Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Nationale Drug Monitor

Jaarbericht 2013/2014

2013/2014

Nationale Drug Monitor

Voorwoord

In het NDM Jaarbericht 2013/2014 is de vele informatie die we in Nederland hebben rond middelengebruik, alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit en verslaving wederom gebundeld. Doordat vele gegevens al lang worden verzameld, is het mogelijk om veranderingen in de tijd aan te geven.

Roken is nog steeds de belangrijkste oorzaak van ziekte en voortijdige sterfte. Er is geen verdere daling van het aantal rokers in de algemene bevolking waargenomen. Het aantal aan alcohol gerelateerde ziekenhuisopnames blijft stijgen. Ecstasy is de populairste drug in het uitgaansleven en het valt op dat het aandeel hooggedoseerde ecstasypillen blijft stijgen en dat het aandeel ernstige ecstasyincidenten op grootschalige evenementen is toegenomen.

Wat betreft drugsgerelateerde criminaliteit valt op dat er in 2013 meer hennepkwekerijen zijn opgerold dan in 2012 en 2011. Het aandeel softdrugsverdachten en –zaken overstijgt ook in 2013 dat van harddrugsverdachten en –zaken in het strafrechtelijk systeem. Harddrugszaken worden vaker bestraft met een gevangenisstraf, terwijl softdrugszaken door de rechter vaker met een taakstraf worden afgedaan. Verslaving is bij de zeer actieve veelplegers nog steeds de meest voorkomende problematiek.

De NDM Jaarberichten worden al jaren vervaardigd door hetzelfde team medewerkers van het Bureau van de Nationale Drug Monitor van het Trimbos-instituut en het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Namens de Wetenschappelijke Raad willen wij deze medewerkers bijzonder bedanken voor hun nooit aflatende inzet.

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

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

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

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

Met medewerking van
Dhr. ir. J.J. van Dijk[2]

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

Productiebegeleiding
Joris Staal

Ontwerp
Canon Nederland N.V.

Productie
Trimbos-instituut

ISBN/EAN 9789052537771

- *Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer* **AF1316**
- *Of surf naar www.wodc.nl.*

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

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

Leden van de Wetenschappelijke Raad van de NDM

Dhr. prof. dr. H.F.L. Garretsen, Universiteit van Tilburg (voorzitter)
Dhr. dr. P.G.J. Greeven, GGZ Nederland, Novadic-Kentron
Dhr. drs. A.W.M van der Heijden, Openbaar Ministerie
Dhr. prof. dr. R.A. Knibbe, Universiteit Maastricht
Dhr. dr. M.W.J. Koeter, AIAR, Universiteit van Amsterdam
Dhr. prof. dr. D.J. Korf, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam
Dhr. drs. W.G.T. Kuijpers, Stg. IVZ
Mw. prof. dr. H. van de Mheen, IVO, Erasmus Universiteit Rotterdam, Universiteit Maastricht
Dhr. dr. C.G. Schoemaker, RIVM

Waarnemers

Mw. drs. M. van der Klaauw, Ministerie van Veiligheid en Justitie
Mw. drs. W.M. de Zwart, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Disclaimer

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

© 2014, Trimbos-instituut, Utrecht/WODC, Den Haag. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut of het WODC.

Inhoud

0. Samenvatting / Summary ▶ pagina 005

1. Inleiding ▶ pagina 036

2. Wetgeving en beleid: Ontwikkelingen ▶ pagina 041

Ontwikkelingen in gebruik: opiumwetmiddelen, alcohol en tabak

3. Cannabis ▶ pagina 056

4. Cocaïne ▶ pagina 085

5. Opiaten ▶ pagina 104

6. Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen ▶ pagina 125

7. GHB ▶ pagina 154

8. Slaap- en kalmeringsmiddelen ▶ pagina 169

9. Alcohol ▶ pagina 187

10. Tabak ▶ pagina 219

Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

11. Handel, productie en bezit van illegale drugs ▶ pagina 242

12. Delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers ▶ pagina 262

13. Bijlagen ▶ pagina 274

14. Referenties ▶ pagina 296

0. Samenvatting / Summary

0.1	Ontwikkelingen in wetgeving en beleid	▶ pagina 006
0.2	Opiumwetmiddelen	▶ pagina 007
0.3	Alcohol en tabak	▶ pagina 014
0.4	Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit	▶ pagina 015
0.5	Tabel 1a, deel 1 Kerncijfers middelengebruik: Opiumwetmiddelen	▶ pagina 018
0.6	Tabel 1a, deel 2 Kerncijfers middelengebruik: Alcohol en tabak	▶ pagina 019
0.7	Tabel 1b Kerncijfers drugscriminaliteit: Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen	▶ pagina 020

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

0.1	Developments in legislation and policy	▶ page 021
0.2	Opium act substances	▶ page 022
0.3	Alcohol and tobacco	▶ page 028
0.4	Alcohol and drug-related criminality	▶ page 030
0.5	Table 1a, part 1 Key figures substance use: Opium act substances	▶ page 033
0.6	Table 1a, part 2 Key figures substance use: Alcohol and tobacco	▶ page 034
0.7	Table 1b Key figures drug crimes: Opium act offences in the criminal justice system	▶ page 035

0. Samenvatting

Hieronder volgt een beschrijving van de laatste ontwikkelingen uit het Jaarbericht 2013/2014. De tabellen 1a en 1b geven een overzicht van de laatste cijfers over het middelengebruik en de drugscriminaliteit. *Recente* gebruikers hebben het afgelopen jaar een middel gebruikt en *actuele* gebruikers deden dat in de afgelopen maand.

0.1 Ontwikkelingen in wetgeving en beleid

Ontwikkelingen in de Opiumwet

In 2013 zijn 4-MA en qat onder de Opiumwet gebracht (respectievelijk op lijst I en II).
Het wetvoorstel om een nieuw artikel 11a aan de Opiumwet toe te voegen waarmee voorbereidende en faciliterende handelingen voor illegale cannabisteelt strafbaar worden gesteld, is in 2013 goedgekeurd door de Tweede Kamer; het is thans in behandeling in de Eerste Kamer.
Het ontwerpbesluit tot plaatsing van cannabis met een THC-gehalte van 15% of meer op lijst I van de Opiumwet – de harddrugslijst – is sinds 26 maart 2013 in parlementaire behandeling.

Ontwikkelingen in de Aanwijzing Opiumwet

In 2013 zijn de gedoogcriteria aangepast:

- Per 1 januari 2013 maakt het ingezetenencriterium onderdeel uit van het landelijk kader van het Nederlandse gedoogbeleid, de Aanwijzing Opiumwet. Het criterium heeft met ingang van 2013 een aanpassing ondergaan ten opzichte van 2012.
- Het besloten clubcriterium, dat in 2012 in de Aanwijzing was opgenomen, is per 19 november 2012 vervallen (T.K. 24077-293) en met ingang van januari 2013 uit de Aanwijzing verwijderd.

Opsporingsprioriteit ligt bij in- en uitvoer, bedrijfsmatige productie, grootschalige handel en georganiseerde criminaliteit

Politie en justitie richten zich ook in 2013 bij de opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten primair op de in- en uitvoer van drugs, de bedrijfsmatige productie van drugs en de grootschalige handel in drugs. De georganiseerde criminaliteit in relatie tot heroïne, cocaïne, synthetische drugs en cannabis/hennepteelt is gekwalificeerd als dreiging voor de Nederlandse samenleving en krijgt als zodanig prioriteit in de opsporing en vervolging.

Ontwikkelingen in de aanpak van justitiabele verslaafden

De Wet Forensische Zorg, die beoogt om het strafrechtelijk systeem goed te laten aansluiten bij de forensische zorg daarbuiten, is in 2013 in behandeling bij de Eerste Kamer. De bedoeling is dat justitiabelen met problemen – verslavingsproblemen, psychische problemen, of een licht verstandelijke handicap – naar zorg buiten detentie worden toegeleid, om hun herstel en hun re-integratie te stimuleren en hun criminele recidive terug te dringen.

Ontwikkelingen in het tabaksbeleid
Per 1 januari 2014 is de minimumleeftijd waarop tabak mag worden verstrekt verhoogd naar 18 jaar. Het algemene rookverbod in de horeca wordt waarschijnlijk per 1 januari 2015 van kracht. Vanaf 14 mei 2014 is de nieuwe EU Tabaksproductenrichtlijn van kracht. De lidstaten hebben twee jaar de tijd om de nationale wet- en regelgeving hierop aan te passen. Deze richtlijn gaat in op ingrediënten en additieven, etikettering en verpakking, grensoverschrijdende verkoop en traceerbaarheid. Er is een regulering van de e-sigaret onder de Warenwet in de maak.

Ontwikkelingen in de Drank- en Horecawet
Per 1 januari 2014 is de minimumleeftijd waarop alcoholhoudende dranken verstrekt mogen worden verhoogd naar 18 jaar. Personen onder de 18 jaar die op voor het publiek toegankelijke plaatsen (behalve winkels) alcohol bij zich hebben zijn per 1 januari 2014 strafbaar. Alle gemeenten moeten vóór 1 juli 2014 een preventie- en handhavingsplan voor de regelingen van de Drank- en Horecawet opstellen. De handhaving is overgegaan van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) naar de gemeenten.

Preventie en zorg
In het Nationaal Programma Preventie (NPP) 2014-2016 is er veel aandacht voor het terugdringen van alcoholgebruik en roken. Doel van het NPP is dat rijk, gemeenten, scholen, zorgpartijen, bedrijven, sportverenigingen en andere maatschappelijke organisaties zich gezamenlijk inzetten bij het verminderen van de risico's op ziekten. De rijksoverheid heeft een campagne ingezet die gericht is op het versterken van de sociale norm 'niet roken en niet drinken onder de achttien' (Nix18).

In 2012 en 2013 zijn Bestuurlijke Akkoorden gesloten over de toekomst van de GGZ, inclusief de verslavingszorg. Deze Bestuurlijke Akkoorden zijn gesloten tussen onder andere het Ministerie van VWS, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en beroepsverenigingen. In 2020 moet het aantal bedden met minimaal 30% gereduceerd zijn ten opzichte van het aantal in 2008. Naast de *gespecialiseerde GGZ* komen er *generalistische basis GGZ* en *GGZ in de huisartsvoorziening*. Van de specialistische GGZ wordt 20% omgevormd tot generalistische basis GGZ voor de behandeling van mensen met lichtere problematiek.

0.2 Opiumwetmiddelen

Cannabis

Geleidelijke daling cannabisgebruik onder jongeren
Met enige fluctuaties daalt het cannabisgebruik van scholieren in het reguliere voortgezet onderwijs sinds midden jaren negentig. Het ooitgebruik onder 12-16 jarige scholieren nam af van 16% in 2003 naar 9% in 2013, met een stabilisering tussen 2007 en 2011.

In 2009 was 4% van de algemene bevolking van 15-64 jaar een actuele cannabisgebruiker. Ongeveer een derde van die laatste groep gebruikte dagelijks (omgerekend naar de bevolking 141 000 gebruikers). Meer recente cijfers over het cannabisgebruik in de algemene Nederlandse bevolking verschijnen in 2015. In 2007-2009 voldeden bijna 30 000 mensen van 18-64 jaar aan een diagnose cannabisafhankelijkheid. Zij hebben vaker dan de algemene bevolking ook te kampen met andere psychische stoornissen, zoals angst, depressie, ADHD en gedragsstoornissen.

Cannabisgebruik ligt hoger in speciale groepen jongeren en jongvolwassenen. In 2013 had een op de drie (33%) frequente bezoekers van party's, festivals en clubs (met een voorkeur voor techno en hardhouse) in de afgelopen maand cannabis gebruikt, maar dat gebeurde meestal niet op stapavonden. Trendsetters in het Amsterdamse uitgaansleven signaleren dat cannabisgebruik in het uitgaansleven op zijn retour is; het percentage clubbers en ravers dat blowde tijdens het uitgaan in Amsterdam halveerde tussen 2008 en 2013.

Stabilisering hulpvraag cannabis

Het aantal cannabiscliënten bij de verslavingszorg stabiliseert (10 366 in 2012 en 10 446 in 2013) na een verdrievoudiging tussen 2002 en 2011 (van 3 251 naar 10 637 primaire cannabiscliënten). In algemene ziekenhuizen worden nog steeds weinig mensen opgenomen vanwege cannabismisbruik en –afhankelijkheid als hoofddiagnose. Van de bijna 2 miljoen klinische opnames ging het in 2012 om 74 opnames, dat waren in 2011 89 opnames. Het aantal opnames met cannabisproblematiek als nevendiagnose is groter, en daalt licht tot 735 in 2012, na een stijging van 520 opnames in 2009 tot 798 opnames in 2011.

Er is nog geen afdoende verklaring voor de jarenlange stijging van de cannabishulpvraag. Deze trend kan het gevolg zijn van verbetering van het hulpverleningsaanbod voor cannabisproblematiek, of een toenemende bewustwording van de verslavende eigenschappen van cannabis, waardoor gebruikers wellicht sneller hulp zoeken. Ook kan deze stijging van de hulpvraag een toename van het aantal probleemgebruikers van cannabis reflecteren, hetgeen op zijn beurt weer het gevolg kan zijn van het relatief hoge THC-gehalte in nederwiet. Een recente studie onder frequente jongvolwassen cannabisgebruikers vond echter dat andere factoren, in plaats van cannabissterkte of de mate van (frequent) cannabisgebruik, verband hielden met het ontstaan en persisteren van cannabisafhankelijkheid. Overigens moet rekening worden gehouden met een "vertragingseffect": het kan jaren duren voordat probleemgebruikers eventueel hulp zoeken. Het is dus mogelijk dat een stijging in de hulpvraag is te herleiden tot een veel eerder gestarte toename van probleemgebruik in de bevolking.

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

THC-gehalte in nederwiet stabiel

Het gemiddelde THC-gehalte (het belangrijkste werkzame bestanddeel van cannabis) in nederwiet en geïmporteerde hasj is de laatste jaren redelijk stabiel. Het gemiddelde THC-gehalte van nederwiet was 14,6% in 2014 en schommelde de afgelopen 5 jaar tussen 13,5% (2013) en 17,8% (2010). Voor geïmporteerde hasj was dat 14,9% in 2014, variërend tussen 14,3% (2011) en 19,0% (2010). Een THC-gehalte van 15% of meer werd gevonden in 50% van de (meest populaire variant) nederwietmonsters en 58% van de geïmporteerde hasjmonsters, maar in geen van de geïmporteerde wietmonsters.

Ook de gemiddelde prijs van nederwiet (9,53 euro in 2014) en geïmporteerde hasj (9,72 euro in 2014) bleef de afgelopen drie jaar ongeveer gelijk, daarvoor was er een prijsstijging.

Cocaïne

Cocaïne in het uitgaansleven minder populair dan amfetamine en ecstasy

Minder dan 2% van de scholieren (12-18 jaar) van 2011 had ervaring met cocaïne en minder dan 1% is een actuele gebruiker, ongeveer even veel als in 2007. In Nederland lag in 2009 het percentage recente gebruikers in de algemene bevolking met 1,2% iets hoger dan het EU gemiddelde, volgens de meest recente surveys in de lidstaten (0,9%).

Cocaïnegebruik, vooral in de snuifbare poedervorm, komt nog steeds relatief veel voor onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen, maar is qua populariteit inmiddels ingehaald door amfetamine. Er zijn signalen dat cocaïne vanwege de relatief hoge prijs en de economische situatie, en de opmars van amfetamine minder populair wordt. In Amsterdam blijft het middel vooral onder uitgaande (werkende) 25-plussers populair. In een landelijke survey uit 2013 onder frequente party-, festival- en clubbezoekers van gemiddeld 23 jaar en met een voorkeur voor techno/house muziek, lag het recent en actueel gebruik van cocaïne op respectievelijk 27% en 13%. Voor tweederde van de recente cocaïnegebruikers blijft het gebruik, zowel thuis als tijdens het uitgaan, beperkt tot een paar keer per jaar.

De rookbare variant van cocaïne ('crack') komt veel voor onder opiaatverslaafden, maar de harddrugsscene kent ook crackgebruikers die geen opiaten consumeren. In de drie grootste steden werd het totaal aantal crackverslaafden (inclusief degenen die opiaten gebruiken) geschat op ongeveer 6 650, ofwel 0,5% van de bevolking van 15-64 jaar. Daarvan verbleven er in 2009/2010 ongeveer 2 520 in Amsterdam, ongeveer 2 360 in Rotterdam en ongeveer 1 770 in Den Haag.

Geleidelijke daling cocaïnehulpvraag bij de verslavingszorg, stijging ziekenhuisopnames

De verslavingszorg registreerde tussen 2002 en 2008 een groei van het aantal primaire cocaïnecliënten van 5 975 naar 9 331. Vanaf 2008 doet zich een gestage daling voor naar 7 686 primaire cocaïnecliënten in 2013. Ook het aantal cliënten voor wie cocaïne het secundaire probleem was daalt, van 7 539 in 2008 naar 6 309 in 2013. Voor de helft (50%) van de cliënten met een primair cocaïneprobleem is roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor 49% snuiven. Slechts 1% injecteert de cocaïne. Het aantal ziekenhuisopnames waarbij cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als hoofddiagnose staat geregistreerd blijft beperkt (88 in 2012). Het aantal opnames waarbij cocaïneproblematiek als nevendiagnose staat geregistreerd is groter en nam geleidelijk toe tot 2011 (800 opnames), maar in 2012 (774 opnames) vindt er een daling plaats met 3%. Een op de vijf opnames (18%) heeft te maken met ziekten van de ademhalingswegen of met hart- vaatziekten (17%).

Ongeveer een op de vijf geregistreerde sterfgevallen na een drugsintoxicatie is primair toe te schrijven aan cocaïne (22 gevallen in 2012).

Nog vaak een geneesmiddel in de cocaïne

De meeste cocaïnepoeders zijn versneden met andere stoffen. In 2013 bevatte tweederde (63%) van de cocaïnepoeders van consumenten levamisol (een anti-wormen middel voor dieren) en het gemiddelde percentage levamisol is toegenomen van 7% in 2012 naar 10% in 2013. Gebruik van levamisol door mensen is in de Verenigde Staten in verband gebracht met gevallen van ernstige bloedziekten. In Nederland is één geval gerapporteerd.

Desondanks is de zuiverheid (concentratie cocaïne) hoog. Het gemiddelde gehalte cocaïne stijgt van 49% in 2011 naar 61% (gewichtsprocenten) in 2013 en is daarmee zeer zuiver in vergelijking met eerdere jaren en ook vergeleken met andere Europese landen.

Cocaïne kost in 2013 gemiddeld 52 euro per gram. De mediaan ligt al jaren op 50 euro per gram.

Opiaten

Daling aantal problematische opiaatgebruikers

In de algemene bevolking komt heroïnegebruik weinig voor. Heroïne is ook niet populair onder jongeren. Volgens de laatste schatting voor 2012 bedraagt het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland ongeveer 14 000. Dat is minder dan de schatting van ongeveer 18 000 problematische opiaatgebruikers in 2008.

Gestage daling aantal opiaatgebruikers in de verslavingszorg; toenemende veroudering

Het aantal opiaatcliënten bij de verslavingszorg is sinds begin deze eeuw gedaald. Tussen 2002 en 2013 daalt het aantal cliënten met een primair opiaatprobleem met 38% naar 9 818 cliënten. De groep opiaatcliënten veroudert: de gemiddelde leeftijd stijgt van 39 jaar in 2002 naar 47 jaar in 2012 en 2013. In 2013 is 10% jonger dan 35 jaar.

Het aantal ziekenhuisopnames in algemene ziekenhuizen met opiaatmisbruik en -afhankelijkheid als hoofddiagnose blijft laag (47 in 2012). Vaker wordt opiaatproblematiek als nevendiagnose geregistreerd (663 in 2012). Na een globale afname tussen 1997 en 2006, werd tot 2010 een lichte toename geregistreerd, die zich in 2011 en 2012 niet voortzet. In 27% van de gevallen in 2012 zijn ziekten en symptomen van de ademhalingswegen de primaire redenen voor opname. Dit komt vermoedelijk door het roken van heroïne, de meest voorkomende gebruikswijze onder Nederlandse heroïnegebruikers. Ook fors tabaksgebruik kan hier een bijdrage aan leveren.

Relatief veel injecterende drugsgebruikers besmet met hepatitis C; aanwas nieuwe gevallen gering

Het aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers is al jaren laag. Het aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-gevallen onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners (0,4 in 2013) behoort samen met België tot de laagste in de EU-15. Het aantal bestaande besmettingen met hepatitis C, in steden die daar gegevens over hebben, is echter hoog. Landelijk zouden naar schatting 7 752 ooit-injecterende drugsgebruikers met hepatitis C besmet zijn.

Veel minder mensen overlijden aan de gevolgen van (hard)drugs vergeleken met de sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen en tabak. In 2012 overlijden 118 drugsgebruikers aan de gevolgen van een overdosis, waarbij ongeveer een op de vier overdosisgevallen primair aan opiaten is toe te schrijven (28 gevallen). De leeftijd bij overlijden neemt toe. Begin jaren negentig was nog 60% van de overleden opiaatgebruikers jonger dan 35 jaar, vergeleken met nog maar 29% gemiddeld over de jaren 2006 tot en met 2012.

Ecstasy en amfetamine

Ecstasy veruit populairste drug in het uitgaansleven

Onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-18 jaar is het ecstasy- en amfetaminegebruik tussen 2003 en 2011 stabiel gebleven. Het percentage recente ecstasygebruikers in de algemene bevolking in Nederland lag in 2009 drie keer zo hoog als het Europese gemiddelde, volgens de meest recente surveys in de EU lidstaten (respectievelijk 1,4% en 0,5% voor 15-64 jarigen en respectievelijk 3,1% en 1,0% voor 15-34 jarigen).

Ecstasy blijft na cannabis onbetwist nummer een van de illegale drugs onder jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven, vooral op dansevenementen, en er zijn signalen van een toename.

In Amsterdam ligt het actueel gebruik onder clubbezoekers en ravers in 2013 op 55% (43% voor clubbers en 69% voor ravers). In 2008 was dat 21% onder clubbers. In een landelijke survey in hetzelfde jaar was een op de drie (35%) frequente bezoekers van party's, festivals en clubs (met een voorkeur voor techno en housemuziek) een actuele ecstasygebruiker. Hoe vaker een party of festival werd bezocht, hoe groter de kans op ecstasygebruik. Berichtgeving over gezondheidsincidenten (zie later) lijken weinig afbreuk te hebben gedaan aan het positieve imago van ecstasy in het uitgaansleven.

Amfetaminegebruik komt in deze groepen ook beduidend vaker voor dan in de algemene bevolking, maar minder vaak dan ecstasy. In Amsterdam is de populariteit van dit middel na een dip in 2006 weer fors toegenomen. Actueel amfetaminegebruik wordt gerapporteerd door een op de vijf (19%) frequente bezoekers van party's, festivals en clubs in een landelijke survey in 2013. Voor zowel ecstasy als amfetamine zijn party's en festivals de belangrijkste voorkeurslocaties van gebruik, maar ook clubs en feestjes thuis worden genoemd. De extra sterke variant van amfetamine, methamfetamine, wordt in Nederland slechts sporadisch gebruikt.

Aandeel ernstige ecstasyincidenten op grootschalige evenementen toegenomen

Het aantal mensen dat problemen krijgt vanwege ecstasy- of amfetaminegebruik is onbekend. Ecstasygebruikers zoeken in elk geval niet vaak hulp bij de verslavingszorg. Het aandeel ecstasycliënten van alle drugscliënten in de verslavingszorg is al jaren gering (minder dan 1%) en daalt sinds 2005. In 2013 staan 124 mensen met een primair ecstasyprobleem geregistreerd en 342 mensen met een secundair ecstasyprobleem. Meer mensen zoeken hulp vanwege een amfetamineprobleem en hun aantal verdrievoudigde van 487 in 2002 naar 1 573 in 2011 en blijft rond dit niveau in 2012 en 2013 (1 539 cliënten). Het aandeel op alle drugscliënten blijft beperkt (5%).

Op grootschalige evenementen wordt tussen 2009 en 2012 een toename geregistreerd van het aandeel gezondheidsincidenten met ecstasy als enige drug. Dat aandeel blijft stabiel in 2013, maar wel neemt de ernst van de incidenten toe. Bij de EHBO-posten viel in 2009 7% onder de definitie matige of ernstige intoxicatie. In 2013 is dat toegenomen tot 22%, 2% meer dan in 2012. Opvallend is het aandeel van vrouwen en jongeren met een incident onder invloed van ecstasy. Van alle incidenten met andere middelen dan ecstasy is meer dan driekwart man; bij incidenten onder invloed van ecstasy is minder dan tweederde man.

Deze trend kan samenhangen met de toegenomen doseringen van de actieve stof MDMA in ecstasypillen (zie volgende paragraaf). Ook een 'roekelozer gebruik' en onderschatting van de gezondheidsrisico's kan hier debet aan zijn. Gebruik van hooggedoseerde ecstasy verhoogt de kans op overdosering, waardoor oververhitting, acute psychotische verschijnselen, hartritmestoornissen en leverfalen kunnen optreden. Amfetamine speelt bij drugsincidenten een relatief ondergeschikte rol.

Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen met misbruik en afhankelijkheid van amfetamine-achtigen (inclusief ecstasy) als hoofd- of nevendiagnose blijft beperkt, maar vertoont in het afgelopen decennium een stijging. In 2012 is amfetamineproblematiek de hoofddiagnose bij 67 opnames en is het een nevendiagnose bij 196 opnames.

Aandeel hooggedoseerde ecstasypillen blijft stijgen, toename zuiverheid amfetamine

De stijging in de gemiddelde hoeveelheid MDMA in ecstasypillen tussen 2010 en 2012 zet zich in 2013 voort. In 2013 bevat een in het laboratorium geanalyseerde MDMA pil gemiddeld 111 mg. De hoogst gemeten dosering is 366 mg. De bij de testservices en in het laboratorium geanalyseerde pillen samen bevatten in 2013 gemiddeld 145 mg (130 mg in 2012). Het aandeel pillen met meer dan 140 mg stijgt van 3% in 2009 naar 26% in 2013.

Deze trends suggereren dat MDMA en de grondstoffen voor de productie van MDMA in de laatste jaren weer ruimschoots beschikbaar zijn, na een tijdelijk tekort in 2009.

Soms worden in ecstasypillen nog steeds potentieel schadelijke stoffen aangetroffen, zoals PMMA, een middel dat in de afgelopen jaren in verband is gebracht met enkele sterfgevallen in Nederland. In 2013 bevat 2,5% van de als ecstasy verkochte pillen PMMA.

Het gehalte amfetamine in speedpoeders fluctueerde sterk tussen 2008 en 2012. Van 2012 naar 2013 is een forse stijging gerapporteerd in de gemiddelde concentratie amfetamine van 27% naar 47%. De gehaltes cafeïne vertonen een omgekeerde trend.

De prijs die gebruikers voor een gram amfetamine betalen is in de afgelopen jaren toegenomen maar lijkt tussen 2012 en 2013 te stabiliseren (rond gemiddeld 8 euro per gram). De prijs van een ecstasypil neemt eveneens toe en ligt in 2013 op gemiddeld 4 euro, meer dan in 2008 en 2009 (respectievelijk 2 en 3 euro). Vaak zijn drugs in Amsterdam en andere grootstedelijke gebieden duurder dan in andere delen van Nederland.

Geregeld verschijnen er stoffen op de (Europese) markt, die qua werking vergelijkbaar zijn met de 'traditionele' illegale drugs, maar niet onder de drugswetgeving vallen en vaak worden geproduceerd om deze te omzeilen ('Nieuwe Psychoactieve Stoffen'). Voorbeelden zijn 4-fluoramfetamine, methylon, methoxetamine, en 6-APB (Benzo Fury). In het algemeen is het gebruik beperkt en vaak tijdelijk. Slechts van een enkel middel lijkt het gebruik wat bestendiger, zoals van 4-fluoramfetamine.

GHB

GHB kent uiteenlopende gebruikersgroepen

Het gebruik van gammahydroxyboterzuur (GHB) komt in de algemene bevolking en onder scholieren van het reguliere onderwijs naar verhouding weinig voor. GHB wordt relatief vaak door uitgaande jongeren en jongvolwassenen gebruikt. In Amsterdam wordt gesignaleerd dat het imago van GHB negatiever wordt, onder andere vanwege onderlinge kritiek op "out gaan" en bewustwording over het verslavingsrisico, al blijft het middel een vaste plek in het uitgaansleven innemen.

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

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

Frequent, vooral dagelijks, gebruik kan tot afhankelijkheid leiden, en bij abrupte stopzetting tot heftige en zelfs levensbedreigende onthoudingsverschijnselen. Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een primair GHB probleem is in 2013 met 769 ongeveer gelijk aan 2012, na een stijging vanaf 59 cliënten in 2007. De terugval na behandeling is groot. Binnen drie maanden na detoxificatie is 70% weer in behandeling.

GHB is lastig te doseren en het risico op een overdosering is groot. In verhouding tot de beperkte omvang van GHB gebruik in de bevolking is het aantal incidenten met GHB hoog, en deze zijn vaker ernstig van aard vergeleken met andere drugs.

Een monitor waaraan verschillende medische diensten en een aantal regio's van Nederland deelnemen, registreert in 2013 in totaal 3 481 meldingen van drugsincidenten, waarbij in 22% van de gevallen GHB betrokken is. Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is. In 2012 staat GHB 13 keer vermeld op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS, dat is meer dan in voorgaande jaren. Onbekend is echter of GHB bij deze gevallen de oorzaak is van het overlijden of een bijdragende factor. In 2013 registreert het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) in totaal 7 gevallen waarbij GHB de primaire doodsoorzaak is, in 2012 ging het om 2 gevallen. De gevallen bij het CBS en bij het NFI overlappen met elkaar en mogen dus niet bij elkaar worden opgeteld.

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

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

Slaap- en kalmeringsmiddelen

Gebruik benzodiazepinen relatief hoog onder vrouwen en ouderen

Niet alleen alcohol en drugs kunnen tot misbruik en verslaving leiden, maar ook aan slaap- en kalmeringsmiddelen is bij chronisch gebruik dit risico verbonden. Het merendeel van de slaap- en kalmeringsmiddelen behoort tot de groep van de benzodiazepinen. Recente cijfers over het aantal gebruikers ontbreken. In 2009 had tien procent van de algemene Nederlandse bevolking van 15-64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt; 6% was een actuele (laatste maand) gebruiker van deze middelen. Omgerekend naar de hele bevolking ging het toen om ongeveer 1,1 miljoen recente en ongeveer 650 000 actuele gebruikers. Onder de vrouwen lag het gebruik ongeveer twee keer zo hoog als onder de mannen. Ongeveer een kwart van alle gebruikers van benzodiazepinen is ouder dan 65 jaar. Daarmee is deze leeftijdsgroep oververtegenwoordigd.

