

NATIONALE DRUGMONITOR

Jaarbericht 2003



NATIONALE DRUGMONITOR

Jaarbericht 2003

Bureau NDM
Utrecht, december 2003

Redactie

Mw. dr. M.W. van Laar¹

Dhr. dr. A.A.N. Cruts¹

Mw. dr. J.E.E. Verdurmen¹

Dhr. drs. R.F. Meijer²

Mw. P. van Panhuis²

Mw. dr. M.M.J. van Ooyen²

Met medewerking van

Dhr. drs. A.P.M. Ketelaars¹

¹ Trimbos-instituut

² WODC

Vormgeving: Carta grafisch ontwerpers, Utrecht
Druk: Stolwijk, Amsterdam

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl,
of bij het Trimbos-instituut, Afdeling bestellingen,
Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80;
fax: 030-297 11 11; e-mail: bestel@trimbos.nl.
Onder vermelding van artikelnummer AF0491.
U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 90-76733-21-X

ISSN 1569-5395

© 2003 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave
mag worden vervaelvoudigd en of openbaar
gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder
voorafgaande schriftelijke toestemming van het
Trimbos-instituut.
ndm@trimbos.nl

INHOUD

Leden van de Wetenschappelijke Raad van de NDM 7

Lijst van afkortingen 9

SAMENVATTING 13

1 INLEIDING 19

2 CANNABIS 23

- 2.1 Laatste feiten en trends 23
- 2.2 Gebruik: algemene bevolking 24
- 2.3 Gebruik: jongeren 31
- 2.4 Problematisch gebruik 35
- 2.5 Gebruik: internationale vergelijking 37
- 2.6 Hulpvraag 40
- 2.7 Sterfte 45
- 2.8 Aanbod en markt 45

3 COCAÏNE 49

- 3.1 Laatste feiten en trends 49
- 3.2 Gebruik: algemene bevolking 50
- 3.3 Gebruik: jongeren 54
- 3.4 Problematisch gebruik 56
- 3.5 Gebruik: internationale vergelijking 57
- 3.6 Hulpvraag 60
- 3.7 Sterfte 65

4 OPIATEN 67

- 4.1 Laatste feiten en trends 67
- 4.2 Gebruik: algemene bevolking 68
- 4.3 Gebruik: jongeren 68
- 4.4 Problematisch gebruik 70
- 4.5 Gebruik: internationale vergelijking 74
- 4.6 Hulpvraag 75
- 4.7 Ziekte en sterfte 80

5 ECSTASY, AMFETAMINE EN VERWANTE STOFFEN 91

- 5.1 Laatste feiten en trends 91
- 5.2 Gebruik: algemene bevolking 92
- 5.3 Gebruik: jongeren 96

- 5.4 Problematisch gebruik 98
- 5.5 Gebruik: internationale vergelijking 99
- 5.6 Hulpvraag 101
- 5.7 Sterfte 107
- 5.8 Aanbod en markt 107

6 ALCOHOL 111

- 6.1 Laatste feiten en trends 111
- 6.2 Gebruik: algemene bevolking 112
- 6.3 Gebruik: jongeren 113
- 6.4 Probleemgebruikers 116
- 6.5 Gebruik: internationale vergelijking 119
- 6.6 Hulpvraag 121
- 6.7 Ziekte en sterfte 128
- 6.8 Aanbod en markt 131

7 TABAK 133

- 7.1 Laatste feiten en trends 133
- 7.2 Gebruik: algemene bevolking 133
- 7.3 Gebruik: jongeren 136
- 7.4 Problematisch gebruik 138
- 7.5 Gebruik: internationale vergelijking 138
- 7.6 Hulpvraag 141
- 7.7 Sterfte 141
- 7.8 Aanbod en markt 143

8 GEREgistREERDE DRUGCRIMINALITEIT 147

- 8.1 Laatste feiten en trends 149
- 8.2 Geregistreerde drugwetcriminaliteit 149
- 8.3 Druggebruikers die criminaliteit plegen 170
- 8.4 Drang en dwang: zorg en opvang als alternatief voor vervolging en (reguliere) sancties 175

BIJLAGEN 187

- A Verklaring van begrippen 187
- B Bronnen en methodologie 199
- C Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes 213
- D Overzicht producten verslavingsreclassering en 'drangtrajecten' 215
- E Internetadressen op het gebied van alcohol en drugs 223

REFERENTIES 223

LEDEN VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD VAN DE NDM

Dhr. dr. A.A.N. Cruts, Trimbos-instituut
Dhr. prof. dr. H.F.L. Garretsen, Universiteit van Tilburg
Mw. drs. C.A.M. van Gorp, Ministerie van VWS (waarnemer)
Dhr. prof. dr. R.A. Knibbe, Universiteit van Maastricht
Dhr. dr. M.W.J. Koeter, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)
Dhr. dr. D.J. Korf, Criminologisch Instituut Bonger, Universiteit van Amsterdam
Mw. dr. M.W. van Laar, Trimbos-instituut
Dhr. drs. R.F. Meijer, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Ministerie van Justitie
Mw. dr. H. van de Mheen, Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO)
Dhr. drs. A. Mol, Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ)
Dhr. dr. J.A.M. van Oers, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM)
Mw. dr. ir. E.L.M. Op de Coul, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM)
Dhr. A.W. Ouwehand, Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ)
Dhr. prof. dr. H.G.M. Rigter, Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)
Dhr. Th.A. Sluijs MPH, GG&GD Amsterdam
Mw. dr. J.E.E. Verdurmen, Trimbos-instituut
Dhr. ir. G.C.G. Verweij, Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Dhr. drs. A. de Vos, GGZ-Nederland
Mw. drs. W.M. de Zwart, Ministerie van VWS (waarnemer)

Toegevoegde referenten

Dhr. drs. V.C.M. van Alem, Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ)
Dhr. dr. M.C.A. Buster, GG&GD Amsterdam
Dhr. drs. A.W.M. van der Heijden, Korps landelijke politiediensten (KLPD)
Mw. E.H.B.M.A. Hoekstra, Ministerie van Justitie, Directie Sancties, Reclassering en Slachtofferzorg (DGPJS)
Mw. drs. A.J.J. Slotboom, Parket-Generaal
Dhr. mr. P.P. de Vrijer, Ministerie van Justitie
Dhr. dr. M.C. Willemsen, STIVORO, voor een rookvrije toekomst

LIJST VAN AFKORTINGEN

2C-B	4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
4-MTA	4-methylthioamfetamine
ADHD	Attention Deficit with Hyperactivity Disorder
AIAR	Amsterdam Institute for Addiction Research
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
ATS	Amfetamine Type Stimulantia
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIBA	Beveiligde Individuele Begeleidingsafdeling
BiZa	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
BO	Basisonderwijs
BVT	Bureau Voorlichting Tabak
BZA	Bijzondere Zorgafdeling
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CAM	Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs
CAN	Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs
CBR	Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CEDRO	Centrum voor Drugsonderzoek
CMR	Centrale Methadon Registratie
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CRI	Centrale Recherche Informatie
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVA	Cerebraal Vasculaire Aandoening (beroerte)
CVS	Cliënt Volg Systeem
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DIMS	Drugs Informatie- en Monitoringsstelsel
DJI	Dienst Justitiële Instellingen
DMS	Drug Monitoring Systeem
dNRI/O&A	dienst Nationale Recherche Informatie van het Korps Landelijke Politie Diensten, groep Onderzoek & Analyse
DOB	2,5-dimethoxy-4-bromoamfetamine
DPC/CM	directie Personenverkeer, Migratie en Consulaire Maatschappelijke Zaken
DSM	Diagnostic and Statistical Manual

EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
EMA	Educatieve Maatregel Alcohol
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (in het Nederlands: EWDD)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EU	Europese Unie
EWDD	Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (in het Engels: EMCDDA)
FOBA	Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling
FVK	Forensische Verslavingskliniek
GBL	Gamma Butyrolacton
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHB	Gamma-hydroxyboterzuur
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (studie)
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HDL-C	High density lipoprotein cholesterol
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HKS	HerKenningsdienstSystemen
IBA	Individuele Begeleidingsafdeling
ICD	International Classification of Diseases
IDG	Intraveneuze Druggebruikers
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IMC	Intramuraal Motivatie Centrum
IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
IVV	Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg
IVZ	Stichting Informatievoorziening Zorg
JDS	Justitieel Documentatie Systeem
KLPD	Korps landelijke politiediensten
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem
LIS	Letsel Informatie Systeem
LMR	Landelijke Medische Registratie
LOM	School voor kinderen met Leer- en OpvoedingsMoeilijkheden
MAD	Regio- en StedenMonitor Alcohol en Drugs
MAVO	Middelbaar Algemeen Voortgezet Onderwijs
MBDB	N-methyl-1-(3,4-methyleen-dioxyphenyl)-2-butanamine
MDA	Methyleen-dioxyamfetamine

MDEA	Methyleen-dioxyethylamfetamine
MDMA	3,4-methyleen-dioxymethamfetamine
MGC	Monitor Georganiseerde Criminaliteit
MLK	School voor Moeilijk Lerende Kinderen
MMD	Monitor Moord en Doodslag
NDM	Nationale Drugmonitor
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek
NRI	Nationale Recherche Informatie
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OBJD	Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
OM	Openbaar Ministerie
OPS	Opsporingsregister
PBW	Penitentiaire Beginselenwet
PGD	Productschap voor Gedistilleerde Dranken
PiGGz	Patiëntenregister intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
PMA	Paramethoxyamfetamine
PMMA	Paramethoxymethylamfetamine
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
PP	Penitentiair Programma
PSC	Penitentiair Selectie Centrum
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RIKILT	Rijks-Kwaliteitsinstituut voor land- en tuinbouwprodukten
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SFO	Strafrechtelijk Financieel Onderzoek
SHM	Stichting HIV Monitoring
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
SVG	Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland
SRM	Strafrechtmonitor
SSI	Stichting Sigarettenindustrie
SVN	Stichting Verslavingsreclassering Nederland
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
THC	Tetrahydrocannabinol

TULP	TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
USD	Unit Synthetische Drugs
UvA	Universiteit van Amsterdam
VBA	Verslavings Begeleidingsafdeling
VBO	Voortgezet Beroeps Onderwijs
v.i.	voorwaardelijke invrijheidstelling
VIS	Vroeghulp Interventie Systematiek
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VVO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WED	Wet Economische delicten
WHO	World Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WOTS	Wet Overdracht Tenuitvoerlegging Strafvonnissen
WVMC	Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën
WVW	Wegenverkeerswet
WWM	Wet Wapens en Munitie
ZMOK	School voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen
ZONMW	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen

SAMENVATTING

MIDDELENGBRUIK: ALGEMEEN

Het aantal druggebruikers in de Nederlandse bevolking is tussen 1997 en 2001 toegenomen. De piek ligt bij jongeren tussen 20 en 24 jaar. Onder 12- tot 15-jarigen bleef de consumptie van drugs vrijwel ongewijzigd. In sommige groepen – zoals leerlingen van speciale scholen, spijbelaars, gedetineerden, psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen of anderszins kwetsbare en gemarginaliseerde mensen – komt het gebruik van alcohol en drugs aanzienlijk meer voor dan in de algemene bevolking. Deze groepen kampen doorgaans veelvuldig met (andere) gedrags-, psychische en sociale problemen. Uitgaande jongeren experimenteren relatief vaak met (nieuwe) drugs en alcohol. Daarbij worden per gelegenheid dikwijls meer middelen tegelijk of vlak na elkaar genomen. Ook onder probleemgebruikers van harddrugs is polygebruik eerder regel dan uitzondering.

Per middel beschouwd zien we de volgende ontwikkelingen:

CANNABIS

Cannabis blijft van alle illegale drugs veruit het meest populair. Tussen 1997 en 2001 steeg het aantal actuele cannabisgebruikers in de Nederlandse bevolking van 326 duizend naar 408 duizend (respectievelijk 2,5% en 3%). Onder (schoolgaande) jongeren bleef het aandeel actuele cannabisgebruikers vrijwel gelijk. Vergeleken met andere landen van de EU behoort Nederland tot de middenmoot.

Eén op de vijf actuele gebruikers consumeert (bijna) dagelijks cannabis. Intensieve gebruikers kunnen van cannabis afhankelijk worden. Om hoeveel mensen het precies gaat is niet bekend. Een ruwe en wat oudere schatting (1996) komt uit op circa 30 tot 80 duizend Nederlanders van 18 jaar en ouder. Hiervan klopt slechts een fractie aan bij de hulpverlening. In 2001 telde de ambulante verslavingszorg 3 450 cliënten die primair problemen hadden met cannabis. De toename van de hulpvraag vanaf begin jaren negentig is sinds 1997 afgevlakt (1 951 in 1994 en 3 264 in 1997). Het aantal cliënten dat canna-

bis als secundair probleem noemt blijft licht stijgen (van 2 846 in 1994 naar 3 395 in 2001). Weinig mensen worden in een algemeen ziekenhuis opgenomen met cannabismisbruik of -afhankelijkheid als hoofddiagnose (33 in 2002). Er tekent zich een lichte toename af van het aantal opnames waarbij deze aandoeningen als nevendiagnose worden gesteld (235 in 2002).

Het aantal coffeeshops is gedaald van 1 179 in 1997 naar 782 in 2002. De afname was het sterkst van 1997 naar 1999 (28%). In de afgelopen drie jaren is het gemiddelde gehalte THC in nederwiet fors toegenomen (van 9% in 1999/2000 naar 15% in 2001/2002). Onbekend is of dit gevolgen heeft voor de gezondheid. Er is toenemend wetenschappelijk bewijs dat cannabis psychotische symptomen kan uitlokken, met name bij personen die veel gebruiken en een aanleg hebben voor psychosen.

COCAÏNE

Het gebruik van cocaïne in de algemene bevolking is beperkt. Wel nam de consumptie tussen 1997 en 2001 toe (van 0,2% naar 0,4% actuele gebruikers). Cocaïne is het laatste decennium sterk in opmars geraakt in speciale groepen van de bevolking, zoals probleemgebruikers van harddrugs. Zij consumeren vooral 'basecoke', de rookbare en meest verslavende vorm van cocaïne. Zeven tot negen op de tien opiaatverslaafden nemen óók cocaïne en voor veel harddruggebruikers is cocaïne inmiddels de belangrijkste drug. Cocaïne, vooral 'snuifcoke', is ook populair geworden onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen.

Cijfers van de ambulante verslavingszorg laten een sterke groei zien van het aantal mensen dat hulp vraagt vanwege cocaïne. In 2001 ging het om 6 647 cliënten en in 1994 nog maar om 2 468. Twee op de drie hulpzoekers voor cocaïne heeft een probleem met basecoke. Zij kampen met lichamelijke en psychische klachten, zoals longcomplicaties, uitputting, agressie en paranoïa. Het aantal cocaïnegebruikers dat daardoor in een algemeen ziekenhuis belandt is toegenomen (van 246 in 1996 naar 562 in 2002). Acute sterfte door cocaïnegebruik is – voor zover geregistreerd – gering maar vertoont wel een stijgende lijn. Van 1985 tot en met 1995 ging het om in totaal zevenentwintig gevallen, van 1996 tot en met 2001 om in totaal 86 gevallen.

OPIATEN

Heroïne, de meest gebruikte illegale opiaat, is niet populair onder de algemene bevolking (0,1% actuele gebruikers in 2001). Het aantal verslaafden aan (ook) opiaten in Nederland is stabiel en ligt tussen de 26 en 30 duizend. Per duizend inwoners is dit het laagst in West-Europa (2,6 in Nederland, 3,1 in Duitsland, 4,3 in Frankrijk, 4,5 in Zweden en 6,9 in het Verenigd Koninkrijk).

De hulpvraag van opiaatverslaafden bij de ambulante verslavingszorg is de laatste jaren stabiel. In 2000 ging het om 15 544 mensen. Het grotere aantal in 2001 (17 786) komt door uitbreiding van de registratie met cliënten van de GG&GD Amsterdam. Ongeveer de helft van de opiaatverslaafden staat geregistreerd voor methadonbehandeling, doorgaans op onderhoudsbasis (naar schatting 13 500 cliënten). De gemiddelde leeftijd van de groep opiaatverslaafden stijgt. In 1989 waren methadoncliënten in Amsterdam gemiddeld 32 jaar, in 2002 43 jaar.

Langdurige opiaatverslaving gaat vaak gepaard met aanzienlijke gezondheidsschade, samenhangend met het middel maar ook met de ongezonde leefstijl en de wijze van gebruik. Veel opiaatverslaafden hebben psychische problemen: ongeveer 30 tot 50 procent (schattingen uit 1997). Het aandeel opiaatverslaafden dat de drug injecteert is de laatste decennia sterk afgenomen en ligt nu naar schatting tussen 10 en 20 procent. Van de ooit-injecteerders is een groot deel besmet met hepatitis C (47-79%) en hepatitis B (35-67%). Volgens de laatste peilingen is 16 procent van de injecterende druggebruikers in Amsterdam besmet met HIV, 22 procent in Heerlen en 0 tot 12 procent elders. Het aantal opiaatoverdoseringen onder Nederlandse ingezetenen blijft laag (gemiddeld 64 gevallen per jaar) terwijl de gemiddelde leeftijd van overlijden stijgt. Eind jaren tachtig was nog maar 15 procent van de overleden opiaatgebruikers ouder dan 34 jaar; eind jaren negentig/begin 2000 was dit meer dan de helft (53%).

ECSTASY EN AMFETAMINE

Het percentage actuele ecstasygebruikers onder de algemene bevolking nam tussen 1997 en 2001 toe van 0,3 naar 0,5 procent. Deze stijging deed zich vooral voor onder vrouwen. Het percentage actuele amfetaminegebruikers bleef laag (0,1% in 1997 en 0,2% in 2001). Ecstasy is nog steeds populair onder uitgaande jongeren. Ruim de helft (58%) van de bezoekers van vijf grote houseparty's had in 2001 pas nog ecstasy gebruikt.

Verslaving aan ecstasy treedt in vergelijking met andere harddrugs niet veel op. De hulpvraag bij de ambulante verslavingszorg primair vanwege ecstasy is gering en sinds 1997 dalende (457 in 1997 en 233 in 2001). Het aantal amfetaminecliënten is iets hoger en daalde eveneens (van 870 in 1998 naar 476 in 2001). De acute gezondheidsrisico's van een ecstasyintoxicatie kunnen aanzienlijk zijn. Onbekend is hoe vaak dit voorkomt. Minder dan een procent van de bezoekers van houseparty's wordt onwel en bezoekt een EHBO-post. Daarbij was in 2002 ecstasy vermoedelijk de oorzaak in een op de vijf gevallen. In 1996 ging het om bijna de helft (47%).

Onbekend is hoeveel mensen precies zijn overleden vanwege ecstasy-gebruik.

ALCOHOL

De meeste mensen drinken wel eens alcohol: 85% van de bevolking van 16 jaar en ouder. Dat is iets meer dan begin jaren negentig (79%). Drinken is ook onder jongeren een normaal verschijnsel. In 1999 had ruim de helft (54%) van de leerlingen van het voortgezet onderwijs gedronken in de maand voor de peiling. Vooral mixdrankjes zijn populair en vormen ook voor jongeren in het basisonderwijs een belangrijke entree voor alcoholgebruik. Ondanks een wettelijk verbod, wordt jongeren beneden 16 jaar weinig in de weg gelegd bij het kopen van alcoholhoudende dranken. Dit geldt met name voor de horeca. Studenten, vakantiegegers en uitgaande jongeren scoren hoog wat betreft alcoholgebruik. Zwaar drinken – dat wil zeggen gebruik van zes glazen of meer op minstens één dag per week – komt het meest voor onder jonge mannen van 18 tot en met 24 jaar (42% in 2002). In deze leeftijdsgroep is ook het aantal slachtoffers van verkeersongevallen waarbij alcohol een rol speelt relatief groot. Volgens een wat oudere schatting, uit 1996, telt Nederland circa 820 duizend probleemdrinkers (alcoholafhankelijkheid en -misbruik). Het merendeel van hen bleef uit het zicht van de hulpverlening. In 2001 bedroeg het aantal alcoholcliënten in de ambulante verslavingszorg 22 388, ongeveer evenveel als in de voorgaande twee jaren, en iets meer dan midden jaren negentig (20 085 in 1994). Bijna eenderde van hen meldde zich voor het eerst bij de ambulante verslavingszorg.

Zwaar en langdurig alcoholgebruik kan tot grote gezondheidsschade leiden en uiteindelijk tot de dood. In 2001 bedroeg het aantal sterfgevallen waarbij alcoholgebruik of een aan alcohol gerelateerde ziekte primair als doodsoorzaak stond geregistreerd ongeveer 900. Dit is bijna 40 procent meer dan in 1994. In verband met onderdiagnostiek en uitsluiting van sterfte aan kanker, ongevallen en andere ziektes, is de werkelijke bijdrage van alcohol vele malen groter. Het aantal doden en ernstig gewonden door alcoholgebruik in het verkeer bedroeg in 2002 respectievelijk 97 en 1 096. Dit is een lichte stijging ten opzichte van het jaar ervoor. Overmatig alcoholgebruik is de belangrijkste oorzaak voor verlies van kwaliteit van leven. Bijna 12,5 procent van de ziektelast bij mannen en 2,3 procent van de ziektelast bij vrouwen kan worden toegeschreven aan overmatig drinken.

TABAK

In 2001 telde Nederland ruim vier miljoen rokers, iets meer mannen dan vrouwen (34% versus 28%). Begin jaren tachtig rookte nog 52 procent van de mannen en 35 procent van de vrouwen. Het percentage zware rokers is in de afgelopen jaren gedaald, vooral onder mannen (van 15% in 1995 naar 11% in 2000). Onder scholieren van 12 tot en met 17 jaar roken meer meisjes dan jongens dagelijks (15% versus 13%). Dagelijks roken is toegenomen onder meisjes van 16 en 17 jaar (van 23% in 1999 naar 37% in 2001).

In 2001 overleden ruim 20 duizend mensen direct aan de gevolgen van roken. Per 100 duizend inwoners stierven 67 mensen aan longkanker, de belangrijkste doodsoorzaak door roken. De sterfte aan deze ziekte daalt onder mannen maar stijgt onder vrouwen.

DRUGGERELATEERDE CRIMINALITEIT

Drugcriminaliteit trekt al jaren een zware wissel op politie en justitie. Sinds 2001 is die last nog eens toegenomen.

In 2002 zijn meer Opiumwetverdachten aangehouden dan in het jaar daarvoor en nam het aantal geregistreerde inbeslagnames van heroïne, ecstasy en cannabisplanten toe. Het aantal Opiumwetzaken wegens productie van drugs steeg in 1999 ten opzichte van 1995 en 1993. In 2002 betroffen zes op de tien opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit Opiumwetdelicten.

Het aantal zaken dat bij het Openbaar Ministerie instroomt steeg van 2001 naar 2002 met 17 procent tot bijna 16 duizend zaken. Het aantal wegens Opiumwetdelicten opgelegde taakstraffen steeg met een kwart en het aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen met bijna een derde. Hierbij nam de gemiddelde duur van de opgelegde taakstraffen iets af. De gemiddelde duur van de opgelegde onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen nam van 2001 naar 2002 toe van gemiddeld 356 naar 382 dagen. Het aandeel detentiejaren voor Opiumwetdelicten op het totaal nam toe van 25 naar 31 procent. Het aandeel van de gevangenispopulatie dat gedetineerd is wegens een Opiumwetdelict steeg van 24 procent in 2001 naar 27 procent in 2002. In 2000 bedroeg dit aandeel nog 21 procent.

Veroordeelden voor een Opiumwetdelict recidiveren vaker dan andere veroordeelden. Binnen een jaar komt een kwart van alle Opiumwetovertreeders opnieuw met Justitie in aanraking. In drie jaar tijd loopt dit op tot ruim 43 procent. Drie op de vier druggebruikende verdachten heeft elf of meer processen-verbaal wegens misdrijf in zijn totale criminele voorgeschiedenis. In 1999 was naar schatting een op zeven tot een op de vijf verdachten in een misdrijfzaak verslaafd, meestal aan harddrugs.

Er is een gedifferentieerd aanbod van begeleiding, hulp en zorg beschikbaar voor de drugverslaafden in het justitiële traject. Hierbij wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van de drang en dwang mogelijkheden in het strafrecht. De verslavingsreclassering begeleidt jaarlijks een groot aantal trajecten van verslaafden en brengt enkele duizenden malen in rapportages advies uit over schorsing van de voorlopige hechtenis, vervolging, berechting of tenuitvoerlegging van straf. De SOV wordt als experiment uitgevoerd op vier locaties. De instroom in de SOV groeit gestaag, maar eind mei 2003 was bijna een kwart van de beschikbare plaatsen nog onbezet. Op dat moment waren er 174 deelnemers.

I INLEIDING

DE NATIONALE DRUG MONITOR

De Nationale Drug Monitor (NDM) is in 1999 opgericht. Dat gebeurde op initiatief van de minister van VWS.¹ Sinds 2002 ondersteunt ook het ministerie van Justitie de NDM. De NDM behartigt de volgende functies:

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

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

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

De NDM rapporteert ook over de geregistreerde drugscriminaliteit en de strafrechtelijke reactie hierop. Dit gebeurt eveneens volgens een serie kernindicatoren, verzameld door het WODC. Het ministerie van Justitie heeft hiertoe in 1999 een ontwikkeltraject in gang gezet.^{2;3}

SAMENWERKINGSVERBAND

De NDM steunt op de inbreng van vele deskundigen. Uitvoerders van tal van lokale en nationale monitoringprojecten leveren bouwstenen aan. De kwaliteit van de publicaties wordt gewaarborgd door de Wetenschappelijke Raad van de NDM. Deze Raad beoordeelt alle conceptteksten en adviseert over de kwaliteit van monitoringgegevens. Drie werkgroepen – de Werkgroep Preventieschattingen van problematisch middelengebruik, de Werkgroep Drugsgerelateerde sterfte, en sinds kort de Werkgroep Effectiviteit Behandeling van verslavingsproblematiek – ondersteunen de NDM op thematische deelgebieden.

EVALUATIE

Eens per jaar publiceert de NDM een cijfermatig overzicht van verslaving en middelengebruik en de gevolgen daarvan: het Jaarbericht. Dit rapport maakt deel uit van de documentatie die het parlement jaarlijks krijgt aangeboden. In 2002 is het Jaarbericht in opdracht van het ministerie van VWS geëvalueerd. Voor deze evaluatie is een schriftelijke enquête gehouden onder de belangrijkste afnemers van de producten van de NDM, zoals vertegenwoordigers van de verslavingszorg, koepelorganisaties, onderzoekers en lokale en nationale beleidsmakers. De resultaten van de enquête zijn met een aantal sleutelfiguren besproken. Algemene uitkomst van de evaluatie was positief: het Jaarbericht wordt als een kwalitatief goed, toegankelijk en bruikbaar overzicht ervaren, maar verbeteringen zijn mogelijk (zie hieronder). De evaluatie bracht ook lacunes in informatie aan het licht. Een daarvan wees op de behoefte aan inzicht in de werkzaamheid van farmacologische en psychosociale behandelingen van verslavingsproblematiek (cannabis, cocaïne, amfetamine en opiaten). In 2004 brengt de NDM daarom over dit thema een achtergrondstudie uit. In deze publicatie worden de resultaten van honderden wetenschappelijke studies beoordeeld en samengevat.

JAARBERICHT 2003

In het Jaarbericht 2003 dat thans voor u ligt, de vijfde in de rij, hebben wij zoveel mogelijk gehoor gegeven aan de suggesties voor verbetering van de kwaliteit. Wij hebben een samenvatting en terminologielijst toegevoegd, de bronnenbeschrijving uitgebreid en kritische kanttekeningen geplaatst bij de vergelijkbaarheid van internationale gegevens. Evenals in voorgaande jaarberichten beschrijft dit vijfde Jaarbericht ontwikkelingen in gebruik voor de zes primaire (klassen van) middelen: cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy en amfetamine, alcohol en tabak (hoofdstuk 2-7). Per middel presenteren wij kort en bondig de meest recente cijfers over het gebruik en de gevolgen daarvan: problematisch gebruik, hulpvraag en (ziekte en) sterfte. De positie van Nederland plaatsen wij (voorzichtig) in internationaal perspectief.

Actuele cijfers over de hulpvraag van alcohol- en druggebruikers bij de intramurale verslavingszorg ontbreken (zie bijlage B). Wij hopen daarover te rapporteren in het volgende Jaarbericht als het nieuwe informatiesysteem van GGZ-Nederland (ZORG-IS) volledig operationeel is.

In hoofdstuk 8 volgen gegevens over de geregistreerde drugcriminaliteit. Centraal staan de Opiumwetcriminaliteit en de criminaliteit van druggebruikers in de verschillende onderdelen van de strafrechtsketen (politie, OM, justitie, detentie). Ook geeft dit hoofdstuk een actueel overzicht van de strafrechtelijke mogelijkheden voor dwang en drang voor criminele drugverslaafden.

Cijfers over middelengebruik en drugcriminaliteit kunnen op verschillende manieren worden gemeten en weergegeven. Bijlage B geeft informatie over de terminologie en de gebruikte bronnen.

OVERIGE INFORMATIE

- Kerncijfers over de verslavingszorg staan in
 - het NDM Jaarbericht 2002.⁴
 - en het Brancherapport GGZ-MZ 98-'01.⁵ Medio 2004 verschijnt het volgende Brancherapport.
- Een NDM achtergrondstudie van het WODC geeft meer informatie over de *geregistreerde drugcriminaliteit*.

Recent verschenen publicaties van de NDM:

- De *Fact sheet Drugsbeleid*⁶ met beknopte informatie over beleid, gebruik, verslavingszorg, voorlichting en preventie en overlast, criminaliteit en handel.
- Een rapportage *Bovenmatig drinken in Nederland*⁷, gebaseerd op de uitkomsten van het bevolkingsonderzoek Nemesis.
- De achtergrondstudie *Cannabis. Feiten en cijfers 2003*⁸ met de stand van wetenschap over cannabis.

Het Trimbos-instituut coördineert naast de NDM twee andere landelijke monitors, waarmee wordt samengewerkt: de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (NMG) en de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO).

- Jaarberichten en andere rapportages van deze monitors staan op de website van het Trimbos-instituut (www.trimbos.nl).

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

Onderstaande gegevens gelden voor hasj en wiet samen, tenzij anders aangegeven.

2.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Het percentage gebruikers van cannabis onder de algemene bevolking is tussen 1997 en 2001 toegenomen (§ 2.2).
- Onder de schoolgaande jeugd (12-17 jaar) en jongeren in het algemeen (12-15 jaar) bleef het percentage actuele cannabisgebruikers stabiel (§2.3).
- Nederland loopt internationaal niet uit de pas in cannabisgebruik (§ 2.5).
- De groei van het aantal cliënten bij de ambulante verslavingszorg vanwege een primair cannabisprobleem is tot stilstand gekomen; het aantal cliënten met cannabis als secundair probleem neemt nog steeds licht toe (§2.6).
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen waarbij cannabisgebruik een rol speelt is gering maar stijgt licht over de jaren (§2.6).
- Het aantal coffeeshops is van 2001 naar 2002 weer iets gedaald (§2.8).
- Het gemiddelde gehalte THC in cannabis is de afgelopen jaren gestegen (§2.8).

2.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

Van alle drugs wordt cannabis het meest gebruikt. In 1997 en 2001 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO), uitgevoerd door het Amsterdamse instituut CEDRO.⁹

Van 1997 tot 2001 nam het gebruik van cannabis in Nederland licht toe.

Kerncijfers zijn:

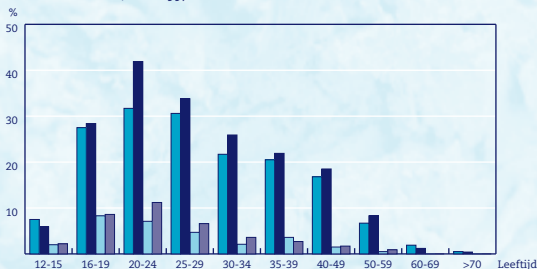
- In 2001 had een op de zes ondervraagden van twaalf jaar en ouder ooit cannabis gebruikt (tabel 2.1).
- Een op de drieëndertig had dit nog gedaan in de maand voor het interview (actueel gebruik).
- In absolute getallen nam het aantal actuele gebruikers van cannabis in die vier jaar toe van 326 duizend naar 408 duizend, een stijging van 25 procent.
- Consumptie van cannabis komt vooral voor onder jongeren en jonge volwassenen (figuur 2.1).
- De stijging in zowel ooitgebruik als actueel gebruik was het grootst in de leeftijdsgroep 20 tot en met 24 jaar (figuur 2.1).
- Onder jongeren van 12 tot en met 15 jaar nam het ooitgebruik licht af (vgl. §2.3).
- Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis (tabel 2.1).

TABEL 2.1 **GEBRUIK VAN CANNABIS IN NEDERLAND ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001**

	1997	2001
Heeft ooit gebruikt	15,6%	17,0%
• Mannen	20,6%	21,3%
• Vrouwen	10,8%	12,8%
Heeft pas nog gebruikt ¹	2,5%	3,0%
• Mannen	3,5%	4,3%
• Vrouwen	1,4%	1,8%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	1,3%	1,0%
Gemiddelde leeftijd van de actuele gebruikers	28 jaar	28 jaar

¹ In de laatste maand. Bron: NPO, CEDRO.

**FIGUUR 2.1 CANNABISGEBRUIKERS IN NEDERLAND PER LEEFTIJDGROEP.
PEILJAREN 1997 EN 2001**



Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, CEDRO.

DE GROTE STEDEN

Consumptie van cannabis komt meer voor in steden dan op het platteland (tabel 2.2).

TABEL 2.2 **GEBRUIK VAN CANNABIS IN DE VIER GROTE STEDEN EN IN NIET-STEDELIJK GEBIED ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001**

	Ooitgebruik		Actueel gebruik	
	1997	2001	1997	2001
Amsterdam	36,7%	38,1%	8,1%	7,8%
Rotterdam	18,5%	22,4%	3,3%	5,0%
Overige zeer sterk stedelijke gemeenten ^I	23,0%	26,3%	4,1%	4,8%
Utrecht ^{II}	27,3%	-	4,2%	-
Den Haag ^{II}	20,1%	-	4,2%	-
Niet-stedelijke gemeenten ^{III}	10,5%	11,4%	1,5%	1,7%

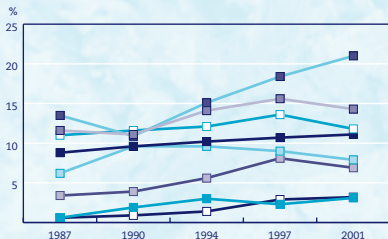
Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). ^I Definitie: gemeenten met meer dan 2 500 adressen per vierkante kilometer, met uitzondering van Amsterdam en Rotterdam. Dit zijn: Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingen en Voorburg.

^{II} Utrecht en Den Haag zijn in de peiling van 2001 niet apart meegenomen. ^{III} Definitie (CBS): gemeenten met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer (CBS). Bron: NPO, CEDRO.

Voor Amsterdam zijn trendgegevens vanaf 1987 beschikbaar (figuur 2.2).¹⁰

- Het percentage actuele cannabisgebruikers in de bevolking van Amsterdam steeg tussen 1987 en 1997 en bleef nagenoeg op hetzelfde niveau in 2001.
- Vanaf 1990 was de toename in het percentage cannabisgebruikers het grootst onder 20 tot en met 24-jarigen. In tegenstelling tot de meeste andere leeftijdsgroepen, zette deze stijgende trend zich in 2001 voort.

FIGUUR 2.2 ACTUEEL CANNABISGEBRUIK ONDER DE AMSTERDAMSE BEVOLKING VAN 12 JAAR EN OUDER NAAR LEEFTIJDGROEP¹, VANAF 1987



	1987	1990	1994	1997	2001
12-15	0,6	1,9	3,0	2,3	3,1
16-19	11,6	11,1	14,1	15,6	14,3
20-24	13,5	10,9	15,1	18,4	21,0
25-29	11,0	11,6	12,1	13,6	11,8
30-34	8,8	9,6	10,2	10,7	11,1
35-39	6,2	9,6	9,6	9,0	7,9
40-49	3,4	3,9	5,6	8,1	6,9
50-59	0,6	0,9	1,4	2,9	3,2

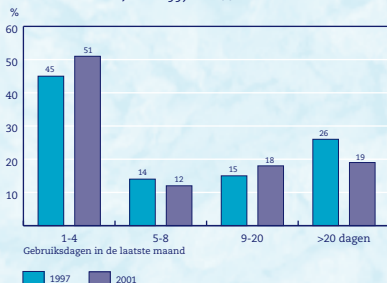
¹ Percentage gebruikers in de laatste maand. Weergegeven tot en met 59 jaar. Gebruik van cannabis onder mensen van 59 jaar en ouder is zeer beperkt (tussen 0 en 1,1%). Bron: CEDRO.¹⁰

MATE VAN CONSUMPTIE

De frequentie van cannabisgebruik onder actuele gebruikers loopt sterk uiteen.

- In 2001 consumeerde bijna de helft van de actuele gebruikers in Nederland minder dan eens per week cannabis (figuur 2.3).⁹
- Ongeveer een vijfde van hen gebruikte cannabis (bijna) dagelijks. Omgerekend naar de bevolking zijn dat bijna 78 duizend mensen, minder dan in 1997 (ruim 83 duizend mensen). De daling deed zich niet gelijkmatig over heel Nederland voor. In de grote steden nam het aandeel intensieve gebruikers juist toe (van 23% naar 25% in Amsterdam en van 21% naar 26% in Rotterdam).

FIGUUR 2.3 MATE VAN CONSUMPTIE VAN CANNABIS IN NEDERLAND ONDER ACTUELE GEBRUIKERS VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001



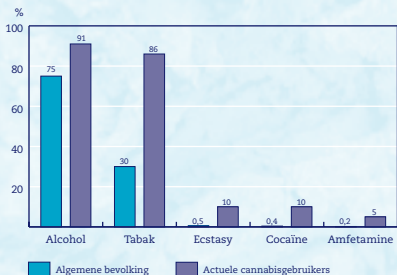
Aandeel onder actuele gebruikers. Gebruiksdagen in de laatste maand. Bron: NPO, CEDRO.

BIJGEBRUIK VAN ANDERE MIDDELEN

Vergeleken met de algemene bevolking gebruiken cannabisgebruikers vaker alcohol, tabak en andere drugs (figuur 2.4).

- In 2001 consumeerde een op de tien cannabisgebruikers in de laatste maand naast cannabis óók ecstasy of cocaïne en een op de twintig amfetamine. Deze percentages zijn aanzienlijk hoger dan die voor de algemene bevolking.
- Veruit de meeste (83%) actuele cannabisgebruikers hadden in de laatste maand géén harddrugs (ecstasy, cocaïne en/of amfetamine) gebruikt.

FIGUUR 2.4 ACTUEEL GEBRUIK VAN ALCOHOL, TABAK EN DRUGS ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN 12 JAAR EN OUDER EN ONDER ACTUELE CANNABISGEBRUIKERS. PEILJAAR 2001



Percentage gebruikers in de laatste maand. Bron: NPO, CEDRO.

PLAATS VAN AANKOOP

Cannabisgebruikers kopen hun cannabis vooral in coffeeshops of verkrijgen het middel via vrienden en bekenden (tabel 2.3).

- Jongeren tussen twaalf en zeventien jaar verkrijgen cannabis vaker via vrienden en bekenden dan via coffeeshops. Voor gebruikers van achttien jaar en ouder geldt het omgekeerde.

TABEL 2.3 **WAAR HALEN RECENTE GEBRUIKERS HUN CANNABIS VANDAAN? ^I**
PEILJAAR 2001

	Gebruikers van 12 tot en met 17 jaar	Gebruikers van 18 jaar en ouder
Zij verkrijgen cannabis		
– Via vrienden en bekenden	46%	37%
– In coffeeshops	37%	47%
– Bij een thuisdealer	3%	2%
– In een café	2%	2%
– In een smartshop	2%	2%
– In een andere uitgaanslocatie	4%	2%
– Eigen kweek	3%	4%
– Overig ^{II}	4%	4%

^I Percentage van de locaties waar recente gebruikers in het afgelopen jaar hun cannabis hebben verkregen. Per respondent was meer dan één locatie mogelijk. Door afronding tellen percentages voor gebruikers van 12-17 jaar niet op tot 100. Vraagstelling wijkt af van die in het Peilstationsonderzoek scholieren (zie tabel 2.4). ^{II} Via jeugdclub, besteldienst, onbekenden op straat, e.a. Bron: NPO, CEDRO.

Behalve cannabis worden in coffeeshops bijna nooit andere drugs gekocht.⁹

- In 2001 had twee procent van de recente gebruikers (18 jaar en ouder) van cocaïne hun drug in het laatste jaar wel eens in een coffeshop gekocht. Voor recente gebruikers van amfetamine gold eenzelfde percentage. Voor recente gebruikers van ecstasy, smartdrugs en paddestoelen ging het om respectievelijk drie, vier en zes procent.

SPECIALE GROEPEN

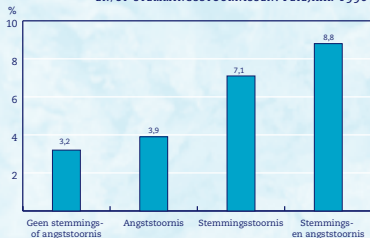
In bepaalde groepen volwassenen komt cannabisgebruik aanzienlijk meer voor dan in de algemene bevolking.

- In 2002 was ruim de helft (52%) van de dak- en thuislozen in 20 Nederlandse gemeenten een actuele cannabisgebruiker.¹¹
- In hetzelfde jaar rapporteerde een op de drie (33%) mannelijke gedetineerden in acht Huizen van Bewaring^a dagelijks cannabis te hebben gebruikt in de laatste zes maanden voor detentie. Gedetineerden met ernstige psychische stoornissen of met beperkingen (geen contact toegestaan), waren niet in de steekproef vertegenwoordigd.¹²
- Er zijn signalen dat cannabisgebruik ook veel voorkomt onder bepaalde groepen *psychiatrische patiënten*, zoals mensen met schizofrenie of borderline.^{13;14} Harde cijfers zijn schaars. Volgens wat oudere Nemesi-gegevens (1996) komt cannabisgebruik méér voor onder mensen met een

^a In Arnhem, Den Bosch, Breda, Grave en vier Huizen van Bewaring in Rotterdam.

stemmingsstoornis en een gecombineerde angst- of stemmingsstoornis dan onder anderen (figuur 2.5). Voor mensen met alleen een angststoornis is er geen (significant) verschil.

FIGUUR 2.5 CANNABISGEBRUIK¹ ONDER MENSEN MET OF ZONDER ANGST- EN/OF STEMMINGSSTOORNISSEN. PEILJAAR 1996



¹ Vijf of meer keer in het laatste jaar. Bron: Nemesis, Trimbos-instituut (zie ook bijlage B).

2.3 GEBRUIK: JONGEREN

SCHOLIEREN

Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen van twaalf jaar en ouder op reguliere middelbare scholen ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt in het zogenoemde landelijke Peilstationsonderzoek scholieren.

- Van 1988 tot 1996 nam het gebruik van cannabis onder leerlingen sterk toe.^{b 15}
- In de meting van 1999 bleef voor het eerst zowel het ooitgebruik als het actuele gebruik op hetzelfde niveau als in de voorgaande meting (figuur 2.5).
 - Een landelijke peiling uit 2001 in het kader van een WHO-studie bevestigt de stabilisatie van het cannabisgebruik.^c Het percentage ooitgebruikers

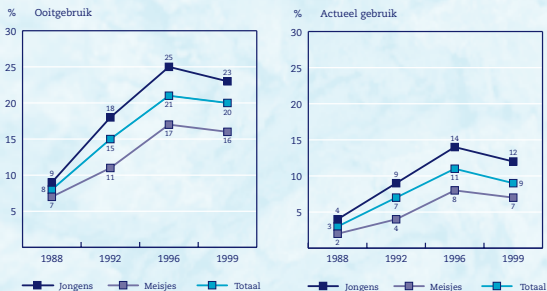
^b Cijfers voor de peiling in 2003 komen aan bod in het Jaarbericht 2004.

^c De studie 'Health Behaviour in School-aged Children' (2001/2002) (HBSC). Vragen over cannabis zijn vergelijkbaar met die in het Peilstationsonderzoek scholieren. De steekproef is eveneens representatief voor de Nederlandse schoolgaande jeugd.

en recente (laatste-jaar) gebruikers onder leerlingen van twaalf tot en met zeventien jaar van het voortgezet onderwijs bedroeg respectievelijk 18 procent en 15 procent. In het Peilstationsonderzoek scholieren uit 1996 lagen deze percentages in dezelfde leeftijdsgroep op respectievelijk 19 procent en 15 procent.¹⁶

- Ook in de metingen van het NPO in 1997 en 2001 bleef het percentage cannabisgebruikers onder jongeren van twaalf tot en met vijftien jaar op gelijk niveau (zie §2.2).^d
- Meer jongens dan meisjes consumeren cannabis (figuur 2.6).
- Ongeveer een op de vier actuele gebruikers had tien keer of vaker geblowed in de maand voor de peiling.

FIGUUR 2.6 GEBRUIK VAN CANNABIS ONDER SCHOLIEREN VAN 12 JAAR EN OUDER, VANAF 1988



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

^d De trends in cannabisgebruik zijn in beide onderzoeken gelijk maar de absolute percentages gebruikers verschillen. Dit komt onder meer door verschillen in onderzoeksmethode.

- Leerlingen krijgen cannabis vooral van vrienden of kopen het in coffee-shops (tabel 2.4).
- Van 1996 tot 1999 nam het percentage leerlingen dat cannabis in coffee-shops koopt af. Deze daling gaat samen met de verhoging in 1996 van de minimum leeftijdsgrens van zestien naar achttien jaar voor verkoop van cannabis in coffeeshops aan jongeren.¹⁷

TABEL 2.4 WAAR HALEN SCHOLIEREN MEESTAL HUN CANNABIS VANDAAN?

	1996	1999
Zij krijgen cannabis van vrienden	41%	47%
Zij kopen cannabis in coffeeshops	41%	32%
Zij kopen cannabis bij een dealer	11%	11%
Zij krijgen cannabis van anderen	5%	8%
Zij kopen cannabis op school	3%	1%
Eigen kweek ¹	-	2%

Leerlingen van twaalf jaar en ouder van middelbare scholen (actuele gebruikers). ¹ Alleen gemeten in 1999. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

Scholieren die cannabis consumeren hebben vrij vaak ervaring met andere genotmiddelen.

- In de maand voor de peiling gebruikten negen van de tien actuele cannabisgebruikers van twaalf tot en met zestien jaar óók alcohol. Dit is aanzienlijk meer dan voor alle scholieren samen (vijf van de tien). Hetzelfde gold voor de consumptie van tabak en harddrugs (tabel 2.5).¹⁸

TABEL 2.5 ACTUEEL GEBRUIK VAN ALCOHOL, TABAK EN DRUGS ONDER SCHOLIEREN VAN 12 TOT EN MET 16 JAAR¹. PEILJAAR 1999

	Alle scholieren	Actuele cannabisgebruikers ¹
Alcohol	49,8%	93,0%
Tabak	25,9%	86,0%
Cannabis	7,9%	100%
Ecstasy	1,2%	11,8%
Cocaine	1,1%	10,1%
Amfetamine	0,9%	8,4%
Heroïne	0,3%	2,3%

¹ Percentage gebruikers in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.¹⁸

- Actueel gebruik van cannabis kwam minder vaak voor onder Marokkaanse dan autochtone leerlingen van twaalf tot en met zestien jaar (3% versus 8%). Antilliaanse (9%), Surinaamse (11%) of Turkse (6%) leerlingen verschillen op deze maat niet van autochtone leerlingen.^{e; 19}
- De mate van consumptie hangt samen met uitgaan, het hebben van vrienden die gebruiken, spijbelen en delinquent gedrag als stelen, vandalisme en zwartrijden.

SPECIALE GROEPEN

In bepaalde groepen jongeren en jonge volwassenen is het gebruik van cannabis eerder regel dan uitzondering. Tabel 2.6 vat de resultaten samen van uiteenlopende studies. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

- In 2001 is het cannabisgebruik onder bezoekers van Amsterdamse coffeeshops in kaart gebracht.²⁰
- Volgens dit onderzoek gebruikt tweederde van de actuele blowers dagelijks cannabis. Per keer roken actuele blowers gemiddeld vier joints. Dagelijkse blowers roken gemiddeld vijf joints per keer.
- In 2001 was het aandeel van de bezoekers van Amsterdamse coffeeshops jonger dan achttien jaar de helft van dat in 1994 (respectievelijk 7% en 14%).^f Dit kan samenhangen met de verhoging van de leeftijdsgrens voor verkoop van cannabis aan jongeren in coffeeshops van zestien naar achttien jaar.
- Vier op de tien zwerfjongeren in Nederland en bijna twee op de tien uitgaande jongeren in Den Haag is een (bijna) dagelijks gebruiker.^{21;22}

^e Voor de definitie van etnische achtergrond: zie bijlage A.

^f Voor de vergelijking tussen 1994 en 2001 zijn alleen coffeeshopbezoekers tot en met 25 jaar meegeteld.

TABEL 2.6

ACTUEEL GEBRUIK VAN CANNABIS IN SPECIALE GROEPEN

	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Actueel gebruik
Jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs ^I	1997	12 – 18	14%
Cafébezoekers in Amsterdam ^{II}	2000	Gemiddeld 25	24%
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	1997	12 – 18	35%
Gemarginaliseerde jongeren in Den Haag ^{III}	2000/2001	16 – 25	37%
Uitgaande jongeren in Den Haag ^{IV}	2002	15 – 34	46%
Club- en partybezoekers in Amsterdam	1998	Gemiddeld 26	52%
Zwerfjongeren ^V	1999	15 – 22	76%
Coffeshopbezoekers in Amsterdam ^{IV}	2001	Gemiddeld 25	88%

Percentage actuele gebruikers (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

^I MLK, LOM, ZMOK. ^{II} Jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. ^{III} Jongeren die ontoereikende zorg krijgen en/of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien. Geworven op locaties voor zwerfjongeren, laagdrempelige dag- en nachtopvang en (overige) tijdelijke woonvoorzieningen. ^{IV} Geringe respons (15%). ^V Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben.²⁰⁻²⁴

2.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

Hoeveel mensen vanwege het gebruik van cannabis in de problemen komen is niet precies bekend. Een algemeen aanvaarde definitie van problematisch cannabisgebruik ontbreekt. In vergelijking met nicotine, heroïne en alcohol is cannabis een weinig verslavende stof. Het risico van afhankelijkheid neemt evenwel toe bij langdurig frequent gebruik en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen. Jongeren zijn kwetsbaarder dan ouderen.²⁵

- Het Nemesis-onderzoek geeft informatie over het vóórkomen van cannabisafhankelijkheid volgens het psychiatrisch classificatiesysteem DSM (3e gewijzigde editie). In 1996 voldeed tussen 0,3 en 0,8 procent van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar in het jaar voorafgaand aan de peiling aan deze diagnose. Dit is 9 procent van de recente (laatste jaar) gebruikers van cannabis. Omgerekend naar de bevolking gaat het om ongeveer 30 tot 80 duizend mensen. Het merendeel was niet ouder dan 22 jaar.²⁶
- Een vergelijkbaar percentage (0,5%) probleemgebruikers van cannabis werd gevonden in een onderzoek onder de algemene bevolking in Midden-Holland in 1999 (tabel 2.7). Tweederde was niet ouder dan 30 jaar en een derde niet ouder dan 20 jaar.¹³

- Problematisch cannabisgebruik komt veel voor onder bepaalde groepen jongeren, zoals jongens die in justitiële jeugdinrichtingen terechtkomen en jongeren die veel spijbelen en delinquent gedrag vertonen (tabel 2.7).

