgenomen in de tabel, eveneens tot de top behoorden. Ook Frankrijk, Denemarken en Zweden gingen Nederland in deze rangorde vooraf.

Tabel 5 *Aantal problematische harddruggebruikers in de Europese lidstaten per duizend mensen van 15 tot 54 jaar*

Luxemburg	8,9
Italië	7,8
Frankrijk	5,0
Denemarken	4,2
Zweden	3,7
Nederland	2,9
Duitsland	2,8
Oostenrijk	2,8

Finland	2,7
---------	-----

Een internationale vergelijking van metingen uit het midden van de jaren negentig van actueel gebruik van heroïne onder leerlingen van vijftien tot zestien jaar oud bevestigt het beeld van geringe actuele consumptie.³⁰ Het ooit-gebruik onder deze jongeren lag in Nederland op 1,3 procent, onder het peil van 2 procent in Denemarken, Ierland, Italië en het Verenigd Koninkrijk maar boven dat in andere lidstaten.[46]

2.3.5 Risico's

Geregeld gebruik van opiaten kan slecht zijn voor de gezondheid zeker als het samengaat met deviant gedrag. Een acuut gevaar is overdosering. Op langere termijn dreigen infectie- en andere ziekten, overigens afhankelijk van de route waarlangs het middel wordt toegediend. Riskant is vooral injectie (in een ader). Vergeleken met de gemiddelde Amsterdamse bevolking loopt een opiaatgebruiker die het middel niet inspuut maar langs andere weg inneemt een vijf maal verhoogde kans om voortijdig te overlijden. Voor een niet met HIV besmette spuiters van opiaten is die kans veertien maal verhoogd. Komt daar nog eens infectie met HIV bij, dan is de kans bijna vijftig maal zo groot.[160] De belangrijkste ziekten en sterfteoorzaken onder opiaatgebruikers zijn overdosering, hepatitis, endocarditis, longontsteking, aids en zelfdoding.

Volgens statistieken van het CBS sterven er in Nederland maar weinig mensen per jaar – minder dan honderd – aan de gevolgen van druggebruik.³¹ Op die maat lijkt ons land het beter te doen dan de andere lidstaten. De sterftestatistieken van de lidstaten laten zich echter moeilijk vergelijken. Het Trimbos-instituut coördineert een reeks van studies voor het EMCDDA om daarin verbetering te brengen. Tot zolang is elke vergelijking speculatief. Wel kan gesteld worden dat sterfte aan drugs zoals opiaten in Nederland niet noemenswaardig toeneemt. Amsterdam telde in 1992 nog 135 overlijdensgevallen wegens drugs; in 1998 waren dat er 92.[168] De daling komt deels op conto van het verdwijnen van buitenlandse verslaafden. Bij 25 van de 92 doden (27 procent) was overdosering de oorzaak.³² In althans Amsterdam, dat niet per se model hoeft te staan voor heel Nederland, lijkt overdosering

³⁰ Cijfers midden jaren negentig (niet allemaal uit hetzelfde jaar).

³¹ In 1997 registreerde het CBS 67 sterfgevallen gerelateerd aan druggebruik.

³² Overdosering hangt niet alleen samen met de moeilijkheidsgraad van dosiscontrole bij intraveneuze injectie, maar ook met neiging tot zelfdoding, verontreiniging van het middel, enzovoort. De 25 gevallen van overdosering in Amsterdam in 1998 zijn trouwens een behoorlijke reductie ten opzichte van de piek in 1984: 73 gevallen.[168]

betrekkelijk weinig voor te komen.³³ De verklaring ligt in de geringe neiging van Nederlandse druggebruikers om zich het middel in te spuiten.³⁴ Het percentage intraveneuze spuiters van opiaten ligt in Luxemburg, Griekenland en Italië boven de 75 en in andere lidstaten boven de 30. In Nederland gaat het om 14 procent.³⁵ [46] De weerstand tegen spuiten onder Nederlandse opiaat- en andere druggebruikers zou te maken hebben met een cultureel taboe, overgebracht door Surinamers, om de eigen huid te penetreren, maar die verklaring voldoet niet geheel. Waarschijnlijk speelt ook mee een doorwerking van de aloude Chinese opiumcultuur in Amsterdam en Rotterdam, de zuiverheid van heroïne in Nederland, de lange duur van de heroïne-epidemie in ons land die maakt dat vroegere habituele spuiters zijn afgezwaid omdat ze geen spuitbare aderen meer hebben, het methadonbeleid (hogere doses) en het verbod op injecteren in bepaalde gebruiksruidten.[5]

Infectie met HIV ontstaat onder druggebruikers door het spuiten met vuile naalden en door onveilig vrijen. Het aantal gevallen van aids dat aan het injecteren van drugs kan worden toegeschreven, verschilt enorm tussen de Europese lidstaten. In 1997 ging het in Spanje om 75 *nieuwe* gevallen per miljoen inwoners, in Portugal om 51, in Italië om 32 en in Frankrijk om 7. In andere landen, met inbegrip van Nederland met minder dan 3 per miljoen, lag dat cijfer beduidend lager.[46] Er zijn evenwel behoorlijke regionale verschillen. Volgens rapportages van het RIVM is het percentage HIV-infecties onder spuitende druggebruikers in Amsterdam drie maal zo hoog als in Rotterdam en Zuid-Limburg, en vijf tot zes maal zo hoog als in Utrecht. In Arnhem en Deventer zijn HIV-infecties onder druggebruikers zeldzaam.

Het risico op HIV-infectie onder spuiters van drugs is in Nederland de afgelopen tien jaar afgenomen, vooral in Amsterdam, al is het nog steeds reëel. Een indirecte maat voor die afname is de daling van het aantal naalden en spuiten dat wordt omgeruild: van één miljoen in Amsterdam in het begin van de jaren negentig tot 485 000 thans. Dat duidt op een geringere tendens tot spuiten. Dit kan op rekening geschreven worden van het preventiebeleid, maar dat is niet helemaal terecht. Ook hier moet de repatriëring van buitenlandse gebruikers genoemd worden, en bovendien de sterfte onder de oudere generatie spuiters of hun overgang tot andere toedieningswijzen vanwege het ‘opgebruikt’ zijn van oppervlakkige aders.[146 168] Wie eenmaal spuit is daarvan moeilijk af te brengen, zoals een studie onder ex-gedetineerden

³³ Voorlopig moet hiervoor een voorbehoud gelden wegens de internationale verschillen in registratie van ‘drugsdoden’.

³⁴ Bij de gevaren van spuiten komt bij dat gebruikers die opiaten inspuiten sterkere onthoudingsverschijnselen hebben dan degenen die de drug bijvoorbeeld roken.[128]

³⁵ Het cijfer voor Nederland betreft opiaatgebruikers die in behandeling zijn, gemiddeld over het hele land. Voor de totale groep zou het percentage in Nederland wel eens hoger kunnen zijn maar naar alle waarschijnlijkheid nog steeds flink lager dan in andere landen.[18]

leerde.[159] In de gevangenis spotten zij nauwelijks, na ontslag vervielen vier op de tien al heel snel in het oude gedrag. Niettemin zijn verslaafden in staat om met injecteren te stoppen, wat de laatste tien jaar heeft geresulteerd in een flinke afname van het aantal spuiters in althans Amsterdam Ook nemen nieuwe verslaafden minder hun toevlucht tot spuiten dan de vorige generatie en zijn onveilige praktijken als het onderling uitlenen of het hergebruiken van naalden en spuiten afgenomen.[146]

Eind 1998 waren er 836 HIV-positieve druggebruikers bij de Amsterdamse GG&GD bekend, van wie de helft Nederlander. In dat jaar stierven in de hoofdstad 21 druggebruikers aan aids, terwijl begin jaren negentig nog aantallen van 40 tot 60 gebruikelijk waren.[168] De daling komt niet alleen doordat de behandeling is verbeterd, maar ook omdat het aantal gevallen van HIV-infectie is afgenomen. De piek in aids-gevallen deed zich voor in de eerste helft van de jaren negentig. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ontving in 1998 15 meldingen van nieuwe aids-gevallen vanwege druginjectie, tegenover 59 vijf jaar eerder.³⁶[67]

De leefstijl van opiaatverslaafden verhoogt niet alleen het risico op infectie met HIV maar ook op infectie met andere virussen als hepatitis B en C. Zo is 60 tot 75 procent van de spuiters besmet met hepatitis B. De Gezondheidsraad heeft geadviseerd om de overigen in te enten om verdere gezondheidsschade te voorkomen. Meer dan acht op de tien Amsterdamse spuiters heeft het hepatitis-C virus onder de leden.[168]

2.3.6 Maatschappelijke schade

De relatie tussen harddruggebruik en criminaliteit is complex.[55] Bij de interpretatie van de gegevens speelt bovendien het probleem van de onvolledigheid van de meeste politionele en justitiële bestanden. Niettemin levert de criminologische literatuur als beeld op dat de helft van alle harddrugverslaafden zelden of nooit delicten pleegt, en dat voor een op de vijf criminaliteit de voornaamste bron van inkomsten is.[77 78 159] Die laatste groep – ook wel aangeduid als de harde kern – was voor meer dan de helft al crimineel voordat het tot verslaving kwam. Het is dus zo dat harddrugverslaving en criminaliteit geregeld samengaan in plaats dat verslaving altijd uitmondt in criminaliteit. De misdrijven waar het om gaat zijn voornamelijk vermogensdelicten als winkeldiefstal, inbraak, diefstal uit auto's, ontvreemding

³⁶ Het getal voor 1998 is onder voorbehoud; het kan zijn dat er nog meldingen bijkomen. Het cijfer voor 1997 was 40. In dat jaar maakten druggebruikers nog maar 13 procent uit van het aantal nieuwe gevallen van aids, veel minder dan in andere Europese landen.

van fietsen en andere berovingen. Overigens daalt de criminaliteit in verband met harddruggebruik.[25 78 159] Dat zou komen doordat criminele verslaafden eerder en langer worden vastgenomen nu het aantal cellen is uitgebreid, maar mogelijk worden verslaafden met het ouder worden ook meer gezeglijk en gezagsgetrouw. De prijsdaling van harddrugs als opiaten en verlegging van prioriteiten door de politie spelen misschien eveneens een rol.[159]

Hoe groot het aandeel is van harddruggebruikers in de criminaliteit in Nederland valt moeilijk op te maken uit de beschikbare gegevens. Schattingen komen neer op 10 tot 13 procent van alle delicten, waarmee materiële schade in de orde van grootte van 650 miljoen gulden jaarlijks is gemoeid.[90]³⁷ De totale schadepost voor de samenleving van harddruggebruik ligt overigens veel hoger: op 2 miljard gulden.[15]

Drugs drukken een zwaar stempel op het strafrechtstelsel. Zo'n 30 procent van de gedetineerden is ernstig verslaafd, meestal ook aan opiaten.[74]³⁸ Dat stelt eisen aan de behandelcapaciteit en –faciliteiten in en buiten penitentiaire inrichtingen.

2.3.7 Hulpvraag

Van alle drugs leiden opiaten en vooral heroïne tot het grootste beslag op de ambulante verslavingszorg. In 1998 stonden 15 500 mensen bij de ambulante verslavingszorg ingeschreven primair vanwege opiaatproblematiek.³⁹ Dat was 61 procent van alle drugcliënten.⁴⁰ In 1998 kregen zes op de tien opiaatcliënten die in LADIS geregistreerd stonden methadon, ofwel een kleine 10 000 mensen.⁴¹ [107] Het totaal komt uit op minstens 13 500 omdat bij de LADIS-klanten ook nog niet ‘gedekte’ methadoncliënten van de Amsterdamse GG&GDD⁴², van Amsterdamse huisartsen en van Symbion in Rotterdam moeten worden meegeteld.[159] Methadon voorkomt onthoudingsverschijnselen als gestopt of geminderd wordt met opiaatgebruik, het zwakt de hunkering af en het blokkeert de euforie die opiaten veroorzaken.

³⁷ Het aandeel van harddrugverslaafden in het aantal *opgehelderde* delicten zou wel eens veel groter kunnen zijn. In het politiedistrict De Haaglanden zou het gaan om meer dan 40%.

³⁸ Er circuleren ook hogere percentages.[169]

³⁹ Cijfers voor de nieuwe gevallen in 1997: gemiddelde leeftijd 32 jaar; 23% vrouw, 40% allochtoon.[33]

⁴⁰ Dit is verhoudingsgewijs veel, maar niet uitzonderlijk internationaal gezien. Het vergelijkbare percentage in Denemarken, Griekenland, Frankrijk, Ierland, Italië, Luxemburg, Portugal, Spanje en het Verenigd Koninkrijk ligt boven de 75.[46]

⁴¹ Negen van de tien kreeg methadononderhoud, de rest ‘afbouw’.

⁴² De GG&GD zorgt voor 4000 methadoncliënten (van wie 1850 niet bij LADIS bekend zijn). In 1985 waren dat nog 6000 methadoncliënten. De daling kan althans voor een deel worden toegeschreven aan het vertrek van buitenlandse (vooral Duitse en Italiaanse) verslaafden. Het aantal cliënten dat in Amsterdam door huisartsen van methadon wordt voorzien, is de laatste jaren gehalveerd, mogelijk door de uitstraling van het ‘heroïne-experiment’.[19]

De laatste tien jaar is het aantal ingeschreven opiaatcliënten van de ambulante verslavingszorg gestegen met meer dan 70 procent gestegen.[170] Deels betreft het hier een vertekening doordat meer instellingen aan de LADIS-registratie mee zijn gaan doen, deels is het bereik van de verslavingszorg vergroot. Lokaal kan het beeld verschillen. In de Amsterdamse Centrale Methadon Registratie is het aantal methadonklanten sinds 1989 met een kwart verminderd. Degenen die in onderhoudsbehandeling zijn gaan daarmee langer door, waardoor de hulpverlening evenveel werk houdt.[25]

Van degenen die ingeschreven stonden in 1997 was 68 procent al eerder onder behandeling wegens opiaatproblematiek.[33] Tegenover deze ‘draaideurcliënten’ stond 25 procent aan eerste inschrijvingen; de rest was eerder ingeschreven voor een ander middel dan opiaten. Die verhouding tussen herhaalde en nieuwe inschrijvingen steekt gunstig af bij andere drugs, maar anderzijds ging het toch om zo’n 2000 ‘nieuwe’ opiaatcliënten.⁴³

Ook in de Verenigde Staten is heroïne een belangrijke reden om bij de verslavingszorg aan te kloppen. Op deze maat staat Newark bovenaan met 78 procent van alle hulpvragen, gevolgd door San Francisco (52), Los Angeles (48), Baltimore (46), New York (43) en Boston (34). In doorsnee liggen deze percentages onder wat gangbaar is in de Europese Unie. Dat komt doordat cocaïne in de VS een groter probleem is dan in Europa.

2.3.8 Resumé

Opiaten: de laatste cijfers

✓ Aantal probleemgebruikers van opiaten	25 000 – 29 000
✓ Aantal cocaïnegebruikers onder opiaatverslaafden	90 procent
✓ Aantal ingeschrevenen ambulante verslavingszorg	15 500
✓ Aantal opnamen in verslavingsklinieken, incl. APZ	3055

Opiaten: de trends

- ✓ Aantal opiaatverslaafden blijft vrij stabiel
- ✓ Opiaatverslaafden worden ouder
- ✓ Sterfte onder opiaatverslaafden loopt terug
 - aantal gevallen van overdosering neemt af
 - aantal gevallen van HIV-infectie neemt af
 - aantal gevallen van aids neemt af

⁴³ Waarbij beseft moet worden dat het pas sinds 1994 mogelijk is om in LADIS individuele cliënten te traceren.

- ✓ Aantal intraveneus spuitende opiaatgebruikers is omlaaggegaan
- ✓ Aan opiaatverslaving gerelateerde criminaliteit neemt wellicht af
- ✓ Aantal opiaatcliënten in de ambulante verslavingszorg neemt toe

2.4 Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen

2.4.1 Inleiding

Ecstasy, of XTC, is een drug van de jaren negentig. De officiële chemische benaming is methyleendioxyamfetamine (MDMA). Ook andere stoffen worden als ecstasy verkocht, zonder dat de gebruiker zich daar altijd van bewust is. Ecstasy is verwant aan amfetamine – ‘speed’ – en aan een reeks van andere stoffen, waaronder MDA en MDEA. Deze klassen van middelen worden soms aangeduid als synthetische drugs. Dat is een benaming die wij hier vermijden. ‘Synthetisch’ betekent dat de stof chemisch is bereid. Maar bijvoorbeeld ook stoffen als methadon en LSD, die niet tot de synthetische drugs worden gerekend, stammen uit het laboratorium.

Ecstasy heeft een entactogene werking. Dat wil zeggen dat deze drug eraan bijdraagt dat mensen zich verbonden voelen en contact met elkaar leggen. Ecstasy heeft ook een stimulerend effect, hoewel milder dan amfetamine. Deze combinatie van eigenschappen heeft bijgedragen aan de reputatie van ecstasy als party- of dansdrug. Het middel vindt overwegend aftrek onder bezoekers van feesten, disco’s en in toenemende mate van de reguliere horeca, met andere woorden: onder (jonge) mensen die uitgaan.⁴⁴ Ook amfetamine wordt in het ‘uitgaanscircuit’ gebruikt, al dan niet onder de aanprijzing van ecstasy. Amfetamine hoort echter eveneens tot het repertoire van verslaafden.