In 2007-2009 voldeed 0,3% van de bevolking van 18-64 jaar aan de diagnose misbruik en voldeed 0,2% aan de diagnose afhankelijkheid van slaap- of kalmeringsmiddelen. Deze stoornissen komen meer voor onder vrouwen dan mannen. Omgerekend naar de bevolking ging het om 35 000 mensen met misbruik en 22 000 mensen met afhankelijkheid van slaap- of kalmeringsmiddelen.

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

In de verslavingszorg bleef het aantal cliënten dat ingeschreven staat wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca tussen 2002 en 2013 beperkt (tussen 1% en 2% van alle drugscliënten). Wel steeg hun aantal in deze periode van 371 naar 694 in 2010, om vervolgens weer iets te dalen naar 600 in 2013. Meer cliënten noemen psychofarmaca als secundaire problematiek (922 in 2013), en hun aantal is dalende.

In de algemene ziekenhuizen steeg tussen 2001 en 2011 het aantal opnames voor slaap- en kalmeringsmiddelen van 75 naar 99 opnames met een hoofddiagnose en van 140 naar 229 opnames met een nevendiagnose. In 2012 stabiliseert deze stijging (90 hoofddiagnoses en 203 nevendiagnoses).

In 2012 worden 42 sterfgevallen door overdosering van dergelijke medicijnen geregistreerd, waarvan 22 gevallen door benzodiazepinen, 11 gevallen door (andere) sedativa en 9 gevallen door barbituraten. Het verloop over de tijd is grillig en zonder duidelijke trend.

Alcohol

Actueel alcoholgebruik onder jongeren verder gedaald

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

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

Het wettelijk verbod om (in 2013) jongeren onder de 16 jaar alcoholhoudende dranken te verkopen wordt beter nageleefd dan in voorgaande jaren, al slaagt meer dan de helft van de aankooppogingen nog steeds.

Volgens het CBS zijn "zware drinkers" mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken, of vrouwen die minimaal 4 glazen op een dag drinken (definitie vanaf 2012). In 2013 voldoet 12,4% van de bevolking van 12 jaar en ouder aan deze definitie. In 2012 was dat 12,9%. Jongeren tussen 20 en 30 jaar scoren het hoogst op deze maat. In 2013 ligt het percentage zware drinkers in deze leeftijdsgroep op 19,9% en in 2012 op 20,3%.

Aantal aan alcohol gerelateerde ziekenhuisopnames blijft stijgen

Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een primair alcoholprobleem steeg tot 2011 en daalt daarna tot 2013 (-9%). Alcoholverslaafden blijven nog steeds de grootste groep binnen de verslavingszorg. In 2013 is 46% van alle verzoeken om hulp bij de verslavingszorg gerelateerd aan alcoholproblematiek. Het aandeel van ouderen is gestegen. In 2013 is ruim een kwart van de primaire alcoholcliënten een 55-plusser (26%). In 2002 was dit nog 17%.

De jarenlange stijging in het aantal opnames in algemene ziekenhuizen waarbij een aan alcohol gerelateerde aandoening een rol speelt, zet zich voort in 2012. In dit jaar vinden er 6 362 klinische opnames plaats met een alcoholaandoening als hoofddiagnose en ook nog eens 972 dagopnames. In 2012 staan bij 16 899 opnames alcoholgerelateerde nevendiagnoses geregistreerd.

Op de spoedeisende hulpen van ziekenhuizen worden in 2012 naar schatting 5 300 personen behandeld wegens een alcoholvergiftiging. Daarnaast worden naar schatting nog eens 15 000 personen behandeld voor een letsel na een ongeval of geweld terwijl zij onder invloed van alcohol verkeren. Beide cijfers tonen een forse stijging in de afgelopen 10 jaar.

De toename in de totale sterfte door alcoholgerelateerde aandoeningen (primaire en secundaire doodsoorzaken samen) vanaf begin jaren 90 tot circa 2004 heeft zich in de jaren erna niet doorgezet en blijft tot en met 2012 op hetzelfde niveau. In 2012 zijn alcoholgerelateerde aandoeningen de directe aanleiding voor 701 sterfgevallen. Vaker staan alcoholgerelateerde aandoeningen als secundaire doodsoorzaak geregistreerd (978 gevallen). Het totale aantal aan alcohol gerelateerde sterfgevallen schommelt sinds 2004 rond de 1 690 gevallen per jaar.

Tabak

Aantal rokers in algemene bevolking in 2012 en 2013 gelijk gebleven, afname (dagelijks) roken onder scholieren

Verschillende onderzoeken wijzen op een globaal dalende trend in roken in de algemene bevolking in het afgelopen decennium, maar een stabilisering in 2012 en 2013. In 2013 geeft volgens het Continue Onderzoek Rookgewoonten 25% van de bevolking van 15 jaar en ouder aan (wel eens) te roken. Dat verschilt niet van 2012. Volgens de Gezondheidsenquete van het CBS bleef na een daling in 2011, het percentage rokers van 12 jaar en ouder in 2012 en 2013 ook op het zelfde niveau (23%).

Het percentage rokers onder jongeren daalt gestaag. In 2013 heeft 22% van de scholieren van 12-16 jaar ooit gerookt tegenover 46% in 2001. In 2011 had nog 32% ooit gerookt. Het percentage dagelijkse rokers daalt de afgelopen jaren eveneens. Ook het percentage dagelijkse rokers onder 12-16 jarige scholieren is gedaald, van 13% in 2001 naar 4% in 2013. Toch is nog steeds een op de zeven 16-jarigen (14%) een dagelijkse roker. Scholieren van het VMBO roken het meest, en scholieren van het VWO het minst.

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

In 2013 is 81% van de huidige rokers van 15 jaar en ouder van plan om in de toekomst te stoppen. Dat is vergelijkbaar met 2012. In 2013 doet 29% van de rokers daadwerkelijk een poging om te stoppen met roken. In absolute aantallen gaat het om meer dan een miljoen rokers die in 2013 een poging doen om te stoppen met roken. In 2013 heeft 34% van de rokers met een stoppoging in het afgelopen jaar een hulpmiddel of hulpmethode gebruikt. In 2013 is de vergoeding voor de stoppen-met roken medicatie weer teruggekomen in het basispakket van de zorgverzekering.

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

Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 is roken nog steeds de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland: 13,1% van de totale ziektelast komt door roken. Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte. In 2012 overlijden in Nederland 19 030 mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken, ongeveer evenveel als in 2011. De sterfte aan longkanker is de belangrijkste direct aan roken gerelateerde doodsoorzaak. De werkelijke sterfte die gerelateerd is aan roken ligt hoger, omdat het effect van passief roken nog niet is verdisconteerd.

0.4 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

Delicten tegen de Opiumwet

Opsporingsonderzoeken naar ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit

Drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken vormen 58% van de opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit (cijfers 2012). Het absolute aantal drugsgerelateerde onderzoeken bleef gelijk tussen 2012 en 2011 (n=230).

Er zijn meer opsporingsonderzoeken gericht op zaken met alleen harddrugs of softdrugs en minder met een combinatie van hard- en softdrugs. In 71% van de onderzoeken zijn harddrugs (mede) in het spel, het vaakst (in 78% van de harddrugsgerelateerde onderzoeken) cocaïne.

Het aandeel met betrekking tot synthetische drugs en heroïne neemt af: synthetische drugs van 41% naar 37% en heroïne van 27% naar 23%.

Meer opgerolde hennepkwekerijen

In 2013 zijn 5 962 hennepkwekerijen geruimd, meer dan in 2012, toen het er 5 773 waren.

Meer ontmantelingen productielocaties

De Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen is in 2012 en 2013 vaker ingezet bij productielocaties voor synthetische drugs. In meerderheid gaat het om amfetaminelaboratoria, aangevuld met APAAN-omzettingslaboratoria, maar er is ook een toename van het aantal MDMA-gerelateerde productieplaatsen. Er worden ook meer dumpingen gerapporteerd die gerelateerd zijn aan synthetische drugs.

Hoger aandeel van Opiumwetdelicten in de instroom in de strafrechtsketen

In 2013 is er een lichte daling in het aantal verdachten van Opiumwetdelicten bij politie en Koninklijke Marechaussee: in 2012 waren het er 18 851 en in 2013 18 268. Ook bij het Openbaar Ministerie stroomden minder zaken in: 18 200 in 2012 tegen 17 130 in 2013. Dit is in lijn met de algemene daling van de instroom van aantallen verdachten en zaken in Nederland. Het *aandeel* Opiumwetzaken neemt echter in recente jaren toe, bij zowel politie als Openbaar Ministerie en rechter.

Stijging instroom softdrugsdelicten stopt

De daling in de instroom bij de politie betreft vooral harddrugsverdachten. Het aantal softdrugsverdachten stabiliseert min of meer (8 985 in 2012 en 8 966 in 2013. Hiermee lijkt de recente toename van het aantal softdrugsverdachten bij de politie in 2013 niet door te zetten. Bij het Openbaar Ministerie daalt het aantal softdrugszaken zelfs in 2013. Bij de afdoeningen door de rechter – later in de strafrechtsketen – is nog een kleine stijging te zien van het aantal softdrugszaken.

Opiumwetdelicten worden meestal voor de rechter gebracht

De meeste verdachten van Opiumwetdelicten worden gedagvaard (57% in 2013). Zaken met harddrugs worden vaker voor de rechter gebracht dan softdrugszaken. De zaken waarbij zowel hard- als softdrugs in het spel zijn, vormen op zichzelf een minderheid, maar ze worden wel het vaakst gedagvaard.

Sancties

In 2013 zijn meer taakstraffen (ruim 3 600) dan (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen (rond 3 300) opgelegd in Opiumwetzaken. Vrijheidsstraffen worden vooral opgelegd bij harddrugsdelicten, taakstraffen vooral bij softdrugsdelicten.

Gedetineerd vanwege een Opiumwetdelict

Op peildatum 30 september 2013 is van de gedetineerden 17% gedetineerd voor een Opiumwetdelict. Dit percentage is gelijk aan dat van 2012.

Recidive van Opiumwetdelinquenten

Na een jaar is gemiddeld 7% van de Opiumwetdaders opnieuw met een Opiumwetdelict gerecidiveerd. Na tien jaar is dit gemiddeld 28%. De recidive van de meer recente cohorten is lager dan die van eerdere cohorten. Harddrugsdaders recidiveren vaker dan softdrugsdaders, met enig delict en met ernstige delicten.

Alcohol- en drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem

Verdachten met de classificatie "alcoholgebruiker" of "drugsgebruiker"

De categorieën "alcoholgebruikende verdachten" en "drugsgebruikende verdachten" bij de politie bestaan in 2013 voornamelijk uit mannen van 35-54 jaar met meerdere criminele antecedenten. "Alcoholgebruikende verdachten" worden vooral opgepakt voor vermogensdelicten (zonder geweld), geweldsdelicten (tegen personen) en vernieling/delicten tegen de openbare orde, "drugsgebruikende verdachten" vanwege vermogensdelicten (zonder geweld) en geweldsdelicten (tegen personen). Er zijn in 2013 nauwelijks verschillen met 2012.

Rijden onder invloed daalt

Het aantal verdachten van rijden onder invloed daalt sinds 2007. Er waren er rond 33 duizend in 2013. Het gaat tot nu toe vooral om rijden onder invloed van alcohol, maar ook rijden onder invloed van drugs of medicijnen is strafbaar. In de nabije toekomst kan ook rijden onder invloed van (een aantal) drugs beter worden opgespoord doordat er tests beschikbaar komen en wettelijke limieten worden vastgesteld.

Zeer actieve veelplegers minder vaak verslaafd

Het aandeel zeer actieve veelplegers met verslavingsproblemen vertoont een dalende trend sinds 2005, die stabiliseerde in 2010. Verslaving is wel nog steeds de meest voorkomende problematiek onder deze groep: 65% heeft volgens de reclassering verslavingsproblemen.

Drugsgerelateerde overlast

Een kwart (24%) van de ingezetenen van Nederland geeft aan dat in 2013 overlast door drugsgebruik of drugshandel wel eens voorkomt in hun buurt. 4% rapporteert in 2013 veel overlast hiervan. Dit verschilt niet significant van 2012. Ook de overlast door dronken mensen op straat, die volgens 27% wel eens voorkomt in de buurt en volgens 3% vaak, verandert niet significant.

Verslavingsreclassering houdt toezicht en geeft adviezen

Bij de verslavingsreclassering staan op peildatum 31 december 2013 ruim 21 duizend unieke cliënten geregistreerd, meer dan eind 2012, toen het er rond 17 700 waren. De verslavingsreclassering verricht in 2013 vooral activiteiten in het kader van toezicht op justitiabelen en advisering aan justitiële instanties (Openbaar Ministerie, rechter, of gevangenisautoriteiten).

De Inrichting voor Stelselmatige Daders

De meerderheid van personen onder de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) bestaat uit problematische drugsgebruikers. De meeste ISD'ers zitten in 2013 in een traject met gedragsinterventies binnen detentie, maar trajecten buiten detentie komen steeds vaker voor.

0.5 Tabel 1a, deel 1 Kerncijfers middelengebruik: Opiumwetmiddelen

	Cannabis	Cocaïne	Opiaten[I]	Ecstasy	Amfetamine	GHB	Slaap- en kalmerings-middelen
GEBRUIK ALGEMENE BEVOLKING (2009)							
- Percentage recente gebruikers, 15-64 jaar[II]	7,0%	1,2%	0,1%	1,4%	0,4%	0,4%	10,1%
- Percentage actuele gebruikers,15-64 jaar[II]	4,2%	0,5%	0,1%	0,4%	0,2%	0,2%	5,9%
- Trend recent gebruik[III]	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
- Internationale vergelijking[IV]	Gemiddeld	Boven gemiddelde	Laag	Boven gemiddelde	Gemiddeld	Onbekend	Onbekend
GEBRUIK JONGEREN, SCHOLIEREN (2011)							
- Percentage actuele gebruikers, 12-18 jaar	7,7%	0,8%	0,2%	0,9%	0,6%	0,1%	Onbekend
- Trend	Daling (2003-2013)[V]	Stabiel (2003-2011)	Daling (2003-2011)	Stabiel (2003-2011)	Stabiel (2003-2011)	Onbekend	Onbekend
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar (2011)[VI]	Boven gemiddelde	Gemiddeld	Gemiddeld	Boven gemiddelde	Onder gemiddelde	Gemiddeld	Boven gemiddelde
AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS	*2007-2009*	*2009/2010*	*2012*				*2007-2009*
	29 300 (afhankelijkheid) 40 200 (misbruik)	Onbekend[VII]	± 14 000	Onbekend	Onbekend	Onbekend	22 000 (afhankelijkheid) 35 000 (misbruik)
AANTAL CLIËNTEN VERSLAVINGSZORG (2013)[VIII]							
- Middel als primair probleem	10 446	7 686	9 818	124	1 539	769	600
- Middel als secundair probleem	4 608	6 309	2 176	342	685	144	922
- Trend (2002-2013)	Stijging tot 2011	Daling vanaf 2008	Daling	Daling	Stijging tot 2011	Stijging 2007 tot 2012	Stijging tot 2009
AANTAL ZIEKENHUISOPNAMES (2012)							
- Misbruik/afhankelijkheid als hoofddiagnose	74	88	47	67		Onbekend	90
- Misbruik/afhankelijkheid als nevendiagnose	735	774	663	196		Onbekend	203
- Trend (2005-2012)	Stijging tot 2011	Stijging tot 2011	Stijging tot 2010	Stijging tot 2010		Onbekend	Stijging tot 2011
GEREGISTREERDE STERFTE (2012)[IX]							
	Vrijwel geen primaire sterfte	22 (primair)	28 (primair)	<5		13	42

I. Voornamelijk heroïne (en methadon). II. Recent gebruik is gebruik in het afgelopen jaar, actueel gebruik is gebruik in de laatste maand. III. Geen cijfers beschikbaar voor 2010-2013 en methoden in 2009 zijn niet vergelijkbaar met 2001-2005 waardoor na 2005 geen trend in drugsgebruik kan worden vastgesteld. IV. Ten opzichte van het gewogen gemiddelde in lidstaten van de Europese Unie (EMCDDA). V. Percentage actueel cannabisgebruik onder scholieren van 12-16 jaar 4,6% in 2013. VI. Ten opzichte van het ongewogen gemiddelde in 36 Europese landen (ESPAD). VII. 0,5% in de 3 grootste steden is crackverslaafd. VIII. Verslavingszorg exclusief reclasseringsgegevens. IX. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak. Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie).

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

	Alcohol	Tabak
GEBRUIK ALGEMENE BEVOLKING (2013)		
- Percentage recente gebruikers 12 jaar en ouder	81%	23%[I]
- Trend in gebruik	Geringe stijging (2010-2013)	Daling (2001-2013, stabiel t.o.v. 2012)
- Internationale vergelijking	Boven gemiddelde	Beneden gemiddelde
GEBRUIK JONGEREN, SCHOLIEREN (2013)		
- Percentage actuele gebruikers, 12-16 jaar[II]	27%	4% (dagelijks)
- Trend (2001-2013)	Daling	Daling
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar (2011)[III]	Boven gemiddelde	Boven gemiddelde
AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS	*2007-2009*	*2013*
	82 400 (afhankelijkheid) 395 600 (misbruik)	±551 500[IV]
AANTAL CLIËNTEN VERSLAVINGSZORG (2013)		
- Middel als primair probleem - Middel als secundair probleem	30 345 3 992	Niet van toepassing
- Trend (2002-2013)	Stijging tot 2010, daarna lichte daling	Niet van toepassing
AANTAL ZIEKENHUISOPNAMES (2012)		
- Misbruik/afhankelijkheid als hoofddiagnose - Misbruik/afhankelijkheid als nevendiagnose	6 362 16 899	Onbekend
- Trend (2005-2012)	Stijging	Onbekend
GEREGISTREERDE STERFTE (2012)[V]		
	701 (primair)[VI] 978 (secundair)	19 030 (primair)

I. Weergegeven is het percentage rokers volgens de Gezondheidsenquête van het CBS. Volgens het Continue Onderzoek Rookgewoonten (COR) is het percentage rokers in de bevolking van 15 jaar en ouder 25%. II. Niet vergelijkbaar met gebruik scholieren in tabel 1a deel 1, waarin drugsgebruik onder 12-18 jarigen in 2011 wordt gerapporteerd. Er zijn geen gegevens over actueel roken onder scholieren in 2013 beschikbaar. Weergegeven in deze tabel is het percentage dagelijkse rokers onder scholieren. III. Ten opzichte van het ongewogen gemiddelde in 36 Europese landen (ESPAD). Vergelijking voor roken betreft het percentage actuele rokers (30%). IV. Gebaseerd op de *zware* rokers (20 of meer sigaretten per dag) in de bevolking van 12 jaar en ouder. V. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak. Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie). VI. Hierbij is de sterfte aan verkeersongevallen en sterfte geassocieerd met kanker niet meegerekend.

0.7 Tabel 1b Kerncijfers drugscriminaliteit: Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen

Fase in keten	Opsporingsonderzoeken meer ernstige vormen georganiseerde drugscriminaliteit[II]	Aantal verdachten politie/KMar[I]	Aantal zaken OM instroom	Afdoeningen rechter 1e aanleg	Gedetineerden[III]
Aantal Opiumwet[I]					
- Totaal	230 (2011: 230)	18 268 (2012: 18 851)	17 130 (2012: 18 200)	9 766 (2012: 9 385)	1 600
- Harddrugs	37% (alleen harddrugs)	7 610 (2012: 8 218)	7 300 (2012: 7 591)	4 377 (2012: 4 117)	Onbekend
- Softdrugs	29% (alleen softdrugs)	8 985 (2012: 8 966)	9 039 (2012: 9 890)	4 868 (2012: 4 759)	Onbekend
- Beide	34% (hard+soft)	1 683 (2012: 1 612)	647 (2012: 682)	513 (2012: 495)	Onbekend
- Ontwikkeling 2012-2013 absoluut	2011-2012: gelijk	Lichte daling	Daling	Stijging	Daling
- Globale trend 2005-2013	Eerst daling tot 2009[IV], daarna stijging, 2011 en 2012 stabiel	Daling tot 2011, daarna licht stijgend/stabiel	Daling tot 2011, daarna stijging, in 2013 daling	Daling tot 2012, daarna stijging	Daling[V]
% **Opiumwet op totaal**	58%[VI]	8,3%	8,2%	8,8%	17%
- Ontwikkeling 2012-2013 % Opiumwet	Onbekend[VI]	Stijging (7,6%→8,3 %)	Stijging (8,0%→8,2 %)	Stijging (8,5%→8,8%)	Gelijk gebleven (17%→17%)

I. Cijfers 2013 zijn voorlopig. II. Cijfers 2012. III. Peildatum 30 september 2013. IV. Trend 2006-2012. Cijfers 2010 zijn incompleet. V. Trend 2006-2013. VI. Het percentage in 2012 is niet vergelijkbaar met 2011. Bronnen: KLPD/IPOL, HKS, OMDATA, Kalidien en De Heer-de Lange, 2014.

0. Summary

Below follows a report of the latest developments from the 2013/2014 Annual Report of the Netherlands National Drug Monitor (NDM). Tables 1a and 1b provide an overview of the latest figures on substance use and drug crime. *Recent* users have used a substance in the past year and *current* users have done so in the past month.

0.1 Developments in legislation and policy

Developments in the Opium Act

In 2013 4-MA and khat were included in the Opium Act (added to List I and II, respectively).
The bill to add a new article 11a to the Opium Act with which prepatory and facilitating acts for illegal cannabis farming are made punishable, was approved by the House of Representatives in 2013; now it is discussed in the Upper House. The motion to add cannabis with THC levels of 15% or more to List I of the Opium Act – the hard drug list – has been under parliamentary discussion since March 26, 2013.

Developments in the Opium Act Policy Guideline

In 2013 the tolerance criteria were amended:

- As of January 1, 2013 the citizen requirement has been included in the national framework of the Dutch policy of tolerance, the Opium Act Policy Guideline. As of 2013 the criterion has undergone an adaptation compared to 2012.
- The cannabis social club criterion, which was included in the Policy Guideline in 2012, lapsed on November 19, 2012 (House of Representatives: T.K. 24077-293) and was removed from the Policy Guideline as per January 2013.

Priority with criminal investigation is given to import and export, commercial production, large-scale trafficking and organised crime

Also in 2013, with criminal investigation and prosecution of Opium Act offences, the police and justice primarily concentrated on the import and export of drugs, the commercial production of drugs and the large-scale trafficking in drugs. Organised crime regarding heroin, cocaine, synthetic drugs and cannabis/hemp farming is classified as a threat to Dutch society and is therefore given priority with criminal investigation and prosecution.

Developments in dealing with justiciable addicts

The Forensic Care Act, which intends to make a connection between the penal system and forensic care outside the system, was discussed by the Upper House in 2013. The objective is to guide offenders with problems – addiction problems, psychological problems, or people with mild or borderline intellectual disabilities – to care outside of detention, in order to promote their recovery and their reintegration and to reduce their criminal recidivism.

Developments in the policy on tobacco

On January 1, 2014 the minimum age for supplying tobacco was raised to 18 years. The general smoking ban in hotels, bars and restaurants will probably be effective as of January 1, 2015. As of May 14, 2014 the new EU Tobacco products guideline has been effective. The member states have two years to align their national legislation and regulations to this guideline. This guideline deals with ingredients and additives, labelling and packaging, cross-border sales and traceability. Regulation of the e-cigarette under the Food and Drugs Act is imminent.

Developments in the Licensing and Catering Act

On January 2014, the minimum age for supplying alcoholic beverages was raised to 18 years. Individuals under the age of 18 years possessing alcohol in public places (with the exception of shops) are punishable by law as of January 1, 2014. All municipalities must have drawn up a prevention and enforcement plan for the regulations of the Licensing and Catering Act before July 1, 2014. The enforcement has been transferred from the Dutch Food and Drug Administration (NVWA) to the municipalities.

Prevention and care

The National Prevention Programme (NPP) 2014-2016 pays much attention to reducing alcohol use and smoking. The objective of the NPP is for the government, municipalities, schools, care organisations, companies, sports clubs and other civil society organisations, to collectively dedicate themselves to reducing the risk of illness. The national government has deployed a campaign aimed at strengthening the social norm of 'do not smoke and do not drink under eighteen' (Nix18).

In 2012 and 2013 Administrative Agreements were closed on the future of mental health care, including addiction care. These Administrative Agreements were closed between, among others, the Ministry of Health, Welfare, and Sport, care organisations, health insurers, client organisations and professional organisations. In 2020 the number of hospital beds needs to be reduced by a minimum of 30% compared to 2008. In addition to the *Secondary Mental Health Care (Gespecialiseerde GGZ)* there will also be *Primary Mental Health Care (Basis GGZ)* and *General Practice Mental Health Care (POH-GGZ).* Of the Secondary Mental Health Care (Gespecialiseerde GGZ), 20% will be transformed into Primary Mental Health Care (Basis GGZ) for the treatment of people with milder problems.

0.2 Opium act substances

Cannabis

Gradual decrease in cannabis use among young people

Among pupils of the regular secondary schools cannabis use, with some fluctuations, showed a downward trend since the middle of the nineties. The ever use among pupils of 12-16 years decreased from 16% in 2003 to 9% in 2013, stabilizing between 2007 and 2011.

In 2009, 4% of the general population between 15-64 years were current cannabis users. About one third of this group used on a daily basis (i.e. 141,000 users). More recent figures on cannabis use among the general Dutch population will appear in 2015.

In 2007-2009, almost 30,000 people of 18-64 years were diagnosed with cannabis dependency. They tend to suffer more often than the general population from other mental disorders, such as anxiety, depression, ADHD and behavioural disorders.

Cannabis use is higher in special groups of young people and young adults. In 2013 one in three (33%) of frequent partygoers, festivalgoers and clubbers (with a preference for techno and hard house) had used cannabis in the previous month, but mostly not during nights out. Trendsetters in the Amsterdam nightlife observe that the use of cannabis in nightlife is declining; the percentage of clubbers and ravers that smoked dope during nights out in Amsterdam was halved between 2008 and 2013.

Stabilisation of cannabis-related demand for help

The number of cannabis clients with addiction care services has stabilised (10,366 in 2012 and 10,446 in 2013) after a tripling between 2002 and 2011 (from 3,251 to 10,637 primary cannabis clients). General hospitals still admit few people with cannabis abuse and cannabis dependency as *primary* diagnosis. In 2012, there were only 74 of the almost 2 million clinical admissions, and 89 in 2011. The number of admissions with cannabis abuse as *secondary* diagnosis is higher, but went slightly down to 735 in 2012, after a rise from 520 admissions in 2009 to 798 admissions in 2011.

As yet, there is no conclusive explanation for the many years' increase in cannabis-related demand for help. This trend may be caused by the improved offer of help for cannabis problems, or a growing awareness of the addictive properties of cannabis, which makes people possibly seek help at an earlier stage. The increased demand for help may also reflect the increase in the number of problem users of cannabis, which in its turn may be caused by the relatively high THC levels in Dutch-grown weed. However, a recent study of young adults who frequently use cannabis found that other factors than cannabis potency or the extent of (frequent) cannabis use, are linked to the development and persistence of cannabis dependency. Besides, a "lag effect" should also be taken into account: it may take years before problem users eventually seek help. So an increase in the demand for help may be caused by much earlier problem use in the population.

Stabilisation of the demand for help, which is seen with all types of drugs (except for opiates), may reflect a stabilisation of problem use, but may also be caused by the (temporary) introduction of personal contributions in addiction care, cuts, or an increase of anonymous e-health interventions, or primary care or private care addition treatment. The latter types of care are not included in the addiction care registration system.

THC levels of Dutch-grown weed stable

The average levels of THC (the major active ingredient of cannabis) of Dutch-grown weed and imported hash has been relatively stable these last few years. The average THC potency of Dutch-grown weed was 14.6% in 2014 and fluctuated between 13.5% (2013) and 17.8% (2010) in the last five years. For imported hash this was 14.9% in 2014, varying between 14.3% (2011) and 19.0% (2010). THC levels of 15% or more were found in 50% of Dutch-grown weed samples and 56% of samples of imported hash, but in none of the imported weed samples.

Also the average prices of Dutch-grown weed (9.53 euros in 2014) and imported hash (9.72 euros in 2014) have remained approximately the same the last three years; before that there was a rise in prices.

Cocaine

Cocaine in nightlife less popular than amphetamine and ecstasy

In 2011, less than 2% of pupils (12-18 years) had any experience with cocaine and less than 1% were current users, approximately the same as in 2007. In 2009 the percentage of 1.2% of recent users in the general Dutch population was somewhat higher than the EU average, according to the most recent surveys in the member states (0.9%).

Cocaine use, especially in powder form for sniffing, is still relatively common among young people and young adults who go out, but has been caught up by amphetamine, now more popular. There are indications that the popularity of cocaine has decreased because of the relatively high prices and the economic situation, and because of the increasing popularity of amphetamine. In Amsterdam cocaine remains popular in nightlife among (working) people over 25 years. A national survey in 2013 found that with frequent clubbers, partygoers and festivalgoers of 23 years on average with a predilection for techno/house music, recent and current use of cocaine was 27% and 13%, respectively. For two thirds, use - both at home and when going out - was limited to a few times per year.

The smokeable variety of cocaine (crack) is common under many opiate addicts, but there are also crack users in the hard drug scene who do not use opiates. In the three biggest cities the total number of crack addicts (including those who use opiates) is estimated at approximately 6,650, constituting 0.5% of the population of 15-64 years: in 2009/2010 about 2,520 in Amsterdam, about 2,360 in Rotterdam and about 1,770 in The Hague.

Gradual decrease of demand for addiction care from cocaine users, rise in hospital admissions

Between 2002 and 2008, the addiction care services registered an increase in the number of primary cocaine clients from 5,975 to 9,331. From 2008 a steady decrease was noticed to 7,686 primary cocaine clients in 2013. Also the number of secondary cocaine clients went down from 7,539 in 2008 to 6,309 in 2013. With half (50%) of the people with a primary cocaine problem, smoking (crack) is the most common method of use and 49% them snort. Only 1% inject cocaine. The number of hospital admissions with cocaine abuse or dependency registered as primary diagnosis remains limited (88 in 2012). The number of hospital admissions with cocaine problems registered as secondary problem was higher and gradually increased until 2011 (800 admissions), but in 2012 there was a drop of 3% (774 admissions). One in five admissions (18%) is related to respiratory illnesses or to cardiovascular diseases (17%).

Approximately one in five registered deaths due to drugs poisoning can primarily be attributed to cocaine (22 incidents in 2012).

Cocaine often contains other pharmaceuticals

Most cocaine powders are adulterated with other substances. In 2013 two thirds (63%) of cases cocaine powders contained levamisole (a dewormer for animals) and the level of levamisole increased from 7% in 2012 to 10% in 2013. Use of levamisole by humans was linked to severe cases of hematologic disorders in the United States. One case was reported in the Netherlands.

Nevertheless the purity (cocaine concentration) is high. The average cocaine concentration increased from 49% in 2011 to 61% (by weight) in 2013 and it is very clean, compared to previous years and compared to other European countries.

In 2013 cocaine costs an average of 52 euros per gram. The median has been 50 euros per gram for years.