TABEL 2.7 PROBLEEMGEBRUIK VAN CANNABIS IN VERSCHILLENDE GROEPEN

Groep	Jaar	Leeftijd (jaar)	Definitie probleemgebruik	Percentage probleemgebruikers
Algemene bevolking in Nederland	1996	18 – 64	DSM-III-r diagnose cannabis-afhankelijkheid in laatste jaar	0,3% - 0,8% ¹ in laatste jaar
Algemene bevolking in Midden-Holland	1999	16 – 50	Gebruik van cannabis op minstens 15 dagen in de laatste maand en het hebben van aan het gebruik gerelateerde psychische, sociale en financiële problemen	0,5% in laatste maand
Jongens justitiële jeugdinrichtingen	1998/ 1999	12 – 18 (gemiddeld 16)	DSM-III-r diagnose cannabis-afhankelijkheid in laatste 6 maanden voor detentie	30% in laatste 6 maanden
Risicjongeren (spijbelen/delinquent gedrag) in Rotterdam	1998	14 – 17 (gemiddeld 16)	Gebruik van cannabis op minstens 11 dagen in de laatste maand en het hebben van aan het gebruik gerelateerde problemen	20% in laatste maand

¹ Gemiddeld 0,5%. DSM-III-r=Diagnostic and Statistical Manual, 3rd edition. ¹³;26-28

Cannabisgebruik wordt steeds vaker in verband gebracht met psychische problemen.

- Er is toenemend bewijs dat cannabis het risico van een latere psychotische stoornis vergroot.²⁹
- Volgens het Nemesi-onderzoek neemt het risico toe met de frequentie van het cannabisgebruik.³⁰
- Personen met een voorgeschiedenis van psychotische symptomen zijn extra kwetsbaar.
- Onbekend is in hoeverre andere kwetsbaarheidsfactoren een gebruiker meer risico geven op een psychose.
- Ook de relatie tussen cannabisgebruik en het ontstaan van een depressie is momenteel onderwerp van onderzoek.^{142;143}

2.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

ALGEMENE BEVOLKING

Gegevens over druggebruik in lidstaten van de Europese Unie komen van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).^{31;32} Instituten in de Verenigde Staten (VS) en Australië publiceren eveneens regelmatig uitkomsten van enquêtes naar druggebruik onder de bevolking.^{33;34}

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 2.8a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 2.8b. Voor niet-genoemde EU-landen zijn geen gegevens beschikbaar.
- Het percentage recente cannabisgebruikers in de algemene bevolking varieert van 1 procent in Zweden tot 13 procent in Australië. Nederland telt 6 procent recente cannabisgebruikers.

TABEL 2.8A CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-LIDSTATEN EN NOORWEGEN: LEEFTIJDGROEP 15 TOT EN MET 64 JAAR

Land	Jaar	Ooitgebruik	Recent gebruik
Spanje	2001	25%	10%
Frankrijk	2000	23%	8%
Nederland	2001	21%	6%
Noorwegen	1999	15%	5%
Griekenland	1998	13%	4%
Luxemburg	1998	13%	?
Zweden	2000	13%	1%
Finland	2000	10%	2%
Portugal	2001	8%	3%

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). ? = onbekend.^{31;32}

TABEL 2.8B CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-LIDSTATEN, DE VERENIGDE STATEN EN AUSTRALIË: OVERIGE LEEFTIJDSGROEPEN¹

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik	Recentgebruik
Verenigde Staten	2001	14 en ouder	38%	10%
Australië	2001	14 en ouder	33%	13%
Engeland en Wales	2001/2002	16 – 59	29%	11%
België (Wallonië)	2000	18 – 49	22%	?
Italië	2001	15 – 44	22%	6%
Ierland	1998	18 – 64	20%	9%
Duitsland ("West")	2000	18 – 59	19%	6%

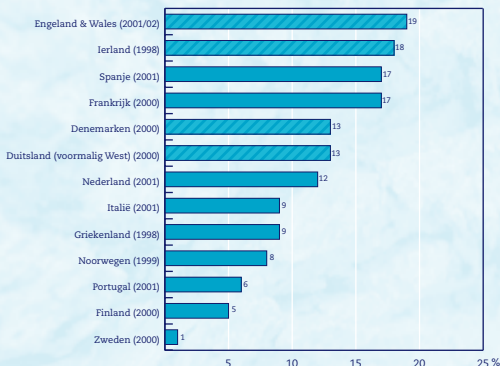
Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). ? = onbekend. ¹ Druggebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. ³¹⁻³⁵

JONGEREN EN JONGE VOLWASSENEN

Gebruik van cannabis concentreert zich in de jongere leeftijdsgroepen.

- Figuur 2.7 geeft cijfers voor het recente cannabisgebruik in de leeftijdsgroep 15 tot en met 34 jaar, tenzij anders is aangegeven. Ook voor deze gegevens geldt dat een precieze vergelijking niet mogelijk is vanwege verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeftrekking.
- Volgens de beschikbare cijfers varieert het percentage recente gebruikers van cannabis van 1 procent in Zweden tot bijna 20 procent in Engeland en Wales. ^{31;32}

FIGUUR 2.7 CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER JONGEREN EN JONGE VOLWASSENEN IN LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE EN NOORWEGEN



Percentage recente gebruikers (laatste jaar). Volgens de EMCDDA-standaard voor jongeren en jonge volwassenen van 15 tot en met 34 jaar. Voor de gearceerde landen geldt een afwijkende leeftijdsgroep. Duitsland (18-34 jaar), Ierland (18-34 jaar), Engeland & Wales (16-34 jaar), Denemarken (16-34 jaar). Bron: EMCDDA.^{31;32}

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. De laatste peiling werd in 1999 uitgevoerd onder vijftien- en zestienjarige scholieren van het middelbaar onderwijs in dertig Europese landen.³⁶ De volgende peiling vindt plaats in 2003.

- Tabel 2.9 toont het gebruik van cannabis in de tien deelnemende landen van de EU. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.
- Op de maat ooitgebruik stonden Nederlandse scholieren op de vierde positie.
- Bij het actueel gebruik ging Frankrijk aan kop, gevolgd door de VS, het Verenigd Koninkrijk en Ierland. Daarna kwamen Nederland en Italië.

- In vergelijking met de peiling in 1995 tekent zich een tendens tot convergentie af: een afname (Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk, Ierland) of stabilisatie (Nederland) in landen met voorheen een hoog percentage gebruikers, en een toename in sommige landen met vroeger gering gebruik.⁸

TABEL 2.9 CONSUMPTIE VAN CANNABIS ONDER LEERLINGEN VAN 15 EN 16 JAAR IN LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN DE VERENIGDE STATEN. PEILJAAR 1999

Land	Ooitgebruik	Actueel gebruik	Zes maal of meer in de laatste maand
Verenigde Staten	41%	19%	9%
Verenigd Koninkrijk	35%	16%	6%
Frankrijk	35%	22%	9%
Ierland	32%	15%	5%
Nederland	28%	14%	5%
Italië	25%	14%	4%
Denemarken	24%	8%	1%
Noorwegen	12%	4%	1%
Finland	10%	2%	1%
Griekenland	9%	4%	2%
Portugal	8%	5%	2%
Zweden	8%	2%	0%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Bron: ESPAD.³⁶

2.6 HULPVRAAG

AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

LADIS registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de ambulante verslavingszorg.

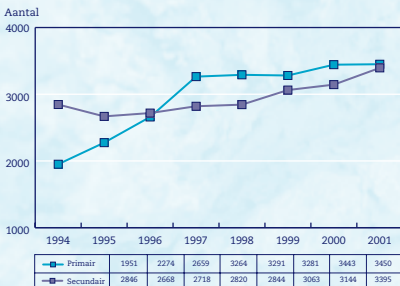
- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair cannabis-probleem steeg sterk tot 1997. De toename vlakke sindsdien af (figuur 2.8). Van 2000 naar 2001 is er geen verdere groei.
- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs bleef beperkt maar nam eveneens toe, van 10 procent in 1994 naar 13 procent in

⁸ Frankrijk deed niet mee aan de peiling in 1995. Onderzoek in 1993 en 1999 onder leerlingen van 14-18 jaar suggereert een forse toename van cannabisgebruik (ooitgebruik: van 15% naar 33%).

1998 tot en met 2000. In 2001 had één op de acht drugcliënten van de ambulante verslavingszorg primair een cannabisprobleem (12%).

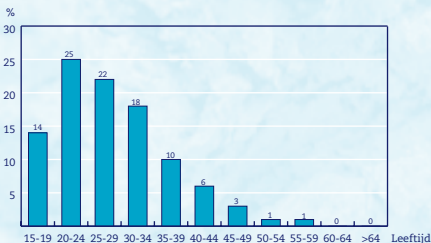
- Kenmerken van de primaire cannabiscliënten in 2001:
 - Het merendeel is man (82%).
 - De gemiddelde leeftijd is 28 jaar. De piek ligt in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (figuur 2.9).
 - Ruim eenderde (36%) was een nieuwkomer, dat wil zeggen, stond niet eerder ingeschreven bij de ambulante verslavingszorg vanwege een drugprobleem.
- Cliënten van de ambulante verslavingszorg noemen cannabis ook regelmatig als secundair probleem (figuur 2.8).
- Voor deze groep is alcohol (36%), cocaïne (28%), of heroïne (25%) het primaire probleem.
- Het aantal secundaire cannabiscliënten neemt nog steeds licht toe.

FIGUUR 2.8 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE AMBULANTE VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE CANNABISPROBLEMATIEK, VANAF 1994



Bron: LADIS, IVZ.

FIGUUR 2.9 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE CANNABISCLIËNTEN BIJ DE AMBULANTE VERSLAVINGSZORG, PEILJAAR 2001



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.

INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

Tot voor kort registreerde het bestand PiGGz de opnames die jaarlijks plaatsvinden voor drugproblemen in verslavingsklinieken en op de verslavingsafdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen.

- Het aantal opnames wegens cannabismisbruik en -afhankelijkheid steeg van 71 in 1990 tot 309 in 1996 (ICD-9 codes: 304.3, 305.2; zie bijlage C).
- Het aandeel cannabis in alle drugopnames nam van 1990 tot 1996 iets toe van drie naar zeven procent.
- De situatie sindsdien is niet goed bekend omdat de registratie vanaf 1997 onvolledig is (bijlage B).

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

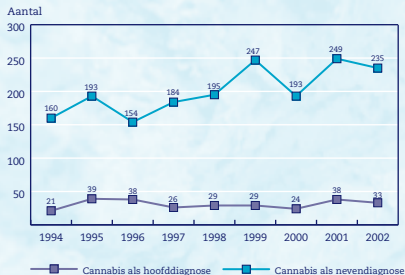
De LMR registreerde in 2002 anderhalf miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen. Drugproblemen speelden daarbij nauwelijks een rol. In dit jaar werden drugmisbruik en drugverslaving 449 keer als hoofddiagnose en 2 069 keer als neventdiagnose gesteld.

- In slechts zeven procent van die hoofddiagnoses ging het om cannabis (55% Misbruik, 45% afhankelijkheid; figuur 2.10). Onbekend is wat de klachten waren (psychisch of lichamelijk) die tot opname leidden.
- Vaker speelde cannabisproblematiek een rol als neventdiagnose (26% afhankelijkheid, 74% misbruik). Over de jaren tekent zich een lichte stij-

ging af. In 2002 waren de meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiaagnoses:

- psychosen (36%)
- misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (19%, vooral alcohol)
- ongevalsletsel (11%).

FIGUUR 2.10 KLINISCHE OPNAMES IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN CANNABISMISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID, VANAF 1994



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen of meer nevendiaagnoses per opname. ICD-9 codes: 304.3, 305.2 (bijlage C). Bron: LMR, Prismant.

- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiaagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2002 om 257 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met cannabis-misbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevendiaagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 28 jaar; 80 procent was man.
- In 2002 speelde cannabisproblematiek ook een rol als hoofd- of nevendiaagnose bij 62 dagbehandelingen. Dit is meer dan in voorgaande jaren (tussen 4 en 33 behandelingen).
- Daarnaast telde de LMR tussen 1994 en 2000 jaarlijks 20 tot 44 opnames waarin 'onopzettelijke vergiftiging met hallucinogenen' als nevendiaagnose werd gesteld (ICD-9 code: E854.1). In 2001 en 2002 ging het om respectievelijk 15 en 8 gevallen. Het kan hierbij gaan om cannabis, maar ook om LSD of paddo's.

De GG&GD Amsterdam houdt op de Centrale Post Ambulancevervoer het aantal aanvragen bij voor spoedeisende hulp wegens druggebruik.

- In 2002 werd 485 keer een incident vanwege partydrugs^h geregistreerd. Dat is 1,8 procent van alle spoedeisende aanvragen in Amsterdam.
- In 285 gevallen (59%) speelde de consumptie van cannabis een rol. Dat is ongeveer even vaak als in 2001 maar een verdubbeling ten opzichte van de jaren 1998 tot en met 2000 (tabel 2.10).
- Ruim de helft (52%) van de alarmmeldingen wegens cannabis had betrekking op buitenlanders, van wie bijna de helft (45%) afkomstig was uit het Verenigd Koninkrijk en Ierland. Eenderde (36%) was Nederlander en van twaalf procent was de herkomst onbekend.
- Vier op de tien gebruikers (40%) werd vervoerd naar eerstehulpposten van ziekenhuizen. De rest kon ter plaatse worden behandeld.

TABEL 2.10 CANNABISINCIDENTEN GEREGISTREERD DOOR DE GG&GD AMSTERDAM, VANAF 1992

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Roken cannabis	82	40	130	137	165	211	107	118	106	243	226
Eten spacecake	40	11	34	73	58	47	28	21	35	46	59

Aantal incidenten per jaar. Bron: CPA, GG&GD Amsterdam.

De meeste klachten van patiënten die met een cannabis-gerelateerd probleem op een afdeling spoedeisende hulp komen zijn niet ernstig van aard.

- In 2000 registreerde het Onze Lieve Vrouwegasthuis in Amsterdam vooral gevoelens van 'onwel bevinden' en angst (44%), hartkloppingen (20%) en misselijkheid (15%).³⁷
- Psychotische klachten kwamen bij vier procent van de cannabisgebruikers voor.
- Letsel door valpartijen werd in veertien procent van de gevallen genoteerd. Vallen hangt mogelijk samen met het effect van cannabis op de bloeddruk (verlaging) en de motorische coördinatie.

^h Amfetaminen, cannabis, GHB, LSD, paddestoelen, ecstasy.

2.7 STERFTE

De giftigheid van cannabis is gering.³⁸

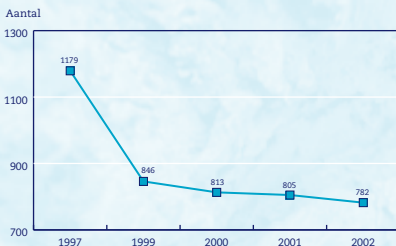
- Het CBS noteerde de afgelopen tien jaar geen enkel geval van directe sterfte door inname van cannabis.
- Ook uit andere landen zijn geen directe sterfgevallen bekend.

2.8 AANBOD EN MARKT

COFFEESHOPS

Het aantal coffeeshops in Nederland is gedaald (figuur 2.11).

- Tussen 1997 en 1999 noteerde Bureau Intraval een afname van 28 procent.³⁹ De sterkste daling deed zich voor in de kleinere gemeenten en in Rotterdam (tabel 2.11).
- Vanaf 1999 was de jaarlijkse afname minder groot: vier procent van 1999 naar 2000, één procent van 2000 naar 2001 en drie procent van 2001 naar 2002.⁴⁰
- Eind 2002 telde Nederland 782 officieel gedoogde coffeeshops, waarvan ongeveer de helft (51%) in de grote steden met meer dan 200 duizend inwoners.
- Van alle 496 Nederlandse gemeenten in 2002 heeft 79 procent geen coffeeshop.
- In ruim driekwart (78%) van de gemeenten wordt een 'nulbeleid' gevoerd, dat wil zeggen het niet toelaten van coffeeshops.
- Andere verkooppunten, zoals dealpanden en straathandelaren, zijn in de laatste twee peilingen niet meegenomen.



FIGUUR 2.11 AANTAL COFFEESHOPS IN NEDERLAND, VANAF 1997

Bron: IntraVal.⁴⁰

TABEL 2.11 AANTAL COFFEESHOPS IN NEDERLAND NAAR GEMEENTE, VANAF 1997

Gemeenten naar aantal inwoners	1997 ^I	1999	2000	2001	2002
< 20 000 inwoners	± 50	14	13	11	12
20-50 000 inwoners	± 170	84	81	86	79
50-100 000 inwoners	± 120	115	109	112	106
100-200 000 inwoners	211	190	168	167	174
> 200 000 inwoners:					
- Amsterdam	340	288	283	280	270
- Rotterdam	180	65	63	61	62
- Den Haag	87	70	62	55	46
- Utrecht	21	20	18	17	18
- Eindhoven ^{II}			16	16	15
Totaal	± 1 179	846	813	805	782

^I Een schatting. ^{II} Minder dan 200 000 inwoners tot en met 1999. Bron: IntraVal.⁴⁰

THC-GEHALTE EN PRIJS

Het Trimbos-instituut verzamelt informatie over de sterkte van cannabis, dat wil zeggen de concentratie van de werkzame bestanddelen, vooral THC (tetrahydrocannabinol). Tussen 1999 en 2002 werden drie keer monsters van verschillende cannabisproducten uit coffeeshops aangekocht en chemisch geanalyseerd.^{41;42}

- In alle peilingen bevatte de Nederlandse wiet en hasj gemiddeld meer THC dan buitenlandse variëteiten (tabel 2.12).
- Van alle onderzochte cannabisproducten is het gehalte THC het hoogst in nederhasj. Het gaat hier echter om een gering aantal monsters van een weinig courant middel.¹
- Het gemiddelde THC-gehalte in nederwietmonsters is sinds 1999 fors gestegen. Voor nederhasj en buitenlandse hasj was de concentratie THC alleen in 2002 hoger dan in beide voorgaande jaren.
- Ook in bepaalde Amerikaanse cannabisproducten (sinsemilla) is de gemiddelde THC-concentratie toegenomen. In 1998 bevatten in de VS inbeslaggenomen marihuanamonsters gemiddeld 12% THC.
- Onbekend is wat op lange termijn de gezondheidsgevolgen zijn van een hoger THC-gehalte.

TABEL 2.12 GEMIDDELD PERCENTAGE THC IN CANNABISPRODUCTEN

	1999/2000		2000/2001		2001/2002	
	Gehalte	Aantal	Gehalte	Aantal	Gehalte	Aantal
	THC	monsters	THC	monsters	THC	monsters
Nederwiet	9%	126	11%	131	15%	119
Buitenlandse wiet	5%	56	5%	49	7%	42
Nederhasj	21%	18	16%	19	33%	24
Buitenlandse hasj	11%	90	12%	96	18%	106

Bron: DIMS, Trimbos-instituut.⁴¹

- De prijs van een gram nederwiet of een gram buitenlandse wiet is in de afgelopen jaren gelijk gebleven. De prijs van een gram nederhasj lag in de tweede meting lager dan in de eerste en derde meting. Buitenlandse hasj

¹ Nederhasj is slechts in een klein aantal coffeeshops te verkrijgen.

was in 2001/2002 duurder dan in beide voorgaande jaren (tabel 2.13).

TABEL 2.13 PRIJS (€) PER GRAM CANNABISPRODUCT

	1999/2000	2000/2001	2001/2002
Nederwiet	5,83	5,86	6,28
Buitenlandse wiet	3,87	3,80	4,16
Nederhasj	8,85	7,11	10,29
Buitenlandse hasj	6,29	6,36	7,14

Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Kwekers van nederwiet maken soms gebruik van bestrijdingsmiddelen om de planten te beschermen tegen ziekten.

- In 1999 verzamelde het Trimbos-instituut samen met Jellinek Preventie 35 monsters van de goedkoopste nederwiet in Amsterdamse coffeeshops. Chemische analyses verricht door het RIKILT toonden in de helft van de monsters resten van pesticiden aan. Furalaxyl, een middel dat gebruikt wordt in de sierteelt, kwam het meest voor. Volgens een toxicologische evaluatie waren de concentraties zo laag dat zij geen bedreiging voor de gezondheid vormden, ook niet voor zeer frequente gebruikers van cannabis.⁴³

3 COCAÏNE

Cocaïne werkt stimulerend. Veel gebruikers van cocaïne weten deze drug in hun leven in te passen zonder in problemen te komen. Zij consumeren cocaïne voor recreatieve doeleinden. Toch kan de drug leiden tot verslaving. Bovendien kan cocaïne deel uitmaken van problematisch gebruik van meer drugs tegelijk.

Cocaïne kan in verschillende vormen worden toegediend.⁴⁴ De zoutvorm van cocaïne (cocaïnehydrochloride; poeder) wordt in Nederland meestal gesnoven, zelden geïnjecteerd. Een enkele keer wordt cocaïnepoeder in een sigaret gerookt. Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral basecoke of gekookte coke populair. Basecoke wordt verkregen na het verhitten ("koken") van een oplossing van cocaïnepoeder en een basisch middel, zoals natriumbicarbonaat of ammonia. Basecoke wordt gerookt in een pijpje of geïnhaaleerd van aluminumfolie. Crack is onzuivere basecoke met restanten natriumbicarbonaat, dat zijn naam te danken heeft aan het knetterend geluid dat tijdens de verhitting ontstaat. In de jaren tachtig maakten de gebruikers zelf de basecoke. Tegenwoordig wordt basecoke of crack veelal kant-en-klaar op straat verkocht.

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

3.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Tussen 1997 en 2001 verdubbelde het percentage actuele cocaïnegebruikers onder de algemene bevolking. De toename is het grootst onder jongeren van 20-24 jaar (§3.2).
- Het aantal gebruikers van cocaïne onder leerlingen groeit niet meer (§3.3).
- (Snuif)cocaïne is vrij populair onder uitgaande jongeren (§3.3).
- In vergelijking met leeftijdgenoten in andere lidstaten van de Europese Unie, hebben vrij veel Nederlandse jongeren en jonge volwassenen ervaring met cocaïne (§3.5).

- Cocaïne vindt grote aftrek onder probleemgebruikers van opiaten, vooral in de kant-en-klare rookbare vorm (basecoke) (§3.4).
- Het aantal cocaïnegebruikers in de ambulante verslavingszorg is sinds begin jaren negentig flink gestegen, vooral vanwege problemen door basecoke (§3.6).
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen voor aandoeningen die samenhangen met cocaïnegebruik is gering maar neemt toe (§3.6).
- Het aantal geregistreerde acute sterfgevallen wegens cocaïnegebruik is gering maar stijgt (§3.7).

3.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

Volgens het NPO nam het aantal Nederlanders van twaalf jaar en ouder dat ervaring heeft met cocaïne toe van 1997 tot 2001 (figuur 3.1).⁹

- Ook het percentage ooitgebruikers die cocaïne 25 keer of meer in hun leven hebben genomen – de ervaren gebruikers – steeg, van 23 procent in 1997 naar 29 procent in 2001.
- Het percentage actuele gebruikers verdubbelde in deze periode maar bleef ruim beneden één procent. In absolute getallen is dit een toename van bijna 28 duizend naar 55 duizend actuele cocaïnegebruikers. Deze cijfers zijn vrijwel zeker een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in het NPO ondervertegenwoordigd zijn.^a Bovendien kan er sprake zijn van onderrapportage van druggebruik (bijlage B).
- Consumptie van cocaïne komt het meest voor onder 20- tot en met 24-jarigen. Ook de stijging in aantal gebruikers tussen 1997 en 2001 was het grootst in deze leeftijdsgroep (figuur 3.1).
- Het aandeel actuele gebruikers dat (bijna) dagelijks cocaïne gebruikt nam toe van 1,8 procent in 1997 naar 4,5 procent in 2001.
- In beide peiljaren hadden meer mannen dan vrouwen ervaring met cocaïne. In 1997 waren mannen bovendien vaker actuele consument dan vrouwen, maar dit verschil verdween in 2001.

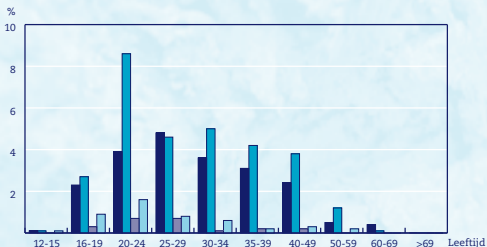
^a Het aantal probleemgebruikers van opiaten in Nederland bedraagt naar schatting 26 tot 30 duizend. Volgens veldstudies gebruikt 70% tot 90% van hen ook cocaïne (overwegend basecoke/crack) (§3.4). In absolute aantallen gaat het dus om 18 tot 27 duizend cocaïnegebruikers in deze groep. De mate van overlap tussen deze cijfers en die van het NPO is echter onbekend.

TABEL 3.1 **GEBRUIK VAN COCAÏNE IN NEDERLAND ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001**

	1997	2001
Heeft ooit gebruikt	2,1%	2,9%
• Mannen	2,9%	3,9%
• Vrouwen	1,3%	1,9%
Heeft pas nog gebruikt ^I	0,2%	0,4%
• Mannen	0,3%	0,4%
• Vrouwen	0,1%	0,4%
Heeft voor de eerste keer in het afgelopen jaar gebruikt	0,3%	0,3%
Gemiddelde leeftijd van de actuele gebruikers	29 jaar	29 jaar

^I In de laatste maand. Bron: NPO, CEDRO.

FIGUUR 3.1 **COCAÏNEGEBRUIKERS IN NEDERLAND PER LEEFTIJDSGROEP. PEILJAREN 1997 EN 2001**



	12-15	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-49	50-59	60-69	>69
■ Ooit 1997	0,1	2,3	3,9	4,8	3,6	3,1	2,4	0,5	0,4	0,0
■ Ooit 2001	0,1	2,7	8,6	4,6	5,0	4,2	3,8	1,2	0,1	0,0
■ Actueel 1997	0,0	0,3	0,7	0,7	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
■ Actueel 2001	0,1	0,9	1,6	0,8	0,6	0,2	0,3	0,2	0,0	0,0

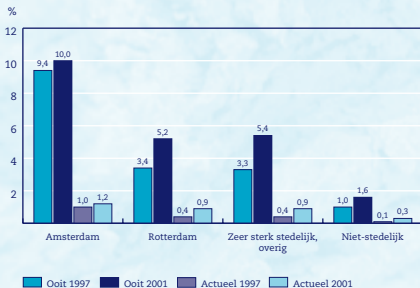
Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, CEDRO.

DE GROTE STEDEN

Gebruik van cocaïne is niet evenredig gespreid over Nederland (figuur 3.2).

- In 2001 was het percentage actuele gebruikers in Amsterdam vier keer hoger dan in niet-stedelijk gebied.
- In andere zeer sterk stedelijke gemeenten, waaronder Rotterdam, lag het aandeel actuele consumenten van cocaïne drie keer hoger dan in niet-stedelijk gebied.
- De toename van het percentage ooitgebruikers en actuele gebruikers van cocaïne deed zich overal voor maar was bescheiden in Amsterdam.

FIGUUR 3.2 **GEBRUIK VAN COCAÏNE IN GROTE STEDEN EN IN NIET-STEDELIJK GEBIED ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER.**
PEILJAREN 1997 EN 2001

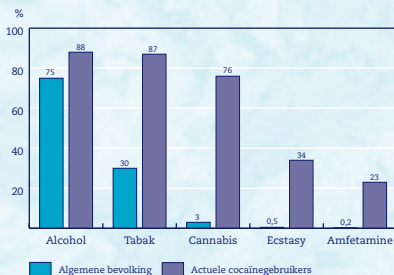


Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Definitie (CBS): Overige zeer sterk stedelijke gemeenten: met meer dan 2 500 adressen per vierkante kilometer, met uitzondering van Amsterdam en Rotterdam. Dit zijn: Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingen en Voorburg. Definitie van niet-stedelijke gemeenten: met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer. Bron: NPO, CEDRO.

BIJGEBRUIK VAN ANDERE MIDDELEN

Vergeleken met de algemene bevolking gebruiken cocaïnegebruikers vaker alcohol, tabak en andere drugs (figuur 3.3).

FIGUUR 3.3 ACTUEEL GEBRUIK VAN ALCOHOL, TABAK EN DRUGS ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN 12 JAAR EN OUDER EN ONDER ACTUELE COCAÏNEGEBRUIKERS. PEILJAAR 2001



Percentage gebruikers in de laatste maand. Bron: NPO, CEDRO.

SPECIALE GROEPEN

In vergelijking met de doorsnee bevolking, komt cocaïnegebruik veel voor onder dak- en thuislozen en gedetineerden.

- In 2002 had bijna de helft (47%) van de dak- en thuislozen in twintig Nederlandse gemeenten in de afgelopen maand basecoke geconsumeerd; een op de vijf (20%) gebruikte snuifcoke.¹¹
- In 2002 gebruikte eenderde (32%) van de mannelijke gedetineerden in acht Huizen van Bewaring dagelijks cocaïne/crack in de laatste zes maanden voor detentie.¹²

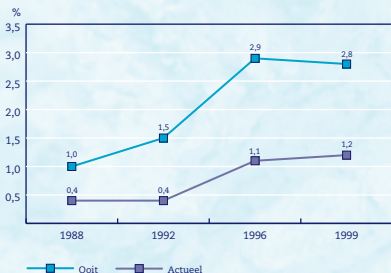
3.3 GEBRUIK: JONGEREN

SCHOLIEREN

Volgens het Peilstationsonderzoek scholieren van het Trimbos-instituut gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs hard-drugs, zoals cocaïne, dan cannabis.¹⁵

- Van 1988 tot 1996 deed zich wel een stijging voor. In de meting van 1999 was voor cocaïne sprake van een stabilisatie van het percentage leerlingen dat ooit of pas nog ervaring had met deze drug (figuur 3.4).^b

FIGUUR 3.4 GEBRUIK VAN COCAÏNE ONDER SCHOLIEREN VAN 12 JAAR EN OUDER, VANAF 1988



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

^b De absolute percentages gebruikers in het Peilstationsonderzoek scholieren en het NPO (leeftijdsgroep 12-15 jaar) zijn niet gelijk. Dit komt onder meer door verschillen in onderzoeksmethode (zie bijlage B). De trends wijzen wel in dezelfde richting.

SPECIALE GROEPEN

In bepaalde groepen jongeren komt de consumptie van cocaïne vrij vaak voor. Tabel 3.2 vat de resultaten samen van diverse studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

- Volgens de Antenne-monitor nam het percentage actuele gebruikers van cocaïne onder bezoekers van clubs, party's en discotheken in Amsterdam tussen 1995 en 1998 toe van 14 naar 24 procent. Het ging daarbij vooral om snuiven van cocaïne.⁴⁵ Ook uit Den Haag komen signalen voor een toegenomen populariteit van cocaïne onder uitgaande jongeren.²²
- In andere landen, zoals Oostenrijk, België, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk hebben bezoekers van dansfestijnen eveneens aanzienlijk meer ervaring met cocaïne dan de doorsnee bevolking.⁴⁶
- Zwerfjongeren scoren het hoogst in cocaïnegebruik (tabel 3.2). Een peiling onder jongeren zonder vaste verblijfplaats in vijf Nederlandse gemeenten wees uit dat één op de drie onlangs cocaïne had genomen. Roken van cocaïne (zowel 'snuifcokes' als basacokes/crack) was het meest gangbaar (actuele rokers: 32%, snuivers: 11%, spuiters: 1%).²¹

TABEL 3.2 GEBRUIK VAN COCAÏNE IN SPECIALE GROEPEN

	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit- gebruik	Actueel gebruik
Jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs ^I	1997	12 – 18	4%	2%
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	1997	12 – 18	14%	5%
Cafébezoekers in Amsterdam ^{II}	2000	gemiddeld 25	26%	9%
Gemarginaliseerde jongeren in Den Haag ^{III}	2000/2001	16 – 25	23%	9%
Uitgaande jongeren in Den Haag ^{IV}	2002	15 – 34	33%	15%
Coffeeshopbezoekers in Amsterdam ^{IV}	2001	gemiddeld 25	52%	19%
Club- en partybezoekers in Amsterdam	1998	gemiddeld 26	48%	24%
Zwerfjongeren ^V	1999	15 – 22	66%	36%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

^I MLK, LOM, ZMOK. ^{II} Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. ^{III} Jongeren die ontoereikende zorg krijgen en/of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien. Geworven op locaties voor zwerfjongeren, laagdrempelige dag- en nachtopvang en (overige) tijdelijke woonvoorzieningen. ^{IV} Geringe respons (15%). ^V Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden.²⁰⁻²⁴

3.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

Betrouwbare schattingen van het aantal probleemgebruikers van cocaïne ontbreken.

- Van de opiaatverslaafden nemen zeven tot negen op de tien ook cocaïne, veelal in de (kant-en-klare) rookbare vorm. Basecoke (of crack) leidt sneller tot dwangmatig gedrag en verslaving dan snuifcocaïne.^{c 47-49}
- Gemiddeld nemen probleemgebruikers van harddrugs cocaïne op 22 dagen per maand; meer dan de helft gebruikt elke dag.^{50;51} Vaak gebeurt dit in combinatie met dempende middelen, zoals heroïne, methadon, psychoactieve medicijnen of alcohol, om de negatieve stimulerende effecten van de drug tegen te gaan.^{50;51}
- Voor veel probleemgebruikers van harddrugs is cocaïne tegenwoordig het belangrijkste middel. Zij hebben vrij veel moeite het gebruik te stoppen of te minderen en zij hebben een dagtaak aan het verkrijgen van de drug.⁵⁰
- Bijna tien tot vijftien procent consumeert cocaïne zonder daarnaast heroïne te nemen. In Utrecht bestaat deze groep vooral uit jonge Antilliaanse en Marokkaanse gebruikers die geen voorgeschiedenis hebben van heroïnegebruik.⁵⁰
- Frequent gebruik van cocaïne, vooral basecoke, wordt gesignaleerd in bepaalde groepen harddruggebruikers, zoals onder (jonge) daklozen, allochtonen en straatprostituees.^{48;49}
- Het bij zichzelf injecteren van cocaïne is de afgelopen jaren sterk afgenomen en daarmee ook het risico van infecties. Het roken van cocaïne (en heroïne) is juist toegenomen.⁴⁷⁻⁴⁹
- In 1995 spoot 36 procent van de Rotterdamse probleemgebruikers van cocaïne de drug altijd in; in 1998 was dit 5 procent (tabel 3.3).
- Het aandeel 'pure' spuiters van cocaïne in het totaal aan probleemgebruikers van harddrugs ging in Parkstad Limburg omlaag van 40 procent in 1996 naar 4 procent in 1999. Het aandeel probleemgebruikers dat cocaïne zowel spoot als rookte daalde van 30 naar 17 procent.
- Gezondheidsproblemen, vooral door frequent roken van basecoke, zijn longcomplicaties, uitputting en weerstandsvermindering, 'loopvoeten', angsten en paranoia.⁴⁴ Zware cokegebruikers hebben ook meer moeite hun agressie onder controle te houden.

^c Maar ook gebruikers van snuifcocaïne kunnen in de problemen raken (zie §3.6).

TABEL 3.3 **WIJZE VAN GEBRUIK VAN COCAÏNE DOOR PROBLEEMGEBRUIKERS VAN HARDDRUGS**

Wijze van toediening	Rotterdam 1998	Utrecht 1999	Parkstad Limburg 1999
Altijd injecteren	5%	1%	4%
Roken en injecteren	14%	10%	17%
Altijd roken	79%	86%	78%

Percentage probleemgebruikers per wijze van toediening. De cijfers in de kolommen tellen niet helemaal op tot 100 procent; de rest betreft andere manieren van inname (snuiven). Bron: MAD.

3.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

ALGEMENE BEVOLKING

In de algemene bevolking van westerse landen (enkele EU-lidstaten, Noorwegen, Australië en de Verenigde Staten) is het aantal mensen dat harddrugs zoals cocaïne gebruikt, aanzienlijk lager dan het aantal mensen dat cannabis gebruikt.

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 3.4a geeft gebruikscijfers voor cocaïne die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 3.4b. Voor niet-genoemde EU-landen zijn geen gegevens beschikbaar.
- Het percentage mensen tot de leeftijd van zestig of zeventig jaar dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten.
- In de Europese Unie varieert het ooitgebruik van bijna nul procent in Luxemburg tot vijf procent in Engeland en Wales. In Nederland heeft bijna vier procent in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ervaring met cocaïne.
- In Zweden telt de algemene bevolking naar verhouding de minste (0%) en in Spanje de meeste (2,6%) recente gebruikers van cocaïne. In Nederland heeft ruim een procent in het afgelopen jaar cocaine gebruikt.

TABEL 3.4A CONSUMPTIE VAN COCAÏNE ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-LIDSTATEN EN NOORWEGEN: LEEFTIJDSGROEP 15 TOT EN MET 64 JAAR

Land	Jaar	Ooitgebruik	Recentgebruik
Spanje	2001	4,9%	2,6%
Nederland	2001	3,6%	1,1%
Noorwegen	1999	2,2%	0,6%
Frankrijk	2000	1,6%	0,3%
Griekenland	1998	1,3%	0,5%
Zweden	2000	1,0%	0,0%
Portugal	2001	0,9%	0,3%
Finland	2000	0,6%	0,2%
Luxemburg	1998	0,2%	?

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). ? = onbekend. Referenties:^{31,32}

TABEL 3.4B CONSUMPTIE VAN COCAÏNE ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-LIDSTATEN, DE VERENIGDE STATEN EN AUSTRALIË: OVERIGE LEEFTIJDSGROEPEN^I

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik	Recent gebruik
Verenigde Staten	2001	14 en ouder	12,7%	1,9%
Engeland en Wales	2001/2002	16 – 59	5,2%	2,0%
Australië	2001	14 en ouder	4,4%	1,3%
Italië	2001	15 – 44	3,3%	1,1%
Denemarken	2000	16 – 64	2,5%	0,8%
Duitsland ('West')	2000	18 – 59	2,3%	0,9%
Ierland	1998	18 - 64	?	1,3%

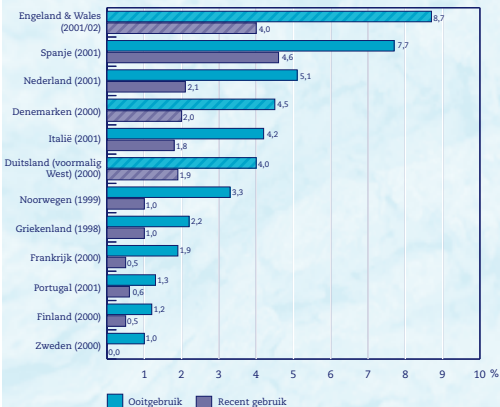
Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). ? = onbekend. ^I Druggebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde.³¹⁻³⁵

JONGEREN EN JONGE VOLWASSENEN

Cocaïnegebruik komt naar verhouding het meest voor onder jongeren en jonge volwassenen.

- Figuur 3.5 geeft de percentages ooitgebruikers en recente gebruikers van 15 tot en met 34 jaar, tenzij een andere leeftijdsgroep is aangegeven. Ook voor deze gegevens geldt dat een precieze vergelijking niet mogelijk is vanwege verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeftrekking.
- Volgens de beschikbare cijfers is zowel het ooit- als het recente gebruik het hoogst in Spanje en Engeland en Wales en het laagst in Zweden en Finland.

FIGUUR 3.5 CONSUMPTIE VAN COCAÏNE ONDER JONGEREN EN JONGE VOLWASSENEN IN LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE EN NOORWEGEN



Percentage ooitgebruikers en recente gebruikers (laatste jaar). Volgens de EMCDDA-standaard voor jongeren en jonge volwassenen van 15 tot en met 34 jaar. Voor de gearceerde landen geldt een afwijkende leeftijdsgroep: Engeland & Wales (16-34 jaar), Denemarken (16-34 jaar), Duitsland (18-34 jaar).

Bron: EMCDDA.

In de ESPAD-peiling onder vijftien- en zestienjarige scholieren werd in 1999 gevraagd naar het ooitgebruik van cocaïne. De cijfers uit dit onderzoek zijn beter vergelijkbaar.³⁶

- Van de deelnemende landen in de Europese Unie (EU) ging Nederland op deze maat aan kop samen met het Verenigd Koninkrijk (tabel 3.5).
- Amerikaanse scholieren hebben vaker ervaring met cocaïne dan hun leeftijdgenoten in de EU.

TABEL 3.5 CONSUMPTIE VAN COCAÏNE ONDER LEERLINGEN VAN 15 EN 16 JAAR IN LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN DE VERENIGDE STATEN. PEILJAAR 1999

Land	Ooitgebruik
Verenigde Staten	8%
Verenigd Koninkrijk	3%
Nederland	3%
Frankrijk	2%
Ierland	2%
Italië	2%
Denemarken	1%
Finland	1%
Griekenland	1%
Noorwegen	1%
Portugal	1%
Zweden	1%

Percentage gebruikers ooit in het leven. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar werden vergelijkbaar onderzoek uit. Bron: ESPAD.³⁶

3.6 HULPVRAAG

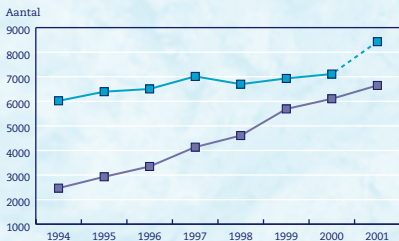
AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het LADIS registreert hoe vaak mensen hulp vragen bij de ambulante verslavingszorg.

- Het aantal cliënten met cocaïne als primair probleem werd tussen 1994 en 2001 bijna drie keer zo groot (figuur 3.6).
- Het aandeel cocaïnecliënten van alle cliënten met een drugprobleem steeg eveneens sterk van 13 procent in 1994 naar 23 procent in 2000 en 2001.
- Kenmerken van de primaire cocaïnecliënten in 2001:
 - Het merendeel is man (82%).

- De gemiddelde leeftijd is 33 jaar. Bijna de helft van de primaire cocaïne cliënten is tussen 25 en 34 jaar (figuur 3.7).
- Een kwart (25%) was een nieuwkomer, dat wil zeggen, stond niet eerder ingeschreven bij de ambulante verslavingszorg vanwege een drugprobleem.
- De meesten roken of snuiven de drug (zie hieronder).
- Cocaïne werd nog vaker als secundair probleem genoemd (figuur 3.6).
 - Voor deze groep is het primaire probleem heroïne (77%), alcohol (16%), of cannabis (4%).
 - Sinds 1994 is hun aantal toegenomen. De stijging van 2000 naar 2001 komt voor een deel doordat voor het eerst cijfers van de GG&GD Amsterdam werden meegeteld.

FIGUUR 3.6 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE AMBULANTE VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE COCAÏNEPROBLEMATIEK, VANAF 1994

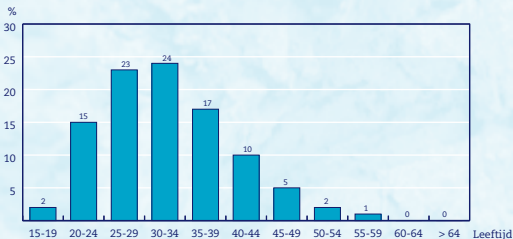


	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Primair	2468	2928	3349	4137	4607	5689	6103	6647
Secundair	6020	6391	6503	7015	6699	6932	7111	8426

De stijging in secundaire cocaïnecliënten van 2000 naar 2001 komt voor een deel door de aanlevering (sinds 2001) van gegevens van opiaatcliënten van de GG&GD Amsterdam. Bron: LADIS, IVZ.

- Een analyse van LADIS-gegevens tot en met 2000 levert het volgende beeld op:⁵²
 - Voor twee op de drie 'primaire' cocaïnecliënten is basecoke (roken) het hoofdmiddel van gebruik en voor één op de drie 'snuifcocaïne'.
 - Het aandeel basecoke gebruikers onder de cocaïnecliënten is gestegen (van 57% procent in 1994 naar 65% in 2000).
 - Ruim de helft van de cocaïnecliënten – primaire én secundaire problematiek samengenomen – heeft problemen met zowel cocaïne (doorgaans basecoke) als heroïne (56%). Daarna volgen probleemgebruikers van alleen basecoke, zonder opiaten (20%), van zowel snuifcocaïne als alcohol (13%), van zowel snuifcocaïne als cannabis (6%) of van alleen snuifcocaïne (6%).

FIGUUR 3.7 **LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE COCAÏNECLIËNTEN BIJ DE AMBULANTE VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2001**



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.

INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

Volgens het PiGGz nam het aantal opnames wegens cocaïneafhankelijkheid en -misbruik in verslavingsklinieken en afdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen in de jaren negentig toe.

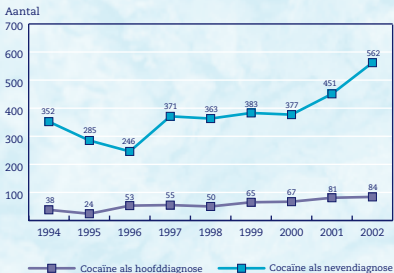
- In 1990 ging het om 106 opnames en in 1996 om 364 (ICD-9 codes 304.2 en 305.6; bijlage C).
- Het aandeel van de cocaïneproblematiek in alle druggerelateerde opnames steeg in deze periode ook, van 4 naar 8 procent.
- De situatie sindsdien is niet bekend omdat de registratie vanaf 1997 onvolledig is (bijlage B).

Algemene ziekenhuizen; incidenten

In algemene ziekenhuizen worden cocaïneafhankelijkheid –en misbruik niet vaak als hoofddiagnose genoteerd bij klinische opnames.

- In 2002 ging het om ruim tachtig gevallen, waarvan 56 procent vanwege cocaïnemisbruik en 44 procent vanwege cocaïneafhankelijkheid (figuur 3.8).
- Deze cocaïneproblemen spelen vaker een rol als nevendiagnose. Sinds 1996 tekent zich een toename af. In 2002 waren de meest voorkomende hoofddiagnoses bij de nevendiaagnoses cocaïnemisbruik of –afhankelijkheid:
 - letsel door ongevallen (16%, breuken, wonden, hersenschudding)
 - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (16%)
 - vergiftiging door geneesmiddelen, drugs of biologische stoffen (12%; eenderde benzodiazepines)
 - ziekten van hart- en vaatstelsel (8%)
 - misbruik of afhankelijkheid van alcohol (6%)
 - spijsverteringsstoornissen (6%).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2002 om 550 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 34 jaar; 73 procent was man.
- De LMR telde in 2001 en 2002 respectievelijk twintig en veertien gevallen van onopzettelijke vergiftiging met lokale anesthetica (overwegend cocaïne) als nevendiagnose (ICD-9 code E855.2).

FIGUUR 3.8 KLINISCHE OPNAMES IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN COCAÏNEMISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID, VANAF 1994



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen of meer nevensdiagnoses per opname. ICD-9 codes: 304.2, 305.6 (bijlage C). Bron: LMR, Prismant.

Precieze cijfers over het aantal personen dat onwel wordt na cocaïnegebruik zijn niet bekend. Volgens het Letsel Informatie Systeem van Stichting Consument en Veiligheid worden jaarlijks gemiddeld 1 800 personen behandeld op spoedeisende eerstehulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld of zelfmutilatie gerelateerd aan drugsgebruik (vgl. 12 duizend vanwege alcohol, hoofdstuk 6).^d

- In tweederde (66%) van de gevallen is de reden vergiftiging.
- Bijna eenderde (30%) van de drugsslachtoffers geeft aan cocaïne te hebben gebruikt en een kwart cannabis (23%). Van een kwart (24%) van de gevallen is niet bekend om welke drug(s) het gaat.
- Bij ruim een kwart (27%) van de cocaïnegebruikers is sprake van gelijktijdige consumptie van alcohol en/of medicijnen.
- Bij vier op de tien gevallen is opname nodig in het ziekenhuis (39%). Ter vergelijking: van alle slachtoffers die jaarlijks op een afdeling voor spoedeisende hulp worden behandeld, wordt acht procent opgenomen.

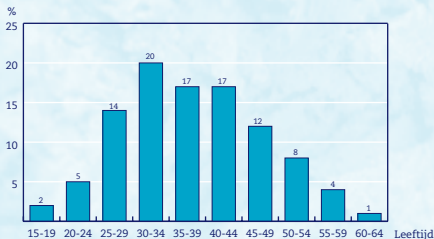
^d Drugs zijn hier heroïne, cannabis, ecstasy, pado's en speed. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 1998 tot en met 2001.

3.7 STERFTE

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

- Toch valt er een toename te zien. Van 1985 tot en met 1995 ging het in de hele periode om totaal 27 gevallen, van 1996 tot en met 2001 om 86 (zie ook figuur 4.10).^e
- De meeste overledenen waren tussen 25 en 49 jaar oud (figuur 3.9) en acht op de tien waren man.
- Sterfte waaraan cocaïne bijdraagt wordt soms gecodeerd onder natuurlijke doodsoorzaken, zoals een hartaandoening. Hierdoor is het aantal gevallen waarin cocaïne aan het overlijden heeft bijgedragen niet goed te achterhalen.

FIGUUR 3.9 LEEFTIJDVERDELING VAN COCAÏNESTERFGEVALLEN VAN 1996 TOT EN MET 2001



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

^e Het totale aantal overleden 'bolletjesslikkers' is niet bekend. Dit komt onder meer doordat de Doodsoorzakenstatistiek personen uitsluit die niet in het Nederlandse bevolkingsregister staan ingeschreven. In 2002 registreerde de GG&GD Amsterdam 8 gevallen.

4

OPIATEN

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

Opiaten kunnen een roes veroorzaken maar ook een dempende werking hebben.

Heroïne wordt in verschillende vormen toegediend. Tegenwoordig is de meest gangbare gebruikswijze in Nederland roken ('chinezen', roken van folie). Minder vaak wordt heroïne geïnjecteerd.