Wij geven hier cijfers over ecstasy, amfetamine en verwante stoffen, maar zien dit jaar af van een hoofdstuk in Deel 3 over preventie en zorg, omdat daarover eerder dit jaar al de nodige informatie is verschenen.⁴⁵

2.4.2 Gebruik onder de algehele bevolking

Volgens de eerder genoemde peiling onder een steekproef van mensen van twaalf jaar en ouder uit de algehele bevolking had in 1997 iets minder dan 2 procent van de ondervraagden ervaring met ecstasy. Hetzelfde percentage gold voor amfetamine.[1] Actueel gebruik lag op 0,3 procent voor ecstasy en 0,1 procent voor amfetamine. Het patroon was echter niet gelijk voor het hele land. Op de maat ooit-gebruik scoorde Amsterdam voor beide drugs het hoogst.

⁴⁴ Gebruik komt ook voor in de vrije natuur en thuis.

Rotterdam, Den Haag en Utrecht ontlieden elkaar niet veel. Ooit-gebruik was het laagst in niet-stedelijke gebieden (Tabel 6).[1] Ook het actueel gebruik was in Amsterdam het hoogst, gevolgd door Utrecht.

Tabel 6 *Gebruik van ecstasy en amfetamine in de vier grootste steden en in niet-stedelijke gemeenten: mensen van twaalf jaar en ouder (in %)**

	Amsterdam	Rotterdam	Den Haag	Utrecht	Niet stedelijke gemeenten**
<i>Ooit-gebruik</i>					
Ecstasy	7,0	2,2	2,6	3,2	1,2
Amfetamine	6,0	2,7	2,2	2,6	1,1
<i>Actueel gebruik</i>					
Ecstasy	1,1	0,1	0,2	0,7	0,1
Amfetamine	0,3	0,1	0,2	0,3	0,1

* Metingen uit 1997, met uitzondering van Utrecht (1996). Niet-stedelijk volgens het CBS: gemeenten met minder dan vijfhonderd adressen per vierkante kilometer

Een kwart van de mensen die ooit ecstasy hadden geconsumeerd, bleken in het bewuste onderzoek ervaren gebruikers te zijn. Zij hadden deze drug vijftwintig keer of meer ingenomen. Van de consumenten van amfetamine was een op de drie volgens deze definitie een ervaren gebruiker. De gemiddelde leeftijd waarop de drug voor het eerst werd geconsumeerd was 23 jaar voor ecstasy en 21 jaar voor amfetamine.[1]

Uit de uitkomsten van de peiling valt te berekenen dat er in 1997 bijna 40 000 actuele gebruikers van ecstasy waren en ruim 13 000 van amfetamine. Omdat gebruik betrekkelijk weinig voorkomt zijn deze schattingen omgeven door een grote marge van onzekerheid.

2.4.3 Gebruik onder jongeren

Bron van informatie voor het landelijke beeld zijn hier wederom de peilstation-metingen onder scholieren van twaalf jaar en ouder.[39] Ooit-gebruik van ecstasy onder deze jongeren steeg van 3,3 procent in 1992 naar 5,6 in 1996, en actueel gebruik van 1 naar 2,2 procent. Voor amfetamine deed zich eveneens een stijging voor, namelijk van 2,1 naar 5,1 procent ooit-gebruik en van 0,6 naar 1,8 procent actueel gebruik. Jongens hebben anderhalf tot twee

⁴⁵ Tweede Kamer der Staten-Generaal. Beleid inzake XTC. 23 760, nr. 10 en 12. Vergaderjaar 1998-1999.

maal meer ervaring met ecstasy en amfetamine dan meisjes, ook wat actuele consumptie betreft.

Jongeren in spijbelprojecten hebben met deze middelen aanzienlijk meer ervaring. Van hen heeft een op de drie ooit ecstasy geprobeerd en een op de vier amfetamine. Actueel gebruik in deze groep komt volgens de laatste cijfers neer op 15 procent voor ecstasy en ruim 9 voor amfetamine.[133]

Ecstasy vindt meer aftrek onder jongeren die alleen of met een partner wonen dan onder leeftijdgenoten die nog bij hun ouders inhuizen.[22] Gebruikers van ecstasy gaan vaker uit en spijbelen meer dan niet-gebruikers.[133] Of gebruik oorzaak of gevolg is of dat nog andere factoren een rol spelen, valt niet te zeggen.

Van bezoekers van grote houseparty's in 1996, met een gemiddelde leeftijd van twintig jaar, hadden twee op de drie ondervraagden die avond of nacht ecstasy gebruikt, tegen een op de drie amfetamine.[150] Het bleef meestal niet bij ecstasy alleen; gecombineerd gebruik met tabak, cannabis, amfetamine of alcohol kwam vaak voor. De meeste ondervraagden gebruikten ecstasy minder dan eens per week of per maand. Een minderheid – 6 tot 7 procent van de betrokken jongeren – gaf aan ecstasy meer dan eens per week te gebruiken, en in hogere doseringen per gelegenheid dan de recreatieve of matige consumenten.[150]

Uit Amsterdam komen berichten dat de populariteit van ecstasy tanende is. Mogelijk worden gebruikers 'ecstasy-moe'. Daar staat tegenover dat de interesse voor cocaïne als uitgaansdrug groeit, althans in in de hoofdstad.[79]

2.4.4 Gebruik: vergelijking met het buitenland

Het ooit-gebruik van ecstasy onder de algehele bevolking in de Europese lidstaten varieert van 0 procent voor Zweden tot 3 procent voor het Verenigd Koninkrijk. Nederland zit daar met 2 procent tussenin. Percentages voor ooit-gebruik van amfetamine lopen tussen de lidstaten uiteen van 0,5 tot 4, met een uitschieter van 8-9 voor het Verenigd Koninkrijk. Zoals gezegd is het Nederlandse cijfer 2 procent. Op de vergelijkbaarheid van de gegevens valt overigens het nodige af te dingen.[46]

In 1996 had 8 procent van de 15- tot 16-jarige scholieren in Nederland ervaring met ecstasy. Samen met Ierland (9 procent) en het Verenigd Koninkrijk (8 procent) voerde Nederland daarmee de lijst van Europese lidstaten aan, gevolgd door Spanje, Italië en België (3-6 procent), met onderaan Denemarken, Zweden, Finland en Luxemburg (minder dan 1

procent).[46] Ook het peil van ooit-gebruik van amfetamine was in Nederland in deze leeftijdsgroep van scholieren aan de hoge kant, met bijna 8 procent, maar minder dan in het Verenigd Koninkrijk (13 procent) en Luxemburg (11). Ooit-gebruik van amfetamine in de andere lidstaten lag onder de 4 procent.[46]

In de Verenigde Staten signaleert men groeiend gebruik van methamfetamine, een sterkere en schadelijker variant van amfetamine. Het woord ‘epidemie’ is daar al gevallen. In Nederland is daarvan geen sprake. Soms wordt in ons land in laboratoriumanalyses van pillen of urine methamfetamine aangetoond, maar dat gebeurt niet vaak.[42 131] Werkelijk inzicht in de omvang van het gebruik is er echter niet.

2.4.5 Hulpvraag

Het aantal inschrijvingen bij de ambulante verslavingszorg primair vanwege problemen met ecstasy steeg van 29 in 1994 naar 514 in 1997. Dat kwam deels door betere registratie. In 1998 tekende zich een daling af; het aantal inschrijvingen was toen 392 voor 340 gebruikers.[107] Vergeleken met de totale vraag om ambulante hulp voor drugproblematiek is ecstasy van ondergeschikte betekenis; het gaat om 1 procent van alle inschrijvingen. Bijna de helft van de ecstasycliënten liep al twee jaar of langer met problemen rond voordat ze zich aanmeldden.[33]

Amfetamine is veel langer op de markt dan ecstasy en daarom ook langer onderwerp van aandacht van de LADIS-monitor. Het aantal inschrijvingen wegens primair amfetamine steeg gestaag van 215 in 1988 tot 1043 (870 personen) in 1998. Zes op de tien hadden al twee jaar of langer moeite met hun gebruik voordat ze aanklopten voor hulp.[33] Het aandeel in de totale vraag om ambulante hulp voor drugproblematiek bleef bescheiden en komt niet boven de 3 procent uit. Amfetamine kan een bijkomend, secundair probleem zijn voor gebruikers die hun moeilijkheden primair wijten aan een andere drug. Dat gold in 1998 voor 590 cliënten.[107]⁴⁶

Het registratiesysteem voor opnamen in verslavingsklinieken, met inbegrip van algemene psychiatrische ziekenhuizen, maakt geen onderscheid tussen ecstasy, amfetamine en verwante stoffen. Voor deze hele klasse van drugs worden maar weinig mensen opgenomen: 29 in 1988 en 58 in 1996. In de meeste andere lidstaten van de Europese Unie is amfetamine

⁴⁶ Van hen hadden ‘slechts’ 127 (22%) primair problemen met opiaten. In het polydruggebruik van opiaatverslaafden speelt cocaïne een belangrijker rol dan amfetamine.

evenmin vaak een reden voor opname, behalve in Finland (40 procent van alle opnamen wegens drugs), Vlaanderen (24 procent) en Zweden (20 procent).[46]

Het vragen van hulp bij de verslavingszorg zegt weinig over acute problemen. De registratiegegevens van de EHBO-posten op houseparty's geven daar wel inzicht in. Bij die posten melden zich geregeld gebruikers van ecstasy en amfetamine, en vooral van de combinatie van die twee stoffen, met psychische of lichamelijke klachten, die overigens zelden dwingen tot opname in een ziekenhuis.[36 150] Om welk deel van de gebruikers het gaat is niet bekend.

2.4.6 Risico's

In 1994 ging in Nederland een onderzoeksprogramma van start om de gezondheidsrisico's van ecstasy in kaart te brengen. Een samenvatting van de uitkomsten verscheen in 1997.[132] Wij vullen die informatie hier aan met met recente bevindingen. Hierbij passen twee kanttekeningen. De interpretatie van de beschikbare gegevens over de gevaren van ecstasy voor mensen wordt gecompliceerd doordat vele gebruikers van dit middel in de praktijk ook alcohol en andere drugs consumeren (polygebruik). Het is dan moeilijk om uit te maken of een bepaald voorval te wijten is aan ecstasy, een ander middel of de combinatie van beide. Bovendien bevatten pillen die als ecstasy worden verkocht geregeld niet of niet alleen ecstasy in strikte zin (MDMA), maar (ook) verwante of zelfs totaal andere stoffen. Schadelijke gevolgen kunnen daardoor ten onrechte aan ecstasy worden toegerekend.

Op de risico's van amfetamine gaan wij dit jaar slechts marginaal in. Amfetamine kan leiden tot misbruik en afhankelijkheid. De drug wordt door verslaafden soms ingespoten, hoewel in Nederland minder dan elders. De risico's van spuiten bespreken wij reeds in 2.4.

Uitkomsten van onderzoek bij proefdieren kunnen niet zonder meer van toepassing worden verklaard op de mens. Uit die experimenten bij dieren komt naar voren dat MDMA, dus ecstasy in strikte zin, het functioneren van bepaalde hersencellen aantast. Het zijn cellen waarin de boodschapperstof serotonine een rol speelt. De aanwijzingen dat een dergelijk effect zich ook bij mensen kan voordoen worden geleidelijk sterker, onder meer dankzij de inzet van moderne beeldvormende technieken als PET en SPECT. Toch blijft er onzekerheid bestaan door tekortkomingen in het onderzoek⁴⁷ en doordat de bewijzen nog steeds

⁴⁷ Zie bijvoorbeeld 'Toxic effect of MDMA on brain serotonin neurons [correspondence]' in het tijdschrift *Lancet* 1999; 353: 1268-71.

inconsistent zijn.[26 61 75 89] Serotonine is betrokken bij functies als stemming, slaap, agressie en mentaal presteren. Langdurig gebruik van ecstasy zou tot verstoring van deze functies kunnen leiden, maar zeker is dat niet. In een Nederlands onderzoek deden chronische gebruikers van ecstasy het slechter op geheugentests dan niet-gebruikers. Zij scoorden ook hoger op schalen voor angst en depressie, maar dit werd gedeeltelijk verklaard door andere factoren zoals schoolopleiding.[26] Onduidelijk is nog steeds bij welke dosering van ecstasy en bij welke gebruiksfrequentie de serotoninecellen schade kunnen ondervinden. Een open vraag is verder of er herstel mogelijk is, of dat bij het ouder worden juist verslechtering optreedt.

De kans dat de gebruiker afhankelijk wordt van ecstasy, zoals bij opiaten, is klein maar reëel. [61 68]

Acuut gebruik van ecstasy kan leiden tot milde klachten. Minder frequent treden ernstige complicaties op als oververhitting, leverstoornissen en psychische aandoeningen. In een enkel geval sterft de gebruiker. Voor een deel hangen de risico's samen met de eigenschappen van ecstasy zelf, voor een ander deel met al bestaande aandoeningen (CARA, hartziekten, psychische stoornissen) en met gebruik van andere middelen. Voorts zijn de omstandigheden van gebruik van belang. Extreme inspanning op de dansvloer in een ruimte zonder ventilatie of mogelijkheid tot afkoeling vergroot de kans dat oververhitting optreedt, zeker als ook nog te weinig water wordt gedronken.

Ecstasy en verwante stoffen kunnen in het lichaam interfereren met de afbraak of de werking van (genees)middelen als Prozac en MAO-remmers, wat kan leiden tot levensbedreigend situaties.[61 70] Verder missen sommige mensen een enzym dat zorgt voor de afbraak van ecstasy in de lever. Misschien zijn zij extra gevoelig voor complicaties.[131] Er is geen bewijs dat gebruik van ecstasy tijdens de zwangerschap schadelijk is voor de vrucht, maar het betrokken onderzoek was te klein om dat met zekerheid te kunnen stellen.[116]

Vooraf gecombineerd gebruik van ecstasy-achtige stoffen met andere middelen kan riskant zijn. Van midden 1997 tot een jaar later bestudeerde het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum vijftig gevallen van mensen die in een van vijftien deelnemende ziekenhuizen werden opgenomen wegens een vermoeden van ecstasy-intoxicatie.[131]⁴⁸ Vier

⁴⁸ Veertig van hen hadden milde symptomen. Van tien patiënten was de toestand ernstiger; drie van hen raakten in coma vermoedelijk door gebruik van GHB. Een patiënt overleed na gecombineerd gebruik van ecstasy (MDMA) en amfetamine. Elf patiënten hadden opzettelijk te veel ingenomen.

op de tien hadden aantoonbaar ecstasy (MDMA) genomen en eveneens vier op de tien amfetamine. Slechts één patiënt had uitsluitend MDMA geslikt. Meestal ging het om een combinatie van twee of meer middelen als MDMA, alcohol, cocaïne, amfetamine, cannabis en GHB (gamma-hydroxyboterzuur). Niet duidelijk is of stoffen als MDMA, amfetamine en GHB bewust samen werden geconsumeerd of als onvermoede mengsels in pillen onder de aanprijzing ecstasy. In zeven gevallen speelde een bestaande ziekte waarschijnlijk mee bij de veroorzaking van de complicaties.

Er is geen betrouwbare uitspraak mogelijk over het aantal doden dat in Nederland valt door het gebruik van ecstasy, amfetamine en verwante stoffen. Het Gerechtelijk Laboratorium registreerde van 1994 tot 1997 37 gevallen van mogelijke overdosering van ecstasy-achtigen en amfetamine.[85] In negentien gevallen was druggebruik inderdaad de directe doodsoorzaak. Bij de overigen speelden ook alcohol, andere drugs of andere factoren een rol.

De consumptie van ‘ecstasypillen’ met onbekende samenstelling brengt extra risico’s met zich mee. In Nederland wordt de samenstelling van ecstasypillen sinds 1992 geanalyseerd via het Drugs Informatie en Monitoring Systeem, ofwel DIMS.[132] Ook andere Europese lidstaten gaan daar geleidelijk toe over. DIMS heeft laten zien dat het aandeel pillen waar uitsluitend MDMA in zit sterk fluctueert, zowel over de jaren heen als binnen een jaar. Tabel 7 geeft een voorbeeld voor 1997 en 1998. In 1997 werden 7009 pillen bij DIMS aangeleverd, in 1998 6268. In 1997 bevatte eenderde van de geteste pillen werkelijk ecstasy (MDMA), in 1998 was dat bijna driekwart.[42] Met andere woorden, in 1997 waren ecstasypillen veel vaker gevuld met andere stoffen dan in 1998. De grootste ‘vervuiler’ was amfetamine (32 procent in 1997, geduikeld tot 11 procent in 1998) en niet zozeer directe verwanten van MDMA als MDEA en MDA. Cijfers per kwartaal geven een preciezer beeld. In het eerste kwartaal van 1997 was MDMA het hoofdbestanddeel van 63 procent van de als ecstasy aangeleverde pillen. In het laatste kwartaal was dat nog maar 28 procent. In het eerste kwartaal van 1998 trad herstel in: 58 procent van de pillen bevatte uitsluitend of overwegend MDMA. In het laatste kwartaal van 1998 lag dat percentage zelfs op 80. De beweging voor amfetamine was omgekeerd: van 4 procent begin 1997 naar 41 procent aan het eind van dat jaar, dalend naar 5 procent in het laatste kwartaal van 1998.⁴⁹ Naar de oorzaken van deze schommelingen kunnen we gissen.

⁴⁹ Begin 1998 werden negen atropinepillen aangetroffen; later niet meer. In het najaar dook de hallucinogene stof DOB vijftien maal in de laboratoriumuitslagen op. In mei 1997 werd de stof 2-CB geregeld gevonden. Dat verschijnsel was voorbij in 1998, toen die stof nog maar in twaalf monsters voorkwam. Ook het aantal pillen met als hoofdstof MBDB lag in 1998 beduidend lager dan in 1997 (12 tegen 115). MBDB – verwant aan MDMA – diende als proef voor het inmiddels opgezette ‘early warning system’ van de Europese Unie.