Opiates

Decrease number of problem opiate users
Herorin use is not common with the general population. Heroin is also not popular among young people. According to the latest estimates for 2012, the number of problem opiate users in the Netherlands was approximately 14,000. That is less than the estimated 18,000 problem opiate users in 2008.

Steady decline in the number of opiate users in addiction care; increased ageing
The number of opiate clients in addiction care has gone down since the beginning of this century. Between 2002 and 2013 the number of clients with primary opiate problems went down by 38% to 9,818 clients. The group of opiate clients is ageing: the average age rose from 39 years in 2002 to 47 years in 2012 and 2013. In 2013, 10% was younger than 35 years.

The number of hospital admissions to general hospitals with opiate abuse and dependency as primary diagnosis remained low (47 in 2012). More often opiate problems were registered as secondary diagnosis (663 in 2012). After an overall decline between 1997 and 2006, in 2010 a slight increase was registered, which did not continue in 2011 and 2012. In 2012, with 27% of all cases respiratory disorders were the primary cause for admission. This is probably due to the smoking of heroin, the most common method of use among Dutch heroin users. Heavy use of tobacco may also constitute a contributing factor here.

Relatively many injecting drug users infected with hepatitis C; minor increase new cases
The number of new and reported cases of HIV and hepatitis B and C among infected drug users has been small for years. The number of newly diagnosed HIV cases among injecting drug users per million inhabitants (0.4 in 2013) – together with Belgium – is one of the smallest in the EU-15. However, the number of existing infections with hepatitis C, in cities that have records, is high. Nationally an estimated 7,752 ever-injecting drug users are infected with hepatitis C.

Fewer people die of the effects of (hard) drugs than of alcohol-related illnesses and tobacco. In 2012, 118 drug users died of overdose; one in four of these overdose cases can primarily be attributed to opiates (28 cases). The age at death increased. In the early nineties 60% of deceased opiate users was under 35 years, compared to an average of only 29% in the years of 2006 through 2012.

Ecstasy and amphetamine

Ecstasy by far most popular nightlife drug
Among secondary school pupils from 12-18 years the use of ecstasy and amphetamine remained stable between 2003 and 2011. The percentage of recent ecstasy users in the general Dutch population in 2009 was three times the European average, according to the most recent surveys in the EU members states (for 15-64 years 1.4% and 0.5%, respectively, and for 15-34 years 3.1% and 1.0%, respectively).

Ecstasy, after cannabis, remains without any doubt the number one illegal nightlife drug among young people and young adults, especially at dance events, and there are indications of an increase in popularity. In Amsterdam current use among clubbers and ravers in 2013 was 55% (43% for clubbers and 69% for ravers). In 2008 that was 21% for clubbers. A national survey in the same year found that one in three (35%) frequent partygoers, festivalgoers and clubbers (with a predilection for techno and house music) were current ecstasy users. The more often they attended parties or festivals, the greater the chance of ecstasy use. Reports on health incidents (see later) appear not to have affected the positive image of ecstasy in nightlife.

Amphetamine use is considerably more common in these groups than in the general population, but less often than ecstasy. In Amsterdam the popularity of this substance - after a drop in 2006 - rose sharply again. Current amphetamine use was reported by one in five (19%) frequent partygoers, festivalgoers and clubbers in a national survey in 2013. For both ecstasy and amphetamine, parties and festivals were the most preferred locations of use, but also clubs and home parties were mentioned. The extra potent type of amphetamine, *meth*amphetamine, is only seldom used in the Netherlands.

Number of serous ecstasy incidents at large-scale events has increased

The number of people with ecstasy or amphetamine-related problems is unknown. Especially ecstasy users tend not to seek help with the addiction care services. The proportion of ecstasy clients, compared to all addiction care clients combined, has been small for years (less than 1%) and has gone down since 2005. In 2013, 124 people with primary ecstasy problems were registered and 342 people with secondary ecstasy problems. More people seek help because of amphetamine problems and their numbers tripled from 487 in 2002 to 1,573 in 2011 and have remained more or less the same in 2012 and 2013 (1,539 clients). Compared to all drug clients their proportion remains small (5%).

At large-scale events between 2009 and 2012, an increase was registered in the number of health incidents with ecstasy as the only drug. The numbers remained stable in 2013, but the gravity of the incidents increased. With the first aid posts, 7% of the incidents in 2009 were categorised as moderate or serious intoxication. In 2013 this increased to 22%, 2% more than in 2012. Significant is the proportion of women and young people with the ecstasy-induced incidents. Of all incidents with other substances than ecstasy, more than three quarters are male; with ecstasy-induced incidents less than two thirds are male.

This trend may be connected to the increased quantities of MDMA in ecstasy pills (see next paragraph). 'Reckless use' and underestimating the health risks involved may also play a role here. Use of highly dosed ecstasy increases the risk of overdose, which may result in overheating, acute psychotic symptoms, cardiac arrhythmia and liver failure. With drug incidents, amphetamine plays a relatively insignificant role.

The number of admissions to general hospitals on account of amphetamine-type drugs (including ecstasy) as primary or secondary diagnosis remains small, but has shown an increase in the last decade. In 2012 amphetamine problems were the primary diagnosis with 67 admissions and secondary diagnosis with 196 admissions.

Number of highly dosed ecstasy pills keeps rising, amphetamine increasingly pure

The increase in the average quantity of MDMA in ecstasy pills between 2010 and 2012 continued in 2013. In 2013 a laboratory-tested MDMA pill contained an average of 111 mg. The highest measured dose was 366 mg. The pills analysed by test services and laboratories combined contained an average of 145 mg in 2013 (130 mg in 2012). The proportion of pills with more than 140 mg rose from 3% in 2009 to 26% in 2013. These trends suggest that MDMA and the precursors required for the production of MDMA have become more widely available in the past few years, after a temporary shortage in 2009. Sometimes, potentially harmful substances are found in ecstasy pills, such as PMMA, a substance that was linked to a number of fatalities in the Netherlands in the past few years. In 2013, 2.5% of pills sold as ecstasy contained PMMA.

The amphetamine content of speed powders fluctuated considerably between 2008 and 2012. From 2012 to 2013 a strong rise was reported in the average content of amphetamine from 27% to 47%. The caffeine levels showed a downward trend.

The price users had to pay for a gram of amphetamine in the past few years has gone up, but appears to have stabilised between 2012 and 2013 (approximately 8 euros per gram on average).

The price of ecstasy pills appears to have gone up too and amounted to an average of 4 euros in 2013, which is more than in 2008 and 2009 (2 and 3 euros, respectively). Drugs are often more expensive in Amsterdam and other large metropolitan areas than in other parts of the Netherlands.

Regularly substances appear on the (European) market with similar effects as the 'traditional' illegal drugs, but which are not subject to drug laws and are often produced to circumvent these ('New Psychoactive Substances'). Examples are substances such as 4-fluoramphetamine, methylone, methoxetamine and 6-APB (Benzo Fury). In general, their use is limited and often temporary. Only with some it seems more permanent, such as with 4-fluoramphetamine.

GHB

GHB has varying user groups

The use of gamma-hydroxybutric acid (GHB) is relatively uncommon among the general population and pupils of regular secondary education. GHB is relatively often used by young people and young adults in nightlife. In Amsterdam it has been signaled that the image of GHB has become more negative, due to, among others, mutual criticism on falling unconscious and growing awareness about the risk of addiction. Nonetheless, the substance has remained present in the nightlife.

GHB is also used outside nightlife. It is for instance used by marginalised groups, such as street-involved youths. GHB is also used by 'home users' who use the substance together with friends and acquaintances within the context of 'home parties'. And there are home users who use GHB on their own, as soon as its use no longer is a social occasion. Within the Netherlands there are regional differences in the occurrence of (problem) use, demand for help and health incidents.

Demand for help with GHB small and not growing, yet great risk of relapse

Frequent, especially daily, use may lead to dependency and with abrupt discontinuation to violent and even life-threatening withdrawal symptoms. The number of clients in the addiction care services with primary GHB problems in 2013 was 769, approximately the same as in 2012, after an increase from 59 clients in 2007. Relapse after treatment is considerable. Within three months after detoxification, 70% is treated again.

Dosing GHB is difficult and the risk of overdose is great. Compared to the limited use of GHB with the general population, the number of GHB incidents is high, and the incidents are often more serious than with other drugs. A monitor in which several medical services from a number of Dutch regions participate, registered 3,481 reports of drug incidents in 2013, 22% of which involved GHB. There is no clear view of the number of fatalities with GHB. In 2012 GHB was mentioned 13 times on cause of death certificates with Statistics Netherlands (CBS), which is more than in previous years. However, it is unknown whether GHB was the cause of death or a contributing factor. In 2013 the Netherlands Forensic Institute (NFI) registered a total of 7 cases with GHB as primary cause of death, in 2012 there were 2 cases. The cases with Statistics Netherlands (CBS) and the NFI overlap and, therefore, may not be added up.

GHB is relatively cheap. In 2013 consumers paid approximately 30-40 euros for one quarter of a litre of GHB. For homemade GHB, users only paid an estimated 10 euros per quarter of a litre.

GBL (gamma-butyrolactone) is precursor for GHB which in its pure form is even stronger than GHB. The risks with GBL are considered the same as with GHB, but as yet the use of GBL takes place on a smaller scale.

Sedatives and tranquillizers

Use of benzodiazepines is relatively high among women and elderly people

Not only alcohol and drugs may lead to abuse and addiction: these risks are also involved with prolonged use of sedatives and tranquillizers. The majority of the sedatives and tranquillizers belongs to the group of the benzodiazepines. Recent figures on the number of users are not available. In 2009 10% of the general Dutch population of 15-64 years had used sedatives or tranquillizers in the past year; 6% were current (last month) users of these substances. Converted to the total population at the time there were 1.1 million recent and approximately 650,000 current users. Use among women was about twice as high as among men. Approximately a quarter of all users of benzodiazepines were older than 65 years. This means that this age group was overrepresented.

In 2007-2009, 0.3% of the population of 18-64 years were diagnosed with abuse and 0.2% with dependency of sedatives and tranquillizers. These disorders were more common with women than with men. Converted to the population, 35,000 people abused sedatives and tranquillizers and 22,000 people were dependent on sedatives and tranquillizers.

Demand for help for problems with sedatives and tranquillizers remained small and did not increase any further

With the addiction care services the number of clients registered with benzodiazepines, barbiturates or other psychiatric medication as primary problem was small between 2002 and 2013 (between 1% and 2% of all drugs clients). However, their number rose from 371 to 694 in 2010, and then went down again slightly to 600 in 2013. More clients reported psychiatric medication as secondary problem (922 in 2013), and their numbers are dropping.

The number of admissions to general hospitals with sedatives and tranquillizers as primary diagnosis between 2001 and 2011 rose from 75 to 99 admissions, and from 140 to 229 admissions as secondary diagnosis. In 2012 the increase leveled off (90 primary diagnoses and 203 secondary diagnoses).

In 2012, 42 deaths by overdose of these medicines were registered, 22 caused by benzodiazepines, 11 cases by (other) sedatives and 9 cases by barbiturates. The developments in time appear erratic and show no clear trend.

0.3 Alcohol and tobacco

Alcohol

Current alcohol use among young people dropped further

The percentage of ever use and current use among secondary school pupils (12-18 years) went down between 2003 and 2011, but only among the younger age groups between 12 to 14/15 years old. In 2013 this decrease in current use persisted. Among 12-16 years old more than a quarter (27%) were current drinkers, compared to 35% of the pupils in this age group in 2011.

One in five (20%) of 12-16 years old pupils in 2013 were binge drinkers (drinking five or more glasses on one occasion). The same as in 2011. The percentage of binge drinkers among pupils who drank in the past month rose between 2011 and 2013 from 64% to 75%.

The legal ban on selling alcoholic beverages to young people under 16 (in 2013) was observed better than in previous years, although more than half of the purchasing attempts still succeeded.

According to Statistics Netherlands (CBS) 'heavy drinkers' are men who drink 6 glasses or more on one day at least once a week, or women who drink at least 4 glasses on one day (definition as per 2012). In 2013, 12.4% of the population of 12 years and older met these criteria. In 2012 this was 12.9%. Young people between 20 and 30 years old scored the highest. In 2013 the percentage of heavy drinkers in this age group was 19.9% and 20.3% in 2012.

The number of alcohol-related hospital admissions kept rising

The number of clients in addiction care with alcohol as primary problem rose in 2011 and then went down until 2013 (-9%). Alcohol addicts still remain the largest group within the addiction care services. In 2013, 46% of all requests for help with the addiction care were alcohol-related. The number of elderly people went up. In 2013 more than one quarter of primary alcohol clients were 55 years or older (26%). In 2002 this was only 17%.

The years of increasing admissions to general hospitals involving alcohol-related disorders continued in 2012. In that year 6,362 clinical admissions took place with alcohol as primary diagnosis and 972 one-day admissions. In 2012, 16,899 admissions were registered with alcohol as secondary diagnosis.

In 2012, at hospital emergency wards an estimated 5,300 people were treated because of alcohol poisoning. In addition, an estimated 15,000 people were treated because of injuries on account of accidents or violence under the influence of alcohol. Both figures have shown a sharp upward trend the last ten years.

The increase in the mortality rate of alcohol-related disorders (primary and secondary causes of death combined) from the early nineties until approximately 2004, has not continued in the years since then and has remained the same up to an including 2012. In 2012, in 701 cases the primary cause of death were alcohol-related disorders. More often alcohol-related disorders were registered as secondary cause of death (978 cases). The total number of alcohol-related deaths has fluctuated around 1,690 cases per year since 2004.

Tobacco

Number of smokers in the general population has remained the same in 2012 and 2013, drop in (daily) smoking among pupils

Different surveys indicate a globally decreasing trend in smoking in the general population during the past decennium, but a stabilisation in 2012 and 2013. In 2013, according to the Continuous Survey Smoking Habits (Continue Onderzoek Rookgewoonten), 25% of the people 15 years and above indicated that they smoked (sometimes). This is not different from 2012. Also according to the Health Survey (Gezondheidsenquete) of Statistics Netherlands (CBS), after a decrease in 2011, the percentage of smokers among people 12 years and above remained at the same level in 2012 and 2013 (23%).

The percentage of smokers among young people has gone down steadily. In 2013, 22% of the puplils aging 12-16 years had ever smoked, against 46% in 2001. In 2011 the percentage that had ever smoked was still 32%. The percentage of daily smokers has also decreased in the past years. Also the percentage of daily smokers among pupils aging 12-16 years has decreased, from 13% in 2001 to 4% in 2013. Nonetheless, among pupils aging 16 years still one out of seven pupils (14%) is still a daily smoker. Pupils of lower secondary education (VMBO) smoke the most. And pupils of pre-university education (VWO) the least.

Many smokers intended to stop, but only few made an attempt

In 2013, 81% of the current smokers at the time intended to stop in the future. That is comparable to 2012. In 2013, 29% of the smokers actually made an attempt to quit smoking. In absolute figures, more than one million smokers attempted to quit smoking. In 2013, 34% of the smokers who had attempted to quit in the past year used supportive medication or a supportive method. In 2013, the compensation for supportive medication to stop smoking was reintroduced in the standard package of the health insurance.

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

According to the Public Health Status and Forecasts 2014, smoking still is the number one cause of illness and death in the Netherlands: 13.1% of the burden of disease is caused by smoking. In the Netherlands, smoking is the major cause of premature death. In 2012, 19,030 people of 20 years and older in the Netherlands died as a direct result of smoking, approximately the same as in 2011. Death by lung cancer is the number one direct cause of smoking-related deaths. The actual smoking-related mortality is higher, because the effects of passive smoking are not taken into account.

0.4 Alcohol and drug-related criminality

Offences against the Opium Act

Criminal investigations into serious forms of organised crime

Drug-related criminal investigations constitute 58% of the criminal investigations of the more serious forms of organised crime (2012 figures). In absolute figures there was no difference (230 in 2012 and 230 in 2011).

There were more criminal investigations of cases involving either hard drugs or soft drugs, than cases involving a combination of hard drugs and soft drugs. Of all cases 71% (also) involved hard drugs, most often cocaine (78% of hard-drugs related criminal investigations). The proportion of cases involving synthetic drugs and heroin went down: synthetic drugs from 41% to 37% and heroin from 27% to 23%.

More hemp nurseries rounded up

In 2013, 5,962 hemp nurseries were cleared, more than the 5,773 in 2012.

More production sites dismantled

The National Facility Supporting Dismantling (LFO) has been set in more often in 2012 and 2013 at production sites for synthetic drugs. The majority concerns laboratories for amphetamine production, added with laboratories to process APAAN, but there has also been an increase in the number of MDMA-related production sites. Also more waste dumps were reported related to synthetic drugs.

Higher proportion of Opium Act offences in the intake into the criminal justice system
In 2013 there was a small decline in the number of suspects of Opium Act offences with the police and the Royal Netherlands Marechaussee: in 2012 there were 18,851 against 18,268 in 2013. The intake of cases with the Public Prosecution Service also went down: 18,200 in 2012 against 17,130 in 2013. This is in line with the general decrease in intake of the number of suspects and cases in the Netherlands. The *proportion* of Opium Act cases, however, has increased in recent years, both with the police as with the Public Prosecution Service and the judiciary.

Increase of intake of soft drugs offences halted
The decrease of the intake with the police mainly concerned hard drug suspects. The number of soft drugs suspects has more or less stabilised (8,985 in 2012 and 8,966 in 2013). This seems to indicate that the recent increase in the number of soft drugs suspects with the police did not continue in 2013. With the Public Prosecution Service the number of soft drugs cases even went down in 2013. With settlements by the court – at a later stage in the criminal justice system – a slight increase in the number of soft drugs cases was seen.

Most Opium Act offences are brought to justice
Most suspects of Opium Act offences are summoned (57% in 2013). Hard drugs cases are more often brought to justice than soft drugs cases. Cases both involving hard drugs and soft drugs are in the minority, but they are summoned the most.

Sanctions
In 2013, with Opium Act offences more community service orders (over 3,600) were served than custodial sentences (approximately 3,300). Custodial sentences were mainly served with hard drugs offences, and community service orders mainly with soft drugs offences.

Detained on account of Opium Act offences
At the reference date of September 30, 2013, 17% of the detainees were in custody because of an Opium Act offence. This percentage was the same in 2012.

Recidivism of Opium act offenders
After one year, an average of 7% of Opium Act offenders repeat an Opium Act offence. After ten years, this percentage increases to an average of 28%. Recidivism of more recent cohorts is less than that of earlier cohorts. Hard drug offenders reoffend more often than soft drug offenders, both as to offences in general and to serious offences.

Alcohol and drug users in the criminal justice system

Suspects classified as 'alcohol user' or 'drug user'
'Alcohol-using suspects' and 'drug-using suspects' with the police were predominantly males from 35-54 years with a criminal record. 'Alcohol-using suspects' were mainly booked because of offences against property (without violence), violent crimes (against persons) and vandalism/disturbance of public order; 'drug-using suspects' were mainly booked because of offences against property (without violence), violent crimes (against persons). Here, 2013 hardly differed from 2012.

Decrease of driving under the influence

The number of suspects of driving under the influence has gone down since 2007. There were approximately 33,000 in 2013. Up to now, this especially concerns driving under the influence of alcohol, but also driving under the influence of drugs or medicines is a punishable offence. In the near future detection of driving under the influence of (a number of) drugs will become much easier, because tests will become available and legal limits will be determined.

Highly active repeat offenders less often addicted

The proportion of highly active repeat offenders with addiction problems showed a downward trend since 2005, which stabilised in 2010. However, addiction was still the most common problem among this group: 65% had addiction problems according to the probation services.

Drug-related nuisance

A quarter (24%) of the Dutch citizens indicated that they experienced drug-related nuisance in 2013, or that drug dealing occurred at some time in their neighbourhood. 4% indicated a high degree of drug-related nuisance in 2013. This does not significantly differ from 2012. Also the nuisance caused by drunk people in the streets, which occurred in their neighbourhood at some time according to 27% and often according to 3%, did not change significantly.

Addiction rehabilitation monitors and advises

At the reference date of December 31, 2013, over 21,000 unique clients were registered with the addiction rehabilitation services, more than the 17,700 unique registrations in 2012. In 2013 the addiction rehabilitation services were especially active in the field of monitoring justiciables and advising judicial authorities (Public Prosecution Service, judges or prison authorities).

The Institution for Prolific Offenders

The majority of people placed in an Institution for Prolific Offenders (ISD) are problem drug users. Most people in ISDs in 2013 were detained in combination with behavioral interventions, but therapy outside detention is becoming more common.

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

	Cannabis	Cocaine	Opiates[I]	Ecstasy	Amfetamine	GHB	Sedatives and tranquillizers
USE GENERAL POPULATION (2009)							
- Percentage of recent users, 15-64 years[II]	7.0%	1.2%	0.1%	1.4%	0.4%	0.4%	10.1%
- Percentage of current users, 15-64 years[II]	4.2%	0.5%	0.1%	0.4%	0.2%	0.2%	5.9%
- Trend recent use[III]	Unknown	Unknown	Unknown	Unknown	Unknown	Unknown	Unknown
- International comparison[IV]	Average	Above average	Low	Above average	Average	Unknown	Unknown
USE YOUNG PEOPLE, PUPILS (2011)							
- Percentage of current users, 12-18 years	7.7%	0.8%	0.2%	0.9%	0.6%	0.1%	Unknown
- Trend	Decrease (2003-2013)[V]	Stable (2003-2011)	Decrease (2003-2011)	Stable (2003-2011)	Stable (2003-2011)	Unknown	Unknown
- International comparison, 15/16 years (2011)[VI]	Above average	Average	Average	Above average	Below average	Average	Above average
NUMBER OF PROBLEM USERS	*2007-2009*	*2009/2010*	*2012*				*2007-2009*
	29,300 (dependency) 40,200 (abuse)	Unknown[VII]	± 14,000	Unknown	Unknown	Unknown	22,000 (dependency) 35,000 (abuse)
NUMBER OF CLIENTS ADDICTION CARE SERVICES (2013)[VIII]							
- Substance as primary problem	10,446	7,686	9,818	124	1,539	769	600
- Substance as secondary problem	4,608	6,309	2,176	342	685	144	922
- Trend (2002-2013)	Increase up to 2011	Decrease from 2008	Decrease	Decrease	Increase up to 2011	Increase 2007 up to 2012	Increase up to 2009
NUMBER OF HOSPITAL ADMISSIONS (2012)							
- Abuse/dependency as primary diagnosis	74	88	47	67		Unknown	90
- Abuse/dependency as secondary diagnosis	735	774	663	196		Unknown	203
- Trend (2005-2012)	Increase up to 2011	Increase up to 2011	Increase up to 2010	Increase up to 2010		Unknown	Increase up to 2011
REGISTERED DEATHS (2012)[IX]							
	Almost no primary cause of death	22 (primary)	28 (primary)	<5		13	42

I. Mainly heroin (and methadone). II. Recent use means use in the past year, current use means use in the last month. III. No figures available for 2010-2013 and because of the difference in research methods the data on drug use in 2001-2005 and 2009 cannot be compared and no trend can be established after 2005. IV. Compared to the weighted average in European Union member states (EMCDDA). V. Percentage of current cannabis use among pupils aging 12-16 years, 4.6% in 2013. VI. Compared to the unweighted average in 36 European countries (ESPAD). VII. 0.5% in the 3 biggest cities is addicted to crack cocaine. VIII. Addiction care exclusive of probation data. IX. Primary cause of death: substance as primary (underlying) cause of death. Secondary cause of death: substance as secondary cause of death (contributing factor or complication).

0.7 Table 1a, part 2 Key figures substance use: Alcohol and tobacco

	Alcohol	Tobacco
USE GENERAL POPULATION	*2013*	*2013*
- Percentage recent users 12 years and above	81%	23%[I]
- Trend in use	Minor increase (2010-2013)	Decrease (2001-2013, stable compared to 2012)
- International comparison	Above average	Below average
USE YOUNG PEOPLE, PUPILS (2013)		
- Percentage of current users, 12-16 years[II]	27%	4% (daily)
- Trend (2001-2013)	Decrease	Decrease
- International comparison, 15/16 years (2011)[III]	Above average	Above average
NUMBER OF PROBLEM USERS	*2007-2009*	*2013*
	82,400 (dependency) 395,600 (abuse)	±551,500[IV]
NUMBER OF CLIENTS ADDICTION CARE SERVICES (2013)		
- Substance as primary problem - Substance as secondary problem	30,345 3,992	Not applicable
- Trend (2002-2013)	Increase up to 2010, then slight decrease	Not applicable
NUMBER OF HOSPITAL ADMISSIONS (2012)		
- Abuse/dependency as primary diagnosis - Abuse/dependency as secondary diagnosis	6,362 16,899	Unknown
- Trend (2005-2012)	Increase	Unknown
REGISTERED DEATHS (2012)[V]		
	701 (primary)[VI] 978 (secondary)	19,030 (primary)

I. Percentage of smokers according to the Health Survey (Gezondheidsenquête) of Statistics Netherlands (CBS). According to the Continuous Survey Smoking Habits (Continue Onderzoek Rookgewoonten, COR) the percentage of smokers in the population aging 15 years and above is 25%. II. Not comparable to table 1a part 1 that reports drug use among pupils 12-18 years in 2011. There are no figures available for current smoking among pupils in 2013. This table gives the percentage of daily smokers among pupils. III. Compared to the unweighted average in 36 European countries (ESPAD). IV. Based on heavy smokers (20 cigarettes or more per day) in the population of 12 years and older. V. Primary cause of death: substance as ***primary*** (underlying) cause of death. Secondary cause of death: substance as secondary cause of death (contributing factor or complication). VI. Deaths caused by traffic accidents and deaths associated with cancer were not included here.

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

Stage in the system	Criminal investigation of more serious forms of organised drug crimes[II]	Number of suspects police/ RNLM[I]	Number of cases Public Prosecution intake	Settlements judge in the 1st instance	Detainees[III]
Number Opium Act[I]					
- Total	230 (2011: 230)	18,268 (2012: 18 851)	17,130 (2012: 18 200)	9,766 (2012: 9 385)	1,600
- Hard drugs	37% (only hard drugs)	7,610 (2012: 8 218)	7,300 (2012: 7,591)	4,377 (2012: 4,117)	Unknown
- Soft drugs	29% (only soft drugs)	8,985 (2012: 8,966)	9,039 (2012: 9,890)	4,868 (2012: 4,759)	Unknown
- Both	34% (hard+soft)	1,683 (2012: 1,612)	647 (2012: 682)	513 (2012: 495)	Unknown
- Development 2012-2013 absolute	2011-2012: Same number	Slight decrease	Decrease	Increase	Decrease
- Global trend 2005-2013	First decrease up to 2009[IV], then increase, 2011 and 2012 stable	Decrease up to 2011, then sligh decrease/stable	Decrease up to 2011, then increase, in 2013 decrease	Decrease up to 2012, then increase	Decrease[V]
% Opium Act on total	58%[VI]	8.3%	8.2%	8.8%	17%
- Development 2012-2013 % Opium Act	Unknown[VI]	Increase (7.6%→8.3 %)	Increase (8.0%→8.2 %)	Increase (8.5%→8.8%)	Unchanged (17%→17%)

I. The 2013 figures are preliminary. II. Figures 2012. III. Reference date of September 30, 2013. IV. Trend 2006-2012. The 2010 figures are not complete. V. Trend 2006-2013. VI. The percentage in 2012 is not comparable to 2011. Sources: KLPD/IPOL, HKS, OMDATA, Kalidien and De Heer-de Lange, 2014.

1. Inleiding

1.1	De nationale drug monitor	▶ pagina 037
1.2	Samenwerkingsverband	▶ pagina 038
1.3	Jaarbericht 2013/2014	▶ pagina 038

1. Inleiding

1.1 De nationale drug monitor

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

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

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

De NDM behartigt de volgende functies:

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

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

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

Het idee achter deze vijf kernindicatoren is dat de drugssituatie in een land ernstiger is naarmate er méér drugsgebruik voorkomt in de algemene bevolking, er méér problematische drugsgebruikers en verslaafden zijn, er méér een beroep wordt gedaan op de hulpverlening en er méér ziekte en sterfte voorkomt in relatie tot drugsgebruik. Trends in deze indicatoren kunnen echter door meer factoren worden beïnvloed dan alleen de drugsproblematiek. Voor een nadere toelichting verwijzen we naar Bijlage D.

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

1.2 Samenwerkingsverband

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

De kwaliteit van de publicaties wordt gewaarborgd door de Wetenschappelijke Raad van de NDM. Deze Raad beoordeelt alle conceptteksten en adviseert over de kwaliteit van de monitoringgegevens. De Werkgroep Prevalentieschattingen van problematisch middelengebruik en de Werkgroep Drugsgerelateerde sterfte ondersteunen de NDM op thematische deelgebieden.

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

1.3 Jaarbericht 2013/2014

Het Jaarbericht 2013/2014 van de Nationale Drug Monitor (NDM) geeft een overzicht van de ontwikkelingen rondom drugs, alcohol, tabak, slaap- en kalmeringsmiddelen en de drugsgerelateerde criminaliteit. Drugs, alcohol, tabak en slaap- en kalmeringsmiddelen zijn zogenaamde “psychotrope” middelen die op diverse manieren de gemoedstoestand van de gebruiker kunnen beïnvloeden. Deze psychotrope middelen vallen onder verschillende wet- en regelgevingen. Drugs en slaap- en kalmeringsmiddelen vallen onder de Opiumwet en daarmee samenhangende wetten, zoals de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën en de Geneesmiddelenwet. Alcohol valt onder de Drank- en Horecawet en tabak valt onder de Tabakswet. Voor de opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten door het Openbaar Ministerie bestaan landelijke regels in de vorm van de Aanwijzing Opiumwet. Naast de landelijke wet- en regelgevingen zijn er ook nog regelingen op gemeentelijk niveau, met name de Algemene Plaatselijke Verordening (APV). De handhaving van wet- en regelgeving kan plaatsvinden langs verschillende kanalen. Handhaving van de gedoogcriteria in coffeeshops bijvoorbeeld kan zowel bestuurlijk als strafrechtelijk plaatsvinden.

In hoofdstuk 2 van dit Jaarbericht wordt een overzicht gegeven van de recente ontwikkelingen in wetgeving en beleid, eerst voor de wettelijke kaders van opiumwetmiddelen (§ 2.1), daarna voor de wettelijke kaders voor het reguleren van alcohol en tabak (§ 2.2), de beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening (§ 2.3) gevolgd door het beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit (§ 2.4). De wettelijke kaders worden behandeld voor de Opiumwetmiddelen, de slaap- en kalmeringsmiddelen en voor alcohol en tabak. Bij de ontwikkelingen in preventie en hulpverlening worden de verschillende middelen gezamenlijk behandeld. Dit NDM Jaarbericht geeft een overzicht van de beleidsontwikkelingen tot 1 juli 2014.