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

4.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Heroïnegebruik komt weinig voor in de algemene bevolking (§4.2).
- Het aantal opiaatverslaafden in Nederland blijft stabiel en is het laagst van alle lidstaten van de Europese Unie (§4.4, §4.5).
- Het injecteren van opiaten is teruggelopen. Roken van opiaten is de regel (§4.4).
- Het aantal opiaatcliënten van de ambulante verslavingszorg verandert niet (§4.6).
- In Amsterdam, Rotterdam, Maastricht en Arnhem blijft het percentage injecterende druggebruikers dat besmet is met HIV vrij stabiel. In Heerlen nam hun aandeel toe (§4.7).
- Steden verschillen in het percentage injecterende druggebruikers dat besmet is met hepatitis B en C. De cijfers voor Den Haag zijn lager dan die

- voor Rotterdam en Heerlen/Maastricht (§4.7).
- De acute sterfte ('overdosing') onder opiaatgebruikers blijft vrij stabiel. De gemiddelde leeftijd van overlijden stijgt (§4.7).
- De totale acute sterfte door druggebruik neemt iets toe, maar blijft laag in internationaal perspectief (§4.7).

4.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

Heroïne is niet populair onder de algemene bevolking.

- Volgens het NPO had 0,4 procent van de Nederlanders van twaalf jaar en ouder in 2001 ervaring met heroïne. In 1997 was dit 0,3 procent.⁹
- In 2001 was het percentage actuele gebruikers 0,1 procent.
- Deze cijfers zijn vermoedelijk een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in het NPO ondervertegenwoordigd zijn. Veel illegale gebruikers van opiaten en methadoncliënten komen niet terecht in steekproeven uit de algemene bevolking omdat zij rondzwerven, in de gevangenis zitten, of anderszins uit beeld zijn. Tot op zekere hoogte kunnen zij toch in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie §4.3).

SPECIALE GROEPEN

Onder bepaalde volwassenen is het gebruik van heroïne meer gangbaar dan onder de algemene bevolking.

- In 2002 gebruikte een op de vijf mannelijke *gedetineerden* (21%) in acht Huizen van Bewaring dagelijks heroïne in de laatste zes maanden voor detentie.¹²
- In hetzelfde jaar had 40 procent van de *dak-en thuislozen* in twintig Nederlandse gemeenten deze drug in de maand voor de peiling geconsumeerd.¹¹

Deze groepen kunnen overlappen met de probleemgebruikers beschreven in §4.4.

4.3 GEBRUIK: JONGEREN

Heroïne is niet populair onder leerlingen van middelbare scholen van twaalf jaar en ouder, tegenwoordig nog minder dan in eerdere peilingen (tabel 4.1).¹⁵

TABEL 4.1 **GEBRUIK VAN HEROÏNE ONDER SCHOLIEREN VAN 12 JAAR EN OUDER VANAF 1988**

	1988	1992	1996	1999
Heeft ooit gebruikt	1,0%	0,8%	1,1%	0,7%
Heeft pas nog gebruikt	0,3%	0,4%	0,5%	0,2%

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

- Volgens wat oudere cijfers ligt het percentage actuele gebruikers van heroïne hoger onder leerlingen van speciale scholen voor voortgezet onderwijs en deelnemers aan spijbelprojecten dan op 'reguliere' scholen, maar hun aandeel blijft onder 1 procent (tabel 4.2).
- In bepaalde kringen experimenteert een kleine minderheid met heroïne (tabel 4.2). Zo had in 2001 bijna een op de tien coffeeshopbezoekers in Amsterdam ooit heroïne geprobeerd.²⁰ Actueel gebruik komt in het uitgaanscircuit niet veel voor (tabel 4.2²²).
- Van alle bevolkingsgroepen zijn zwerfjongeren het meest vertrouwd met heroïne. Volgens een peiling uit 1999 was ruim een op de tien een actuele gebruiker van deze drug. De gangbare toedieningsvorm in deze groep was roken (actuele rokers: 11%, spuiters: 1%, snuivers: 0%).²¹

TABEL 4.2 **GEBRUIK VAN HEROÏNE IN SPECIALE GROEPEN**

	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik	Actueel gebruik
Cafébezoekers in Amsterdam ^I	2000	Gemiddeld 25	1%	0,2%
Jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs ^{II}	1997	12 – 18	2%	0,8%
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	1997	12 – 18	4%	0,9%
Club- en partybezoekers in Amsterdam	1998	Gemiddeld 26	6%	<0,4%
Coffeeshopbezoekers in Amsterdam ^{III}	2001	Gemiddeld 25	9%	0,9%
Gemarginaliseerde jongeren in Den Haag ^{IV}	2000/2001	16 – 25	13%	7%
Zwerfjongeren ^V	1999	15 – 22	21%	11%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

< betekent 'minder dan'. ^I Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. ^{II} MLK, LOM, ZMOK.

^{III} Geringe respons (15%). ^{IV} Jongeren die ontoereikende zorg krijgen en/of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien. Geworven op locaties voor zwerfjongeren, laagdrempelige dag- en nachtopvang en (overige) tijdelijke woonvoorzieningen. ^V Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden. ^{20,21,23,24}

4.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

De beschikbare ramingen laten meestal geen duidelijk onderscheid toe tussen probleemgebruikers van opiaten enerzijds en van (ook) andere harddrugs anderzijds.^a De schattingen in tabel 4.3 betreffen probleemgebruikers van illegale opiaten of van methadon, die doorgaans ook andere middelen nemen, zoals cocaïne, alcohol en slaap- of kalmeringsmiddelen.

- Nederland telt ongeveer twee tot drie probleemgebruikers van harddrugs per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar.
- Gerekend per duizend inwoners bevinden de meeste probleemgebruikers zich in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag (figuur 4.1).

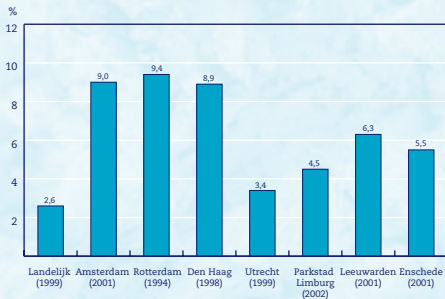
TABEL 4.3 **SCHATTINGEN VAN HET AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS VAN
HARDDRUGS**

Bereik	Jaar	Aantal ^I
Landelijk	1993	28 000
Landelijk	1996	25 000 – 29 000
Landelijk	1999	26 000 – 30 000
Amsterdam	2002	4 778
Rotterdam	1994	3 500 – 4 000
Den Haag	1998	2 600 – 2 700
Parkstad Limburg	2002	800
Leeuwarden	2001	389
Enschede	2001	570
Utrecht	1999	570

^I Laagste en hoogste uitkomst van verschillende schattingsmethoden.^{48;51;53-57}

^a Voor de definitie van probleemgebruiker: zie bijlage A.

FIGUUR 4.1 **SCHATTINGEN VAN HET AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS VAN
HARDDRUGS PER 1000 INWONERS VAN 15 TOT EN MET 64 JAAR**

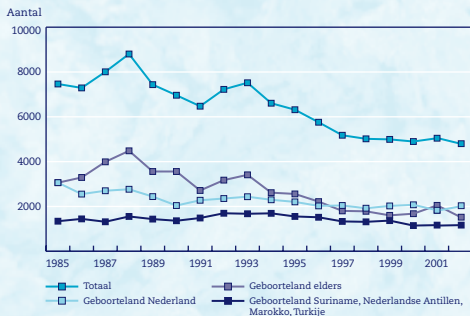


Gemiddelde van hoogste en laagste schattingen (indien toepasbaar). Referenties: zie tabel 4.3.

Figuur 4.2 geeft de ontwikkeling weer van het aantal probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam volgens schattingen van de GG&GD Amsterdam.

- De omvang van deze groep bereikte een piek in 1988 (8 800) en liep toen terug. Dit kwam vooral door het verdwijnen van buitenlanders, vooral Italianen en Duitsers. De daling is sinds 1998 afgevlakt.
- In 2002 telde Amsterdam naar schatting nog zo'n 4 700 probleemgebruikers van opiaten. Van hen was 42 procent geboren in Nederland, 25 procent in Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko of Turkije; en 33 procent elders.

FIGUUR 4.2 PROBLEEMGEBRUIKERS VAN OPIATEN IN AMSTERDAM, VANAF 1985



Bron: GG&GD Amsterdam.

Problematisch gebruik van opiaten houdt verband met de wijze van toediening. Inname van opiaten is vooral riskant als de drug wordt ingespoten.

- In de loop van de jaren zijn gebruikers van opiaten minder gaan injecteren (zie bijvoorbeeld Parkstad Limburg in tabel 4.4).⁴⁷⁻⁴⁹
- In 2001 stond 12 procent van alle opiaatcliënten van de ambulante verslavingszorg te boek als spuiters en 72 procent als rokers.⁵⁸

De populatie heroïnegebruikers veroudert en kampt steeds meer met gezondheidsklachten.

- In Amsterdam steeg de gemiddelde leeftijd van methadoncliënten van 32 jaar in 1989 naar 43 jaar in 2002. In Parkstad-Limburg was de gemiddelde leeftijd van probleemgebruikers van harddrugs in 2002 39 jaar.⁵¹
- Veel opiaatgebruikers kampen met zowel drugverslaving als een (andere) psychische stoornis, zoals sociale fobie of depressie ('dubbele diagnose'). Volgens wat oudere schattingen van midden jaren negentig betreft dit tussen de 30 en 50 procent van de opiaatgebruikers.^{59,60}
- Volgens de GG&GD Amsterdam gaat de veroudering gepaard met het vroegtijdig optreden van ouderdomsziekten, zoals diabetes en kanker. Ook longziekten door het langdurig zwaar tabakgebruik en roken van heroïne komen steeds vaker voor.⁶¹

TABEL 4.4 **WIJZE VAN GEBRUIK VAN HEROÏNE**

	Rotterdam	Utrecht	Parkstad Limburg	
Gebruikswijze	1998	1999	1996	1999
Altijd injecteren	15%	5%	33%	13%
Roken en injecteren	16%	9%	33%	28%
Altijd roken	65%	86%	34%	58%

Percentage probleemgebruikers per wijze van toediening. De cijfers tellen per kolom afgerond op tot 100 procent. Bron: MAD.

4.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

- De Europese Unie telt naar schatting anderhalf miljoen probleemgebruikers van harddrugs, ofwel drie tot negen per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Daarbij gaat het in hoofdzaak om (ook) opiaten.^{31;32}
- De schattingen zijn berekend met verschillende statistische methoden. Tabel 4.5 geeft de laagste en hoogste cijfers per land. Schattingen voor Luxemburg lopen sterk uiteen en moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd.
- Van alle lidstaten staan Nederland, Duitsland en Oostenrijk met twee tot drie probleemgebruikers van harddrugs per duizend inwoners onderaan.

TABEL 4.5 PROBLEEMGEBRUIKERS VAN HARDDRUGS IN DE EUROPESE UNIE EN IN NOORWEGEN

Land	Jaar	Aantal per duizend inwoners ^I	
		Laagste – hoogste schatting	gemiddelde
Luxemburg	2000	6,2 – 13,6	9,9
Portugal	2000	6,0 – 8,5	7,3
Verenigd Koninkrijk	1996	6,6 – 7,3	6,9
Italië	2001	6,0 – 7,2	6,6
Ierland	1996	5,9	5,9
Spanje	2000	5,3	5,3
Zweden	1998	4,2 – 4,8	4,5
Frankrijk	1999	3,9 – 4,8	4,3
Denemarken	1996	3,6 – 4,3	4,0
Noorwegen ^{II}	2000	3,6 – 4,8	4,2
België ^{II}	1997	3,5 – 4,2	3,8
Finland	1999	3,1 – 4,1	3,6
Griekenland	1999	3,1 – 4,2	3,6
Oostenrijk	2000	3,0 – 3,5	3,3
Duitsland	2000	2,7 – 3,5	3,1
Nederland	1999	2,4 – 2,8	2,6

^I Leeftijdsgrenzen: 15 tot en met 64 jaar. Het gaat overwegend om opiaatgebruikers, met uitzondering van Zweden waar mensen die zichzelf amfetamine inspuiten in de meerderheid zijn (althans in het begin van de jaren negentig). ^{II} Cijfers voor Noorwegen en België hebben alleen betrekking op injecterende druggebruikers en zijn een onderschatting. Bron: EMCDDA.

4.6 HULPVRAAG

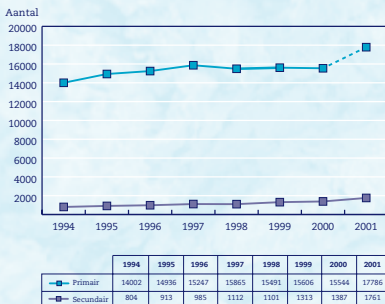
AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Het LADIS registreert hoe vaak mensen hulp vragen bij de ambulante verslavingszorg.

- Het aantal cliënten primair voor opiaatproblematiek steeg licht tot 1997 (figuur 4.3). De groei was deels reëel en deels een vertekening doordat meer instellingen voor drughulpverlening zich bij het LADIS aansloten. Het aantal opiaatcliënten bleef vrij stabiel van 1997 tot en met 2000. De toename in 2001 komt grotendeels door toetreding van de GG&GD Amsterdam tot het LADIS.^b
- Het aandeel van opiaten in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam af van 71 procent in 1994 naar 58 procent in 2000, en nam iets toe in 2001 (61%).
- Kenmerken van de primaire opiaatcliënten in 2001 zijn:
 - Het merendeel (79%) is man.
 - De gemiddelde leeftijd is 38 jaar, aanzienlijk hoger vergeleken met de cannabis- en cocaïnecliënten.
 - De meeste cliënten klopten al eerder aan bij de ambulante verslavingszorg vanwege een drugprobleem. Een op de elf (9%) was een nieuwkomer.
 - Opiaten worden zelden als secundair probleem genoemd (figuur 4.3). Voor deze kleine groep is het primaire probleem cocaïne of crack (66%), alcohol (27%), of cannabis (3%).

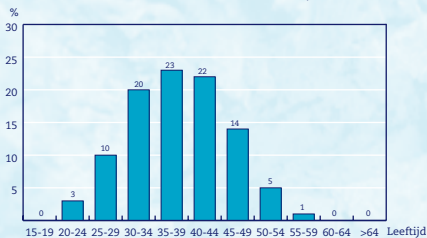
^b In 2001 leverde de GG&GD Amsterdam 1 869 cliënten aan met een primair heroïneprobleem, van wie 1 304 cliënten niet bekend waren bij andere instellingen die aan het LADIS deelnamen.

FIGUUR 4.3 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE AMBULANTE VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE OPIAATPROBLEMATIEK, VANAF 1994



Zie voetnoot b. Bron: LADIS, IVZ.

FIGUUR 4.4 LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE OPIAATCLIËNTEN BIJ DE AMBULANTE VERSLAVINGSZORG. PEILJAAR 2001



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ.

In Nederland ontvangen naar schatting 13 500 opiaatverslaafden methadon. De belangrijkste verstrekkers zijn de ambulante verslavingszorg, de GG&GD Amsterdam en huisartsen en specialisten.^{c 62}

- Het aantal methadoncliënten van de ambulante verslavingszorg steeg de afgelopen jaren licht (tabel 4.6). Dit komt vooral door uitbreiding van het aantal instellingen dat aan het LADIS deelneemt.
- Methadon wordt in ruim 95 procent van de gevallen voorgeschreven als onderhoudsbehandeling. De rest betreft toepassing van het middel bij het afkicken van heroïne.⁶³
- De gemiddelde methadondosis per innamedag gaat sinds 1995 omhoog (tabel 4.6).⁶³ Van de cliënten die in 2001 een onderhoudsbehandeling kregen, ontving 42 procent een (therapeutische) dosis van 60 milligram methadon of meer. De hoeveelheid methadon die een cliënt per keer krijgt hangt af van het methadonbeleid van de betreffende instelling of hulpverlener.
- Trends in de consumptie van methadon vallen af te lezen aan de gemiddelde hoeveelheid methadon die iemand in een jaar krijgt. Figuur 4.5 laat op deze maat een stijging zien vanaf 1994. Deze trend wordt verklaard door enerzijds de toename in methadondosis per innamedag en anderzijds door een verhoogde therapietrouw.^d

TABEL 4.6 METHADONVERSTREKKING IN DE AMBULANTE VERSLAVINGSZORG, VANAF 1994

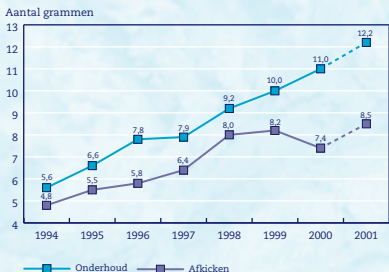
Jaar	Aantal personen	Gemiddelde dosis per innamedag (milligram)
1994	8 882	46
1995	8 817	37
1996	9 068	38
1997	9 838	40
1998	9 754	42
1999	10 666	45
2000	10 805	48
2001	12 538 ¹	54 ¹

¹ De stijging van het aantal personen ten opzichte van 2000 is het gevolg van de eerste aanlevering van gegevens van de GG&GD Amsterdam. De stijging in gemiddelde methadondosering kan ook (deels) hiermee samenhangen, zie ondertekening figuur 4.5. Bron: LADIS, IVZ.

^c Huisartsen en specialisten verstrekken naar schatting aan 2 750 personen methadon, waarvan er 900 niet voorkomen in het LADIS.⁶²

^d Het gemiddelde aantal methadoninnames per persoon per jaar steeg van 120 in 1994 naar 217 in 1999. In deze periode steeg de gemiddelde inschrijvingsduur van 9,4 maanden naar 10,3 maanden.⁶²

FIGUUR 4.5 METHADONCONSUMPTIE IN GRAMMEN PER PERSOON PER JAAR



Gebruik in grammen methadon. In 2001 zijn voor het eerst gegevens verwerkt van de GG&GD Amsterdam. Bij de GG&GD Amsterdam lag in 2001 de gemiddelde dosering hoger dan het landelijke gemiddelde: 74 mg tegenover 54 mg. De stijging tussen 2000 en 2001 moet daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd. Bron: LADIS, IVZ.

INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

Van alle drugs leiden opiaten tot de meeste opnames in de intramurale verslavingszorg (bron: PiGGz, GGZ Nederland/Prismant).

- Het aantal opnames wegens opiaatverslaving en -misbruik steeg in de eerste helft van de jaren negentig van 2 089 in 1990 tot 3 128 in 1995 en daalde iets, namelijk tot 3 055 opnames in 1996 (ICD-9 codes: 304.0, 304.7, 305.5, bijlage C).
- Het aandeel van opiaatgebruik in het totaal aan opnames voor drugproblematiek in de intramurale verslavingszorg is gedaald van 75 procent in 1990 en 77 procent in 1991 tot 67 procent in 1996.
- Door de gebrekkige registratie na 1996 valt niet na te gaan hoe de hulpvraag zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld.

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

Misbruik en afhankelijkheid van opiaten worden in algemene ziekenhuizen zelden als hoofddiagnose gesteld. In 2002 telde de LMR bijna negentig gevallen (73% afhankelijkheid en 22% misbruik) (figuur 4.6).

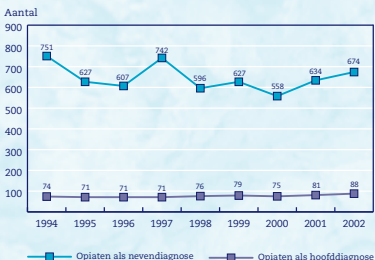
- Vaker komen deze condities als nevendiagnose voor (85% afhankelijkheid,

15% misbruik). De hoofddiagnoses bij deze nevendiaognoses lopen sterk uiteen. Het meest vielen in 2002 op:

- ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (23%)
- letsel door ongevallen (12%; breuken, wonden, hersenschudding)
- ziekten van het spijsverteringsstelsel (11%)
- vergiftiging (9%; waaronder heroïne, methadon, benzodiazepines)
- huidaandoeningen (7%; abcessen).

- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2002 om 626 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met opiaat-misbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Zij waren gemiddeld 39 jaar en twee op de drie waren man (68%). Drie op de tien patiënten kwamen uit de vier grote steden: Amsterdam (18%), Rotterdam (7%), Den Haag (5%) en Utrecht (2%).
- Bij 28 ziekenhuisopnames werd onopzettelijke opiaatintoxicatie als nevendiagnose geregistreerd. Bij 11 van deze opnames ging het om methadon.

FIGUUR 4.6 KLINISCHE OPNAMES IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN OPIAATMISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID, VANAF 1994



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen of meer nevendiaognoses per opname. ICD-9 codes: 304.0, 304.7, 305.5 (bijlage C). Bron: LMR, Prismaant.

In 2002 registreerde de Centrale Post Ambulancevervoer van de GG&GD Amsterdam 216 spoedeisende aanvragen wegens vermoeden van niet-dodelijke overdosering van harddrugs.⁶⁴

- Dit was minder dan een procent van het totaal aan spoedeisende aanvragen en bijna evenveel als in 2001 (208).
- Het betrof vooral opiaten en cocaïne, al dan niet in combinatie met andere middelen.
- In driekwart (72%) van de gevallen was vervoer naar een ziekenhuis nodig. Dit was veel meer dan voor cannabis (40%).
- De meesten waren van Nederlandse afkomst (75%); 10 procent kwam uit het buitenland en van 15 procent was het land van herkomst niet bekend.

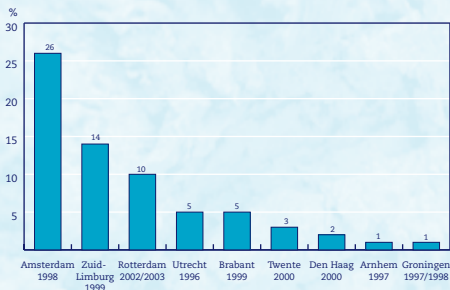
4.7 ZIEKTE EN STERFTE

HIV

Door spuiten met vuile naalden of door onveilige seks lopen gebruikers van harddrugs gevaar om besmet te raken met HIV, het virus dat aids veroorzaakt.

- Peilingen van het RIVM laten sterke regionale verschillen zien in besmetting met HIV onder druggebruikers die ooit hebben gespoten(figuur 4.7).
 - Volgens de meest recente cijfers staat van de grote steden Amsterdam aan kop en Den Haag onderaan.⁶⁵
 - In de meeste steden die meer dan eens deelnamen aan de peilingen bleef het percentage injecterende druggebruikers met een HIV-infectie stabiel.
 - Uitzondering is Heerlen. In deze stad verdubbelde dit aandeel van 11 procent in 1994 naar 22 procent in 1999.^{66;67}
- In Amsterdam liep het jaarlijks aantal nieuwe HIV-infecties onder injecterende druggebruikers terug van 9 procent in 1986 tot 1 tot 2 procent in 1999. Tussen 1999 en 2002 schommelde het aantal nieuwe gevallen tussen nul en 0,2 procent per jaar.^{68;69}

FIGUUR 4.7 BESMETTING MET HIV ONDER INJECTERENDE DRUGGEBRUIKERS



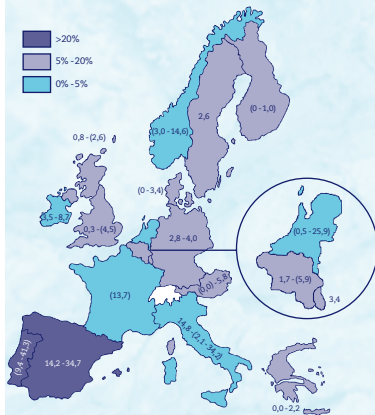
Percentage injecterende druggebruikers (= iemand die één of meer keer in zijn leven een drug bij zichzelf had ingespoten) besmet met HIV. Percentages in voorgaande peilingen: Amsterdam 26% in 1993 en 1996; Rotterdam 11% in 1994; Arnhem: 2% in 1991/1992 en 1995/1996; Zuid-Limburg 10% in 1994 en 12% in 1996 (in Maastricht: 8% in 1994, 3% in 1996, 5% in 1999); in Heerlen respectievelijk 11%, 17% en 22%. Brabant omvat Eindhoven, Helmond, Den Bosch. Twente omvat Almelo, Hengelo, Enschede. Bron: RIVM.^{65,67}

Gegevens over besmetting met HIV in de lidstaten van de Europese Unie stammen uit uiteenlopende bronnen en verschillen in dekkingsgraad. De cijfers zijn daarom niet goed vergelijkbaar.³¹

- Percentages van met HIV besmette injecterende druggebruikers variëren van ongeveer 1 procent of minder in Finland tot meer dan 30 in (delen van) Spanje, Portugal en Italië (figuur 4.8).
- In laatstgenoemde landen is, net als in Nederland, een aanzienlijke regionale of lokale spreiding van HIV besmetting.
- Volgens het EMCDDA komen uit Finland, Ierland, Italië, Oostenrijk, Portugal, Spanje en het Verenigd Koninkrijk signalen van een stijgend aantal infecties met HIV in (lokale) groepen van spuiters. Daar staan in een aantal van deze landen ook afnames op andere locaties tegenover.

FIGUUR 4.8

PERCENTAGE INJECTERENDE DRUGGEBRUIKERS MET HIV IN LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE



Gegevens zijn afkomstig van verschillende bronnen (steekproeven, behandelcentra, gevangnissen, spuit-omruil). Tussen haakjes vermelde percentages betreffen lokale bronnen. De kleuren geven de besmettingsgraad weer volgens het gemiddelde van de hoogst en laagst gemeten waarde. Bron: EMCDDA.

HEPATITIS B EN C

Hepatitis B en C zijn ernstige vormen van leverontsteking veroorzaakt door het hepatitis B of C virus, respectievelijk HBV en HCV. HBV wordt overgedragen door bloedcontact, bijvoorbeeld door het intraveneus spuiten met gebruikte naalden, of door onveilig seksueel contact. HCV kan vrijwel alleen worden overgedragen door direct bloed-bloed contact. HCV is veel besmettelijker dan HIV en kan ook worden overgedragen door besmette spuitattributen anders dan naalden.

- Gegevens over HCV en HBV onder injecterende druggebruikers worden niet systematisch verzameld in Nederland. Voor een aantal lokaties is informatie beschikbaar.
- Ongeveer driekwart van de injecterende druggebruikers in Rotterdam en Heerlen/Maastricht was bij de laatste meting besmet met HCV en een iets geringer percentage met HBV (tabel 4.7).^{70;71}
- Het beeld in Den Haag was gunstiger. Een verklaring is niet direct voorhanden.⁷²

TABEL 4.7 HEPATITIS B EN C INFECTIES ONDER DRUGGEBRUIKERS

	<i>Jaar</i>	<i>HBV-positief^I</i>	<i>HCV-positief</i>
Rotterdam	1994	56% van de IDG	79% van de IDG
		27% van de niet-IDG	13% van de niet-IDG
Heerlen/Maastricht	1996	63% van de IDG	74% van de IDG
	1998/1999 ^{II}	67% van de IDG	
Den Haag	2000	35% van de IDG	47% van de IDG

IDG = ooit-injecterende druggebruikers. HBV = Hepatitis B virus. HCV = Hepatitis C virus. ^I positief voor anti-HBc, een merkstof voor een vroeger doorgemaakte of huidige hepatitis B infectie. ^{II} Zeven procent was positief voor HbsAg; dit wijst op een huidige infectie met hepatitis B. Bron: RIVM.

- In alle lidstaten van de Europese Unie komt besmetting met HCV veel voor onder injecterende druggebruikers. Volgens uiteenlopende bronnen varieert het percentage HCV infecties tussen 40 en 90 procent.
- De variatie in HBV besmetting loopt uiteen van 20 tot 60 procent.³¹

RISICOGEDRAG

- Druggebruikers lenen tegenwoordig minder vaak gebruikte spuiten dan vijf tot tien jaar geleden. In de meeste steden en streken waarover gegevens beschikbaar zijn (zie figuur 4.7) leent tussen 8 en 17 procent van de spuiters wel eens spuiten, in Den Haag iets meer (21%). Twente springt er uit met 30 procent.⁷³
- Behalve het lenen van vuile spuiten komt ook het lenen voor van vuile spuitattributen, zoals lepels, watjes, filters of spoelwater. Naar schatting een op de vier injecterende druggebruikers doet dit. Dit gedrag vergroot het risico van besmetting met de hepatitis B en C virussen, maar niet met HIV.
- Seksueel risicogedrag (geregeld verzuim van condoomgebruik) blijft omvangrijk.

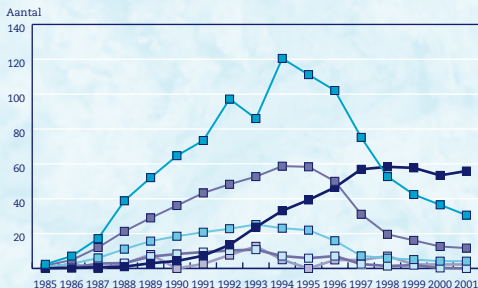
AIDS

- Het jaarlijks aantal meldingen van aids bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het RIVM steeg van 122 in 1985 tot 533 in 1995 en daalde sindsdien snel tot 45 gevallen in 2001. Dit komt onder meer door het op de markt komen van effectieve antivirale geneesmiddelen. Door toepassing daarvan leidt besmetting minder of later tot aids.^e
- De bijdrage van het intraveneus spuiten van drugs aan het ontstaan van aids in Nederland is in al die jaren beperkt gebleven: gemiddeld 11 procent, met een piek in 1995 van 15 procent. In 2000 was 8 procent van de besmette personen een injecterende druggebruiker.
- In de EU kwamen vanaf het begin van de epidemie tot en met 2001 91 517 meldingen van aids onder injecterende druggebruikers binnen. Dit is 39 procent van alle aids-diagnoses in de EU.
- Het aantal nieuwe meldingen van injecterende druggebruikers met aids daalde in de EU van 9 005 in 1996 tot 2 679 in 2001.
- De lidstaten van de EU verschillen onderling in meldingen. Figuur 4.9 geeft de ontwikkeling voor landen die in enig jaar meer dan tien nieuwe aidsgevallen onder injecterende druggebruikers rapporteerden. In de overige landen (België, Denemarken, Duitsland, Griekenland, Nederland, Oostenrijk, Finland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk) steeg het aantal gevallen jaarlijks niet boven de tien per miljoen inwoners.
- Midden jaren negentig noteerden Spanje en Italië veruit de meeste aangiften. Daarna liep het aantal meldingen in die twee landen sterk terug. In Portugal stegen de meldingen vanaf begin jaren negentig, maar niet langer in 2001. Deze drie lidstaten hebben naar verhouding nog steeds de meeste spuiters met aids.

^e De aids-registratie is sinds 2002 vervangen door een HIV/aids-registratie. Injecterende druggebruikers zijn nog niet voldoende in de nieuwe registratie vertegenwoordigd om een betrouwbaar beeld van het aantal HIV/aids gevallen onder hen te kunnen geven (zie ook bijlage B).

FIGUUR 4.9

NIEUWE GEVALLEN VAN AIDS ONDER INJECTERENDE DRUGGEBRUIKERS PER MILJOEN INWONERS IN EEN AANTAL LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, VANAF 1985



	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Spanje	2,4	7,1	17,1	38,8	52,1	64,7	73,4	97,2	86	120,5	111,2	102,1	75,2	52,7	42,4	36,5	30,6
Italië	1,7	4,8	12	21,3	29	36,1	43,3	48,3	52,7	58,7	58,3	50	31,1	19,6	16,1	12,6	11,7
Portugal	0,1	0,3	0,7	1	3	4,3	7,3	13,5	23,7	33,1	39,3	46,5	56,9	58,3	57,7	53,4	55,9
Frankrijk	0,8	2,7	6	11,1	15,7	18,5	20,8	22,8	25,2	23,1	22	15,9	7,2	5,9	5,1	4,2	4,2
Ierland	0,6	0,3	2,8	3,1	6,8	8,3	9,4	10,3	10,8	7,1	5,9	7,1	2,5	1,4	1,9	0,3	0
Luxemburg	0	2,7	0	2,7	8	0	2,6	7,7	12,7	5	0	4,9	4,8	7,1	2,3	2,3	2,3

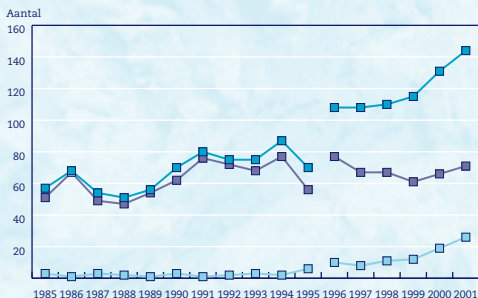
Aantallen nieuwe gevallen per diagnosejaar per miljoen inwoners. Meldingen tot en met 31 december 2001. Alleen weergegeven voor EU-lidstaten die in enig jaar meer dan tien nieuwe gevallen per miljoen inwoners rapporteerden. Bron: EuroHIV.

STERFTE

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland maar weinig mensen aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. Daarbij gaat het meestal om overdosering. Volgens de standaard van het EMCDDA voor het berekenen van de acute drugsterfte worden hierbij alle gevallen meegeteld van niet-opzettelijke en opzettelijke (suicide) vergiftiging en vergiftiging waarvan niet is vastgesteld of deze al dan niet met opzet heeft plaatsgevonden.^{74/75}

- Het aantal geregistreerde sterfgevallen door overdosering van opiaten is in Nederland laag en vrij stabiel, met rond de 64 doden per jaar (figuur 4.10).
- Van alle 409 gevallen van opiaatsterfte geregistreerd tussen 1996 tot en met 2001 had het merendeel betrekking op heroïnevergiftiging (68%). Methadonoverdosering was de doodsoorzaak in 13 procent van de gevallen, waarvan meer dan de helft met opzet plaatsvond.
- Acht op de tien (81%) van de in deze periode overleden opiaatgebruikers waren man en meer dan de helft (57%) was ouder dan 34 jaar. Als mensen al sterven na acute inname van opiaten, dan gebeurt dit tegenwoordig op latere leeftijd dan in de jaren tachtig (figuur 4.11).

FIGUUR 4.10 STERFGEVALLEN DOOR OVERDOSERING VAN DRUGS IN NEDERLAND, VANAF 1985



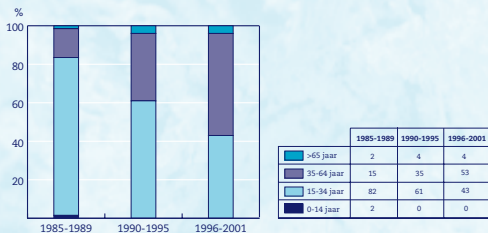
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
—■— Totaal	57	68	54	51	56	70	80	75	75	87	70	108	108	110	115	131	144
—■— Opiaten	51	67	49	47	54	62	76	72	68	77	56	77	67	67	61	66	71
—■— Cocaïne	3	1	3	2	1	3	1	2	3	2	6	10	8	11	12	19	26

Aantal sterfgevallen. Van 1985-1995 ICD-9 codes: 292, 304.0, 304.2-3, 305.2-3, 305.5-7, 305.9, E850.0, E850.8*, E854.1-2, E855.2, E858.8*, E950.0*, E950.4*, E980.0*, E980.4* (*In combinatie met codes N965.0 en/of N968.5 en/of N969.6 en/of N969.7). Van 1996-2001 ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X42*, X41*, X62*, X61*, Y12*, Y11* (*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

Sinds 1996 stijgt over de hele linie het aantal sterfgevallen vanwege overdosering, dus niet alleen voor opiaten.

- Dit komt voor een beperkt deel door cocaïne (zie § 3.7).
- Daarnaast speelt de overgang van het classificatiesysteem ICD-9 naar ICD-10. De codes die worden gehanteerd voor het in kaart brengen van sterfte door druggebruik zijn daardoor veranderd.
- Tussen 1996 en 2001 stijgt het aantal gevallen van 'vergiftiging door overige of niet gespecificeerde narcotica' en 'vergiftiging door overige of niet gespecificeerde psychodysleptica'. Om welke middelen, of combinaties van middelen, het hier gaat is niet bekend.

FIGUUR 4.11 **LEEFTIJDVERDELING VAN STERFGEVALLEN DOOR OVERDOSERING VAN OPIATEN IN DE PERIODE 1985-1989, 1990-1995 EN 1996-2001**



Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

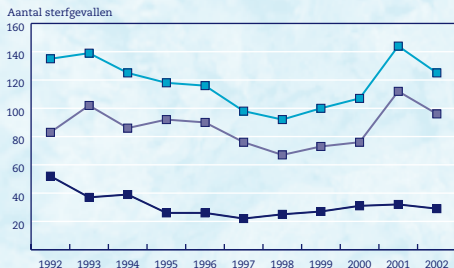
AMSTERDAM

De GG&GD Amsterdam rapporteert jaarlijks het aantal sterfgevallen onder druggebruikers (figuur 4.12). De registratie van overdosissterfte verschilt van de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS doordat ook illegale buitenlanders en toeristen worden meegeteld. Bovendien wordt ook gekeken naar de bij de GG&GD geregistreerde opiaatgebruikers in Amsterdam die aan een andere oorzaak overlijden.

- In 2002 overleden 29 personen na een 'overdosering' van drugs.
 - Tien van de slachtoffers stonden geregistreerd als inwoner van Amsterdam. Elf slachtoffers waren buitenlandse toeristen die in een hotel of tijdens het uitgaan overleden; zes van hen kwamen uit de VS.
 - De meerderheid (72%) stierf na consumptie van heroïne en/of methadon. Van acht gevallen is intraveneus gebruik bekend en elf maal is er sprake van andere drugs, zoals cocaïne, alcohol of medicijnen.^f
 - In de overige acht overdosisgevallen ging het om cocaïne en alcohol (3 maal), cocaïne, alcohol, medicijnen (1 maal), GHB en cocaïne (1 maal), GHB en alcohol (1 maal), MDMA en alcohol (1 maal), alleen MDMA en véél water (1 maal), cannabis en poppers (1 maal) en mogelijk andere drugs (1 maal).
- De Nederlandse slachtoffers van overdosis waren in 2002 gemiddeld ouder dan de buitenlandse slachtoffers (41 versus 37 jaar). Met het toenemen van de leeftijd van opiaatgebruikers treden onderliggende aandoeningen zoals long-, lever- en hartziekten meer op de voorgrond als oorzaak van overlijden.
- De meeste slachtoffers overleden door andere oorzaken dan een overdosis. Twintig van hen waren besmet met HIV, maar dit hoeft niet te hebben bijgedragen aan het overlijden. De gemiddelde leeftijd van deze groep was hoger dan die van de overdosislachtoffers (48 versus 39 jaar).
- De daling in het aantal geregistreerde sterfgevallen in het begin van de jaren negentig heeft zich in het midden van de jaren negentig niet doorgezet. Sinds 2001 is er weer een lichte toename in de categorie 'andere' doodsoorzaken (figuur 4.12).

^f Alléén bekend indien intraveneuze toediening en polydruggebruik expliciet stonden vermeld op het schouwformulier. Cijfers zijn waarschijnlijk een onderrapportage.

FIGUUR 4.12 STERFTE ONDER DRUGGEBRUIKERS IN AMSTERDAM, VANAF 1992



	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Overdosering	52	37	39	26	26	22	25	27	31	32	29
Andere oorzaken ¹	83	102	86	92	90	76	67	73	76	112	96
Totaal	135	139	125	118	116	98	92	100	107	144	125

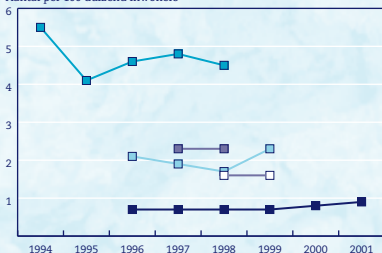
¹ Andere doodsoorzaken (zoals endocarditis, sepsis, longaandoeningen, levercirrose, zelfdoding, ongevallen, geweld, aids) van personen die ooit als opiaatgebruiker geregistreerd zijn bij de GG&GD Amsterdam. Bron: GG&GD Amsterdam.

INTERNATIONALE VERGELIJKING

- Jaarlijks sterven in de Europese Unie tussen de zeven- en negenduizend mensen aan een overdosis drugs, veelal opiaten in combinatie met andere middelen.^{31:32}
- Internationale vergelijking van het aantal 'drugdoden' wordt bemoeilijkt door verschillen in definitie van dit begrip.
- Figuur 4.13 geeft voor vijf EU lidstaten per 100 duizend inwoners het aantal sterfgevallen direct gerelateerd aan druggebruik volgens dezelfde ICD-10 codes. Meegeteld zijn opiaten, hallucinogenen, cocaïne, amfetamine en cannabis. Het merendeel van de gevallen heeft betrekking op (ook) opiaten.⁷⁵
- Volgens deze berekeningen stond Nederland onderaan.

**FIGUUR 4.13 ACUTE STERFGEVALLEN WEGENS INNAME VAN DRUGS:
VERGELIJKING TUSSEN VIJF LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE**

Aantal per 100 duizend inwoners



	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Denemarken	5,5	4,1	4,6	4,8	4,5			
Duitsland					1,6	1,6		
Finland			2,1	1,9	1,7	2,3		
Nederland			0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9
Zweden				2,3	2,3			

ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X42*, X41*, X62*, X61*, Y12*, Y11* (*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). In absolute aantallen: Denemarken tussen 241 en 284, Duitsland 1 280 en 1 337, Finland tussen 87 en 119, Nederland tussen 108 en 144, Zweden 203 en 204. Bron: EMCDDA.

5 ECSTASY, AMFETAMINE EN VERWANTE STOFFEN

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

Ecstasy heeft een stimulerende en een entactogene werking. Door de entactogene werking van ecstasy voelen mensen zich verbonden met elkaar en leggen ze gemakkelijk contact. Deze combinatie van eigenschappen draagt bij aan de reputatie van ecstasy als party- of dansdrug. De verslavede werking is vermoedelijk gering. Ecstasy wordt doorgaans geslikt in pillen. Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy, en heeft geen entactogene werking. Amfetamine wordt in het uitgaansleven gebruikt, maar ook door opiaat- of polydrugverslaafden. Bij frequent gebruik treedt afhankelijkheid op. Dit risico is groter voor methamfetamine dan voor ‘gewone’ amfetamine. Amfetamine wordt in Nederland meestal geslikt of gesnoven en soms geïnjecteerd of gerookt.

5.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine in de algemene bevolking steeg tussen 1997 en 2001. Actueel gebruik van ecstasy nam vooral toe onder vrouwen (§5.2).
- Ecstasy is nog steeds populair onder uitgaande jongeren (§5.3).
- Het aantal gebruikers van ecstasy dat een beroep doet op de ambulante

^a Ook stoffen die geheel niet op MDMA lijken worden als ecstasy aangeprezen.

verslavingszorg is gering en sinds 1999 stabiel. Het aantal primaire amfetaminecliënten blijft dalen (§5.6).

- Gezondheidsproblemen op houseparty's door ecstasygebruik komen sinds 1996 steeds minder voor (§5.6).
- Het aantal geregistreerde acute sterfgevallen na gebruik van ecstasy en amfetamine is laag (§5.7).
- Ecstasypillen bevatten tegenwoordig bijna altijd MDMA. Het aandeel pillen met een hoge dosering MDMA neemt iets toe (§5.8).

5.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

- Het aantal Nederlanders van twaalf jaar en ouder dat ervaring heeft met ecstasy of amfetamine nam toe tussen 1997 en 2001 (tabel 5.1).⁹
- Het percentage actuele gebruikers steeg ook, maar bleef voor beide middelen ver beneden de één procent.
- In absolute getallen verdubbelde het aantal actuele gebruikers van ecstasy van ruim 34 duizend naar 67 duizend. Het aantal actuele gebruikers van amfetamine nam toe van bijna 18 duizend naar 30 duizend. Deze schattingen zijn waarschijnlijk aan de lage kant, omdat probleemgebruikers van harddrugs in de bewuste peiling ondervertegenwoordigd waren.^b Bovendien kan er sprake zijn van onderrapportage van druggebruik (bijlage B).

^b Amfetamine en ecstasy spelen echter een beperkte rol in het drugrepertoire van probleemgebruikers van harddrugs.⁴⁸

TABEL 5.1 **GEBRUIK VAN ECSTASY EN AMFETAMINE IN NEDERLAND ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001**

	Ecstasy		Amfetamine	
	1997	2001	1997	2001
Heeft ooit gebruikt	1,9%	2,9%	1,9%	2,6%
• Mannen	2,7%	3,7%	2,7%	3,4%
• Vrouwen	1,0%	2,1%	1,1%	1,8%
Heeft pas nog gebruikt ^I	0,3%	0,5%	0,1%	0,2%
• Mannen	0,4%	0,5%	0,2%	0,2%
• Vrouwen	0,1%	0,5%	0,1%	0,3%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	0,4%	0,5%	0,2%	0,2%
Gemiddelde leeftijd van de actuele gebruikers	25 jaar	26 jaar	30 jaar	-

^I In de laatste maand. – Te weinig gebruikers voor een betrouwbare schatting van de gemiddelde leeftijd. Bron: NPO, CEDRO.

- Ecstasy vindt de meeste aftrek onder jonge volwassenen van 20 tot en met 24 jaar. De groei van gebruikers was ook het grootst in deze groep (toename ooitgebruik: van 6,2% naar 13,2%; actueel gebruik: van 1,2% naar 2,5%). Het percentage actuele gebruikers verdubbelde ook onder jongeren van 16 tot en met 19 jaar (stijging van 0,8% naar 1,6%).
- Het percentage consumenten van amfetamine vertoonde eveneens een piek onder jonge volwassenen van 20 tot en met 24 jaar (groei ooitgebruik: van 4,3% naar 9,5%; actueel gebruik: van 0,3% naar 0,9%).
- De toename van actuele gebruikers van ecstasy en amfetamine was groter onder vrouwen dan mannen. In 2001 waren bijna evenveel vrouwen als mannen een actuele consument.

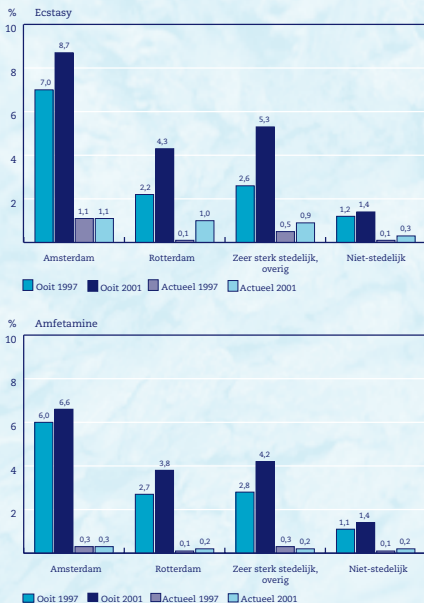
Een kleine groep mensen heeft veel ervaring met ecstasy.

- Volgens de NPO-peiling uit 2001 had 30 procent van de ooitgebruikers van twaalf jaar en ouder 25 keer of meer ecstasy geconsumeerd in hun leven. In 1997 was dit 25 procent.⁹
- Cijfers van de MAD laten zien dat tussen de 5 en 13 procent van de ooitgebruikers van 16 tot en met 34 jaar in Utrecht, Heerlen en Parkstad Limburg minstens honderd keer ecstasy heeft gebruikt.⁷⁶⁻⁷⁸

DE GROTE STEDEN

Het aandeel gebruikers van ecstasy en amfetamine ligt in de grote steden en andere zeer stedelijke gebieden naar verhouding hoger dan in de rest van Nederland. Amsterdam gaat in beide peiljaren aan kop (figuur 5.1).

FIGUUR 5.1 GEBRUIK VAN ECSTASY (BOVEN) EN AMFETAMINE (ONDER) IN GROTE STEDEN EN IN NIET-STEDELIJK GEBIED ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAREN 1997 EN 2001



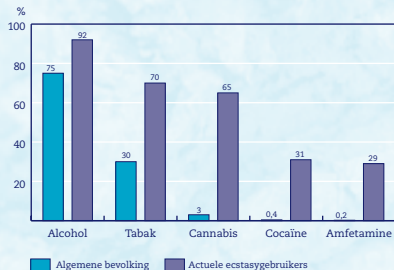
Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Definitie (CBS): Overige zeer sterk stedelijke gemeenten: met meer dan 2 500 adressen per vierkante kilometer, met uitzondering van Amsterdam en Rotterdam. Dit zijn: Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingen en Voorburg. Definitie van niet-stedelijke gemeenten: met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer. Bron: NPO, CEDRO.

BIJGEBRUIK VAN ANDERE MIDDELEN

Vergeleken met de algemene bevolking gebruiken ecstasygebruikers vaker alcohol, tabak en andere drugs.

- Volgens het NPO hadden in 2001 twee op de drie actuele ecstasygebruikers cannabis geconsumeerd in de laatste maand en bijna een op de drie cocaïne en amfetamine.

FIGUUR 5.2 ACTUEEL GEBRUIK VAN ALCOHOL, TABAK EN DRUGS ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN 12 JAAR EN OUDER EN ONDER ACTUELE ECSTASYGEBRUIKERS. PEILJAAR 2001



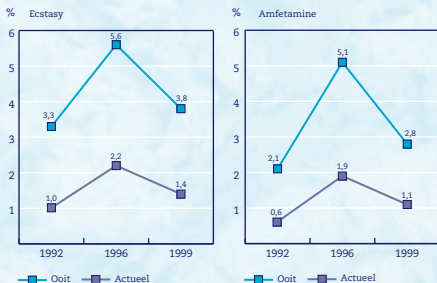
Percentage gebruikers in de laatste maand. Bron: NPO, CEDRO.

5.3 GEBRUIK: JONGEREN

SCHOLIEREN

- Van 1992 tot 1996 steeg het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van het regulier middelbaar onderwijs.¹⁵
- Daaraan kwam een eind in de meting van 1999. Voor beide drugs daalde het percentage ooitgebruikers. Het percentage voor recente gebruikers bleef stabiel (figuur 5.2).^c
- Actuele gebruikers van deze middelen hadden ook vaak andere harddrugs geconsumeerd in de maand voor de peiling. Onder ecstasygebruikers van twaalf tot en met zestien jaar vonden vooral cocaïne (47%) en amfetamine (37%) aftrek. Onder amfetaminegebruikers van dezelfde leeftijd stonden cocaïne (53%) en ecstasy (50%) voorop.¹⁸

FIGUUR 5.3 GEBRUIK VAN ECSTASY EN AMFETAMINE ONDER SCHOLIEREN VAN 12 JAAR EN OUDER, VANAF 1992



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

^c Het verschil tussen 1996 en 1999 was statistisch niet significant.