Producenten hebben de neiging om hun producten onder de benaming 'ecstasy' te slijten, maar de vraag is waarom zij wisselen van ingrediënten. Beschikbaarheid van grondstoffen en winstbejag spelen ongetwijfeld een rol.

Tabel 7 *Hoofdbestanddeel van de bij DIMS aangeleverde pillen in 1997 en 1998, gemiddeld over het hele jaar (in %)*

	1997	1998
MDMA	34	72
MDEA	7	1
MDA	<1	1
Combinatie*	4	1
Amfetamine**	32	11
Overige psychoactieve stoffen#	9	6
Overig/onbekend@	11	7

* Combinatie van MDA, MDEA en/of MDMA

** Amfetamine en/of methamfetamine, al dan niet in combinatie met andere stoffen

2-CB, DOB, atropine, MBDB of MTA

@ Cafeïne, yohimbine, efedrine, geneesmiddelen (paracetamol, kinine enzovoort)

2.4.7 Resumé

<i>Ecstasy: de laatste cijfers</i>	<i>Amfetamine: de laatste cijfers</i>
✓ Aantal actuele gebruikers van ecstasy: 40 000	✓ Aantal actuele gebruikers van amfetamine: 13 000
✓ Aantal inschrijvingen ambulante verslavingszorg: 392	✓ Aantal inschrijvingen ambulante verslavingszorg: 1043
✓ Aantal opnamen in verslavingsklinieken, inclusief algemeen psychiatrische ziekenhuizen, voor afhankelijkheid of misbruik van ecstasy en/of amfetamine: 58	

Ecstasy en amfetamine: de trends

- ✓ Gebruik van ecstasy is zeker tot 1996 gestegen, maar er zijn signalen voor dalende populariteit van deze drug in het uitgaanscircuit
- ✓ Gebruik van amfetamine onder scholieren van twaalf jaar en ouder is in de jaren negentig toegenomen
- ✓ De 'ecstasymarkt' is aan grote schommelingen onderhevig. In 1998 herstelde ecstasy in strikte zin (MDMA) zijn marktpositie, die het jaar daarvoor sterk onder druk was komen te staan door de tijdelijke opkomst van amfetaminebevattende pillen

2.5 Alcohol

2.5.1 Inleiding

Als mensen gevraagd wordt hoeveel alcohol zij drinken, doen ze zich vaak beter voor dan ze zijn. De schattingen van alcoholgebruik die berusten op enquêtes, liggen 40 tot 50 procent onder de hoeveelheid drank die daadwerkelijk wordt verkocht.[39] Onderstaande cijfers moeten in dat licht worden gezien. Overigens staat ‘drank’ hier steeds voor alcoholhoudende dranken.

Alcohol wordt door veel mensen met mate en genoeg geconsumeerd. Er bestaat echter ook overmatig gebruik. Wat moet daaronder worden verstaan? Overmatig gebruik valt niet in één maat te vatten, ook al omdat mensen verschillen in gevoeligheid voor genotmiddelen, dus ook alcohol. Men zou kunnen zeggen dat drinken overmatig is als het tot problemen leidt, maar dat helpt niet echt. Het eenmalig drinken van een paar glazen bier kan problematisch zijn als de betrokkene vervolgens achter het stuur kruipt. Dat is wat anders dan het overmatig gebruik dat na jaren resulteert in bijvoorbeeld levercirrose of Korsakov-dementie. De definitie van ‘overmatig’ hangt af van sociaal-culturele normen en waarden met betrekking tot de drie-eenheid van maatschappij, persoon en genotmiddel. Bij een sociaal geaccepteerd middel als alcohol zal niet snel de diagnose van verstoord evenwicht in die drie-eenheid worden gesteld.

Wij gebruiken hieronder geregeld de term ‘zware drinker’. Ook hiervan bestaat geen sluitende of algemeen aanvaarde definitie. Het CBS spreekt van zwaar als iemand elke week minstens één dag zes glazen drinkt, maar anderen stellen de grens op bijvoorbeeld vier glazen of meer tijdens minstens eenentwintig dagen per maand of op zes glazen of meer gedurende minstens negen dagen per maand.[14] Daardoor zijn de cijfers uit de diverse peilingen onderling niet geheel vergelijkbaar. Overigens moet bij ‘zware’ drinker bedacht worden dat de betrokkene niet in persoonlijke of maatschappelijke moeilijkheden hoeft te verkeren. Velen weten zwaar drinken redelijk te integreren in hun bestaan, velen echter niet. Anderzijds is het ook niet zo dat mindere drinkers geen problemen ondervinden. In een onderzoek onder de Rotterdamse bevolking ervoeren matige en zware drinkers respectievelijk twee en drie maal zo vaak problematiek vanwege alcohol als lichte drinkers.[14]

Twee termen hebben een meer precieze betekenis: alcoholafhankelijkheid (alcoholisme) en alcoholmisbruik. Deze begrippen stammen uit de DSM (Diagnostic Statistical Manual), een classificatiesysteem voor psychische stoornissen.⁵⁰ Wat gevolgen van drinken betreft legt de DSM de nadruk op sociale schade. Daarnaast veroorzaakt drinken ook lichamelijke en psychische problemen. Die krijgen wat meer nadruk in een ander classificatiesysteem: de tiende versie van de *International Classification of Diseases* (ICD-10). ICD en DSM komen redelijk overeen in de definitie van alcoholafhankelijkheid. [10] ICD en DSM zijn uitingen van medisch-somatische en psychiatrische modellen van alcoholgebruik. Problemen met drinken krijgen nog sterker nadruk in een derde model: het sociologische. Nadeel daarvan is dat eenmalige of incidentele complicaties van drinken al meetellen.[153]

2.5.2 Gebruik onder de algehele bevolking

Men kan alcoholconsumptie omrekenen in liters pure alcohol gedronken per hoofd van de bevolking. In 1960 ging het in Nederland om 2,6 liter per jaar. De inname steeg tot 8,9 liter in 1979 en daalde daarna tot 8 liter, een niveau dat vrijwel gelijk is gebleven sinds ongeveer 1990. De eerste helft van de jaren negentig was de totale consumptie betrekkelijk stabiel. Wel doen zich binnen het totaalvolume verschuivingen voor.[57] Van de bevolking van zestien jaar en ouder dronk in 1998 85 procent wel eens of regelmatig alcohol, een stijging met vijf procent ten opzichte van 1995.[23] Er zijn meer drinkers onder mannen (91 procent in 1998) dan onder vrouwen (80 procent).

Problematisch gebruik

Drinken op zich is niet slecht, zwaar drinken kan dat wel zijn. Hoeveel zware drinkers er zijn valt niet exact te zeggen. De schattingen lopen uiteen van een kwart miljoen tot bijna een

⁵⁰ Iemand is volgens de DSM alcoholafhankelijk als hij aan minstens drie van zeven maatstaven voldoet: 1. tolerantie, de behoefte aan steeds meer drinken of afnemend effect van dezelfde hoeveelheid drank; 2. aanwezigheid van onthoudingsverschijnselen of de dreiging daarvan; 3. drinken in grotere hoeveelheden of langer dan vooraf de bedoeling was; 4. aanhoudende wens of mislukte pogingen om met drinken te stoppen; 5. steken van veel tijd in drank (kopen, drinken, herstellen); 6. belangrijke activiteiten (sociaal, werk, vrije tijd) hebben onder het drinken te lijden; 7. doorgaan met drinken tegen beter weten in. Onderscheidend voor alcoholafhankelijkheid is het verlies van controle over het drinken. 'Alcoholmisbruik' wordt daarentegen gekenmerkt door problemen die alcohol bij herhaling veroorzaakt in minstens een van deze opzichten: niet nakomen van verplichtingen; onder invloed autorijden of bedienen van machines; verstoring openbare orde; en relationele of sociale spanningen. In deze opzichten kan alcoholmisbruik gelijk gesteld worden aan 'problematisch drinken'. Maar de twee begrippen dekken elkaar toch niet volledig.[153]

miljoen.[39] Deze groep telt minstens vier maal zoveel mannen als vrouwen.⁵¹ Emancipatie heeft daaraan in de loop van de jaren weinig veranderd.[14 99] De zware drinkers zijn naar schatting samen goed voor de helft van alle alcoholconsumptie in een jaar.

Dankzij het landelijke onderzoek Nemesis beschikken wij over ramingen van het aantal Nederlanders dat voldoet aan de diagnostische criteria voor alcoholisme en alcoholmisbruik. Samen gaat het op jaarbasis om 540 000 volwassenen, ongeveer gelijk verdeeld over de twee genoemde condities. Alcoholisme en alcoholmisbruik komen onder mannen minstens vier tot vijf keer zo vaak voor als onder vrouwen.[38 153]

Alcoholmisbruik gaat vergeleken met alcoholisme weinig gepaard met zogenoemde psychische co-morbiditeit: andere psychische stoornissen.[112] Alcoholmisbruik is onder jongvolwassenen van achttien tot vijftientig jaar geen zeldzaamheid.⁵² Een op de drie ondervraagde jongvolwassenen voldeed aan de criteria voor deze conditie. Misschien is alcoholmisbruik in hun geval een fase van riskant gedrag op weg naar echte volwassenheid en zonder al te grote consequenties voor hun psychisch welbevinden in het latere leven als ze deze periode goed doorkomen.[153] In de periode van 1980 tot 1994 steeg het problematisch drinken onder jongvolwassenen in Rotterdam van 5,7 procent naar 8,5 procent.[14]

Alcoholisme kan beschouwd worden als een chronische aandoening. Niettemin behoort herstel tot de mogelijkheden. Uit de gegevens van Nemesis valt te berekenen dat zes op de tien misbruikers van alcohol uiteindelijk hun overmatig drinkgedrag afzweren en dat ruim drie op de tien personen met alcoholafhankelijkheid herstellen, geregeld met vallen en opstaan. Een gunstig beloop voltrekt zich deels spontaan. Hoeveel behandeling aan een positieve wending bijdraagt is onbekend, maar therapie is zeker van belang.[10 153] Tegenover herstel staat het feit dat velen zonder behandeling niet loskomen van hun problemen met drinken.

2.5.3 Gebruik onder jongeren

Steeds meer jeugdigen drinken al op jonge leeftijd. De gemiddelde leeftijd waarop met drinken wordt begonnen daalt. Volgens de laatste peilstation-metingen op middelbare scholen, uit 1996, heeft driekwart van de leerlingen van twaalf jaar en ouder tegenwoordig

⁵¹ Maar daarbij is voor mannen en vrouwen uitgegaan van dezelfde maat voor zwaar drinken. Die maat moet voor vrouwen misschien lager liggen omdat zij biologisch anders op alcohol reageren dan mannen en gemiddeld een kleiner lichaamsoppervlak hebben. [54]

⁵² Overigens is er ook sprake van toenemend overmatig drinken onder ouderen.[11]

wel eens gedronken en de helft van hen onlangs.⁵³ Het aantal zwaar drinkende jongeren, in de zin van meer dan acht glazen geconsumeerd bij de laatste gelegenheid, is gestegen tussen 1988 en 1996.[39] (Figuur 3) Een risicogroep, maar zeker niet de enige, vormen jongeren in spijbelprojecten. Die drinken vaker dan leerlingen van reguliere middelbare scholen en ook meer: 27 procent dronk bij de laatste gelegenheid meer dan acht glazen tegen 13 procent van de ‘gewone’ leerlingen.⁵⁴[39 133] Nogmaals: spijbeljongeren onderscheiden zich vermoedelijk niet uitsluitend in middelengebruik; hun problematiek zou wel eens van algemener aard kunnen zijn.

In 1996 gaf bijna een kwart van de jongeren van twaalf tot vijftien jaar geld uit aan alcohol, vergeleken met 9 procent in 1994. Voor de groep van vijftien tot achttien was dat 54 procent, 20 procent meer dan twee jaar daarvoor.[39] De leerlingen gaven gemiddeld over alle klassen maandelijks 46 gulden uit aan drank. Daarbij moet bedacht worden dat jongeren meer geld te besteden hebben dan vroeger.

Figuur 3 *Drinkende scholieren van twaalf jaar en ouder: Aantal glazen gedronken bij de laatste gelegenheid 1988-1996 (in %)*

2.5.4 Gebruik: vergelijking met het buitenland

Op de maat van consumptie per hoofd van de bevolking hoort Nederland tot de middenmoot in de Europese Unie (Tabel 8).⁵⁵[105]

Tabel 8 *De mate van drinken in de Europese lidstaten, gemeten in liters pure alcohol, per hoofd van de bevolking in 1996*

Luxemburg	11,8
Portugal	11,2
Frankrijk	11,1
Denemarken	10,0
Oostenrijk	9,8
Duitsland	9,8
Spanje	9,3
Ierland	9,1

⁵³ Uitkomsten van recent onderzoek onder een grote steekproef uit de algehele bevolking [1] geven eenzelfde beeld te zien: twee op de drie jongeren van 12 tot en met 15 jaar heeft wel eens gedronken. Dat zijn er negen op de tien in de leeftijdscategorie van 16 tot en met 19 jaar.

⁵⁴ Uitgesplitst naar jongens en meisjes: jongens spijbelprojecten 30%, reguliere leerlingen 18%; meisjes spijbelprojecten 22%, reguliere leerlingen 7%.

⁵⁵ In 1998 was de consumptie per hoofd van de bevolking in Nederland 8,3 liter pure alcohol, waarmee ons land op de zestiende plaats van de wereltranglijst kwam.[167]

België	9,0
Griekenland	8,7
Italië	8,2
Nederland	8,0
Verenigd Koninkrijk	7,6
Finland	7,0
Zweden	4,9

De onderzoeksmethode die in Nemesis wordt gebruikt is ook toegepast in de Verenigde Staten en in de Canadese provincie Ontario. In Tabel 9 vergelijken wij de uitkomsten.[153] Alcoholisme (alcoholafhankelijkheid) komt in Nederland ongeveer even vaak voor als in Ontario, maar bijna twee maal minder dan in de VS. Daarentegen overtreft Nederland de andere twee landen op de maat ‘alcoholmisbruik’. Mogelijke verklaring is de bovengenoemde groep zwaar drinkende jongvolwassenen die het Nederlandse cijfer voor alcoholmisbruik opstuwen.

Ook in andere internationale vergelijkingen scoort Nederland betrekkelijk laag op de maat ‘alcoholisme’.[91]

Tabel 9 *De frequentie van alcoholisme en alcoholmisbruik (jaarprevalentie in procenten) in drie landen onder mensen van achttien jaar of ouder*

<i>Land/provincie</i>	<i>Alcoholisme</i>	<i>Alcoholmisbruik</i>	<i>Totaal</i>
Nederland	3,7	4,6	8,3
Verenigde Staten	7,2	2,5	9,7
Ontario	3,0	1,8	4,8

2.5.5 Risico's

Overmatig drinken van alcohol kan de gezondheid schaden, via bijvoorbeeld levercirrose, andere stoornissen van lever of alvleesklier, psychose, Korsakov-dementie, slokdarmkanker, borstkanker, beroerte, cardiomyopathie, neuropathie en ongevallen.[127 144 151]

Alcoholisme hoort tot de toptien van aandoeningen gerekend naar het verlies aan gezondheid dat zij onder de Nederlandse bevolking veroorzaken.[155] Het aantal sterfgevallen dat in hoofdzaak aan alcohol kan worden toegeschreven, toonde vanaf 1960 aanvankelijk een stijgende lijn maar is sinds de jaren tachtig betrekkelijk stabiel. In 1995 betrof het 945 doden.

De gepresenteerde cijfers zijn een onderschatting.⁵⁶ Bovendien treden aandoeningen als levercirrose pas op na vele jaren van drinken. De sterfte nu weerspiegelt grotendeels het drinken van vroeger en is geen maat voor wat aan toekomstige sterfte valt te verwachten.

Het aantal verkeersongelukken is sinds 1980 gedaald.[149] Rijden onder invloed komt minder voor, mogelijk door strengere controles. Het CBS noteerde 36 000 processen-verbaal voor dit misdrijf in 1985 en 31 000 in 1997.[24] Deze cijfers blijven ongetwijfeld onder de werkelijkheid. In de Verenigde Staten is alcohol betrokken bij vier op de tien ongevallen met gemotoriseerde voertuigen.[40 144] Volgens registratie van verkeersslachtoffers die bij de EHBO van het academisch ziekenhuis in Groningen werden binnengebracht, had een op de tien alcohol gebruikt.[71]

Alcohol verhoogt ook het risico op andere ongevallen, in wisselwerking met leeftijd en lichamelijke aandoeningen als osteoporose. Deense mannen die dertig tot veertig glazen per week dronken liepen in recent onderzoek bijna twee maal meer kans om een heup te breken dan geheelonthouders, en bij nog hogere consumptie vijf keer zoveel. Eenzelfde maar zwakkere trend deed zich voor bij vrouwen vanaf veertien glazen per week.[63]

2.5.6 Maatschappelijke schade

Wijd verbreid is de gedachte dat alcohol bijdraagt aan agressie en geweld. Een recente peiling onder uitgaande jongeren bevestigt dit idee.[7] Ongeveer een op de vijf ondervraagde jongeren was pleger of slachtoffer van agressie in het jaar daarvoor. Van de daders had 57 procent toen zwaar gedronken, van de slachtoffers 52 procent en van de overigen een op de drie. Op de EHBO van het academisch ziekenhuis in Groningen constateerden de artsen alcoholgebruik bij ruim 45 procent van de gewonden die bij geweld betrokken waren geweest.^{57 58} [71]

⁵⁶ De invloed van overmatig drinken op sterfte is waarschijnlijk groter dan uit de officiële statistieken blijkt. Om een indruk te geven: In een recent Amerikaans onderzoek [110] vergeleken de onderzoekers het aantal sterfgevallen in de laatste week van de maand met die in de eerste week van de volgende maand. De gedachte was dat middelenmisbruik het vaakst voorkomt aan het begin van de maand, als net de loonstrook of uitkering is ontvangen. Tegenover elke 100 sterfgevallen in de laatste week stonden 114 sterfgevallen in de eerste week van de maand daarop gerelateerd aan misbruik van middelen waaronder alcohol. Dat is een groot verschil.