De hoofdstukken 3 tot en met 8 geven een overzicht van de ontwikkelingen in het gebruik van Opiumwetmiddelen: cannabis (hoofdstuk 3), cocaïne (hoofdstuk 4), de opiaten (hoofdstuk 5), ecstasy, amfetamine en daaraan verwante stoffen (hoofdstuk 6), GHB (hoofdstuk 7) en de slaap- en kalmeringsmiddelen (hoofdstuk 8). Hoofdstuk 9 behandelt het gebruik van alcohol en hoofdstuk 10 het gebruik van tabak. Bij het gebruik van de middelen gaat het om cijfers over gebruik in de algemene bevolking, onder jongeren en speciale groepen, problematisch gebruik, hulpvraag, incidenten, ziekte, sterfte en aanbod en markt.

Ten slotte behandelt dit NDM Jaarbericht de aan alcohol en drugs gerelateerde criminaliteit. Hoofdstuk 11 beschrijft trends in de handel, de productie en het bezit van illegale drugs en hoofdstuk 12 geeft een overzicht van delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers en de interventies die daarbij zijn toegepast.

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

Integratie leefstijlmonitoren

Het gebruik van middelen wordt in diverse onderzoeken vaak op verschillende wijze gemonitord. Bijvoorbeeld wat betreft de manier van gegevensverzameling (zoals een face-to-face interview of een schriftelijke of digitale vragenlijst) en kenmerken van respondenten (bijvoorbeeld verschillende leeftijdsgroepen). Cijfers over een zelfde gedrag, bijvoorbeeld roken, kunnen daardoor uiteenlopen (zie ook bijlage D). In het huidige Jaarbericht worden de gegevens uit deze verschillende onderzoeken nog beschreven. In de afgelopen jaren is een landelijk traject in gang gezet waar in tal van leefstijlmonitoren worden geïntegreerd in een uniforme dataverzameling, zodat kerncijfers voor leefstijlgedragingen overeenstemmen en onderling vergelijkbaar zijn (Kramers et al., 2012). Voor volwassenen en jeugd lopen twee verschillende trajecten. Vanaf 2015 zullen kerngegevens over middelengebruik eenduidiger zijn en komen in dit kader ook voor het eerst sinds 2009 weer gegevens beschikbaar over het gebruik van drugs in de algemene bevolking.

Middel-gebonden indeling

Tot slot nog een kanttekening bij de indeling. De hoofdstukken 3 tot en met 10 van het Jaarbericht zijn ingedeeld per middel. Deze indeling sluit aan bij de gegevensbehoefte en laat zien dat de risico's van het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen voor de (volks)gezondheid en maatschappij verschillen. Een methodiek waarbij deze risico's direct zijn vergeleken is toegepast in een studie enige jaren geleden door het RIVM (Van Amsterdam et al., 2010).). Een panel van experts beoordeelde de acute en chronische lichamelijke schade (toxiciteit), afhankelijkheid en sociale schade voor 17 illegale drugs, alcohol en tabak, op basis van hun wetenschappelijke expertise en de literatuur. Heroïne en crack bleken samen met alcohol en tabak relatief het meest schadelijk te zijn (Van Amsterdam et al., 2010).

De hoofdstukindeling per middel gaat echter voorbij aan het feit dat mensen vaak meer dan één middel – al dan niet gelijktijdig gebruiken - en dat gezondheidsrisico's ook sterk samenhangen met het al dan niet gecombineerd gebruik van middelen. In een aantal paragrafen wordt hier wel naar verwezen, maar de lezer dient hier op bedacht te zijn.

Statistische significantie

In dit Jaarbericht worden trends in middelengebruik en verschillen tussen groepen gebruikers beschreven. Bij gegevens die afkomstig zijn van een steekproef uit de bevolking spreken we pas van een toename of afname in gebruik (of verschillen tussen groepen), indien deze statistisch significant zijn. Dat betekent dat dit verschil (waarschijnlijk) niet het gevolg is van steekproeffluctuaties. Statistische significantie zegt echter niet alles. Bij hele grote steekproeven kunnen minieme verschillen significant zijn, maar praktisch gezien geen betekenis hebben. Significantie is dus niet hetzelfde als relevantie. Omgekeerd kunnen er duidelijke verschillen zijn in, bijvoorbeeld, percentages gebruikers in opeenvolgende peilingen, die volgens statistische toetsen niet significant zijn. Dat kan het geval zijn als steekproeven relatief klein zijn en de variatie binnen groepen groot is. In die gevallen kan het voorkomen dat bij een grotere steekproef (bijvoorbeeld meer respondenten) een resultaat wel significant zou zijn.

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

2. Wetgeving en beleid: Ontwikkelingen

2.1	Wettelijke kaders: Opiumwetmiddelen	▶ pagina 042
2.2	Wettelijke kaders voor het reguleren van alcohol en tabak	▶ pagina 046
2.3	Beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening	▶ pagina 050
2.4	Beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit	▶ pagina 054

2. Wetgeving en beleid: Ontwikkelingen

De hoofdlijnen van wetgeving en beleid ten aanzien van alcohol, drugs en tabak zijn beschreven in het vorige Jaarbericht 2012 van de Nationale Drug Monitor. Het onderhavige hoofdstuk in het Jaarbericht 2013/2014 schetst een beeld van de ontwikkelingen die zich sindsdien hebben voorgedaan tot en met medio 2014.

2.1 Wettelijke kaders: Opiumwetmiddelen

De Opiumwet

De Opiumwet is in 2013 tot medio 2014 grotendeels ongewijzigd gebleven. Drie wijzigingen werden doorgevoerd:

- In juni 2012 werd 4-methylamfetamine (4-MA) via de spoedprocedure (artikel 3a, vijfde lid, van de Opiumwet) bij regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op lijst I geplaatst (Stc. 2012-12249). De reden was dat vier personen overleden waren als gevolg van gebruik van amfetamine die vermengd was met 4-MA. Per 31 mei 2013 is het, zoals de wet voorschrijft, bij algemene maatregel van bestuur aan lijst I toegevoegd (Stb. 2013-207). In deze procedure is het besluit ook voorgelegd aan de Eerste en Tweede Kamer, die geen inhoudelijke opmerkingen hebben gemaakt. De plaatsing van 4-MA op lijst I is daarmee in 2013 via de 'normale' procedure afgerond.
- Op 4 januari 2013 is qat op lijst II van de Opiumwet geplaatst (Stb. 2013-1). Qat wordt in Nederland voornamelijk gebruikt door Somaliërs en door Nederlanders van Somalische herkomst. De reden om qat op de Opiumwet te plaatsen is dat het middel schadelijk is voor de gezondheid en sociale en maatschappelijke schade en overlast veroorzaakt. Ook is handel en bezit van qat in de meeste andere Europese landen verboden. De handhaving richt zich primair op de in- en uitvoer, de handel en de distributie van qat (T.K. 24077-311). Het aanwezig hebben van een geringe hoeveelheid qat voor eigen gebruik heeft lage opsporingsprioriteit, maar er volgt een inbeslagname als de politie het middel aantreft bij een persoon (T.K. Aanhangsel-2549). Die 'geringe hoeveelheid' is voor qat vastgesteld op 1 bundel (dit is circa 200 gram; Stc. 2014-2267).
- Per 1 juli 2013 hebben - naast algemene opsporingsambtenaren - nu ook buitengewoon opsporingsambtenaren (boa's) bij de politie en de Koninklijke Marechaussee de bevoegdheid gekregen om Opiumwetdelicten op te sporen. Het gaat bijvoorbeeld om hoogopgeleide deskundigen zoals forensische accountants en chemici op HBO-niveau. Zij kunnen nu van deze activiteiten ambtsedig proces-verbaal opmaken (dat wil zeggen: het ten laste gelegde feit kan door de rechter worden aangenomen op basis van een proces-verbaal van een ambenaar dat op ambsteed is opgemaakt, zie art. 344 lid 2 Sv), wat eerder niet kon (wijziging van artikel 8k Opiumwet; T.K. 33012-3; Stb. 2013-225; Stb. 2013-227).

Daarnaast zijn er twee wetsvoorstellen tot wijziging van de Opiumwet in behandeling.

- Het ontwerpbesluit tot plaatsing van cannabis (hasj en hennep) met een THC-gehalte van 15% of meer op lijst I van de Opiumwet is sinds 26 maart 2013 in parlementaire behandeling (Staten-Generaal 33593-A/1, 201; T.K. Aanhangsel-78; T.K. 33593-2; T.K. Aanhangsel-1877).
- Het wetvoorstel om een nieuw artikel 11a aan de Opiumwet toe te voegen waarmee voorbereidende en faciliterende handelingen voor illegale cannabisteelt strafbaar worden gesteld is sinds juli 2011 in parlementaire behandeling (Stc. 2011-13125). De Tweede Kamer heeft het wetsvoorstel in 2013 goedgekeurd (T.K. Handelingen 2012-2013, 69-15). Het is thans in behandeling in de Eerste Kamer (E.K. 32842-A-G).

De Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie in 2013

In de Aanwijzing Opiumwet (Aanwijzing Opiumwet 2012A021, 2012; www.om.nl) zijn (onder meer) de gedoogcriteria voor coffeeshops opgenomen. In 2013 zijn deze criteria aangepast:

- Het besloten clubcriterium, dat in 2012 in de Aanwijzing was opgenomen, is per 19 november 2012 vervallen (T.K. 24077-293) en met ingang van januari 2013 uit de Aanwijzing verwijderd.
- Het ingezetenencriterium is in 2013 doorgezet. Het heeft met ingang van 2013 een aanpassing ondergaan ten opzichte van 2012. Het uitgangspunt is dat de handhaving van het ingezetenencriterium op 1 januari 2013 start, maar de beslissing over de daadwerkelijke handhaving gebeurt in 2013 in overleg met betrokken gemeenten en zo nodig wordt de handhaving gefaseerd (T.K. 24077-293; T.K. 24077-309, 310; Aanwijzing Opiumwet 2012A021, 2012). Daarbij wordt aangesloten bij het lokale coffeeshop- en veiligheidsbeleid zodat er sprake is van lokaal maatwerk (T.K. 24077-293; T.K. 24077-309, 310).
- In de Tweede Kamer zijn in 2013 en 2014 debatten gevoerd over het coffeeshopbeleid en het ingezetenencriterium (T.K. 24077-307, 312; T.K. Handelingen 2012-2013, 41-8). Moties inzake het lokaal maatwerk en het ingezetenencriterium zijn ingediend, maar bij stemmingen verworpen (T.K. Handelingen 2012-2013, 41-8; T.K. 24077-298, 303, 304, 305; T.K. Handelingen 2012-2013, 42-21).
- In juni 2013 gaf de Minister van Veiligheid en Justitie op verzoek van de Tweede Kamer (T.K. 24077-307) een tussenstand van de handhaving van het ingezetenencriterium (T.K. 24077-310). Hierin is te lezen dat op dat moment in ruim 70% van de 99 coffeeshopgemeenten die een stand van zaken doorgaven het ingezetenencriterium onderdeel van het beleid was of zal worden. Uit evaluatieonderzoek in een steekproef van 15 coffeeshopgemeenten kwam naar voren dat het ingezetenencriterium in 11 van deze gemeenten in 2013 in het beleid was opgenomen. Vijf van deze gemeenten handhaven het ook actief (Van Ooyen et al., 2014).
- Er liepen in 2013 en 2014 gerechtelijke procedures[1] met betrekking tot het ingezetenencriterium (T.K. Aanhangsel 166). In antwoord op Kamervragen gaf de Minister van Veiligheid en Justitie in oktober 2013 aan dat uit de jurisprudentie tot dan toe bleek dat het ingezetenencriterium zowel bij de strafrechter als de civiele rechter en de bestuursrechter de toets der kritiek doorstaat (T.K. Aanhangsel 166). Het ingezetenencriterium is in 2013 en 2014 (tot september) ongewijzigd gebleven.
- De gevolgen van de wijzigingen in de Aanwijzing Opiumwet in 2013 zijn in onderzoeken geëvalueerd (Van Ooyen et al., 2013; Van Ooyen et al., 2014; Van der Torre, 2013; Van der Torre et al., 2013a). Hieruit komt naar voren dat in 2012 in Limburg, Noord-Brabant en Zeeland een sterke afname van het drugstoerisme optrad en dat ook in 2013 de drugstoeristen grotendeels wegblijven.

1 Strafrechtelijke procedures: zie ECLI:NL:RBLIM:2013:4071, 4073, 4075, 4077, 4078, 4082, 4084, 26 juni 2013; 16767, 2 oktober 2013; ECLI:NL:GHSHE:2014: 383, 19 februari 2014; ECLI:NL:GHSHE:2014: 390, 392, 19 februari 2014; ECLI:NL:GHSHE:2014: 3391, 19 februari 2014. Civiele procedure: zie ECLI:NL:BBDHA:CA1921, 5 juni 2013. Bestuursrechtelijke procedures: zie ECLI:NL:RBZWB:2013:BY8753, 17 januari 2013; Bestuursrechtelijke procedures: zie ECLI:NL:RBLIM:2013:BZ8548, 25 april 2013; ECLI:NL:RVS:2013:2532, 24 december 2013; 201304752/1/A3 Raad van State, 18 juni 2014.

- Nadat in 2012 de coffeeshops – naast hun niet-ingezetenen - ook een flink deel van hun lokale clientèle kwijtraakten, is in 2013 een beweging terug waarneembaar: de ingezetenen van Nederland zijn merendeels weer teruggekeerd naar de coffeeshops, maar er is in 2013 geen sprake van 100% herstel. De illegale gebruikersmarkt, die in 2012 groeide, is in 2013 weer getemperd, maar deze markt is in 2013 nog steeds groter dan vóór de wijzigingen in de Aanwijzing. Eind 2013 is de situatie volgens het landelijke onderzoek op de meeste plaatsen relatief rustig en beheersbaar, zeker in vergelijking met 2012, toen zich een heftige dynamiek van verschuivingen op de gebruikersmarkt voordeed in de drie zuidelijke provincies waar het nieuwe beleid werd gehandhaafd.
- In Amsterdam is sinds 1 augustus 2013 een blowverbod van kracht op speelplaatsen en sinds 1 september 2013 ook op schoolpleinen in de stad. De Amsterdamse Driehoek wil hiermee voorkomen dat kinderen in aanraking komen met drugsgebruik (Gemeente Amsterdam, 2013). Het Openbaar Ministerie handhaaft dit verbod, maar verwacht dat beheerders van speelplaatsen en schooldirecties eerst zelf maatregelen treffen om eventueel gebruik tegen te gaan. Strafrechtelijke vervolging kan op basis van de Opiumwet plaatsvinden bij het aanwezig hebben van een hoeveelheid tot en met 5 gram cannabis; de Aanwijzing Opiumwet is per 1 januari 2012 op dit punt gewijzigd (T.K. Aanhangsel 1208).

Wietteelt

De mogelijkheden tot (experimenten met) regulering of legalisering van de wietteelt ten behoeve van coffeeshops waren in 2013 en 2014 onderwerp van Kamerdebatten en moties (T.K. 24077-299, 300, 301, 302, 307, 317). Er zijn in 2013 en 2014 geen wijzigingen in wetgeving of beleid geweest op dit punt.

- In 2013 maakten 25 gemeenten in 21 reacties hun initiatieven en experimenten op het gebied van wietteelt kenbaar aan de Minister van Veiligheid en Justitie, die de burgemeesters de mogelijkheid hiertoe had gegeven (T.K. 24077-310, 314, 315; Gemeente Heerlen et al., 2014). Volgens de Minister van Veiligheid en Justitie was in meer dan de helft van de gemeentelijke reacties geen sprake van een uitgewerkt plan (T.K. 24077-310). Volgens het manifest zou regulering een oplossing bieden voor veiligheidsproblemen in woonwijken en voor de (georganiseerde) criminaliteit gerelateerd aan softdrugs. In het kader van de volksgezondheid zou de kwaliteit van de cannabis bewaakt kunnen worden. Sommige gemeenten zijn doorgegaan met de uitwerking van hun plannen.
- De Minister van Veiligheid van Justitie heeft bij herhaling aangegeven dat regulering of legalisering in strijd is met internationale verdragen en de Opiumwet en dat er geen ruimte is voor gemeentelijke initiatieven die daarvan afwijken (T.K. 24077-310, 314, 315, 317).
- In november 2013 verscheen een internationale inventarisatie van juridische regimes voor cannabisteelt (Kilmer et al., 2013). Het betrof een toezegging van de Minister van Veiligheid en Justitie aan de Kamer. Deze inventarisatie belicht met name de legaliseringsregimes in Uruguay, de staten Colorado en Washington, de beweging van de Cannabis Social Club in Spanje en Trekt uw plant in België. Ze is eind 2013 aangeboden aan de Kamer (T.K. 24077-314). Ook is in 2013 onderzoek geïnitieerd naar de internationale verdragsverplichtingen inzake drugsbestrijding waar Nederland zich aan heeft verbonden en de ruimte die deze laten voor regulering van cannabisteelt ter bevoorrading van coffeeshops, in het verband van Cannabis Social Clubs of via andere modaliteiten die strekken tot recreatief gebruik door derden (Van Kempen en Fedorova, 2014). Deze onderzoekers komen tot het oordeel dat de aangevoerde argumenten vóór regulering van cannabisteelt juridisch niet houdbaar zijn. Dit rapport is in maart 2014 aangeboden aan de Kamer (T.K. 24077-316).
- Op 18 december 2013 meldde de Minister van Veiligheid en Justitie aan de Kamer dat rond de 80% van de wietteelt in Nederland bestemd zou zijn voor de export (T.K. 24077-314). Deze schatting is gebaseerd op het meest aannemelijke scenario uit de Criminaliteitsbeeldanalyse Georganiseerde Hennepteelt 2012 van het toenmalige KLPD (Jansen, 2012). De Minister heeft in maart 2014 aan de Kamer toegezegd de schatting door het WODC te laten valideren (T.K. 24077-316).

Wegenverkeerswet

De voorgestelde wijziging van de wegenverkeerswet, waarbij de aanpak van rijden onder invloed van (een combinatie van) drugs of van (een of meer) drugs en alcohol wordt vergemakkelijkt, is in 2013 en 2014 behandeld in de Tweede Kamer (T.K. 32859-8 t/m 15) en het gewijzigd voorstel van wet is op 1 juli 2014 naar de Eerste Kamer gestuurd (T.K. 32859-A). Er worden grenswaarden geïntroduceerd voor vijf soorten drugs: cannabis/THC, amfetamines, methamfetamine, ecstasy/MDMA, cocaïne, heroïne en GHB. Voor alcohol bestaan deze al. Bij gecombineerd gebruik van meerdere middelen zullen voor iedere stof afzonderlijk lagere limieten gelden dan voor enkelvoudig drugs- en alcoholgebruik. Gecombineerd gebruik vormt namelijk een groter risico voor de verkeersveiligheid. Tabel 2.1 laat de relatieve risico's van drugs- en geneesmiddelengebruik en alcohol zien.

Tabel 2.1 Het relatieve letselrisico van middelengebruik in het verkeer naar verschillende stoffen

Risiconiveau	Relatieve letselrisico[I]	Stoffengroep
Matig verhoogd risico	1-3	Alcohol 0,1-0,5 g/L Cannabis
Middelmatig verhoogd risico	2-10	Alcohol 0,5-0,8 g/L Cocaïne Illegale opiaten/heroïne Medicinale opiaten Z-drugs[II] en benzodiazepines
Sterk verhoogd risico	5-30	Alcohol 0,8-1,2 g/L Amfetamines Drugs-drugscombinaties
Extreem verhoogd risico	20-200	Alcohol >1,2 g/L Alcohol-drugscombinaties

I. Kans op ernstig verkeersletsel door het gebruik van psychoactieve stoffen, odds ratio. II. Middel tegen slapeloosheid. Bron: Houwing en Hagenzieker, 2013.

De politie krijgt de bevoegdheid om met een speekseltester verkeersdeelnemers te testen op drugsgebruik. Deze tester is een voorselectiemiddel.

Verplichte middelentest bij geweldsdelicten onder invloed

In november 2013 heeft de Minister van Veiligheid en Justitie aan de Tweede Kamer een wetsvoorstel toegezonden om de politie en de officier van justitie de mogelijkheid te verschaffen om verdachten van een geweldsdelict onder invloed te verplichten mee te werken aan een test naar hun middelengebruik bij het plegen van het delict. Het doel is het terugdringen van geweld onder invloed van verdovende middelen en alcohol (T.K. 33799-1, 2, 3).

- Het wetsvoorstel introduceert een bevoegdheid op grond waarvan bij geweldsdelicten middelentesten kunnen worden ingezet waarmee eventueel middelengebruik objectief kan worden vastgesteld.
- Het kabinet wil bevorderen dat het middelengebruik als een afzonderlijke factor in de sanctieoplegging bij geweldsmisdrijven wordt betrokken.
- Middelengebruik heeft volgens de Memorie van Toelichting in beginsel te gelden als een strafverzwarende factor en kan daarnaast aanleiding vormen voor de inzet van voorwaardelijke sancties, zoals gedragsinterventies die op het terugdringen van middelengebruik zijn gericht, en specifieke voorwaarden die op gedragswijziging van de verdachten zijn toegesneden. Te denken valt aan voorwaardelijke sancties, waarbij de voorwaarden op gedragswijziging van de verdachten zijn toegesneden (T.K. 33799-5). Voorlichtingscampagnes zullen aan het wetsvoorstel worden gekoppeld.

De Afdeling advisering van de Raad van State was in zijn advies kritisch over het wetsvoorstel.

- De Afdeling acht de meerwaarde van de voorgestelde middelentest in relatie tot de bestaande praktijk van straftoemeting onvoldoende aangetoond. De Afdeling stelt voorop dat in de huidige situatie het middelengebruik, dat uit feiten en omstandigheden ten aanzien van het delict blijkt, reeds door het Openbaar Ministerie en de rechter bij de straftoemeting wordt betrokken.
- De Afdeling wijst voorts op mogelijke nadelige effecten van het wetsvoorstel, die, naar de Afdeling aanneemt, niet zijn beoogd. Het aantonen van middelengebruik door middel van een test zou als een noodzakelijke voorwaarde kunnen gaan gelden voor het verdisconteren van het middelengebruik in de sanctieoplegging.
- De Raad vindt het niet geëigend om middelengebruik in zijn algemeenheid als strafverhogende factor aan te merken, vanwege het ontbreken van een causaal verband tussen het plegen van het delict en het middelengebruik, het ontbreken van een preventieve werking en mogelijke nadelige effecten (T.K. 33799-4).

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

Met de Wet Bibob kunnen overheidsorganen de achtergrond van een persoon of bedrijf onderzoeken in het kader van vergunning- en subsidieverlening, bij het gunnen van een overheidsopdracht of bij het aangaan van een vastgoedtransactie. Indien er een ernstig gevaar bestaat dat de aanvrager of zijn zakelijke omgeving crimineel vermogen aanwendt of andere strafbare feiten gaat plegen in het licht van zijn bedrijfsvoering, kan de betreffende overheidsinstantie weigeren om met hem in zee te gaan. Zo wordt voorkomen dat de overheid criminele activiteiten faciliteert en worden bonafide ondernemers beschermd (Landelijk Bureau Bibob, 2014). Gemeenten kunnen zich bij de screening laten adviseren door het Landelijk Bureau Bibob.

- In april 2013 is het voorstel tot uitbreiding van het bereik van de wet aangenomen door de Eerste Kamer (E.K. Hamerstukken, 22-3) en op 1 juli 2013 is deze 'Evaluatie- en uitbreidingswet Bibob' in werking getreden (Stb. 2013-125). Meer sectoren zijn toegevoegd – onder andere de kansspelbranche en de headshops – en de bestuursorganen hebben, met ondersteuning van de Regionale informatie- en expertisecentra, meer mogelijkheden gekregen om op grond van de Wet Bibob informatie over de betrokkene op te vragen in het kader van het eigen onderzoek. De termijn van de adviseringsperiode is verlengd.
- In 2013 zijn 54 Bibob-adviezen uitgebracht over coffeeshops en vier over smart- en growshops (respectievelijk 24% en 2% van alle adviezen in 2013).

2.2 Wettelijke kaders voor het reguleren van alcohol en tabak

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

Veranderingen in het kader van het Nederlandse tabaksbeleid

In de periode januari 2013 tot juli 2014 zijn in het kader van het *tabaksbeleid* de volgende wetswijzingen doorgevoerd of in gang gezet.

- *Verhoging minimumleeftijd verkoop tabaksproducten*
  Per 1 januari 2014 is de Tabakswet gewijzigd: de leeftijd waarop aan jongeren tabak mag worden verstrekt is verhoogd van 16 naar 18 jaar (Stb 2013-473; Stb. 2013-526). De achtergrond en onderbouwing voor deze maatregel is tweeledig. Op de eerste plaats is het regeringsbeleid erop gericht om roken op jonge leeftijd tegen te gaan. Hoe eerder een kind begint met roken hoe waarschijnlijker het is dat hij of zij verslaafd raakt. De regering stelt dat het belangrijk is dat jongeren niet beginnen met roken en dat het daarom wenselijk is de verkrijgbaarheid van tabak voor jongeren te beperken en pas toe te staan vanaf 18 jaar. Op de tweede plaats is er in de afgelopen jaren een integraal genotmiddelenbeleid ontwikkeld, waarbij de middelen alcohol, tabak en cannabis in samenhang worden benaderd. Aangezien al eerder besloten was dat de leeftijdsgrens voor alcohol per 1 januari 2014 op 18 jaar zou komen en de leeftijdsgrens voor toegang tot de coffeeshop al sinds 1996 op 18 jaar ligt, vindt de regering het duidelijk om één heldere leeftijdsgrens voor alle drie genoemde genotsmiddelen aan te houden. Verder hanteren al 22 van de 28 EU landen een leeftijdsgrens van 18 jaar voor de verkrijgbaarheid van tabaksproducten (T.K. 33590-3).

  Ook is het principe *three-strikes-you're-out* per 1 januari 2014 in artikel 8a van de Tabakswet opgenomen. Dat betekent dat als een verkoper van tabaksproducten in de periode van een jaar drie maal bekeurd is wegens het verkopen van deze producten aan personen jonger dan 18 jaar, deze verkoper bestraft kan worden met een verkoopverbod van tabaksproducten voor de duur van minimaal één tot maximaal 12 weken (Tabakswet, art 8a).

- *Verduidelijking van de rookverboden in de Tabakswet, met inbegrip van een algemeen rookverbod in de horeca*
  Doel van deze wetswijziging is de wettelijke verankering van het rookverbod in de horeca met daaruit voortvloeiend een schrapping van de uitzondering voor kleine cafés (T.K. 33791-3). De aanleiding hiervoor was dat er een brede consensus is over het versnipperd karakter en het gebrek aan coherentie in de Tabakswet als het gaat om de rookverboden. Daarom wordt in de Tabakswet opgenomen dat het rookverbod binnen het tabaksontmoedigingsbeleid de hoofdregel voor de bescherming tegen tabaksrook vormt. Een ander doel van deze wetswijziging is de wettelijke verankering van het rookverbod in de horeca, zonder uitzondering voor de kleine cafés. In 2011 was er een uitzondering voor het rookverbod aangebracht voor 'kleine cafés', dat wil zeggen cafés met een vloeroppervlak kleiner dan 70 m² en zonder personeel. Het kabinet stelt vast dat de naleving van het rookverbod in de cafés de afgelopen jaren niet substantieel is verbeterd. Cafés die (net iets) groter zijn dan de "kleintjes" blijven onder verwijzing naar de uitzondering zich beklagen over het begunstigend effect voor die categorie en persisteren in het rookgedrag van zichzelf en (een deel van) hun clientèle, zulks ten nadele van de gezondheidssituatie van hun personeel en/of het niet rokende deel van hun klanten (T.K. 33791-3). Deze wetswijziging is op 1 juli 2014 door de Tweede Kamer aangenomen. De regering streeft ernaar om deze maatregel per 1 januari 2015 in te laten gaan, na goedkeuring door de Eerste Kamer.

  Om het toezicht op de naleving van het rookverbod op te voeren is er per 1 januari 2014 een extra toegevoegd flexibel handhavingsteam bij de NVWA ingesteld, bestaande uit 17fte voornamelijk jonge toezichthouders (ongeveer 45 personen). Zij worden ingezet op de handhaving van de rookvrije horeca en het toezicht op de naleving van de leeftijdsgrens die geldt voor de verkoop van tabaksproducten (T.K. 33791-3).

  Het rookverbod zal primair bestuurlijk worden gehandhaafd door het opleggen van bestuurlijke boetes. Het is voor het opmaken van een proces-verbaal niet noodzakelijk dat een roker op heterdaad wordt betrapt. De zintuigelijke waarneming van een inspecteur dat het om een ruimte gaat waar gerookt wordt of kort daarvoor gerookt werd volstaat (T.K. 33791-5).

- *Voorstel tot verhoging van strafmaximum voor overtreding Tabakswet*
  Dit wetsvoorstel is in behandeling sinds het voorjaar van 2013. De regering wil de wettelijke ruimte hebben om de boete voor het overtreden van het rookverbod in de toekomst substantieel te verhogen als de harde kern van frequente overtreders – met name uitbaters van cafébedrijven – persisteert in zijn normafwijkend gedrag. De huidige Tabakswet kent twee wettelijke strafmaxima voor op te leggen bestuurlijke boetes: € 450 000 voor overtreding van het reclameverbod door fabrikanten, groothandels of importeurs van tabaksproducten en € 4 500 voor alle overige overtredingen. De regering acht het gewenst deze twee trappen aan te vullen met een tussenliggend maximum van € 19 500 voor het overtreden van het rookverbod. Dat boetemaximum gaat ook gelden voor de overtreding van het verbod tabaksproducten te verkopen aan personen jonger dan 18 jaar (T.K. 33738-6).

- *Regulering e-sigaret*
  In 2011 werd aan de Kamer medegedeeld dat de nicotinehoudende e-sigaret definitief als geneesmiddel zou worden aangemerkt. Naar aanleiding hiervan heeft een producent en importeur van e-sigaretten een kort geding tegen de Nederlandse Staat aangespannen om de Staat ertoe te verplichten de invoer en handel in e-sigaretten die niet als geneesmiddel zijn toegelaten, toe te staan. De rechter heeft bepaald dat onvoldoende is aangetoond dat de e-sigaret farmacologische eigenschappen bezit en daarom niet als geneesmiddel kan worden aangemerkt. Daarom heeft de regering besloten de e-sigaret aan te merken als een waar in de zin van de Warenwet. De regering gaat niet nogmaals pogen de e-sigaret als geneesmiddel erkend te krijgen (T.K. 33791-8). Het kabinet heeft toegezegd dat de e-sigaret in de Tabakswet zal worden geregeld bij de implementatie van de nieuwe EU-Tabaksproductenrichtlijn. Hierop vooruit lopend zal er een regulering middels een Algemene Maatregel van Bestuur (AMVB) van de e-sigaret onder de Warenwet komen. Naar verwachting zal het Warenwetbesluit begin 2015 in werking treden.

Nieuwe EU Tabaksproductenrichtlijn

Vanaf 14 mei 2014 is de nieuwe EU Tabaksproductenrichtlijn (2014/40/EU) officieel van kracht. De lidstaten hebben twee jaar de tijd om de nationale wet- en regelgeving hier op aan te passen.