SPECIALE GROEPEN

In bepaalde groepen jongeren bevinden zich naar verhouding meer consumenten van ecstasy en amfetamine. Tabel 5.2 vat de resultaten samen van uiteenlopende studies. De cijfers zijn niet onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

- Volgens wat oudere gegevens komen gebruikers van ecstasy en amfetamine vaker voor onder leerlingen van scholen voor het voortgezet speciaal onderwijs en deelnemers aan spijbelprojecten dan onder 'gewone' scholieren (tabel 5.2).²³

TABEL 5.2 GEBRUIK VAN ECSTASY EN AMFETAMINE IN SPECIALE GROEPEN

	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Actueel	Ooit	Actueel
Jongeren in voortgezet speciaal onderwijs ^I	1997	12 – 18	9%	4%	7%	3%
Jongeren in projecten voor spijbelopvang	1997	12 – 18	30%	15%	25%	9%
Cafébezoekers in Amsterdam ^{II}	2000	Gemiddeld 25	34%	10%	17%	2%
Uitgaande jongeren in Den Haag ^{III}	2002	15 – 34	46%	23%	?	?
Coffeeshopbezoekers in Amsterdam ^{III}	2001	Gemiddeld 25	63%	23%	39%	5%
Club- en partybezoekers in Amsterdam	1998	Gemiddeld 26	66%	41%	45%	13%
Zwerfjongeren ^{IV}	1999	15 – 22	55%	18%	47%	10%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. ? = niet gemeten.

^I MLK, LOM, ZMOK. ^{II} Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. ^{III} Geringe respons (15%).

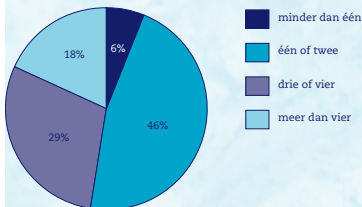
^{IV} Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden.²⁰⁻²³

Ecstasy blijft de belangrijkste uitgaansdrug voor jongeren.

- Volgens de Amsterdamse Antenne-monitor was het percentage actuele gebruikers van ecstasy (en amfetamine) het hoogst onder bezoekers van clubs en party's. Onder coffeeshopbezoekers bevonden zich verhoudingsgewijs minder actuele gebruikers van deze middelen.^{20;21}

- In 2001 hadden ruim drie op de vier (76%) bezoekers van vijf grootschalige houseparty's in Nederland wel eens ecstasy gebruikt. Ruim de helft (58%) deed dat in de laatste maand.⁷⁹
- Van de actuele gebruikers had 29 procent één keer of minder ecstasy geconsumeerd in de laatste maand, 32 procent deed dat een paar keer per maand, 22 procent wekelijks en 17 procent meermaals per week.
- Ongeveer de helft van de (wel eens) gebruikers slikte gemiddeld per keer niet meer dan twee pillen; een minderheid nam er meer dan vier (figuur 5.4).
- Gebruik van ecstasy en andere drugs hing samen met het soort feest. Op feesten waar hardcore wordt gedraaid waren meer consumenten van drugs dan op mellow- of mixed feesten.

FIGUUR 5.4 GEMIDDELD AANTAL ECSTASYPILLEN PER GELEGENHEID. PEILJAAR 2001



Percentage van de actuele ecstasygebruikers op houseparty's.⁷⁹

5.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

- Het aantal probleemgebruikers van ecstasy en amfetamine, dat wil zeggen mensen die in hun dagelijks functioneren last krijgen van hun druggebruik of zelfs verslaafd raken, is onbekend. Wel weten wij het aantal hulpvragers (zie §5.6).

5.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

ALGEMENE BEVOLKING

Tabel 5.3 presenteert gegevens over het gebruik van ecstasy en amfetamine in westerse landen (enkele EU-lidstaten, Noorwegen, Australië en de Verenigde Staten).

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 5.3a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 5.3b. Voor niet-genoemde EU-landen zijn geen gegevens beschikbaar.
- Het percentage ooitgebruikers van ecstasy varieert van minder dan een procent in Finland, Zweden, Griekenland, Frankrijk en Portugal tot zes procent in Australië en Engeland en Wales. Het overeenkomstige percentage voor amfetamine loopt uiteen van vrijwel nul tot zeven procent, met een uitschieter van twaalf procent in Engeland en Wales.
- Van de getoonde landen in tabellen 5.3a en 5.3b is het percentage recente consumenten voor beide middelen het hoogst in Australië.

TABEL 5.3A CONSUMPTIE VAN AMFETAMINE EN ECSTASY ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-LIDSTATEN EN NOORWEGEN: LEEFTIJDSGROEP 15 TOT EN MET 64 JAAR

Land	Jaar	Ecstasy		Amfetamine	
		ooit	recent	ooit	recent
Spanje	2001	4,2%	1,9%	3,0%	1,2%
Nederland	2001	3,6%	1,5%	3,1%	0,6%
Noorwegen	1999	1,3%	0,7%	3,8%	1,2%
Luxemburg	1998	1,2%	?	?	?
Frankrijk	2000	0,9%	0,3%	1,5%	0,0%
Portugal	2001	0,7%	0,4%	0,5%	0,1%
Finland	2000	0,6%	0,3%	1,0%	0,4%
Zweden	2000	<0,5%	<0,5%	2,0%	<0,5%
Griekenland	1998	0,3%	0,1%	0,6%	0,1%

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). ? = onbekend.^{31;32}

TABEL 5.3B CONSUMPTIE VAN ECSTASY EN AMFETAMINE ONDER DE ALGEMENE BEVOLKING VAN ENKELE EU-LIDSTATEN, DE VERENIGDE STATEN EN AUSTRALIË: OVERIGE LEEFTIJDGROEPEN¹

Land	Jaar	Leeftijd	Ecstasy		Amfetamine	
			ooit	recent	ooit	recent
Australië	2001	14 en ouder	6,1%	2,9%	8,9%	3,4%
Engeland en Wales	2001/2002	16 - 59	6,0%	2,2%	11,7%	1,6%
Verenigde Staten	2001	14 en ouder	3,7%	1,5%	7,3%	1,1%
Italië	2001	15 - 44	1,9%	0,2%	1,5%	0,1%
Duitsland ('West')	2000	18 - 59	1,6%	0,7%	2,3%	0,6%
Denemarken	2000	16 - 64	1,0%	0,5%	5,9%	1,3%
Ierland	1998	18 - 64	?	2,4%	?	2,6%

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). ? = onbekend. ¹ Druggebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde.³¹⁻³⁵

JONGEREN

Tabel 5.4 geeft cijfers van het laatste ESPAD-onderzoek onder scholieren van vijftien en zestien jaar.³⁶

- In meer dan de helft van de deelnemende landen van de Europese Unie was het aandeel leerlingen dat wel eens amfetamine heeft geprobeerd niet hoger dan twee procent; zo ook in Nederland. Uitschieters naar boven waren de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk.
- In vijf van de tien deelnemende EU-landen kwam het oitgebruik van ecstasy niet boven de twee procent uit. Het gebruikscijfer voor Nederland lag daar boven, maar was lager dan dat van de Verenigde Staten en Ierland.

TABEL 5.4 CONSUMPTIE VAN ECSTASY EN AMFETAMINE ONDER LEERLINGEN VAN 15 EN 16 JAAR IN LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN DE VERENIGDE STATEN. PEILJAAR 1999

Land	Ooitgebruik Ecstasy	Ooitgebruik amfetamine
Verenigde Staten	6%	16%
Ierland	5%	3%
Nederland	4%	2%
Verenigd Koninkrijk	3%	8%
Frankrijk	3%	2%
Denemarken	3%	4%
Noorwegen	3%	3%
Italië	2%	2%
Griekenland	2%	1%
Portugal	2%	3%
Finland	1%	1%
Zweden	1%	1%

Percentage gebruikers ooit in het leven. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. Bron: ESPAD.

5.6 HULPVRAAG

AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Ecstasy

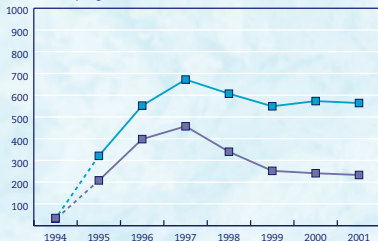
- Het aantal cliënten in de ambulante verslavingszorg met ecstasy als primair probleem steeg tot 1997 (figuur 5.5). Dit berustte deels op uitbreiding van de registratie. Vanaf 1997 zette een daling in.⁵⁸
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugproblematiek bleef gering: minder dan 2%.
- Kenmerken van de primaire ecstasycliënten in 2001:
 - Ruim driekwart (77%) is man.
 - De gemiddelde leeftijd is 26 jaar.
 - Ruim eenderde (37%) is een nieuwkomer bij de ambulante verslavingszorg.
 - De meerderheid slikt de drug (79%); de rest rookt, snuift of drinkt de drug.
- Meer cliënten noemden ecstasy als secundair dan primair probleem.
- Voor deze groep was het primaire probleem cocaïne (42%), cannabis (23%), amfetamine (14%), of alcohol (14%).

Amfetamine

- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem steeg tot 1998 en liep toen terug (figuur 5.6).
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugproblematiek bleef in al die jaren ondergeschikt: drie procent tot en met 1999 en twee procent in 2000 en 2001.
- Kenmerken van de primaire amfetaminecliënten in 2001:
 - Ruim driekwart (77%) is man.
 - De gemiddelde leeftijd is 28 jaar, iets hoger dan de ecstasycliënten.
 - Ongeveer een kwart (24 procent) was niet eerder bekend bij de ambulante verslavingszorg.
 - De meerderheid snuift (46%) of slikt (33%) de drug. Tien procent injecteert en een zelfde percentage rookt amfetamine.
- Voor bijna vijfhonderd cliënten was amfetamine een secundair probleem.
- Voor deze groep was het primaire probleem cocaïne (28%), heroïne (27%), cannabis (18%), alcohol (17%), of ecstasy (7%).

FIGUUR 5.5 AANTAL INSCHRIJVINGEN BIJ DE AMBULANTE VERSLAVINGSZORG VANWEGE PRIMAIRE OF SECUNDAIRE ECSTASYPROBLEMATIEK, VANAF 1994¹

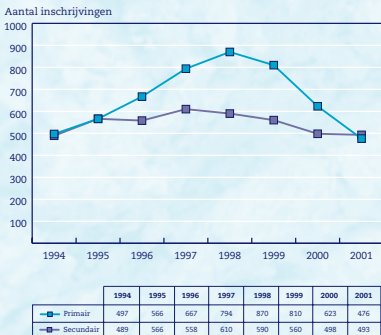
Aantal inschrijvingen



	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
—■— Primair	29	208	398	457	340	252	241	233
- -■- - Secundair	32	321	552	672	607	549	573	564

¹ In 1994 was de registratie van de ecstasypromatatiek nog niet volledig.

FIGUUR 5.6 AANTAL INSCHRIJVINGEN BIJ DE AMBULANTE VERSLAVINGSZORG VANWEGE PRIMAIRE OF SECUNDAIRE AMFETAMINEPROBLEMATIEK, VANAF 1994



Bron: LADIS, IVZ.

INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

Gebruik van ecstasy en amfetamine leidt zelden tot opname in een verslavingskliniek of algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

- Het PiGGz registreerde in de jaren 1996 tot en met 1999 respectievelijk 58, 51, 39 en 25 opnames voor ecstasy en amfetamine samen (ICD-9 codes 304.4 en 305.7; bijlage C). De registratie is echter sinds 1997 niet meer compleet. Daardoor zijn cijfers van de laatste jaren niet betrouwbaar (bijlage B).

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN; INCIDENTEN

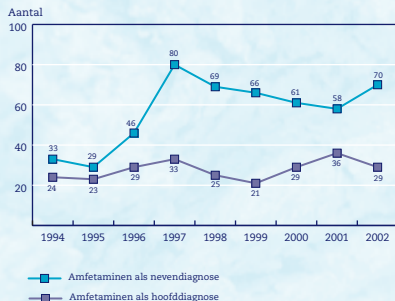
De LMR registreert jaarlijks weinig opnames in algemene ziekenhuizen voor amfetamineproblematiek, inclusief ecstasy (figuur 5.7).

- In 2002 ging het om zes procent van alle hoofddiagnoses. De meeste (79%) opnames hadden betrekking op misbruik; 29 procent op afhankelijkheid van amfetaminen.
- Iets vaker werden deze aandoeningen als nevendiagnose gesteld. De hoofd-

ziektes of hoofdstoornissen die bij de nevend diagnoses amfetamine-misbruik en -afhankelijkheid werden gesteld liepen sterk uiteen. In 2002 kwamen misbruik en afhankelijkheid van alcohol het meest voor (14% in 2002).

- Dezelfde persoon kan meer dan eens per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevend diagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2002 om 89 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met misbruik of afhankelijkheid van amfetaminen als hoofd- of nevend diagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 28 jaar; 70 procent was man.
- Bij 23 opnames stond onopzettelijke amfetamine-intoxicatie als nevend diagnose genoteerd (ICD-9 code E854.2).

FIGUUR 5.7 **KLINISCHE OPNAMES IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN GERELATEERD AAN AMFETAMINEMISBRUIK EN -AFHANKELIJKHEID¹, VANAF 1994**



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen of meer nevend diagnoses per opname. ICD-9 codes: 304.4, 305.7 (bijlage C). ¹ Ecstasy en amfetamine worden onder dezelfde codes geregistreerd. Bron: LMR, Prismaant.

De GG&GD Amsterdam registreert het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp bij de Centrale Post Ambulancevervoer.

- In 2002 was druggebruik 485 keer reden voor een aanvraag voor hulp. Eén procent hiervan had betrekking op amfetamine en negen procent op ecstasy.
- Drieëntwintig ecstasygebruikers (62%) werden vervoerd naar het ziekenhuis.
- In het Onze Lieve Vrouwegasthuis in Amsterdam waren in 2000 de meest voorkomende klachten bij 'ecstasy-incidenten' hartkloppingen en bewustzijnsverlies, 'onwel voelen' en angst. Bewustzijnsverlies trad alleen op bij mensen die ecstasy namen samen met alcohol en/of GHB.³⁷

TABEL 5.5 DRUGINCIDENTEN GEREgistREERD DOOR DE GG&GD AMSTERDAM, VANAF 1995

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Amfetamine	6	1	7	7	7	30	6	5
Ecstasy	38	66	41	35	43	36	42	39

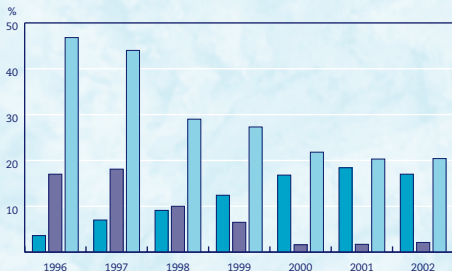
Aantal incidenten (personen) per jaar. Bron: CPA, GG&GD Amsterdam.

Volgens Stichting Educare, een organisatie die in Nederland eerste hulp verleent op houseparty's, is het aantal acute gezondheidsproblemen wegens druggebruik relatief klein en dalende.⁸⁰

- Van 1996 tot en met 2002 bezocht Stichting Educare 134 feesten met in totaal 15 duizend bezoekers.
- Het aandeel feestgangers dat zich met gezondheidsproblemen meldde bij de EHBO daalde in deze periode van 1,2 naar 0,8 procent.
- Over de jaren speelden drugs bij deze incidenten een steeds kleinere en alcohol een steeds grotere rol (figuur 5.8).
- Bij zowel ecstasy- als amfetaminegebruikers ging het om overwegend lichte klachten, zoals algeheel onwelbevinden, hoofdpijn, misselijkheid en duizeligheid.

FIGUUR 5.8

PERCENTAGE EHBO-BEZOEKERS MET GEZONDHEIDSPROBLEMEN
GERELATEERD AAN MIDDELENGBEUK OF GROOTSCHALIGE
FEESTEN, VANAF 1996



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Alcohol	3,6	7,0	9,1	12,4	16,8	18,4	17,0
Amfetamine	17,0	18,1	10,0	6,5	1,6	1,7	2,1
Ecstasy	46,8	44,0	29,0	27,3	21,8	20,3	20,4

Bron: Stichting Educare.⁸⁰

5.7 STERFTE

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

- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS komen deze middelen zelden voor als primaire doodsoorzaak. In de afgelopen jaren ging het om maximaal vier acute sterfgevallen per jaar (ICD-10 codes F15, X41*, X61*, Y11* (*samen met code T43.6); zie bijlage C).
- In 2000 overleden volgens opgave van de Unit Synthetische Drugs drie personen na het innemen van ecstasypillen die per pil 113 mg werkzame stof bevatten.^{81;58}
- In 2001 telde de Inspectie voor de Gezondheidszorg vijf personen die overleden na het gebruik van ecstasy (MDMA). Het ging om vier mannen en één vrouw tussen 16 en 31 jaar. Niet bekend is of MDMA ook werkelijk de primaire doodsoorzaak was.^d Bij één sterfgeval betrof het een combinatie van drugs. In twee gevallen speelde een bestaande hartafwijking mogelijk een rol.
- In 2002 rapporteerde de GG&GD Amsterdam twee sterfgevallen waarbij MDMA (mogelijk) een rol speelde. Er is geen landelijk overzicht.

5.8 AANBOD EN MARKT

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) gaat na welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd. Een deel van deze monsters wordt herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

- De meeste monsters zijn pillen of tabletten (in 2002: 3 738 of 78%). Daarna volgen poeders (861 of 18%), vloeistoffen (86 of 2%) of andere monsters (85 of 2%).
- Het totale aantal monsters dat bij DIMS wordt aangeboden is in de loop der jaren gedaald (tabel 5.8).^e

^d Deze sterfgevallen kunnen daarom in de Doodsoorzakenstatistiek een andere ICD-code krijgen dan die genoemd onder punt 1 van §5.7.

^e Mogelijke oorzaken: stopzetting in 1999 van de Safe House Campagne van de Stichting Adviesbureau Drugs in Amsterdam, een belangrijke deelnemer van DIMS; het toegenomen consumentenvertrouwen in de (vrij stabiele) samenstelling van pillen; en een beperking sinds 1999 van het aantal monsters dat gebruikers per test mogen aanleveren.⁸²

SAMENSTELLING ECSTASYPILLEN

De meeste pillen die worden aangeboden zijn als 'ecstasy' verkocht. Tabel 5.6 geeft het aantal 'ecstasypillen' dat in het laboratorium is geanalyseerd en het percentage daarvan dat MDMA en/of een andere stof bevat. Een pil kan meer dan één stof bevatten. De percentages tellen daarom niet op tot honderd procent.

- In de afgelopen jaren nam het aandeel pillen met MDMA sterk toe. Tegenwoordig bevatten ruim negen van de tien geteste pillen daadwerkelijk MDMA.
- In 2002 bevatte meer dan de helft van de ecstasypillen meer dan 70 gram MDMA (figuur 5.9). Het aandeel ecstasypillen met een hoge dosering MDMA (meer dan 105 mg) nam toe van respectievelijk zeven procent in 1998 tot respectievelijk 18 en 14 procent in 2001 en 2002. De hoogst gemeten dosering in 2002 was 209 mg.
- Het aandeel ecstasypillen dat (ook) amfetamine of methamfetamine bevatte daalde sterk van 1997 tot 2001 en nam in 2002 weer licht toe.

TABEL 5.6 AANTAL EN SAMENSTELLING VAN BIJ DIMS AANGELEVERDE (ECSTASY)PILLEN, VANAF 1997

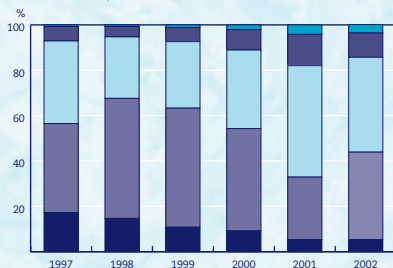
	1997	1998	1999	2000 ^I	2001 ^I	2002 ^I
Totaal aantal geteste pillen	7009	6268	4751	3961	3549	3144
Aantal pillen geanalyseerd in laboratorium	2783	3018	2495	2612	2534	2358
Aantal als 'ecstasy' gekochte pillen geanalyseerd in laboratorium, waarvan ^{II}	2367	2689	2285	2483	2400	2149
– MDMA	55%	81%	71%	94%	95%	94%
– MDEA	17%	3%	2%	3%	3%	2%
– MDA	2%	2%	3%	2%	2%	2%
– Amfetamine ^{III}	18%	9%	5%	2%	2%	5%
– Overig/onbekend ^{IV}	41%	18%	9%	7%	11%	9%

^I In 2000, 2001 en 2002 zijn bovendien respectievelijk 952, 603 en 594 ecstasy-achtige pillen geregistreerd die niet herkend zijn en niet door het laboratorium zijn geanalyseerd. ^{II} Percentage van de geteste pillen dat de stof(fen) bevat, ongeacht de concentratie. Een pil kan één of meer stoffen bevatten.

^{III} Amfetamine en/of methamfetamine, al dan niet in combinatie met andere stoffen. ^{IV} Zoals cafeïne, yohimbine, efedrine, geneesmiddelen (paracetamol, kinine), en overige psychoactieve stoffen.

Bron: DIMS, Trimbos-instituut.^{80,82}

FIGUUR 5.9 CONCENTRATIE VAN MDMA IN 'ECSTASY'-PILLEN AANGELEVERD BIJ DIMS



Percentage pillen met een bepaalde hoeveelheid MDMA. Het gaat om pillen die als ecstasy werden verkocht en in het laboratorium werden getest. Bron: DIMS.^{80,82}

Het percentage pillen in de categorie 'overig/onbekend' daalde sterk.

- In 1997 bevatten nog vier op de tien ecstasypillen (ook) een andere stof dan MDMA of verwant middel. In de helft van de gevallen ging het om cafeïne. Ook 2C-B en MBDB werden vrij vaak aangetroffen. Inmiddels zijn deze stoffen vrijwel van de markt verdwenen (tabel 5.7). Cafeïne wordt ook minder aangetroffen (136 pillen of 6% in 2002).
- Tabel 5.7 geeft een overzicht van het aantal pillen dat in de loop der jaren is opgedoken met een 'nieuwe' drug.
- De aanwezigheid van pillen met atropine en DOB leidde in respectievelijk 1997/1998 en 1999 tot waarschuwingcampagnes. In 2000 vond een waarschuwingcampagne plaats vanwege een pil met een schadelijke hoeveelheid strychnine.

- In 2001 volgde een waarschuwingcampagne na het aantreffen van een pil met een gevaarlijke hoeveelheid PMA (meer dan 50 mg).
- Ook het voormalige narcosemiddel GHB wordt nog regelmatig bij DIMS aangeboden. In 2001 ging het om 102 monsters (doorgaans vloeistoffen) en in 2002 om 69 monsters. GHB is de afgelopen jaren in bepaalde kringen populair geworden.⁴

TABEL 5.7 AANTAL PILLEN MET 'OVERIGE PSYCHOACTIEVE STOFFEN'

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
2C-B	317	12	25	12	11	2
4-MTA	9	16	8	6	1	5
Atropine	128	52	0	1	0	0
DOB	1	15	26	5	5	0
Ketamine	0	16	1	2	1	2
MBDB	113	12	0	0	0	0
PMA/(PMMA) ^I				1	8	0
Strychnine				1	0	0

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

SAMENSTELLING (METH)AMFETAMINEMONSTERS

DIMS ontvangt ook monsters (vooral poeders) die als 'speed' zijn verkocht. In 2002 ging het om 312 monsters.

- Het merendeel (90%) bevatte amfetamine; acht procent bevatte (ook) methamfetamine, iets meer dan in 2001 (4%). Methamfetamine is sterker en werkt langer dan amfetamine.
- Het gemiddelde gehalte amfetamine was 38 (gewichts)procent.
- In een op de drie monsters werd ook cafeïne gevonden.

Alcohol ontstaat uit het vergisten van granen en druiven. Alcohol wordt gedronken in de vorm van bier, wijn of sterke drank (gedistilleerd). Een glas bier, een glas wijn en een borrel sterke drank bevatten ongeveer evenveel alcohol.

In sociale situaties ervaren consumenten alcohol als ontspannend en bevorderlijk voor een goede stemming. In minder sociale situaties kan alcohol een agressieve stemming versterken. Alcohol is een verslavende stof. Bij regelmatig gebruik treedt gewenning op en tolerantie. Bovenmatig gebruik van alcohol kan leiden tot verschillende ziektes, met name leverziektes, hart- en vaatziekten en kanker.

6.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- De consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking blijft in Nederland vrijwel constant (§ 6.2).
- Zware drinkers komen naar verhouding veel voor onder jonge mannen van 18 tot en met 24 jaar. Zij zijn relatief vaak betrokken bij verkeersongevallen, waarbij alcohol een rol speelt (§ 6.4).
- Jongeren onder de zestien jaar kunnen, ondanks een wettelijk verbod, makkelijk alcoholhoudende dranken krijgen, vooral in de horeca maar ook in slijterijen (§ 6.4).
- De meeste probleemdrinkers blijven buiten het zicht van de hulpverlening (§ 6.6).
- Het aantal aanmeldingen bij de ambulante verslavingszorg voor alcoholproblemen is de laatste drie jaar stabiel; het aandeel vrouwen steeg in de afgelopen tien jaar licht (§ 6.6).
- Het aantal doden en ernstig gewonden door alcoholgebruik in het verkeer is sinds 1997 licht gedaald (§ 6.6).
- De sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen neemt iets toe (§ 6.7).
- Overmatig alcoholgebruik is de belangrijkste determinant voor verlies van kwaliteit van leven (§ 6.7).

6.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

- Volgens een peiling van het CBS uit 2000 drinkt 85 procent van de bevolking van zestien jaar en ouder 'wel eens alcohol'. Dat is een stijging ten opzichte van begin jaren negentig, toen nog maar 79 procent alcohol consumeerde.
- De NPO-peilingen (zie bijlage B) bevestigen de alomtegenwoordigheid van alcohol in de maatschappij.⁸³
 - In 2001 had 92 procent van de Nederlanders van twaalf jaar en ouder ooit gedronken en 75 procent deed dit nog in de laatste maand (actueel). Het aandeel (bijna) dagelijks consumenten van alcohol onder actuele drinkers bedroeg 20 procent.
 - In 1997 ging het nog om 90 procent ooitdrinkers en 73 procent actuele drinkers. Van deze laatste groep consumeerde 24 procent dagelijks alcohol.
- In 2002 werd per hoofd van de bevolking 8,1 liter pure alcohol geconsumeerd. Dit was hetzelfde als in de voorgaande jaren (tabel 6.1).
- Per persoon dronken we 79 liter bier, 19 liter wijn en 5 liter gedistilleerd.
- De consumptie van alcohol was in Nederland het grootst in de tweede helft van de jaren zeventig en in de jaren tachtig. Daarna volgde een lichte daling, die zich vanaf het begin van de jaren negentig niet heeft doorgezet.

TABEL 6.1 BIER, WIJN EN GEDISTILLEERD PER HOOFD VAN DE HELE BEVOLKING (IN LITERS PURE ALCOHOL), VANAF 1960

Jaar	Bier	Wijn	Gedistilleerd	Totaal
1960	1,2	0,2	1,1	2,6
1965	1,9	0,5	1,9	4,2
1970	2,9	0,8	2,0	5,7
1975	4,0	1,5	3,4	8,9
1980	4,8	1,4	2,7	8,9
1985	4,2	2,0	2,2	8,5
1990	4,1	1,9	2,0	8,1
1995	4,1	2,2	1,7	8,0
2000	4,1	2,4	1,7	8,1
2001	4,0	2,5	1,7	8,1
2002	4,0	2,5	1,7	8,1

Bron: Productschap Dranken 2002; Productschap Wijn.^{84,85}

SPECIALE GROEPEN

- Uit onderzoek in Den Haag en Amsterdam^a blijkt dat het percentage drinkers onder Marokkanen en Turken aanzienlijk lager is dan onder de autochtone bevolking.^b 86;87
- Het percentage drinkers onder Marokkaanse mannen ligt tussen de zes en twaalf procent en onder Turkse mannen tussen de 23 en 28 procent. Van de autochtone mannen in beide steden drinkt 82 tot 88 procent.
- Het percentage drinkers onder Marokkaanse en Turkse vrouwen ligt respectievelijk tussen de nul en twee procent en twee en elf procent. Onder autochtone vrouwen is dit 70 tot 71 procent.
- Ruim eenderde (35%) van de dak- en thuislozen in twintig Nederlandse gemeenten was in 2002 een risicodrinker (hier gedefinieerd als meer dan 25 glazen per week); 23 procent dronk meer dan 56 glazen per week en dertien procent meer dan 112 glazen per week.⁸⁸

6.3 GEBRUIK: JONGEREN

SCHOLIEREN

- In de periode 1989-2001 is het aandeel jongeren dat alcohol drinkt sterk toegenomen. Onder de zestien- en zeventienjarigen stijgt het percentage dat drinkt van 67 naar 86 procent. In de leeftijdsgroep 18-24 jaar stijgt het percentage dat drinkt van 82 naar 88 procent.⁸⁹
- Het aandeel jongeren dat frequent drinkt (één keer per week of vaker) lijkt het laatste jaar iets afgenomen. Ook het aandeel jongeren dat boven de norm (21 glazen per week voor mannen en 14 glazen voor vrouwen) drinkt is het afgelopen jaar gedaald van vijftien procent in 2001 tot tien procent in 2002.⁹⁰
- In 1999 had 74 procent van de leerlingen van 'reguliere' middelbare scholen ervaring met alcohol. Dat was iets minder dan in 1996, toen nog 79 procent ervaring had met alcohol (figuur 6.1).⁹¹
- In 1999 had 54 procent van de ondervraagde leerlingen in de maand voor de peiling nog alcohol gedronken, evenveel als in 1996.
- Bij de laatste drinkgelegenheid consumeerde zeventien procent van deze actuele drinkers meer dan acht glazen, evenveel als in 1992 en 1996.
- Van de actuele drinkers dacht ruim een kwart meer dan tien glazen alco-

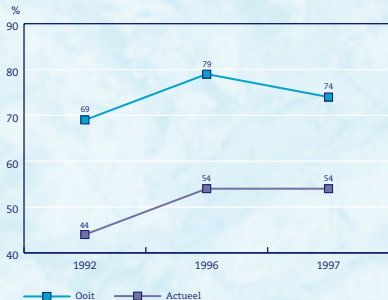
^a In Amsterdam betreft het alleen Marokkanen en Turken van 35 jaar en ouder. In de jongere leeftijdscategorieën waren te weinig respondenten om betrouwbare cijfers te kunnen geven. De percentages drinkers onder jongere Marokkanen en Turken zijn mogelijk hoger.

^b De GG&GD Amsterdam hanteert hier voor etnische achtergrond de definitie van BiZa/VNG: zie bijlage A.

hol nodig te hebben om dronken te worden (jongens: 39%; meisjes: 15%). Slechts elf procent dacht dat vier glazen of minder voldoende zouden zijn.

- Alcoholgebruik gaat vaak gepaard met roken. In 1999 had een kwart (26%) van alle leerlingen (12-16 jaar) de afgelopen maand gerookt. Onder alcoholgebruikers was dit 42 procent.⁹²

FIGUUR 6.1 GEBRUIK VAN ALCOHOL ONDER SCHOLIEREN VAN 12 JAAR EN OUDER, VANAF 1992



Percentage drinkers ooit in het leven en in de laatste maand voor de peiling (actueel).

Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

Mixdrankjes zijn onder leerlingen de meest populaire drank.

- Volgens een peiling uit 2001 dronk van de leerlingen uit het voortgezet onderwijs (12 tot en met 17 jaar) die minstens eens per maand alcohol nuttigen, 67 procent mixdrankjes. Daarna volgden bier (54%), likeur (53%), sterke drank (35%), shooters (kleine flesjes met likeur en sterke drank; 32%) en wijn (16%).⁹³

VERKRIJGBAARHEID VAN ALCOHOL

Er wordt jongeren weinig in de weg gelegd bij het kopen van alcoholhoudende dranken.^{c 94}

- Van de jongeren tussen de dertien en vijftien jaar koopt veertien procent wel eens alcohol in een supermarkt, drie procent in een slijterij en negentien procent in een horecagelegenheid.⁹⁵
- Van de veertien- en vijftienjarige jongeren die in 2001 in horecagelegenheden zwak-alcoholhoudende dranken bestelden, kreeg 98 procent die naar eigen zeggen ook. Driekwart (73%) van de jongeren van deze leeftijd die deze dranken in slijterijen wilden kopen heeft deze daadwerkelijk kunnen meenemen.
- Voor de zestien- en zeventienjarigen die sterke dranken wilden bestellen of kopen heeft respectievelijk 98 procent (horeca) en 85 procent (slijterijen) deze zonder veel problemen gekregen.

SPECIALE GROEPEN

Hieronder wordt alcoholgebruik in bepaalde groepen jongeren weergegeven. De resultaten zijn afkomstig uit uiteenlopende studies. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.^d

- Onder leerlingen van Marokkaanse herkomst (12-16 jaar) ligt het actuele alcoholgebruik beduidend lager dan onder autochtone leerlingen (5% tegen 56%).^e Leerlingen van Turkse en Surinaamse herkomst nemen een tussenpositie in, met respectievelijk veertien en veertig procent. De hoeveelheid die per keer gedronken wordt verschilt echter niet tussen etnische groeperingen.⁹⁶
- Studenten drinken meer alcohol dan andere jongeren. In 1999 dronken studenten gemiddeld zestien glazen per week (mannen twintig en vrouwen acht glazen). Leden van een studentenvereniging dronken gemiddeld 23 glazen per week (mannen 27 en vrouwen twaalf glazen). Jongeren van vergelijkbare leeftijd consumeerden per week gemiddeld tien glazen (mannen dertien en vrouwen zeven glazen).⁹⁷
- Tijdens de vakantie wordt veel gedronken. Jonge mannen (gemiddeld 17-19 jaar) die zonder ouders in Nederland op vakantie gaan, drinken gemiddeld 21 glazen en jonge vrouwen 9 glazen per vakantiedag. De lokatie maakt uit: in Terschelling ligt de alcoholconsumptie beduidend hoger dan in Valkenburg.⁹⁸

^c Volgens de Drank- en Horecawet mag aan jongeren beneden zestien jaar geen zwak-alcoholhoudende dranken worden verkocht. Voor sterke drank geldt een grens van achttien jaar.

^d Bij een aantal van deze onderzoeken is de respons onbekend^{97,98} of gering^{99,101}. Daarom moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd.

^e Voor de definitie van etnische achtergrond: zie bijlage A.

- Veel jongeren drinken tijdens het uitgaan. In 2001 dronk 74 procent van de jongeren van veertien en vijftien jaar tijdens het stappen alcoholhoudende dranken en 91 procent van de zestien- en zeventienjarigen. Deze percentages zijn hoger dan in 1999 (respectievelijk 67% en 87% voor 14-15- en 16-17-jarigen).⁹⁴
- Van de Haagse uitgaande jongeren (16-35 jaar) heeft 91 procent in de afgelopen maand alcohol gedronken en bijna 70 procent in de afgelopen week.⁹⁹
- Het alcoholgebruik ligt onder fans van Hiphop/Rap/+R&B lager dan onder de fans van Pop/Rock of Dance/House/Techno. Dit hangt mogelijk samen met de voorkeur van Turken en Marokkanen voor deze muzieksoort. Alcoholgebruik komt minder vaak voor onder Turken en Marokkanen.⁹⁹
- Eenderde van de cafébezoekers in Amsterdam (gemiddelde leeftijd 25 jaar) drinkt dagelijks alcohol of een paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer.¹⁰⁰ Van de coffeeshopbezoekers in Amsterdam (gemiddelde leeftijd 25 jaar) drinkt eveneens bijna eenderde (30%) in deze mate.¹⁰¹
- Uit een onderzoek in vijf gemeenten in Nederland (Amsterdam, Breda, Hilversum, Tilburg en Zaanstad) blijkt dat één op de tien zwerfjongeren dagelijks alcohol drinkt.¹⁰²

6.4 PROBLEEMGEBRUIKERS

De omvang van de alcoholproblematiek hangt af van de gehanteerde definitie. In onderzoek wordt vaak onderscheid gemaakt tussen zwaar drinken, probleemdrinken en afhankelijkheid of misbruik van alcohol.

ZWAAR DRINKEN

Volgens het CBS is er sprake van 'zwaar drinken' zodra op één of meer dagen per week minstens zes glazen alcohol worden gedronken.

- Volgens deze definitie was in 2002 twaalf procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder een zware drinker. Dat is evenveel als tien jaar geleden.
- Het betrof vier keer zoveel mannen als vrouwen.
- Jongeren tussen 18 en 24 jaar scoren het hoogst op deze maat. Anders dan in de hele bevolking tekende zich in deze leeftijdsgroep de afgelopen tien jaar wel een toename af, met name onder jonge vrouwen. In 1990 was 38 procent van deze mannen en zes procent van de vrouwen een zware drinker. In 2002 was het percentage zware drinkers onder jonge mannen 42 procent en onder jonge vrouwen achttien procent (tabel 6.2).^{103;104}

**TABEL 6.2 ZWARE DRINKERS VAN ALCOHOL NAAR GESLACHT EN LEEFTIJD
ONDER MENSEN VAN 12 JAAR EN OUDER. PEILJAAR 2002**

	Man	Vrouw	Totaal
12-17 jaar	9,2%	3,1%	6,1%
18-24 jaar	42,2%	18,4%	29,5%
25-34 jaar	21,3%	3,2%	11,8%
35-44 jaar	19,5%	2,6%	10,9%
45-54 jaar	21,3%	5,9%	13,5%
55-64 jaar	17,2%	4,5%	10,8%
65-74 jaar	8,1%	1,6%	4,7%
75 jaar en ouder	3,8%	2,4%	3,0%
Totaal: 12 jaar en ouder	19,0%	4,9%	11,7%

Percentage mensen dat op één of meer dagen per week zes of meer glazen alcohol drinkt.

Bron: POLS, CBS.

- De CBS-definitie van zwaar drinken wordt ook gehanteerd in de MAD-Monitor. In 1999 bleek achttien procent van de ondervraagde Utrechters van zestien jaar en ouder een zware drinker te zijn. In Rotterdam was dit vijftien procent en in Parkstad Limburg tien procent.¹⁰⁵⁻¹⁰⁷

PROBLEEMDRINKEN

In de MAD-monitor wordt, naast een definitie van 'zware drinker', ook een definitie van 'probleemdrinker' gehanteerd. Dit is iemand die naar eigen zeggen drie of meer problemen met alcoholgebruik had in het jaar voor de peiling.

- Ook op deze maat overtrof Utrecht de steden Rotterdam en Parkstad Limburg (tabel 6.3).¹⁰⁵⁻¹⁰⁷
- Probleemdrinkers kwamen vaker voor onder mannen dan vrouwen.
- Probleemdrinkers kwamen bij jongeren onder de 25 jaar vaker voor dan in oudere leeftijdsgroepen.

TABEL 6.3 **PROBLEEMDRINKERS NAAR GESLACHT EN LEEFTIJD ONDER MENSEN VAN ZESTIEN JAAR EN OUDER IN DRIE STEDELIJKE GEBIEDEN. PEILJAAR 1999**

Leeftijd	Utrecht		Rotterdam		Parkstad Limburg	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
16 – 24	23%	14%	19%	9%	16%	4%
25 – 34	17%	7%	12%	5%	10%	2%
35 – 44	14%	7%	16%	5%	8%	3%
45 – 54	15%	8%	15%	4%	11%	2%
55 – 69	6%	3%	11%	4%	6%	3%
Totaal	16%	8%	14%	5%	10%	3%

Percentage drinkers dat als probleemdrinker kan worden gezien. Bron: MAD.

ALCOHOLMISBRUIK EN ALCOHOLAFHANKELIJKHEID

- Volgens gegevens van het Nemesis-onderzoek uit 1996 voldeed acht procent van de Nederlanders van 18-64 jaar aan de diagnostische criteria voor alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik. Omgerekend naar absolute getallen gaat het op jaarbasis om 820 duizend personen, ongeveer 4,5 keer meer mannen dan vrouwen.¹⁰⁸
- Alcoholmisbruik en -afhankelijkheid komen het meest voor bij jonge mannen tussen de 18 en 25 jaar; achttien procent voldoet aan de criteria voor alcoholmisbruik en dertien procent aan de criteria voor alcoholafhankelijkheid.
- Alcoholproblematiek staat meestal niet op zichzelf. Alcoholafhankelijke mannen en vrouwen lijden drie keer zo vaak aan stemmingsstoornissen en twee keer zo vaak aan angststoornissen dan degenen zonder alcoholafhankelijkheid. Bij de diagnose alcoholmisbruik is alleen bij vrouwen de kans op stemmings- en angststoornissen vergroot (tabel 6.4).

TABEL 6.4 PSYCHISCHE STOORNISSEN ONDER MENSEN VAN 18 TOT EN MET 64 JAAR MET DE DIAGNOSES ALCOHOLMISBRUIK EN ALCOHOL-AFHANKELIJKHEID. PEILJAAR 1996

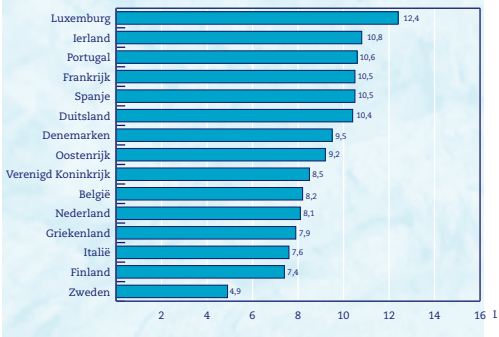
Stoornis	Mannen			Vrouwen		
	allemaal	alcohol- misbruik	alcohol- afhankelijk- heid	allemaal	alcohol- misbruik	alcohol- afhankelijk- heid
Stemmings- stoornis	5,7%	6,2%	15,0%	9,7%	20,1%	34,0%
Angststoornis	8,3%	9,9%	18,2%	16,6%	35,8%	32,8%

Percentages in het laatste jaar. Allemaal = de hele Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jaar. Vetgedrukte cijfers = statistisch significant verschil met seksegenoten zonder alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid. Bron: Nemesis, TrimboS-instituut.¹⁰⁹

6.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

- De alcoholconsumptie in Europa varieert van 4,9 tot 12,4 liter per hoofd van de bevolking in 2001 (figuur 6.2). In vergelijking met de andere Europese lidstaten lijkt Nederland een middenpositie in te nemen.
- De alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking is hier bepaald op basis van verkoopcijfers. Tussen landen bestaan echter aanzienlijke verschillen in de zogenoemde 'ongeregistreerde' consumptie (zoals privé-import, 'duty-free', thuis gebrouwd). Daarom zijn de cijfers niet helemaal vergelijkbaar.¹¹⁰

FIGUUR 6.2 MATE VAN DRINKEN IN DE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, GEMETEN IN LITERS PURE ALCOHOL PER HOOFD VAN DE HELE BEVOLKING. PEILJAAR 2001



Bron: Productschap Dranken, Commissie Gedistilleerd.

In het ESPAD-onderzoek onder scholieren van vijftien en zestien jaar is gevraagd naar het gebruik van alcohol en de frequentie van dronkenschap.¹¹¹

- Van de tien deelnemende EU-lidstaten stond Nederland in de middenmoot wat het percentage leerlingen betreft dat veertig keer of meer alcohol gedronken had in het hele leven (tabel 6.5).
- Nederland stond aan kop op de maat 'minstens tien keer alcohol drinken in de maand voorafgaand aan de peiling'.
- Op de maat 'dronkenschap' scoorden Nederlandse scholieren minder hoog. Ongeveer één op de twaalf gaf aan minstens twintig keer dronken te zijn geweest in het hele leven. Ongeveer één van de tien Nederlandse scholieren was minstens drie keer dronken geweest in de laatste maand.

TABEL 6.5 CONSUMPTIE VAN ALCOHOL EN DRONKENSCHAP BIJ LEERLINGEN VAN 15 EN 16 JAAR IN LIDSTATEN VAN DE EU, NOORWEGEN EN DE VERENIGDE STATEN. PEILJAAR 1999

Land	40 keer of meer in het leven	10 keer of meer in de laatste maand	20 keer of meer dronken in het leven	3 keer of meer dronken in de laatste maand
Denemarken	59%	18%	41%	30%
Verenigd Koninkrijk	47%	16%	29%	24%
Ierland	40%	16%	25%	24%
Finland	20%	1%	28%	18%
Noorwegen	16%	3%	16%	14%
Zweden	19%	2%	19%	14%
Nederland	37%	20%	8%	11%
Frankrijk	20%	8%	4%	6%
Portugal	15%	6%	4%	4%
Verenigde Staten	16%	5%	11%	4%
Griekenland	42%	13%	4%	3%
Italië	17%	7%	2%	3%

De Verenigde Staten participeerden niet in de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.

Bron: ESPAD.

6.6 HULPVRAAG

AMBULANTE VERSLAVINGSZORG

Naar schatting komt ongeveer één op de tien mensen met een alcoholprobleem uiteindelijk terecht bij de hulpverlening, waaronder de ambulante verslavingszorg.

- Het absolute aantal cliënten met een primair alcoholprobleem in de ambulante verslavingszorg is in de periode 1994-1999 met twaalf procent gegroeid. In 2000 en 2001 is het aantal stabiel gebleven (figuur 6.3).
- Kenmerken van deze cliënten:
 - Het merendeel is man (74%). Het percentage vrouwen nam in de afgelopen jaren licht toe.
 - De gemiddelde leeftijd is 44 jaar. De piek ligt tussen 40 en 49 jaar. Dit is ouder dan de gemiddelde leeftijd van de drugcliënten (34 jaar).
 - Dertig procent was een nieuwkomer, dat wil zeggen, stond niet eerder ingeschreven bij de ambulante verslavingszorg voor een alcoholprobleem.

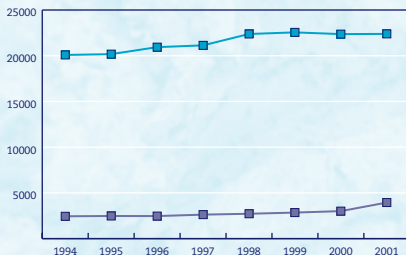
- Alcohol wordt minder vaak als secundair probleem genoemd.
 - Voor deze groep is het primaire probleem cocaïne (35%), heroïne (34%), of cannabis (14%).
 - Het aantal secundaire alcoholcliënten is sinds 1997 licht gestegen.

De toename in ambulante alcoholzorg komt bijna geheel voor rekening van de vergrote toestroom van het aantal ouderen.

- Het aantal cliënten per 10 duizend inwoners van 35 tot en met 44 jaar is afgenomen (-8,2%). Het aantal cliënten van 45-54 jaar en van 55 jaar en ouder is gestegen met respectievelijk 9 en 21 procent.¹¹²
- Van de alcoholcliënten die zich in 2000 meldden bij de ambulante verslavingszorg kampt 43 procent al meer dan tien jaar met alcoholproblematiek.¹¹²
- Het aantal behandelcontacten in 2000 omvatte door de bank genomen twintig sessies. De behandeling duurde gemiddeld tien maanden.
- Een kwart van de cliënten werd doorverwezen naar een andere instantie.
- Factoren die van invloed zijn op het risico van een tweede ambulante episode bij cliënten die al eerder behandeld zijn:
 - culturele achtergrond (niet-Nederlandse cliënten hebben een lager risico op een tweede episode)
 - burgerlijke status (gehuwden hebben een lager risico op een tweede episode)
 - duur van de behandeling (bij een langere behandelduur en bij 15 of meer contacten in de eerste episode neemt de kans op een tweede episode toe)
 - contact met reclassering (bij contact met reclassering neemt het risico op een tweede episode toe)
 - wijze van beëindigen van de behandeling (als deze niet in wederzijdse overeenstemming is afgesloten neemt het risico toe).¹¹²

FIGUUR 6.3 AANTAL CLIËNTEN BIJ DE AMBULANTE VERSLAVINGSZORG MET PRIMAIRE OF SECUNDAIRE ALCOHOLPROBLEMATIEK, VANAF 1994

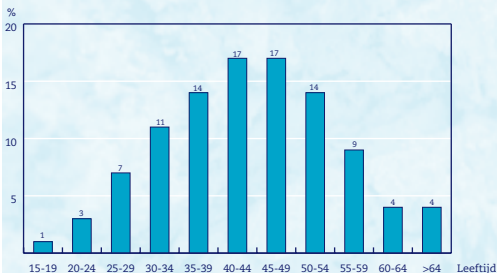
Aantal cliënten



	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Primair	20085	20175	20939	21134	22378	22554	22365	22388
Secundair	2441	2473	2465	2622	2718	2847	3007	3945

Bron: LADIS, IVZ.

FIGUUR 6.4 **LEEFTIJDVERDELING VAN PRIMAIRE ALCOHOLCLIËNTEN BIJ DE**
AMBULANTE VERSLAVINGSZORG, PEILJAAR 2001



Bron: LADIS, IVZ.

INTRAMURALE VERSLAVINGSZORG

Tot voor kort registreerde het bestand PiGGz de opnames die jaarlijks plaatsvinden voor alcoholproblemen in verslavingsklinieken en de verslavingsafdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen.

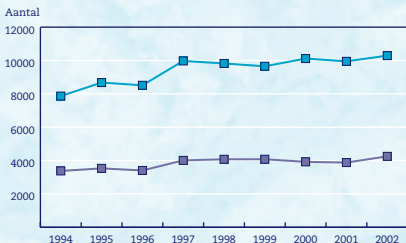
- In 1996 registreerde het PiGGz bijna 6 200 opnames wegens problematisch alcoholgebruik, ongeveer in dezelfde orde van grootte als in de vier jaren daarvoor.
- Alcoholafhankelijkheid was de hoofddiagnose voor ruim acht van de tien opnames. Tien procent van de opnames vond plaats vanwege alcoholmisbruik en zes procent vanwege alcoholpsychose, waaronder het syndroom van Korsakov.
- Het aantal deeltijdbehandelingen was beperkt, maar dit aantal steeg tot 1996.
- De situatie sindsdien is niet goed bekend omdat de registratie vanaf 1997 onvolledig is (bijlage B).