⁵⁷ Het is niet zeker of het aantal geweldsmisdrijven in Nederland stijgt. Afgaande op de hoeveelheid processen-verbaal voor mishandeling, bedreiging en diefstal met geweld is er inderdaad vanaf de jaren zeventig sprake van een opgaande lijn. Maar volgens enquêtering onder slachtoffers is het peil stabiel.[161]

⁵⁸ Daarentegen is er geen bewijs dat alcohol meespeelt in de jeugdcriminaliteit die zich niet als geweld of als vermogensdelicten manifesteert.[58]

Alcohol werkt ook huiselijk geweld in de hand.[104] Behandeling van alcoholafhankelijken kan het geweld jegens de partner helpen verminderen voor zover en voor zolang de alcoholafhankelijkheid wordt overwonnen.

Elsevier turfde voor 1997 over heel Nederland 58 gevallen van moord en doodslag door ruzie. Daarvan kon minstens 47 procent in verband gebracht worden met alcoholgebruik. [13] Volgens Amerikaanse gegevens is er – na correctie voor andere variabelen – een relatie tussen het aantal verkooppunten van alcohol en moord en doodslag: hoe meer punten, hoe meer geweld.[124]

Enkele maanden geleden werd aan politiefunctionarissen in twee regio's – Haaglanden en Noord-Holland Noord – gevraagd bij hoeveel van de misdrijven en incidenten waarbij zij worden ingeschakeld, alcohol in het spel is. Het antwoord luidde gemiddeld 22 procent. Aan deze manier van inventariseren kleven wetenschappelijke bezwaren. De onderzoekers turfden ook het aandeel aan alcohol gerelateerde meldingen in het geautomatiseerde gegevensbestand van de Haaglanden en kwamen tot een percentage van 14, wat mogelijk een onderschatting is. In 3000 van de 81 000 processen-verbaal – een kleine 4 procent – ging het om rijden onder invloed.[73]

Alcohol speelt mee in de overlast die bewoners van buurten en wijken kunnen ervaren met uitingen als agressie, samenscholing, geluidshinder en zwerfgedrag (naar schatting een kwart van de dak- en thuislozen is alcoholafhankelijk).⁵⁹ De rijksoverheid heeft van 1993 tot 1999 gemeentelijke projecten gesubsidieerd voor vermindering van overlast. Besloten werd om alcohol buiten de regeling te houden. Achteraf wordt dat door een aantal betrokkenen betreurd; het overlastbeleid kan volgens hen in de toekomst niet aan alcohol voorbijgaan.[16 166] De betrokkenheid van alcohol bij geweld hoeft niet direct te zijn. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen drinken meer en plegen meer geweld; de oorzaak van de agressie ligt dan eerder in de stoornis dan in de drank. Als voor dat soort factoren wordt gecorrigeerd neemt de betekenis van alcohol af, maar er blijft bewijs bestaan voor een klein rechtstreeks effect.[115]

Al met al is het aannemelijk dat alcohol bijdraagt aan geweld, maar de relatie is niet simpel of sterk. Lang niet elke drinker wordt gewelddadig. Er is kennelijk een wisselwerking tussen persoonlijkheid, alcohol, individuele gevoeligheid voor drank, sociale factoren als groepsgedrag, en soms ander middelengebruik die bepaalt hoe mensen reageren. Alcohol is

⁵⁹ Minstens een kwart van de dak- en thuislozen heeft actueel problemen met drinken.[113 118] Actuele problemen met druggebruik zijn waarschijnlijk nog klemmender: rond de helft van deze populatie althans in Utrecht.[113]

een determinant, niet dé oorzaak van agressie en geweld. Meestal zijn ook andere factoren in het geding, bijvoorbeeld een psychische stoornis.[84 130], hoewel geen daarvan alles verklaart, zelfs bij benadering niet.

Ramingen van de maatschappelijke kosten van alcoholgebruik lopen uiteen, afhankelijk van het perspectief van de opdrachtgever en de kostenposten die worden meegenomen, van 2,5 tot 5 miljard gulden per jaar.[15 102] Dit soort berekeningen zijn uitermate lastig en onderschatting van de werkelijke kosten is niet uitgesloten. Zo zouden alleen de kosten van verkeersongelukken vanwege drinken al 2 miljard gulden per jaar bedragen.[140]

2.5.7 Hulpvraag

Mensen met alcoholafhankelijkheid of -misbruik zoeken zelden hulp. Van degenen in Nemesia met deze condities riep slechts 12,5 procent in het jaar daarvoor buiten de eigen kring hulp in voor psychische of verslavingsproblematiek, van wie een op de vier informele of alternatieve hulp. Van de weinige vragers om professionele hulp gingen acht op de tien naar de huisarts, 37 procent naar een vrijgevestigde, 26 procent naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg, 21 procent naar de bedrijfsarts, 19 procent naar het algemeen maatschappelijk werk en maar een op de zes naar een instelling voor verslavingszorg.[9] In deze cijfers zitten dubbeltellingen, omdat nogal eens bij meer dan één hulpverleningsadres werd aangeklopt. Vrouwen zochten naar verhouding vaker hulp dan mannen.

Als de hulp van de huisarts wordt ingeroepen, is het de vraag of de betrokkene er onder de huidige omstandigheden iets mee opschieft. Huisartsen missen nogal eens de diagnose alcoholisme of misbruik, namelijk in 70 tot 90 procent van de gevallen.[153] In 1993 werd de NHG-standaard *Problematisch alcoholgebruik* vastgesteld. Het is niet bekend of die standaard inmiddels effect sorteert.

Zoals gezegd registreert het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem LADIS hoe vaak mensen hulp vragen bij de ambulante verslavingszorg. Het aantal inschrijvingen voor primair alcoholproblematiek schommelt al jaren tussen 19 000 en 22 000. In 1998 lag het getal op ruim 22 000, 8 procent meer dan in het jaar daarvoor.⁶⁰[107] Daarbij zijn doorlopende inschrijvingen van oudere datum meegeteld; het aantal *nieuwe* inschrijvingen

⁶⁰ Gecorrigeerd voor dubbeltellingen. Gemiddelde leeftijd cliënten: 43 jaar. Een kwart vrouw. Oververtegenwoordiging van bewoners van grote steden: 41% van de alcoholcliënten kwam uit steden met meer dan 100 000 inwoners, waar 30% van de bevolking woont. Een op de tien alcoholcliënten was allochtoon. Justitie was de verwijzende instantie in 17,5% van de gevallen, de algemene gezondheidszorg in 16%, de GGZ in 7%. [107]

van cliënten die zich voor het eerst melden⁶¹ ligt een stuk lager, namelijk op 7200 in 1997.[33]

Er werden in 1996 6350 mensen wegens alcoholproblematiek in een verslavingskliniek of algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) opgenomen.[39]

2.5.8 Resumé

Alcohol: de laatste cijfers

✓ Consumptie per hoofd van de bevolking	8 liter puur
✓ Aantal afhankelijk en misbruikers van alcohol	540 000
✓ Aantal inschrijvingen ambulante verslavingszorg	22 000
✓ Aantal opnamen in verslavingsklinieken, incl. APZ	6350
✓ Aantal doden gerelateerd aan alcohol	945
van wie in het verkeer	97
✓ Geweld waarbij alcohol in het spel is	1 op de 2 gevallen
✓ Aandeel politiewerk besteed aan alcoholproblematiek	14 - 22 procent
✓ Jaarlijkse maatschappelijke kosten	2,5 - 5 miljard gulden

APZ: algemeen psychiatrisch ziekenhuis

Alcohol: de trends

- ✓ Aantal geheelonthouders neemt naar verhouding af
- ✓ Aantal zwaar drinkende jongeren en jongvolwassenen neemt toe
- ✓ Steeds meer jeugdigen drinken al op jonge leeftijd

⁶¹ Vanaf 1994. Sinds dat jaar kan in LADIS worden getraceerd of iemand eerder ingeschreven was.

Deel 3: Preventie en zorg

3.1 Cannabis

3.1.1 Preventie

Preventieve interventies lopen uiteen van universeel – gericht op de hele bevolking of grote bevolkingsgroepen – tot toegesneden op risicogroepen of individuele personen. De meeste van die interventies moeten hun waarde nog in onderzoek bewijzen. Voorlopig neemt men aan dat er een mix nodig is van een universele benadering en meer toegespitste maatregelen.

Die aanpak wordt bijvoorbeeld gevolgd in het landelijke project *Uitgaan en Drugs*. Daarin worden momenteel bestaande preventieve interventies voor cannabis gestandaardiseerd en nieuwe ontworpen, gericht op de drie belangrijkste levensdomeinen voor jongeren: vrije tijd, school, thuis.[164] Dat gebeurt met medewerking van vele instellingen voor verslavingszorg. Het betreft interventies die veelal reeds werden en worden uitgevoerd door instellingen voor verslavingszorg, maar nu in één kader worden geplaatst. Te noemen vallen onder meer:

- cursus Preventie voor personeel van coffeeshops
- voorlichtingsmateriaal voor coffeeshops en monitoring van de kwaliteit van preventie aldaar
- cursus Preventie voor het jongerenwerk en steun bij het ontwerpen van een preventiebeleid voor deze sector
- preventiemethodieken voor onderscheiden groepen allochtone jongeren
- materialen voor regionale campagnes
- inpassing van preventielessen in het schoolcurriculum
- systeem voor vroegsignalering van problematisch gebruik op scholen
- een schoolreglement voor hoe te handelen bij druggebruik op en rond de school
- ouderparticipatie in preventiebeleid op scholen
- introductie van het fenomeen ‘vertrouwensleerling’
- preventiebeleid voor deelnemers spijbelprojecten
- cursus *Praten over drugs* voor ouders
- opvoedingsondersteuning voor allochtone ouders
- preventiebeleid voor residentiële instellingen voor jeugdhulpverlening
- massamediale campagnes

- informatievoorziening via de Drugs Informatielijn (06-nummer)⁶²
- informatievoorziening via Internet.

Van de meeste van deze benaderingen is de effectiviteit nog onvoldoende vastgesteld. In de leemte aan kennis gaat deels worden voorzien door het Ontwikkelcentrum Preventie-innovatie dat in het kader van *Resultaten Scoren* is opgericht en waaraan deelnemen de instellingen Kentron en CAD Drenthe en verder Tactus, Parnassia, Novadic, Kuno van Dijk, IVS, de Grift/GCV, de Brijder Stichting en de Landelijke Steunfunctie Preventie (LSP, een samenwerkingsverband van GGZ Nederland en het Trimbos-instituut). De taak van de ontwikkelcentra is niet alleen om nieuwe interventies te beproeven, maar ook om voorbeelden ('good practices') aan te reiken voor interventies van reeds bewezen waarde.

3.1.1 Behandeling

Als mensen zich wegens cannabisproblematiek bij de verslavingszorg melden, worden zij daar behandeld met psychosociale methoden die ook bij andere drugproblematiek worden toegepast. Een medicijn tegen cannabisafhankelijkheid bestaat nog niet. In feite is er bitter weinig bekend over de doeltreffendheid van de therapieën die bij deze cliënten toepassing vinden.

3.1.2 Cannabis als medicijn

De vraag of cannabis een medicinale werking heeft houdt over de hele wereld de gemoederen van wetenschappers en politici bezig. Er zijn inmiddels zes doorwrochte adviezen en rapporten verschenen:

- Gezondheidsraad, Nederland 1996
- Council on Scientific Affairs, American Medical Association, VS 1997
- British Medical Association, Groot-Brittannië 1997
- National Institutes of Health, VS 1997
- WHO, 1997
- House of Lords, Groot-Brittannië 1998
- Institute of Medicine, VS 1999.

⁶² De Drugs Informatielijn voorziet in een behoefte. Cijfers voor de eerste helft van 1998: 15 000 bellers. Onderwerpen: hasj en wiet 31%, ecstasy 19%, cocaïne 15%, speed 14%, LSD en andere tripmiddelen 9%, heroïne 7%, slaap- en kalmeringsmiddelen 5%.[171]

Onderstaand kader vat de diverse inzichten samen. Geen van de overzichtsstudies stelt dat therapeutische effecten van cannabisachtige stoffen boven twijfel verheven zijn. Niettemin zijn er aanwijzingen die, in de ogen van bijvoorbeeld het Institute of Medicine, nader onderzoek rechtvaardigen. Om meer dan aanwijzingen gaat het voorlopig niet. De bestaande evidentie is versnipperd, want berustend op toediening van uiteenlopende preparaten (marihuana, de in het laboratorium gesynthetiseerde cannabiscomponent THC en varianten daarvan), langs verschillende weg (roken of slikken), bij soms nogal heterogene groepen patiënten. Bovendien zijn voor bepaalde toepassingen al geneesmiddelen beschikbaar met krachtiger werking dan de cannabisachtigen. Cannabis kan dan toch in aanmerking komen als aanvullende therapie ter versterking van het effect van het andere middel of als alternatief bij patiënten die niet op dat middel reageren. Maar dat zijn nu juist kwesties die in onderzoek nog aan de orde moeten komen.

Het Institute of Medicine meent dat als er voor cannabisachtige stoffen een toekomst is als medicijn, het om synthetische stoffen en niet om marihuana gaat.[69] Roken geeft zoveel gezondheidsschade, dat dit geen te verdedigen toedieningsvorm is, behalve misschien bij terminale patiënten. Het is verder onwaarschijnlijk dat een plantenextract de goedkeuring krijgt van beoordelingsautoriteiten als de Food and Drug Administration. Deze instanties leggen tegenwoordig strenge eisen aan met betrekking tot controleerbaarheid van dosering en veiligheid en effectiviteit van de stof. Farmaceutische bedrijven van enige omvang zullen zich niet wagen aan de ontwikkeling van cannabis tot geneesmiddel. De plant is niet patenteerbaar tenzij in genetisch gemanipuleerde vorm. Terwijl sommige patiënten het high-gevoel dat cannabis geeft een bijkomend voordeel vinden, zijn er onder althans Amerikaanse patiënten velen die dat niet op prijs stellen of er zelfs hinder van ondervinden. De kunst is om het high-gevoel chemisch te scheiden van het mogelijk therapeutisch effect. Dat vraagt om synthese van stoffen in het laboratorium.

Bewijskracht voor therapeutische effecten van cannabisachtige stoffen

✓ Pijn bij kanker	*-***
✓ Misselijkheid en braken wegens chemotherapie	*-***
✓ Extreme vermagering, verlies van eetlust bij aids	*-***
✓ Spierspasmen bij multipale sclerose	*
✓ Anorexia nervosa	—
✓ Glaucoom	—

— = ineffectief; * = onvoldoende bewijs voor of tegen; ** = redelijk bewijs; *** = sterk bewijs
Voor andere aandoeningen zijn er te weinig gegevens om de bewijskracht te kunnen evalueren.

3.1.3 Onderzoek

ZON en NWO verzorgen gezamenlijk het programma Verslaving, dat onderzoek en ontwikkeling subsidieert. Daarmee is lang niet al het onderzoek gedekt. Wij vermelden dit programma in dit Jaarbericht speciaal, omdat het bedoeld is als stimulering van kennisverwerving met middelen van de rijksoverheid.

In het programma Verslaving zijn tot nu toe geen projecten gehonoreerd die zich exclusief zich toeleggen op cannabis.

3.2 Cocaine

3.2.1 Behandeling

Ondanks vele jaren van onderzoek schort het nog aan een medicijn tegen afhankelijkheid van cocaine.[103] Het overheersende idee is dat cocaineverslaafden psychotherapie moeten krijgen. De uitgebreide *National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study* heeft daarin enige verandering gebracht. In dat onderzoek bood men de deelnemers vier behandelingen:

- cognitieve therapie (CG) plus groepssteun (drug group counseling)
- ondersteunende-expressieve (supportive-expressive; SE) therapie plus groepssteun
- individuele counseling (individual drug counseling) plus groepssteun
- alleen groepssteun.

CG en SE zijn formele psychotherapieën. Deze behandelingen werden twee maal per week gegeven in de eerste drie maanden, eens per week in de drie maanden daarna, en eens per maand in de laatste drie maanden. Groepssteun bestond uit sessies van anderhalf uur eens per week in het eerste half jaar waarin de beginselen van de zogenoemde twaalfstapsbenadering werden onderwezen. Genoemde benadering stond ook centraal bij individuele counseling, zodat daarin een versterking van groepssteun gezien kan worden.

De onderzoekers dachten dat respectievelijk CG en SE met groepssteun beter zou uitwerken op de maat ‘aantal dagen cocainegebruik’ dan groepssteun alleen. Zij werden in die verwachting bedrogen. Formele psychotherapie maakte geen verschil uit. Daarentegen overtrof de combinatie van individuele counseling en groepssteun alle andere behandelingen, een effect dat minstens een jaar standhield, al was het niet al te groot. De onderzoekers voeren als verklaring voor hun opvallende bevindingen aan dat de counseling (individueel en per groep) volgens een handleiding, dus systematisch, werd uitgevoerd en een duidelijke, simpele boodschap overbracht: stoppen met gebruik.[31]

Het onderzoek trok sterk de aandacht.[21 137] Er kunnen belangrijke lessen uit getrokken worden:

- Het lijkt niet raadzaam om in de behandeling te streven naar al te veel nuancering. Een simpele boodschap, bijvoorbeeld stoppen of abstinentie, werkt kennelijk het best, althans bij cocaine.