De herziene tabaksproductenrichtlijn gaat in op ingrediënten en additieven, etikettering en verpakking, grensoverschrijdende verkoop, traceerbaarheid en aan tabak verwante producten (Ter Weide en Croes, 2014):

- Er komt een verbod op aroma's in sigaretten en shag.
- De tabaksindustrie wordt verplicht gedetailleerde verslagen over de samenstelling van haar producten – met name sigaretten en shag – aan de lidstaten te leveren.
- Gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen worden verplicht en tekst en beeld moeten minimaal 65% van de voor- en achterkant van pakjes sigaretten en shag beslaan.
- Er komt een verbod op kleine verpakkingen voor bepaalde tabaksproducten.
- Er komt een verbod op reclame en misleidende elementen op tabaksproducten.
- Een EU-wijd systeem voor '*tracking and tracing*' om de illegale handel aan te pakken wordt ingevoerd.
- De lidstaten krijgen de mogelijkheid om de internetverkoop van tabak en verwante producten te verbieden. In het onderhandelingstraject over deze richtlijn heeft Nederland aangegeven haken en ogen te zien aan een verbod van grensoverschrijdende internetverkoop van tabaksproducten vanuit het oogpunt van handhaafbaarheid en mogelijke strijdigheid met Europese accijnswetgeving (T.K. 33791-8).
- Er komen veiligheids- en kwaliteitsnormen voor elektronische sigaretten. E-sigaretten blijven in principe geclassificeerd als een consumentenproduct, hoewel de mogelijkheid blijft bestaan, op initiatief van een fabrikant of door de overheid onderbouwd, om de e-sigaret als geneesmiddel aan te merken (T.K. 33522-8).

- Er komt een verplichte melding van nieuwe tabaksproducten alvorens deze op de EU-markt worden gebracht.

De Staatsecretaris van VWS heeft aangegeven dat hij zich nog zal buigen over de wijze waarop de richtlijn in de Tabakswet geïmplementeerd zal worden (T.K. 33791-8).

Veranderingen in de Drank- en Horecawet

Per 1 januari 2014 is de Drank- en Horecawet gewijzigd: vanaf die datum is 18 jaar de leeftijd waarop aan jongeren alcoholhoudende drank verstrekt mag worden, zowel in de horeca, als in de detailhandel, als tijdens evenementen, zowel voor directe als voor indirecte verstrekking. Ook is per 1 januari 2014 een jongere onder de 18 jaar strafbaar als hij op voor het publiek toegankelijke plaatsen (behalve winkels) alcohol aanwezig heeft. Uitzondering op deze laatste bepaling is: jongeren van 16 en 17 jaar die in de horeca werken mogen wel alcohol serveren en schenken (Stb 2013-380; Stb. 2013-457; Stb.2014-15).

De verhoging van de leeftijdsgrens voor de verstrekking van alcohol kwam voort uit een initiatief wetsvoorstel dat was opgesteld door vier politieke partijen in de Tweede Kamer. Daarin worden diverse argumenten vóór verhoging genoemd.

Verhogen van de leeftijdsgrenzen tot 18 jaar:

- Betekent winst voor de gezondheid van jongeren.
- Draagt bij aan uitstel van drinken en is een steun in de rug voor ouders die kiezen voor een alcohol-vrije opvoeding.
- Verlaagt de kans op latere verslaving en agressie.
- Betekent minder ziekenhuisbehandelingen als gevolg van alcoholgerelateerde ongevallen en minder alcoholincidenten onder 16 en 17 jarigen.
- Schept voor jongeren en ouders duidelijkheid.
- Is een wens van een meerderheid van de gemeenten en een meerderheid van de bevolking.
- Leidt tot minder problemen binnen het onderwijs.
- Is in lijn met wat in Europa gebruikelijk is.
- Is te beschouwen als verdragsrechtelijk verplicht in het kader van het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind (IVRK) (STAP, 2014).

In de wet is geen overgangsregeling opgenomen voor jongeren die bij inwerkingtreding van de nieuwe regels 16 en 17 jaar zijn. Alle gemeenten moeten vóór 1 juli 2014 een preventie- en handhavingsplan voor de regelingen van de Drank- en Horecawet opstellen.

In de gewijzigde Drank- en Horecawet is géén identificatieleeftijd opgenomen. Wel hebben de sectoren afgesproken dat caissières van supermarkten en barpersoneel van horecabedrijven aan klanten die zij er jonger vinden uitzien dan 25 jaar naar hun ID zullen vragen (STAP, 2014).

Preventie

Voorlichting over middelengebruik en verslavingspreventie richten zich op het voorkomen van het ontstaan of terugkeren van verslavingsgedrag en het bevorderen van psychische gezondheid. Doelgroepen van deze preventieve interventies zijn: de gezonde bevolking (universele preventie); groepen met een verhoogd risico op verslaving (selectieve preventie); personen met beginnend verslavingsgedrag (geïndiceerde preventie) en patiënten en cliënten (zorggerelateerde preventie, zoals terugvalpreventie en preventie van comorbiditeit).

Universele en selectieve verslavingspreventie worden vooral door gemeenten opgezet op grond van de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Het gaat hier veelal om interventies voor scholieren en het uitgaanspubliek en interventies in de jeugdhulpverlening. Een onderdeel van de verslavingspreventie is het geven van deskundigheidsbevordering aan docenten, jeugdhulpverleners, huisartsen en horecapersoneel, gericht op vroegsignalering van middelenproblematiek (Ruiter et al., 2014).

- Vanaf 1 januari 2014 is geïndiceerde preventie (zoals het voorkomen van problematisch alcoholgebruik) een taak voor de huisarts en de POH GGZ. Zorggerelateerde preventie blijft als curatieve geestelijke gezondheidszorg onderdeel uitmaken van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (Ruiter et al., 2014).
- In de nieuwe ordening van de GGZ is er binnen GGZ-instellingen, inclusief de verslavingszorg, steeds minder plaats voor aparte preventieafdelingen. Overheid, zorgaanbieders en financiers streven naar een verbreding van preventieve GGZ en verslavingszorg naar wijkteams (universele en selectieve preventie), huisartsenzorg (vooral geïndiceerde preventie) en geestelijke gezondheidszorg (zorggerelateerde preventie). Een verkennend onderzoek laat zien dat het belangrijk is dat deze settings daarop voldoende worden toegerust (Ruiter et al., 2014).
- In de Bestuurlijke Akkoorden uit 2012 en 2013 over de toekomst van de GGZ wordt duidelijk de ambitie uitgesproken dat preventie in de gehele GGZ, zelfmanagement en het herstelvermogen van de patiënt gestimuleerd zullen worden.
- In 2013 heeft GGZ Nederland een nieuw visiedocument over verslaving en verslavingszorg uitgebracht. Daarin wordt duidelijk gesteld dat één van thema's waarop de verslavingszorg een toegevoegde waarde voor de samenleving heeft ligt bij het ontwikkelen en uitvoeren van projecten die gericht zijn op de preventie van het gebruik en misbruik van middelen (GGZ Nederland, 2013).

Nationaal Programma Preventie 2014-2016 (NPP)

Daarnaast is er in 2014 een algemeen preventieprogramma van start gegaan waarin veel aandacht is voor alcoholgebruik en roken: het Nationaal Programma Preventie (NPP), waar zes ministeries, gemeenten, bedrijven en een groot aantal maatschappelijke organisaties samen aan werken (Rijksoverheid, 2013).

De focus van het Nationaal Programma Preventie, zoals verwoord in de nota 'Alles is gezondheid…', ligt op drie terreinen:

- Gezondheid dichtbij: de gezondheid van mensen bevorderen en chronische ziekten voorkomen, door een integrale aanpak in de omgeving waarin zij wonen, werken en leren.
- Preventie een prominente plek geven in de gezondheidszorg.
- Gezondheidsbescherming op peil houden, nieuwe bedreigingen het hoofd bieden.

Diabetes, (ernstig) overgewicht, roken, drinken, depressie en bewegen zijn al langer de speerpunten van het nationale gezondheidsbeleid en blijven dat ook binnen het NPP. Het zijn de ziekten en de risicofactoren waar de meeste gezondheidswinst te boeken is. Het gaat hier zowel om individuele keuzes en gedrag, als om een omgeving die het voor mensen makkelijker of juist moeilijker maakt om gezond te leven. Alle ervaringen in binnen- en buitenland wijzen uit dat alleen effect behaald wordt met langdurig volgehouden en op veel terreinen gelijktijdig ingezette maatregelen, dicht bij de leef- en belevingswereld van mensen. Rijk, gemeenten, scholen, zorgpartijen, bedrijven, sportverenigingen en tal van maatschappelijke organisaties spannen zich reeds in voor gezondheidsprogramma's. Het NPP wil hier meer samenhang in krijgen om de gekozen speerpunten integraal aan te pakken via de domeinen school, werk en wijk, en hiervoor de randvoorwaarden creëren. In het Nationaal Programma wordt door alle partijen geïnvesteerd, vanuit de eigen middelen en binnen de eigen missie, taakopdracht en verantwoordingssystematiek. Met de betrokken partijen zijn afspraken gemaakt over de outputdoelstellingen voor de periode 2014-2016.

In het domein Opvoeding en Onderwijs zijn enkele doelen van het NPP:
- Het aantal jonge rokers is na drie jaar afgenomen.
- Schadelijk alcoholgebruik is na drie jaar verminderd.

In het kader van de Zorg voor een Gezonde Omgeving is er voor alcohol en tabak ingezet op aanscherping van de sociale norm voor roken en alcohol, dat het normaal is dat je voor je 18de niet rookt of drinkt. Hierin past de verhoging van de leeftijdsgrenzen en de andere maatregelen die in paragraaf 2.1 beschreven zijn. Om deze doelen te bereiken worden in de nota Alles is Gezondheid onder meer de volgende projecten en activiteiten genoemd:
- Publiekscampagne gericht op de nieuwe sociale norm 'het is normaal als je voor je 18de niet rookt of drinkt'. Uitgangspunt is de medeverantwoordelijkheid van onder andere ouders, scholen en verstrekkers. Deze campagne is ontwikkeld door het Ministerie van VWS in samenwerking met andere organisaties.
- Er wordt extra geïnvesteerd in de capaciteit van de NVWA die de nieuwe leeftijdsgrens voor tabak moet handhaven (zie ook paragraaf 2.2.1).
- Verschillende organisaties ondernemen activiteiten om de naleving van de leeftijdsgrens voor alcohol en tabak te verbeteren.
- NOC*NSF gaat in samenwerking met vele sportbonden een gezond alcoholbeleid bij sportverenigingen stimuleren.
- De Samenwerkende Gezondheidsfondsen willen elk jaar, in samenwerking met VWS, een Nationale Stoppen met roken Maand gaan organiseren.
- Om de bewustwording van de risico's van drinken tijdens de zwangerschap te vergroten, gaat de alcoholbranche een goed zichtbaar en duidelijk zwangerschapslogo op etiketten van alcoholhoudende dranken introduceren.

Er wordt ook ingezet op het versterken van de gezonde en veilige uitgaansomgeving van jongeren wat betreft alcohol, drugs en tabak. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het toezicht op de naleving van de leeftijdsgrens voor alcohol door verschillende verstrekkers. Ook kunnen zij een rol vervullen door de rookvrije horeca in hun gemeenten te stimuleren. Via het project Gezonde en Veilige Horeca en Evenementen van het Centrum Veilig en Gezond Uitgaan faciliteert VWS gemeenten bij het vormgeven van een gezond en veilig horeca- en evenementenbeleid. Doel is het terugdringen van middelengebruik en daarmee samenhangende problemen (Rijksoverheid, 2013).

In het verslag van de Startconferentie 'Alles is gezondheid…' zijn de concrete ambities van de overheid te vinden. Er wordt uitgegaan van het trendscenario van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2014 van het RIVM. Daarin staat dat wordt verwacht dat het percentage rokenden van 19 jaar en ouder zal

dalen van 23% in 2012 tot 19% in 2030. De ambitie is dat die langetermijntrend verder naar beneden moet worden afgebogen (Ministerie van VWS, 2014).

Evaluatie van de campagne 'Verhoging leeftijdsgrens alcohol en tabak' (NIX<18)
Naast de wetswijzingen waarbij de leeftijd waarop aan jongeren alcohol en tabak mag worden verkocht is verhoogd naar 18 jaar, heeft de Rijksoverheid een campagne ingezet die gericht is op het versterken van de sociale norm 'niet roken en niet drinken onder de achttien' (NIX<18). De NIX<18-campagne is een initiatief van het Ministerie van VWS en een groot aantal partners onder andere Koninklijke Horeca Nederland, KWF, Longfonds, Trimbos-instituut, NOC*NSF, supermarkten en GGD'en. De campagne is gestart in 2013 en heeft als kernboodschap dat het belangrijk is om de afspraak 'we roken en drinken niks onder de achttien jaar' te maken. Er zijn en worden communicatieactiviteiten ingezet op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Uit de eerste evaluatie komt naar voren dat na de massamediale campagne ouders vaker '18 jaar' spontaan als nieuwe (wettelijke) leeftijdsgrens noemen (van 86% naar 94%). Ook geven meer ouders na de campagne aan dat het verboden is om sigaretten te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar (van 86% naar 91%). De gedragsdoelstellingen richten zich op de lange termijn. De waardering van de campagne door de ouders is met een 7 iets onder de benchmark (Rijksoverheid, 2014).

2.3.2 Verslavingszorg

Vanaf 2014 wordt de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), inclusief de verslavingszorg, anders ingericht. Deze structurele verandering moet gepaard gaan met een reductie van minimaal 30% van het aantal bedden ten opzichte van het aantal in 2008. Naast gespecialiseerde GGZ komen er generalistische basis GGZ en GGZ in de huisartsvoorziening. De huisarts gaat, gesteund door de regeling Praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ), GGZ basiszorg bieden. Dat betekent dat de huisarts de screening, behandeling en begeleiding van patiënten met milde en matige klachten, en de behandeling en begeleiding van patiënten met stabiele chronische stoornissen tot taak krijgt. Tevens is de huisarts de poortwachter voor de gehele GGZ en uitvoerder van geïndiceerde preventie voor mensen met (beginnende) psychische klachten. Van de specialistische GGZ wordt 20% omgevormd tot generalistische basis GGZ voor de behandeling van mensen met lichtere problematiek. Uitvoering van deze zorg gebeurt door hoofdbehandelaars die BIG-geregistreerd zijn en een GGZ specifieke opleiding gevolgd hebben. Medebehandelaars zijn zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in de beroepentabel GGZ. In de basis GGZ vormen de aard en de ernst van de zorgvraag van de patiënt het uitgangspunt voor de zorg. De zorgvraag wordt enerzijds geformuleerd op basis van vijf criteria: vermoeden van een DSM stoornis, ernst van de problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten en wordt anderzijds geformuleerd op basis van vier producten van zorg: kort, middel, intensief en chronisch. De zware problematiek blijft voor de gespecialiseerde GGZ (Ruiter et al., 2014).

In 2012 en 2013 zijn er Bestuurlijke Akkoorden over de toekomst van de GGZ gesloten tussen onder andere het Ministerie van VWS, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, cliëntenorganisaties en beroepsverenigingen. De volgende initiatieven zijn daar een uitvloeisel van.

- In 2012 is door de zorgverleners, zorggebruikers en zorgverzekeraars de Nationale Implementatie-agenda eHealth opgesteld. GGZ Nederland en kennis- en adviescentrum E-hulp.nl werken sinds het voorjaar van 2014 samen om de implementatie en opschaling van e-health in de GGZ te bevorderen. Onderdeel van het traject is het in kaart brengen van belemmeringen en uitdagingen van een brede implementatie van e-health (persbericht GGZ NL). In afwachting van een definitieve regeling wordt anonieme e-mental health voorlopig via een speciale subsidieregeling door het Ministerie van VWS gefinancierd.[2]

2 http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/vraag-en-antwoord/is-er-in-2014-subsidie-mogelijk-voor-de-financiering-van-anonieme-e-mental-health.html.

- In de genoemde bestuurlijke akkoorden is ook afgesproken dat er één taal komt voor kwaliteit en uitkomsten. Het periodiek meten van de effectiviteit van de geleverde zorg met behulp van Routine Outcome Monitoring (ROM) maakt daar onderdeel van uit. Sinds 2012 worden de ROM-uitkomsten aan de Stichting Benchmark GGZ (SBG) geleverd. Tevens worden de cliëntervaringen gemeten met de Consumer Quality Index (CQI). De CQI is een gevalideerd meetinstrument dat het mogelijk maakt om instellingen met elkaar te vergelijken (Zorginstituut Nederland, 2013).
- Ook als uitvloeisel van de bestuurlijke akkoorden is in oktober 2013 het netwerk 'Kwaliteitsontwikkeling GGZ' van start gegaan dat als doel heeft voor een duurzame verbetering en vernieuwing van het werk van zorgverleners te zorgen door het ontwikkelen en verspreiden van kwaliteitsstandaarden, die de normen van goede zorg beschrijven en implementeren. Dit netwerk is opgericht door het Landelijk Platform GGZ, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015, die de bestaande Wet Maatschappelijke Ondersteuning zal gaan vervangen, gaat onder andere regelen dat de betaling van de dagbesteding, begeleiding en een deel van begeleid wonen van GGZ-cliënten vanaf 2015 door de gemeenten wordt geleverd. De GGZ-aanbieders moeten over te leveren diensten op genoemde domeinen met de gemeenten gaan onderhandelen. Dit wetsvoorstel wordt nog in de Eerste Kamer behandeld. De gemeenten krijgen een resultaatverplichting om mensen te ondersteunen die niet volledig zelf kunnen voorzien in hun zelfredzaamheid en participatie of behoefte hebben aan beschermd wonen of opvang. De zorgverzekeraars en gemeenten hebben de verplichting gekregen om goed samen te werken om te voorkomen dat cliënten tussen en wal en schip raken (T.K. 33841-3).

Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wet langdurige zorg (Wlz) vervangt in het wetsvoorstel per 1 januari 2015 de huidige AWBZ. Alleen de zwaarste, langdurige zorg wordt dan nog vergoed vanuit de Wlz. Met deze wet moet de kwaliteit van leven voor ouderen en gehandicapten die veel zorg nodig hebben gegarandeerd blijven. De wet maakt deel uit van een samenhangend systeem van nieuwe en vernieuwde wetten, zoals de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 (WMO 2015) en de Jeugdwet. Oorspronkelijk was het plan dat per 1 januari 2015 de langdurige geestelijke gezondheidszorg (inclusief de verslavingszorg) en de extramurale verpleging onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) zouden gaan vallen. De Tweede Kamer heeft echter in januari 2014 een motie aangenomen waarin de regering wordt verzocht om mensen die langdurig zijn aangewezen op GGZ-zorg niet over te hevelen naar de Zvw, maar onder de Wlz te laten vallen. In maart 2014 heeft de regering besloten dat GGZ-cliënten op basis van objectieve inhoudelijke criteria toegang kunnen krijgen tot de Wlz (T.K. 30597-427). In ieder geval zullen GGZ-cliënten die op 1 januari 2015 gedurende drie jaar aaneengesloten verblijf gericht op behandeling hebben gehad, direct van de AWBZ overgaan naar de Wlz. Andere criteria worden nog ontwikkeld.

2.4 Beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

Het jaar 2013 was voor de Nederlandse politie een begin van een nieuw bestel. Met het op 27 januari 2013 in werking treden van de nieuwe Politiewet is er gewerkt aan het feitelijk vormgeven van één korps: de Nationale Politie (Stb 2012-315). Ook wat betreft het gevangeniswezen waren er in 2013 ontwikkelingen in de vorm van het Masterplan Dienst Justitiële Inrichtingen 2013-2018 (T.K. 24587-490, 563). Met deze veranderingen op de achtergrond vond in 2013 en 2014 de bestrijding van drugsgerelateerde criminaliteit plaats.

Prioriteiten in de bestrijding van delicten tegen de Opiumwet

Politie en justitie richten zich bij de opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten primair op de in- en uitvoer en de bedrijfsmatige productie van en de grootschalige handel in hard- en softdrugs. De georganiseerde criminaliteit in relatie tot de productie van en/of de in- en uitvoer van heroïne, cocaïne, synthetische drugs en cannabis/hennepteelt krijgt ook in 2013 en 2014 topprioriteit in de opsporing en vervolging (T.K. 29911-79). Er wordt een geïntegreerde aanpak gevolgd op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Zowel strafrechtelijke als bestuurlijke, fiscale en privaatrechtelijke instrumenten worden ingezet, waarbij het Openbaar Ministerie, de politie, andere opsporingsdiensten, het bestuur en de fiscus intensief samenwerken. Ze worden daarbij ondersteund en geadviseerd door Regionale Informatie- en Expertisecentra (RIECs). De RIECs op hun beurt worden sinds 2011 ondersteund door het LIEC, het Landelijk Informatie en Expertise Centrum.

- In 2013 en 2014 is deze integrale aanpak doorgezet (T.K. 29911-79, 84, 86). De meeste gemeenten (93% in 2012) participeren intussen in een RIEC. De Minister van Veiligheid en Justitie heeft in 2013 ook aangekondigd onder strikte condities en met de grootste zorgvuldigheid de inzet van criminele burgerinfiltranten en kroongetuigen te willen vergroten (T.K. 29911-83).
- Een aandachtspunt vormen de toenemende drugsafvaldumpingen, vooral in Noord-Brabant. In 2013 is in die regio een actieplan opgesteld door een werkgroep met vertegenwoordigers van gemeenten, politie, brandweer, waterschappen, Openbaar Ministerie en omgevingsdiensten. Het plan bevat afspraken en maatregelen om het aantal dumpingen terug te dringen. Het bevat ook richtlijnen over hoe te werk te gaan na het aantreffen van drugsafval (Provincie Noord-Brabant, 2013 moet worden Rijksoverheid, 2013a).

Beleid ter reductie van overlast en criminaliteit gepleegd door middelengebruikers

In 2013 zijn hierin de volgende veranderingen geweest:

De Wet Forensische Zorg

- Deze wet beoogt het strafrechtelijk systeem goed te laten aansluiten bij de forensische zorg daarbuiten (T.K. 32398-3). De bedoeling is dat justitiabelen met problemen - verslavingsproblemen, psychische problemen, of een licht verstandelijke handicap – zoveel mogelijk naar zorg buiten detentie worden toegeleid, om hun herstel en hun re-integratie te stimuleren en hun criminele recidive terug te dringen. Alleen problematische justitiabelen die niet gemotiveerd zijn of die niet geschikt zijn voor plaatsing in een voorziening buiten detentie, blijven in het gevangenissysteem, in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC). De behandeling wordt onder beveiligde omstandigheden geboden (er zijn verschillende beveiligingsniveaus) en de focus van de behandeling ligt op het tegengaan van recidive (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013).

- De wet is in december 2012 aangenomen door de Tweede Kamer en is in 2013/2014 in behandeling bij de Eerste Kamer (E.K. 32398-I, J).
- De bezuinigingen binnen het gevangeniswezen brengen ook bezuinigingen met zich mee voor de forensische zorgsector (Van Gemmert & Van Schijndel, 2013). Een gevolg kan zijn dat de zorg meer geconcentreerd wordt geleverd (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013). De bekostiging van de forensische zorg gaat bovendien over van functiegerichte bekostiging naar volledige prestatiegerichte bekostiging in 2016 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013).

Veiligheidshuizen

In Veiligheidshuizen worden justitiabelen met complexe problematiek in multidisciplinair verband besproken en worden passende trajecten uitgezet.

- Met ingang van 1 januari 2013 is de regie van de Veiligheidshuizen overgegaan van het Openbaar Ministerie naar de gemeenten.
- In februari 2013 is het 'landelijk kader' voor de Veiligheidshuizen officieel gepresenteerd (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2013). Dat kader biedt een gezamenlijk vertrekpunt voor alle Veiligheidshuizen. Onder andere staan er criteria in op grond waarvan multi-probleem casussen kunnen worden geselecteerd.

De maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD)

In 2013 liepen trajecten die gericht zijn op uitbreiding van de (doelgroep van) ISD:

- In 2012 heeft de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie aan de Kamer toegezegd om onderzoek te doen naar de kosten en de baten van verlenging van de ISD-maatregel en naar groepen voor wie dit aangewezen zou zijn (T.K. 29270-69). Verschillende fracties gaven namelijk aan dat de termijn van twee jaar in hun optiek onvoldoende mogelijkheden zou bieden voor een succesvolle behandeling. Dit onderzoek is in 2013 gestart.
- Ook is verkennend onderzoek verricht naar oorzaken waarom de maatregel ISD weinig wordt toegepast bij jongvolwassen 18-24 jarige veelplegers, in het bijzonder ingeval van high impact crimes. De bedoeling is om op basis hiervan de ketensamenwerking bij de toepassing van de ISD verder te optimaliseren (T.K. 28684-385; T.K. 31110-15).
- De Richtlijn voor strafvordering is met ingang van 2014 aangepast: bij de definitie van (zeer actieve) veelpleger en stelselmatige dader wordt nu uitgegaan van misdrijffeiten in plaats van processen-verbaal, waardoor meer delinquenten in aanmerking komen voor op veelplegers gerichte straffen en maatregelen (T.K. 31110-15).

Reclassering

Er wordt gewerkt aan intensivering van de samenwerking tussen de *reclassering* en het *gevangeniswezen*. De reclassering levert nu haar producten ook in de penitentiaire inrichting en werkt samen met het gevangeniswezen bij de terugkeer van de gedetineerden in de samenleving (www.svg.nl).

3. Cannabis

3.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 057
3.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 058
3.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 061
3.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 069
3.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 070
3.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 073
3.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 079
3.8	Aanbod en markt	▶ pagina 081

3. Cannabis

Cannabis (Cannabis Sativa of hennep) omvat hasj en wiet in diverse preparaten en wordt doorgaans gerookt in sigaretten, al dan niet samen met tabak. Roken via een verdamper en eten in de vorm van spacecake komt minder voor. Consumenten ervaren cannabis meestal als rustgevend, ontspannend en geestverruimend. In hoge dosis kan cannabis angst, paniek en psychotische symptomen veroorzaken. THC (tetrahydrocannabinol) is het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis. De werking van THC wordt mogelijk beïnvloed door een ander bestanddeel: cannabidiol (CBD) (§ 3.7 en § 3.8). Nederwiet bevat nauwelijks CBD, hasj uit het buitenland meer.

Dit hoofdstuk gaat over hasj en wiet samen (tenzij anders aangegeven) en over het gebruik van cannabis als illegale drug. Naast dit illegaal gebruik is cannabis in Nederland erkend als medicijn voor een beperkt aantal ziektes. Volgens gegevens van de apotheken hebben van september 2003 tot en met december 2010 in totaal 5 540 mensen cannabis medicinaal gebruikt (Hazekamp en Heerdink, 2013). Patiënten rapporteren tevreden te zijn over het therapeutisch effect (voornamelijk pijnbestrijding) van medicinale cannabis (Brunt et al., 2014). Naast hasj en wiet en zijn in de afgelopen jaren ook synthetische cannabinoïden (zoals 'Spice') op de markt gekomen, stoffen die de werking van cannabis nabootsen. In 2013 rapporteerden de EU lidstaten in het kader van het Early Warning System aan het EMCDDA 29 nieuwe synthetische cannabinoïden (EMCDDA, 2014). Over het gebruik hiervan in Nederland is weinig bekend. Verondersteld wordt dat deze middelen in Nederland in de traditionele harddrugsscene of onder het uitgaanspubliek weinig voorkomen, vanwege de goede kwaliteit cannabis, de ruime beschikbaarheid en het niet strafbaar zijn van cannabisgebruik.

In 2012 en 2013 zijn beleidswijzigingen doorgevoerd, onder andere ten aanzien van de gedoogcriteria voor coffeeshops (zie § 2.1.1). Cannabis staat op lijst II van de Opiumwet. Op 26 maart 2013 heeft het kabinet een ontwerp wetswijziging naar de Raad van State gestuurd voor plaatsing van 'hennep en hasjiesj' met 15% of meer THC op lijst I van de Opiumwet. Deze beoogde wijziging vindt plaats vanuit het oogpunt van de volksgezondheid, vooral van jonge mensen. Ook verwacht het kabinet dat deze maatregel een generaal preventief effect zal hebben op de productie en export van cannabis, vanwege de hogere strafbedreiging die voor lijst I middelen geldt waarmee de criminele ondernemer een wezenlijk hoger risico gaat lopen (Staten-Generaal 33593 A-1; zie § 2.1.1).

3.1 Laatste feiten en trends

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

- In 2009 had een kwart van de algemene bevolking van 15-64 jaar ooit in het leven cannabis gebruikt en een op de vijfentwintig inwoners was een actuele cannabisgebruiker (§ 3.2). In 2015 komen meer recente cijfers beschikbaar.

- Het cannabisgebruik onder scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs daalde tussen 2003 en 2013, met een stabilisering tussen 2007 en 2011 (§ 3.3).
- De jarenlange toename van het aantal cannabiscliënten bij de verslavingszorg is in 2012 en 2013 gestabiliseerd (§ 3.6).
- Ook algemene ziekenhuizen registreren van 2011 naar 2012 geen verdere toename van het aantal opnames waarbij cannabismisbruik of -afhankelijkheid een rol speelt (§ 3.6).
- Relatief veel cannabis-gerelateerde gezondheidsincidenten zijn afkomstig uit de regio Amsterdam. Het gaat hier veelal om toeristen die met een cannabisintoxicatie naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis gaan (§ 3.6)
- De gemiddelde THC-concentratie in de nederwiet bleef net als de THC-concentratie in geïmporteerde hasj en -wiet in 2014 ongeveer gelijk aan 2013 (§ 3.8).
- Nederwiet bevat vrijwel geen cannabidiol (CBD), een stof die mogelijk ongewenste effecten van THC tegen gaat (§ 3.8).
- Na een geleidelijke prijsstijging sinds 2007 was de prijs voor een gram nederwiet in 2014 gelijk aan 2013 (§ 3.8).

3.2 Gebruik: algemene bevolking

Van alle illegale drugs wordt cannabis het meest gebruikt. In 1997, 2001, 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). Vanwege een landelijk afstemmingstraject van leefstijlmonitoren zullen nieuwe cijfers over het cannabisgebruik in de algemene bevolking in 2015 verschijnen (Kramers et al., 2012).

De methode van gegevensverzameling verschilde in 2009 van die in de eerdere peilingen. In 1997, 2001 en 2005 zijn gegevens over drugsgebruik verzameld in een persoonlijk interview met respondenten, waarbij de onderzoeker de antwoorden op een laptop invoerde. In 2009 vulde de respondent zelf direct de antwoorden op de vragen in, zonder dat de interviewer meekeek. Er zijn aanwijzingen dat meer anonieme en privacybeschermende methoden, zoals toegepast in 2009, leiden tot hogere prevalentieschattingen van gebruik (persoonlijke communicatie CBS; EMCDDA, 2002).