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN EN INCIDENTEN

- Het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofd-diagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening, is van 1992 tot 1999 licht gestegen (figuur 6.5).
- Sinds 2000 tekende zich een lichte daling af, maar in 2002 was er weer een stijging. Er vonden 4 254 opnames plaats.^f Dit is het hoogste aantal opnames met als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening in de afgelopen negen jaar.
- De meest voorkomende diagnoses betroffen:
 - alcoholische leverziekte (32%, 1 358 opnames)
 - alcoholmisbruik (26%, 1 120 opnames)
 - alcoholafhankelijkheid (21%, 911 opnames)
 - toxische gevolgen van alcohol (10%, 405 opnames)
 - alcoholpsychose (9%, 389 opnames).
- Alcoholproblematiek wordt veel vaker als nevendiagnose gesteld. Van 1994 tot 1997 is een stijgende lijn waarneembaar. De situatie daarna is wisselend (figuur 6.5).
- In 2002 ging het om 10 291 alcohol gerelateerde nevendiaagnoses. In volgorde van voorkomen betrof het alcoholmisbruik (45%), alcoholafhankelijkheid (25%), alcoholische leverziekte (14%), toxisch gevolg van alcohol (9%) en alcoholpsychose (7%).
- De meest voorkomend hoofddiagnoses bij deze nevendiaagnoses waren:
 - ongevalsletsels en vergiftigingen (41%), waaronder:
 - hersenschudding (8%)
 - vergiftiging door psychofarmaca (9%)
 - spijsverteringsstelsel (19%), waaronder:
 - ziekten van de pancreas (6%)
 - chronische leverziekte en -cirrose (5%)
 - psychische stoornissen (8%).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2002 om 11 005 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met één (of meer) aan alcohol gerelateerde aandoening(en) als hoofd- of nevendiagnose. Zij waren gemiddeld 47 jaar en 71 procent was man.
- Er is hier waarschijnlijk sprake van een onderschatting, omdat men in ziekenhuizen lang niet altijd de rol van alcohol als oorzaak van ziekte herkent.

^f In 2002 werden ook 385 dagopnames voor een alcoholhoofddiagnose geregistreerd.

FIGUUR 6.5 KLINISCHE OPNAMES IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN MET EEN AAN ALCOHOL GERELATEERDE PROBLEMATIEK, VANAF 1994



Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980. Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Cijfers betreffen alle alcohol gerelateerde nevensymptomen. Per opname is meer dan één nevensymptoom mogelijk. Hiervoor gecorrigeerd ging het in 2002 om 8 963 opnames. Bron: LMR, Prismant.

In 2002 kwam bij de Centrale Post Ambulancevervoer van de GG&GD Amsterdam 1 060 keer een spoedeisende aanvraag wegens een alcoholintoxicatie binnen.

- Dit is vier procent van alle spoedeisende aanvragen, en iets minder dan in 2001 (1 173).
- De meeste personen waren man (70%) en woonachtig in Nederland (85%).
- In 64 procent van de gevallen was vervoer nodig naar de eerste hulp post van een algemeen ziekenhuis.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid⁸ ontvangen jaarlijks ongeveer 12 000 personen spoedeisende hulp in een zie-

⁸ Cijfers zijn schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

kenhuis voor letsel vanwege een ongeval, geweld of zelfmutilatie waarbij alcohol betrokken was.

- Van de geregistreeerde slachtoffers is 75 procent man.
- Tien procent is tussen vijftien en negentien jaar, een kwart valt in de leeftijdsgroep 20-29 jaar en 41 procent in de leeftijdsgroep 30-49 jaar. De meeste behandelingen komen voor in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (14%).
- Veel ongevallen gebeuren in de privé-sfeer, zoals een val onder invloed van alcohol of vergiftiging door alcohol. Op de tweede plaats staan verkeersongevallen (vooral valpartijen van de fiets) (tabel 6.6).
- Bij 450 á 500 van deze ongevallen en gevallen van geweld of zelfmutilatie waren zowel alcohol als drugs betrokken.
- Veel slachtoffers lopen hoofdletsel op (40%). Andere redenen voor behandeling zijn vergiftiging (24%) en letsel aan schouder, arm of hand (18%).
- Bijna één op de drie slachtoffers werd in het ziekenhuis opgenomen (31%). Dit is meer dan voor alle typen ongevallen samen (8%).
- Jaarlijks overlijden ongeveer dertig slachtoffers die spoedeisende hulp hebben ontvangen.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan alcohol gerelateerde ongevallen.

TABEL 6.6 AARD VAN AAN ALCOHOL GERELATEERDE ONGEVALLEN VAN MENSEN BEHANDELD OP EEN AFDELING VOOR SPOEDEISENDE HULP IN NEDERLANDSE ZIEKENHUIZEN (GEMIDDELD OVER 1998-2001)

Type ongeval	Aantal	Percentage
Privé-ongeval	6 300	50
Verkeersongeval	3 100	25
Zelfmutilatie ¹	2 200	18
Totaal	12 000	100

¹ Zoals zelfmoordpogingen door gebruik van alcohol en medicijnen. Bron: LIS, Consument en Veiligheid.

In 2002 telde de SWOV ruim 2 800 geregistreeerde doden en gewonden (al dan niet in het ziekenhuis opgenomen) in het verkeer waarbij alcohol in het spel was (tabel 6.7).^h

^h Cijfers overlappen deels met die van het LIS, Consument en Veiligheid.

- Het totale aantal alcoholgewonden en doden in het verkeer is sinds 1997 licht gedaald (tabel 6.7).ⁱ
- Ruim acht van de tien ernstig gewonde (in het ziekenhuis opgenomen) of overleden slachtoffers was man. Bijna een kwart (23%) van deze slachtoffers betrof mannen van 18 tot en met 24 jaar.

**TABEL 6.7 AANTAL GEWONDEN EN DODEN IN HET VERKEER DOOR ALCOHOL-
GEBRUIK, VANAF 1995**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Ernst letsel								
Dood	87	97	103	83	92	87	72	97
Ziekenhuis ^I	1 128	1 204	1 188	1 154	1 166	1 129	1 036	1 096
Spoedeisende eerste hulp ^{II}	1 071	1 048	1 012	962	939	911	876	702
Licht gewond ^{III}	1 126	1 064	1 106	1 127	1 152	1 113	1 000	945
Totaal	3 412	3 413	3 409	3 326	3 349	3 240	2 984	2 840

^I Opgenomen in ziekenhuis. ^{II} Vervoerd naar ziekenhuis, maar alleen spoedeisende hulp.

^{III} Niet vervoerd naar ziekenhuis. Bron: SWOV.

- De cijfers in tabel 6.7 zijn een onderschatting van de werkelijkheid, omdat lang niet alle verkeersongevallen worden geregistreerd. Daar komt bij dat de politie bij ongevallen lang niet altijd op alcoholgebruik test. De SWOV schat het werkelijke aantal ernstig gewonden (ziekenhuisopnames) en overledenen door alcohol in het verkeer bijna drie keer hoger in, namelijk respectievelijk 3 500 en 250.

6.7 ZIEKTE EN STERFTE

ZIEKTE

Eén tot twee eenheden alcohol per dag voor vrouwen en twee tot drie eenheden per dag voor mannen, schaden de gezondheid van volwassen gebruikers doorgaans niet.¹¹³⁻¹¹⁶

ⁱ De Minister van Verkeer en Waterstaat stelde zich voor het jaar 2000 tot doel het aantal geregistreerde alcoholdoden terug te brengen tot 100 en het aantal alcoholgewonden tot 2 000. Het streefgetal is gehaald voor dodelijke slachtoffers, maar niet voor de overige ongevallen (licht en ernstig gewond).

- Vergeleken met enerzijds geheelonthouders en anderzijds zware drinkers krijgen matige drinkers minder vaak een aandoening van de kransslagaders (coronaire hartziekte). Mogelijk draagt een toename van de 'gezonde' cholesterolsoort HDL-C (high density lipoprotein cholesterol) hier toe bij.
- Matige drinkers lopen verder minder kans een niet-bloedig herseninfarct te krijgen. Onder 55-plussers vermindert matig alcoholgebruik misschien ook het risico van vasculaire dementie.
- Er zijn aanwijzingen dat lichte tot matige drinkers minder vaak vroegtijdig overlijden dan niet-drinkers of zware drinkers. Matige drinkers voelen zich bovendien gezonder.¹¹⁷

De schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn echter talrijk.^{113;114}

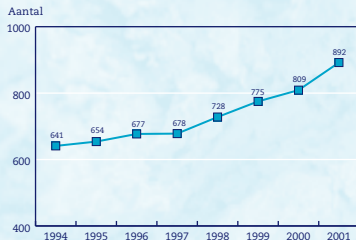
- Overmatig alcoholgebruik is de belangrijkste determinant voor verlies aan kwaliteit van leven.¹¹⁸
- Bijna 12,5 procent van de ziektelast bij mannen en 2,3 procent van de ziektelast bij vrouwen kan worden toegeschreven aan overmatig alcoholgebruik.
- De combinatie van drinken en roken verhoogt het risico van kanker aan de mondholte, neus- en keelholte en de slokdarm. Bij zwaar drinken wordt ook de kans op leverkanker vergroot. Alcohol draagt bovendien, onafhankelijk van roken, bij aan het krijgen van longkanker. Tot slot vergroot alcohol de kans op kanker in de dikke darm en de endeldarm.
- Bij dagelijks gebruik van vijf glazen of meer stijgt de kans op aantasting van de kransslagaders.
- Consumptie van meer dan twee glazen per dag verhoogt ook de kans op beroerten of herseninfarcten. Dit geldt alleen voor zogenoemde 'bloedige' herseninfarcten.
- Langdurige en excessieve alcoholconsumptie (meer dan acht eenheden per dag) kan mogelijk de zenuwbanen en zenuwtakken aantasten (polyneuropathie), de hersenen doen krimpen en cognitieve functies (leren, geheugen, aandacht en dergelijke) schaden.
- Binge-dinken, het in korte tijd innemen van een grote hoeveelheid alcohol, verhoogt het risico van hart- en vaatziekten, acuut nierfalen en hersenbeschadiging.
- Het risico om borstkanker te krijgen stijgt met toenemende alcoholconsumptie. Mogelijk is vier procent van alle borstkankergevallen toe te schrijven aan alcohol. In Nederland zou het dan om ruim vierhonderd gevallen per jaar gaan.¹¹⁹

STERFTE

De afgelopen jaren steeg het aantal alcoholdoden licht.

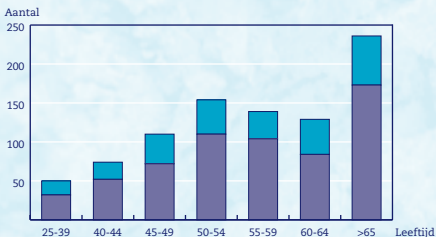
- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS gingen in 2001 bijna negenhonderd Nederlanders dood aan het gebruik van alcohol, bijna veertig procent meer dan in 1994 (figuur 6.6).
- Alcoholische leverziekten vormden de belangrijkste doodsoorzaak: 55 procent, gevolgd door afhankelijkheid en andere psychische stoornissen door gebruik van alcohol (37%).
- De alcoholsterfte komt het meest voor in de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder, gevolgd door de leeftijdsgroep 50-54 jaar (figuur 6.7). De meeste overledenen waren man (gemiddeld 70%).
- Deze cijfers weerspiegelen niet de hele werkelijkheid, omdat daarin niet zijn inbegrepen de zogenoemde onderdiagnostiek en sterfte aan ongevalen, kanker en diverse andere ziektes.
- In 2002 werden 97 verkeersdoden geregistreerd bij wie alcoholgebruik in het spel was. Dit is meer dan in 2001 (72 in 2001; tabel 6.7). Het werkelijke aantal alcoholdoden in het verkeer wordt geschat op 250.
- Volgens het RIVM draagt alcohol naar schatting bij aan ongeveer 2 500 sterfgevallen per jaar. Alcohol staat daarmee van alle 'leefstijlfactoren' op de vierde plaats, na roken, lichamelijke inactiviteit en slechte voeding.¹²⁰

FIGUUR 6.6 **STERFTE AAN ALCOHOLGERELATEERDE AANDOENINGEN, VANAF 1994**



Van 1994-1995: ICD-9 codes 291, 303, 305.0, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980. Van 1996-2000: ICD-10 codes F10, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9. Vanaf 1996 wordt één diagnosecategorie extra opgenomen: K86.0. Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

FIGUUR 6.7 STERFTE DOOR ALCOHOL ONDER MANNEN EN VROUWEN PER LEEFTIJDGROEP. PEILJAAR 2001



	25-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64
Vrouw	18	22	38	44	35	45	63
Man	32	52	72	110	104	84	173

Aantal sterfgevallen. ICD-10 codes: F10, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0. Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

6.8 AANBOD EN MARKT

- Het totaal aantal verkooppunten van alcohol net na 1 november 2000 bedroeg 66 900. Dit zijn 3 200 verkooppunten minder dan vóór die datum. Deze daling was het gevolg van een wijziging in de Drank- en Horecawet, waardoor de verkoop van alcoholhoudende dranken in benzinestations en non-food winkels werd verboden.¹²¹
- Met ingang van 1 april 2002 is de accijns op bier verhoogd met achttien procent en die op wijn met 21 procent. Met de opbrengst gaat de belasting op frisdrank met 39 procent omlaag.¹²²
- Met ingang van 1 januari 2003 is de accijns op gedistilleerd eveneens verhoogd met achttien procent.⁸⁴
- De accijns bedraagt voor een liter gedistilleerd (35 procent alcohol) 6,2 euro, voor een liter wijn 59 eurocent en voor een liter bier 25 eurocent (tabel 6.8).^{84;85}

- Voor een glas bier van 0,25 liter betekent dit zes eurocent, voor een glas wijn van 0,1 liter zes eurocent en voor een glas gedistilleerd van 0,035 liter 22 eurocent.
- De lidstaten van de EU voeren een verschillend accijnsbeleid. De tarieven lopen sterk uiteen. Zo bedraagt voor een liter gedistilleerd met 35 volumepercent alcohol de accijns in Italië twee euro tegen negentien euro in Zweden (tabel 6.8).
- Zeven wijnproducerende landen heffen in het geheel geen accijns op wijn.
- Tabel 6.8 laat zien dat de Nederlandse accijnstarieven tot de middenmoot behoren.

TABEL 6.8 ACCIJNSTARIEVEN OP ALCOHOLHOUDENDE DRANKEN IN DE LID-STATEN VAN DE EUROPESE UNIE. PEILDATUM 1 OKTOBER 2002

Lidstaat	Bier ^I	Wijn ^{II}	Gedistilleerd ^{III}
Zweden	81	242	1 927
Finland	143	235	1 766
Ierland	99	273	1 374
Denemarken	46	95	1 296
Verenigd Koninkrijk	95	246	1 091
Nederland	25	59	621
België	21	47	581
Frankrijk	13	3	508
Duitsland	10	0	456
Luxemburg	10	0	364
Oostenrijk	26	0	350
Griekenland	14	0	331
Portugal	15	0	308
Spanje	9	0	259
Italië	17	0	226

^I 5 volumepercent alcohol. ^{II} 11 volumepercent alcohol. ^{III} 35 volumepercent alcohol. Bedragen in euro per hectoliter consumptie. Bronnen: Productschap Dranken, Productschap Wijn.

7 TABAK

Tabak wordt gemaakt uit de gedroogde bladeren van de tabaksplant (*Nicotiana*). Tabak wordt doorgaans gerookt als sigaret of in een pijp of sigaar en minder vaak gesnoven of gepruimd.

Consumenten ervaren tabak als stimulerend (verbetering concentratievermogen) en rustgevend. Nicotine, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel, is een verslavende stof. Bij regelmatig gebruik treedt gewenning op en tolerantie. Bij het inhaleren van tabaksrook komen verschillende stoffen vrij, zoals nicotine, teer en koolmonoxide, en tal van andere producten die schadelijk zijn voor de gezondheid.

7.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

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

- Het percentage rokers in de algemene bevolking is sinds begin jaren negentig licht gedaald (§ 7.2).
- Het aandeel rokers onder jongeren is al jaren stabiel (§7.3).
- Zwaar roken neemt af, vooral onder mannen (§ 7.2).
- Shag boet in aan populariteit vergeleken met sigaretten (§ 7.2).
- De sterfte aan longkanker daalt nog steeds onder mannen, maar zal nog jarenlang stijgen onder vrouwen (§ 7.6).

7.2 GEBRUIK: ALGEMENE BEVOLKING

In de jaren zestig en zeventig was roken vrij algemeen, vooral onder mannen. Vanaf eind jaren zestig tot begin jaren negentig nam het percentage rokers flink af. De daling is daarna afgezwakt.

- Peilingen van het NIPO wijzen mogelijk op een verdere afname van het aantal rokers maar dat is door een wijziging in de manier van onderzoek niet zeker (tabel 7.1).¹²³ Cijfers van het Nationaal Prevalentie Onderzoek suggereren wel een voortzetting van de dalende trend. In 1997 had 33 pro-

cent van de Nederlanders van twaalf jaar en ouder in de maand voor de peiling gerookt. In 2001 was dit 30 procent.⁸³

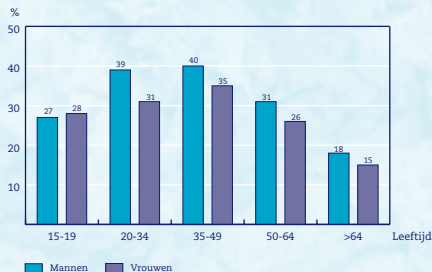
- Volgens het NIPO was in 2002 31 procent van de Nederlanders van vijftien jaar en ouder een roker, 29 procent was een ex-roker en 40 procent had nooit gerookt.¹²³
- In absolute zin roken ruim vier miljoen mensen.
 - De kloof tussen mannen en vrouwen is kleiner geworden (tabel 7.1). Toch verschillen mannen en vrouwen enigszins in rookgedrag. Vrouwen roken per dag minder dan mannen. Hun voorkeur gaat minder uit naar shag en meer naar lichte filtersigaretten.
 - De meeste rokers zijn tussen de 35 en 49 jaar oud (figuur 7.1).
- Jaarlijks stopt ongeveer 1,6 procent van de bevolking met roken.¹²⁴ Evenveel mensen beginnen met roken. Onder deze nieuwe rokers bevinden zich relatief veel jongeren onder de 19 jaar, mensen met een lage opleiding en vrouwen tussen 30 en 34 jaar. De laatste groep bestaat deels uit vrouwen die tijdens de zwangerschap zijn gestopt met roken en daarna weer beginnen.

TABEL 7.1 **ROKERS IN NEDERLAND ONDER MANNEN EN VROUWEN VAN 15 JAAR EN OUDER, VANAF 1970**

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
1970	75%	42%	59%
1975	66%	40%	53%
1980	52%	34%	43%
1985	43%	34%	39%
1990	39%	31%	35%
1995	39%	31%	35%
1996	39%	32%	35%
1997	37%	30%	33%
1998	37%	30%	34%
1999	37%	31%	34%
2000	37%	29%	33%
2001 ¹	33%	27%	30%
2002	34%	28%	31%

Percentage rokers.¹ In 2001 is de onderzoeksmethode gewijzigd: van een persoonlijk interview met een enquêteur thuis naar het invullen van een vragenlijst via modem of internet. Deze wijziging kan van invloed zijn op de uitkomsten. Bron: STIVORO, NIPO.

FIGUUR 7.1 **PERCENTAGE ROKERS IN NEDERLAND NAAR LEEFTIJDGROEP EN GESLACHT. PEILJAAR 2002**



Bron: STIVORO, NIPO.

- Volgens het CBS is het percentage zware rokers de afgelopen jaren minder geworden, vooral onder mannen.
 - In 2000 rookte tien procent van de bevolking van zestien jaar en ouder minstens twintig sigaretten of shagjes per dag (11% van de mannen en 9% van de vrouwen).
 - In 1995 was het aandeel zware rokers onder mannen nog vijftien procent en onder vrouwen tien procent.

Tegenover de vermindering van het aantal rokers stond in de jaren zeventig een toename van het verbruik van tabak per roker. Sinds de jaren tachtig schommelt het gemiddelde aantal dagelijks gerookte sigaretten naar schatting rond de twintig.

- In 2002 gingen in Nederland 30 miljard sigaretten en shagjes in rook op (tabel 7.2).¹²³
- Shag heeft vergeleken met sigaretten sinds 1990 aan populariteit ingeboet.

TABEL 7.2

VERBRUIK VAN SIGARETTEN EN SHAG IN NEDERLAND, VANAF 1967

Jaar	Sigaretten (miljard)	Shagjes (miljard)	Totaal (miljard)	Gemiddelde verkoop per roker per dag ¹
1967	16,6	9,1	25,7	12,9
1970	18,7	9,9	28,6	14,0
1975	23,9	13,1	37,0	18,6
1980	23,0	13,9	36,9	21,3
1985	16,3	17,8	34,1	20,7
1990	17,3	16,6	33,4	22,4
1995	17,2	14,4	31,6	20,1
2000	16,7	13,7	30,4	19,9
2001	16,3	12,4	28,7	20,1
2002	16,9	13,2	30,1	20,5

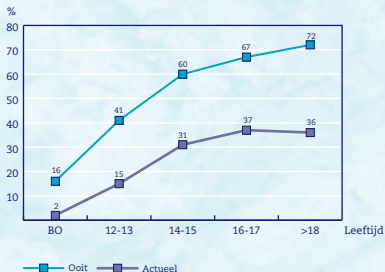
¹ Gemiddeld aantal sigaretten of shagjes. Bron: STIVORO.

7.3 GEBRUIK: JONGEREN

Met roken wordt al vroeg begonnen.

- Van de leerlingen van de twee hoogste groepen van de basisschool had in 1999 16 procent ooit gerookt.⁹¹ Van leerlingen van 'reguliere' middelbare scholen had 55 procent ooit gerookt. Dit is een gemiddelde: het percentage stijgt met de leeftijd (figuur 7.2).

FIGUUR 7.2 ROKEN NAAR LEEFTIJD ONDER SCHOLIEREN VAN 10 JAAR EN OUDER. PEILJAAR 1999



Percentage rokers ooit in het leven en actueel (laatste maand). BO= basisonderwijs.

Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

- Ruim een kwart (27%) van de jongeren in het voortgezet onderwijs had de afgelopen maand nog gerookt:
 - 13 procent af en toe
 - 14 procent elke dag, waarvan eenderde meer dan tien sigaretten per dag.
- Ook deze percentages nemen toe met de leeftijd. In de hoogste leeftijdsgroepen (16 jaar en ouder) was ruim eenderde een actuele roker, tegenover vijftien procent van de twaalf- en dertienjarigen. De dagelijkse rokers van twaalf en dertien jaar namen gemiddeld acht sigaretten per dag. Voor scholieren van achttien jaar of ouder waren dat er ruim dertien.
- Evenveel jongens als meisjes hadden in de afgelopen maand gerookt.
- Het percentage ooit- en actuele rokers bleef stabiel tussen 1992 en 1999. Dit geldt ook voor het percentage frequente rokers (meer dan tien sigaretten per dag).
- Ook volgens cijfers van de NIPO-enquête is het percentage actuele rokers onder jongeren van 10-19 jaar al jaren vrij stabiel (van 1992 tot en met 2001: tussen 27% en 31%).¹²³

SPECIALE GROEPEN

Roken komt aanzienlijk meer voor onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen dan onder scholieren.^{100;101}

- Van de bezoekers van Amsterdamse cafés (2000), clubs en party's (1998) en coffeeshops (2001) was respectievelijk 46, 57 en 70 procent een dagelijkse roker. Zij waren gemiddeld 25 tot 26 jaar.
- De dagelijkse rokers consumeerden gemiddeld 14 tot 16 sigaretten of shagjes per dag; 20 tot 36 procent rookte meer dan één pakje per dag (minstens 20 sigaretten of shagjes).

7.4 PROBLEMATISCH GEBRUIK

- Een duidelijke aanwijzing voor de mate waarin rokers zelf hun gebruik problematisch vinden is het willen stoppen met roken. In 2002 zei 15% van de rokers in Nederland binnen een half jaar te willen stoppen. Nog eens 21% wilde dat doen binnen een jaar en 35% wilde ooit gaan stoppen met roken.
- In wetenschappelijke kring krijgt de term nicotineafhankelijkheid soms de voorkeur boven 'tabakverslaving'. Afhankelijkheid kan men meten met de Fagerström Test for Nicotine Dependence, een schaal die loopt van nul tot tien (zeer verslaafd).
 - Volgens onderzoek uit 1997 is de uitkomst voor Nederlandse rokers op deze schaal gemiddeld 3,0. Ter vergelijking: voor Amerikaanse rokers is dat 4,3.¹²⁵
 - Mannen scoren gemiddeld hoger dan vrouwen.
 - Rokers die hulp zoeken om van de gewoonte af te komen, scoren gemiddeld hoger dan andere rokers.

7.5 GEBRUIK: INTERNATIONALE VERGELIJKING

Het aandeel rokers in de bevolking varieert sterk tussen de lidstaten van de EU, al kunnen bij de vergelijkbaarheid van de cijfers vraagtekens worden geplaatst. Zo verschillen de definities van roken en de leeftijdsgroepen (tabel 7.3). In veel landen gaat het om dagelijkse rokers, in Nederland om mensen die 'dagelijks of soms roken'.

- Volgens de meest recente cijfers staat Portugal onderaan en Griekenland samen met Duitsland bovenaan.
- Met uitzondering van Zweden en Noorwegen zijn er meer mannen in de Europese Unie die roken dan vrouwen. In Portugal is dit verschil het grootst.

TABEL 7.3 ROKERS ONDER VOLWASSENEN IN DE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN ZWITSERLAND

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Mannen %	Vrouwen %	Totaal %	Criterium voor roken
Griekenland	2000	?	47	29	38	?
Duitsland	2000	20-54	40	32	36	?
Zwitserland	1997	15-74	39	28	33	regelmatig of soms
Luxemburg	2000	15+	34	27	32	regelmatig dagelijks
Spanje	2001	16+	39	25	32	dagelijks
België	2000	18+	36	26	31	dagelijks
Nederland	2001	15+	33	27	30	dagelijks of soms
Noorwegen	2001/ 2002	16-74	30	30	30	dagelijks
Oostenrijk	2000	?	?	?	29	?
Denemarken	2002	15+	31	27	28	dagelijks
Frankrijk	2000	18+	33	21	27	dagelijks
Ierland	2002	18+	28	26	27	regelmatig of soms
Verenigd Koninkrijk	2001	16+	28	26	27	huidige rokers
Italië	1999	14-65	32	17	25	dagelijks
Finland	2002	15-64	27	20	23	dagelijks of regelmatig
Zweden	2000/2001	16-84	17	21	19	dagelijks
Portugal	1995/1996	19+	29	6%	17	dagelijks in de laatste twee weken

Percentage rokers. ? = onbekend. Bron: WHO.¹²⁶

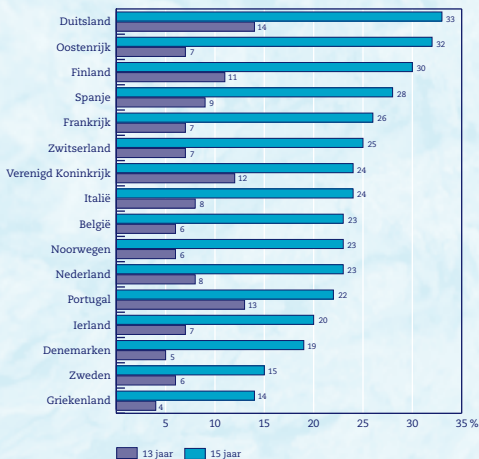
- Meer en meer jongeren in de Europese Unie beginnen te roken. Deze trend doet zich vooral voor onder meisjes, met name in landen waar de meisjes in het roken nog ‘achterlopen’ bij de jongens. Dit zijn met name de zuidelijke landen, Luxemburg en Oostenrijk.

De Health Behaviour in School-aged Children studie in 2000/2001 van de WHO (zie bijlage B) maakt vergelijking mogelijk van het rookgedrag van dertien- en vijftienjarige scholieren in Europa.¹²⁶ Figuur 7.3 geeft cijfers voor het percentage leerlingen dat minimaal één keer per week rookt.

- Van de deelnemende EU-landen telt Duitsland op deze maat de meeste, en Griekenland de minste rokers onder dertienjarige scholieren.
- Onder de vijftienjarige scholieren gaan Duitsland en Oostenrijk aan kop. Griekenland en Zweden tellen naar verhouding de minste rokers in deze leeftijdsgroep.

- Nederland neemt met het percentage rokers onder de dertien- en vijftienjarige scholieren ongeveer een middelpositie in.
- In alle landen, behalve Zwitserland, zijn meer meisjes dan jongens van 15 jaar dagelijks roker. Dit verschil is het grootst in Oostenrijk (26% versus 37%), Portugal (18% versus 26%) en Spanje (24% versus 32%).

FIGUUR 7.3 ROKERS ONDER JONGEREN VAN 13 EN 15 JAAR IN DE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE, NOORWEGEN EN ZWITSERLAND. PEILJAAR 2001-2002



Percentage dat minimaal één keer per week rookt. Voor Luxemburg zijn geen gegevens beschikbaar.
Bron: WHO, HBSC.¹²⁶

7.6 HULPVRAAG

Het gaat hier in hoofdzaak om zelfzorg en het zoeken van hulp bij de ambulante algemene gezondheidszorg. De verslavingszorg biedt soms stopprogramma's aan, maar niet op grote schaal.

- Ongeveer tweederde van de rokers die een stoppoging doen, doet dit zonder enig hulpmiddel. De rest volgt cursussen, vraagt de huisarts om advies, gebruikt nicotinevervangers (pleisters, kauwgom, zuigtabletten), ondergaat acupunctuur of hypnose, of past een andere methode toe. De voornaamste reden om een stoppoging te doen is bezorgdheid om de eigen gezondheid.¹²⁷
- Sinds kort is het geneesmiddel bupropion (Zyban®) in Nederland geregistreerd als ondersteuning bij het stoppen met roken. Volgens IMS Health schreven artsen in 2001 en 2002 respectievelijk 80 en 70 duizend voorschriften voor dit middel uit. In totaal ging het om respectievelijk 3,0 en 2,7 miljoen tabletten.
- In 2001 deden 810 mensen mee aan in totaal tachtig cursussen georganiseerd door GGD'en of organisaties voor thuiszorg.¹²⁸
- STIVORO geeft mensen die met roken willen stoppen desgevraagd een advies op maat. In 2002 zijn 18 767 van die adviezen op maat verstrekt, grotendeels via internet. STIVORO-medewerkers voerden meer dan 3 000 telefonische coaching gesprekken.
- Bij de overgang naar het jaar 2000 voerde STIVORO een publieksactie. Als deel van de actie probeerden ruim 600 duizend rokers rond 1 januari 2000 met roken te stoppen. Na een jaar waren 72 duizend deelnemers (12 procent) nog steeds van het roken af. Gewoonlijk houdt vijf tot tien procent van de stoppers hun poging een jaar lang vol.¹²⁹

Van een andere orde is het beroep op de gezondheidszorg vanwege aandoeningen die roken veroorzaakt of verergert. Het aantal ziekenhuisopnames in verband met roken bedroeg begin jaren negentig bijna 100 000.¹³⁰ Recente cijfers zijn niet beschikbaar.

7.7 STERFTE

- Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte.
- In 2001 overleden in Nederland ruim 20 duizend mensen direct aan de gevolgen van roken.
- Dit is ongeveer 14 procent van alle sterfgevallen in Nederland (21% van de mannen en 8% van de vrouwen).

- Roken wordt in verband gebracht met hart- en vaatziekten, longziekten en kanker. Uit tabel 7.4 blijkt dat longkanker overwegend door roken wordt veroorzaakt: in 74 procent (vrouwen) tot 91 procent (mannen) van de gevallen in 2001.
- De werkelijke sterfte gerelateerd aan roken is vermoedelijk hoger, omdat het effect van passief roken niet is verdisconteerd.

TABEL 7.4 **STERFGEVALLEN WEGENS ENKELE AANDOENINGEN ONDER MANNEN EN VROUWEN VAN 20 JAAR EN OUDER. PEILJAAR 2001**

Aandoening	Totale sterfte		Sterfte door roken	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Longkanker	6 402	2 345	5 856	1 741
Astma en COPD	3 932	2 416	3 322	1 660
Coronaire hartziekten	9 404	7 195	2 705	962
Beroerte (CVA)	4 656	7 334	997	766
Hartfalen	2 312	3 780	420	220
Slokdarmkanker	830	328	659	204
Strottehoofdkanker	200	40	160	32
Mondholtekanker	336	164	310	91
Totaal	28 027	23 602	14 428	5 676

Bron: RIVM, CBS.

Door de terugloop van het roken onder mannen tussen 1960 en 1990 daalde de sterfte aan longkanker onder mannen. Onder vrouwen, die juist meer zijn gaan roken, is de trend omgekeerd (tabel 7.5).

- De stijgende lijn van sterfte aan longkanker bij vrouwen zal zich nog enige tientallen jaren doorzetten.¹³¹
- De tegengestelde trends onder mannen en vrouwen houden elkaar in evenwicht. Daardoor is de totale sterfte aan longkanker al jarenlang vrij stabiel. In 2000 daalde de sterfte van longkanker onder mannen sterker dan in voorgaande jaren.

TABEL 7.5 **STERFTE AAN LONGKANKER ALS PRIMAIRE DOODS OORZAAK ONDER MENSEN VAN VIJFTIEN JAAR EN OUDER, VANAF 1985.**
STERFGEVALLEN PER 100 000 INWONERS

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
1985	127	16	71
1986	130	17	72
1987	127	17	71
1988	128	19	72
1989	123	20	70
1990	117	20	67
1991	118	20	68
1992	117	22	69
1993	115	24	69
1994	113	26	68
1995	112	27	69
1996	109	28	68
1997	108	29	68
1998	106	30	68
1999	105	33	68
2000	99	34	66
2001	100	35	67

1985-1996: ICD-9 code 162, vanaf 1996: ICD-10 codes C33-34 (zie bijlage C).

Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

7.8 AANBOD EN MARKT

- In 2002 werd 36 procent van de sigaretten verkocht via de algemene levensmiddelenhandel, 6 procent via de horeca, 25 procent in tabakspeciaalzaken, 24 procent in benzinestations en 9 procent via andere kanalen.⁹⁰ Verkoop via tabaksverkoopautomaten is hierin niet meegenomen.
- Op 1 januari 2003 kostte een pakje sigaretten in de meest populaire prijsklasse 3,54 euro, waarvan 2,06 euro accijns en 0,57 euro BTW. Een pakje shag van vijftig gram kostte 3,80 euro, waarvan 1,62 euro accijns en 0,61 euro BTW (tabel 7.6).

TABEL 7.6

PRIJZEN EN BELASTINGDRUK OP SIGARETTEN, VANAF 1970.
PEILDATUM: APRIL 2003

Jaar	Prijs in €	Belastingdruk in €	Belastingdruk in %
1970	0,86	0,60	69%
1975	1,02	0,68	67%
1980	1,36	0,98	72%
1985	1,88	1,35	72%
1990	1,97	1,37	70%
1995	2,56	1,84	72%
1996	2,61	1,87	72%
1997	2,79	2,01	72%
1998	2,93	2,11	72%
1999	3,04	2,19	72%
2000	3,15	2,27	72%
2001	3,43	2,50	73%
2002	3,54	2,58	73%
2003	3,54	2,63	74%

Prijs en belastingdruk in euro per pakje van 25 stuks. Belastingdruk bevat accijnsdruk en BTW. Bron: SSI.

De belastingdruk op tabaksproducten verschilt sterk tussen de lidstaten van de Europese Unie.

- Voor sigaretten kan het verschil tussen het hoogste en laagste accijns-tarief sterk uiteen lopen (tabel 7.7). Uitschieter naar boven is het Verenigd Koninkrijk. Nederland neemt een middenpositie in.¹³²

TABEL 7.7 **PRIJZEN EN BELASTINGDRUK OP SIGARETTEN IN DE LIDSTATEN VAN DE EUROPESE UNIE. PEILDATUM 15 APRIL 2003**

Land	Prijs in €	Accijns in €	BTW in €	Accijns+BTW in €
Verenigd Koninkrijk	8,98	5,83	1,34	7,17
Ierland	6,25	4,28	1,09	5,37
Zweden	5,15	2,57	1,03	3,60
Denemarken	5,05	3,11	1,01	4,12
Finland	5,00	2,88	0,90	3,78
Frankrijk	4,88	2,88	0,79	3,67
Duitsland	4,21	2,56	0,58	3,14
Nederland	3,54	2,06	0,57	2,63
België	3,52	2,08	0,61	2,69
Oostenrijk	3,36	1,95	0,56	2,51
Griekenland	2,93	1,69	0,45	2,14
Portugal	2,63	1,62	0,42	2,04
Luxemburg	2,60	1,57	0,28	1,85
Italië	2,58	1,50	0,43	1,93
Spanje	2,44	1,41	0,34	1,75

Prijs, accijns en BTW in euro per pakje van 25 sigaretten. Bron: Europese Commissie.

8 GEREgistREERDE DRUGCRIMINALITEIT

Binnen het Nederlandse drugbeleid staat de volksgezondheidsbenadering centraal; gezondheidsbescherming van het individu staat voorop. Het beleid richt zich daarnaast op beperking van de maatschappelijke schade die samen gaat met het gebruik van drugs: overlast, criminaliteit en openbare orde problemen. De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de strafrechtelijke handhaving en de reclassering. Door opsporing, vervolging en berechting van (internationale) handel, productie en bezit van drugs wordt het aanbod bestreden. Door inzet van verslavingsreclassering en programma's in detentie worden justitiabele drugverslaafden begeleid en naar de zorg toegeleid, met als doel verbetering van de situatie van de verslaafde en vermindering van druggerelateerde criminaliteit en -overlast.

Dit hoofdstuk geeft een cijfermatig overzicht van de inspanningen van politie, justitie en justitiële verslavingszorg. De vraag naar de aard en omvang van de geregistreeerde drugcriminaliteit en de strafrechtelijke reactie op die drugcriminaliteit staat centraal.

Drugcriminaliteit laat zich opsplitsen in twee, elkaar deels overlappende, componenten:

- *Drugwetcriminaliteit*: als omschreven in de drugwetten (Opiumwet, wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën) of samenhangend met die drugwetten (georganiseerde criminaliteit, 'witwassen' e.d. in combinatie met de drugwetcriminaliteit); en
- *Criminaliteit onder druggebruikers*: de door druggebruikers of drugverslaafden gepleegde criminaliteit. Hierbij dient te worden opgemerkt dat er geen causaal verband tussen druggebruik of verslaving en het plegen van misdrijven hoeft te zijn. Met andere woorden: druggebruik of verslaving hoeft niet noodzakelijkerwijze vooraf te gaan aan het plegen van delicten. Voorzover druggebruikers zich schuldig maken aan drugwetcriminaliteit is er sprake van een overlap tussen beide componenten.

Wij beschrijven in dit hoofdstuk alleen het gedeelte van de drugcriminaliteit dat opgehelderd is, dat wil zeggen, als er een (potentiële) dader gevonden is. De cijfers weerspiegelen dan ook in belangrijke mate de inspanningen van politie en justitie. Over het aandeel van de drugcriminaliteit in de totale (geregistreerde) criminaliteit doen wij in dit hoofdstuk geen uitspraken.^a De gegevens bestrijken zoveel mogelijk de jaren 1997 tot en met 2002.^b De nadruk bij de beschrijving van ontwikkelingen ligt op de verschillen die zich voordeden in 2002 ten opzichte van 2001. Waar mogelijk wordt onderscheid gemaakt tussen harddrug- en softdrugzaken. Bijlage B geeft een beschrijving van de gebruikte informatiebronnen. Niet alle gegevens zijn van even goede kwaliteit. In diverse publicaties is deze problematiek belicht.^{133;134} Vooral gegevens over in beslag genomen verdovende middelen moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd.¹³⁵ Ook geldt dat met de huidige gegevens het voorkomen van verslaving bij justitiabelen in bestanden van politie en justitie niet exact kan worden vastgesteld. In dit hoofdstuk hanteren wij dan ook de term 'druggebruiker' of 'probleemgebruiker van drugs' om een mogelijke verslavingsproblematiek bij de betrokken personen aan te geven. In de tekst geven wij bijzonderheden over de kwaliteit van de gebruikte informatiebronnen.

^a Resultaten kunnen niet zomaar naar de totale drugcriminaliteit worden vertaald. Alleen modelmatig opgezette schattingen kunnen indicaties hierover geven (zie NDM Jaarbericht 2002, p.202 e.v.).

^b Gegevens uit de Strafrechtsmonitor hebben betrekking op de jaren 1993, 1995 en 1999.

8.1 LAATSTE FEITEN EN TRENDS

De belangrijkste feiten en trends over de geregistreerde drugcriminaliteit in dit hoofdstuk zijn:

- In 2002 zijn meer Opiumwetverdachten aangehouden dan in het jaar daarvoor (§ 8.2.1).
- Meer dan de helft van het aantal opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit betreft Opiumwetdelicten (§ 8.2.2).
- Er is meer heroïne en ecstasy in beslag genomen en er zijn meer cannabisplanten in beslag genomen (§ 8.2.3).
- Het aantal bij het OM ingestroomde zaken stijgt aanzienlijk (§8.2.4).
- Het aantal Opiumwetzaken wegens productie van drugs is toegenomen (§8.2.6).
- Het aantal wegens Opiumwetdelicten opgelegde taak- en onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen is flink gestegen. Daarbij nam de gemiddelde duur van de onvoorwaardelijke vrijheidsstraf ook toe (§ 8.2.8).
- Het aandeel detentie jaren voor Opiumwetdelicten op het totaal neemt toe (§ 8.2.9).
- Het aandeel van de gevangenispopulatie dat gedetineerd is wegens een Opiumwetdelict stijgt aanzienlijk (§ 8.2.9).
- Veroordeelden voor een Opiumwetdelict recidiveren vaker dan andere veroordeelden (§ 8.2.10).
- Naar schatting een op de zeven tot een op de vijf strafzaken (excl. WED, VVW en WWM-zaken) betreft een drugsverslaafde (§ 8.3.2).
- Verdachten met een verslavingsproblematiek recidiveren vaker dan verdachten zonder deze problematiek (§ 8.3.3).
- Drie op de vier druggebruikende verdachten hebben elf of meer processen-verbaal wegens misdrijf in zijn/haar totale criminele voorgeschiedenis (§ 8.3.1).
- Drang en dwang worden vaker gebruikt om drugverslaafden via het justitiële traject de zorg in te loodsen (§ 8.4.3).
- De instroom in de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) groeit gestaag, maar eind mei 2003 is bijna een kwart van de beschikbare plaatsen nog onbezet (§8.2.4).

8.2 GEREgistREERDE DRUGWETCRIMINALITEIT

In §8.2 beschrijven wij de aard en omvang van de (geregistreerde) drugwetcriminaliteit – toegespitst op de Opiumwet – en de kenmerken van de plegers daarvan. Dit gebeurt volgens de lijn van de strafrechtsketen. Als eerste komen gegevens over de inspanningen van de politie aan bod: het aantal

aangehouden verdachten, opsporingsonderzoeken naar criminele samenwerkingsverbanden en in beslag genomen drugs. Dan volgen de activiteiten van het Openbaar Ministerie (OM): de hoeveelheid zaken en de wijze van afdoening. Uiteindelijk komt een deel van deze zaken terecht bij de rechter. Wij geven cijfers over het aantal zaken waar de rechter een uitspraak over doet en welke uitspraken dat zijn geweest. Tot slot volgen gegevens over detentie vanwege Opiumwetovertreden en (mogelijke) recidive van de daders.

8.2.1 VERDACHTEN OPIUMWET

Tabel 8.1 geeft het aantal verdachten dat wegens het plegen van een Opiumwetdelict (productie, vervoer, handel en/of bezit van drugs) een proces-verbaal heeft gekregen. Gekeken is naar het aantal verdachten dat een maal of meer per jaar voor een Opiumwetdelict geverbaliseerd is. Indien bij de overtreding van de Opiumwet harddrugs in het spel zijn spreken we in het volgende over 'harddrugdelicten'. En indien softdrugs in het spel zijn over 'softdrugdelicten'.

- In 2002 heeft de politie 10 583 unieke verdachten aangehouden wegens overtreding van de Opiumwet, vijf procent meer dan in 2001.
- Deze toename zien we zowel bij harddrugs als bij softdrugs.
- Zes op de tien verdachten van een Opiumwetdelict zijn aangehouden wegens harddrugdelicten.
- Het aandeel van softdrugverdachten op het totale aantal verdachten schommelt rond de 40%.

TABEL 8.1 AANTAL UNIEKE¹ VERDACHTEN VAN OPIUMWETDELICTEN, VANAF 1997

Aantal	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Totaal	10 151	10 187	9 337	8 207	10 089	10 583
• Harddrugs	6 355	6 104	5 628	5 061	6 008	6 231
• Softdrugs	3 796	4 083	3 709	3 146	4 081	4 352
%						
• Harddrugs	63%	60%	60%	62%	60%	59%
• Softdrugs	37%	40%	40%	38%	40%	41%

¹ Unieke verdachten: elke verdachte is in de tabel slechts een maal per jaar geteld, ook al wordt hij/zij in een jaar vaker voor een Opiumwetdelict geverbaliseerd. Dit om een zuiver beeld van de kenmerken van de verdachten te kunnen schetsen. Bron: HKS, KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.

Tabel 8.2 geeft een aantal kenmerken van de verdachten die in 2002 zijn aangehouden vanwege een overtreding van de Opiumwet.

- De meeste verdachten van een Opiumwetdelict zijn man. Bij softdrugdelicten zijn iets vaker vrouwen betrokken dan bij harddrugdelicten.
- Softdrugverdachten wonen voornamelijk in middelgrote steden: 41 procent woont in gemeenten met 20 tot 100 duizend inwoners. Harddrugverdachten wonen veelal in grote steden: 39 procent woont in gemeenten met 150 duizend of meer inwoners. Een op de zes softdrugverdachten en een op de zeven harddrugverdachten woont in het buitenland.
- Opvallend is het hogere percentage als (hard-) druggebruiker geregistreerden onder de harddrugverdachten. Softdrugverdachten staan veelal niet als druggebruiker geregistreerd.^c
- Softdrugverdachten hebben in hun totale geregistreerde criminele voorgeschiedenis (tot 2002) minder antecedenten 'opgelopen' dan harddrugverdachten. Ruim de helft (53%) heeft niet meer dan twee antecedenten in totaal. Bij harddrugdelicten is dit 43 procent. Van alle harddrugverdachten heeft een kwart (25%) elf of meer antecedenten. Bij softdrugverdachten is dit 16 procent.
- Softdrugverdachten zijn gemiddeld drie jaar ouder dan harddrugverdachten (33 versus 30 jaar).

^c Zie voor beperking van deze classificaties druggebruikende verdachten de opmerking bij §8.3.1.

TABEL 8.2 **KENMERKEN VAN VERDACHTEN VAN OPIUMWETDELICTEN NAAR TYPE DRUG. PEILJAAR 2002**

		Softdrugs	Harddrugs
Totaal aantal		4 352	6 231
Geslacht	man	86%	90%
	vrouw	14%	10%
Woongemeente naar aantal inwoners ^I	onbekend	1%	3%
	minder dan 10 000	1%	1%
	10 000 - 20 000	7%	4%
	20 000 - 50 000	19%	14%
	50 000 - 100 000	22%	14%
	100 000 - 150 000	9%	11%
	150 000 - 250 000	11%	8%
	250 000 en meer (G4)	11%	31%
	Buitenland	18%	15%
Gevarenclassificatie verslaving ^{II}	Alcohol	1%	2%
	Drugs	3%	25%
	Anders	2%	7%
	Geen	95%	73%
Aantal antecedenten ^{III} uit totale geregistreerde criminele voorgeschiedenis	1	42%	31%
	2	11%	12%
	3 - 4	13%	13%
	5 - 10	18%	19%
	11 - 20	10%	12%
	21 of meer	6%	13%
Leeftijd bij registratie laatste delict	12-17	3%	5%
	18-24	24%	30%
	25-34	33%	35%
	35-44	24%	21%
	45 en ouder	16%	9%

^I De delicten kunnen in een andere gemeente dan de woongemeente van de verdachte gepleegd zijn.

^{II} zie opmerkingen bij §8.3.1. ^{III} Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van 1 of meer misdrijven is opgemaakt. Bron: HKS, KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.

8.2.2 OPSPORINGSONDERZOEKEN GEORGANISEERDE CRIMINALITEIT

De opsporingsactiviteiten van de politie zijn behalve aan het aantal aangehouden verdachten ook af te meten aan het aantal opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit. Gegevens van het KLPD geven hiervan een indicatie. De dienst Nationale Recherche, groep Onderzoek en Analyse inventariseert de opsporingsonderzoeken die de Nederlandse politie jaarlijks op het gebied van georganiseerde criminaliteit onderneemt.^d Twee belangrijke kanttekeningen zijn:

- In 2002 is de KLPD overgegaan op een nieuwe registratiemethode om de onderzoeken te inventariseren. Waar voorheen elk jaar weer de gegevens van alle opsporingsonderzoeken in het verslagjaar bij de regio's opgevraagd werden, wordt vanaf heden het zogenaamde *Crimineel SamenwerkingsVerband* formulier (CSV) gehanteerd, waarop elk opsporingsonderzoek door de regio's geregistreerd en gevolgd wordt. Naar verwachting is de registratie van de Criminele Samenwerkingsverbanden in 2002 dan ook completer, dan in de jaren ervoor. Hiermee dient bij de interpretatie rekening gehouden te worden.
- Bij elk opsporingsonderzoek kunnen meer (al dan niet met elkaar verweven) dadergroepen betrokken zijn. Het aantal criminele samenwerkingsverbanden kan dus groter zijn dan het aantal opsporingsonderzoeken. Binnen een onderzoek kan ook sprake zijn van meer soorten drugs of activiteiten op het gebied van drugs. De aantallen in tabel 8.3 en 8.4 kunnen daarom niet bij elkaar worden opgeteld.

Volgens tabel 8.3 zijn er in 2002 meer onderzoeken geïnventariseerd dan in 2001. Dit heeft vermoedelijk, zoals al opgemerkt, te maken met het gebruik van een nieuwe methode.

- Zes op de tien opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit richten zich op drugwetcriminaliteit. Het aandeel drugwetcriminaliteit op het totale aantal is in 2002 ongeveer gelijk aan dat in 2001.
- 33 onderzoeken richten zich op zowel harddrugs als softdrugs (niet in tabel). Dat is 28 procent van alle drugsonderzoeken en 18 procent van alle opsporingsonderzoeken. In iets meer dan de helft (63 van de 117 drugs-gerelateerde opsporingsonderzoeken) van alle onderzoeken die betrekking hebben op drugs, wordt slechts in een soort drugs gehandeld. Uit iets minder dan de helft van de (51 van de 117) onderzoeken blijkt dat de betrokken criminele samenwerkingsverbanden in meer typen drugs handelen.

^d Deze inventarisatie wordt uitgevoerd in opdracht van de Europese Raad. Dat betekent dat alleen opsporingsonderzoeken die voldoen aan de criteria die de Europese Raad voor georganiseerde criminaliteit heeft opgesteld, worden meegenomen (zie bijlage B).

In drie opsporingsonderzoeken blijft onbekend of er in een of meer soorten drugs gehandeld wordt.