- De twaalfstapsbenadering onderscheidt zich niet alleen in de simpele boodschap van abstinentie maar ook in het bieden van netwerken met lotgenoten. Zelfhulp is in het algemeen weinig effectief bij verslaving [152 158] maar steun van lotgenoten ingebouwd in professionele hulpverlening sorteert blijkbaar wel effect.
- Individuele en groeps counseling waren geen vrijblijvende zaak. Deze interventies werden uitgevoerd volgens een strikte handleiding. Protocollering van interventies draagt bij aan het welslagen ervan.
- De bevindingen pleiten niet zomaar tegen psychotherapie [88], omdat men counseling als een lichte variant daarvan kan beschouwen. Nuttig zou kunnen zijn een gefaseerde aanpak, in de vorm van ‘stepped care’, wat inhoudt dat de verslaafde of misbruiker van drugs eerst een lichte, veelal ambulante behandeling krijgt geboden om bij onvoldoende resultaat aan geleidelijk intensievere therapieën te worden blootgesteld. Ook kunnen de behandeldoelen worden bijgesteld, van onthouding naar bijvoorbeeld stabilisering. Deze aanpak staat hoog op de agenda van het Ontwikkelcentrum Kwaliteit.

Bij alle waardering voor dit soort geavanceerd onderzoek moet geconstateerd worden dat zeven op de tien deelnemers zich tussentijds onttrokken aan behandeling.[31] Een dergelijk hoge uitval komt in alle landen voor, niet alleen in Nederland, en zegt meer over het fenomeen verslaving dan over de verslavingszorg. Uitval is problematisch omdat de uitkomsten van een Amerikaanse ‘behandelmonitor’, de Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS) [62 126], onderstrepen dat cliënten met zwaardere (psychische) problemen langer behandeld moeten worden. De belangrijkste factor in behandel succes is wellicht behandelduur.⁶³ Ongeacht de ernst van de problematiek deden mensen die minstens negentig dagen in behandeling bleven het beter dan anderen. Dit pleit tegen de neiging om de behandelduur steeds meer te bekorten.

DATOS is een Amerikaanse monitor die aangeeft bij welke cliënten welke behandeling wordt voorgeschreven en hoelang die behandeling wordt volgehouden. DATOS is in de VS niet de eerste in zijn soort. Het Verenigd Koninkrijk heeft inmiddels ook zo’n behandelmonitor: NTORS, National Treatment Outcome Research Study.[53] Ze zijn tot op zekere hoogte geschikt om de aard en het beloop van de behandeling in kaart te brengen, niet om de effectiviteit ervan vast te stellen.

Het veelvuldig samengaan van cocaïne- en opiaatverslaving vraagt om aangepaste behandeling. Er is het nodige onderzoek gedaan naar behandeling van cocaïnemisbruik en – afhankelijkheid door deelnemers aan programma’s voor methadononderhoud, met overwegend teleurstellend resultaat.[125] Het kader vat de stand van zaken samen. Allereerst hebben onderzoekers geprobeerd het cocaïnegebruik omlaag te brengen door reductie of verhoging van de dosis methadon. Dat bleek geen onafhankelijk effect te hebben op de inname van cocaïne. Als de proefpersonen dankzij methadon minder heroïne gingen gebruiken nam in het algemeen ook de lust naar cocaïne af. Dat is op zichzelf goed nieuws: Cocaïne dient niet als vervangingsmiddel voor opiaten en methadonprogramma’s werken niet cocaïnegebruik in de hand.

Zoals gezegd is er nog geen medicijn tegen cocaïneverslaving. Het meest onderzocht is buprenorfine, zonder succes. Ook antidepressiva en stoffen die ingrijpen op het dopaminesysteem in de hersenen werken niet of nauwelijks tegen cocaïneverslaving. Hetzelfde geldt voor acupunctuur.

Een laatste groep van therapieën betreft psychotherapeutische en andere gedragsbeïnvloedende benaderingen. Van negen vergelijkingen met andere behandelingen in gerandomiseerd onderzoek wezen er twee op geen effect, twee op een onzeker resultaat en vijf op succes. Het betrof de al genoemde ondersteunende-expressieve therapie (SE), ‘contingency management’ (je krijgt pas methadon of geld als je urine vrij is van cocaïne), of combinaties van dergelijke methoden.[125] Deze bevindingen mogen niet zonder meer van toepassing verklaard worden op Nederlandse cliënten van programma’s voor methadononderhoud, omdat er in ons land waarschijnlijk andere selectiecriteria gelden voor toegang tot die vorm van behandeling.

Bewijskracht voor behandelingen voor cocaïneproblematiek onder deelnemers aan programma’s voor methadononderhoud

✓ Psychotherapie/gedragsbeïnvloeding	**
✓ Aanpassing dosering methadon	–
✓ Ondersteunende medicatie	–
✓ Acupunctuur	–

– = ineffectief; ** = redelijk bewijs voor effectiviteit

⁶³ De aanwijzingen daarvoor komen overwegend uit ongecontroleerd onderzoek waarin zelfselectie een rol kan

3.2.2 Onderzoek

De organisaties ZON en NWO voeren sinds 1996 een gezamenlijk programma Verslaving uit. Daaruit is tot nu toe gehonoreerd:

Preventie

- ✓ Cocaïne-zelfcontrole en crash-preventie. Stichting Mainline

Behandeling

- ✓ Een gerandomiseerde studie naar het effect van een laagdrempelige behandelingsprogramma voor cocaïnegebruikers in de verborgen scènes in Rotterdam. IVO/GGD Rotterdam.

hebben gespeeld. Het wachten is op gerandomiseerde studies waarin deze kwestie passende aandacht krijgt.

3.3 Opiaten

3.3.1 Preventie

Het oude onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie is in onbruik geraakt (3.1.1). Tegenwoordig spreekt men van universele (gericht op de hele bevolking op groepen daaruit), selectieve (*targeted*, gericht op risicogroepen) en geïndiceerde, op concrete individuen gerichte, preventie.[97] Universele interventies komen in hoofdstuk 3.4, over alcohol, ter sprake: schoolprogramma's, de wijkgerichte benadering en massamediale gezondheidscampagnes. Waar het aan heeft gelegen valt niet goed te zeggen, maar de boodschap dat opiaten slecht zijn heeft de laatste twintig jaar goed uitgewerkt. Jongeren zien heroïne als een 'losers' drug', die je beter kunt mijden.

Wij houden het hier op selectieve en geïndiceerde interventies. Tot die maatregelen horen onder meer ontmoediging van spuiten, bevordering van spuitomruil en condoomgebruik, en het geven van hogere doses methadon. Hierboven zagen wij dat infectie met HIV onder druggebruikers in Nederland is afgenomen (2.3.5). Daaraan heeft preventie vermoedelijk bijgedragen tot in ieder geval het begin van de jaren negentig (147), maar de mate waarin valt niet te bepalen. Met name spuitomruil is van bewezen effectiviteit, terwijl er geen aanwijzingen zijn dat deze preventieve maatregel druggebruik aanmoedigt.[172]

➤ Bewijskracht:***

Overdosering komt in Nederland betrekkelijk weinig voor (2.3.5), maar genoeg om preventiemaatregelen te treffen. Het risico op overdosering neemt toe bij spuiten en als heroïne verontreinigingen bevat of wordt ingenomen met andere middelen als alcohol, drugs en slaap- of kalmeringsmiddelen.[173 174] Tot de preventiestrategieën horen: [173]

- het onderrichten van druggebruikers en hun naasten in de gevaren van overdosering met aandacht voor toedieningswijze (niet intraveneus) en de zuiverheid van het preparaat
- nadruk op de wenselijkheid van het verdelen van de dosis over twee of meer momenten van toediening
- langzaam inspuiten als de persoon niet van injecteren wil afzien
- inname in gezelschap van anderen
- het onder handbereik hebben van tegengmiddelen als naloxon en naltrexon
- het bieden van gebruiksruidten [175] en methadononderhoud.[174]

- toepassing van reanimatie
 - en informatie over voorzieningen voor snel transport naar het ziekenhuis.
 - Ook ligt training van EHBO-personeel in de rede.
- Bewijskracht in totaliteit:**

Deze interventies zijn deels al gemeengoed in Nederland, maar niet volledig.

3.4.2 Behandeling

Het is onhaalbaar gebleken om opiaatverslaafden puur te behandelen met counseling of formele psychotherapie. Combinatie van die therapieën met medicamenten als methadon – en misschien LAAM⁶⁴ of buprenorfine – sorteert wel succes.[176] De opiaatantagonist naltrexon helpt wellicht ook, maar de beschikbare bewijzen overtuigen nog niet (bewijskracht:*).[177] Net als bij cocaïne lijkt de aard van de therapie minder van belang dan de duur ervan. Een behandeling moet minstens drie, en liever nog vijf tot zes maanden duren wil het effect ervan gedurende enige tijd beklijven.[66 138] Het maakt vermoedelijk wel iets uit of een behandeling vrijwillig, onder drang of onder dwang wordt ondergaan [114], maar het ziet er bij opiaatverslaving naar uit dat het in hoofdzaak de duur is die telt, waaronder begrepen de periode van nazorg of reclassering. Hoe het echt zit, kan niet worden gezegd. Daarvoor is urgent een zogeheten gerandomiseerd, gecontroleerd experiment (RCT) nodig. Zonder een dergelijke aanpak blijft het twisten voor de komende jaren.

Adequate behandeling in gevangenissen en huizen van bewaring is bij de huidige voorzieningen niet volledig te realiseren. Penitentiaire instellingen leven het drugsontmoedigingsbeleid niet allemaal strikt na.[169]

In de behandeling voor opiaatverslaving staan twee kwesties centraal. De eerste is de verstrekking op recept van heroïne. In de gedachtevorming daarover vervult het Nederlandse heroïne-experiment een centrale rol, maar andere landen zitten niet stil getuige lezingen op congressen.[142] Het tweede vraagstuk is de dosering van methadon. Daaraan besteedt een lopend project in Nederland aandacht, maar ook onderzoeksgroepen elders in de wereld werpen hierop hun licht. Amerikaanse onderzoekers kwamen onlangs na een proef bij opiaatverslaafden van dertig weken ambulante farmacotherapie ondersteund door counseling tot de volgende conclusies [136]:

⁶⁴ Levo-alpha-acetylmethadol.

- lage doses van methadon, in de orde van 20 tot 35 milligram, zijn minder effectief dan hogere doses om proefpersonen te helpen bij het stabiliseren van hun leven en het afdanken van heroïne
- hoge doses, van 80 tot 100 milligram, overtreffen matige doses, van 40 tot 50 milligram, wat het afzweren van heroïne betreft
- op alle andere maten – zoals het afmaken van de behandeling en het doormaken van detoxificatie (afkicken) – is er geen verschil tussen proefpersonen met matige of hoge dosering.

Hier zijn ook de uitkomsten van een langlopend onderzoek in Nederland van belang.[43] De oorspronkelijke doelstelling van afkicken is in de methadonprogramma's op de achtergrond geraakt maar niet volledig verlaten. Van een groep van methadonklanten was 8 procent twee jaar na de start van het onderzoek abtinent, dat wil zeggen: niet langer verslaafd. Voor de meeste cliënten is voorkoming van verder afglijden een reëler doel. Dat doel wordt bereikt. Meer dan de helft van de methadoncliënten (57 procent) bleef in twee jaar tijd stabiel, 26 procent ging erop vooruit en met 17 procent ging het slechter.

Methadononderhoud is dus zinvol, als althans afkicken niet als enige doelstelling wordt erkend. De optimale dosering staat nog niet vast en er valt ook in de combinatie met counseling vermoedelijk nog winst te boeken. Ook op maten als reductie van misdrijven en bevordering van de lichamelijke en geestelijke gezondheid is methadon van waarde.[141]

➤ Bewijskracht:***

Bovengenoemde zaken horen tot het werkkterrein van het Ontwikkelcentrum Sociaal-Verslavingsbeleid, waarvan de kern bestaat uit het Boumanhuis, de Grift/Gelders centrum voor verslavingszorg, CAD Limburg en Tactus/IVS. Ondersteunend onderzoek wordt verzorgd door UNRAB, Trimbos-instituut en het IVO (Rotterdam en Maastricht). Met het gegeven overzicht is het aandachtsgebied van dit ontwikkelcentrum lang niet volledig getypeerd. Anderzijds houden ook de andere ontwikkelcentra zich met sommige van de genoemde onderwerpen bezig, omdat overlap niet valt uit te sluiten.

3.3.3 Onderzoek

Tot de projecten die het programma Verslaving van ZON en NWO tot nu toe heeft gesubsidieerd horen:

Preventie

- ✓ Terugvalpreventie in de intramurale verslavingszorg. Parnassia, Den Haag; AIAR; Universiteit Maastricht

Behandeling

- ✓ De rol van cognitieve processen bij de geconditioneerde hunkering naar opiaten en bij terugval. Parnassia, AIAR
- ✓ Drop-out van (allochtone) verslaafden in de klinische verslavingszorg. Arta, Zeist; Trimbos-instituut
- ✓ Hulpbehoefte van allochtone druggebruikers buiten de drughulpverlening. Trimbos-instituut
- ✓ Afkicken onder narcose. Novadic, Sint Oedenrode.

Verscheidene van deze projecten hebben betrekking op meer middelen dan alleen opiaten en ook in andere, niet genoemde, projecten zullen opiaten een zekere rol spelen.

3.4 Alcohol

3.4.1 Preventie

Instellingen voor verslavingszorg, GGD'en en de eerstelijnsgezondheidszorg besteden naar verhouding betrekkelijk weinig aandacht aan preventie van alcoholproblematiek:

- Van de 93 preventieactiviteiten van 24 instellingen voor verslavingszorg die in 1998 exclusief waren gericht op één genotmiddel, hadden er 27 (29 procent) betrekking op alcohol.
- Daar stonden 59 projecten voor drugs (63 procent) tegenover [4], hoewel alcohol veel meer mensen in problemen brengt dan drugs.
- De 46 GGD'en die op de enquête reageerden waren samen goed voor vijf projecten puur voor alcoholpreventie, tegen 19 voor drugspreventie en 29 voor preventie van roken.

Wel krijgt alcohol geregeld aandacht in projecten met een bredere oriëntatie, dat wil zeggen: niet beperkt tot een enkel genotmiddel. Daarnaast is er intensieve betrokkenheid bij incidentele campagnes, zoals 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' en bij uitvoering van de EMA-maatregel (Educatieve Maatregel Alcohol bij rijden onder invloed).

Op de startconferentie 'Resultaten Scoren' van 2 februari 1999 stonden voor het onderwerp preventie vijf mogelijke prioriteiten centraal: opvoedingsondersteuning, wijkgerichte secundaire preventie, schoolgerichte interventies, lokaal beleid voor matiging van drinken, en verslavingspreventie ingebed in een bredere gezondheidsbenadering. De eerste drie worden met voorrang aangepakt, de laatste twee – dus met inbegrip van alcoholmatiging – komen later aan de orde.[51]

Wij bespreken hier interventies voor preventie van overmatig drinken gericht op of via:

- school- en wijkprogramma's
- patiënten
- facetbeleid
- rijders onder invloed
- kinderen van alcoholafhankelijken
- werknemers
- zwangere vrouwen.

Dit zijn merendeels redelijk bestudeerde interventies, maar lang niet alles wat onder de vlag van verslavingspreventie valt.⁶⁵ Bepaalde preventieve interventies, zoals voorkoming van terugval, raken aan behandeling en komen hier niet aan bod met uitzondering van rijden onder invloed, maar ongetwijfeld wel in een volgend Jaarbericht. Wij gaan dit jaar nog niet in op de doeltreffendheid van massamediale gezondheidscampagnes. Het Trimbos-instituut vat thans in opdracht van ZON de wetenschappelijke literatuur daarover samen en de Gezondheidsraad zet het onderwerp op zijn agenda voor 2000.

a School- en wijkprogramma's

De betere schoolprogramma's zijn niet gelimiteerd tot één enkel genotmiddel en evenmin tot het louter overdragen van lesstof. Een typerend voorbeeld is De Gezonde School en Genotmiddelen, dat in Nederland al vele jaren draait – op meer dan de helft van de middelbare scholen en hier en daar ook op basisscholen –, met steun van instellingen voor verslavingszorg en GGD'en. Het programma concentreert zich niet alleen op alcohol, maar ook op gokken, roken en drugs. Dat is verstandig omdat de uitkomsten van buitenlands onderzoek aannemelijk maken dat de effectiviteit van schoolprogramma's toeneemt naarmate het vizier wordt gericht op meer genotmiddelen tegelijk.[97 98] Dat onderzoek heeft ook aangetoond dat het succes groeit als kennisoverdracht via het curriculum wordt aangevuld met andere benaderingen, zoals voorlichting aan ouders en het betrekken van ouders bij schoolbeleid, waarvan een schoolreglement deel kan uitmaken. Ook het trainen van leerlingen in psychosociale vaardigheden draagt aan het welslagen van preventie bij. In de Verenigde Staten is inmiddels enige ervaring opgedaan met inpassing van schoolprogramma's in een bredere benadering: de 'community approach'. Een community is bijvoorbeeld een wijk.[96]

Goed opgezette en ingekaderde schoolprogramma's kunnen gebruik van genotmiddelen door leerlingen helpen uitstellen of afzwakken [97 109 157]⁶⁶

➤ Bewijskracht:***

De wijkgerichte benadering belooft veel, maar is nog onvoldoende geëvalueerd – zeker in Nederland.[109] In de Verenigde Staten wordt gepleit voor uitgebreid onderzoek naar

⁶⁵ Het nu volgende overzicht is daarom niet representatief voor de hele stand van wetenschap voor alcoholpreventie, die nog te wensen overlaat. Veel van de te beschrijven inzichten stammen uit Amerikaans onderzoek. Dat onderzoek moet worden herhaald in Nederland.