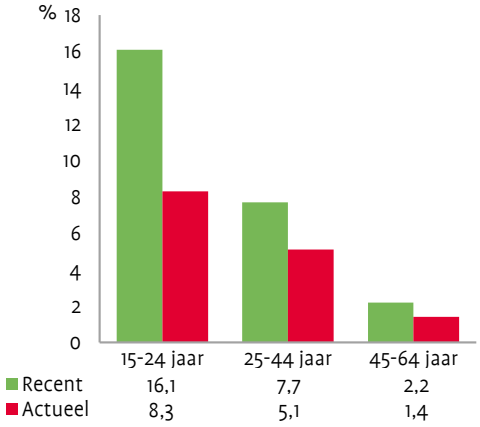
- Van 1997 tot 2001 bleef het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat ooit cannabis had gebruikt stabiel. Tussen 2001 en 2005 nam het percentage ooitgebruikers toe. Het totale percentage recente en actuele gebruikers bleef in deze periode op hetzelfde niveau. In de peiling van 2009 lag het cannabisgebruik op alle maten hoger dan in 2005 (tabel 3.1). Zoals aangegeven zouden verschillen in onderzoeksmethoden hierbij een rol kunnen spelen.
- In 2009 had ongeveer een op de vier ondervraagden ooit cannabis gebruikt (26%).
- Een op de veertien had in het jaar voor het interview cannabis geconsumeerd (recent gebruik) en een op de vijfentwintig had dit nog gedaan in de maand ervoor (actueel gebruik).
- Omgerekend naar de bevolking bedroeg het aantal actuele gebruikers van cannabis in 2009 466 duizend.
- In 2009 had 1,2% van de bevolking voor het eerst in het leven cannabis gebruikt. De aanwas van nieuwe gebruikers is over de jaren heen gelijk gebleven.

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

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

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005), 5 769 (2009). … = Wijziging methode. - = Gegevens niet beschikbaar. I. In 2009 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. II. In het afgelopen jaar. III. In de afgelopen maand. Bron: NPO, IVO/CBS.

Figuur 3.1 Cannabisgebruikers in Nederland per leeftijdsgroep. Peiljaar 2009



Percentage gebruikers recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, IVO/CBS.

Leeftijd en geslacht

- Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis (tabel 3.1).
- Consumptie van cannabis komt het meest voor onder jongeren en jongvolwassenen (figuur 3.1).
  - Het percentage recente gebruikers van cannabis is bijna twee keer hoger in de leeftijdsgroep 15-24 jaar vergeleken met 25-44-jarigen, en acht keer hoger vergeleken met mensen van 45-64 jaar.
  - De gemiddelde leeftijd van de recente cannabisgebruikers nam toe, van 27 jaar in 1997 naar bijna 31 jaar in 2005 (tabel 3.1; geen cijfers voor 2009).
  - De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers van cannabis lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 16,4 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 19,6 jaar.

Tabel 3.2 Gebruik van cannabis naar urbanisatiegraad en in de vier grote steden.
NPO peiljaar 2009 (15-64 jaar); Gezondheidsmonitor G4 peiljaar 2012 (19-64 jaar)

NPO 2009 (15-64 jr.)	Ooit	Recent	Actueel
Zeer sterk stedelijk[I]	38,7%	12,6%	8,2%
Sterk stedelijk[II]	27,5%	6,9%	3,7%
Matig stedelijk[III]	22,8%	5,6%	3,0%
Weinig stedelijk[IV]	17,5%	4,7%	3,0%
Niet-stedelijk[V]	18,5%	4,3%	2,6%
Gezondheidsmonitor 2012 (19-64 jr.)		**Recent**	**Actueel**
Amsterdam		16,1%	8,8%
Rotterdam		10,0%	6,1%
Utrecht		12,4%	5,6%
Den Haag		7,4%	4,5%

Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). Vanwege verschillen in de leeftijdsgroepen kunnen de gegevens voor 2009 uit het NPO niet vergeleken worden met de gegevens voor 2012 uit de Gezondheidsmonitor. I. Definitie (CBS): gemeenten met meer dan 2 500 adressen per vierkante kilometer. Dit zijn in 2009: Amsterdam, Rotterdam, Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingen en Voorburg. II. Gemeenten met 1 500 - 2 500 adressen per vierkante kilometer. III. Gemeenten met 1 000 - 1 500 adressen per vierkante kilometer. IV. Gemeenten met 500 - 1 000 adressen per vierkante kilometer. V. Gemeenten met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer. Bronnen: NPO, IVO/CBS; Gezondheidsmonitor Den Haag, 2014.

De grote steden

Consumptie van cannabis komt meer voor in grote steden dan elders (tabel 3.2).

- In 2009 was het percentage mensen dat ervaring heeft met cannabis in zeer sterk stedelijke gebieden ongeveer twee keer zo groot als in matig, weinig en niet-stedelijke gebieden.
- Ook het percentage recente en actuele cannabisgebruikers was veruit het hoogst in zeer sterk stedelijke gebieden. De overige gebieden verschillen weinig in recent en actueel cannabisgebruik.
- Uit meer recent onderzoek in de vier grote steden blijkt het cannabisgebruik onder Amsterdammers van 19-64 jaar hoger te liggen dan onder inwoners van andere steden (tabel 3.2) (Gemeente Den Haag et al., 2014).
- Vanwege verschillen in de leeftijdsgroepen en methoden kunnen de gegevens voor 2009 uit het NPO niet vergeleken worden met de gegevens voor 2012 uit de Gezondheidsmonitor.

Mate van consumptie

- Bijna eenderde (30,2%) van de actuele cannabisgebruikers nam in 2009 (bijna) dagelijks cannabis, ofwel 1,3% van de totale bevolking van 15-64 jaar. Dat is meer dan het percentage (bijna) dagelijkse cannabisgebruikers in 2005 (23,3%).
- Omgerekend naar de bevolking gebruikten in 2009 141 000 mensen (bijna) dagelijks cannabis.
- Een Europees onderzoek laat zien dat het aantal joints per typische gebruiksdag en de hoeveelheid cannabis die gebruikers in een joint[1] stoppen, toeneemt met de frequentie van gebruik (Van Laar et al., 2013).
  - Onder Nederlandse cannabisgebruikers varieerde het gemiddeld aantal joints van circa 1 voor degenen die op minder dan een dag in de maand blowden tot circa 4 onder degenen die (bijna) dagelijks blowen. Mogelijk blowen vooral infrequente gebruikers minder, omdat zij relatief vaak hun joint delen. Van een joint die men deelt met anderen, gebruikt men zelf minder.

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

- Ook de gemiddelde hoeveelheid cannabis per joint nam toe met de frequentie van gebruik van 0,16 gram tot 0,25 gram. De totale dagdosis varieerde van gemiddeld 0,2 gram tot 1,1 gram.
- Op basis van de jaarconsumptie per type gebruiker en het aantal gebruikers volgens het NPO in 2009 werd de totale cannabisconsumptie in een jaar geschat op tussen 44 en 69 ton per jaar. In deze schatting is de consumptie door toeristen niet meegerekend.
- Deze cijfers zijn gebaseerd op zelfrapportage. Er bestaat twijfel over hoe goed individuele gebruikers hun dosering in kunnen schatten (Van der Pol et al., 2013a).

3.3 Gebruik: jongeren

Scholieren van het regulier onderwijs

Het gebruik van cannabis onder scholieren wordt in verschillende studies gemonitord. Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen in groep zeven en acht van het basisonderwijs en op reguliere middelbare scholen ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt via het landelijke Peilstationsonderzoek scholieren. De laatste peiling werd in 2011 verricht (Verdurmen et al., 2012). De Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie, uitgevoerd door de Universiteit Utrecht, het Trimbos-instituut en het Sociaal en Cultureel Planbureau, verzamelt onder auspiciën van de WHO gegevens over gezondheidsgedrag, waaronder cannabisgebruik, onder schoolgaande jongeren van 11-16 jaar. Nederland heeft in 2001, 2005, 2009 en 2013 deelgenomen (De Looze et al., 2014). De onderwerpen en vraagstellingen in beide studies overlappen deels. Zo meet de HBSC-studie in tegenstelling tot de Peilstationsonderzoeken alleen het gebruik van cannabis en niet van andere drugs (cocaïne, ecstasy, amfetamine, heroïne). In komende jaren zullen in het kader van de integratie van leefstijlmonitoren de verschillende jeugdmonitors op elkaar worden afgestemd (Kramers et al., 2012).

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

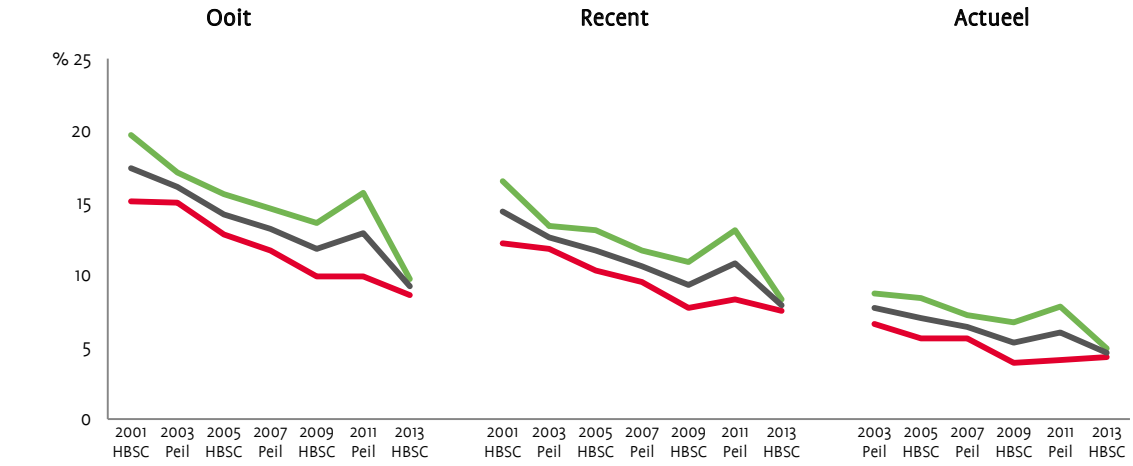
Trends

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

- Volgens de Peilstationsonderzoeken steeg het percentage leerlingen van het voortgezet onderwijs van 12-18 jaar dat ervaring had met cannabis van 9% in 1988 naar 22% in 1996 en daalde vervolgens naar 17% in 2007. In 2011 bleef het ooitgebruik bleef op dit niveau.
- Het percentage actuele gebruikers vertoonde min of meer dezelfde trend: een toename van 4% in 1988 naar 11% in 1996, met een geleidelijke daling naar 8% in 2011 (Verdurmen et al., 2012).

Trends van 2001-2013 zijn gebaseerd op de gecombineerde gegevens van de HBSC studie en het Peilstationsonderzoeken, voor scholieren van 12-16 jaar in de eerste tot en met vierde klas van het voortgezet onderwijs.

Figuur 3.2 Gebruik van cannabis onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, HBSC (2001, 2005, 2009, 2013) en Peilstationsonderzoek (2003, 2007, 2011)



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

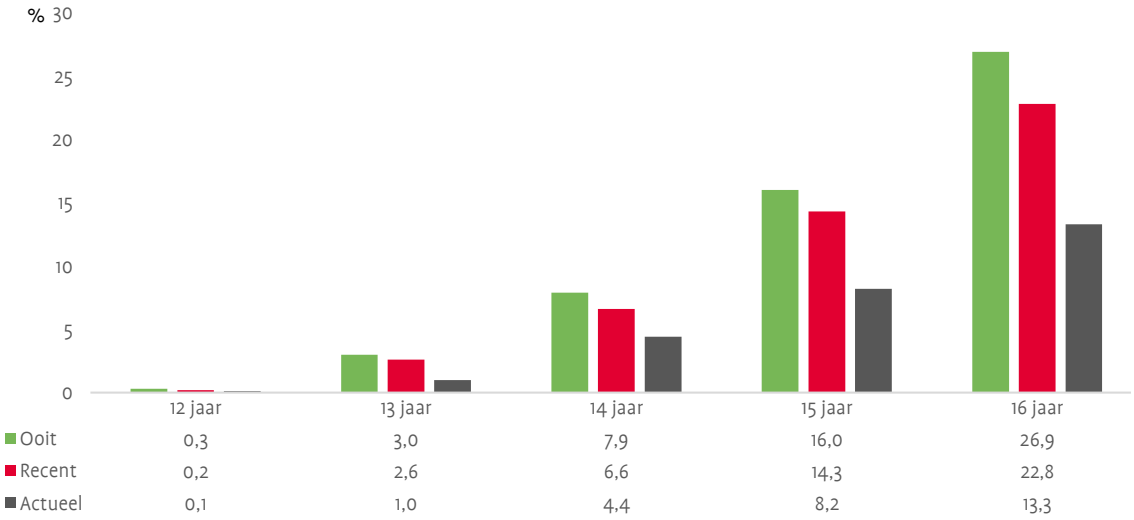
Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (recent) en in de laatste maand (rechts). Gegevens over actueel gebruik (in de laatste maand) zijn niet beschikbaar voor 2001. Bronnen: HBSC (2001, 2005, 2009, 2013), Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011), (De Looze et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

- Figuur 3.2 laat zien dat de dalende trend zich onder scholieren van 12-16 jaar zich in 2013 voortzet. Verschillen tussen 2003 en 2013 zijn statistisch significant. Had in 2003 nog 16% van de scholieren van 12-16 jaar ervaring met cannabis, in 2013 was dit afgenomen naar 9%. Voor het actuele gebruik werd een daling van 8% naar 5% gevonden.
- Tussen 2011 en 2013 was de daling in het ooitgebruik, recent en actueel gebruik statistisch significant voor de totale groep scholieren en voor de jongens, maar niet voor de meisjes.
- Het verschil tussen jongens en meisjes in cannabisgebruik is variabel over de verschillende meetmomenten. In 2013 verschilde het gebruik tussen jongens en meisjes niet (meer).

Leeftijd

- Bij scholieren neemt het gebruik van cannabis toe met de leeftijd (figuur 3.3). Maar weinig leerlingen van twaalf jaar hadden in 2013 ervaring met cannabis (0,3%). Op zestienjarige leeftijd had ruim een op de vier scholieren wel eens cannabis gebruikt (27%). Een op de acht zestienjarigen was een actuele gebruiker (13%).
- Vergeleken met 2003 is het percentage scholieren dat ervaring heeft met cannabisgebruik in alle leeftijdsgroepen tussen 12 en 16 jaar gedaald.
- Het percentage scholieren dat op zeer jonge leeftijd (14 jaar) al ervaring heeft met cannabis daalde met meer dan de helft van 19% in 2003 naar 8% in 2013.
- Een vroege startleeftijd van cannabisgebruik wordt in verband gebracht met een verhoogd risico op het later ontwikkelen van psychische stoornissen, afhankelijkheid, het gebruik van harddrugs en mogelijk cognitieve stoornissen (CAM, 2008; Chadwick et al., 2013). Welke mechanismen hierbij een rol spelen (bijv. effecten van cannabis op het ontwikkelend brein, aanleg, en/of sociale processen) is niet precies bekend.
- Ook een vroege startleeftijd van het roken van tabak wordt bij adolescenten in verband gebracht met een verhoogd risico op het ontstaan van cannabismisbruik en cannabisafhankelijkheid (Prince van Leeuwen et al., 2014).

Figuur 3.3 Gebruik van cannabis onder scholieren (12-16 jaar) van het voortgezet onderwijs naar leeftijd. Peiljaar 2013



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

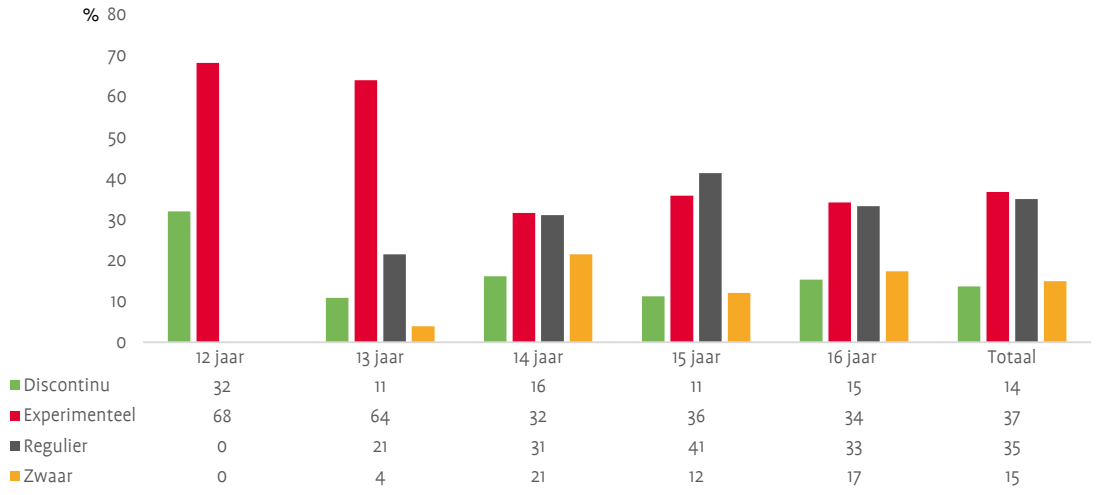
Blowen onder schooltijd

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

Frequentie van gebruik

- In de HBSC studie van 2013 was 14% van de scholieren van 12-16 jaar die ooit cannabis hadden gebruikt daar al weer mee gestopt, althans, zij hadden niet in het afgelopen jaar of maand geblowd (discontinue gebruikers) (figuur 3.4).
- Ruim een op de drie (37%) ooitgebruikers had een of twee keer geblowd in het afgelopen jaar (experimenteerder) en eveneens een op de drie (35%) werd gedefinieerd als regulier gebruiker (3-29 keer blowen in afgelopen jaar). Vijftien procent was een zware gebruiker (30 keer of meer blowen in het afgelopen jaar) (De Looze et al., 2014).
- Jongens waren vaker een zware gebruiker van cannabis dan meisjes (respectievelijk 21% en 8% van de ooitgebruikers).
- Onder 12 en 13-jarigen zijn relatief meer experimenteerders en minder reguliere en zware gebruikers vergeleken met de hogere leeftijdsgroepen.

Figuur 3.4 Frequentie van cannabisgebruik onder ooitgebruikers naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2013



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

Schoolniveau en etnische afkomst

- Het gebruik van cannabis neemt toe naarmate het schoolniveau afneemt. In de HBSC studie van 2013 werden de grootste verschillen gevonden tussen VWO-leerlingen (1,8% actuele gebruikers) en VMBO leerlingen (5,7% en 6,6%, voor respectievelijk VMBO-b en VMBO-t). HAVO-scholieren namen met 4,1% actueel gebruikers een tussenpositie in tussen VWO-ers en VMBO-ers.
- In het algemeen is er geen sterke samenhang tussen etnische afkomst en het ooitgebruik van cannabis.[2] De HBSC studie in 2013 vond geen significante verschillen tussen allochtone en autochtone jongeren in het percentage recente en actuele cannabisgebruikers.
- Wel liet het Peilstationsonderzoek in 2011 zien dat Marokkaanse leerlingen vergeleken met de andere groepen statistisch significant minder ervaring hadden met het gebruik van cannabis (4%, versus 14% voor autochtoon Nederlandse, 22% voor Surinaamse en Antilliaanse en 8% voor Turkse leerlingen). Dit geldt ook voor het actuele gebruik (bijv. 1,4% onder Marokkaanse scholieren versus 7,3% onder autochtoon Nederlandse scholieren). Alleen de Marokkaanse leerlingen verschilden statistisch significant van de autochtone leerlingen, de andere etnische groepen laten geen statistisch significant verschil zien.
- Onderzoek onder jonge immigranten (15-24 jaar) van Surinaamse, Turkse, Marokkaanse, Antilliaanse of Aziatische afkomst in de vier grote steden laat zien dat het ooitgebruik van cannabis hoger ligt onder adolescente immigranten die thuis Nederlands spreken, vergeleken met degenen die thuis hun moedertaal spreken (Delforterie et al., 2014). Dit komt deels doordat zij vaker cannabis gebruikende vrienden hebben.

Opvattingen van ouders

In de HBSC-studie van 2013 zijn ook de opvattingen van ouders onderzocht (De Looze et al., 2014).

- Net als in 2011 vinden nagenoeg alle ouders dagelijks blowen onder de 16 jaar schadelijk In 2013 vinden ook veel ouders - ruim negen op de tien (93%) - af en toe cannabis gebruiken onder de 16 jaar schadelijk. Dat percentage is toegenomen ten opzichte van 2011 (84%).

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

- Ouders van jongere kinderen (12 jaar) vinden af en toe blowen vaker schadelijk voor het kind (96%) dan ouders van oudere kinderen (14-15 jaar; 92%).
- De meeste ouders (96%) vinden dat jongeren onder de 16 helemaal geen cannabis mogen gebruiken. Toch is 11% van de ouders het tegelijkertijd (helemaal) eens met de stelling dat jongeren onder de 16 af en toe cannabis mogen gebruiken.
- Drie kwart (75%) van de ouders denkt dat hun maatregelen om te voorkomen dat hun kind cannabis gaat gebruiken effectief zijn. Dat is meer dan in 2007 (64%).

Cannabis en probleemgedrag

- Scholieren die cannabis gebruiken vertonen vaker agressief en delinquent gedrag, hebben vaker schoolproblemen (spijbelen, schoolmotivatie en/of lage prestatie) en gebruiken vaker andere middelen dan leeftijdgenoten die niet blowen (Monshouwer et al., 2006; Verdurmen et al., 2005; Ter Bogt et al., 2009). Dit hoeft niet te betekenen dat cannabis gebruik ook de oorzaak is van deze problemen; voor de gevonden verbanden kunnen verschillende verklaringen mogelijk zijn (zie volgende alinea en § 3.4).
- Er zijn geen verschillen gevonden in psychische problemen, zoals teruggetrokken gedrag, angstklachten en depressie. Echter, scholieren die ooit cannabis gebruikten rapporteerden meer gevoelens van hopeloosheid, hetgeen ook samenhing met een jongere startleeftijd van cannabisgebruik (Malmberg et al., 2010).

In een onderzoek in Midden-Nederland onder middelbare scholieren van 11 tot 16 jaar werd eveneens een verband gevonden tussen cannabisgebruik en verminderd psychosociaal functioneren (Van Gastel et al., 2012). De gegevens werden verzameld door de GGD Midden-Nederland in 2007.

- Onder de scholieren met ernstige psychosociale problemen had 18,1% in de afgelopen maand cannabis gebruikt tegenover slechts 4,7% van de andere scholieren.
- Het verband tussen cannabisgebruik en slechter psychosociaal functioneren werd echter medebepaald door andere factoren zoals roken, het gebruik van alcohol of harddrugs, spijbelen, slechte schoolprestaties en schoolverzuim door ziekte. Een direct causaal verband is daarom niet aannemelijk. Mogelijk gaan sommige scholieren door een verminderd psychosociaal functioneren cannabis gebruiken. Cannabisgebruik is niettemin een indicator voor verminderd functioneren.

Plaats van aankoop

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

- Bijna vier op de tien (37%) actuele gebruikers gaf aan de cannabis van vrienden te krijgen zonder het zelf te hoeven kopen (tabel 3.3).
- Een vergelijkbaar percentage (39%) kocht de cannabis (ook) wel eens in een coffeeshop, of liet de cannabis daar kopen.
- Achttien procent kocht de cannabis wel eens bij een (huis)dealer. Tussen de 7% en 13% van de actuele gebruikers kocht de cannabis bij iemand anders thuis, op straat, in het park, en dergelijke, of rond school.
- Meer meisjes dan jongens verkregen cannabis via vrienden zonder het zelf te hoeven kopen; jongens kochten vaker in coffeeshops dan meisjes.
- Een aanzienlijk deel (38%) van de blowende scholieren tot en met 17 jaar zegt in 2011 de cannabis te hebben gekocht in een coffeeshop, meer jongens dan meisjes (42% versus 27%). Dit is opmerkelijk omdat de leeftijdsgrens voor toegang tot een coffeeshop 18 jaar is. Onbekend is in hoeverre deze jongeren zelf de cannabis hebben aangekocht in een coffeeshop of dit door anderen hebben laten doen. Van de scholieren van 14-18 jaar die het afgelopen jaar cannabis hadden gebruikt, is bekend dat 17% wel eens zelf de cannabis in een coffeeshop heeft gekocht.

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

Wijze van verkrijgen van cannabis[1]	12-17 jaar			18 jaar[1]	Totaal (12-18 jaar)		
	J	M	J&M	J&M	J	M	J&M
Ik koop het nooit	31%	52%	37%	25%	30%	52%	37%
Coffeeshop	42%	27%	38%	75%	45%	27%	39%
Bij een dealer thuis	22%	12%	19%	6%	21%	12%	18%
Bij iemand anders thuis	14%	8%	12%	0%	14%	7%	12%
Op straat, park etc.	16%	7%	13%	7%	15%	7%	13%
Op of rond school	8%	6%	8%	0%	8%	6%	7%
In een café	2%	1%	2%	4%	2%	1%	2%
In een discotheek	2%	<1%	2%	4%	3%	<1%	2%
In een thee- of koffiehuis	2%	1%	2%	0%	2%	1%	2%
In een buurthuis/jongerencentrum	2%	2%	2%	0%	2%	2%	2%
Anders	2%	<1%	2%	0%	2%	<1%	2%

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

- Het percentage dat wel eens cannabis aanschaft in een coffeeshop ligt het hoogst onder scholieren van 18 jaar en ouder. Bijna driekwart van de actuele gebruikers in deze groep (75%) maakt gebruik van een coffeeshop.
- De wijze waarop jongeren in 2011 aan hun cannabis komen verschilt niet veel van die in de peiling van 2007 (Monshouwer et al., 2008).

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen is het gebruik van cannabis eerder regel dan uitzondering. Tabel 3.4 vat de resultaten samen van uiteenlopende onderzoeken, zowel lokale als landelijke studies. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

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

- In 2013 signaleerden sleutelfiguren dat blowen in het Amsterdamse uitgaansleven op zijn retour is, met name in clubs. Het animo is minder vanwege een strenger rookbeleid en het imago lijkt tanende, behalve op urban feesten. Verder signaleren sommigen, zoals bij de e-sigaret voor tabak, een overstap van joint-rokers op geavanceerde pijpjes en vaporizers, waarmee cannabis zonder tabak wordt gebruikt. Op raves en buitenfestivals gaan (net als in de populaire parken en stadstranden) meer joints rond dan in clubs en cafés (Nabben et al., 2014).
- Deze observaties komen overeen met de Antenne 2013 survey onder clubbers en ravers: hoewel

Tabel 3.4 Actueel gebruik van cannabis in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Actueel gebruik
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen				
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2013	Gemiddeld 23	33%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25	39%
Bezoekers van coffeeshops	Amsterdam	2009	Gemiddeld 28	94%
	Utrecht	2011	Gemiddeld 31	98%[II]
Cafébezoekers[III]	Amsterdam	2010	Gemiddeld 27	23%
Bezoekers van clubs en raves[IV]	Amsterdam	2013	Gemiddeld 24	48%
Probleemgroepen				
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	Gemiddeld 15	34%
Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[V]	Landelijk	2009	Gemiddeld 16	65%
Dakloze jongeren	G4	2011	Gemiddeld 20	63%
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2006	Gemiddeld 16,5	45%
		2012	Gemiddeld 16,3	29%
Kwetsbare jongeren[VI]	Rotterdam	2009	14 - 17	29%

Percentage actuele gebruikers (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Gebruikt eens per maand of vaker. III. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. IV. Clubs 40%, raves bijna 60%. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). V. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's. VI. Niet-schoolgaande jongeren (zwerfjongeren, frequente spijbelaars, vroegtijdige schoolverlaters) die zijn geworven via verschillende (maatschappelijke en hulpverlenings) instanties, politie en schoolopvangvoorzieningen.
Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013), Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2013 (Nabben et al., 2014); Antenne 2010 (Benschop et al., 2011); Antenne 2008 (Benschop et al., 2009); Antenne 2009 (Nabben et al., 2010); (Wouters en Korf, 2011) in opdracht van de GG&GD Utrecht; Antenne 2012 (Benschop et al., 2013), Bonger Instituut voor Criminologie, UvA; EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a, Kepper et al., 2009b); Intraval (Bieleman et al., 2010b); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012), IVO, UMC St Radboud.

het percentage actuele blowers vrij stabiel is op 48% (40% van de clubbers en bijna 60% van de ravers), halveerde zowel het percentage dat gebruikte *tijdens het uitgaan* (van 31% naar 16%) als het aandeel riskante gebruikers (dagelijks gebruik of een paar keer per week meer dan één joint) dat daalde van 18% naar 8%.

Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 was een online survey naar middelengebruik en risicogedrag onder 3 335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15 tot en 35 jaar met een gemiddelde leeftijd van 23 jaar (Goossens et al., 2013). De respondenten vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Bijna de helft van de deelnemers (45%) bezocht maandelijks of vaker een party of festival, en tweederde had een voorkeur voor techno/hardhouse muziek.

- Een op de drie (33%) had in de afgelopen maand geblowd. Van degenen die in het afgelopen jaar cannabis had gebruikt, deed 54% dat minimaal eens per maand, ongeveer de helft daarvan gebruikte eens per week of vaker.
- Cannabis werd meestal gebruikt op niet-uitgaansavonden, en is daarmee geen typische uitgaansdrug, zoals ecstasy en amfetamine. Zowel op uitgaansdagen als niet-uitgaansdagen werd meestal één joint gerookt.
- Cannabisgebruik kwam vaker voor naarmate mensen vaker party's bezochten, jonger waren, uit meer stedelijk gebied kwamen, lager opgeleid waren, en bij mannen. Daarnaast rapporteerden party/clubbezoekers en lager opgeleiden een hogere frequentie- en hoeveelheid van cannabisgebruik dan frequente kroegbezoekers en HBO/WO geschoolden.

Coffeeshopbezoekers

Verschillende lokale onderzoeken richten zich specifiek op bezoekers van coffeeshops (bijv. Wouters en Korf, 2011; Nijkamp en Bieleman, 2012).

- Het merendeel van deze bezoekers is zelf cannabisgebruiker, waarvan een groot deel dagelijks. Maar er zijn ook minder frequente gebruikers en personen die uitsluitend cannabis kopen voor anderen of coffeeshops voor de gezelligheid bezoeken. Personen die vaak en langdurig coffeeshops bezoeken hebben wel een grotere kans om voor deze onderzoeken te worden benaderd, hetgeen mogelijk leidt tot een oververtegenwoordiging van frequente blowers.
- Zo bleek in 2011 in Utrecht bijna twee derde van de coffeeshopbezoekers in Utrecht (65%) dagelijks of bijna dagelijks cannabis te gebruiken (Wouters en Korf, 2011). De rest gebruikte één of een paar keer per week (25%) of minder vaak (9%). Op een dag dat de coffeeshopbezoekers cannabis gebruikten, rookten ze gemiddeld 3,4 joints (mediaan 2,5).
- In 2012/2013 zijn de gedoogcriteria voor coffeeshops gewijzigd (zie § 2.1.1 en § 3.8). In het kader van een evaluatie van de invoering van deze criteria zijn 1 051 coffeeshopbezoekers in 14 coffeeshopgemeenten geënquêteerd (Van Ooyen-Houben et al., 2013). Zeven gemeenten waren geselecteerd in het zuidelijk deel van Nederland en zeven in de rest van het land. De gegevens van de nulmeting van deze evaluatie, vóór invoering van het ingezetenen en besloten clubcriterium, geven het volgende beeld:
  - Het merendeel van de bezoekers (83%-86%) was man en zij waren gemiddeld 29 jaar. In het zuidelijk deel van Nederland was ten tijde van de nulmeting 39% van de bezoekers woonachtig in het buitenland versus 19% van de bezoekers in de rest van Nederland.
  - Coffeeshopbezoekers gebruikten cannabis op gemiddeld 20 à 21 dagen per maand, en zij kochten het op 10 tot 12 dagen per maand in een coffeeshop.