- Ruim de helft (53%) van de onderzoeken naar harddrugs betreft synthetische drugs. Cocaine komt in 44 procent van de harddrugonderzoeken voor, heroïne in iets meer dan een kwart (28%). Opsporingsonderzoeken naar softdrugs gaan in de meeste gevallen om nederwiet (47%) of hasj (42%).

TABEL 8.3 OPSPORINGSONDERZOEKEN NAAR MEER ERNSTIGE VORMEN VAN GEORGANISEERDE CRIMINALITEIT: AANDEEL DRUGWETCRIMINALITEIT PER TYPE DRUG, VANAF 1998^I

	1998	1999	2000	2001	2002 ^{II}
Totaal aantal	149	118	148	146	185
• Harddrugs	77 (52%)	66 (56%)	64 (43%)	75 (51%)	97 (52%)
• Softdrugs	50 (34%)	51 (43%)	43 (29%)	37 (25%)	53 (29%)
• Hard-en/of softdrugs	98 (66%)	75 (64%)	78 (53%)	90 (62%)	117 (63%)

^I Er zijn geen gegevens beschikbaar voor 1997. Bron: KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse. II. Door een verbeterde registratiewijze is het aantal opsporingsonderzoeken in 2002 niet direct vergelijkbaar met dat in de jaren ervoor. Op de verdeling naar type drug heeft deze verbeterde registratie naar verwachting weinig effect.

Tabel 8.4 geeft informatie over de aard van de activiteiten die de criminele samenwerkingsverbanden ondernemen op het gebied van drugs.

- De criminele samenwerkingsverbanden houden zich in meer dan de helft van het aantal onderzoeken bezig met verschillende activiteiten op het gebied van drugs.
- De onderzochte criminele groeperingen houden zich vaker bezig met activiteiten op het gebied van transport en handel dan met productie van drugs.
- Activiteiten op het gebied van productie bij softdrugs (met name nederwiet) zijn toegenomen.
- De productie van harddrugs (synthetische drugs) speelt in 2002 een relatief kleinere rol dan in 2001.

TABEL 8.4 OPSPORINGSONDERZOEKEN NAAR DRUGWETCRIMINALITEIT NAAR PRODUCTIE, TRANSPORT EN HANDEL PER TYPE DRUG^I

	Productie	Transport	Handel	Totaal
1998				
Harddrugs	15 (19%)	64 (83%)	54 (70%)	77
Softdrugs	3 (6%)	37 (74%)	37 (74%)	50
Hard-en/of softdrugs	18 (18%)	78 (80%)	71 (72%)	98
1999				
Harddrugs	15 (23%)	47 (71%)	44 (67%)	66
Softdrugs	3 (6%)	34 (67%)	32 (63%)	51
Hard-en/of softdrugs	16 (21%)	59 (79%)	57 (76%)	75
2000				
Harddrugs	17 (27%)	48 (75%)	44 (69%)	64
Softdrugs	6 (14%)	32 (74%)	24 (56%)	43
Hard-en/of softdrugs	21 (27%)	58 (74%)	51 (65%)	78
2001				
Harddrugs	24 (32%)	52 (68%)	46 (61%)	75
Softdrugs	8 (21%)	24 (65%)	19 (51%)	37
Hard-en/of softdrugs	30 (33%)	63 (70%)	57 (63%)	90
2002 ^{II, III}				
Harddrugs	17 (18%)	65 (67%)	67 (69%)	97
Softdrugs	17 (32%)	28 (53%)	32 (60%)	53
Hard-en/of softdrugs	33 (28%)	79 (68%)	81 (69%)	117

Aantal opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit.

^I Bij elk opsporingsonderzoek kunnen meer dadergroepen betrokken zijn. De aantallen kunnen niet bij elkaar opgeteld worden, omdat binnen een onderzoek sprake kan zijn van verschillende soorten drugs en verschillende activiteiten op het gebied van drugs. Bron: KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse. ^{II} Door een verbeterde registratiewijze is het aantal opsporingsonderzoeken in 2002 niet direct vergelijkbaar met dat in de jaren ervoor. Op de verdeling naar type drug heeft deze verbeterde registratie naar verwachting weinig effect. ^{III} De verdeling naar productie, transport en handel in het jaar 2002 is op basis van secundaire analyse van zaaksgegevens tot stand gekomen. In de CVS-registratie is die uitsplitsing niet als zodanig opgenomen.

8.2.3 IN BESLAG GENOMEN DRUGS

De KLPD/DNRI (groep Onderzoek en Analyse) rapporteert jaarlijks over de hoeveelheid in beslag genomen drugs.^e De onderzoekers inventariseren deze hoeveelheid op basis van opgave door de politiekorpsen, kernteams, douane en de Koninklijke Marechaussee.^f

De hier gepresenteerde cijfers en interpretatie van de resultaten aangaande in beslag genomen drugs zijn overgenomen uit de rapportage *In beslag genomen verdovende middelen 2002*.¹³⁵ Bij deze cijfers gelden de volgende kanttekeningen:

- De kwaliteit van de gegevens staat ter discussie. Volgens Bijkerk en Van der Werf (2003) is de registratie van inbeslagnemingen binnen de korpsen en andere opsporingsinstanties niet centraal, vaak ook niet uniform en vindt soms helemaal niet plaats. Door onderrapportage ligt de werkelijke hoeveelheid in beslag genomen drugs hoger dan de cijfers in tabel 8.5.
- De verschillen tussen de drugssoorten en tussen de jaren onderling zijn dermate weinig systematisch dat het erg moeilijk is ze te interpreteren en er trends uit af te leiden. De hoeveelheden in beslag genomen drugs kunnen variëren al naar gelang de opsporingsinspanningen, het aantal zaken dat zich aandient, veranderingen in de markt en/of nauwkeurigheid in de registratie.^g

Bijkerk en Van der Werf beschrijven op basis van de in tabel 8.5 weergegeven cijfers – met de hiervoor genoemde kanttekeningen – de volgende ontwikkelingen¹³⁵:

- Heroïne: de in beslag genomen hoeveelheid is vrij stabiel tussen 1997 en 2001. In 2002 stijgt de in beslag genomen hoeveelheid heroïne.
- Cocaïne: er is over het geheel genomen geen dalende of stijgende trend waar te nemen. Net als in 2000 en 2001 heeft de douane in 2002 samen met de Koninklijke Marechaussee het leeuwendeel van het totaal (7 521 kg = 94%) voor haar rekening genomen.
- Ecstasy: in 2002 zijn in Nederland beduidend meer ecstasypillen in beslag genomen dan in 2001.
- Cannabis: het gaat hier om hasj, nederwiet en in het buitenland geteelde marihuana. Vanaf 2000 is een behoorlijke afname te zien. Ter vergelijking:

^e Het bepalen van (handels-, gebruiks- en/of opsporings-) trends is ook van belang bij de prioritering van opsporingsinspanningen en de allocatie van mensen en middelen.

^f Voor een beschrijving van de bron, zie bijlage B.

^g Onbekend is bijvoorbeeld of het toegenomen aantal in beslag genomen ecstasypillen en de piek van de hoeveelheid in beslag genomen heroïne wijzen op vergrote politie(ke) interesse voor synthetische drugs en heroïne, een gebruikerstrend, of op enkele meer of minder toevallige grote zaken.

in 1995 werd er nog 332 086 kg cannabis in beslag genomen. Het aantal in beslag genomen cannabisplanten vertoont een stijging vanaf 1999.

- Hasjolie en LSD: hasjolie wordt de laatste tijd nog maar zelden aangetroffen. Vanaf 2000 zijn hier zelfs geen cijfers meer over bekend. Van LSD werden er in 2002 nog maar 355 trips in beslag genomen, terwijl in 'topjaar' 1993 dit aantal nog op 187 000 trips lag.

TABEL 8.5 **HOEVEELHEDEN IN BESLAG GENOMEN DRUGS IN NEDERLAND, VANAF 1997**

Soort	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Heroïne						
• Z.O. Azië	-	-	-	-	-	-
• Z.W. Azië	-	-	-	-	-	-
• herkomst onbekend	-	-	-	-	-	-
• in kilogrammen	999	784	770	896	739	1 122
Cocaïne						
• in kilogrammen	11 495	8 998	10 361	6 472	8 389	7 968
Amfetamine						
• in kilogrammen	815	1 450	853	293	579	481
• in tabletten	102 240	242 409	45 847	-	20 592	1 028
• in liters (olie)	-	-	-	-	-	-
Ecstasy^I (MDMA+MDEA+MDA+PMA+2C-B) ^{II}						
• gewicht	703	***	***	632	113	849
• tabletten	870 980	1 163 514	3 663 608	5 500 000	3 684 505	6 787 167
• Aantal ontdekte productieplaatsen	-	-	36	37	35	43
LSD						
• in trips	27 594	35 964	244	9 829	28 731	355
• in tabletten	40	1 826	2 423	143	-	-
Methadon						
• in kilogrammen	2	-	50	16	-	1
• in tabletten	16 748	4 093	186 437	5 543	8 968	9 446
• in liters						0,57
Hasjolie						
• in liters	-	150	1	-	-	-
Cannabis						
• Hasjiesj in kilogrammen	30 272	70 696	61 226	29 590	10 972	32 717
• Marihuana in kilogrammen	33 815	54 582	47 039	9 629	21 139	9 958
• Nederwiet in kilogrammen	1 500	881	2 076	701	1 308	. ^{III}
• Gewicht cannabis totaal	65 587	126 159	110 341	39 920	33 419	42 675
• Hennep in aantallen planten	553 135	353 178	582 588	661 851	884 609	900 381
• Aantal 'opgerolde' hennepkwekerijen	520	616	1 091	1 372	2 012	1 574
Aantal inbeslagnemingen	4 093	4 652	14 909	9 243	14 353	18 823
Aantal opsporingsonderzoeken ^{IV}			2 828V	4 731	4 701	4 344

- geeft aan dat er geen inbeslagnemingen (bekend) zijn.

*** geeft aan dat het de jaarcijfers van de Unit Synthetische Drugs betreft. Als meeteenheid gebruikt de USD het aantal in beslag genomen tabletten. Weergave in kilogrammen en/of liters ontbreekt daarom.

^I Volgens definitie van de USD vallen MDMA, MDEA, MDA, PMA en 2 C-B tabletten onder de noemer ecstasy (dit geldt vanaf 2000).

^{II} Periode 1996 t/m 1999 waren MDMA, MDA en MDEA nog gesplitst, maar dit onderscheid is er uit gelaten voor de overzichtelijkheid van de tabel (voor de jaren 1996 t/m 1999 zijn daarom MDMA, MDA en MDEA in deze tabel bij elkaar opgeteld).

^{III} Per abuis is in het registratieformulier niet gevraagd naar inbeslagnemingen nederwiet in kg. Met uitzondering van het aantal planten, waarbij het veelal om nederwiet gaat, kunnen hierover derhalve geen uitspraken gedaan worden.

^{IV} Dit aantal overlapt met de in de vorige paragraaf benoemde opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit. De cijfers in tabel 8.5 genoemd betreffen niet alle georganiseerde criminaliteit en voldoen niet alle aan de vastgestelde criteria (zie bijlage B).
Bronnen: Korps landelijke politiediensten, Regionale politiekorpsen, Kernteams, Douane, Koninklijke Marechaussee, Unit Synthetische Drugs, KLPD/DNRI groep Onderzoek en Analyse.

^V Vanaf 1999 is ook gevraagd om het aantal opsporingsonderzoeken dat gepaard is gegaan met de in beslagnemingen.

8.2.4 INSTROOM BIJ HET OPENBAAR MINISTERIE

De politie stuurt de processen-verbaal wegens opiumwetdelicten door naar het Openbaar Ministerie (OM). Niet alle processen-verbaal worden ingeschreven bij het OM. Strafzaken worden namelijk al bij de politie 'gefilterd', dat wil zeggen beoordeeld op succes van vervolgbaarheid. Met name deze 'gefilterde' zaken komen niet altijd terecht in de registratie van het OM.

Tabel 8.6 geeft de aantallen ingestroomde zaken naar type drug.

- Het aantal bij het Openbaar Ministerie ingestroomde zaken stijgt in 2002 met 17 procent ten opzichte van 2001. Zowel bij harddrugs- (+20%) als bij softdrugszaken (+15%) is een toename waarneembaar. De categorie hard- en softdrugs neemt af (-7%).
- Het aandeel harddrugszaken stijgt sinds 1998 met enkele procentpunten en komt daarmee in 2002 uit op 58 procent. Het aandeel softdrugzaken toont weinig verandering. Daarentegen halveert het aandeel zaken in de categorie hard- en softdrugs: van 10 in 1997 naar 5 procent in 2002.
- Uit nadere analyse van de recente toename van het aantal Opiumwetzaken blijkt dat deze voor de helft veroorzaakt wordt door de toename bij het arrondissement Haarlem. Dit arrondissement behandelt veel zaken van Schiphol. Vermoedelijk betreft deze toename dan ook voor een belangrijk deel zaken tegen drugskoeriers, waaronder de zogenoemde bolletjesslikkers (zie ook paragraaf 8.2.9).

**TABEL 8.6 OPIUMWETZAKEN INGESTROOMD BIJ HET OPENBAAR MINISTERIE
NAAR TYPE DRUG, VANAF 1997**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Harddrugs	7 232	6 553	6 407	6 397	7 672	9 246
Softdrugs	4 800	4 832	4 380	4 324	5 059	5 832
Hard- en softdrugs	1 371	1 231	888	792	827	770
Totaal	13 403	12 616	11 675	11 513	13 558	15 848
Harddrugs	54%	52%	55%	56%	57%	58%
Softdrugs	36%	38%	38%	38%	37%	37%
Hard- en softdrugs	10%	10%	8%	7%	6%	5%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Aantal opiumwetzaken per jaar, percentages van het totaal. Bron: OMDATA, WODC.

8.2.5 AFDOENING DOOR HET OPENBAAR MINISTERIE

Tabel 8.7 geeft inzicht in de wijze waarop het Openbaar Ministerie de Opiumwetzaken onherroepelijk heeft afgedaan.

- In 2002 neemt het aantal onherroepelijk door het Openbaar afgedane strafzaken toe (+19%) naar ruim 13 duizend zaken, een trend die al een aantal jaren te zien is.
- Het OM brengt voor het merendeel van de drugzaken een dagvaarding uit, dat wil zeggen dat deze zaken voor de rechter worden gebracht. Het percentage gedagvaarde drugzaken in totaliteit is in 2002 gelijk gebleven aan 2001. Bij softdrugzaken zien we een daling.
- Er wordt in vergelijking met 2001 in 2002 vaker een transactie aangeboden. Dit geldt vooral voor softdrugzaken.
- Bij zaken waarbij zowel hard- en softdrugs een rol spelen, wordt relatief vaak een dagvaarding uitgebracht.
- Het aandeel septs en voegingen op het totaal aantal zaken daalt in 2002.

TABEL 8.7 AANTAL ONHERROEPELIJK AFGEDANE STRAFZAKEN VANWEGE OPIUMWETDELICTEN NAAR TYPE DRUG, VANAF 1997

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Totaal aantal Opiumwetzaken	10 761	11 611	11 132	10546	11 143	13 206
• Dagvaarding	64%	66%	72%	71%	67%	67%
• Transactie	13%	12%	9%	9%	16%	18%
• Beleidssepot	8%	7%	6%	6%	6%	5%
• Technisch sepot	10%	9%	8%	9%	7%	6%
• Voeging	5%	6%	5%	5%	5%	4%
<i>Harddrugs</i>						
• Dagvaarding	70%	72%	75%	76%	74%	75%
• Transactie	5%	5%	4%	4%	7%	10%
• Beleidssepot	9%	8%	7%	7%	6%	4%
• Technisch sepot	11%	10%	9%	9%	8%	6%
• Voeging	6%	6%	5%	5%	5%	5%
<i>Softdrugs</i>						
• Dagvaarding	55%	62%	68%	64%	56%	53%
• Transactie	22%	18%	16%	17%	29%	33%
• Beleidssepot	8%	7%	5%	6%	5%	5%
• Technisch sepot	10%	8%	7%	8%	6%	5%
• Voeging	5%	5%	5%	4%	4%	3%
<i>Hard- en softdrugs</i>						
• Dagvaarding	89%	82%	89%	84%	78%	81%
• Transactie	0%	1%	2%	3%	3%	3%
• Beleidssepot	3%	4%	2%	2%	7%	4%
• Technisch sepot	5%	9%	4%	8%	9%	9%
• Voeging	3%	4%	3%	3%	3%	3%

Bron: OBJD, WODC.

8.2.6 AARD VAN DE OPIUMWETZAKEN

Tabel 8.8 geeft inzicht in de aard van de Opiumwetzaken die door de rechter of het Openbaar Ministerie zijn afgedaan. Hiervoor is gebruik gemaakt van de Strafrechtmonitor van het WODC (SRM, zie bijlage B). De tabel geeft een indicatie van de verdeling naar type drugzaak over de jaren heen.

- Er is een toename in het aandeel van productiezaken uit 1999 ten opzichte van 1995 en 1993; in 1999 heeft circa een kwart van de Opiumwetzaken betrekking op de productie van drugs.
- Het aandeel veroordelingen voor bezit van drugs al dan niet 'voor eigen gebruik' neemt duidelijk af.
- Opiumwetzaken waarin verdachten voor drugtransport zijn vervolgd, betreffen veelal in- en uitvoer van drugs.
- Het aandeel veroordelingen voor transport binnen Nederland is beperkt.

TABEL 8.8 AANDEEL VAN PRODUCTIE, TRANSPORT, HANDEL EN BEZIT VOOR EIGEN GEBRUIK IN OPIUMWETZAKEN, VANAF 1993^I

	1993	1995	1999
Productie	3%	7%	25% ^{II}
Transport	21%	18%	24%
• Invoer	7%	8%	12%
• Uitvoer	9%	6%	10%
• Vervoer in Nederland	5%	4%	2%
Handel	31%	46% ^{III}	31% ^{IV}
Bezit (al dan niet voor eigen gebruik)	45%	29%	21% ^{III}
Totaal aantal zaken	58	99	146

Aandeel in percentages. ^I De cijfers t/m 1999 zijn enigszins gedateerd. Er zit echter een behoorlijke tijdspanne tussen het opmaken van een proces-verbaal bij de politie en het bekend worden van de uitspraak van de rechter. Daarnaast vraagt het opbouwen van een Strafrechtmonitor met veel detailgegevens een grote personele tijdsinvestering. Gezien het belang van deze aanvullende informatie is toch gekozen voor opname in dit hoofdstuk. ^{II} Verschilt statistisch significant van 1993 en 1995 ($p < .05$).

^{III} Verschilt statistisch significant van 1993 ($p < .05$).

^{IV} Verschilt statistisch significant van 1995 ($p < .05$). Bron: SRM.

8.2.7 AFDOENING DOOR RECHTER

Het merendeel van de Opiumwetzaken wordt, zoals uit paragraaf 8.2.5 blijkt, voor de rechter gebracht. Tabel 8.9 laat het aantal door de rechter behandelde zaken zien.

- Het aantal zaken dat de rechter afdoet stijgt van 2001 naar 2002 met 15 procent. Deze stijging doet zich voor bij zowel harddrugzaken (+ 23%; niet in tabel weergegeven) als softdrugzaken (+ 8%). Het aantal zaken van hard- en softdrugs daalt met 12 procent. Dit beeld vertoont gelijke tred met de instroom- en afdoeningscijfers van het OM.^h
- De rechter doet relatief meer harddrugzaken af: het aandeel harddrugzaken neemt sinds 1999 toe: van een op de twee in 1999 naar twee op de drie in 2002.

TABEL 8.9 AANTAL IN EERSTE AANLEG DOOR RECHTER AFGEDANE ZAKEN
NAAR TYPE DRUG EN AANDEEL PER JAAR NAAR TYPE DRUG,
VANAF 1997

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Harddrugs	4 699	4 769	4 558	4 720	5 321	6 543
Softdrugs	2 014	2 628	3 223	2 744	2 858	3 078
Hard- en softdrugs	701	720	664	609	658	581
Totaal	7 414	8 117	8 445	8 073	8 837	10 202
Harddrugs	63%	59%	54%	58%	60%	64%
Softdrugs	27%	32%	38%	34%	32%	30%
Hard- en softdrugs	9%	9%	8%	8%	7%	6%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: OMDATA, WODC.

^h De (jaar-) cijfers van OM in tabel 8.7 en rechter in tabel 8.9 zijn niet zonder meer met elkaar te vergelijken: tussen de instroom, de afdoening van het OM en het moment waarop de rechter uitspraak in een zaak doet, zit een tijdsverschil; de OM-cijfers in tabel 8.7 betreffen onherroepelijk afgedane zaken, die van de rechter in tabel 8.9 in eerste aanleg afgedane zaken.

8.2.8 SANCTIES IN OPIUMWETZAKEN

Tabel 8.10a, 8.10b en 8.10c beschrijven de soorten sancties, financiële transacties door het Openbaar Ministerie, en de door de rechter oplegde straffen, taakstraf, onvoorwaardelijke vrijheidsstraf, geldboete en ontneming.

- Volgens tabel 8.10a stijgt de sanctiekans van 86 procent in 2001 naar 89 procent in 2002. Dit wil zeggen dat 89 van de 100 verdachten een sanctie krijgen opgelegd. De andere verdachten worden vrijgesproken of hun zaak wordt geseponeerd. Mogelijk is deze stijging deels toe te schrijven aan een registratie-effect. Strafzaken worden tegenwoordig al bij de politie gefilterd, dat wil zeggen beoordeeld op succes van vervolgbaarheid. Deze 'gefilterde' zaken komen niet altijd terecht in de registratie van het OM.
- Het aantal opgelegde taakstraffen (+25%) en onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen (+ 32%) is van 2001 naar 2002 sterk gestegen. Deze stijging van het aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen wordt vermoedelijk voor een aanzienlijk deel door op Schiphol aangehouden drugskoeriers (waaronder de zogenoemde 'bolletjesslikkers') veroorzaakt (zie ook paragraaf 8.2.9).

TABEL 8.10A SANCTIEKANS EN AANTAL ONHERROEPELIJKE SANCTIES IN OPIUMWETZAKEN, VANAF 1997

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Sanctiekans ¹	81%	83%	86%	85%	86%	89%
Aantal sancties						
• Taakstraf	1 441	1 853	2 129	2 138	2 382	2 985
• Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	3 522	3 676	3 578	3 341	3 523	4 641
• Transactie financieel	1 101	1 157	911	838	1 568	1 884
• Geldboete	1 287	1 476	1 634	1 350	1 393	1 522
• Ontneming	90	91	74	73	46	58

¹ De sanctiekans geeft een indicatie van de kans dat een bekend geworden dader van een Opiumwetdelict gestraft wordt. De sanctiekans is gedefinieerd als het aandeel transacties vermeerderd met de schuldigverklaringen met sanctie, gedeeld door het totale aantal afgedane zaken (exclusief de voegingen en de overdrachten). Bron: OBDJ, WODC.

- Volgens tabel 8.10b daalt de gemiddelde duur van de opgelegde taakstraffen sinds 1997.
- De gemiddelde duur van de onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen neemt in 2002 vergeleken met 2000 en 2001 in aanzienlijke mate toe.

TABEL 8.108 GEMIDDELDE DUUR (DAGEN) VAN TAAKSTRAFFEN EN ONVOORWAARDELIJKE VRIJHEIDSSTRAFFEN IN OPIUMWETZAKEN, VANAF 1997

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Taakstraf	136	128	124	122	121	114
Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	376	368	369	348	356	382

Bron: OBJD, WODC.

- Volgens tabel 8.10c neemt het gemiddelde bedrag van de opgelegde financiële transacties toe. Dit komt voornamelijk door een aantal zeer hoge transactiebedragen in 2002.
- Het bedrag dat bij de ontnemingen omgaat wisselt sterk per jaar.

TABEL 8.10C GEMIDDELD BEDRAG (€) VAN TRANSACTIES, GELDBOETES EN ONTNEMINGEN IN OPIUMWETZAKEN, VANAF 1997

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Transactie financieel	261	328	466	437	443	636
Geldboete	2 636	1 528	1 695	1 529	1 022	1 144
Ontneming	17 031	12 012	10 092	6 976	10 568	3 642

Bron: OBJD, WODC.

8.2.9 CAPACITEITSBESLAG VRIJHEIDSSTRAFFEN OPIUMWET

Uiteindelijk belandt een aantal veroordeelden in de gevangenis. Tabel 8.11a beschrijft het capaciteitsbeslag van de in eerste aanleg wegens Opiumwetdelicten opgelegde (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen. Weergegeven zijn het aandeel vrijheidstraffen wegens Opiumwetdelicten op het totaal aantal vrijheidsstraffen en het aandeel detentiejaren wegens Opiumwetdelicten op het totaal aantal detentiejaren.

- Van 2001 naar 2002 neemt het aandeel detentiejaren voor Opiumwetdelicten toe van 25 naar 31 procent. Van de totale groei van het aantal detentiejaren van 2001 naar 2002 komt bijna tweederde voor rekening van de toename van de voor Opiumwetdelicten opgelegde detentiejaren.
- In absolute zin is sprake van een stijging van het aantal detentiejaren voor

Opiumwetdelicten van 2000 naar 2001 met 20 procent en van 2001 naar 2002 met 37 procent. Ter vergelijking: het totaal aantal detentiejaren, exclusief Opiumwetdelicten, steeg in deze jaren met respectievelijk met 7 en 10 procent (niet in tabel weergegeven).

- De recente stijging van het capaciteitsbeslag lijkt in belangrijke mate veroorzaakt te worden door de toegenomen aandacht voor drugkoeriers (waaronder de 'bolletjesslikkers') op Schiphol. Volgens prognoseonderzoek van het WODC is die toegenomen aandacht duidelijk voelbaar voor het gevangeniswezen. Dit kan worden afgeleid uit het aantal in Haarlem opgelegde detentiejaren voor Opiumwetdelicten. Deze verdubbelde van 1994 naar 2000, terwijl in de rest van Nederland een lichte daling optrad. In 2001 werd 10 procent van alle in Nederland uitgesproken detentiejaren opgelegd in Haarlem voor Opiumwetdelicten 136. Zie ook paragraaf 8.2.4. In 2002 steeg dit aandeel naar 16 procent.

TABEL 8.11A CAPACITEITSBESLAG VRIJHEIDSSTRAFFEN OPIUMWET^I: AANTAL VRIJHEIDSSTRAFFEN EN DUUR IN DETENTIEJAREN OP TOTAAL, VANAF 1997

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Aantal vrijheidsstraffen	24 165	25 014	27 408	27 499	29 703	33 618
Opiumwet totaal	13%	13%	12%	11%	12%	15%
• harddrugs ^{II}	12%	12%	10%	10%	12%	14%
• softdrugs ^{II}	1%	1%	1%	1%	0%	0%
Overige strafzaken	87%	87%	88%	89%	88%	85%
Detentiejaren ^{III}	10 182	9 625	10 001	9 763	11 226	13 249
Opiumwet totaal	25%	26%	24%	23%	25%	31%
• harddrugs ^{II}	24%	25%	23%	23%	25%	30%
• softdrugs ^{II}	1%	1%	1%	0%	0%	0%
Overige strafzaken	75%	74%	76%	77%	75%	69%

^I Exclusief jeugdetentie. ^{II} De onderverdeling naar hard- en softdrugdelicten is gemaakt op basis van het zwaarste delict. Dit betekent dat een zaak waarin naast een harddrugdelict ook een softdrugdelict ten laste wordt gelegd geclassificeerd onder 'harddrugs'. ^{III} Detentiejaren zijn berekend door de som te nemen van het onvoorwaardelijke deel van de strafduur, waarbij het deel dat op grond van de v.i. regeling niet wordt uitgezeten eerst van de strafduur is afgetrokken. Bron: WODC¹³⁷

Tabel 8.11b geeft het aantal gedetineerden en de verdeling naar soort delict waarvoor zij gedetineerd zijn.

- Het aandeel van de gevangenispopulatie dat gedetineerd is wegens een Opiumwetdelict steeg van 24 in 2001 naar 27 procent in 2002 (3232). In 2000 bedroeg dit aandeel nog 21 procent.
- De gevangenispopulatie bestaat zowel in relatieve als absolute zin steeds vaker uit veroordeelden voor Opiumwetdelicten.

TABEL 8.11B AANTAL PERSONEN IN PENITENTIAIRE INRICHTINGEN EN HUN DELICTEN, VANAF 1999¹

	1999	2000	2001	2002
<i>Totaal aantal</i>	8 789	10 300	11 399	11 960
• Verkeer	1%	1%	1%	1%
• Vernieling/openbare orde	3%	2%	4%	4%
• Vermogensmisdriften	22%	20%	20%	19%
• Opiumwet	21%	21%	24%	27%
• Gewelddsmisdriften	43%	43%	42%	42%
• Onbekend/overig	11%	12%	9%	8%
• Totaal ^{II}	101%	99%	100%	101%

^I Wegens registratieproblemen zijn momenteel cijfers beschikbaar vanaf 1999. Cijfers zijn exclusief vreemdelingenbewaring. ^{II} Afrondingsverschillen. Bron: TULP, DJI.

8.2.10 RECIDIVE VAN OPIUMWETDELINQUENTEN

Deze paragraaf geeft een beeld van het aantal verdachten van Opiumwetdelicten die ondanks een strafoplegging wéér in contact komen met Justitie. De gegevens zijn afkomstig van de WODC- Recidivemonitor (zie bijlage B).

Vóórkomen van recidive

Om een beeld te krijgen van de recidive van drugwetsovertreders is een selectie gemaakt van alle mensen die in 1997 tenminste één justitiecontact hadden vanwege een overtreding van de Opiumwet.¹ Van deze mensen is vervolgens de hele strafrechtelijke voorgeschiedenis opgevraagd. Dit levert een groep op van 8 708 Opiumwetsovertreders. Nagegaan is of zij na hun uitgangszaak in 1997 opnieuw met Justitie in aanraking komen en zo ja, na hoeveel tijd. Daarbij zijn drie typen recidive van belang. Bij het vaststellen van de *algemene recidive* worden alle nieuwe justitiecontacten geteld, behalve

ⁱ Inclusief 7 (0,1%) overtredingen Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC).

zaken die eindigden in een vrijspraak, technisch sepot of andere technische uitspraak. *Ernstige recidive* komt naar voren bij nieuwe justitiecontacten n.a.v. delicten met een wettelijke strafdreiging van minimaal vier jaar. Bij het vaststellen van de *speciale recidive* van drugwetsovertreders worden alleen nieuwe contacten n.a.v. een overtreding van de Opiumwet geteld.

Tabel 8.12 geeft een overzicht van het percentage daders dat binnen een bepaalde periode opnieuw met Justitie in aanraking komt. Ter vergelijking is ook de recidive in de hele daderpopulatie vermeld.^j

- Het algemene beeld is dat drugwetsovertreders vaker recidiveren dan de populatienorm, dat wil zeggen voor alle wetsovertreders samen. Binnen één jaar komt een kwart van alle Opiumwetsovertreders opnieuw met Justitie in aanraking. In de drie jaar daarna loopt dit op tot ruim 43 procent.
- Wanneer alleen zaken vanwege een ernstig delict worden geteld, is het percentage Opiumwetsovertreders dat opnieuw met Justitie in aanraking komt 15 procent binnen een jaar, oplopend tot 28 procent binnen vier jaar na de uitgangszaak in 1997.
- Het percentage van de daders dat binnen vier jaar opnieuw de Opiumwet overtreedt, ligt daar met 20 procent onder.
- Uit deze gegevens blijkt dat daders van Opiumwetdelicten zich ook met andere vormen van criminaliteit bezighouden.

TABEL 8.12 **PERCENTAGE RECIDIVISTEN NA OVERTREDING VAN DE OPIUMWET, CUMULATIEF**

Observatieperiode	Omschrijving	1 jaar		2 jaar		3 jaar		4 jaar	
		ow ^I	totaal ^{II}	ow ^I	totaal ^{II}	ow ^I	totaal ^{II}	ow ^I	totaal ^{II}
Algemeen	Alle nieuwe justitiecontacten, behalve vrijspraken, technische sepots en technische uitspraken	25%	22%	34%	31%	40%	36%	43%	39%
Ernstig	Nieuwe justitiecontacten n.a.v. delicten waarvoor voorlopige hechtenis kan worden opgelegd.	15%	14%	21%	19%	25%	23%	28%	25%
Speciaal	Nieuwe justitiecontacten n.a.v. een overtreding van de Opiumwet	10%	-	15%	-	18%	-	20%	-

^I Daders die in 1997 met Justitie in aanraking kwamen vanwege een overtreding van de Opiumwet (ow).

^{II} Alle daders die in 1997 met Justitie in aanraking kwamen. Bron: Recidivemonitor, WODC.

^j Het vaststellen van de speciale- of drugwetrecidive in de hele daderpopulatie is niet zinvol, omdat de aard van de uitgangszaken van deze daders zeer uiteenloopt. Dit i.t.t. de uitgangszaken van drugwetsovertreders die altijd een overtreding van de Opiumwet of WVMC betreffen.

Frequentie en ernst van de recidive

De frequentie van recidive is gedefinieerd als het gemiddeld aantal nieuwe justitiecontacten dat iemand opbouwt in de periode na de uitgangszaak.^k

- In het eerste jaar na de uitgangszaak hebben de recidivisten gemiddeld 1,9 nieuwe justitiecontacten opgebouwd. Na vier jaar is dit opgelopen tot een gemiddelde van 3,6 nieuwe zaken per persoon. Dit is vrijwel gelijk aan de populatienorm – dat wil zeggen voor alle wetsovertreders samen – (3,7 nieuwe justitiecontacten binnen vier jaar).
- De frequentie van een speciale recidive, de nieuwe zaken vanwege een Opiumwetdelict, is veel lager. Eén jaar na de uitgangszaak hebben Opiumwetovertridders gemiddeld 0,5 nieuwe justitiecontacten opgebouwd vanwege een nieuw Opiumwetdelict. Dit loopt langzaam op tot een gemiddelde van 0,7 nieuwe Opiumwetdelicten per persoon in een periode van vier jaar na de uitgangszaak.
- Een groot deel van de Opiumwetovertridders in 1997 pleegt daarna dus ook andersoortige delicten.

Als maat voor de ernst van de recidive wordt gekeken naar de wijze waarop de justitiecontacten in de periode na de uitgangszaak zijn afgedaan. Hierbij worden drie categorieën onderscheiden: (1) alle zaken behalve vrijspraken technisch septs en technische uitspraken, (2) zaken waarin een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf van zes maanden of korter is opgelegd en (3) zaken die zijn afgedaan met een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf van langer dan zes maanden of een maatregel.^l

- Er zijn aanzienlijke verschillen in ernst van de recidive tussen Opiumwetovertridders en de hele daderpopulatie in 1997. Voor de drugwetsovertreders geldt dat ruim 40 procent van hun zaken in de periode na de uitgangszaak is afgedaan met een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf of maatregel. Voor alle daders in 1997 ligt dit percentage een stuk lager. Slechts in 13 procent van de gevallen wordt een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf of maatregel opgelegd.
- Ook de duur van deze straf of maatregel is langer. Van alle aan Opiumwetovertridders opgelegde onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en maatregelen duurt 22 procent langer dan een half jaar. Voor alle daders samen is dit 15 procent.

^k Het gemiddeld aantal nieuwe justitiecontacten hangt samen met de duur van de observatieperiode. Daarom wordt voor elk jaar na de uitgangszaak het gemiddeld aantal nieuwe justitiecontacten vastgesteld. Op die manier zijn de resultaten van verschillende studies onderling vergelijkbaar.

^l Niet-afgedane zaken en zaken die gevoegd zijn worden hierbij buiten beschouwing gelaten.

Kans op recidive

De kans op recidive is afhankelijk van een aantal factoren.

- Mannelijke Opiumwetovertreders recidiveren over het algemeen vaker dan vrouwelijke Opiumwetovertreders.
- Verder speelt het strafrechtelijk verleden een belangrijke rol. Als men al eerder voor ernstige drugsdelicten in aanraking is gekomen met justitie is de kans dat men na de uitgangszaak recidiveert groter. Bovendien, hoe jonger de dader bij het eerste justitiecontact, hoe groter de kans op latere recidive.

8.3 DRUGGEBRUIKERS DIE CRIMINALITEIT PLEGEN

8.3.1 KENMERKEN DRUGGEBRUIKENDE VERDACHTEN

Tabel 8.13a en 8.13b geven de kenmerken van in het Herkenningsdienst-systeem (HKS) van de politie als druggebruiker geregistreerde verdachten weer. Op basis van de beschikbare gegevens kan het voorkomen van verslaving niet exact worden vastgesteld. Als bij een verdachte bekend geworden is dat deze een probleemgebruiker is van drugs, of indien de verdachte dit zelf te kennen heeft gegeven, wordt deze in het systeem als 'druggebruiker' geregistreerd bij de zogenaamde 'gevaarclassificaties'.^m

^m Uit onderzoek blijkt dat de gevaarclassificatie 'druggebruiker' in het HKS een onderschatting geeft van het werkelijke aantal bij de politie bekende druggebruikers. Onbekend is hoe groot die onderschatting is. Hier worden de gegevens over druggebruikers dan ook vooral gebruikt om een beeld te verkrijgen van hun persoons- en delictkenmerken en niet om de omvang van de groep druggebruikende verdachten vast te stellen.

**TABEL 8.13A PERSOONSKENMERKEN VAN ALS 'DRUGGEBRUIKER'
GEREGISTREERDE VERDACHTEN, VANAF 1997**

		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Aantal verdachten ^I		11 845	10 336	9 972	9 251	9 947	9 579
Geslacht	Man	90%	90%	90%	90%	91%	90%
	Vrouw	10%	10%	10%	10%	9%	10%
Woongemeente naar aantal inwoners ^{II}	Minder dan 20 000	4%	3%	4%	4%	4%	4%
	20 000 – 50 000	11%	11%	11%	11%	11%	10%
	50 000 – 100 000	12%	12%	12%	12%	12%	12%
	100 000 – 150 000	10%	10%	10%	10%	10%	11%
	150 000 – 250 000	9%	9%	9%	10%	10%	10%
	250 000 en meer	45%	49%	46%	47%	45%	45%
	Buitenland	6%	5%	6%	5%	5%	5%
	Onbekend	2%	1%	2%	2%	4%	3%
Gevarenclassificatie	Alcohol	11%	11%	11%	11%	12%	11%
	Drugs	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Anders	19%	18%	19%	20%	20%	20%
Leeftijd bij registratie laatste delict	12-17	1%	0%	0%	0%	0%	0%
	18-24	13%	11%	9%	9%	8%	7%
	25-34	46%	45%	43%	41%	38%	36%
	35-44	33%	36%	37%	39%	40%	42%
	45-54	6%	8%	9%	10%	12%	14%
	55 en ouder	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Gemiddelde leeftijd		32,7	33,8	34,4	34,8	35,4	36,3

^I Er zijn aanwijzingen dat de gevarenclassificatie 'druggebruiker' in het HKS een aanzienlijke onderschatting geeft van het werkelijke aantal bij de politie bekende druggebruikers.

^{II} Laatst bekende woon- of verblijfplaats. Bron: HKS, KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.

- Negen op de tien als druggebruiker geregistreerde verdachten is een man. Dit aandeel blijft door de tijd heen constant.
- Ook de verdeling naar gemeentegrootte waarin de druggebruikende verdachten wonen blijft nagenoeg constant: bijna de helft van de verdachten (45%) woont in gemeenten met 250 duizend inwoners of meer.

- Van deze druggebruikende verdachten is een op de tien ook geregistreerd als alcoholverslaafde en een op de vijf als verslaafd aan andere middelen (zoals bijvoorbeeld medicijnen).
- Veelal komen de als druggebruiker geregistreerde verdachten op jonge leeftijd in aanraking met de politie: minder dan de helft (44%) was jonger dan 18 jaar ten tijde van de registratie van het eerste delict, driekwart (76%) was jonger dan 25 (niet in tabel weergegeven).
- De huidige leeftijd van de als druggebruiker geregistreerde verdachten stijgt van gemiddeld 33 jaar in 1997 naar 36 jaar in 2002.

TABEL 8.13B DELICTENMERKEN VAN ALS 'DRUGGEBRUIKER' GEREGERISTREERDE VERDACHTEN, PEILJAAR 1997-2002^I

		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Antecedenten ^{II}	1	4%	4%	3%	3%	4%	3%
	2	3%	3%	3%	3%	3%	2%
	3-4	7%	6%	5%	5%	5%	5%
	5-10	18%	17%	16%	15%	15%	14%
	11-20	21%	21%	20%	20%	20%	20%
	21-50	29%	31%	31%	32%	32%	33%
	>50	18%	20%	21%	22%	22%	23%
Type misdrijf	Seksueel geweld	2%	2%	1%	2%	1%	1%
	Overig geweld	17%	18%	19%	20%	20%	21%
	Diefstal geweld / afpersing	12%	13%	12%	12%	12%	12%
	Vermogensmisdrijven	65%	64%	63%	63%	63%	62%
	Vernieling, openb.orde/gezag	19%	19%	20%	21%	21%	22%
	Verkeer	9%	9%	10%	11%	11%	10%
	Opiumwet	21%	22%	20%	18%	19%	18%
	Overige misdrijven	8%	9%	10%	11%	10%	9%

^I Verdachten kunnen in meer dan een categorie voorkomen; de percentages mogen dan ook niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld. ^{II} Totaal aantal antecedenten in gehele criminele voorgeschiedenis.

Bron: HKS, KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.

- Het overgrote deel van de als druggebruiker geregistreerde verdachten heeft al een eerder proces-verbaal wegens een misdrijf. Drie op de vier verdachten hebben elf of meer antecedenten in hun totale geregistreerde criminele voorgeschiedenis op hun naam staan.

- Het aandeel als druggebruiker geregistreerde verdachten met meer dan tien antecedenten in zijn of haar totale criminele voorgeschiedenis neemt in de loop der jaren toe.
- Ruwweg drie op de vier druggebruikende verdachten worden in het peiljaar aangehouden voor vermogensmisdriven en diefstal met geweld (inclusief afpersing) tesamen. Druggebruikers lijken in recentere peiljaren wat vaker voor geweld, vernieling en openbare orde en verkeersdelicten aangehouden te worden en wat minder vaak voor vermogensmisdriven en Opiumwetdelicten.

8.3.2 DRUGGEBRUIKENDE VERDACHTEN EN HUN AANDEEL BIJ MISDRIJFZAKEN OM EN RECHTER

Om een beeld te krijgen van het aandeel van druggebruikende verdachten op het totale aantal misdrijfzaken bij OM en rechter is de WODC-Strafrecht-monitor (SRM) geraadpleegd (zie bijlage B). De SRM registreert verslavingsproblematiek als in het strafdossier naar het voorkomen van verslaving verwezen wordt. Het gaat dan om dagelijks, of vrijwel dagelijks, gebruik van een of meer middelen. Tabel 8.14 vermeldt de percentages verslaafde verdachten op het totaal aantal verdachten in misdrijfzaken.

TABEL 8.14 INDICATIE VAN HET AANDEEL VERSLAAFDE VERDACHTEN IN MISDRIJFZAKEN NAAR SOORT VERSLAVING, VANAF 1993^I

	1993	1995	1999
Misdrijfzaken	704	979	1002
Harddrugs	16%	15%	12% ^{III}
Softdrugs	2%	2%	3%
Overige middelen ^{II}	4%	4%	5%
Geen verslaving	79%	77%	80%

^I Aantal misdrijfzaken exclusief WED, WVM, WWM. ^{II} Betreft voornamelijk alcohol-, medicijn- of gokverslaving. ^{III} Statistisch significant verschillend van 1993 (p<.05). Bron: SRM.

- In 1999 was naar schatting een op zeven tot een op de vijf verdachten in een misdrijfzaak verslaafd, meestal aan harddrugs. Het aandeel zaken dat aan harddrugverslaafde verdachten is toe te schrijven is in dit jaar statistisch beschouwd lager dan in 1993.
- Het aandeel zaken door aan softdrug en aan overige middelen verslaafde verdachten is beperkt.

- Het aandeel zaken van verdachten van wie geen verslaving bekend is, blijft constant over de jaren.
- Een op de zeven tot een op de vijf strafzaken (excl. WED, WVV en WWM-zaken) betreft een drugsverslaafde.

8.3.3 RECIDIVE ONDER DRUGGEBRUIKERS

Tabel 8.15 belicht recidive naar type verslavingsproblematiek van verdachten op basis van de SRM.

- Uit gegevens van het HKS van de politie blijkt dat een grote groep verslaafde verdachten herhaaldelijk wegens het plegen van een of meer misdrijven geverbaliseerd wordt. Deze groep verdachten keert dan ook vele malen in het strafrechtelijke circuit terug (zie tabel 8.13a).
- Verdachten met een verslavingsproblematiek zijn vaker recidivist dan verdachten zonder deze problematiek.
- Met name harddrugverslaafden onder de verdachten zijn vaak recidivisten. Van hen zijn circa negen op de tien al eerder wegens enig misdrijf met justitie in aanraking gekomen. Dit aandeel ligt ruim boven het gemiddelde.
- Over de jaren heen worden statistisch beschouwd geen significante verschillen gevonden.

TABEL 8.15 **INDICATIE VAN RECIDIVE VAN VERDACHTEN NAAR TYPE**
VERSLAVING, VANAF 1993^I

	1993	1995	1999
Misdrijfzaken	704	979	1002
Harddrugs	94%	88%	94%
Softdrugs	80%	70%	68%
Overige middelen ^{II}	93%	77%	80%
Geen verslaving	51%	54%	55%

^I Aantal misdrijfzaken exclusief WED, WVV, WWM. ^{II} Betreft voornamelijk alcohol-, medicijn- of gokverslaving. Bron: SRM.

8.4 DRANG EN DWANG: ZORG EN OPVANG ALS ALTERNATIEF VOOR VERVOLGING EN (REGULIERE) SANCTIES

Recidiverende druggebruikers, met name harddruggebruikers, vormen een aanzienlijke belasting voor het Nederlandse strafrechtelijk systeem. Daarom benut justitie sinds de jaren negentig in toenemende mate de mogelijkheden van het strafrechtssysteem om verslaafden in de richting van zorg te dringen (drang) of te dwingen (dwang). Doel is om de situatie van de verslaafde te verbeteren en – als gevolg daarvan – de overlast en criminele recidive terug te dringen. Bij drang vormt deelname aan een zorgtraject een alternatief voor vervolging en (reguliere) sancties; als de verslaafde zich niet houdt aan de voorwaarden en afspraken dreigt verdere vervolging, veroordeling of tenuitvoerlegging van sancties; dit is de drang, de stok achter de deur. Dwang houdt in dat de verslaafde geen keus heeft: hem wordt een maatregel opgelegd zonder dat zijn instemming vereist is.

In §8.4 wordt de toepassing van drang en dwang in 2002 beschreven:

- strafrechtelijke mogelijkheden tot drang en dwang
- de aan justitiabele verslaafden geboden hulp en zorg door de verslavingsreclassering
- zorgtrajecten in het kader van drang
- de instroom onder dwang in de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden.

Cijfers zijn afkomstig uit de volgende bronnen:

- Het Cliënt Volg Systeem (CVS) van de (verslavings)reclassering dat in 2001 is geïmplementeerd (zie bijlage B). Op dit moment kan voor 2002 geen volledige landelijke informatie gegeven worden over de aard van de verslaving (alcohol, drugs, gokken etc) van cliënten van de verslavingsreclassering of over het type drug.^{n,o} De cijfers over 2001 en 2002 zijn daarom niet gespecificeerd naar soort verslaving.^p Ook zijn geen cijfers op cliëntniveau beschikbaar gekomen binnen de termijn van dit Jaarbericht.
- De Dienst Justitiële Inrichtingen heeft informatie verstrekt over Verslaafden Begeleidings Afdelingen (VBA's) in penitentiaire inrichtingen, verwij-

ⁿ Voor 24% van de cliënten is deze rubriek in het landelijk overzicht 2002 niet ingevuld.

^o Meer volledige en specifieke informatie hierover komt volgens de SVG beschikbaar vanaf medio 2003.

^p Volgens gegevens van vóór 2001 vormen drugsverslaafden rond de 60% van de cliënten van de verslavingsreclassering. De tweede grote categorie wordt gevormd door cliënten met primaire alcoholproblematiek. Bij de drugscliënten ging het met name om harddrugs: opiaten, opwekkende middelen (inclusief cocaïne) en polydruggebruik. De trend ging in de richting van minder opiaten en meer opwekkende middelen.^{134,141}

zingen naar zorgtrajecten in het kader van artikel 43 Pbw (waaronder de Forensische Verslavings Kliniek) en Penitentiaire Programma's.

- De Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV); cijfers over de instroom zijn afkomstig van de SOV-locaties en verkregen via het Trimbos-instituut (zie bijlage B).

8.4.1 STRAFRECHTELIJKE MOGELIJKHEDEN TOT DRANG EN DWANG

In Nederland bestaan voor verslaafden in het gehele justitiële traject, vanaf de arrestatie tot en met het verblijf in detentie, instroommogelijkheden naar (verslavings)zorg (zie tabel 8.16). In het begin van de keten, tijdens de politie-fase, bestaan geen mogelijkheden tot drang. Verslaafden kunnen dan wel vrijwillig instromen. Medewerkers van de verslavingsreclassering, die hen bezoeken in het kader van de zogenoemde vroeghulp, kunnen hen daartoe stimuleren. Aan het eind van de keten, na afloop van de detentie, is een eventuele instroom in zorg eveneens van vrijwillige aard.

TABEL 8.16 STRAFRECHTELIJKE MOGELIJKHEDEN TOT INSTROOM IN ZORGTRAJECTEN ONDER DRANG EN DWANG VOOR DRUGVERSLAAFDEN, NAAR FASE IN HET JUSTITIËLE TRAJECT

Fase in justitiële traject	Strafrechtelijke mogelijkheid	Drang of dwang
Tijdens inbewaringstelling en in verzekeringstelling zonder verlenging (politiefase)	• Geen	Geen drang mogelijk; instroom in zorgtraject op vrijwillige basis
Tijdens voorlopige hechtenis, bij voorgeleiding en zitting	• (Voorwaardelijk) sepot door OM (art. 167 Sv) • Schorsing voorlopige hechtenis onder voorwaarden (art. 80 Sv) • Aanhouden van de zitting/ uitstel van vonniswijzing (art. 281 Sv en art. 346 Sv) • Opleggen van (gedeeltelijk) voorwaardelijke straf met als voorwaarde een ter zitting voorgesteld hulpverleningstraject (Art. 14a en 14c Sr) • Opleggen maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (art. 38m Sr)	Instroom in zorgtraject onder drang, instemming verslaafde nodig Idem Idem Idem Dwang, maatregel kan worden opgelegd zonder instemming verslaafde
Tijdens detentie	• Plaatsing in Verslaafden Begeleidingsafdeling binnen penitentiaire inrichting • Deelname aan zorgtraject zo nodig buiten de penitentiaire inrichting in daartoe bestemde instellingen (art. 43 Pbw) • Deelname aan Penitentiair Programma (art. 4 Pbw)	Instroom onder drang in de vorm van privileges, instemming verslaafde nodig Instroom in detentie-vervangende behandeling onder drang, instemming verslaafde nodig. Instroom onder drang, instemming verslaafde nodig
Na afloop detentie	• Geen	Geen drang mogelijk; instroom in zorgtraject op vrijwillige basis

Bron: WODC.