⁶⁶ Ze kunnen echter niet volledig op tegen sterke maatschappelijke ontwikkelingen in gebruik van alcohol of drugs. Als ouders toleranter worden met betrekking tot middelengebruik, wat in ieder geval in de jaren negentig in de VS is gebeurd, en ook vriendjes gebruiken, dan kunnen preventieve interventies op school daar moeilijk tegen opboksen.[163]

mogelijkheden voor de community-benadering.[80] Deze aanpak wint aan kracht, zo is de indruk, als leden van de desbetreffende gemeenschap zelf – zoals wijkbewoners – van het begin af aan als volwaardige partners bij het project betrokken worden.[109]

➤ Bewijskracht: ?

b *Patiënten*

Onder patiënten die de huisarts of hulpverleners elders in de gezondheidszorg bezoeken komt alcoholmisbruik vaker voor dan onder de algehele bevolking. Gezaghebbende instanties in het buitenland pleiten voor het systematisch afnemen van vragenlijsten vooral in de eerstelijnszorg om mensen met alcoholproblematiek te identificeren. Patiënten die alcohol misbruiken kunnen met kortdurende interventies als steunend therapeutisch contact, voorlichting en ‘huiswerk’ geholpen worden hun consumptie te minderen.[17 60 144] Dat is op zich al een mooi resultaat.[92] Of doorstroom naar alcoholisme kan worden voorkomen is nog onzeker. Deze preventieve benadering krijgt in Nederland nog weinig aandacht, mogelijk door de kloof tussen sectoren van gezondheidszorg.⁶⁷

➤ Bewijskracht:**

c *Facetbeleid*⁶⁸

Preventieve interventies die beperkt blijven tot individuen miskennen dat alcoholgebruik een maatschappelijk verschijnsel is dat bloot staat aan economische druk, sociale normen, regelgeving en sociaal-culturele veranderingen. Preventie moet oog hebben voor die bredere ‘gemeenschapsoriëntatie’ om optimaal effect te kunnen hebben.[64] Van de gemeenschapsgerichte interventies moeten vooral beperking van verkoopduur en van aantal verkooppunten⁶⁹, en verhoging van de prijs van drank genoemd worden. De verkoop van alcohol is prijsgevoelig. Van prijsverhoging – zeker als die gezien wordt als gezondheidsbeleid – gaat een preventieve werking uit, al zullen mensen die al zwaar drinken zich niet makkelijk laten afschrikken.[65 82 93]

➤ Bewijskracht:**

⁶⁷ De hier bedoelde interventies zijn gelijk aan die genoemd in 3.1.2 onder ‘Behandeling’. Het onderscheid is gelegen in de screeningscomponent: Bij preventie gaat het om mensen die niet uit zichzelf om behandeling voor hun alcoholproblematiek vragen, bij behandeling om mensen die dat wel doen. Zonder de screeningscomponent kan de effectiviteit van kortdurende interventies (vroeghulp) nog hoger worden ingeschat: ***

⁶⁸ Wij herhalen hier niet de gegevens die zijn gepubliceerd in het kader van de Gezondheids-effectrapportage in verband met de wijziging van de Drank- en Horecawet. Daardoor gaan wij niet opnieuw in op het gunstige effect dat van optrekking van de leeftijdsgrens voor het kopen van alcohol kan uitgaan.

⁶⁹ Aanwijzingen voor de effectiviteit van deze benadering komen uit recent onderzoek; bevindingen van oudere datum zijn minder overtuigend. [109 124]

d Rijden onder invloed

Onder deze noemer vallen twee soorten interventies. De eerste richt zich op leerlingen van scholen en het doel is hen bijtijds voor te lichten over de gevaren van alcohol in het verkeer. Het ontbreekt op dit vlak aan goede evaluaties.[157]

➤ Bewijskracht: ?

De tweede groep interventies is bedoeld om overtreeders te helpen niet weer in de fout van rijden onder invloed te vervallen. Hoewel de gegevens niet in alle opzichten overtuigen, kan gesproken worden van een gunstig, hoewel klein, effect van de bewuste trainingen.[109 157]

De bekendste interventie van dit type in Nederland zijn de EMA-cursussen (Educatieve Maatregel Alcohol), waaraan in 1998 8690 mensen deelnamen.[162]

➤ Bewijskracht:**

e Kinderen van alcoholafhankelijken

Ouders dragen niet zelden hun problemen over op hun kinderen door een wisselwerking tussen erfelijkheid, opvoeding en gedeelde leefomstandigheden. Volgens de bevolkingsmonitor Nemesis hebben volwassen kinderen van zware drinkers ruim zestig procent meer kans dan anderen om ook problemen met drank of een ander verslavend middel te krijgen.[34 35] Preventie onder kinderen van verslaafde ouders kan bestaan uit opvoedingsondersteuning, training in vaardigheden en voorlichting. Naar het effect hiervan is enig onderzoek gedaan, maar de kwaliteit daarvan liet te wensen over.[157]. Veelbelovend is het Amerikaanse project *Strengthening Families Program*. [95]

Bewijskracht:*

f Werkplek

De Stichting ALCON – inmiddels gefuseerd – streeft naar invoering van interventies voor alcoholpreventie in het bedrijfsleven. Of dat succes heeft, in de zin dat daadwerkelijk een preventief effect wordt bereikt, is niet bekend. Ook de buitenlandse literatuur biedt geen helderheid. De interventies zijn meestal nog in ontwikkeling en daarom onvoldoende bestudeerd [157], maar belangrijker is dat de relatie tussen werk en alcohol tot nu toe weinig prioriteit krijgt in beleid, praktijk en onderzoek.

➤ Bewijskracht:*

g Zwangere vrouwen

Overmatig drinken tijdens de zwangerschap kan leiden tot het foetaal-alcoholsyndroom of een mildere variant daarvan[56] In Nederland zou het gaan om 350 baby's per jaar.[156] Er zijn bij vroedvrouwen, gynaecologen en huisartsen folders verkrijgbaar die wijzen op de gevaren van drinken tijdens de zwangerschap maar intensievere interventies worden in Nederland maar zelden geboden. In het buitenland bestaan er wel interventies, die inhouden dat drinkende vrouwen behalve voorlichting systematische hulp ontvangen bij het stoppen met drinken. De effectiviteit ervan staat nog niet vast.[144 157] Een zwak punt van sommige van deze interventies is dat zij gericht zijn op vrouwen die al weten dat ze zwanger zijn. In een grote Amerikaanse studie bleek de helft van de vrouwen te drinken in de periode direct voorafgaand aan herkenning van de zwangerschap. Het moment van herkenning was voor de meesten vier tot zes weken na het feitelijke begin van de zwangerschap, zodat het embryo al enige tijd aan alcohol was blootgesteld.[47]

➤ Bewijskracht:*

<i>Preventie gericht op alcohol: Hoe sterk zijn de bewijzen?</i>	
✓ Breed opgezette schoolprogramma's	***
✓ Screening en vroeghulp onder patiënten	**
✓ Beperking verkoop, verhoging prijzen	**
✓ Terugval in rijden onder invloed	**
✓ Kinderen van verslaafde ouders	*
✓ Preventie op de werkplek	*
✓ Zwangere vrouwen	*

* = onvoldoende bewijs voor of tegen; ** = redelijk bewijs; *** = sterk bewijs

Jongvolwassenen nemen een behoorlijk aandeel in zwaar drinken voor hun rekening. Voor deze doelgroep is nog van weinig preventieve interventies onomstotelijk vastgesteld dat ze werken.[52] Het NIGZ, dat het project Alcoholvoorlichting en Preventie (AVP) verzorgt en dat zich onder anderen richt op jongeren als campinggasten en studenten, wil daarin verbetering brengen. Dat geldt ook voor het plan *Uitgaan en Drugs*, bestemd voor jongeren tot 24 jaar. Vele instellingen voor verslavingszorg en GGD'en, maar ook de horeca werken er aan mee. De interventies zijn van velerlei soort en zij zijn afgestemd op de drie levensdomeinen die voor jongeren belangrijk zijn: thuis, school en vrije tijd. Een van de prioriteiten is alcohol. Of deze uiteenlopende benaderingen doeltreffend zijn, moet grotendeels nog worden aangetoond.

3.4.2 Behandeling

a Een overzicht

Zoals gezegd drinkt 85 procent van de volwassen bevolking. Van hen is ruim 8 procent afhankelijk of misbruiker van drank. Van deze groep zoekt niet veel meer dan 10 procent hulp. Meer dan vier op de tien mensen stoppen voortijdig met de behandeling.[14] Dat is onbevredigend, maar men kan het niet zomaar wijten aan de Nederlandse (verslavings)zorg, omdat ook in het buitenland de behandelprestaties bij alcoholproblematiek bescheiden zijn. Verslaving is een chronische, weerbarstige, veelomvattende en daardoor moeilijk te behandelen stoornis. Niettemin meent zowel GGZ Nederland als het ministerie van VWS dat de Nederlandse gezondheidszorg te weinig rendement haalt uit de effectieve behandelingen die er wél zijn en dat er betere methodieken ontworpen moeten worden. In dat licht moet de oprichting van het Ontwikkelcentrum Kwaliteit, als uitvloeisel van de nota *Resultaten Scoren*, worden gezien. Aan dat centrum doen mee de Brijder Stichting, Jellinek, Novadic en Parnassia en de onderzoeksgroepen van AIAR (Amsterdam Institute for Addiction Research), UNRAB (University of Nijmegen Research group on Addictive Behaviors) en Parnassia.

Een Amerikaanse onderzoeksgroep heeft zorgvuldig de bewijskracht gewogen voor 41 behandelingen die meer dan incidenteel zijn bestudeerd (en ook voor 26 minder goed onderzochte interventies).⁷⁰ Wij geven daarvan hier een selectie, in onze gradatie van bewijskracht, waarbij de volgorde gaat van sterkste evidentie tot minste.[92 Van de 41 interventies zijn er 24 ineffectief. Voor vijf van de resterende zeventien geldt bewijskracht *** en voor drie **. De ordening vertoont goede overeenkomsten met de uitkomsten van een eerdere Nederlandse literatuurstudie.[157] Niet bekend is in hoeverre de Nederlandse verslavingszorg zich voegt naar deze inzichten. Het ontbreekt aan een monitor waarin wordt geregistreerd welke behandeling cliënten krijgen toegewezen, hoelang ze in behandeling blijven en met welk succes.

⁷⁰ Er is ook een goed overzicht in de Nederlandse taal. [152] Dat strookt met het recentere beeld dat wij hier presenteren. In het Nederlands overzicht staan ook ineffectieve behandelinterventies of interventies van onzekere of twijfelachtige waarde: Anonieme Alcoholici, algemene sociotherapie, hypnose, elektrische aversieve therapie, angstverminderende medicijnen, ontspanningsoefeningen, confronterende counseling, inzichtgevende psychotherapie, algemene counseling, films/lezingen.

Bewijskracht voor behandelingen voor alcoholproblematiek@⁷¹

✓ Kortdurende interventies ⁷²	***
✓ Motiverende gesprekken	***
✓ Training in sociale vaardigheden	***
✓ 'Community reinforcement' benadering@ ⁷³	***
✓ Acamprosaat	***
✓ Naltrexon	**
✓ 'Gedragscontracten'	**
✓ Cliëntgerichte therapie (client-centered)	**
✓ Disulfiram	*
✓ Relatietherapie (cognitief-gedrag)	*
✓ Cognitieve therapie	*
✓ Acupunctuur	*
✓ Zelfhulp-gids	*

* = onvoldoende bewijs voor of tegen; ** = redelijk bewijs;
*** = sterk bewijs

b Medicijnen tegen alcoholisme

Het inzetten van stoffen in de behandeling van verslaving wordt niet door iedereen toegejuicht. "You can't treat a drug problem with a drug", waarbij 'drug' hier gebruikt is in de tweeledige betekenis van het Engelse woord: genotmiddel met inbegrip van alcohol, en geneesmiddel.[103] Toch is er opmerkelijke vooruitgang geboekt in de medicamenteuze behandeling van alcoholisme. In opdracht van een Amerikaanse overheidsinstantie is onlangs de bewijskracht in kaart gebracht voor een hele reeks medicijnen, maar vooral disulfiram (Antabus, Refusal); naltrexon (Nalorex) en acamprosaat.[49]

Medicijnen kunnen drinken op minstens vier manieren helpen verminderen: [139]

- demping van het plezierige effect van alcohol
- versterking van onaangename effecten van alcohol
- afzwakking van onthoudingsverschijnselen waardoor de noodzaak van voortzetting van drinken afneemt

⁷¹ Zie voor omschrijvingen het boek van Geerlings, van den Brink en Schippers.[50]

⁷² Er zijn vele soorten kortdurende interventies; dit gunstige oordeel geldt niet per se voor alle vormen.[82] Overigens kunnen motiverende gesprekken ook als een kortdurende interventie worden gezien.

⁷³ Dit is een veelomvattende aanpak met een beetje van alles: farmacotherapie, training in therapietrouw, gedragstherapie gericht op de relatie met de partner, sociale-vaardigheidstrainingen, arbeidsrehabilitatie, terugvalpreventie.

- afzwakking van hunkering: het verschijnsel dat situaties en zintuiglijke prikkels die de persoon in de loop van de tijd heeft leren associëren met alcohol de lust tot drinken oproepen.

Disulfiram werkt op de tweede wijze. Dit middel verstoort het proces van afbraak van alcohol in het lichaam waardoor de stof acetaldehyde zich opstapelt en de patiënt last krijgt van blozen, braken, misselijkheid en hartkloppingen. Disulfiram is al lang geregistreerd voor behandeling bij alcoholisme, maar aan het nut ervan wordt steeds meer getwijfeld.[92 139] Mogelijk zijn er uitzonderingen, bijvoorbeeld toediening van de stof aan mensen die problemen hebben met zowel alcohol als cocaïne.[20]

➤ Bewijskracht:*

Naltrexon is een stof die in het lichaam de zogenoemde opiaatreceptoren blokkeert en zo het plezier dat de drinker aan alcohol ontleent beperkt. Naltrexon reduceert ook hunkering. In een dosering van 50 milligram per dag kan deze stof het drinken verminderen en terugval naar overmatig drinken voorkomen.

Bewijskracht:**

Acamprosaat is vooral in Europa beproefd en praktisch nog niet in de Verenigde Staten. Dit middel beperkt bij 1300-2000 milligram per dag de mate van drinken door onthoudingsverschijnselen en hunkering te reduceren. Of het ook bijdraagt aan algehele onthouding is nog onduidelijk. Acamprosaat werkt via de boodschapperstoffen GABA en glutamaat in het zenuwstelsel.

➤ Bewijskracht:***

Er zijn nog tal van andere stoffen die als therapie bij alcoholisme zijn of worden beproefd. Ze werken niet (lithium) of zijn voorlopig van onbewezen waarde (bijvoorbeeld Prozac en andere middelen die het serotoninesysteem in de hersenen beïnvloeden).

Wat hebben deze inzichten voor consequenties voor de behandelpraktijk in Nederland? Dat is moeilijk te zeggen, omdat wij niet weten in hoeverre medicatie gangbaar is. De NHG-standaard *Problematisch Alcoholgebruik* raadt huisartsen af de bewuste middelen voor te schrijven, omdat ze niet als zodanig in huisartspraktijken zijn bestudeerd. In een groot deel van de ambulante verslavingszorg ligt de nadruk vermoedelijk op psychosociale interventies, waarbij medicatie als ondersteuning wordt gezien. Volgens tussentijdse resultaten van het Nederlandse MICADO-onderzoek wint de behandeling echter niet aan effectiviteit als acamprosaat wordt gecombineerd met een psychosociale interventie. Het laatste woord hierover is zeker nog niet gezegd.

Volgens berekeningen van de Ziekenfondsraad (nu: College voor Zorgverzekeringen) komen ongeveer 2500 drinkers in aanmerking voor behandeling met acamprosaat, wat tot 2,3 miljoen gulden aan meerkosten binnen het geneesmiddelenbudget zou leiden. Deze raming zou wel eens veel te laag kunnen zijn.

Artsen die werkzaam zijn in de verslavingszorg willen komen tot een multidisciplinaire richtlijn voor medicatie bij alcoholisme. Als aanzet daartoe verscheen onlangs de *Handleiding Voorschrijven van farmaca*.^[37]

3.4.3 Onderzoek

Sinds 1996 zijn uit het programma Verslaving van ZON/NWO de volgende projecten gehonoreerd met relevantie voor het bovenstaande (paragraafnummer tussen haakjes):

Preventie

- ✓ Haalbaarheid van een Community Intervention Trial gericht op middelengebruik door jongeren. Trimbos-instituut (3.4.1)
- ✓ Vroege signalering van alcoholproblematiek door huisartsen via een biologische alcoholmarker. Instituut voor VerslavingsOnderzoek (3.4.2)
- ✓ Vroege interventie bij problematisch alcoholgebruik onder patiënten in het algemeen ziekenhuis. Amsterdam Institute for Addiction Research, Katholieke Universiteit Nijmegen (3.4.2)

Behandeling

- ✓ De betekenis van cues en contexten bij behandeling en terugvalpreventie. Universiteit Maastricht (3.4.1)
- ✓ Implementatie van effectieve hulpverleningsmethodieken met consensusrichtlijnen. Amsterdam Institute for Addiction Research, Katholieke Universiteit Nijmegen (3.4.1)
- ✓ Effectiviteit van cognitieve-gedragstherapie bij alcoholproblematiek. Universiteit van Amsterdam (3.4.1)
- ✓ Het Motivational Interview. Katholieke Universiteit Nijmegen (3.4.1)
- ✓ De mogelijk remmende werking van norharman op de hunkering naar gebruik van alcohol en nicotine. Erasmus Universiteit (3.4.2).