Probleemgroepen

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

- In de jeugdzorg in Amsterdam daalde het percentage actuele blowers van 45% in 2006 naar 29% in 2012 (Benschop et al., 2013). Het percentage riskante blowers bleef echter vrijwel onveranderd (22% in 2006 en 17% in 2012). Riskant blowen was hier gedefinieerd als dagelijks blowen of een paar dagen per week minstens twee joints roken.
- In een al wat ouder landelijk onderzoek in 2008 varieerde het percentage actuele blowers onder jongeren in de residentiële jeugdzorg van 18% bij de 12- en 13-jarigen tot 36% bij de 14- en 15-jarigen en 37% bij de 16-jarigen (Kepper et al., 2009a). Gemiddeld was 1 op de 3 jongeren een actuele cannabisgebruiker (34%). Bij de meisjes lag dit percentage hoger (36%) dan bij de jongens (33%).
- Jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen hebben in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de inrichting relatief nog vaker cannabis gebruikt (65%) (Kepper et al., 2009b). Verschillen in actueel cannabisgebruik tussen deze jongens en hun leeftijdgenoten (jongens) in het reguliere voortgezet onderwijs zijn groot: 54% versus 5% onder de 13-14-jarigen, 62% versus 14% onder de 15-16-jarigen en 70% versus 29% onder de 17-18-jarigen. Ongeveer twee derde (64%) van de jongens gaf aan (ook) cannabis te hebben gebruikt tijdens hun verblijf in de justitiële jeugdinrichting. Omgang met 'deviante jongeren' blijkt het belangrijkst voor de hogere prevalentie van druggebruik, maar ook de residentiële setting speelt mogelijk ook een rol (Kepper et al. 2013).
- Uit een onderzoek onder daklozen in de vier grote steden blijkt dat er vijf soorten daklozen zijn (Van der Laan et al., 2013). Een van deze groepen daklozen van voornamelijk mannen kenmerkte zich door regelmatig cannabisgebruik "jonge mannelijke cannabisgebruikers": zij waren gemiddeld 23 jaar oud en 66% van hen gebruikt regelmatig cannabis. In 2011 had 63% van de jonge daklozen in de vier grote steden in de afgelopen maand cannabis gebruikt (Van Straaten et al., 2012).

- In Amsterdam is gebleken dat van de jongvolwassen gewelddadige veelplegers 13% problematisch blowt. Het blowen belemmert hun dagelijks functioneren en 29% heeft wel eens een delict gepleegd onder invloed van cannabis (GGD Amsterdam, 2014). Dit wil niet zeggen dat cannabisgebruik de oorzaak is van dergelijke problemen.

3.4 Problematisch gebruik

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

Vóórkomen afhankelijkheid en misbruik

- Volgens gegevens van het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,1% en 0,5% van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar aan de diagnose cannabisafhankelijkheid (DSM 4e gewijzigde editie). Naar schatting 0,2% tot 0,6% van de respondenten voldeed aan een diagnose cannabismisbruik.
- Van degenen die in het jaar voorafgaand aan het interview cannabis hadden gebruikt (6,5% van alle respondenten) voldeed 1 op de 9 aan de criteria voor een cannabisstoornis.
- Cannabisstoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (zie tabel 3.5).
- Omgerekend naar de bevolking ging het om naar schatting 29 300 mensen met cannabisafhankelijkheid en 40 200 mensen met cannabismisbruik. In dit bevolkingsonderzoek ontbraken jongeren onder de 18 jaar, mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn en mensen die dakloos zijn of langere tijd in een instelling verblijven. In hoeverre dit de gegevens heeft beïnvloed is niet bekend.
- Bovengenoemde eerste meting van het NEMESIS-2-onderzoek werd uitgevoerd van november 2007 tot en met juli 2009. Drie jaar later, van november 2010 tot en met juni 2012, werd een tweede meting uitgevoerd (De Graaf et al., 2012). Op deze manier kon worden onderzocht hoeveel mensen die nog nooit een cannabisprobleem hadden gehad, binnen de periode van een jaar alsnog een cannabisprobleem kregen. Binnen de periode van een jaar kreeg 0,12% voor het eerst last van cannabismisbruik en kreeg nog eens 0,09% voor het eerst last van cannabisafhankelijkheid.

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

Stoornis	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)	Totaal (Aantal)
Cannabismisbruik	0,6 (0,2 – 1,0)	0,2 (<0,1 – 0,4)	0,4 (0,2 – 0,6)	40 200
Cannabisafhankelijkheid	0,4 (0,1 - 0,8)	0,1 (<0,1 - 0,3)	0,3 (0,1 - 0,5)	29 300

Bron: Nemesis 2007-2009 (De Graaf et al., 2010).

Samenhang met andere problemen

- Zoals genoemd in § 3.3 hangt (frequent) cannabisgebruik onder jongeren samen met probleemgedrag, zoals agressief en crimineel gedrag, gebruik van andere drugs en schoolproblemen. Vaak gaan gedragsproblemen vooraf aan het cannabisgebruik, of zijn beide onderdeel van een breder patroon van afwijkend gedrag (Lee et al., 2011; Pingault et al., 2012). Een andere mogelijkheid is een overlap van risicofactoren, die zowel cannabisgebruik als probleemgedrag veroorzaken (CAM, 2008; Verweij et al., 2013).
- Cannabisafhankelijkheid gaat vaak samen met andere psychische stoornissen (Van Laar et al., 2007; Van der Pol et al., 2013). Onderzoek laat zien dat frequente cannabisgebruikers van 18 tot en met 30 jaar, die op minstens 3 dagen per week blowden, vaker een gedragsstoornis en ADHD hebben dan hun leeftijdgenoten uit de algemene bevolking die niet (frequent) blowen. Maar angststoornissen en depressie kwamen alleen vaker voor bij degenen die ook voldeden aan een diagnose cannabisafhankelijkheid, terwijl frequente blowers zonder afhankelijkheid daarin vergelijkbaar waren met de gemiddelde Nederlander. Of dat oorzaak of gevolg van de afhankelijkheid is, is hier niet duidelijk.
- De hiervoor genoemde studie naar frequent cannabisgebruik volgde de deelnemers gedurende drie jaar om voorspellers van het ontstaan en persisteren van afhankelijkheid te onderzoeken. Bij 37% van degenen die aan het begin nooit afhankelijk waren geweest, ontwikkelde cannabisafhankelijkheid gedurende het onderzoek (Van der Pol et al., 2013b). Van degenen die bij de start afhankelijk waren, bleef 28% dat gedurende drie jaar. Er werd bij deze groep geen duidelijk verband gevonden tussen de mate (aantal dagen, aantal joints, dosis, sterkte) van frequent cannabisgebruik en verslaving. Huidige problemen, cannabisgebruik om problemen te vergeten (coping motieven) en eerdere symptomen van verslaving kwamen wel vaker voor bij mensen die verslaafd raakten of bleven.
- Bij het merendeel van de afhankelijke gebruikers in dit onderzoek ging de afhankelijkheid voorbij zonder professionele hulp. Meest genoemde redenen om geen hulp te zoeken waren: “het is niet nodig”, “wil het zelf oplossen”, of “wil het met hulp van naasten oplossen”. De afhankelijke gebruikers die geen hulp zochten functioneerden beter en hadden minder psychische problemen dan patiënten in verslavingszorg (Van der Pol et al., 2013c).

3.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en de kandidaatlidstaten worden verzameld door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA (2014). In de Verenigde Staten, Canada en Australië worden de gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking verzameld door achtereenvolgens de Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA (2013), de Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey, CADUMS (2012) en het Australian Institute of Health and Welfare, AIHW (2011).

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 3.6a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen in tabel 3.6a en 3.6b. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in Bijlage C vermeld.
- Schattingen van het percentage van de mensen in de algemene westerse bevolking (15-64 jaar) dat ooit in het leven cannabis gebruikt heeft loopt in de verschillende landen uiteen van 9% tot 43% (tabellen 3.6a en 3.6b). Het laagste percentage werd gevonden in Portugal.

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

		15-64 jaar			15-34 jaar			
Land	Jaar	Ooit-gebruik	Recent gebruik	Actueel gebruik	Ooit-gebruik	Recent gebruik	Actueel gebruik	(Bijna) dagelijks gebruik
Denemarken	2012	36%	7%	3%	46%	18%	6%	<1%
Frankrijk	2010	32%	8%	5%	45%	18%	10%	3%
Verenigd Koninkrijk[I]	2012	30%	6%	-	35%	11%	-	<1%
Spanje	2011	27%	10%	7%	37%	17%	13%	4%
Nederland	2009	26%	7%	4%	37%	14%	8%	2%
Ierland	2010/2011	25%	6%	3%	33%	10%	5%	<0,5%
Duitsland	2012	23%	5%	2%	35%	11%	5%	1%
Italië	2012	22%	4%	2%	34%	8%	4%	<1%
Noorwegen	2012	19%	3%	2%	29%	8%	3%	<1%
Finland	2010	18%	5%	1%	29%	11%	3%	<1%
Zweden	2012	15%	3%	1%	22%	7%	2%	-
België	2008	14%	5%	3%	26%	11%	7%	2%
Oostenrijk	2008	14%	4%	2%	19%	7%	3%	<0,5%
Portugal	2012	9%	3%	2%	14%	5%	3%	<1%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar), actueel (laatste maand), (bijna) dagelijks actueel (ten minste 20 dagen van afgelopen maand). - = Niet gemeten. I. Verenigd Koningrijk: Engeland en Wales. Bron: EMCDDA.

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

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik	Recent gebruik	Actueel gebruik
Verenigde Staten	2010 2011 2012	12 en ouder	42% 42% 43%	12% 12% 12%	7% 7% 7%
Canada	2011	15 en ouder	39%	9%	-
	2012		42%	10%	-
Australië	2010	14 en ouder	35%	10%	-

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). - = Niet gemeten. I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Bronnen: SAMHSA, CADUMS, AIHW.

In Canada en de Verenigde Staten hebben ongeveer 4 van de 10 mensen ooit cannabis geprobeerd. Van de lidstaten van de EU en Noorwegen gaat Denemarken aan kop met 36%.

- Volgens de meest recente schatting had gemiddeld 5% van de volwassenen in de Europese Unie in het afgelopen jaar cannabis gebruikt, ofwel 18 miljoen mensen. In Nederland was dat 7% (in 2009). Het percentage recente gebruikers loopt echter sterk uiteen.

Van de EU-28 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, is het percentage recente gebruikers het laagst in Roemenië en Malta (<1%). Spanje gaat aan kop met 10%.

- De hoogste percentages actuele gebruikers van cannabis zijn gevonden in Spanje (7%) en de Verenigde Staten (7%). De laagste percentages (<1%) zijn gevonden in Roemenië, Malta, Litouwen en Zweden.
- Minder dan 1% van alle Europese volwassenen gebruikt cannabis (bijna) dagelijks (ten minste 20 dagen in de afgelopen maand). Twee derde van hen is tussen 15-34 jaar. In de landen waarvoor data beschikbaar is, varieert het (bijna) dagelijks cannabisgebruik bij jongvolwassenen (15–34) van 0,1% in Slowakije tot 4,4% in Spanje (Tabel 3.6a).

Trends

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

- De trends in recent cannabisgebruik in de bevolking tussen 15 en 34 jaar van EU landen met nieuwe gegevens sinds 2011 divergeren. In Bulgarije, Italië, Denemarken, Finland en Zweden stijgt het gebruik. Noorwegen, Duitsland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Spanje laten een stabiele of dalende trend zien (EMCDDA, 2014).
- In de Verenigde Staten nam het cannabisgebruik toe in de algemene bevolking van twaalf jaar en ouder. Tussen 2007 en 2012 steeg het percentage actuele gebruikers van cannabis van 5,8% naar 7,3% (SAMHSA, 2012).
- Ook in Australië werd een toename gerapporteerd. Het recent gebruik van cannabis in de algemene bevolking van 14 jaar en ouder steeg in dit land van 9% in 2007 naar 10% in 2010 (AIHW, 2011).
- In Canada daalde het percentage recente cannabisgebruikers in de bevolking van 15 jaar en ouder van 14% in 2004 naar 9% in 2011 en bleef op dit niveau (10%) in 2012 (CADUMS, 2013).

Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van de ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. In 1999, 2003, 2007 en 2011 werden peilingen uitgevoerd onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2000, 2004, 2009, 2012). Tabel 3.7 toont het gebruik van cannabis in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden wel vergelijkbaar onderzoek uit.

- Het percentage scholieren dat in 2011 ooit cannabis had gebruikt was het hoogst in Frankrijk, gevolgd door de Verenigde Staten. Nederlandse scholieren staan op de derde positie.
- Bij het actueel gebruik ging Frankrijk eveneens aan kop, ook nu gevolgd door de Verenigde Staten. Nederlandse scholieren staan in het actueel gebruik op de vierde positie van de in tabel 3.7 genoemde landen.
- Het percentage leerlingen dat 6 maal of meer cannabis had gebruikt in de laatste maand was het laagst in Griekenland en de Scandinavische landen Noorwegen, Zweden en Finland en was het hoogst in Frankrijk en de Verenigde Staten, gevolgd door Italië, Nederland en Spanje.
- Het percentage actuele cannabisgebruikers lag in Nederland twee keer hoger dan het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen (14% versus 7%). Nederland stond in de rangorde van alle landen op de vijfde plaats.

Het percentage 15-jarigen dat frequent (tenminste 40 keer in het leven) cannabis heeft gebruikt, is de laatste jaren afgenomen in Europa en Noord-Amerika. Dit blijkt uit gegevens uit 30 landen die deelnamen aan de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) studie van de WHO, in 2002, 2006, en 2010. Echter, deze daling is vooral te zien in de ontwikkelde landen. Ontwikkelingslanden laten juist een stabilisering of toename zien, naar het niveau dat eerder werd gezien in ontwikkelde landen (Ter Bogt et al., 2014). In 2015 komen gegevens voor 2013 beschikbaar.

Tabel 3.7 Consumptie van cannabis onder scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011

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

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

3.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn er 14 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg die anonieme gegevens over de hulpverlening sturen naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2014) (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS). In vorige jaren bevatte het LADIS ook gegevens van de verslavingsreclassering. Vanwege technische problemen zijn in dit NDM Jaarbericht de reclasseringsgegevens niet meer meegenomen. De LADIS-cijfers in dit Jaarbericht, van 2002 tot en met 2013, vallen daardoor lager uit dan de LADIS-cijfers in voorafgaande Jaarberichten. In 2013 is de registratie van de secundaire problematiek verbeterd, waardoor het aantal voor 2013 niet vergeleken kan worden met het aantal voor 2012.

Figuur 3.5 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]) met primaire of secundaire cannabisproblematiek, vanaf 2002

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Primair	3 151	3 870	4 652	5 508	5 933	7 753	8 732	9 420	10 478	10 971	10 366	10 446
Secundair	3 293	3 767	4 153	4 669	4 708	5 174	5 723	5 813	5 705	5 519	4 920	4 608

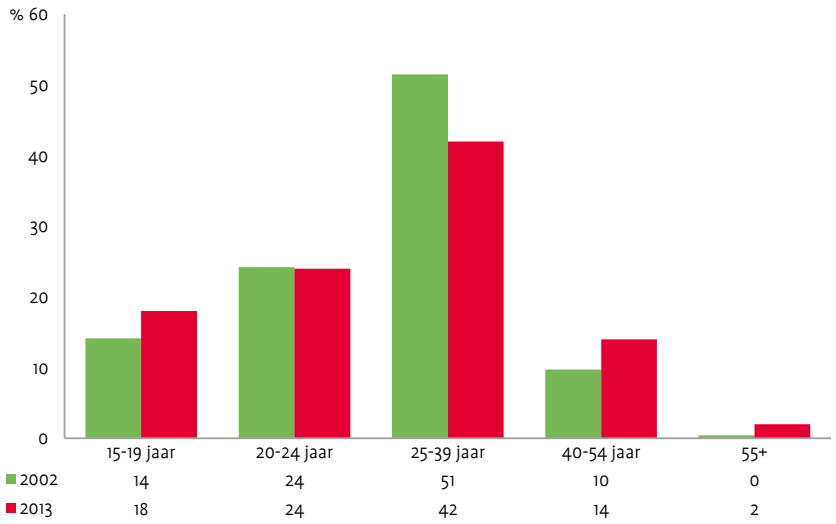
Aantal cliënten. 1. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Met terugwerkende kracht zijn enkele administratieve correcties aangebracht. De secundaire problematiek van 2013 kan niet goed vergeleken worden met de secundaire problematiek van vóór 2007. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair cannabisprobleem is tussen 2002 en 2011 drie keer zo groot geworden (figuur 3.5). Het aantal primaire cannabiscliënten daalde iets tussen 2011 en 2012 en bleef in 2013 stabiel.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cliënten van 24 in 2002 naar 75 in 2013.
- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam eveneens toe, van 12% in 2002 naar 34% in 2013.
- In 2013 was 34% van de primaire cannabiscliënten een nieuwkomer. Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2013 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg. Vergeleken met andere middelen is dit aandeel nieuwkomers vrij hoog.
- Voor bijna 7 van de 10 primaire cannabiscliënten (67%) was cannabis het enige probleem. De rest (33%) rapporteerde ook problemen met een ander middel. Voor deze groep was het andere middel alcohol (37%), cocaïne of crack (17%), nicotine (13%), amfetamine of een ander stimulerend middel (11%), gokken (4%), ecstasy (3%), of medicijnen (3%).
- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat cannabis als secundair probleem noemt steeg tussen 2002 en 2009, maar daalde weer tussen 2009 en 2013 (figuur 3.5). Voor de secundaire cannabiscliënten was in 2013 het primaire probleem alcohol (54%), cocaïne of crack (23%), heroïne (8%), amfetamine (7%), of gokken (2%).

Er is nog geen afdoende verklaring voor de jarenlange stijging van de cannabishulpvraag:

- Deze trend kan het gevolg zijn van verbetering van het hulpverleningsaanbod voor cannabisproblematiek, of een toenemende bewustwording van de verslavende eigenschappen van cannabis, waardoor gebruikers wellicht sneller hulp zoeken.
- Ook kan deze toename een toename van het aantal probleemgebruikers van cannabis reflecteren, hetgeen op zijn beurt weer het gevolg kan zijn van het relatief hoge THC-gehalte in nederwiet.
- Er moet rekening worden gehouden met een "vertragingseffect": het kan jaren duren voordat probleemgebruikers eventueel hulp zoeken. Het is dus mogelijk dat een stijging in de hulpvraag is te herleiden tot een veel eerder gestarte toename van probleemgebruik in de bevolking.

Figuur 3.6 Leeftijdsverdeling van de primaire cannabiscliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]), in 2002 en 2013



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. I. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

- Een recente studie onder jongvolwassen frequente cannabisgebruikers (18-30 jaar) vond echter geen verband vond tussen de sterkte van de geconsumeerde cannabis of de mate van cannabisgebruik en het ontstaan en persisteren van de cannabisafhankelijkheid van frequent gebruikers buiten de hulpverlening (Van der Pol, 2014, zie ook § 3.4).
- Wel hadden verslaafde gebruikers bij de verslavingszorg vaker last van psychische problematiek, waren ernstiger verslaafd en consumeerden meer dan degenen die verslaafd waren maar geen hulp zochten (Van der Pol et al., 2013c). Het lijkt hier dus om een bepaalde kwetsbare groep gebruikers te gaan.

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

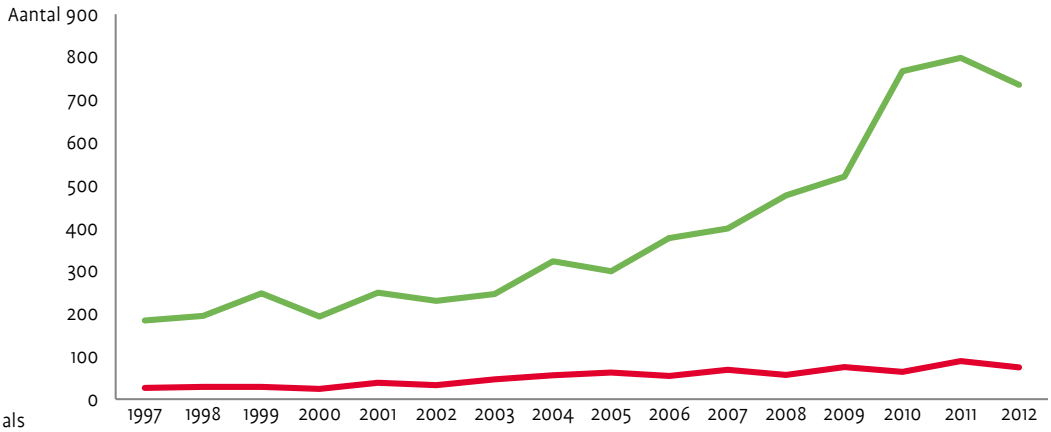
Leeftijd en geslacht

- In 2013 was het merendeel van de primaire cannabiscliënten man (79%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode van 2002 tot en met 2013 tussen 18% en 21%.
- In 2013 waren ongeveer 6 van de 10 cannabiscliënten 25 jaar of ouder (58%). De gemiddelde leeftijd in 2013 was 29 jaar, vergeleken met 28 jaar in 2002. De piek ligt in de leeftijdsgroep van 25 tot en met 39 jaar (figuur 3.6).
- De stijging in de hulpvraag vanwege cannabis is waarneembaar in alle leeftijdsgroepen. Hoewel onder jongeren cannabis veruit de meest voorkomende problematiek is, neemt het aandeel jongeren (<25 jaar) niet toe: dit schommelt de laatste 10 jaar tussen de 40-45% (Wisselink et al., 2014).

Algemene ziekenhuizen

De algemene ziekenhuizen sturen gegevens over hun opnames anoniem naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). De LMR registreerde in 2012 bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen (DHD, 2013). Drugsproblemen spelen nauwelijks een rol. In 2012 werden drugsmisbruik en drugsverslaving 538 maal als hoofddiagnose en 2 938 maal als nevendiagnose gesteld. In 2011 was dat iets meer: respectievelijk 706 en 2 973 maal.

Figuur 3.7 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan cannabismisbruik en -afhankelijkheid, vanaf 2000

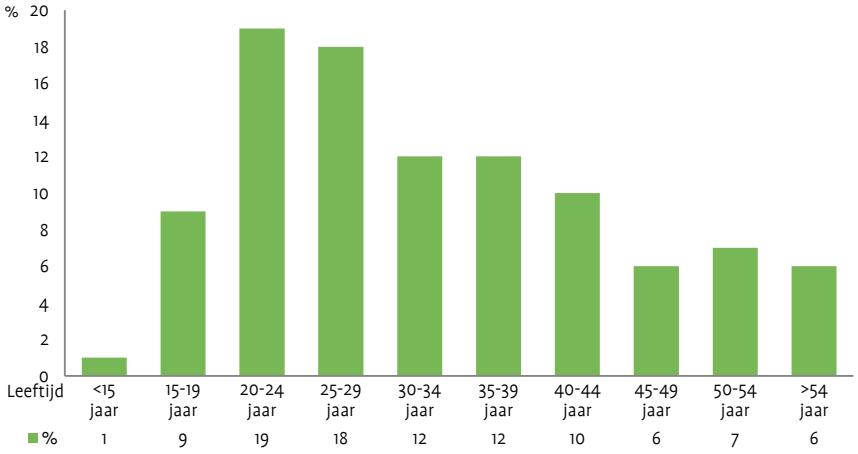


cannabis als	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
nevendiagnose	184	195	247	193	249	230	246	322	299	377	399	476	520	767	798	735
hoofddiagnose	26	29	29	24	38	33	46	56	62	54	69	57	75	64	89	74

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

- Van de hoofddiagnoses voor drugs ging het in 2012 in 14% van de gevallen om cannabis (figuur 3.7). Afhankelijkheid van cannabis (51%) speelde bij deze hoofddiagnoses ongeveer even vaak een rol als misbruik van cannabis (49%). Onbekend is wat de klachten waren (psychisch of lichamelijk) die tot opname hebben geleid. Het aantal hoofddiagnoses gerelateerd aan cannabismisbruik of -afhankelijkheid is al jaren gering, al lijkt zich na 2000 een stijging af te tekenen. Tussen 2011 en 2012 is het aantal hoofddiagnoses gedaald met 17%.
- Vaker speelt cannabisproblematiek een rol als nevendiagnose. In 2012 ging het om 735 nevendiagnoses. In de afgelopen jaren deed zich een stijging voor, maar tussen 2011 en 2012 vond er een daling plaats met 8%.
- In 2012 waren de meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses:
  - psychosen (17%);
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (13%, vooral alcohol: 10%);
  - letsel door ongevallen (10%, zoals breuken, wonden, hersenschudding);
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (10%);
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (7%);
  - spijsverteringsstoornissen (7%);
  - vergiftigingen (5%, door drugs, alcohol, medicijnen).
- In 2012 speelde cannabisproblematiek ook een rol als hoofd- of nevendiagnose bij 87 dagbehandelingen, ongeveer vergelijkbaar met 72 dagbehandelingen in 2011.
- Daarnaast telde de LMR in 2012 in totaal 160 klinische opnames waarin "onopzettelijke vergiftiging met hallucinogenen" als nevendiagnose werd gesteld (ICD-9 code: E854.1). Het kan hierbij gaan om cannabis, maar ook om LSD of paddo's. Dit aantal is hoger dan 2011 met 89 van zulke klinische opnames.
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2012 om 733 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met cannabismisbruik of –afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 33 jaar; 73% was man. Het percentage cannabispatiënten was het hoogst in de leeftijdsgroepen 20-24 en 25-29 jaar (figuur 3.8).

Figuur 3.8 Leeftijdsverdeling van cannabispatiënten (hoofd- en nevendiagnoses samengenomen) in algemene ziekenhuizen. Peiljaar 2012



Percentage patiënten per leeftijdsgroep. Bron: LMR, DHD.

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut. De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) van de GGD Amsterdam registreert al sinds langere tijd het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik in Amsterdam en omgeving, maar data ontbreken (tijdelijk, wegens wijzigingen in het registratiesysteem) sinds 2012. Voor de gegevens van de CPA in voorgaande jaren wordt verwezen naar het NDM Jaarbericht 2011.

Sinds 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Croes et al., 2014). In 2013 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege het ontbreken van de registratiecijfers uit 2012 en 2013 van de CPA in Amsterdam zijn de cijfers van deze dienst over alle jaren buiten deze rapportage gehouden, om een vergelijking over jaren mogelijk te maken. De CPA Amsterdam levert de ambulance cijfers uit Amsterdam en de regio Purmerend.

- In 2013 werden in totaal 3 481 drugsincidenten gemeld. Bij 615 meldingen was cannabis betrokken; hiervan was in 452 gevallen cannabis als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 3.8 worden de incidenten na gebruik van cannabis als enige drug samengevat over de vijfjaarsperiode 2009-2013. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst. In deze periode werden in totaal 12 156 unieke drugsincidenten gemeld (exclusief de incidenten van de ambulances Amsterdam en Purmerend), waarvan 1 947 incidenten met cannabis als enige drug. In 539 gevallen was er sprake van combinatiegebruik van cannabis en een andere drug. Deze gevallen worden hier niet verder beschreven (tenzij anders aangegeven).

Tabel 3.8 Incidenten met cannabis als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2013

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal)	431 (16%)	860 (38%)	270 (19%)	386 (7%)
Man	71%	73%	87%	63%
Leeftijd: <25 jaar	55%	44%	42%	58%
Mate van intoxicatie*				
Licht[I]	50%	65%	43%	88%
Matig[II]	40%	26%	44%	10%
Ernstig[III]	6%	9%	12%	1%
Onbekend	5%	0%	0%	1%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet exact op tot 100. De registraties van de CPA Amsterdam (ambulancedata) zijn in deze tabel niet opgenomen. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Croes et al., 2014).

- Van de in de monitor gemelde incidenten met cannabis als enige drug is 45% afkomstig uit Amsterdam. Het zijn in Amsterdam veelal toeristen die met een cannabis intoxicatie naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis gaan. In Amsterdam lag de afgelopen drie jaar het percentages gemelde incidenten met cannabis stabiel op ongeveer een derde van alle gemelde incidenten in de stad. In de eerste twee jaar van de monitor hing rond de helft van de gemelde incidenten samen met cannabis als enige drug.
- In de andere regio's schommelt het aandeel cannabis op het totaal aantal incidenten. Er is een toename in regio Brabant Zuidoost (van 1% in 2010 naar 10% in 2013 van de gemelde incidenten) en in de regio Groningen (van 5% in 2009 naar 16% in 2013), maar de absolute aantallen zijn klein. In de regio's rond Nijmegen en Rotterdam ligt het aandeel van incidenten met cannabis stabiel op ongeveer een vijfde van het totaal aantal gemelde incidenten. Rond Enschede lijkt een daling in het aandeel van cannabis op het totaal aantal incidenten op te treden.
- Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. De mate van intoxicatie na gebruik van cannabis als enige drug is overwegend van lichte of matige aard. Daarin zijn in de afgelopen vijf jaar geen opvallende veranderingen opgetreden.
- In meer dan de helft van de gezondheidsincidenten na gebruik van cannabis als enige drug was ook alcohol gedronken. Cannabis wordt relatief weinig gecombineerd met andere drugs.
- Bij 11 van de 52 acute drugsgerelateerde sterfgevallen die in de vijfjaarsperiode 2009-2013 vanuit de peilstationsregio's werden gemeld was cannabis gebruikt. In 9 van deze 11 gevallen was de cannabis onderdeel van een cocktail aan drugs, alcohol en soms medicijnen. In de andere twee gevallen was cannabis de enige gebruikte drug en was een ernstige lichamelijke letsel de reden van overlijden.

Ziekte

Cannabisgebruik wordt in verband gebracht met psychische problemen.

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

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

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

- In Nederland wordt cannabis doorgaans vermengd met tabak gebruikt. Tabaksrook veroorzaakt dezelfde klachten van de luchtwegen.
- Aangezien de meeste cannabisrokers hun gebruik na verloop van tijd echter staken en daardoor de hoeveelheid schadelijke stof die zij binnen krijgen beperken, vergeleken met het vaak langdurige tabaksgebruik, zal naar verwachting de bijdrage van het roken van cannabis op de incidentie van kanker beperkt blijven.