- Tussen de strafrechtelijke mogelijkheden van instroom in zorg onder drang en de voorzieningen waar verslaafden aan kunnen worden overgedragen bestaat geen een-op-een relatie. Een verslaafde kan vanuit voorlopige hechtenis, als voorwaardelijke straf of vanuit detentie naar vele mogelijke, niet door justitie gefinancierde voorzieningen gaan, zolang de beslissende instantie (meestal de rechter) dit aangewezen vindt. Er worden zorg-op-maat trajecten uitgezet.

8.4.2 KENGETALLEN VERSLAVINGSRECLASSERING

De verslavingsreclassering speelt een belangrijke rol bij de instroom onder drang en dwang. Ze biedt gedurende het gehele traject verschillende vormen van ondersteuning en begeleiding en vormt de brug tussen justitie en zorg.

- Ze wordt uitgevoerd vanuit circa 50 vestigingen door 15 instellingen voor verslavingszorg met een reclasseringserkenning.¹³⁸ Deze vormen een landelijk dekkend netwerk.
- De verslavingsreclassering is ingebed in de reguliere verslavingszorg. Vandaaruit verricht de verslavingsreclassering zowel extramuraal reclasseringswerk als reclasseringswerk binnen penitentiaire inrichtingen (gevangenissen en huizen van bewaring).
- In 2002 ontving de verslavingsreclassering rond de 25,5 miljoen euro subsidie van Justitie. In 2001 en 2000 was dit rond 24 miljoen euro.
- De verslavingsreclassering had in 2002 bemoeienis met 9 526 cliënten, 44 procent van deze cliënten verbleef in voorlopige hechtenis, 41 procent zat een gevangenisstraf uit. Cliënten namen gemiddeld aan 2,9 programma's deel.

De verslavingsreclassering levert elf soorten activiteiten (producten) voor justitiabelen (zie voor een overzicht en de definities bijlage D).^q ¹³⁹Tabel 8.17 laat zien hoe vaak deze activiteiten in 2001 (voor zover beschikbaar) en 2002 zijn uitgevoerd. De aantallen hebben betrekking op alle soorten problematiek (drugs, alcohol, gokken etc).

^q Met ingang van januari 2003 is een 12e product toegevoegd: Diagnose. Dit is een methodische aanpak om de problematiek van de cliënt in kaart te brengen (mede gericht op het delictgedrag en de risico-inschatting) resulterend in een conclusie in de vorm van een voorstel voor het vervolgaanbod. Trajectbegeleiding is sindsdien 'een methodische aanpak om op basis van een plan van aanpak een reclasseringstraject gedurende de looptijd te coördineren en te evalueren'. Bron: SVG, 2003.

TABEL 8.17 AANTAL MAAL DAT PRODUCTEN VAN VERSLAVINGSRECLASSERING ZIJN UITGEVOERD^I, PEILJAREN 2001 EN 2002

Producten ^{II}	2001 ^{III}	2002
Vroeghulpbezoek		3 629
Vroeghulpinterventie	717	995
Trajectbegeleiding		10 048
Toeleiding zorg		1 568
Toezicht		2 407
Reïntegratieprogramma's		1 696
Werkstraffen	2 988	3 382
Leerstraffen	32	139
Voorlichtingsrapport	3 303	4 423
Adviesrapportage	2 292	2 989
Maatregelrapport		175

^I Geen cijfers op cliëntniveau beschikbaar. ^{II} Voor een definitie van de producten: zie bijlage D.

^{III} Prestaties 2001 ondervonden volgens de SVG invloed van implementatietrajecten CVS en OPS. Bron: SVG, 2003.

Voor een aantal activiteiten geven wij hieronder aanvullende cijfers.

Vroeghulpbezoek

- Het aantal vroeghulpbezoeken is na 1997 lager dan in de jaren voor 1997 (tabel 8.18). Dit heeft te maken met het feit dat na 1997 een strengere selectie wordt toegepast, waardoor de vroeghulp zich meer specifiek is gaan richten op arrestanten bij wie daadwerkelijke instroom naar de zorg wordt verwacht. Het aantal is de laatste drie jaren vrij constant en ligt tussen de 3 600 en 3 700.

TABEL 8.18 AANTAL VROEGHULPBEZOEKEN VERSLAVINGSRECLASSERING, VANAF 1995^I

<i>Jaar</i>	<i>Aantal vroeghulpbezoeken</i>
1995	5 894
1996	4 891
1997	5 229
1998	3 975
1999	4 052
2000	3 678
2001	3 728
2002	3 629

^I Geen cijfers op cliëntniveau beschikbaar. Bron: SVG, 2003.

Vroeghulpinterventie

- Tabel 8.19 geeft het aantal vanaf 1998, toen deze methodiek is ingevoerd. Het aantal ligt ruwweg tussen de 1 000 en de 1 400.

TABEL 8.19 AANTAL VROEGHULPINTERVENTIES DOOR VERSLAVINGS-RECLASSERING, VANAF 1998^I

<i>Jaar</i>	<i>Aantal vroeghulpinterventies</i>
1998	980
1999	1 437
2000	1 308
2001	717
2002	995

^I Geen cijfers op cliëntniveau beschikbaar. Bron: SVG, 2003.

Toeleiding zorg

- Dit kengetal geeft een indicatie van het aantal maal dat een zorgtraject is ingezet voor een justitiabele verslaafde. Het aandeel drangtrajecten is niet exact bekend.
- Van de ruim 2000 ingezette toeleidingen zijn er ruim 1600 gerealiseerd (tabel 8.20). In eenderde van de gevallen is de toeleiding niet volgens plan afgerond. Dit kan komen doordat geen bewijs van plaatsing is verkregen

van de zorginstelling, of doordat het traject om een of andere reden voortijdig wordt afgebroken (bijvoorbeeld door de verslaafde of door de zorginstelling). Voor 2001 is dit kengetal niet beschikbaar.

TABEL 8.20 AANTAL TOELEIDINGEN NAAR ZORG DOOR VERSLAVINGS-RECLASSERING. PEILJAAR 2002^I

Aantal toeleidingen zorg	Gestart	%
Gerealiseerd, met plaatsingsbewijs ^{II}	1 608	67%
Gerealiseerd, zonder plaatsingsbewijs	48	2%
Plaatsing niet gerealiseerd	730	31%
Wijzigen programma-uitvoerder	2	0,1%
Totaal	2 388	100%

^I Geen cijfers op cliëntniveau beschikbaar. ^{II} Bij het toeleiden van strafrechtelijk justitiabele verslaafden naar zorgtrajecten wordt er een overdrachtsrapport gemaakt voor de zorgaanbieder en van die zorgaanbieder wordt een plaatsingsbewijs ontvangen. Bron: SVG, 2003.

Rapporten

- Het aantal voorlichtingsrapporten schommelt door de jaren heen rond de vierduizend (tabel 8.21). Het aantal adviesrapporten is toegenomen. Maatregelrapporten hebben betrekking op de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden. (Zie voor een overzicht en de definities bijlage D.)

TABEL 8.21 AANTAL RAPPORTEN OPGESTELD DOOR VERSLAVINGS-RECLASSERING, VANAF 1997^I

Jaar	Voorlichtingsrapporten	Adviesrapporten	Maatregelrapporten
1997	4 335	1 613	-
1998	4 369	1 504	-
1999	4 427	2 269	-
2000	4 113	2 555	-
2001	3 303	2 292	-
2002	4 423	2 989	175

^I Geen cijfers op cliëntniveau beschikbaar. Bron: SVG, 2003.

8.4.3 ZORGTRAJECTEN

Tabel 8.22 geeft een overzicht van de zorgtrajecten/voorzieningen waarheen verslaafden door de verslavingsreclassering zijn geleid in 2002.

**TABEL 8.22 ZORGTRAJECTEN VAN CLIËNTEN VERSLAVINGSRECLASSERING.
PEILJAAR 2002^I**

Voorziening	Aantal toeleidingen	%
<i>a. buiten penitentiaire inrichtingen</i>		
Klinische verslavingszorg	650	42%
Ambulante en deeltijd verslavingszorg	474	30%
Maatschappelijke opvang	126	8%
Psychiatrische zorg door een APZ	123	8%
Niet-klinische psychiatrische zorg	44	3%
Psychiatrische deeltijdbehandeling	28	2%
Sociale pensions	24	2%
Internaten voor dak- en thuislozen	22	1%
Psychiatrische polikliniek	20	1%
Crisisopvang 24 uur	19	1%
Andere voorzieningen	38	2%
	1 568	100%
<i>b. binnen penitentiaire inrichtingen</i>		
Verslaafden Begeleidings Afdeling	758 maal deelgenomen ^{II}	

^I Geen cijfers op cliëntniveau beschikbaar. ^{II} 466 maal is het programma voltooid (62%); 187 deelnemers zijn naar een zorgvoorziening extern toegeleid vanuit een VBA, van wie 71 onder art. 43 Pbw. Bron: SVG, 2003 en DJI, 2003.

- De instroom naar zorgtrajecten buiten penitentiaire inrichtingen vindt overwegend plaats naar niet door justitie gefinancierde klinische, ambulante en deeltijdvoorzieningen in de (verslavings)zorg.
- Binnen de penitentiaire inrichting bestaat het zorgtraject onder drang voornamelijk uit deelname aan het programma in Verslaafden Begeleidings Afdelingen (VBA). Er zijn twaalf VBA's in Huizen van Bewaring en vijf in gevangenissen met een totale capaciteit van 309 cellen. In 2002 is vanuit penitentiaire inrichtingen 99 maal instroom in zorg op basis van artikel 43 Pbw gerealiseerd (tabel 8.23).
- In voorgaande jaren ging het om tussen de 77 en 161 gevallen. Van deze verwijzingen werden er in de jaren 1995 tot 2002 steeds minder voortijdig beëindigd (in 1995 nog eenderde, in 2002 nog maar 10%).

- Over de drang-instroom in specifieke voorzieningen zijn geen cijfers beschikbaar (met uitzondering van de VBA). De rubrieken klinische, ambulante en deeltijd verslavingszorg omvatten voorzieningen met verschillende doelstellingen en doelgroepen (bijlage D).

TABEL 8.23 AANTAL VERWIJZINGEN NAAR DETENTIEVERVANGENDE BEHANDELING IN HET KADER VAN ARTIKEL 43 PBW, VANAF 1995¹

Jaar	Aantal verwijzingen
1995	77
1996	122
1997	147
1998	161
1999	117
2000	107
2001	114
2002	99

¹ Inclusief forensische verslavingsklinieken. Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen.

8.4.4 STRAFRECHTELIJKE OPVANG VERSLAAFDEN

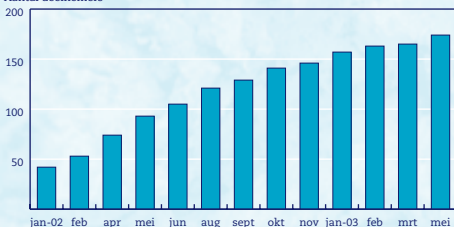
Met ingang van 1 april 2001 is het wettelijk mogelijk geworden justitiabele verslaafden gedwongen te plaatsen in een intramuraal programma. Deze maatregel 'Strafrechtelijke Opvang Verslaafden' (SOV) wordt voorlopig doorgevoerd in de vorm van een experiment in speciaal daarvoor ontwikkelde voorzieningen. In het hele scala van mogelijkheden voor verslaafden in het justitiële traject is de SOV het zwaarste middel.

- De maatregel SOV wordt opgelegd door de meervoudige kamer van de rechtbank op eis van het OM als de verdachte een misdrijf heeft gepleegd waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan, drugverslaafd is, in de vijf jaar voorafgaand aan het huidige misdrijf ten minste drie maal wegens een misdrijf onherroepelijk tot een vrijheidsbenemende of beperkende straf is veroordeeld, in het verleden zonder succes heeft deelgenomen aan een drangaanbod, en niet lijdt aan een ernstige psychiatrische aandoening. De SOV is alleen voor Nederlandse mannen bedoeld.
- De SOV heeft een looptijd van twee jaar en kent een gefaseerde opbouw: een gesloten fase van een half jaar, een halfopen fase van zes tot negen maanden, en een laatste open fase buiten de inrichting. De SOV kent een zogenoemde 'unit 4'. Hier vindt opvang plaats van personen die (tijdelijk) niet of niet meer willen meewerken aan het in de SOV aangeboden

- programma. Zij krijgen het minimumprogramma aangeboden.
- De SOV is in 2001 gestart als experiment op vier locaties: Rotterdam (gestart 1 april 2001), Amsterdam (gestart september 2001), Utrecht (gestart oktober 2001) en Zuid (Arnhem, Nijmegen, Den Bosch, Eindhoven, Maastricht en Heerlen; gestart oktober 2001). Per 31 januari 2003 bedraagt de totale capaciteit rond de 220 plaatsen.
 - De bezetting van de SOV groeit gestaag: van 42 in januari 2002 naar 151 eind 2002 en 174 per eind mei 2003 (figuur 8.1).

FIGUUR 8.1 AANTAL DEELNEMERS IN SOV, VAN JANUARI 2002 TOT EN MET MEI 2003

Aantal deelnemers



	jan-02	feb	apr	mei	jun	aug	sept	okt	nov	jan-03	feb	mrt	mei
Aantal deelnemers	42	53	74	93	105	121	129	141	146	157	163	165	174

- Eind mei 2003 is ruim driekwart (76%) van de plaatsen bezet, c.q. een kwart nog onbezet. De bezettingsgraad varieert per locatie (tabel 8.24).

**TABEL 8.24 AANTAL DEELNEMERS SOV MET MAATREGEL, NAAR STATUS EN LOCATIE.
PEILDATA 26 MAART 2002, 31 AUGUSTUS 2002 EN 31 MEI 2003**

	Amsterdam			Rotterdam			Utrecht			Zuid			Totaal		
	Mrt	Aug	Mei	Mrt	Aug	Mei	Mrt	Aug	Mei	Mrt	Aug	Mei ¹	Mrt	Aug	Mei
Met maatregel	27	54	73	19	33	54	9	20	25	3	14	22	58	121	174
In toeleiding	9	0	0	23	5	4	12	0	0	15	0	0	59	5	4
Totaal	36	54	73	42	38	58	21	20	25	18	14	22	117	126	178
Bezettingsgraad (%)	94%			75%			69%			53%			76%		
in mei 2003															

¹ Zuid: Arnhem: 5, Nijmegen: 2, Heerlen: 6, Den Bosch: 4, Eindhoven: 4, Maastricht: 1
Bron: SOV-locaties, Trimbos-instituut.

- Op 31 mei 2003 bevinden zich 81 deelnemers in fase 1, 61 in fase 2 en 5 in fase 3; 20 deelnemers verblijven op unit 4 en 7 deelnemers bevinden zich in een andere inrichting met behoud van hun SOV-status. Op 22 april 2003 is de eerste deelnemer uitgestroomd (tabel 8.25).

**TABEL 8.25 DEELNEMERS SOV NAAR FASE EN VERBLIJF OP UNIT 4.
PEILDATUM EIND MEI 2003**

Fase/unit	Aantal deelnemers
Pre-SOV	4
Fase 1	81
Fase 2	61
Fase 3	5
Unit 4	20
In andere inrichting met behoud van SOV-status	7
SOV voltooid	1
Totaal	179

Bron: SOV-locaties, Trimbos-instituut.

- Dertien deelnemers zijn vanuit een volgende fase teruggeplaatst naar een vorige: vier gingen terug naar fase 1, zeven terug naar fase 2 en twee werden teruggeplaatst naar unit 4. De SOV is tweemaal tussentijds beëindigd door de rechter.

- Informatie over effecten van de SOV kan nog niet gegeven worden. In september 2001 is de procesevaluatie van de SOV gestart. De resultaten hiervan komen in 2004 beschikbaar. In juni 2002 is de effectevaluatie gestart; deze zal eind 2006 de definitieve resultaten opleveren.

BIJLAGE A

VERKLARING VAN BEGRIPPEN

Deze bijlage bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden begrippen verklaard op het terrein van middelengebruik en verslaving. In het tweede deel worden begrippen verklaard op het terrein van de drugcriminaliteit.

I MIDDELENGEBRUIK EN VERSLAVING

Actueel gebruik

Het gebruik van een middel in de afgelopen maand, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks).

Afhankelijkheid

Zie: Verslaving.

Allochtoon, buitenlands, etnisch

Door verschillen in definities zijn cijfers over allochtonen niet altijd met elkaar vergelijkbaar. Enkele definities zijn:

Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstations-onderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit Jaarbericht (tenzij anders aangegeven): 'allochtoon' is een inwoner van Nederland die in het buitenland is geboren, of een inwoner van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren.

Volgens het CBS: 'allochtoon' is een inwoner van Nederland van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren, ongeacht het geboorteland van de persoon zelf.

Volgens de GG&GD Amsterdam: 'buitenlander' is een inwoner die zelf in het buitenland is geboren.

Volgens het LADIS: 'allochtoon' is een cliënt die volgens de eigen beleving een culturele herkomst heeft van buiten Nederland.

Ambulante verslavingszorg

Verslavingszorg waarbij de cliënt niet wordt opgenomen in een instelling. Bij intramurale verslavingszorg wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling.

Autochtoon

Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit jaarbericht (tenzij anders aangegeven): 'autochtoon' is een persoon die in Nederland is geboren én wiens beide ouders in Nederland zijn geboren.

Chinezen

Het roken van heroïne vanaf folie.

Dagopname

Opname in een ziekenhuis voor maximaal één dag waarbij de patiënt niet overnacht in het ziekenhuis.

DSM

DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De DSM is een handleiding om te bepalen welke psychische stoornis iemand heeft. Verslaving is volgens de DSM één van de psychische stoornissen. De DSM-III-r is de derde gewijzigde (revised) versie en de DSM-IV is de vierde versie.

Gebruik

Het gebruik van een middel ooit in het leven (ooitgebruik), in het afgelopen jaar (recent gebruik), of in de afgelopen maand (actueel gebruik).

Hallucinaties

Gewaarwording (zien, horen of voelen) die iemand heeft, maar die andere mensen niet hebben. Hallucinaties kunnen een symptoom zijn van een psychische stoornis, maar worden door sommige mensen bewust opgeroepen via hallucinogenen.

Hallucinogenen

Middelen die hallucinaties oproepen zoals paddo's en LSD. Ook wel psycho-dysleptica genoemd. Ook cannabis kan soms hallucinaties veroorzaken.

Hardcore

Harde vorm van muziek op houseparty's.

Harddrugs

Drugs op lijst I van de Opiumwet. Deze drugs vormen een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tot de harddrugs horen bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, crack, ecstasy en amfetamine.

Hepatitis

Een erg besmettelijke ziekte waarbij de lever wordt aangetast door het hepatitis virus. Het hepatitis virus komt voor in verschillende vormen: het hepatitis A, het hepatitis B en het hepatitis C virus. HBV is het hepatitis B virus en HCV is het hepatitis C virus.

Hoofddiagnose

De belangrijkste ziekte waarvoor iemand in ziekenhuis wordt opgenomen.

ICD

International Classification of Diseases. De ICD is het diagnostisch classificatiesysteem van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) voor lichamelijke ziektes, ongevallen en psychische stoornissen. Ook doodsoorzaken worden in ICD-codes geregistreerd. De ICD-9 is de negende en de ICD-10 is de tiende versie. Zie ook bijlage C.

Intramurale verslavingszorg

Verslavingszorg waarbij de cliënt wordt opgenomen in een instelling.

Klinische opname

Opname in een ziekenhuis waarbij de patiënt één of meer nachten in het ziekenhuis verblijft.

Mellow

Vorm van muziek op houseparty's die melodieuze is en minder hard dan hardcore muziek.

Misbruik

Een vorm van problematisch gebruik van een middel waarbij (nog) geen sprake is van verslaving. Misbruik wordt vastgesteld via diagnostische classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD. Kenmerken van misbruik zijn: verplichtingen thuis op school of op het werk niet nakomen, gebruik in gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld autorijden onder invloed), in aanraking komen met justitie en doorgaan met het gebruik ondanks de problemen die daardoor ontstaan.

Narcotica

Verdovende middelen. Algemene (maar incorrecte) verzamelnaam voor drugs.

Nederwiet

Wiet (een cannabisproduct) die in Nederland wordt geproduceerd.

Nevendiagnose

Een aanvullende of onderliggende ziekte waarvoor iemand, naast de belangrijkste ziekte (de hoofddiagnose), in het ziekenhuis wordt opgenomen.

Ooitgebruik

Het gebruik van een middel ooit in het leven, ongeacht de frequentie (van éénmalig tot dagelijks).

Parkstad Limburg

Het samenwerkingsverband tussen de Zuid-Limburgse gemeenten Brunssum, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Nuth, Onderbanken, Simpelveld en Voerendaal. (De gemeente Nuth heeft zich inmiddels onttrokken aan het samenwerkingsverband.)

Partydrugs

Drugs die door sommige feestgangers worden gebruikt op feesten, zoals ecstasy, amfetaminen, cannabis, GHB en LSD.

Polydruggebruik

Het gebruik van meerdere drugs door elkaar, bijvoorbeeld heroïne en cocaïne.

Primair probleem

Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het primaire probleem het middel dat de grootste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het secundaire probleem.

Primaire doodsoorzaak

De directe oorzaak van iemands overlijden. Overlijdt iemand direct door een overdosis drugs, dan is dat de primaire doodsoorzaak. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond onder de invloed van een drug, dan is het ongeval de primaire doodsoorzaak. De drug is dan een secundaire doodsoorzaak.

Problematisch gebruik

Het gebruik van een middel op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan, of op zo'n manier dat maatschappelijke overlast ontstaat. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving.

'Misbruik' is een vorm van problematisch gebruik waarbij geen sprake is van verslaving.

Psychodysleptica

Zie: Hallucinogenen.

Psychose

Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Duurt de stoornis niet langer dan één maand, dan spreekt men van een kortdurende psychotische stoornis.

Recent gebruik

Het gebruik van een middel in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks).

Recreatief gebruik

Gebruik van een middel (doorgaans in de vrije tijd) waarbij van het middel wordt genoten zonder dat er sprake is van problematisch gebruik (misbruik of verslaving).

Schizofrenie

Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Door de stoornis functioneert men slechter op school, werk en in het gezin. Men spreekt pas van schizofrenie als de stoornis minimaal zes maanden duurt.

Secundair probleem

Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het secundaire probleem het middel dat relatief de minste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het primaire probleem.

Secundaire doodsoorzaak

Een oorzaak die indirect heeft bijgedragen aan het overlijden. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond terwijl hij/zij onder de invloed was van een drug, dan is de drug een secundaire doodsoorzaak.

Softdrugs

Drugs op lijst II van de Opiumwet, zoals cannabis en pado's. Drugs met minder risico voor de volksgezondheid dan de harddrugs op lijst I van de Opiumwet.

THC

Tetrahydrocannabinol, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis.

Verslaving

Problematisch gebruik van een middel waarbij sprake is van afhankelijkheid. Doorgaans verstaat dit Jaarbericht onder 'verslaving' de klinische diagnose van afhankelijkheid. Voor justitiële monitors is het echter niet mogelijk om klinische diagnoses te stellen. Justitiële monitors registreren bijvoorbeeld extra gevaar vanwege druggebruik of 'duidelijke aanwijzingen voor verslaving' (zie §8.3.2, SRM). De klinische diagnose van afhankelijkheid wordt vastgesteld via classificatiesystemen als de DSM en de ICD. Kenmerken van afhankelijkheid zijn: vaak in grote hoeveelheden of langere tijd gebruiken, steeds meer van het middel nodig hebben voor het gewenste effect (gewenning), onthoudingsverschijnselen, het middel gebruiken tegen onthoudingsverschijnselen, willen stoppen terwijl dat niet lukt, veel tijd besteden om aan het middel te komen of om er van te herstellen, opgeven van belangrijke bezigheden thuis, op school, op het werk, of de vrije tijd en doorgaan met het gebruik ondanks het besef dat dit veel problemen oplevert.

Voortgezet speciaal onderwijs

Onderwijs voor Moeilijk Lerende Kinderen (MLK), onderwijs voor kinderen met Leer- en OpvoedingsMoeilijkheden (LOM) en onderwijs voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen (ZMOK).

II DRUGCRIMINALITEIT^a

Afdoening door de rechter

Eindbeslissing, door schuldigverklaring, vrijspraak, ontslag van alle rechtsvervolgung of een van de overige einduitspraken.

Afdoening door openbaar ministerie

Eindbeslissing over een bij het parket ingeschreven proces-verbaal door sepot, voeging ad informandum, voeging ter berechting, transactie of overdracht aan de afdeling rechtbankzaken van een ander parket.

^a Bron van begrippenlijst: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2003; bewerking WODC.

Antecedent

Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van één of meer misdrijven is opgemaakt.

Beleidssepot

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit op grond van het algemeen belang.

Zie ook: Sepot.

Dagvaarding

Officieel geschrift (deurwaardersexploot) dat iemand oproept op een bepaalde tijd voor de rechter te verschijnen in verband met het de vervolging van een aan de opgeroepene ten laste gelegd strafbaar feit (strafprocesrecht).

Eerste aanleg, (in -)

Primaire rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.

Zie ook: Hoger beroep.

Eindvonnis

Uitspraak door de rechter, die een burgerlijke zaak, begonnen met een dagvaarding, voor een bepaalde instantie definitief beëindigt.

Zie ook: Tussenvonnis.

Gevangenisstraf

Vrijheidsstraf, levenslang of tijdelijk met een strafduur van ten hoogste twintig jaar, in de regel ondergaan in een gevangenis.

Zie ook: Hechtenis.

Gewone strafzaak rechtbanken

Strafzaak die in eerste aanleg tot de competentie van de rechtbank behoort, met uitzondering van fiscale en economische delicten.

Hechtenis

Principale hechtenis: vrijheidsstraf met een strafduur van maximaal 1 jaar en 4 maanden, van lichtere aard dan gevangenisstraf en in de regel ondergaan in een huis van bewaring

Subsidiaire hechtenis: vrijheidsstraf vanwege niet of niet volledige betaling van geldboete.

Hoger beroep

Gewoon rechtsmiddel, ook appèl genoemd, toegekend aan iedere in eerste

instantie verschenen en geheel of ten dele in het ongelijk gestelde partij; inzet van het geding is de in eerdere instantie gewezen beslissing.

Inverzekeringstelling

Vrijheidsbeneming gedurende ten hoogste vier dagen op bevel van de (hulp)officier van justitie, wanneer de tijd dat een verdachte voor verhoor mag worden opgehouden (zes uur) niet voldoende is.

Meerderjarige verdachte

Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit 18 jaar of ouder is.

Minderjarige verdachte

Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit jonger is dan 18 jaar. Afhandeling van (jeugd)zaken van eenvoudige aard gebeurt veelal via Halt-(bureaus).

NB. Niemand kan strafrechtelijk worden vervolgd voor een feit begaan voordat hij de leeftijd van 12 jaar heeft bereikt.

Misdrijf

Strafbaar feit van de zware soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten in misdrijven en overtredingen is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; berechting in eerste aanleg gebeurt in de meeste gevallen door de rechtbank.

Zie ook: Overtreding.

Niet-ontvankelijkheid

Eindbeslissing waarbij de rechter het verzoek of de eis van een partij afwijst of het openbaar ministerie het recht te vervolgen onzegt, op een grond die buiten de zaak zelf ligt (zoals een procedurefout).

Onherroepelijke uitspraak

Beslissing van de rechter waartegen geen (gewoon) rechtsmiddel meer openstaat.

Ontslag van (alle) rechtsvervolgning

Beslissing van de rechter, waarbij hij het door de officier van justitie ten laste gelegde feit wel bewezen acht maar van oordeel is dat het feit of de verdachte niet strafbaar is.

Zie ook: Schuldigverklaring, Vrijspraak.

Openbaar ministerie (OM)

Overheidsorgaan met als taken: wetten te handhaven, strafbare feiten op te sporen en te vervolgen, strafvonnissen ten uitvoer te leggen en de rechter te informeren voor zover de wet dat voorschrijft.

Opgehelderd misdrijf

Misdrijf waarbij tenminste één verdachte bij de politie bekend werd, ook al is hij voortvluchtig of ontkent hij het (strafbare) feit te hebben gepleegd.

Ophelderingspercentage

Het totaal aantal in een bepaalde periode opgehelderde misdrijven in relatie tot het totaal aantal in dezelfde periode door de politie opgemaakte processen-verbaal terzake van gelijk(soortig)e misdrijven, uitgedrukt in procenten.

Overtreding

Strafbaar feit van de lichte soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; afdoening veelal met een schikking/transactie via het openbaar ministerie of berechting in eerste aanleg door de rechtbank sector kanton.

Zie ook: Misdrijf.

Proces-verbaal

Op schrift gestelde verklaring van een opsporingsambtenaar over door hem waargenomen feiten of omstandigheden.

Rechtbank

Rechtscollege dat in eerste aanleg kennis neemt van alle zaken waarvoor niet een andere rechter is aangewezen. Er zijn 19 rechtbanken.

NB. De sector kanton (vroeger: kantongerecht) is sinds 1 januari 2002 opgenomen in de organisatie van de rechtbank.

Reclassering

Instantie die zich ten doel stelt door haar inspanningen een aantoonbare bijdrage te leveren aan de herinpassing van reclasseringscliënten in de samenleving. Daarmee wordt tevens beoogd herhaling van strafbaar gedrag te voorkomen. Dit doet zij door onderzoek en rapportage omtrent de persoon en omstandigheden van de verdachte of veroordeelde, het opstellen van plannen van aanpak om de gestelde doelen te bereiken, het uitvoeren van begeleiding en toezicht tijdens de uitvoering daarvan en het toezicht op de uitvoering van taakstraffen. Slechts in die gevallen dat er duidelijke aankno-

pingspunten zijn voor gedragsverandering en de kans op succes in grote mate aanwezig lijkt, zullen intensieve programma's met dat doel worden aangewend.

Schuldigverklaring

Uitspraak door de rechter, waarbij hij het door het openbaar ministerie ten laste gelegde feit bewezen en een strafbaar feit acht en van oordeel is dat de verdachte strafbaar is.

Sepot

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het, op beleidsmatige of technische gronden, afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit. Zie ook: Beleidssepot, Technisch sepot.

Strafzaak

Het bij een parket ter vervolging ingeschreven proces-verbaal ten aanzien van één verdachte.

Technisch sepot

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het afziet van vervolging van een strafbaar feit omdat het van mening is dat vervolging niet tot een veroordeling zal leiden (bijvoorbeeld omdat voldoende bewijs ontbreekt of omdat het feit of de verdachte niet strafbaar is).

Transactie (juridisch)

Het onder bepaalde omstandigheden ter voorkoming van strafvervolging voldoen aan een of meer door de opsporingsambtenaar (politie) of het openbaar ministerie (officier van justitie) gestelde voorwaarden, zoals het betalen van een geldsom ("boete"), waardoor het recht tot strafvervolging vervalt.

Verdachte

Voor het begin van de vervolging is hij degene van wie uit feiten of omstandigheden een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit wordt aangenomen, daarna is hij degene tegen wie de vervolging is gericht.

Vervroegde invrijheidstelling

Het uit hoofde van de wet in beginsel vervroegd vrijlaten uit de penitentiaire inrichting van tot duurzame vrijheidsstraf veroordeelde personen.

Voeging ad informandum

Het voegen, door het openbaar ministerie, van een strafzaak zonder tenlastelegging bij een andere zaak die aan de rechter wordt voorgelegd, met het doel

de rechter bij de bepaling van de strafmaat rekening te laten houden met de gevoegde zaak.

Zie ook: Afdoening door openbaar ministerie.

Voeging ter berechting

Het samenvoegen, door het openbaar ministerie, van ingeschreven strafzaken, met het doel de rechter bij één vonnis verschillende zaken tegelijk te laten afdoen.

Zie: Afdoening door openbaar ministerie.

Voeging ter zitting

Het samenvoegen, door de rechter, van onder verschillende parketnummers ingeschreven strafzaken, met het doel deze zaken als één strafzaak te behandelen.

Zie: Afdoening door de rechter.

Vonnis

Gemotiveerde bindende uitspraak van de rechter in een voor hem gevoerd rechtsgeding.

Zie ook: Arrest, Tussenvonnis.

Voorlopige hechtenis

Vrijheidsbeneming in een huis van bewaring voorafgaand aan behandeling ter terechtzitting, in het algemeen toegepast bij verdenking van een ernstig delict (misdrijf waarop een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld), op grond van ernstig vluchtgevaar en/of een gewichtige reden van maatschappelijke veiligheid, bij voorbeeld vrees voor herhaling.

Vrijspraak

Uitspraak, door de rechter, waarbij hij niet bewezen acht dat het door de officier van justitie ten laste gelegde feit door de verdachte is gepleegd.

Zie ook: Ontslag van rechtsvervolging, Schuldigverklaring.

BIJLAGE B

BRONNEN EN METHODOLOGIE

De NDM ontvangt cijfers over verslaving en middelengebruik van diverse instanties. Bij 'monitoring' kan onderscheid gemaakt worden tussen 'surveys' (periodieke monitoring) en informatiesystemen (continue registratie van gegevens). Deze bijlage beschrijft achtereenvolgens de monitoring-projecten op het terrein van middelengebruik (I), de hulpvraag (II), ziekte en sterfte (III), de markt (IV) en de drugcriminaliteit (V).

I MONITORING VAN MIDDELENGEBRUIK

In dit Jaarbericht geven wij in hoofdzaak twee soorten gegevens over de consumptie van drugs, alcohol en tabak: 1) Het aantal mensen dat deze middelen heeft gebruikt, ooit in hun leven (ooitgebruik), in het afgelopen jaar (recent gebruik) of in de afgelopen maand (actueel gebruik). Meestal zijn deze cijfers uitgedrukt als percentage van alle ondervraagden in de studie. 2) Cijfers over problematisch gebruik. Het gaat hierbij soms, maar niet altijd, om verslaving (zie bijlage A, verklaring begrippen).

Antenne-monitor

De *Antenne-monitor* volgt het gebruik van alcohol en drugs onder jongeren in Amsterdam. De verantwoordelijke organisaties zijn het Criminologisch instituut Bongers van de Universiteit van Amsterdam (UvA) en Jellinek Preventie en Consultancy. De monitor bestaat uit een kwalitatief deel (doorlopende panelstudie) en een kwantitatief deel (jaarlijkse survey onder wisselende doelgroepen). In de panelstudie worden deskundigen en contactpersonen, die via hun werk in contact staan met uitgaande jongeren en buurt- en probleemjongeren, twee maal per jaar geïnterviewd over ontwikkelingen in druggebruik en de leefwereld van jongeren. Daarnaast wordt elk jaar een vragenlijst afgenomen onder een speciale doelgroep: scholieren of bezoekers van cafés, coffeeshops of clubs en party's in Amsterdam. De Antenne-monitor startte in 1993 en rapporteert sindsdien jaarlijks. De Antenne-monitor bereikt bijzondere groepen die in bevolkingsonderzoeken minder zichtbaar zijn. In de surveys onder uitgaande jongeren is het niet

altijd haalbaar een representatieve steekproef samen te stellen en de respons is soms laag (tussen 15% en 25%).

Website: <http://www.jellinek.nl/>

EMCDDA

Het *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) in Lissabon inventariseert de drugsproblematiek in de lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen via vijf kernindicatoren: (1) het druggebruik onder de algemene bevolking, (2) het problematisch druggebruik, (3) de hulpvraag voor problemen met drugs en (4) ziektes en (5) sterfte in verband met druggebruik. Daarnaast worden ook gegevens verzameld over de drugsmarkt en over de opsporing van drugcriminaliteit. Het EMCDDA verzamelt gegevens via de nationale focal points. Focal point voor Nederland zijn de ministeries van VWS en Justitie in samenwerking met het Bureau NDM, ondergebracht bij het Trimbos-instituut.

Website: <http://www.emcdda.eu.int/>

ESPAD

ESPAD staat voor *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. De eindverantwoordelijke organisaties zijn de Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) en de Pompidou Groep van de Raad van Europa. De verantwoordelijke organisatie voor de deelname van Nederland is het Trimbos-instituut, dat via het *Peilstationsonderzoek* scholieren gegevens levert aan ESPAD. De doelgroep bestaat uit vijftien- en zestienjarige scholieren van het middelbaar onderwijs. Peilingen vonden plaats in 1995, 1999 en 2003. In 1995 namen 26 landen deel en vanaf 1999 namen dertig landen deel. Door een gestandaardiseerde methode zijn de gegevens tussen de dertig landen onderling goed vergelijkbaar. In 1999 voldeed Nederland nog niet geheel aan de ESPAD-standaard voor steekproeftrekking. Het ESPAD verzamelt gegevens op een steekproef van klassen van middelbare scholen. De gegevens worden verzameld via vragenlijsten die klassikaal worden afgenomen. Het ESPAD peilt het gebruik van sigaretten, diverse alcoholische dranken, kalmerende medicijnen en illegale drugs.

Website: <http://www.can.se/>

HBSC

De *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) studie is in 2001 voor het eerst in Nederland uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het Trimbos-instituut, de Universiteit Nijmegen en de Universiteit Utrecht. De doelgroep zijn scholieren van elf tot en met zeventien jaar. De HBSC-studie wordt uitgevoerd via de WHO, de Wereld Gezondheidsorganisatie. Via vragenlijsten worden gegevens verzameld over, onder andere, de gezondheidsbeleving, de

psychische gezondheid, de mate van sociale integratie, risicogedrag als onveilig rijden en het gebruik van alcohol, sigaretten en cannabis.

Website: <http://www.who.dk/>

MAD

De MAD is de *Regio en Steden Monitor Alcohol en Drugs*. De verantwoordelijke organisatie is het Platform Sociaal Epidemiologisch Onderzoek, waarin samenwerken: het Trimbos-instituut, het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO), GGD-en en instellingen voor verslavingszorg. De MAD monitort (problematisch) gebruik van alcohol en drugs onder de algemene bevolking van 16-69 jaar, onder druggebruikers in de verslavingszorg, onder druggebruikers buiten de verslavingszorg en onder dak- en thuislozen – in de regio's Utrecht, Rotterdam en Parkstad Limburg. De monitor startte in 1997 en rapporteert sindsdien jaarlijks, zij het dat niet elk jaar een meting plaatsvindt in elke regio.

Website: <http://www.trimbos.nl/>

NDSHS

De *National Drug Strategy Household Survey* (NDSHS) volgt ontwikkelingen in het gebruik van drugs in Australië, onder verantwoordelijkheid van het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). De doelgroep is de bevolking van 14 jaar en ouder, uitgezonderd daklozen en bewoners van instellingen. De survey werd gehouden in 1985, 1988, 1991, 1993, 1995 en 1998. De NDSHS peilt de houding tegenover drugs, de gepercipieerde verkrijgbaarheid van drugs, het gebruik van alcohol, tabak en illegale drugs, het niet-medicaal gebruik van medicijnen en drugsgerelateerde incidenten. Vanaf 2001 worden de gegevens verzameld via computerondersteunde interviews per telefoon. In de voorafgaande jaren werden de gegevens verzameld via persoonlijke interviews.

Website: <http://www.aihw.gov.au/>

Nemesis

Nemesis staat voor *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*. De verantwoordelijke organisatie is het Trimbos-instituut. Het doel van Nemesis is kennis te verzamelen over prevalentie, incidentie, beloop en consequenties (zorggebruik, zorgbehoeften, functionele beperkingen) van psychische stoornissen, waaronder alcohol- en drugsverslaving. De doelgroep is de landelijke bevolking van 16 tot en met 64 jaar. Het is een prospectief onderzoek met drie meetmomenten: 1996, 1997 en 1999. Het Nemesis verzamelt gegevens via gestructureerde interviews. Psychische stoornissen worden vastgesteld volgens de *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM, 3e gewijzigde editie). Bepaalde groepen gebruikers, zoals prostituees, hang- en zwerfjongeren en

andere dak- en thuislozen kunnen ondervertegenwoordigd zijn.

Website: <http://www.trimbos.nl/>

NHSDA

De *National Household Survey on Drug Abuse* (NHSDA) peilt het gebruik van drugs in de Verenigde Staten, onder verantwoordelijkheid van de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), de Research Triangle Institute en de Office of Applied Studies (OAS). De doelgroep is de burgerbevolking van 12 jaar en ouder die niet in een instelling verblijft. Daklozen die geen gebruik maken van voorzieningen, gevangenen, bewoners van instellingen en militairen worden apart onderzocht, maar zijn niet vertegenwoordigd in de NHSDA-cijfers. De gegevens worden verzameld per afzonderlijke staat via een representatieve steekproef. Sinds 1999 worden de gegevens verzameld per computer. Deels voert een interviewer de gegevens in en deels voeren de respondenten rechtstreeks de gegevens in, met name de meer gevoelige gegevens.

Website: <http://www.samhsa.gov/>

NIPO-enquête

De verantwoordelijke organisatie voor de NIPO-enquête is het TNS NIPO, het *Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek*. In opdracht van de Stichting Volksgezondheid en Roken (Stivoro) voert het TNS NIPO onder andere jaarlijks een enquête uit naar rookgewoonten. De doelgroep is de landelijke bevolking vanaf 15 jaar. De enquête startte in 1978. De steekproef wordt getrokken uit het bestand van woningen (gezinnen) van de gemeenten in Nederland. Van de gezinnen die meedoen aan het onderzoek worden alle gezinsleden vanaf 15 jaar geïnterviewd.

Website: <http://www.tns-nipo.com/>

NPO

Het *Nationaal Prevalentie Onderzoek* (NPO) wordt uitgevoerd door het CEDRO van de Universiteit van Amsterdam, in samenwerking met het CBS. De doelgroep is de landelijke bevolking van twaalf jaar en ouder. In 1997 en 2001 vonden peilingen plaats naar het gebruik van legale en illegale drugs. De respons was 59% in 1997 en 47% in 2001. Het aantal respondenten bedroeg respectievelijk 20 en 18 duizend. Het NPO gebruikte in 2001 diverse methodes zoals schriftelijke vragenlijsten en het on-line beantwoorden van vragen via het internet. Bepaalde groepen gebruikers, zoals prostituees, hang- en zwervjongeren en andere dak- en thuislozen en allochtonen kunnen ondervertegenwoordigd zijn.

Website: <http://www.cedro-uva.org/>

Peilstationsonderzoek scholieren

De verantwoordelijke organisatie is het Trimbos-instituut. Het onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met GGD'en. Het onderzoek wordt sinds 1984 om de vier jaar uitgevoerd. De primaire doelgroep zijn de leerlingen van 10-18 jaar in de twee hoogste groepen van de basisscholen en het 'reguliere' voortgezet onderwijs (brugklas, VMBO, HAVO en VWO). De dataverzameling vindt plaats met behulp van een schriftelijke vragenlijst die wordt afgenomen in de klas. In totaal worden ruim 10 duizend scholieren ondervraagd. Het onderzoek is landelijk dekkend. In 1999 was de respons op leerling-niveau 95%. Leerlingen die niet meededen waren afwezig door ziekte, spijbelen, of door andere redenen. Allochtone jongeren worden voldoende bereikt. De cijfers geven een representatief beeld van jongeren tot en met 16 jaar, de leerplichtige leeftijd. In 1990 en 1997 is het onderzoek ook onder leerlingen van bijzondere scholen en deelnemers van spijbelprojecten uitgevoerd. Het Peilstationsonderzoek scholieren levert voor Nederland de gegevens aan het ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Website: <http://www.trimbos.nl/>

POLS

Het *Permanent Onderzoek naar de Leefsituatie* (POLS) wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Voorlopers van het POLS waren de *Gezondheidsenquête* en het *Doorlopend Leefsituatieonderzoek*. De doelgroep is de landelijke bevolking. Jongeren worden onderzocht via een aparte module. Bij een steekproef uit de bevolking worden via vragenlijsten gegevens verzameld over ziekten en aandoeningen, kwaliteit van leven, leefstijl, sociale omgeving en fysieke omgeving. Het POLS startte in 1997 en wordt jaarlijks uitgevoerd. Mensen die in inrichtingen en tehuizen wonen zijn niet in het POLS vertegenwoordigd. Website: <http://www.cbs.nl/>

II MONITORING VAN DE HULPVRAAG

Bij de monitoring van de hulpvraag worden ontwikkelingen gevolgd in het aantal verzoeken om hulp voor problemen met het gebruik van alcohol, drugs of een ander middel. Ook de kenmerken van de groep hulpvragers worden in kaart gebracht.

CMR

De *Centrale Methadon Registratie* (CMR) valt onder de verantwoordelijkheid van de GG&GD Amsterdam. De CMR registreert voor Amsterdam welke cliënten methadon voorgeschreven krijgen van de GG&GD Amsterdam, de huisartsen

en de Jellinek. Correctie op dubbel telling van personen is mogelijk en wordt met regelmaat doorgevoerd. De CMR rapporteert jaarlijks.

Zie ook onder monitoring van ziekte en sterfte beneden: Cohortstudie Amsterdam.

Website: <http://www.gggd.amsterdam.nl/>

CPA

De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) Amsterdam valt onder de verantwoordelijkheid van de GG&GD Amsterdam. De CPA registreert voor Amsterdam de spoedeisende gevallen die per ambulance naar de eerstehulp post van een ziekenhuis worden vervoerd. Het CPA registreert de klachten waarvoor een patiënt per ambulance naar het ziekenhuis wordt gebracht en de (mogelijke) oorzaken van die klachten.

Website: <http://www.gggd.amsterdam.nl/>

Educare

Educare Ambulant verzorgt EHBO-posten op dansevenementen in Nederland. Via deze EHBO-posten monitort Educare vanaf 1996 de dansfeestgerelateerde gezondheidsverstoringen. In een Educare-eerstehulp team werken verpleegkundigen samen met artsen en gespecialiseerde EHBO'ers. Deze behandelaren rapporteren volgens protocol elk afzonderlijk geval op een gestandaardiseerd formulier. Alle patiënten die de EHBO-post bezoeken met een relevante hulpvraag worden geregistreerd. Druggebruik wordt vastgesteld doordat EHBO-bezoekers zelf aangeven drugs te hebben gebruikt.

Website: <http://www.bzeducare.nl/toc.htm>

LADIS

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert de ambulante hulpverlening voor verslaving aan alcohol, drugs (inclusief medicijnen), gokken en overige middelen. De verantwoordelijke organisatie is de Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ). De instellingen voor ambulante verslavingszorg registreren onder andere de primaire en secundaire verslavingsproblematiek van hun cliënten, zoals de cliënt zelf die problematiek (als primair of secundair) verwoordt. Cliënten kunnen zichzelf aanmelden, maar worden ook aangemeld door een instantie die op de hoogte is van hun verslavingsproblematiek, zoals de reclassering. Jaarlijks sturen de instellingen voor ambulante verslavingszorg hun registratiegegevens geanonimiseerd naar het LADIS. Vanaf 1994 is het mogelijk om te corrigeren voor dubbel tellingen op meerdere inschrijvingen van dezelfde cliënt. Het LADIS startte in 1986 en vanaf 1988 namen alle toenmalige Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD's) deel. Tussen 1996 en 1999 zijn bovendien zeven laagdrempelige instellingen gaan deelnemen aan het LADIS. Vanaf 2001 is ook de

GG&GD Amsterdam gaan deelnemen. De cijfers in het Jaarbericht hebben betrekking op cliënten waarmee tenminste één keer daadwerkelijk contact is geweest.

Website: <http://www.ivv.nl/>

LIS

Het *Letsel Informatie Systeem* (LIS) registreert informatie over slachtoffers die na een ongeval zijn behandeld op een Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) van een selectie van ziekenhuizen. De verantwoordelijke organisatie is de Stichting Consument en Veiligheid. De ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland met een continu bezette SEH-afdeling. Dit maakt het mogelijk cijfers op nationaal niveau te berekenen. Het LIS registreert privé-ongevallen, verkeersongevallen, sportongevallen, arbeidsongevallen, geweld en zelfmutilatie. Behalve informatie over de achtergronden van het ongeval bevat het LIS ook informatie over persoons- en binnenkomstgegevens over de diagnose, de behandeling en het ontslag van de patiënt. Onder andere wordt geregistreerd of een ongeval zich voordeed in een horecagelegenheid. Voor ongevallen gerelateerd aan alcohol- of drugsgebruik kan sprake zijn van onderrapportage door de sociale onwenselijkheid van het gebruik van deze middelen.

Website: <http://www.veiligheid.nl/>

LMR

De *Landelijke Medische Registratie* (LMR) registreert de dagopnames en de klinische opnames in de algemene ziekenhuizen. De verantwoordelijke organisatie is Prismant. Behandelingen op de EHBO-afdelingen van de ziekenhuizen worden nog niet geregistreerd in de LMR. Jaarlijks sturen de algemene ziekenhuizen hun gegevens naar de LMR. De ziekenhuizen registreren bij het ontslag van de patiënt de hoofddiagnose en de eventuele nevendiagnoses. Diagnoses worden pas bij ontslag geregistreerd, omdat soms pas na nader onderzoek de juiste diagnose kan worden gesteld. De diagnoses worden geregistreerd in ICD-9 codes. Via een anonieme code kan in de LMR worden gecorrigeerd voor dubbelstellingen.

Website: <http://www.prismant.nl/>

PiGGz

Het PiGGz is het *Patiëntenregister intramurale Geestelijke Gezondheidszorg*. De verantwoordelijke organisatie is Prismant. Vanaf 1997 is de registratie onvolledig. Het PiGGz wordt overgenomen door Zorgis, het registratiesysteem van GGZ Nederland. Het PiGGz registreerde de problematiek volgens ICD-9 codes.