Referenties

1. Abraham MD, Cohen PDA, van Til RJ, de Winter MAL. Licit and illicit drug use in the Netherlands, 1997. Amsterdam: CEDRO, 1999 (concept).
2. Abraham MD, Cohen PDA, van Til RJ, Langemeijer MPS. Licit and illicit drug use in Amsterdam III: developments in drug use 1987 – 1997. Amsterdam: CEDRO, 1998.
3. Addiction Research, supplement van dit tijdschrift uit 1994.
4. Afdeling Preventie. Verslavingspreventie bij instellingen voor verslavingszorg en GGD'en 1998. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.
5. Barendregt C, van de Mheen D, Blanken P. Het roken van cocaïne-base in Rotterdam: de invloed van gebruikslocatie en zelfcontrolemechanismen. IVO bulletin 1999; 2(2): 1-15.
6. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Cannabis abuse and serious suicide attempts. *Addiction* 1999; 94: 1155-64.
7. Bieleman B, Maarsingh H, Meijer G. Aangeschoten wild. Een onderzoek naar jongeren, alcohol, drugs en agressie tijdens het uitgaan. Groningen: Intraval, 1998.
8. Bieleman B, Snippe J. Gedogen gewogen. Evaluatie van het Amsterdamse coffeeshopbeleid. Groningen: Intraval, 1999.
9. Bijl RV, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *TSG* 1998; 76: 446-57.
10. Blomqvist J. Treated and untreated recovery from alcohol misuse: Environmental influences and perceived reasons for change. *Substance Use & Misuse* 1999; 34: 1371-406.
11. Blow FC. Substance abuse among older adults. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, TIPS series 29, 1998.
12. Boekhout van Solinge T. The Swedish drug control system. An in-depth review analysis. Amsterdam: Jan Mets, 1997.
13. Bommels B, Meijer R. Dood door geweld. *Elsevier Magazine* 31 januari 1998.
14. Bongers IMB. Problem drinking among the general population. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam. Rotterdam: IVO, IVO-reeks 18, 1998.
15. Bouwmeester O, Ernste D. The social costs of dependence and the cost-effectiveness of addiction treatment. Hoofddorp: KPMG/BEA, 1996.
16. Bovens R, Van Laar I. Nieuwe doelgroepen: alcohol. *Overlastpost* 1999; 93-5. Den Haag: Stuurgroep vermindering Overlast.
17. Brief interventions and alcohol use. *Effective Health Care* 1993(7).
18. Bröer C, Noyon R. Over last en beleid. Evaluatie Nota Overlast en vijf jaar SVO-beleid tegen overlast van harddruggebruikers. Amsterdam: Regioplan Stad en Land, 1999.
19. Buster M, Reurs H. Methadonverstrekking in Amsterdam 1996. Amsterdam: GG&GD, 1997.
20. Carroll KM, Nich C, Ball SA, McCance E, Rounsaville BJ. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction* 1998; 93: 713-28.
21. Carroll KM. Old psychotherapies for cocaine dependence revisited. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 505-6.
22. CBS. Jeugd, cijfers en feiten 1999. Heerlen/Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1999.
23. CBS. Persbericht 16 juli 1999.

24. CBS. Statistisch Jaarboek 1999.
25. Centrale Methadon Registratie. Methadonverstrekking in Amsterdam 1998. Amsterdam: CMR, GG&GD, 1999.
26. Cohen AF, van Gerven JMA. Cognitive and serotonergic function in ecstasy-users and controls: report CHDR 97103. Part one: results and discussion. Leiden: Centre for Human Drug Research, 1998.
27. Cohen P, Sas A. Cocaine users in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986. Amsterdam: CEDRO, 1995.
28. Cohen P, Sas A. Ten years of cocaine. A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam. Amsterdam: CEDRO, 1993.
29. Community Epidemiology Work Group. Epidemiologic trends in drug abuse. Advance report. Bethesda: NIDA, 1999.
30. Criqui MH, Golomb BA. Should patients with diabetes drink to their health? JAMA 1999; 282: 279-80.
31. Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, e.a. Psychosocial treatments for cocaine dependence. National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Archives of General Psychiatry 1999; 56: 493-502.
32. Crowley TJ, e.a. Substance dependent, conduct-disordered adolescent males: Severity of diagnosis predicts 2-year outcome. Drug and Alcohol Dependence 1998; 49: 225-37.
33. Cruts AAN, Ouwehand AW, Hoekstra MJ. Echt nieuw of draaideurcliënt in de Nederlandse verslavingszorg. Houten: IVV/GGZ Nederland, 1998.
34. Cuijpers P, Langendoen Y, Bijl RV. Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: Prevalence, first onset and comparison with other risk factors. Addiction 1999; 94 (in druk).
35. Cuijpers P. Preventieprogramma's voor kinderen van alcoholafhankelijke ouders. Een literatuuroverzicht. Kind & Adolescent 1999 (in druk).
36. De Bruin D, Maalsté N, van de Wijngaart G. Goed fout gegaan. Eerste hulp op grote dansevenementen. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek, 1998.
37. De Jong CAJ. Handleiding Voorschrijven van farmaca bij de behandeling van misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve stoffen. Sint Oedenrode: Novadic, 1999.
38. De Zwart W, Bijl R. Afhankelijkheid van alcohol, drugs of andere middelen. In: Maas IAM, e.a. (eindred.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. I. De gezondheidstoestand: een actualisering. Bilthoven/Maarssen: RIVM/Elsevier/De Tijdstroom.
39. De Zwart WM. Ontwikkelingen in het gebruik van alcohol en drugs. In: Mensink C, Spruit IP (red.). Jaarboek Verslaving 1998. Over gebruik en zorg. Utrecht/Houten: Trimbos-instituut/Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.
40. Dellinger AM, Bolen J, Sacks JJ. A comparison of driver- and passenger-based estimates of alcohol-impaired driving. American Journal of Preventive Medicine 1999; 16: 283-8.
41. Diemel S, Blanken P. Expert assessment: The Netherlands. Lissabon: EMCDDA, 1999.
42. DIMS. Verkorte Jaarrapportage. Resultaten 1998 (concept). Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.
43. Driessen FMHM, Völker BGM, Krechting J, van der Lelij B. De situatie van methadoncliënten na twee jaar. Den Haag/Utrecht: Bureau Driessen. Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek, 1999.

44. Edwards G, e.a. Alcohol policy and the public good. Oxford: Oxford Medical Publications, 1994.
45. Eland-Goossensen MA. Opiate addicts in and outside of treatment: different populations. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997.
46. EMCDDA. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. Lissabon: EMCDDA, 1998.
47. Floyd RL, Decouflé P, Hungerford DW. Alcohol use prior to pregnancy recognition. *American Journal of Preventive Medicine* 1999; 17: 101-7.
48. Fried PA, Watkinson B, Gray B. Differential effects on cognitive functioning in 9- to 12-years olds prenatally exposed to cigarettes and marihuana. *Neurotoxicology and Teratology* 1998; 20: 293-306.
49. Garbutt JC, West SL, Carey TS, Lohr KN, Crews FT. Pharmacological treatment of alcohol dependence. A review of the evidence. *JAMA* 1999; 281: 1318-25.
50. Geerlings PJ, van den Brink W, Schippers GM. Behandelingsstrategieën bij alcoholproblemen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum/Cure & Care development, 1996.
51. GGZ Nederland. Brief aan de minister van VWS, 7 april 1999.
52. Giesbrecht N. Reducing risks associated with drinking among young adults: Promoting knowledge-based perspectives and harm reduction strategies. *Addiction* 1999; 94: 353-5.
53. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Lehmann P, Edwards C, Wilson A, Segar G. Treatment evaluation in the UK: The National Treatment Outcome Research Study. In: Nilson M, e.a. (red.). Evaluating the treatment of drug abuse in the European Union. Lissabon: EMCDDA, 1999.
54. Graham K, Wilsnack R, Dawson D, Vogeltanz N. Should alcohol consumption measures be adjusted for gender differences? *Addiction* 1998; 93: 1137-47.
55. Grapendaal M, Nelen H, Leuw E. A world of opportunities. Life style and economic behavior of heroin addicts in Amsterdam. New York: SUNY Press, 1995.
56. Guerri C, Riley E, Strömmland K. Commentary on the recommendations of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists concerning alcohol consumption in pregnancy. *Alcohol & Alcoholism* 1999; 34: 497-501.
57. Hajema KJ, Knibbe RA, Drop MJ. Changes in alcohol consumption in a general population in The Netherlands: a 9-year follow-up study. *Addiction* 1997; 92: 49-60.
58. Hakkert A, Van Wijk A, Ferwerda H, Eijken T. Groepsriminaliteit. Een terreinverkenning op basis van literatuuronderzoek en een analyse van bestaand onderzoeksmateriaal aangevuld met enkele interviews met sleutelinformanten en jongeren die tot groepen behoren. Den Haag: Ministerie van Justitie, 1998.
59. Hart CL, Davey Smith G, Hole DJ, Hawthorne VM. Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary artery disease, and stroke: Results from a prospective cohort study of Scottish men with 21 years of follow up. *BMJ* 1999; 318: 1725-9.
60. Heather N. Using brief opportunities for change in medical settings. In: Miller WR, Heather N (red.). *Treating Addictive Behaviors*. 2^e uitgave. New York: Plenum Press, 1998.
61. Hegadoren KM, Baker GB, Bourin M. 3,4-Methylenedioxy analogues of amphetamine: defining the risks to humans. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 1999; 23: 539-53.
62. Higgins ST. We've come a long way. Comments on cocaine treatment outcome research. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 516-8.

63. Høidrup S, Grønbæk M, Gottschau A, e.a. Alcohol intake, beverage preference, and risk of hip fracture in men and women. *American Journal of Epidemiology* 1999; 149: 993-1001.
64. Holder HD. Alcohol and the community. A systems approach to prevention. (International Research Monographs in the Addictions). Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
65. Horgen KB, Brownell. Policy change as a means for reducing the prevalence and impact of alcoholism, smoking, and obesity. In: Miller WR, Heather N (red.). *Treating Addictive Behaviors*. 2^e uitgave. New York: Plenum Press, 1998.
66. Hubbard RL, Craddock SG, Flynn PM, Anderson J, Etheridge RM. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 1997; 11: 261-78.
67. Inspectie voor de Gezondheidszorg. AIDS in Nederland per 31 december 1998. Den Haag: IGZ, 1999.
68. Jansen KLR. Ecstasy (MDMA) dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 1999;53:121-4.
69. Joy JE, Watson SJ, Benson JA (red.) Marijuana and medicine: Assessing the science base. Washington DC: Institute of Medicine/National Academy Press, 1999.
70. Keppel Hesselink JM. Klinische en toxicologische aspecten van ecstasygebruik [ingezonden brief]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1998;142:2321-2.
71. Kingma J, Ten Duis HJ. De registratie van letsels en ongevallen Groningen; aetiologie van letsels en ongevallen. Groningen: Stichting Traumatologie, Academisch Ziekenhuis Groningen, 1997.
72. Kirchmayer U, Davoli M, Verster A. Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *The Cochrane Library* 1999(2): 1-13.
73. Klerks P, Van den Broek H, Van der Werf J. 'Een rode draad in ons werk'; inspanningen in de basispolitiezorg ten aanzien van alcoholmisbruik. Den Haag: Eysink Smeets & Etman, 1999.
74. Koeter MWJ, Lührman GC. Verslavingsproblematiek bij justitiabele verslaafden. Amsterdam: AIAR, 1999.
75. Konijn C. Blowende jongeren: een toenemend probleem voor groepsopvoeders. *SPH* 1999(28); 32-8.
76. Konijn KZ, Pennings EJM. XTC: klinische en toxicologische aspecten. Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum: Klinische Chemie, 1997.
77. Korf DJ, Leuw E. Druggebruik, drugverslaving en criminaliteit. In: Buisman WR, Van der Stel JC (red.). *Drugspreventie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
78. Korf DJ. Jatten alle junkies? In: Lissenberg E, Frank H, Komter ML, Korf DJ (red.). *Bundel Criminologie 1992/93*. Amsterdam: Criminologisch Instituut Bongers, Universiteit van Amsterdam, 1993.
79. Korf DJ, Nabben T, Lettink D, Bouma H. Antenne 1998. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: de Jellinek, 1999.
80. Lamb S, Greenlick MR, McCarty D (red.). Bridging the gap between practice and research. Forging partnerships with community-based drug and alcohol treatment. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press, 1998.
81. Langemeijer M, Van Til R, Cohen P. Het gebruik van legale en illegale drugs in Utrecht en Tilburg. Amsterdam: CEDRO, 1998.
82. Larimer ME, Marlatt GA, Baer JS, Quigley LA, Blume AW, Hawkins EH. Harm reduction for alcohol problems. In: Marlatt GA (red.). *Harm reduction. Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York/Londen: The Guilford Press, 1998.

83. Law M, Wald N. Why heart disease is low in France: The time lag explanation. *BMJ* 1999; 318: 1471-80.
84. Link BG. New evidence on the violence risk posed by people with mental illness. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55: 403-4.
85. Lusthof KJ, Ruiter B. Amphetamine- and phenylpropanolamine-derivative related deaths in the Netherlands from 1994 to 1997: toxicology and pathology. Rijswijk: Ministerie van Justitie; Gerechtelijke Laboratorium, 1998.
86. Lyketsos CG, Garrett E, Liang KY, Anthony JC. Cannabis use and cognitive decline in persons under 65 years of age. *American Journal of Epidemiology* 1999; 149: 794-800.
87. Mathias R. Tracking trends in teen drug abuse over the years. *NIDA Notes* 1999; 14(1): S8.
88. Maude-Griffin PM, Hohenstein JM, Humfleet GL, e.a. Superior efficacy of cognitive-behavioural therapy for urban crack cocaine abusers: Main and matching effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66: 832-7.
89. McCann UD, Szabo Z, Scheffel U, e.a. Positron emission tomographic evidence of toxic effect of MDMA ('Ecstasy') on brain serotonin neurons in human beings. *Lancet* 1998;352:1433-7.
90. Meijer RF, e.a. Drugs, delicten en handhavingskosten. Den Haag: Ministerie van Justitie/CDWO, 1995.
91. Meringakas KR, Mehta RL, Molnar BE, e.a. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors* 1998; 23: 893-907.
92. Miller WR, Andrews NR, Wilbourne P, Bennett ME. A wealth of alternatives: Effective treatments for alcohol problems. In: Miller WR, Heather N (red.). *Treating Addictive Behaviors*. 2^e uitgave. New York: Plenum Press, 1998.
93. Mosher JF. Alcohol policy and the young adult: Establishing priorities, building partnerships, overcoming barriers. *Addiction* 1999; 94: 357-69.
94. National Institute on Drug Abuse. Drug abuse prevention for at-risk individuals. Rockville: NIDA, 1997.
95. National Institute on Drug Abuse. Drug abuse prevention for at-risk groups. Rockville: NIDA, 1997.
96. National Institute on Drug Abuse. Drug abuse prevention for the general population. Rockville: NIDA, 1997.
97. National Institute on Drug Abuse. Drug abuse prevention: What works. Rockville: NIDA, 1997.
98. National Institute on Drug Abuse. Preventing drug use among children and adolescents. Rockville: NIDA, 1997.
99. Neve R. The life course, gender, and alcohol use. Proefschrift Universiteit Maastricht, 1998.
100. Nichols DE. Differences between the mechanism of action of MDMA, MBDB and the classic hallucinogens. Identification of a new therapeutic class: entactogens. *Journal of Psychoactive Drugs* 1986;18:305-13.
101. NIDA. Methamphetamine abuse and addiction. Research Report Series. National Institute on Drug Abuse. <http://www.nida.nih.gov>, 1999.
102. NIGZ. Feiten over alcohol. Negende uitgave. Woerden: NIGZ, 1998.
103. O'Brien CP. Recent developments in the pharmacotherapy of substance abuse. In: Marlatt GA, VandenBos GR (red.). *Addictive Behaviors. Readings on etiology, prevention, and treatment*. Washington DC: American Psychological Association, 1997.

104. O'Farrell TJ, Van Hutton V, Murphy CM. Domestic violence before and after alcoholism treatment: A two-year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol* 1999; 60: 317-21.
105. Oberlé D. Overview of national alcohol policies in the 15 countries of the European Union. <http://www.sfsp-publichealth.org>, 1998.
106. Obrocki J, Buchert R, Väterlein, e.a. Ecstasy – long-term effects on the human central nervous system revealed by positron emission tomography. *British Journal of Psychiatry* 1999; 175: 186-8.
107. Ouwehand AW, Van Alem VCM, De Vetten LJ, Boonzajer Flaes S. *Kerncijfers LADIS* 1998. Houten: IVV, 1999.
108. Pertwee RG. Medical uses of cannabinoids: The way forward. *Addiction* 1999; 94: 317-20.
109. Peters L, Lemmers L. Alcoholpreventie onder jongeren: een inventarisatie van interventies en hun effecten. Woerden: NIGZ, 1999.
110. Phillips DP, Christenfeld N, Ryan NM. An increase in the number of deaths in the United States in the first week of the month. *New England Journal of Medicine* 1999; 341: 93-8.
111. Ramström J. Adverse health consequences of cannabis use. Stockholm: Socialstyrelsen/National Institute of Public Health Sweden, 1998.
112. Ravelli A, Bijl RV, Van Zessen G. Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1998; 40: 531-43.
113. Reinking D, Kroon H. Opgevangen in Utrecht. Dakloosheid en zelfverwaarlozing in de regio Midden-Westelijk Utrecht. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.
114. Rigter H. Justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden: Helpt het? *Overlastpost* 1999; 24-28. Den Haag: Stuurgroep Vermindering Overlast.
115. Rossow I, Pape H, Wichstrøm L. Young, wet & wild? Associations between alcohol intoxication and violent behaviour in adolescence. *Addiction* 1999; 94: 1017-31.
116. Rost van Tonningen van Driel MM, Garbis-Berkvens JM, Reuvers-Lodewijks WE. Zwangerschapsuitkomst na ecstasygebruik; 43 gevallen gevolgd door de Teratologie Informatie Service van het RIVM. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1999; 143: 2321-2.
117. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek, 1997
118. Schene AH, Jonkers JFJ. Thuisloosheid en psychiatrische stoornissen. In Wennink J, van Weeghel J (red.). *Thuisloosheid en psychische stoornissen*. Utrecht: NcGv, 1993.
119. Schoemaker B. XTC in je haar. *Psy* 7, 1999.
120. Schreuder RF, Broex VMF. *Verkenning drugsbeleid in Nederland: feiten opinies en scenario's*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
121. Schreuders M, Korf DJ, Poort E. Cannabisgebruik en criminaliteit. Een kwestie van leefstijl? *Tijdschrift voor Criminologie* 1994(3): 252-63.
122. Schrijvers CTM, Abbenhuis GM, Van de Goor LAM et al. De prevalentie van complexe verslavingsproblematiek: resultaten van een onderzoek bij druggebruikers in Rotterdam en Groningen.
123. Scott H, Johnson S, Menezes P, e.a. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172: 345-50.
124. Scribner R, Cohen D, Kaplan S, Allen SH. Alcohol availability and homicide in New Orleans: Conceptual considerations for small area analysis of the effect of alcohol outlet density. *Journal of Studies on Alcohol* 1999; 60: 310-6.

125. Silverman K, Bigelow GE, Stitzer ML. Treatment of cocaine abuse in methadone maintenance patients. In: Higgins ST, Katz JL (red.). Cocaine abuse. Behavior, pharmacology, and clinical applications. San Diego: Academic Press, 1998.
126. Simpson DD, Joe GW, Fletcher BW, Hubbard RL, Anglin D. A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 507-14.
127. Smith-Warner SA, Spiegelman D, Yaun SS, e.a. Alcohol and breast cancer in women. A pooled analysis of cohort studies. *JAMA* 1998; 279: 535-40.
128. Smolka M, Schmidt LG. The influence of heroin dose and route of administration on the severity of the opiate withdrawal syndrome. *Addiction* 1999; 94: 1191-8.
129. Solowij N. Cannabis and cognitive functioning. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
130. Soyka M. Substance abuse as a risk factor for violence in major mental disorders. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 582.
131. Spaans E, Beltman W, Joore JCA, e.a. Landelijke registratie klinische 'XTC-incidenten'. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 1999.
132. Spruit IP. XTC in Nederland. Een samenvatting van de bevindingen van zes projecten. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1997.
133. Stam H, Mensink C, De Zwart WM. Jeugd en riskant gedrag 1997. Roken, drinken en gokken in het voortgezet speciaal onderwijs en spijbelopvangprojecten. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.
134. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, e.a. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55: 393-401.
135. Stichting Mainline. Het spoor bijster. Rondhangende jongeren op Amsterdam Centraal Station. Amsterdam: Stichting Mainline, 1998.
136. Strain EC, Bigelow GE, Liebson IA, Stitzer ML. Moderate- vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence. A randomized trial. *JAMA* 1999; 281: 1000-5.
137. Strain EC. Psychosocial treatments for cocaine dependence. Rethinking lessons learned. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 503-4.
138. Swartz JA, Lurigio AJ. Final thoughts on IMPACT: A federally funded, jail-based, drug-user-treatment program. *Substance Use & Misuse* 1999; 34: 887-906.
139. Swift RM. Drug therapy for alcohol dependence. *New England Journal of Medicine* 1999; 340: 1482-90.
140. SWOV. Rijden onder invloed 1996-1997. Den Haag: SWOV, 1998.
141. Tapert SF, Kilmer JR, Quigley LA, Larimer ME, Roberts LJ, Miller ET. Harm reduction strategies for illicit substance use and abuse. In: Marlatt GA (red.). Harm reduction. Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. New York/Londen: The Guilford Press, 1998.
142. Tenth International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Final programme. Genève, 21-25 maart 1999.
143. Toet J. Country report: The Netherlands. Lissabon: EMCDDA, 1999.
144. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 2^e uitgave. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
145. Valmadrid CT, Klein R, Moss SE, Klein BEK, Cruickshanks KJ. Alcohol intake and the risk of coronary heart disease mortality in persons with older-onset diabetes mellitus. *JAMA* 1999; 282: 239-46.
146. Van Ameijden EJC, Coutinho RA. Large decline in injecting drug use in Amsterdam, 1986-1998: Explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions. 1999 (concept).

147. Van Ameijden EJC, Langendam MW, Notenboom J, Coutinho RC. Continuing injecting risk behaviour: Results from the Amsterdam cohort study of drug users. *Addiction* 1999; 94: 1051-61.
148. Van Amsterdam JGC, van der Laan JW, Slangen JL. Cognitieve effecten na stopzetting van chronisch cannabisgebruik. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1998; 142: 504-8.
149. Van Beeck EF, Mulder S, Den Hertog P. Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging. In: Maas IAM, e.a. (eindred.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. I. De gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven/Maarssen: RIVM/Elsevier/De Tijdstroom.
150. Van de Wijngaart G, Braam R, de Bruin D, e.a. Ecstasy in het uitgaanscircuit. Sociaal-epidemiologisch onderzoek naar de aard, omvang en risico's van het gebruik van XTC en andere uitgaansdrugs op houseparty's. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek, 1997.
151. Van den Berg Jeths A (eindred.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. VII. Gezondheid en zorg in de toekomst*. Bilthoven/Maarssen: RIVM/Elsevier/De Tijdstroom.
152. Van den Brink W. Effectieve interventies bij alcoholproblemen. In: Geerlings PJ, van den Brink W, Schippers GM (red.). *Behandelingsstrategieën bij alcoholproblemen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum/Cure & Care development, 1996.
153. Van den Brink W. Verslavingen. In: De Jong A, e.a. (red.). *Handboek Psychiatrische epidemiologie*. Elsevier/De Tijdstroom, 1999.
154. Van den Broek H, Klerks P, Den Otter P. *ADAM in Holland?* Den Haag: Eysink Smeets & Etman, 1999.
155. Van der Maas PJ, Kramers PGN (eindred.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. III. Gezondheid en levensverwachting gewogen*. Bilthoven/Maarssen: RIVM/Elsevier/De Tijdstroom.
156. Van der Stel J, Van der Keuken J. Kinderen, gezin en alcohol: preventie en hulpverlening. Assen: Dekker & Van de Vegt, 1992.
157. Van Gageldonk A, Cuijpers P. Effecten van verslavingspreventie. Overzicht van de literatuur. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.
158. Van Gageldonk A, De Zwart W, Van der Stel J, Donker M. *De Nederlandse verslavingszorg. Overzicht van de kennis over aanbod, vraag en effect*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.
159. Van Haastrecht HJA, Bax JS, van den Hoek JAR. Weinig HIV-risicogedrag bij drugsgebruikers tijdens detentie in Nederlandse strafinrichtingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997; 141: 429-33.
160. Van Haastrecht HJA, Van Ameijden EJC, Van den Hoek JAR, Mientjes GHC, Bax JS, Coutinho RA. Predictors of mortality in the Amsterdam cohort of human immunodeficiency virus (HIV)-positive and HIV-negative drug users. *American Journal of Epidemiology* 1996; 143: 380-91.
161. Van Praag C, Uitterhoeve W. Een kwart eeuw sociale verandering in Nederland. De kerngegevens uit het Sociaal en Cultureel Rapport 1998. Nijmegen: SUN/SCP, 1999.
162. Vissers J, van 't Hoff J. Effecten van de EMA, een evaluatieonderzoek naar de leereffecten van de Educatieve Maatregel Alcohol en Verkeer. Veenendaal: Traffic Test, 1998.
163. Welte JW, Barnes GM, Hoffman JH, Dintcheff BA. Trends in adolescent alcohol and other substance use: Relationships to trends in peer, parent, and school influences. *Substance Use & Misuse* 1999; 34: 1427-49.

164. Wetsers P, de Jong A. Uitgaan en drugs. Plan voor een samenhangende preventie-aanpak van recreatief druggebruik (1998-2001). Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.
165. Wohlfarth T, Koeter MWJ, Palenewen GR. A new generation of drug addicts? *Jellinek Quarterly* 1997; 4(1/2): 5-6. Carroll KM. Treating drug dependence: Recent advances and old truths. In: Miller WR, Heather N (red.). *Treating Addictive Behaviors*. 2^e uitgave. New York: Plenum Press, 1998.
166. Wolf J. Overwegingen bij overlastbeleid. Verslag van een onderzoek naar inhoud en uitvoering van het overlastbeleid. Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.
167. World Drink Trends 1998. International beverage consumption and production trends. Schiedam: Commodity Board for the Distilled Spirits Industry, 1998.
168. Van Brussel GHA, Buster MCA. Zorg voor de toekomst. Opiaatverslaafden in Amsterdam. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 1999.
169. Bieleman B, Van der Laan R. Stok achter de deur. Onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden, Groningen: Intraval, 1999.
170. Planije MP, Mensink C, Spruit IP. Zakboekje kerncijfers 1998: Nederlandse Alcohol en Drugs Rapportage. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.
171. Smeets O, Mikx T. Rapportage Drugs Informatielijn nr. 4, december 1998. Utrecht: Trimbos-instituut.
172. Peterson PL, Dimeff LA, Tapert SF, Stern M, Gorman M, Harm reduction and HIV/AIDS prevention. In: Marlatt GA (red.). *Harm reduction, Pragmatic strategies for managing high-riskbehaviors*. New York/London: The Guilford Press, 1998.
173. Substance Abuse Department. Opioid overdose. Trends, risks factors, interventions and priorities for action. Genève: WHO, 1998.
174. Sporer KA. Acute heroin overdose. *Annals of Internal Medicine* 1999; 130: 584-90.
175. De Jong W, Weber U. The professional acceptance of drug use: A closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Swizerland. *International Journal of Drug Policy* 1999; 10: 99-108.
176. Carroll KM. Treating drug dependence: Recent advances and old truths. In: Miller WR, Heather N (red.). *Treating Addictive Behaviors*. 2^e uitgave. New York: Plenum Press, 1998.
177. Kirchmayer U, Davoli M, Verster A. Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *The Cochrane Library* 1999(2): 1-13.
178. Snippe J, Bieleman B. Buurten over last: monitoren van drugsoverlast in de SVO-gemeenten 1993-1998. Groningen: Stichting Intraval, 1999.

BIJLAGE A: De eerste maanden van de NDM

Het Bureau NDM is logistiek ondergebracht bij het Trimbos-instituut. In de paar maanden dat de NDM actief is zijn de volgende stappen gezet:

- Het Trimbos-instituut heeft een reorganisatie doorgevoerd om te komen tot strikte scheiding van de uitvoerende monitoringprojecten van het instituut enerzijds en de coördinatiefunctie anderzijds. Die functie is ondergebracht in een nieuwe afdeling die zelf geen monitoringprojecten uitvoert maar zich beperkt tot coördinatie van activiteiten en bundeling en hulp bij publicatie van gegevens. Het bureau NDM staat tot andere onderdelen van het Trimbos-instituut in dezelfde relatie van opdrachtgever, dienstverlener en bemiddelaar als ten opzichte van externe uitvoerders van monitoringprojecten. Dit model is ontleend aan de constructie voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen bij het RIVM.
- Het Trimbos-instituut heeft zijn andere coördinerende activiteiten onder de vlag van de NDM gebracht. Het instituut treedt op als het Nederlandse ‘focal point’ voor het European Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) in Lissabon. De focal points van de lidstaten bedienen het EMCDDA jaarlijks met cijfers over verslaving en middelengebruik – vooral over de zogenoemde kernindicatoren – en met gegevens over preventie en zorg. Die informatie komt uit dezelfde bronnen die voor de NDM van belang zijn. Dat geldt ook voor de cijfers nodig voor de jaarlijkse rapportages aan de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) en aan de Verenigde Naties, waaraan het Trimbos-instituut eveneens bijdraagt. Dat alles maakt nu deel uit van de NDM, wat de consistentie van berichtgeving ten goede komt.
- Besloten is tot systematische uitwisseling van inzichten met andere landen met een nationale drugmonitor: de Community Epidemiology Work Group (CEWG) in de Verenigde Staten – via samenwerking met het National Institute on Drug Abuse – en de Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use (CCENDU). Met het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Abuse bestaan al langer intensieve banden. In enkele andere Europese landen zijn nationale drugmonitors in opbouw of beperkt van opzet al aanwezig, zoals SEIT in Spanje en de Austrian Narcotic Drugs Monitoring Agency in Oostenrijk. Ook daarmee bestaan contacten.
- De NDM gaat drie landelijke werkgroepen omvatten, respectievelijk voor cijfers (epidemiologie), preventie en zorg. De Werkgroep Epidemiologie is inmiddels ingesteld.

Daarin zitten vertegenwoordigers van uitvoerende monitoringinstanties. De nadruk ligt voorlopig op drugs, om redenen die hieronder worden toegelicht, maar ook alcohol en (in 2000) roken krijgen aandacht. Dat betekent dat de werkgroep nog wordt uitgebreid. Voor de Werkgroep Preventie sluiten wij aan bij de Landelijke Steunfunctie Preventie (LSP), een gezamenlijke activiteit van GGZ Nederland en het Trimbos-instituut, en bij het Ontwikkelcentrum Preventie-innovatie. Dit krijgt in 2000 haar beslag. Ook de Werkgroep Zorg wordt binnenkort geformeerd. Dat gebeurt in overleg met de Ontwikkelcentra Kwaliteit en Sociaal-Verslavingsbeleid.

- Besloten is om de Werkgroep Epidemiologie bij voorrang te betrekken bij het werk aan de vijf zogenoemde kernindicatoren voor drugs die het EMCDDA voor de lidstaten verplicht heeft gesteld en die onmiddellijke actie vergen:
 - druggebruik, en houding tegenover druggebruik, onder de algemene bevolking
 - frequentie van problematisch gebruik van drugs per bevolkingsgroep
 - het beroep dat mensen wegens problematisch druggebruik doen op de hulpverlening
 - sterfte onder gebruikers van drugs
 - infectieziekten die met gebruik van drugs samenhangen.

De taak van de werkgroep in dit verband is te bezien hoe bestaande en eventueel nieuwe monitoringprojecten in Nederland de informatie kunnen genereren die het EMCDDA verlangt.

- Een zesde onderwerp betreft peiling van het constant veranderende aanbod van drugs. Een ‘marktmonitor’ is nodig voor aanlevering van gegevens aan het Europese ‘early warning system’, waarvan het EMCDDA de regie heeft. Het project DIMS leent zich bij uitstek daarvoor. Van belang is hier ook het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM), waarover de Tweede Kamer op 29 juni jongstleden een brief van de minister van VWS ontving (23 760, nr 12).

De instellingen voor verslavingszorg werken onder de noemer *Resultaten Scoren* aan plannen tot vernieuwing van preventie en zorg. Zij zien cijfermatige monitoring daarbij als voorziening om de richting van het beleid te kunnen bepalen. De NDM zal de benodigde gegevens leveren als lagere overheden en GGD’ en daartoe hun steun geven. Afsproken is dat het bureau NDM in dit opzicht samenwerkt met GGZ Nederland. De NDM streeft naar een opzet van uitvoerende monitoringprojecten die het mogelijk maakt om gegevens ook per regio te presenteren of gegevens per regio te verzamelen volgens het landelijke stamien van de kernindicatoren.

- De minister van VWS wenst dat de NDM contact onderhoudt met het RIVM, vanwege de Volksgezondheids Toekomst Verkenningen, en met het Sociaal-Cultureel Planbureau. Daartoe zijn inmiddels afspraken gemaakt. Het convenant dat met het RIVM is afgesloten voorziet in deelname van een vertegenwoordiger van dit instituut aan de Werkgroep Epidemiologie.
- Hoewel het initiatief tot oprichting van de NDM vooral bij het ministerie van VWS lag, is het uitdrukkelijk de bedoeling het ministerie van Justitie bij de NDM te betrekken en mogelijk ook andere departementen. Het bureau NDM heeft contact gelegd met het WODC – het wetenschappelijk instituut van het ministerie van Justitie – om de mogelijkheid van samenwerking te verkennen. Dit krijgt in 2000 een vervolg. Mogelijke kernindicatoren op justitieel en politieel vlak werden genoemd in paragraaf 1.2.

De Werkgroep Epidemiologie heeft voorlopig de volgende samenstelling:

dhr V van Alem, Stichting IVZ

dhr E van Ameijden, Trimbos-instituut

mw MPH Berns, RIVM

dhr W Boonstra, Ministerie van Justitie

dhr PDA Cohen, Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam

dhr HFL Garretsen, IVO-Erasmus Universiteit Rotterdam

dhr MWJ Koeter, Amsterdam Institute for Addiction Research

dhr D Koper, Centraal Bureau voor de Statistiek

dhr DJ Korf, Criminologisch Instituut Bongers, Universiteit van Amsterdam

dhr M Lap, Centraal Bureau voor de Statistiek

dhr E Leuw, WODC, Ministerie van Justitie

dhr AW Ouwehand, Stichting IVZ

dhr TA Sluijs, GG&GD Amsterdam

mw IP Spruit, Trimbos-instituut

dhr J Toet, Trimbos-instituut

mw W de Zwart, Trimbos-instituut