Website: <http://www.prismant.nl/>

III MONITORING VAN ZIEKTE EN STERFTE

Doodsoorzakenstatistiek

De verantwoordelijke organisatie voor de Doodsoorzakenstatistiek is het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De Doodsoorzakenstatistiek registreert voor de overleden inwoners van Nederland die stonden ingeschreven in het bevolkingsregister de primaire doodsoorzaak en (eventueel) twee secundaire doodsoorzaken. Bij overlijden vermeldt een arts de doodsoorzaak, of meerdere doodsoorzaken op een speciaal formulier. Dit formulier gaat geanonimiseerd naar het CBS. De codeurs van het CBS kennen aan de doodsoorzaken die bij hen binnenkomen een ICD-code toe. Tot en met 1995 werd gecodeerd in ICD-9 en vanaf 1996 wordt gecodeerd in ICD-10. De codes die worden gehanteerd voor het in kaart brengen van sterfte door drugsgebruik zijn veranderd. Daardoor vond een trendbreuk plaats tussen 1995 en 1996. Website: <http://www.cbs.nl/>

EuroHIV

EuroHIV is het *European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS*. De verantwoordelijke organisaties voor EuroHIV zijn de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) en UNAIDS, een instelling van de Verenigde Naties. EuroHIV coördineert de HIV/ aids registraties en surveillances in de 51 landen van de Europese regio van de WHO. EuroHIV stelt standaarden op voor de rapportage. Voor Nederland rapporteert het Ministerie van VWS in samenwerking met het RIVM aan EuroHIV. Vanaf 1984 rapporteren de deelnemende landen gevallen van aids en vanaf 1997 rapporteren de landen ook gevallen van HIV. De registratie van alleen aids gaf geen goed beeld meer van de hiv-epidemie vanwege de nieuwe medicijnen die het ontstaan van aids bij een HIV-infectie kunnen afremmen.

Website: <http://www.eurohiv.org/AidsSurv/a2.htm>

HIV/aids-registratie

De verantwoordelijke organisaties voor de HIV/aids-registratie zijn de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij het Ministerie van VWS, de Stichting HIV Monitoring (SHM) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). In 2002 heeft de HIV/Aids registratie van de SHM de voormalige Aids-registratie overgenomen. De Aids-registratie bevatte alleen gevallen van aids. De HIV/Aids-registratie bevat naast gevallen van aids ook gevallen van HIV. Op vrijwillige basis melden artsen diagnoses van HIV en aids bij de SHM. Tot op heden zijn er circa 8000 HIV-geïnfekteerden geregistreerd. Injecterende druggebruikers zijn vermoedelijk in de registratie ondervertegenwoordigd (6%). Zie ook: HIV-surveillance.

Websites: <http://www.hiv-monitoring.nl>, www.soahiv.nl

HIV-surveillance onder druggebruikers

De HIV-surveillance wordt uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in nauwe samenwerking met de GGD-en. De HIV-surveillance onder druggebruikers peilt hoe veel procent van de druggebruikers besmet is geraakt met HIV, met name (ooit) injecterende druggebruikers. Besmetting met HIV wordt vastgesteld door te kijken of in het speeksel van druggebruikers antistoffen tegen HIV aanwezig zijn. (Deze methode is betrouwbaar genoeg voor statistisch onderzoek, maar niet betrouwbaar genoeg voor diagnostiek op individueel niveau.) Vier steden (Amsterdam, Rotterdam, Heerlen/Maastricht en Arnhem) zijn een vast onderdeel van de HIV surveillance en twee steden of regio's worden wisselend ingevuld. Sinds 2001 wordt jaarlijks in één stad of regio een peiling verricht. Website: <http://www.rivm.nl/>

SWOV

De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) verzamelt gegevens over (alcohol gerelateerde) verkeersongevallen van de verkeersongevallenregistratie van de Adviesdienst Verkeer en Vervoer (AVV) van het Ministerie van Verkeer en Waterstaat. Het Bestand Ongevallen en Netwerk van de AVV bevat gedetailleerde gegevens over alle geregistreerde verkeersongevallen en -slachtoffers, inclusief het Nationaal Wegenbestand. Website: <http://www.swov.nl/>

IV MONITORING VAN DE MARKT

Coffeeshop monitor

Bureau Intraval inventariseert jaarlijks per gemeente via aangewezen contactpersonen welk beleid de gemeenten voeren. Voert een gemeente een gedoogbeleid, dan telt Intraval hoeveel coffeeshops in die gemeente officieel worden gedoogd.

Website: <http://www.intraval.nl/>

DIMS

Het *Drugs Informatie en Monitoring Systeem* (DIMS) van het Trimbos-instituut monitort sinds 1992 de trends op de markt van synthetische drugs. In 2003 namen 15 instellingen voor verslavingszorg deel aan het DIMS met kantoor-testservices op 26 plaatsen. De 15 DIMS-instellingen determineren en registreren de door de gebruikers op het spreekuur aangeboden drugsmonsters via een actuele, geautomatiseerde database. Monsters die niet ter plekke

kunnen worden geïdentificeerd, worden via het Bureau DIMS doorgestuurd naar een laboratorium voor nadere chemische analyse.

Website: <http://www.trimbos.nl/>

THC-monitor

De verantwoordelijke organisatie voor de THC-monitor is het Drugs Informatie- en Monitoringsysteem (DIMS) bij het Trimbos-instituut. De THC-monitor volgt sinds 1999/2000 de concentratie van THC in cannabis die wordt verkocht in coffeeshops. Het DIMS peilt ook de prijsontwikkeling. Medewerkers van het DIMS kopen verschillende cannabisproducten in een landelijk representatieve steekproef van coffeeshops. De verschillende cannabisproducten zijn hasj en wiet afkomstig uit Nederland en hasj en wiet afkomstig uit het buitenland. De concentratie van THC in deze cannabisproducten wordt bepaald in hetzelfde laboratorium met dezelfde analysemethode. Daardoor zijn de concentraties THC binnen verschillende producten en over verschillende jaren goed met elkaar vergelijkbaar.

Website: <http://www.trimbos.nl/>

V MONITORING VAN DRUGCRIMINALITEIT

Cliënt Volg Systeem (CVS) van de (verslavings)reclassering

Het CVS is vanaf 2001 geïmplementeerd en vervangt het Addictis-systeem dat de verslavingsreclassering voordien gebruikte. De invoering van het CVS hangt samen met de overgang van de (verslavings)reclassering naar een systeem van outputfinanciering. De ambulante verslavingszorginstellingen zijn door Justitie verplicht om hun reclasseringsactiviteiten in het CVS vast te leggen. De registratie van cliënten en activiteiten van de verslavingsreclassering is hiermee vanaf 2001 ingrijpend gewijzigd. Het aantal contacten met cliënten wordt in het CVS niet geregistreerd; deze informatie is vanaf 2001 en 2002 niet meer beschikbaar. Het CVS bevat enkele nieuwe rubrieken, zoals 'trajectbegeleiding' en 'toeleiding zorg'. Hierover is alleen informatie beschikbaar voor 2001 en 2002. Bij de CVS-cijfers 2001 moet aangetekend worden dat de prestaties 2001 volgens de SVG invloed ondervonden van implementatietrajecten CVS en OPS (Outputsturing). De validiteit van deze cijfers is twijfelachtig.

Gevangenisstatistiek DJI, TULP

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) brengt periodiek verslag uit van cijfers betreffende gevangenisstatistieken. De gegevens zijn afkomstig uit het geau-

tomatiseerde verblijfsregistratiesysteem TULP (*Ten UitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiare inrichtingen*) en bevat, onder andere, gegevens over kenmerken van gedetineerden, de delicten waarvoor zij veroordeeld zijn en de duur van de opgelegde straffen.

Website: <http://www.dji.nl/>

HerKenningsdienstSysteem (HKS)

Informatie over de opsporingsfase is in de eerste plaats gebaseerd op gegevens uit de *HerKenningsdienstSystemen* (HKS) van de politieregio's. Het HKS bevat de processen-verbaal van aangiften en processen-verbaal opgemaakt tegen verdachten. In dit jaarbericht wordt de op de bekende daders gebaseerde informatie uit het HKS gebruikt. Het HKS houdt de criminele voorgeschiedenis van verdachten bij. De bestanden van de regio's zijn aan elkaar gekoppeld tot een landelijk bestand. Daarbij is het noodzakelijk om het bestand te 'ontdubbelen' omdat verdachten in verschillende politieregio's meer malen kunnen voorkomen. Het landelijke HKS bestand is opgezet voor het maken van een landelijke criminaliteitskaart en wordt beheerd door het KLPD/DNRI, groep Onderzoek & Analyse. Het WODC beheert een kopie van het landelijke HKS.

Website: <http://www.politie.nl/KLPD/>

Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum (WODC) van het Ministerie van Justitie beheert de *Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie* (OBJD). De OBJD is een geanonimiseerde kopie van het Justitieel Documentatie Systeem (JDS). De OBJD-database heeft als doel het leveren van beleidsinformatie op het terrein van de strafrechtspleging. Het vormt tevens de basis van de recidivemonitor.

Website: <http://www.wodc.nl/>

Openbaar Ministerie Data (OMDATA)

OMDATA is landelijke database van het Parket Generaal met gegevens over vervolging en berechting in eerste aanleg. Het systeem is gebaseerd op een ander beleidsinformatie-systeem, RAPSODY Strafrechtketen, dat in alle 19 arrondissementen wordt gebruikt. OMDATA bevat een selectie van gegevens uit RAPSODY. Doel van het systeem is om snel bestuurlijke informatie op centraal niveau te kunnen leveren, te beschikken over een basisbestand voor onderzoek en analyse. Voor wetenschappelijk onderzoek is een kopie van de OMDATA-database beschikbaar bij het WODC. OMDATA wordt in deze studie ingezet ter validatie van enkele OBJD-resultaten die trendbreuken tonen.

Website: <http://www.openbaarministerie.nl/>

Opsporingsonderzoeken Georganiseerde Criminaliteit

Gegevens over opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit is afkomstig van het KLPD. Sinds een aantal jaren verzamelt het KLPD een selectie van opsporingsonderzoeken die de Nederlandse politie jaarlijks doet naar criminele samenwerkingsverbanden. In 2002 is een ander format gebruikt. Dit kan vergelijking met andere jaren beïnvloeden. De inventarisatie vindt plaats ten behoeve van de Europese Raad. Sinds 1993 zijn de lidstaten verplicht jaarlijks een situatierapport over de georganiseerde criminaliteit samen te stellen. De groep Onderzoek & Analyse van de DNRI/KLPD is verantwoordelijk voor de vervaardiging van deze situatierapporten. De Europese Raad hanteert elf criteria om vast te stellen of een opsporingsonderzoek daadwerkelijk betrekking heeft op georganiseerde criminaliteit. Een opsporingsonderzoek dient in ieder geval te voldoen aan de eerste vier basiscriteria en daarnaast aan minimaal twee van de overige zeven criteria. De criteria van de Europese Raad laten echter ruimte voor verschillende interpretaties. Voor een eenduidige uitleg zijn de criteria in Nederland geoperationaliseerd en omgezet in concrete vragen. De bij de basiscriteria behorende vragen zijn:

- 1 Maken de hoofdverdachten deel uit van een crimineel samenwerkingsverband dat bestaat uit meer dan twee personen?
- 2 Zijn de activiteiten van het criminele samenwerkingsverband, waarvan de hoofdverdachten deel uitmaken, van structurele aard?
- 3 Plegen de hoofdverdachten in georganiseerd verband misdrijven waarop een strafmaat staat van ten minste vier jaar?
- 4 Is naar uw schatting het (beoogde) wederrechtelijk verkregen vermogen waarover het gehele criminele samenwerkingsverband kan beschikken inbaar geld of in de vorm van investeringen (laboratoria, transportmiddelen, onroerend goed of andere middelen) groter dan 225 duizend Euro?

Website: <http://www.politie.nl/KLPD/>

Strafrechtelijke Opvang Verslaafden

Cijfers over opnames in de *Strafrechtelijke Opvang Verslaafden* (SOV) zijn afkomstig van de SOV-locaties, de beleidsdirectie Sancties, Reclassering en Slachtofferzorg van het Ministerie van Justitie en het Trimbos-instituut.

Strafrechtmonitor (SRM)

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van Justitie beheert de Strafrechtmonitor (SRM). De SRM bestaat uit excerpten van strafdossiers betreffende misdrijfzaken die door openbaar ministerie en rechtbanken in eerste aanleg zijn afgedaan. Periodiek wordt een gestratificeerde steekproef getrokken uit alle bij het openbaar ministerie ingeschreven strafzaken uit een bepaald jaar. De stratificatie betreft afdoe-

ningsinstantie en delicttype. Bij de berekening van aantallen en percentages op basis van de steekproef wordt herwogen naar de oorspronkelijke verhoudingen uit de populatie. Momenteel hebben drie dataverzamelingsrondes plaatsgehad van zaken uit de jaren 1993 (702 zaken), 1995 (979 zaken) en 1999 (1000 zaken). De SRM bevat gedetailleerde informatie over dader/verdachte, delict, eventuele slachtoffers, procesgang en afdoening. Het gaat daarbij om misdrijven uit de hoofdcategorieën geweldsdelicten (waaronder zedendelicten), vermogensdelicten, vernieling en openbare-ordedelicten, en drugsdelicten. De Wegenverkeerswet, de Wet Economische Delicten, de Wet Wapens en Munitie, en het zogenoemde bijzondere Strafrecht, waaronder het Militair Strafrecht, maken geen deel uit van de Strafrechtmonitor. Deze uitsluitingen betreffen zo'n tien procent van de totale geregistreerde criminaliteit (op politieniveau), bijna de helft van de door het openbaar ministerie afgedane zaken en circa een derde van alle bij de rechtbank aangebrachte misdrijfzaken. Met name de Wet Economische Delicten en de Wegenverkeerswet dragen bij aan deze relatief hoge percentages. Deze categorieën van misdrijven zijn voor de Strafrechtmonitor echter niet interessant, daar deze zich vooral richt op de achtergronden van de misdaad. Druggebruik en drugproblematiek zijn in dat opzicht juist wel van belang voor de SRM en worden daarom zorgvuldig geregistreerd. Daarbij is men gehouden aan de informatie die in het strafdossier (dat is het proces-verbaal van de politie, eventuele psychiatrische of psychologische rapportage, verslagen van de zitting(en), pleitnota's, etcetera) aanwezig is.

Website: <http://www.wodc.nl/>

Unit Synthetische Drugs

De Unit Synthetische Drugs (USD) is in 1997 tot stand gekomen en heeft als taak de grootschalige aanpak van synthetische drugs. Eén van de doelstellingen van de USD is de verbetering van de nationale coördinatie en opschaling van informatie en operationalisering van informatie over synthetische drugs. De USD vervult die doelstelling onder andere door inzicht te krijgen in de aard en omvang van de problematiek rondom synthetische drugs (USD, 2001) en vervult daarmee een coördinerende rol bij het verzamelen van informatie over synthetische drugs. De USD verzamelt de informatie die afkomstig is van onder andere de regionale politiekorpsen. De USD stuurt hiertoe de korpsen aan en coördineert de informatievoorziening (Meijer e.a.; 2002).

Website: <http://www.politie.nl/Overige/Overigepolitieorganisaties/USD/>

WODC-Recidivemonitor

De WODC-recidivemonitor is een langlopend onderzoeksproject waarin gestandaardiseerde recidivemetingen worden verricht onder verschillende groepen justitiabelen (daders of verdachten). Doel van dit project is een beter beeld te

krijgen van de effecten van strafrechtelijke interventies en van het verloop van criminele carrières. De metingen binnen de Recidivemonitor worden gebaseerd op gegevens uit de OBJD. Deze metingen verlopen steeds op dezelfde manier. De uitkomsten van het onderzoek zijn hierdoor onderling vergelijkbaar.

Website: <http://www.wodc.nl/>

BIJLAGE C

VERKLARING VAN ICD-9 EN ICD-10 CODES



VERKLARING VAN ICD-9 CODES

ICD-9 code	Verklaring
162	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea, bronchus en long
291	Alcohol psychosen
292	Drug psychosen
303	Alcoholverslavingssyndroom
304	Verslaving aan drugs
304.0	Verslaving aan opiaten en dergelijke
304.2	Verslaving aan cocaïne
304.3	Verslaving aan cannabis
304.4	Verslaving aan amfetamine en andere psychostimulantia
304.7	Verslaving aan opiaten in combinatie met andere drugs
305	Misbruik van drugs of andere middelen zonder verslaving
305.0	Misbruik van alcohol
305.2	Misbruik van cannabis
305.3	Misbruik van hallucinogenen
305.4	Misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking
305.5	Misbruik van opiaten
305.6	Misbruik van cocaïne
305.7	Misbruik van amfetamine of sympathicomimetica met verwante werking
305.8	Misbruik van antidepressiva en dergelijke
305.9	Misbruik van overige, gemengde of niet gespecificeerde middelen
425.5	Alcoholische cardiomyopathie
535.3	Alcoholische gastritis
571.0	Alcoholische vetlever
571.1	Acute alcohol hepatitis
571.2	Alcoholische levercirrose
571.3	Niet gespecificeerde alcoholische leverbeschadiging
980	Toxisch gevolg van alcohol
E850	Accidentele vergiftiging door analgetica, antipyretica en antireumatica
E850.0	Accidentele vergiftiging door heroïne

E854.1	Accidentele vergiftiging door psychodysleptica (hallucinogenen)
E854.2	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
E855.2	Accidentele vergiftiging door lokale anesthetica (waaronder cocaïne)
E950	Suicide door vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen
E980	Vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen, waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden

VERKLARING VAN ICD-10 CODES

ICD-10 code	Verklaring
C33	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea
C34	Kwaadaardige nieuwvormingen van bronchus en long
F10	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol
F11	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten
F12	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis
F13	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica
F14	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne
F15	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen
F18	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van vluchtige oplosmiddelen
F19	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van meerdere drugs en andere psychoactieve middelen
I42.6	Alcoholische cardiomyopathie
K29.2	Alcoholische gastritis
K70.0	Alcoholische vetlever
K70.1	Alcoholische hepatitis
K70.2	Alcoholische leverfibrose en leversclerose
K70.3	Alcoholische levercirrose
K70.4	Alcoholische leverinsufficiëntie
K70.9	Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd
K86.0	Alcoholische pancreasonsteking
X41 + T43.6	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
X42	Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geclassificeerd
X42 + T40.5	Accidentele vergiftiging door cocaïne
X61 + T43.6	Suicide door psychostimulantia
Y11 + T43.6	Vergiftiging door psychostimulantia waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden.

BIJLAGE D

OVERZICHT PRODUCTEN

VERSLAVINGSRECLASSERING EN 'DRANGTRAJECTEN'

A FORMELE DEFINITIE VAN PRODUCTEN VAN DE VERSLAVINGSRECLASSERING

Product	Definitie
Vroeghulpbezoek	Eerste bezoek aan een arrestant, in verzekering gestelde of in bewaring gestelde verdachte
Vroeghulpinterventie	Rapport aan de rechterlijke macht met een aanbeveling over het al dan niet voortduren van de voorlopige hechtenis (en de wijze waarop)
Trajectbegeleiding	Methodische aanpak om op basis van onderzoek een plan van aanpak op te stellen, te coördineren en te evalueren
Toeleiding zorg	De inspanning die nodig is voor het plaatsen van een cliënt in een zorginstelling
Toezicht	De activiteiten ten behoeve van het houden van toezicht op cliënten in het kader van een justitiële beslissing
Reïntegratieprogramma	Training om de cliënt inzicht en/of vaardigheden bij te brengen op één of meer van de volgende gebieden: wonen, arbeid/scholing, financiën, gedrag, relaties, schade- en/of conflictregeling
Werkstraf	Het doen verrichten van een straf van onbetaalde arbeid in het kader van de executie van een justitiële beslissing

Leerstraf	Het doen uitvoeren van een als leerstraf erkend(e) programma(s) in het kader van de executie van een justitiële beslissing
Voorlichtingsrapport	Schriftelijke informatie aan de rechterlijke macht met het oog op de beslissing over vervolging, berechting of de tenuitvoerlegging van straf(fen) en/of (straf)maatregel(en)
Adviesrapport	Beperkte, schriftelijke vorm van verstrekken van informatie over de cliënt aan een (justitiële) instantie in verband met een gerichte vraagstelling dan wel een te nemen beslissing
Maatregelrapport	Schriftelijke informatie aan het MvJ, de FPD, TBS-inrichting en/of RM met het oog op de beslissing over vervolging en berechting waarbij een maatregel geïndiceerd is of voor indicatiestelling, aanvang, uitvoering (voortzetting, wijziging) of beëindiging van de ten uitvoerlegging van een maatregel

Bron: Ministerie van Justitie; SRN.

B MEEST RELEVANTE ZORGVOORZIENINGEN IN HET KADER VAN DRANG, BUITEN EN BINNEN PENITENTIAIRE INRICHTINGEN [P.I.]

Voorziening	Typering naar doelstelling en doelgroep
<i>a Buiten P.I.</i>	
Verslavingskliniek	Gericht op abstinentie, terugvalpreventie, crisis-interventie, stabiliteit in psychologisch en sociaal functioneren. Bedoeld voor cliënten die gemotiveerd zijn om behandeling te ondergaan. Ook vrijwillige instroom.
Intramuraal Motivatie Centrum	Laagdrempelige voorziening om cliënten te motiveren tot vervolgzorg, niet gericht op abstinentie en therapie. Bedoeld voor problematische harddruggebruikers die geen contact hebben met verslavingszorg. Verblijfsduur 3-4 maanden. Ook vrijwillige instroom.
Lokale programma's (SOV-drang)	Gericht op reïntegratie (arbeid/opleiding, vrije tijd, wonen, financiën, sociale relaties) en vermindering van overlast en criminaliteit van de deelnemers. Bedoeld voor recidiverende langdurig harddrugverslaafden. Gefaseerde opzet (gesloten-halfopen-open fase). Ook vrijwillige instroom.
Forensische Verslavingskliniek ^I	Eén kliniek met landelijke functie, gestart 1998. Gericht op abstinentie, sociale stabiliteit en beter functioneren. Therapeutisch. Bedoeld voor chronisch harddrugverslaafde gedetineerden met ernstig crimineel gedrag dat nauw samenhangt met het druggebruik, hoge recidive, eerdere drop-out uit behandeling, niet geschikt opname in andere klinieken. Gefaseerde opzet, verblijfsduur 6-18 maanden. Specifiek georiënteerd op drang.

^I FVK: 29 verwijzingen in 2001, 38 in 2002. Bron: DJJ

**Begeleid wonen
projecten**

Kleinschalige projecten waarin cliënten getraind en begeleid worden in wonen, leren en werken. Doel is verslaafden te begeleiden naar (zo veel mogelijk) zelfstandig wonen. Bieden dagactiviteiten, psychosociale hulpverlening en begeleiding, sociale vaardigheidstrainingen, financiële begeleiding. In combinatie met leer/werkprojecten. Ook vrijwillige instroom.

**Ambulante en deeltijd
verslavingszorg**

Gericht op verbetering dan wel stabilisering van de situatie van cliënten. Bedoeld voor cliënten die openstaan voor (diverse vormen van) begeleiding en counseling. Ook vrijwillige instroom.

b Binnen P.I.

**Verslaafden Begeleidings
Afdeling VBA**

Drugvrije unit, biedt programma voor gedetineerde verslaafden. Bedoeld voor verslaafden die gemotiveerd zijn tot staken van hun druggebruik en die daarom in aanmerking komen voor toeleiding naar behandeling buiten detentie. Drang wordt uitgeoefend door aanbod van een ruimer regime met meer vrijheden en mogelijkheden voor activiteiten en bezoek (positieve incentives). Gemiddelde verblijfsduur in 2002 is 116,5 dag.

Een mogelijkheid voor (verslaafde) gedetineerden is ook deelname aan een Penitentiair Programma. Hierbij kan onder begeleiding gebruik worden gemaakt van voorzieningen buiten de penitentiaire inrichting, maar de gedetineerde kan ook zonder zorg deelnemen aan maatschappelijke activiteiten. Exacte cijfers over deelnemende verslaafden zijn niet bekend, maar bij zowel SVG als DJI bestaat de indruk dat verslaafden hier niet vaak gebruik van maken.

Bron: WODC en QCT Europe (zie: <http://www.kent.ac.uk/eiss/projects/qct%20europe/>)

BIJLAGE E

INTERNETADRESSEN OP HET GEBIED VAN ALCOHOL EN DRUGS



Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)
<http://www.aihw.gov.au/>

CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek (UvA)
<http://www.cedro-uva.org/>

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
<http://www.cbs.nl/>

Stivoro, voor een rookvrije toekomst
<http://www.stivoro.nl/>

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS
<http://www.eurohiv.org/sida.htm>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
<http://www.emcdda.org/>

Europese Commissie, Taxation and Customs Union
http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/publications/info_doc/info_doc.htm#Excises

Europol
<http://www.europol.eu.int/home.htm>

GG&GD Amsterdam
<http://www.ggd.amsterdam.nl/>

GGD Nederland
<http://www.ggd.nl/>

GGZ Nederland
<http://www.ggz nederland.nl>

Inspectie voor de Gezondheidszorg
<http://www.igz.nl/productie/indexie.html>

Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO)
<http://www.ivo.nl/>

Intraval. Bureau voor onderzoek en advies
<http://www.intraval.nl/>

Jellinek kliniek (Amsterdam)
<http://www.jellinek.nl/>

Korps Landelijke Politiediensten (KLPD)
<http://www.klpd.nl/>

Ministerie van Justitie
<http://www.justitie.nl/>

Ministerie van VWS
<http://www.minvws.nl/index.html>

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)
<http://www.nigz.nl/>

Openbaar Ministerie
<http://www.openbaarministerie.nl/>

Politie
<http://www.politie.nl/>

Prismant
<http://www.prismant.nl/index.htm>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
<http://www.rivm.nl/>

Rijks-Kwaliteitsinstituut voor land- en tuinbouwproducten
www.rikilt.dlo.nl/

Stichting Consument en Veiligheid
<http://www.consument-en-veiligheid.nl/>

Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ)
<http://www.ivv.nl/>
<http://www.sivz.nl/>

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV)
<http://www.swov.nl/>

Substance Abuse & Mental Health Service Administration (SAMHSA)
<http://www.samhsa.gov/>

SWOV-Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
<http://www.swov.nl>

Trimbos-instituut
<http://www.trimbos.nl/>

Vereniging GGZ Nederland
<http://www.ggz nederland.nl/>

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)
<http://www.wodc.nl/>

World Health Organisation (WHO)
<http://www.who.int/home-page/>

REFERENTIES

- 1 Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1997-1998, 24007 nr.68 (1998). *Drugbeleid; Brief minister met haar standpunt inzake het advies van een werkgroep van deskundigen over de Nationale Drug Monitor (NDM)*. Den Haag: SDu Uitgevers.
- 2 Snippe, J., Hoogeveen, C., Bieleman, B. (2000). *Monitor drugsproblematiek justitie; definitiestudie en ontwikkeltraject*. Groningen: IntraVal.
- 3 Meijer, R., Grapendaal, M., Van Ooyen, M. (2003). *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers: achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor; jaarbericht 2002*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- 4 Van Laar, M., Cruts, G., Rigter, H. (2002). *Nationale Drugmonitor, jaarbericht 2002*. Utrecht: NDM.
- 5 Rigter, H., Ten Have, M., Cuijpers, P., Depla, M., Van Gageldonk, A., Van der Laan, G., Peterse, A., De Ruiter, C., Smits, C., Vollebergh, W., Wolf, J. (2002). *Brancherapport GGZ-MZ: '98-'01*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- 6 Monshouwer, K., Van Laar, M. (2003). *Fact sheet Drugsbeleid*. Utrecht: Bureau NDM.
- 7 Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S. (2003). *Bovenmatig drinken in Nederland: uitkomsten van de 'Netherlands mental health survey and incidence study' [Nemesis]*. Utrecht: Bureau NDM.
- 8 Rigter, H., Van Laar, M., Rigter, S. (2003). *Cannabis: feiten en cijfers 2003: achtergrondstudie Nationale Drugmonitor NDM*. Utrecht: Bureau NDM.
- 9 Abraham, M., Cohen, P., Kaal, H. (2002). *Licit and illicit drug use in the Netherlands, 2001*. Amsterdam: Mets.
- 10 Abraham, M., Kaal, H., Cohen, P. (2003). *Licit and illicit drug use in Amsterdam, 1987 to 2001: development of drug use in Amsterdam, as measured in five population surveys between 1987 and 2001*. Amsterdam: CEDRO/Mets & Schilt.
- 11 De Bruin, D., Meijerman, C., Verbraeck, H. (2003). *Zwerven in de 21ste eeuw: een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.

- 12 Vogelsang, B., Van Burik, A., Van der Knaap, L., Wartna, B. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland*. Den Haag: Adviesbureau Van Montfoort/WODC.
- 13 Van der Poel, A., Van de Mheen, D. (1999). *Softdrugs in Midden-Holland : een onderzoek naar de omvang en achtergronden van softdrugsgebruik*. Rotterdam: IVO.
- 14 Van den Bosch, L., Verheul, R., Van den Brink W. (2001). Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders*, 15(5): 416-424.
- 15 De Zwart, W., Monshouwer, K., Smit, F. (2000). *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 16 Ter Bogt, T., Van Dorsselaer, S., Vollebergh, W (2002). *Roken, drinken en blo-
wen door Nederlandse scholieren (11 t/m 17 jaar), 2001; Kerngegevens midde-
lengtegebruik uit het Nederlandse HBSC-onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 17 Korf, D., Woude, M., Benschop, A., Nabben, T (2001). *Coffeeshops, jeugd en
toerisme*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- 18 Smit, F., Monshouwer, K., Verdurmen, J. (2002). Polydrug Use Among
Secondary School Students: combinations, prevalences and risk profiles.
Drugs: Education, Prevention & Policy, 9(4): 355-265.
- 19 Monshouwer, K., Smit, F., Spruit, I. (2002). Alcohol-, tabak- en cannabis-
gebruik bij scholieren naar etnische achtergrond. *TSG: Tijdschrift voor
gezondheidswetenschappen*, 80(3): 172-177.
- 20 Korf, D., Nabben, T., Benschop, A. (2002). Antenne 2001: *Trends in alcohol,
tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg
Publishers.
- 21 Korf, D., Diemel, S., Riper, H. (1999). *Het volgende station: zwerfjongeren in
Nederland*. Amsterdam: Thela Thesis.
- 22 Van Gelder, P., Reinerie, P., Burger, I. (2003). *Uit (je dak) in Den Haag, 2002:
uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik*. Den Haag: Parnassia.
- 23 Stam, H., Mensink, C., Zwart, W. (1998). *Jeugd en riskant gedrag 1997: roken,
drinken, drugsgebruik en gokken in het voortgezet speciaal onderwijs en spij-
belopvangprojecten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 24 Wolf, J., Zwikker, M., Nicholas, S. (2002). *Op achterstand: een onderzoek naar
mensen in de marge van Den Haag*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 25 Rieger, H., Laar, M. (2002). Epidemiological aspects of cannabis use. In:
I.P.Spruit (red.). *Cannabis 2002 report: a joint international effort at the initia-
tive of the Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The
Netherlands, Switzerland: technical report of the International Scientific
Conference Brussel, Belgium, 25-02-2002*, p. 19-45. Brussels, Belgium:
Ministry of Public Health.

- 26 Bijl, R., Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorg-behoefte: resultaten van de Nederlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis). *TSG: Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 76(8): 446-457.
- 27 Vreugdenhil, C., Van den Brink, W., Wouters, L., Doreleijers, T. (2003). Substance use, substance use disorders, and comorbidity patterns in a representative sample of incarcerated male Dutch adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(6): 372-378.
- 28 Wits, E., Spijkerman, R., Bongers, I. (1999). 'Als je alleen blowt, is niet leuk man!': middelengebruik, tijdsbesteding en vrienden van jongeren uit risico-groepen in Rotterdam. Rotterdam: IVO.
- 29 Smit, F., Bolier, L., Cuijpers, P. (2003). Cannabisgebruik waarschijnlijk oorzakelijke factor bij het ontstaan van latere schizofrenie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147(44): 2178-2183.
- 30 Van Os, J., Bak, M., Hanssen, M., Bijl, R., De Graaf, R., Verdoux, H. (2002). Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 156(4): 319-327.
- 31 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003). *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lissabon: EMCDDA.
- 32 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003). *Statistical tables to the 2002 Annual Report*. Lissabon: EMCDDA. <http://annualreport.emcdda.eu.int/en/page77-en.html>
- 33 U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) (2002). *Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse: volume I. Summary of national findings*. Rockville, MD: DHHS.
- 34 Australian Institute of Health and Welfare (2002). *2001 National Drug Strategy Household Survey: First Results*. Canberra: AIHW.
- 35 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) (2003). *The NHSDA Report: comparison of substance use in Australia and the United States*. Rockville, MD: DHHS.
- 36 Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T. (2000). *The 1999 ESPAD Report: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): alcohol and other drug use among students in 30 European countries*. Stockholm: CAN.
- 37 Elshove-Bolk, J., Ibelings, M., Frissen, P., Simons, M. (2002). Druggerelateerde problemen op een afdeling spoedeisende hulp in het centrum van Amsterdam, juni-november 2000. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146(19): 903-906.

- 38 Gable, R. (1993). Toward a comparative overview of dependence potential and acute toxicity of psychoactive substances used nonmedically. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 19(3): 263-281.
- 39 Bieleman, B., Goeree, P. (2002). *Aantal coffeeshops en gemeentelijk beleid in 2001*. Groningen: Intraval.
- 40 Bieleman, B., Goeree, P., Naayer, H. (2003). *Coffeeshops in Nederland 2002: aantallen, gemeentelijk beleid en handhaving AHOJ-G criteria*. Groningen/Rotterdam: Intraval.
- 41 Niesink, R., Pijlman, F., Rigter, S. (2002). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2001-2002)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 42 Niesink, R., Planije, M., Rigter, S. (2001). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2000-2001)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 43 Traag, W., Gercek, H., Kloet, D., Wychgel, H., Faasen, I. (2001). *Onderzoek naar residuen van bestrijdingsmiddelen in nederwiet*. Wageningen: RIKILT.
- 44 Boekhout van Solinge, T. (2001). *Op de pof: cocaïnegebruik en gezondheid op straat*. Amsterdam: Stichting Mainline.
- 45 Korf, D., Nabben, T., Lettink, D., Bouma, H. (1999). *Antenne 98: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Thela Thesis.
- 46 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2001). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2001 = Jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie 2001*. Lissabon: EMCDDA.
- 47 Van de Mheen, D. (2000). *De Rotterdamse drugsscene onder de loep: resultaten van 5 jaar Drug Monitoring Systeem in Rotterdam*. Rotterdam: IVO.
- 48 De Graaf, I., Wildschut, J., Van de Mheen, H. (2000). *Utrechtse druggebruikers: een jachtig bestaan*. Rotterdam: IVO.
- 49 Coumans, A., Neve, R., Van de Mheen, H. (2000). *Het proces van marginalisering en verharding in de drugscene van Parkstad Limburg: resultaten van het Drug Monitoring Systeem 1998 - 2000*. Rotterdam: IVO.
- 50 Vermeulen, K., Wildschut, J., Knibbe, R. (2001). *'Zo'n beetje alles staat in het teken van de wit': een verkennend onderzoek naar (base)cocaïne in de Utrechtse gemarginaliseerde gebruiksscene*. Rotterdam: IVO.
- 51 Coumans, A., Knibbe, R. (2002). *Druggebruikers in Parkstad Limburg: trends en profielen: resultaten van het Drug Monitoring Systeem 2001-2002*. Rotterdam: IVO.
- 52 Mol, A., Van Vlaanderen, J., De Vos, A. (2002). *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in de ambulante verslavingszorg periode 1994 - 2000*. Houten: IVZ.
- 53 Smit, F., Toet, J. (2001). *National prevalence estimates of problematic drug use in the Netherlands, 1999: report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- 54 Bieleman, B., Snippe, J., De Bie, E. (1995). *Drugs binnen de grenzen: hard-drugs en criminaliteit in Nederland: schattingen van de omvang*. Groningen: Intraval.
- 55 Burger, I., Struben, H. (2001). *Haagse harddruggebruikers: het bereik van politie en verslavingszorg in 1996-1998 en veranderingen ten opzichte van 1993-1995*. Den Haag: GGD Den Haag.
- 56 Bieleman, B., Biesma, S., Jetzes, M., De Jong, A., Kruize, A., Snippe, J., De Valk, V. (2003). *Enschede van de straat. Aard en omvang dak- en thuislozen en zichtbare alcohol- en harddrugverslaafden in Enschede*. Groningen/ Rotterdam: Intraval.
- 57 Biesma, S., Snippe, J., Oldersma, F., Bieleman, B. (2003). *Inventarisatie hard-drugsverslaafden en dak- en thuislozen Leeuwarden, Noord en zuidwest Friesland*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
- 58 Ouwehand, A., Mol, A., Boonzajer Flaes, S. (2003). *Kerncijfers verslavingszorg 2001: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem [LADIS]*. Houten: IVZ.
- 59 Eland-Goossensen, M. (1997). *Opiate addicts in and outside of treatment: different populations?* Rotterdam: IVO.
- 60 Schrijvers, C., Abbenhuis, G., Van de Goor, L. (1997). *De prevalentie van complexe verslavingsproblematiek: resultaten van een onderzoek bij druggebruikers in Rotterdam en Groningen*. Rotterdam: IVO.
- 61 Van Brussel, G., Buster, M. (2002). *OGGZ monitor Amsterdam: inclusief de jaarcijfers over problematische opiaat verslaafden en uitgaansdrugs ongevallen*. Amsterdam: GG&GD.
- 62 Van Alem, V., Mol, A. (2001). *Aan vervanging toe? Methadonverstrekking in de ambulante verslavingszorg 1995-1999*. Houten: IVZ.
- 63 Ouwehand, A., Vetten, L., Alem, V. (2001). *Kerncijfers verslavingszorg 2000: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: IVZ.
- 64 GG&GD Amsterdam, Maatschappelijke (2002). *Veranoord uitgaan: integrale aanpak evenementen en party's waarbij middelengebruik een rol speelt*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- 65 Van de Laar, M., Beuker, R., Rijlaarsdam, J., Van Duynhoven, Y. (2000). *SOA en AIDS in Nederland*. Bilthoven: RIVM.
- 66 Beuker, R., Berns, M., Van Rozendaal, C., Snijders, B., Jansen, M., Hoebe, C., Van de Laar, M. (2001). *Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Heerlen/Maastricht 1998/1999*. Bilthoven: RIVM.
- 67 De Boer, J., Op de Coul, E., Beuker, R., De Zwart, O., Al Taqatqa, W., Van de Laar, M. (2003). *Trends in HIV prevalentie en risicogedrag onder injecterende druggebruikers in Rotterdam*. (In press)
- 68 Prins, M. (2000). *HIV disease progression in injecting drug users: epidemiological studies*. Amsterdam: University of Amsterdam.

- 69 Krol, A. (2002). *Overview of the Amsterdam cohort studies among homosexual men and drug users*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- 70 Carsauw, H., Van Rozendaal, C., Scheepens, J., Hoebe, C., Meulders, W., Jansen, M., Dorigo-Zetsma, J., Houweling, H. (1997). *Infecties met HIV, HBV, en HCV onder injecterende druggebruikers in Heerlen/Maastricht*. Bilthoven: RIVM.
- 71 Wiessing, L., Houweling, H., Spruit, I., Korf, D., Van Duynhoven, Y., Fennema, J., Borgdorff, M. (1996). HIV among drug users in regional towns near the initial focus of the Dutch epidemic. *AIDS*, 10(12): 1448-1449.
- 72 Beuker, R., Berns, M., Watzeels, J. (2001). *Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Den Haag 2000*. Bilthoven: RIVM.
- 73 Haks, K., Berns, M., Snijders, B., Watzeels, J., Van Regteren, A., Van de Laar, M. (2001). *Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Almelo/Enschede/Hengelo 2000*. Bilthoven: RIVM.
- 74 Van Laar, M., Cruts, G., Vicente, J., Frost, N., Hartnoll, R. (2002). *The DRD-Standard, version 3.0; EMCDDA standard protocol for the EU Member States to collect data and report figures for the Key Indicator Drug-Related Deaths by the Standard Reitox tables; EMCDDA*. Lissabon: EMCDDA.
- 75 Van Laar, M., Cruts, G., Vicente, J., Hartnoll, R. (2002). *Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths indicator in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths; EMCDDA project CT.00.RTX.22*. Lissabon: EMCDDA.
- 76 Verdurmen, J., Toet, J., Spruit, I. (2000). *Alcohol- en druggebruik in de gemeente Utrecht*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 77 Lammers, J., Neve, R., Knibbe, R. (2000). *Bevolkingsonderzoek alcohol- en druggebruik Parkstad Limburg*. Heerlen/Maastricht: GGD Oostelijk Zuid-Limburg/Universiteit Maastricht.
- 78 Kuilman, M., Van Dijk, A. (2000). *Alcohol- en druggebruik in de Gemeente Rotterdam: een verslag van het bevolkingsonderzoek in het kader van de Regio-en StedenMonitor Alcohol en Drugs*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.
- 79 Ter Bogt, T., Engels, R. (2003). Party style: notice for and effects of MDMA at Rave parties. *Substance Use & Misuse*, (in press).
- 80 Pijlman, F., Krul, J., Niesink, R. (2003). *Uitgaan en veiligheid: feiten en fictie over alcohol, drugs en gezondheidsverstoringen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 81 Kernteam Zuid-Nederland/Unit Synthetische Drugs, Kernteam Openbaar Ministerie/Unit Synthetische Drugs (2001). *Jaarverslag 2000*. Eindhoven/Den Bosch: KTZ/USD.
- 82 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (2003). *Rapportage gegevens 2002*. Utrecht: DIMS/Trimbos-instituut.

- 83 Abraham, M., Cohen, P., Kaal, H. (2002). *Licit and illicit drug use in the Netherlands, 2001*. Amsterdam: Mets.
- 84 Productschap Dranken (2003). *Verslag van het jaar 2002*. Rotterdam: Productschap Dranken.
- 85 Productschap Dranken, Commissie Gedistilleerd (2003). *Kerncijfers 2002*. Schiedam: Productschap Dranken, Commissie Gedistilleerd.
- 86 Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn (2002). *Gezondheidsmonitor 2002*. Den Haag: Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.
- 87 Dijkshoorn, H. (2002). *Ongezonde leefgewoonten in Amsterdam: verschillen tussen Turken, Marokkanen en Nederlanders*. Amsterdam: GGD-EDG.
- 88 De Bruin, D., Meijerman, C., Verbraeck, H. (2003). *Zwerven in de 21ste eeuw: een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- 89 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2003). *Jeugd 2003, cijfers en feiten*. Voorburg: CBS.
- 90 Laan, N., Frerichs, R. (2003). *Evaluatie campagne 'Ben jij sterker dan drank'*. Amsterdam: NIPO.
- 91 De Zwart, W., Monshouwer, K., Smit, F. (2000). *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 92 Smit, F., Monshouwer, K., Verdurmen, J. (2002). Polydrug Use Among Secondary School Students: combinations, prevalences and risk profiles. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 9(4): 355-265.
- 93 Ter Bogt, T., Van Dorsselaer, S., Vollebergh, W (2002). *Roken, drinken en blowen door Nederlandse scholieren (11 t/m 17 jaar), 2001; Kerngegevens midde-lengebruik uit het Nederlandse HBSC-onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 94 Bieleman, B., Jetzes, M., Kruize, F. (2002). *Alcoholverstreking aan jongeren : naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar uit de Drank- en Horecawet: metingen 1999 en 2001*. Groningen/Rotterdam: Intraval.
- 95 Regio Data (2002). *Inventarisatie jongeren en verbod kopen alcohol: in opdracht van de Stichting Alcoholpreventie*. Rotterdam/Groningen: Regio Data.
- 96 Monshouwer, K., Smit, F., Spruit, I. (2002). Alcohol-, tabak- en cannabis-gebruik bij scholieren naar etnische achtergrond. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 80(3): 172-177.
- 97 Maalsté, N. (2000). *Ad fundum! Een blik in de gevarieerde drinkcultuur van het Nederlandse studentenleven*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- 98 Pos, S., Knibbe, R., Lemmers, A. (2001). *Alle dagen feest? Een kwalitatieve studie naar omgevingsinvloeden op het alcoholgebruik van jongeren op vakantie*. Woerden/Maastricht: NIGZ/Universiteit Maastricht.

- 99 Van Gelder, P., Reinerie, P., Burger, I. (2003). *Uit (je dak) in Den Haag, 2002: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik*. Den Haag: Parnassia.
- 100 Korf, D., Nabben, T., Benschop, A. (2001). *Antenne 2000: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Thela Thesis.
- 101 Korf, D., Nabben, T., Benschop, A. (2002). *Antenne 2001: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- 102 Korf, D., Diemel, S., Riper, H. (1999). *Het volgende station: zwerfjongeren in Nederland*. Amsterdam: Thela Thesis.
- 103 Landelijke Jeugdmonitor CBS-SCP (1999). *Jeugd, feiten en cijfers 1999*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- 104 Centraal Bureau voor de Statistiek (2001). *Jeugd 2001, cijfers en feiten*. Heerlen: CBS.
- 105 Verdurmen, J., Toet, J., Spruit, I. (2000). *Alcohol- en druggebruik in de gemeente Utrecht*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 106 Lammers, J., Neve, R., Knibbe, R. (2000). *Bevolkingsonderzoek alcohol- en druggebruik Parkstad Limburg*. Heerlen/Maastricht: GGD Oostelijk Zuid-Limburg/Universiteit Maastricht.
- 107 Kuilman, M., Van Dijk, A. (2000). *Alcohol- en druggebruik in de Gemeente Rotterdam : een verslag van het bevolkingsonderzoek in het kader van de Region StedenMonitor Alcohol en Drugs*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.
- 108 Bijl, R., Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte: resultaten van de Nederlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis). *TSG: Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 76(8): 446-457.
- 109 Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S. (2003). *Bovenmatig drinken in Nederland: uitkomsten van de 'Netherlands mental health survey and incidence study' [Nemesis]*. Utrecht: Bureau NDM.
- 110 Leifman, H. (2001). Trends in population drinking. In: T. Norström (red.). *Alcohol in postwar Europe : consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries; European Comparative Alcohol Study (ECAS)*, p. 45-77. Stockholm: ECAS.
- 111 Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T. (2000). *The 1999 ESPAD Report: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): alcohol and other drug use among students in 30 European countries*. Stockholm: CAN.
- 112 Van Alem, V., Schippers, G., Van Vlaanderen, J. (2002). *Alcoholgerelateerde problematiek en hulpverlening in Nederland in de periode 1994-2000: trends, informatiebronnen en hulpverleningscarrières*. Houten: IVZ.
- 113 Poppelier, A., Van de Wiel, A., Van de Mheen, D. (2002). *Overdaad schaaft: een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en binge-drinken*. Rotterdam: IVO.

- 114 Single, E., Ashley, M., Bondy, S., Rankin, J., Rehm, J. (1999). *Evidence regarding the level of alcohol consumption considered to be low-risk for men and women*. Canberra: National Health and Medical Research Council.
- 115 Koppes, L., Twisk, J., Snel, J., Van Mechelen, W., Kemper, H. (2000). Blood cholesterol levels of 32-year-old alcohol consumers are better than of nonconsumers. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 66(1): 163-167.
- 116 Ruitenberg, A., Van Swieten, J., Witteman, J., Mehta, K., Van Duijn, C., Hofman, A., Breteler, M. (2002). Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study. *Lancet*, 359(9303): 281-286.
- 117 San José, B. (2000). *Alcohol consumption and health : contributions to the explanation of the u-shaped curve*. Rotterdam: IVO.
- 118 Van Oers, J. (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. Bilthoven: RIVM.
- 119 Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002). Alcohol, tobacco and breast cancer—collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *British Journal of Cancer*, 87(11): 1234-1245.
- 120 Schram, D, Maas, I., Poos, M., Jansen, J. (2001). De bijdrage van leefstijlfactoren aan de sterfte in Nederland. *TSG: Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 79(4): 211-216.
- 121 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn (2000). *Alcoholnota: nota over de intensivering van het beleid tegen alcoholmisbruik (2001-2003)*. Den Haag: VWS.
- 122 Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2001-2002, 28380 nr.38 (2002). *Financiële verantwoordingen over het jaar 2001; Jaarverslag van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI)*. Den Haag: SDU Uitgevers.
- 123 STIVORO voor een rookvrije toekomst (2003). *Jaarverslag 2002*. Den Haag: STIVORO.
- 124 Willemsen, M., Hoogenveen, R., Van der Lucht, F. (2002). New smokers and quitters. Transitions in smoking status in a national population. *European Journal of Public Health*, 12(2): 136-138.
- 125 Willemsen, M. (1999). Nicotineverslaving : is 'harm reduction' mogelijk en wenselijk? *TADP: tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen*, 24(2): 57-73.
- 126 World Health Organization (2003). *WHO European Country Profiles on Tobacco Control 2003*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 127 DEFACTo-rookvrij (2002). *Roken, de harde feiten: Volwassenen 2001*. Den Haag: DEFACTo-rookvrij.

- 128 Segaar, D. (2002). *Inventarisatie activiteiten regionale organisaties op het gebied van roken in 2001*. Den Haag: DEFACTO voor een rookvrije toekomst.
- 129 Op de Weegh, J., Willemsen, M. (2003). *Dat Kan Ik Ook! De stoppen met roken milleniumcampagne*. Den Haag: STIVORO.
- 130 Van Leeuwen, M., Sleur, D. (1998). De economische effecten van maatregelen ter bestrijding van het roken. In: Netherlands School of Public Health (NSPH) (red.). *Tabaksontmoedigingsbeleid: gezondheidseffectrapportage*, p. 87-137. Utrecht: NSPH.
- 131 Bonneux, L., Looman, C., Coebergh, J. (2003). Sterfte door roken in Nederland: 1,2 miljoen tabaksdoden tussen 1950 en 2015. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147(19): 917-927.
- 132 European Commission, Directorate General Taxation and Custom Union Tax Policy (2003). *Excise duty tables*. Brussel: European Commission.
- 133 Snippe, J., Hoozeveld, C., Bieleman, B. (2000). *Monitor drugproblematiek justitie, definitiestudie en ontwikkeltraject*. Groningen: Intraval.
- 134 Meijer, R., Grapendaal, M., Van Ooyen, M. (2003). *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers: achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor; jaarbericht 2002*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- 135 Bijkerk, R., Van der Werf, J. (2003). *In beslaggenomen verdovende middelen 2002*. Zoetermeer: KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.
- 136 Moolenaar, D., Van Tulder, F., Huijbregts, G. (2002). *Prognose van de sanctiecapaciteit tot en met 2006*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- 137 Van der Heide, W., Eggen, A. (2003). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2001*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- 138 Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland (2002). *Justitiële verslavingszorg in penitentiaire inrichtingen*. Utrecht: SVG.
- 139 Ministerie van Justitie, Stichting Reclassering Nederland (2001). *Outputsturing Reclassering*. Den Haag: Ministerie van Justitie/SRN.
- 140 Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (2000). *France: drug situation 2000: report to the EMCDDA*. Paris: OFDT.
- 141 Mol, A., Van Vlaanderen, J., De Vos, A. (2002). *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in de ambulante verslavingszorg periode 1994 - 2000*. Houten: IVZ.
- 142 Bovasso, G.B. (2001). Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 158 (12): 2033-2037.
- 143 Patton, G.C.; Coffey, C.; Carlin, J.B.; Degenhardt, L.; Lynskey, M.; Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *British Medical Journal*, 325 (7374): 1195-1198.