- Tot nu toe is niet aangetoond dat cannabisgebruik tijdens de zwangerschap ernstige aangeboren afwijkingen veroorzaakt. Voor zover er afwijkingen gevonden zijn gaat het om subtiele effecten op de cognitieve ontwikkeling van het kind op latere leeftijd (Huizink, 2014).
- Epidemiologische studies hebben tot nu toe geen aanwijzing gegeven voor een blijvend verhoogd risico van cannabisgebruik op hart- en vaatziekten. Kort na het roken van cannabis wordt een verhoogd risico op een hartinfarct gevonden, maar daarbij kunnen ook andere factoren een rol spelen, zoals tabaksgebruik en vetzucht. Mensen met een bestaande hart- en vaatziekte behoren wel tot een risicogroep (CAM, 2008. Thomas et al., 2014).
- Aanwijzingen voor nadelige effecten op de hersenen worden alleen gevonden in associatie met extreem zwaar en langdurig cannabisgebruik, maar onduidelijk is in hoeverre deze na verloop van tijd weer 'herstellen' (Rocchetti et al., 2013; Batalla et al., 2013). Mogelijk zijn jongeren gevoeliger voor deze effecten dan volwassenen.

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

- Het RIVM verrichtte in 2005 onderzoek naar de acute effecten van sterke cannabis (joints met 33 mg, 51 mg en 70 mg THC). De resultaten lieten een toename van de hartslag, daling van de bloeddruk en afname van cognitieve functies en motoriek zien. De effecten waren sterker naarmate de dosis THC hoger was (Mensinga et al., 2006; Hunault et al., 2014). Gezonde jonge mensen kunnen deze effecten doorgaans zonder complicaties voor de gezondheid verdragen. Mensen met een hart- of vaatziekte lopen een risico.
- Cannabisgebruik heeft ook een dosis-afhankelijk negatief effect op de rijvaardigheid en het verhoogt de kans op ongevallen, met name dodelijke aanrijdingen (Asbridge et al., 2012).
- Mogelijk zijn de risico's op een psychose groter bij gebruik van cannabis met een hoog THC-gehalte en laag cannabidiol gehalte, maar het onderzoek hiernaar is nog beperkt (Di Forti et al., 2009; Niesink en Van Laar, 2012). Dagelijks gebruik van sterke cannabis vervroegt mogelijk ook het ontstaan van een eerste psychose (Di Forti et al., 2014).
- Het gebruik van cannabis met een hoger THC-gehalte leidt niet automatisch tot meer acute en lange termijn gevolgen. Dit hangt ook af van de hoeveelheid cannabis die iemand gebruikt en uiteindelijk binnenkrijgt. Wanneer ervaren gebruikers een sterke joint roken, lijken zij daar gedeeltelijk voor te compenseren door minder rook te inhaleren (Van der Pol et al., 2014a), of minder cannabis in een joint te stoppen (Freeman et al., 2014).

Sterfte

De giftigheid van cannabis is gering. Het merendeel van de intoxicaties met cannabis kent een mild verloop. Ernstig verlopende intoxicaties treden soms op na inname van grote hoeveelheden cannabis (CAM, 2008).

- De afgelopen twintig jaar stond directe sterfte door inname van cannabis vrijwel niet genoteerd op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS.
- Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op drugs. In de overlijdensgevallen die in 2012 door het NFI werden onderzocht op drugs, werd in géén van de gevallen cannabis aangewezen als een doodsoorzaak.

- Tot voor kort waren er ook uit andere landen geen directe sterfgevallen bekend die alleen aan cannabis te wijten zijn. Recent zijn echter twee cases gerapporteerd van jonge, verder gezonde mannen met fatale cardiovasculaire complicaties na cannabisgebruik, waarbij geen alternatieve doodsoorzaak is gevonden (Hartung et al., 2014).
- Het aantal indirect met cannabisgebruik samenhangende sterfgevallen, bijvoorbeeld verkeersongevallen onder invloed van cannabis (Asbridge et al., 2012), is onbekend.

3.8 Aanbod en markt

Coffeeshops en overige verkooppunten

- In april 2013 telde Nederland 614 officieel gedoogde coffeeshops. Eind 2012 waren dat er 617, waarvan ongeveer de helft (52%) in steden met meer dan 200 000 inwoners (Bieleman et al., 2013).
- In 2012 was er géén coffeeshop in 312 van de 415 gemeenten (75%) (Bieleman et al., 2013).
- Binnen de landelijke kaders kunnen gemeenten zelf hun beleid bepalen rondom de vestiging van coffeeshops. Eind 2012 voerde ongeveer twee derde van de gemeenten (68%) een 'nulbeleid', een kwart voerde een maximumbeleid (25%) en 7% gaf aan geen formeel beleid te voeren (Bieleman et al., 2013).
- Vanaf 2002 daalt het aantal coffeeshops in Nederland gestaag. Tussen 2002 en 2012 daalde het aantal coffeeshops met 21%. Tussen 2011 en 2012 vond er nog een daling plaats met 5% (tabel 3.9).
- Cannabis is ook beschikbaar via illegale verkooppunten, zoals thuisdealers, straatdealers, 'onder-de-toonbank' dealers in horecagelegenheden, en via thuisbezorging na telefonische bestellingen (06-dealers). Volgens onderzoek in 2012 kopen de meeste actuele gebruikers (94,4%) echter hun cannabis in coffeeshops (tabel 3.10) (Van Ooyen-Houben et al., 2013).
- Vanaf januari 2012 zijn de gedoogcriteria voor coffeeshops (zie § 2.1.1) gewijzigd. Een evaluatie van de invoering van deze wijzigingen richt zich, onder andere op een mogelijke verplaatsing van de gedoogde verkoop van cannabis in coffeeshops naar illegale verkooppunten (Van Ooyen-Houben et al., 2013).
- Een dergelijke verplaatsing deed zich inderdaad voor. Als gevolg van het Ingezetenencriterium hadden niet-ingezetenen van Nederland geen toegang meer tot de coffeeshops in Nederland. Een groot deel van hen bleef weg, maar een deel week uit naar de illegale gebruikersmarkt. Als gevolg van het Besloten clubcriterium, dat coffeeshopklanten verplichtte zich als lid van een coffeeshop te registreren, bleven ook veel ingezetenen van Nederland weg uit de coffeeshops. Zij wilden zich niet laten registreren.
- Het aantal coffeeshopbezoeken in de drie zuidelijke provincies daalde drastisch: van naar schatting 88 duizend per week naar een geschatte 21 duizend (Nijkamp & Bieleman, 2013). Met name de jongere bezoekers van 18 tot en met 23 jaar bleven weg. Een deel van de ingezetenen ging ook kopen op de illegale markt. Het gevolg was een groei van de illegale gebruikersmarkt van cannabis.
- Vóór de handhaving van de nieuwe criteria kocht ruim 94% van de actuele cannabisgebruikers (geënquêteerd in een straatsurvey) in de drie zuidelijke provincies de cannabis (ook) in een coffeeshop (in de afgelopen drie maanden) (tabel 3.10). Een half jaar na de handhaving was dit aandeel significant gedaald naar 60% (Korf et al., 2013). De gebruikers kochten significant vaker (ook) bij een 06-dealer, een straatdealer, of van vrienden die in Nederland wonen. In de vergelijkingsgroep in de overige provincies veranderde het aantal coffeeshopbezoeken niet significant (55 duizend begin 2012 en 59 duizend eind 2012). De aanschaf van cannabis in de coffeeshop daalde daar ook, maar minder: 94% kocht begin 2012 (ook) in de coffeeshop, 88% deed dat eind 2012.

Tabel 3.9 Aantal coffeeshops in Nederland naar inwonertal gemeenten, vanaf 2002

Gemeenten naar aantal inwoners	2002	2003[I]	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	April 2013
< 20 000	12	12	10	10	10	10	8	8	-	8	7	-
20 - 50 000	79	73	77	75	71	71	72	68	-	68	64	-
50 - 100 000	106	104	101	103	105	105	100	91	-	95	88	-
100 - 200 000	174	168	166	161	148	143	148	148	-	136	137	-
> 200 000	411	394	383	380	385	373	372	351	-	344	321	-
- Amsterdam	270	258	249	246	238	229	228	225	-	222	208	-
- Rotterdam	62	62	62	62	62	62	62	44	-	43	41	-
- Den Haag	46	41	40	40	40	40	40	40	-	40	37	-
- Utrecht	18	18	17	17	17	14	14	14	-	14	11	-
- Eindhoven	15	15	15	15	15	15	15	15	-	15	13	-
-Tilburg[II]					13	13	13	13	-	10	11	-
Totaal	**782**	**754[I]**	**737**	**729**	**719**	**702**	**700**	**666**	**660**	**651**	**617**	**614**

Aantal coffeeshops naar inwonertal. - = Gegevens onbekend. I. In 2003 werden drie coffeeshops niet ingedeeld naar gemeentegrootte. II. Tussen 2005 en 2006 is het aantal inwoners van Tilburg gegroeid tot boven de 200 000, waardoor Tilburg pas vanaf 2006 tot de gemeenten behoort met meer dan 200 000 inwoners. Bron: Monitor coffeeshops en gemeentelijk coffeeshopbeleid, Intraval (Bieleman et al., 2013).

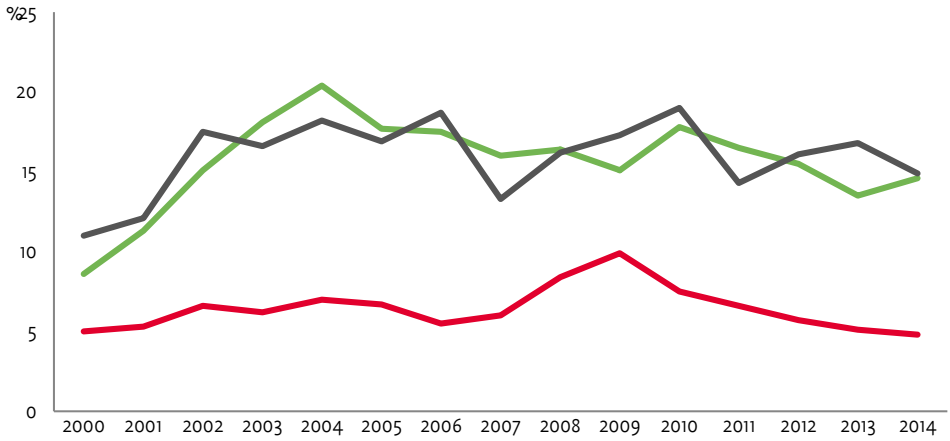
Tabel 3.10 Plaats van cannabisaankoop actuele cannabisgebruikers, afgelopen 3 maanden

	Zuidelijke steden	Noordelijke steden
Zelf gekocht in coffeeshop	94,4	94,4
Zelf gekocht bij 06-dealer	8,2	4,9
Zelf gekocht bij thuisdealer	5,2	6,6
Zelf gekocht bij thuisteler	8,0	8,6
Zelf gekocht bij straatdealer	9,9	4,9
Zelf gekocht onder-de-toonbank	1,2	1,0
Zelf gekocht bij (huis)dealer	0,7	0,8
Zelf gekocht elders	0,5	1,0
Gekocht van vrienden die in Nederland wonen	8,2	5,1
Zelf gekweekt	4,9	3,7
Gekregen	19,7	23,5

Gebaseerd op de nulmeting van de evaluatie vóór invoering van het ingezetenen- en beslotenclubcriterium in Zuidelijke steden. Respondenten konden meerdere antwoorden geven. De percentages tellen daarom niet op tot 100%. Bron: WODC (Van Ooyen-Houben et al., 2013).

- De beweging van de coffeeshops naar de illegale gebruikersmarkt werd ook waargenomen in ander onderzoek op lokaal niveau (Snippe & Bieleman, 2012; Van der Torre et al., 2012; Van der Torre et al., 2013; Van der Torre et al., 2013a).

Figuur 3.9 Gemiddeld percentage THC in cannabisproducten, vanaf 2000



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nederwiet	8,6	11,3	15,1	18,1	20,4	17,7	17,5	16,0	16,4	15,1	17,8	16,5	15,5	13,5	14,6
Geïmporteerde wiet	5,0	5,3	6,6	6,2	7,0	6,7	5,5	6,0	8,4	9,9	7,5	6,6	5,7	5,1	4,8
Geïmporteerde hasj	11,0	12,1	17,5	16,6	18,2	16,9	18,7	13,3	16,2	17,3	19,0	14,3	16,1	16,8	14,9

Gemiddeld percentage THC. De percentages hebben betrekking op monsters die in december/januari zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin in de maand januari monsters werden verzameld. Voor nederwiet zijn de gemiddelde percentages weergeven voor de monsters die als 'meest populair' zijn aangeschaft. De overgang in 2010 naar een ander laboratorium voor het analyseren van de monsters heeft mogelijk de trend beïnvloed. Bron: DIMS, Trimbos-instituut (Rigter en Niesink, 2014).

Kwaliteit en prijs

Het Trimbos-instituut verzamelt informatie over de sterkte van cannabis, dat wil zeggen de concentratie van werkzame bestanddelen, met name THC (tetrahydrocannabinol). Sinds 2000 worden geregeld monsters van verschillende cannabissoorten aangekocht en chemisch geanalyseerd (Rigter en Niesink, 2014).

- In alle peilingen bevatte de Nederlandse wiet gemiddeld meer THC dan de wiet die werd geïmporteerd uit het buitenland. Door de jaren heen was de nederwiet ongeveer even sterk als de geïmporteerde hasj (figuur 3.9).
- Het percentage THC in geïmporteerde hasj schommelde in de afgelopen jaren tussen 11,0% en 19,0% (figuur 3.9).
- Figuur 3.9 laat verder zien dat het gemiddelde THC-gehalte in nederwietmonsters tussen 2000 en 2004 verdubbelde van 8,6% naar 20,4%. Tussen 2010 en 2013 daalde het gemiddelde THC-gehalte weer van 17,8% naar 14,6%. In 2014 bleef dit met 14,6% op hetzelfde niveau als 2013 (13,5%).
- In de geïmporteerde wiet halveerde het gemiddelde THC-gehalte van 9,9% in 2009 naar 4,8% in 2014 (figuur 3.9).
- Een THC-gehalte van 15% of meer werd gevonden in 50% van de (meest populaire variant) nederwietmonsters en 58% van de geïmporteerde hasjmonsters, maar in geen van de geïmporteerde wietmonsters.

Ook de concentratie van een ander bestanddeel van cannabis, cannabidiol (CBD), wordt gemeten (Rigter en Niesink, 2014). Het percentage CBD wordt uitgedrukt in de mediaan (vanwege de niet normale verdeling), de middelste waarde van alle gemeten percentages in de cannabismonsters.

- In 2014 lag de mediaan van het CBD-gehalte in de nederwiet op 0,3%, in de geïmporteerde wiet op 0,2%, in de nederhasj op 3,5% en in de geïmporteerde hasj op 7,2%.
- Er zijn aanwijzingen dat CBD sommige effecten van THC tegengaat, zoals acute psychotische symptomen, angst, verslechtering van het geheugen en belonende effecten (Niesink en Van Laar, 2012).
- Vooral de verhouding tussen THC en CBD lijkt belangrijk te zijn. De nederwiet bevat relatief veel THC en weinig CBD. Voor buitenlandse hasj is deze verhouding 'gunstiger'.
- Er is nog onvoldoende epidemiologisch onderzoek waarin is nagegaan of de consumptie van cannabis met hoge of lage CBD-gehaltes is geassocieerd met verschillen in gezondheidsrisico's (zie ook § 3.7).

Er zijn weinig recente gegevens over de kwaliteit van nederwiet.

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

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

- De gemiddelde prijs van een gram nederwiet (meest populaire variant) steeg van 6,20 euro in 2006 naar 9,59 euro in 2013. In 2014 was de prijs met 9,53 euro ongeveer gelijk aan 2013.
- De gemiddelde prijs van een gram geïmporteerde hasj steeg tussen 2006 en 2013 van 7,30 euro naar 9,86 euro. In 2014 was de prijs met 9,72 euro ongeveer gelijk aan 2013 (tabel 3.10).
- De gemiddelde prijs van een gram geïmporteerde wiet schommelde tussen 2003 en 2014 rond 4,70 euro.
- Prijs en sterkte hangen samen: hoe meer THC een cannabismonster bevat, hoe hoger de prijs.

Tabel 3.11 Gemiddelde prijs (€) per gram cannabisproduct in coffeeshops, vanaf 2003

Cannabis product	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nederwiet[I]	6,45	5,97	6,22	6,20	7,30	7,67	8,12	8,13	8,30	9,28	9,59	9,53
Geïmporteerde wiet	4,32	4,86	4,11	4,40	4,30	5,16	4,88	4,57	4,24	5,88	5,29	4,51
Geïmporteerde hasj	7,56	6,60	6,78	7,30	7,70	8,09	8,70	9,07	7,79	9,71	9,86	9,72

I. Meest populaire variant. De prijzen hebben betrekking op monsters die in december/januari zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin de maand januari valt. Bron: DIMS, Trimbos-instituut (Rigter en Niesink, 2014).

4. Cocaïne

4.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 086
4.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 087
4.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 089
4.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 092
4.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 093
4.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 096
4.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 100
4.8	Aanbod en markt	▶ pagina 101

4. Cocaïne

Cocaïne werkt stimulerend. Sommige 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, vooral als cocaïne wordt gebruikt in de vorm van crack.

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

Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral de basevorm van cocaïne populair. Deze vorm van cocaïne wordt 'basecoke', 'freebase', of 'gekookte coke' genoemd. Basecoke wordt verkregen na het verhitten ('koken') van een oplossing van cocaïnepoeder en een basisch middel, zoals natriumbicarbonaat of ammonia. Basecoke wordt gerookt in een pijpje of geïnhaleerd van aluminiumfolie. Beide gebruikswijzen noemen wij hier roken, tenzij anders vermeld. De internationaal gangbare benaming voor basecoke is 'crack'. In de jaren tachtig maakten de gebruikers zelf de basecoke. Tegenwoordig wordt basecoke veelal kant-en-klaar op straat verkocht.

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

4.1 Laatste feiten en trends

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

- In 2009 lag het percentage ooit-, recente en actuele cocaïnegebruikers in de algemene bevolking hoger dan in 2005. Dit kan samenhangen met een wijziging in onderzoeksmethode (§ 4.2). In 2015 komen meer recente cijfers beschikbaar.
- Onder de schoolgaande jongeren van 12 tot en met 18 jaar in het regulier onderwijs bleef het gebruik van cocaïne tussen 2007 en 2011 stabiel (§ 4.3).
- In bepaalde groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen wordt cocaïne relatief vaak gebruikt, maar is het middel qua populariteit ingehaald door amfetamine (§ 4.3).
- Een op de 200 inwoners van de drie grootste steden van Nederland is verslaafd aan crack (§ 4.4).
- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met cocaïne als primair probleem stabiliseerde in 2013, na een daling tussen 2008 en 2012, en een jarenlange toename in de jaren daarvoor (§ 4.6). Nieuwkomers, die niet eerder stonden geregistreerd, waren vooral snuifcokegebruikers.
- Ook het aantal klinische opnames in de algemene ziekenhuizen waarbij cocaïnemisbruik en
- –afhankelijkheid een rol speelt, is in 2012 niet verder gestegen (§ 4.6).
- Cocaïnegebruik leidt bij de grootschalige evenementen zelden tot een gezondheidsincident; daarentegen melden politieartsen ten opzichte van andere drugs relatief vaak een cocaïne-gerelateerd incident ((§ 4.6)

- Volgens de Nederlandse Doodsoorzakenstatistiek is iets minder dan een op de vijf acute drugsgerelateerde sterfgevallen primair toe te schrijven aan cocaïnegebruik (§ 4.7).
- De meeste cocaïnepoeders zijn versneden met andere stoffen. In 2013 bevatte tweederde van de cocaïnepoeders van consumenten levamisol. Desondanks is de concentratie cocaïne (zuiverheid) hoog (§ 4.8).
- Het gemiddelde gehalte cocaïne in cocaïnepoeders daalde vanaf 2002, maar is tussen 2011 en 2013 weer gestegen. De prijs is in de afgelopen jaren weinig veranderd (§ 4.8).

4.2 Gebruik: algemene bevolking

In 1997, 2001, 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). Vanwege een landelijk afstemmingstraject van leefstijlmonitoren zullen nieuwe cijfers over het cocaïnegebruik in de algemene bevolking in 2015 verschijnen (Kramers et al., 2012).

De methode van gegevensverzameling verschilde in 2009 van die in de eerdere peilingen. In 1997, 2001 en 2005 zijn gegevens over drugsgebruik verzameld in een persoonlijk interview met respondenten, waarbij de onderzoeker de antwoorden op een laptop invoerde. In 2009 vulde de respondent zelf direct de antwoorden op de vragen in, zonder dat de interviewer meekeek. Er zijn aanwijzingen dat meer anonieme en privacybeschermende methoden, zoals toegepast in 2009, leiden tot hogere prevalenties van gebruik (persoonlijke communicatie CBS; EMCDDA, 2002).

- Tussen 2001 en 2005 steeg het aantal Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar dat ervaring heeft met cocaïne (tabel 4.1) (Rodenburg et al., 2007). In 2009 werd er een hoger percentage ooitgebruik van cocaïne gevonden dan in 2005, maar dat kan het gevolg zijn geweest van de nieuwe onderzoeksmethode.
- Tussen 1997, 2001 en 2005 werden geen statistisch significante verschillen gevonden in de percentages recent en actueel gebruik. De hogere percentages in 2009 ten opzichte van 2005 kunnen eveneens het gevolg zijn geweest van de nieuwe onderzoeksmethode.
- In absolute getallen telde Nederland in 2009 naar schatting 55 000 actuele cocaïnegebruikers. Deze cijfers zijn vrijwel zeker een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in bevolkingsonderzoek zoals het NPO ondervertegenwoordigd zijn.
- De jaarlijkse aanwas van mensen die voor het eerst cocaïne gebruikten is gedaald van 0,4% in 2001 naar 0,1% in 2005. In 2009 werd weer een percentage gevonden van 0,4%.

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

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

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005), 5 769 (2009). … = Wijziging methode. - = Gegevens ontbreken. I. In 2009 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. II. In het afgelopen jaar. III. in de afgelopen maand. Bron: NPO, CBS/IVO (Van Rooij et al., 2011).

Leeftijd, geslacht en stedelijkheid

- Het ooitgebruik van cocaïne kwam in 2009 meer voor onder mannen (7,8%) dan onder vrouwen (2,5%). Ook kwam in 2009 het ooitgebruik van cocaïne meer voor in de leeftijdsgroep 24 tot en met 44 jaar (8,0%) dan in de leeftijdsgroepen 15 tot en met 24 jaar (4,8%) en 45-64 jaar (2,5%).
- Ook hebben mensen in de grote steden vaker ervaring met cocaïne. In 2009 had 8,9% van de bevolking in zeer sterk stedelijke gebieden ooit cocaïne gebruikt. In de niet-stedelijke gebieden lag dit percentage op 3,9%.
- Recent gebruik van cocaïne kwam in 2009 eveneens meer voor onder mannen dan vrouwen (1,8% versus 0,5%) en was het hoogst onder 15- tot en met 24-jarigen (2,4%), gevolgd door de leeftijdsgroep 15 tot en met 44 jaar (1,5%). Recent gebruik komt naar verhouding weinig voor onder 45- tot en met 64-jarigen (0,2%).
- Recent gebruik is hoger in zeer stedelijke gebieden (2,0%) vergeleken met weinig stedelijk (0,5%) en niet-stedelijke (0,7%) gebieden.
- De aantallen actuele gebruikers zijn te klein voor een verdere uitsplitsing naar leeftijd, geslacht en stedelijkheid.
- Tussen 2001 en 2005 steeg de gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers.
- De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers van cocaïne lag in 2005 in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 17,6 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 23,1 jaar.

Speciale groepen

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

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

- In 2011 startte de Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden (Coda-G4). Deze cohortstudie volgt 513 daklozen vanaf het moment dat ze zich in 2011 hebben gemeld bij de maatschappelijke opvang in een van de vier grote steden (Van Straaten et al., 2014). De groep van 513 daklozen bestond voor 80% uit volwassenen van 23 jaar en ouder en bestond voor 20% uit jongeren van 18 tot en met 22 jaar. Van de volwassen deelnemers was 80% man en 60% allochtoon. Van de jongeren was 60% man en 63% allochtoon. Van de volwassen daklozen had in de afgelopen maand 6,6% crackcocaïne gebruikt en had 3,4% snuifcocaïne gebruikt. Van de jongeren onder de daklozen had 1,0% crackcocaïne gebruikt en had 5,8% snuifcocaïne gebruikt.

4.3 Gebruik: Jongeren

Scholieren

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

- In het cocaïnegebruik onder de scholieren van het voortgezet onderwijs deed zich van 1988 tot 1996 wel een stijging voor in de percentages ooitgebruik en actueel gebruik (figuur 4.1).
- In de metingen tussen 1996 en 2007 daalde het percentage leerlingen dat ervaring had met cocaïne en het bleef stabiel in 2011.
- Het percentage actuele cocaïnegebruikers blijft in de afgelopen 15 jaar (1996-2011) op hetzelfde niveau. De kleine afname tussen 1999 en 2003 is niet statistisch significant (figuur 4.1).

Leeftijd en geslacht

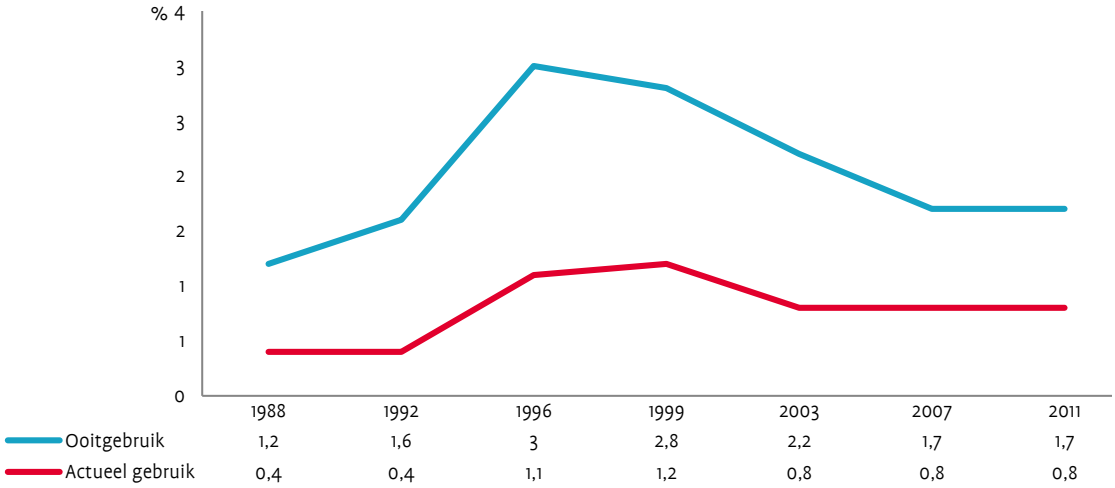
- Het gebruik van cocaïne neemt toe met de leeftijd. In 2011 had 0,6% van de 12-jarigen ervaring met cocaïne; op 16-jarige leeftijd was dat 2,4%. Voor actueel gebruik waren deze getallen respectievelijk 0,3% (12 jaar) en 0,6% (16 jaar).
- Meer jongens dan meisjes hebben ooit (2,2% versus 1,2%) of nog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

Schoolniveau en etnische afkomst

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

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

Figuur 4.1 Gebruik van cocaïne onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988



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

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt de consumptie van cocaïne vrij vaak voor. Tabel 4.2 vat de resultaten samen van diverse, vaak lokale, studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

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

- Sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven signaleerden dat cocaïne onder trendsetters wat op de achtergrond is geraakt, onder andere door de verjonging van deze groep, de economische crisis en de opmars van amfetamine. Onder 25-plussers bleef cocaïne echter onverminderd populair (Nabben et al., 2014). Het middel wordt vaak in groepsverband genomen, en op zowel feestjes als tijdens andere activiteiten (film of voetbal kijken) en in de kroeg.
- Uit een survey in Amsterdam onder 633 *clubbers* en *ravers* van gemiddeld 24 jaar bleek dat 47% ooit cocaïne had gebruikt en dat 19% in de afgelopen maand nog cocaïne had gebruikt. Onder clubbers bleef het actuele gebruik stabiel tussen 2008 en 2013 (14% in beide jaren).
- Actueel cocaïnegebruik lag hoger onder werkenden dan studenten (24% versus 17%), onder mannen dan vrouwen (24% versus 14%), onder twintigers en dertigers vergeleken met degenen onder de twintig jaar (22% versus 8%) en onder Amsterdammers dan niet-Amsterdammers (23% versus 13%).

In het landelijke Grote Uitgaansonderzoek 2013 is via een online survey middelengebruik en risicogedrag in kaart gebracht onder 3 335 (frequente) bezoekers van party's festivals en clubs van 15 tot en met 35 jaar (Goossens et al., 2013). De respondenten vormden geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Bijna de helft van de deelnemers (45%) bezocht maandelijks of vaker een party of festival, en tweederde had een voorkeur voor techno/hardhouse muziek.

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

Probleemjongeren

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

- Volgens wat ouder landelijk onderzoek uit 2008 varieert het percentage jongeren in de jeugdzorg dat ooit cocaïne heeft gebruikt van 6% onder de 12- en 13-jarigen tot 17% onder de 14- en 15-jarigen en 18% onder de 16-jarigen. In het reguliere onderwijs lagen deze percentages beduidend lager op respectievelijk 1%, 2% en 3% (Kepper et al., 2009a). Gemiddeld had 18% van de jongeren in de jeugdzorg ooit cocaïne gebruikt, 17% van de jongens en 19% van de meisjes. In de jeugdzorg in Amsterdam in 2012 had 5% ooit cocaïne gebruikt en had 1% in de afgelopen maand nog cocaïne gebruikt (Benschop et al., 2013).
- Onder jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen heeft 18%, voorafgaand aan hun detentie, ooit cocaïne gebruikt (Kepper et al., 2009b). Er zijn grote verschillen in het ooitgebruik van cocaïne tussen deze jongens en de jongens in het reguliere voortgezet onderwijs: 13% versus 1% onder de 13- en 14-jarigen, 17% versus 3% onder de 15- en 16-jarigen en 21% versus 6% onder de 17- en 18-jarigen. Van de jongens gaf 4% aan cocaïne te hebben gebruikt tijdens hun verblijf *in* de justitiële jeugdinrichting.
- In de vier grote steden in 2011 had 6% van de dakloze jongeren (18-23 jaar) in de afgelopen maand snuifcocaïne gebruikt en had 1% in de afgelopen maand crack gebruikt (Van Straaten et al., 2012).
- Voor zover cijfers beschikbaar zijn en vergelijkingen kunnen worden gemaakt, lijkt het gebruik van crack onder probleemjongeren wat vaker voor te komen dan onder hun leeftijdgenoten in de algemene bevolking. De percentages actueel gebruik zijn niettemin laag (tabel 4.2).

Tabel 4.2 Gebruik van cocaïne[I] in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik	Actueel gebruik
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen					
Bezoekers van party's, festivals en clubs[II]	Landelijk	2013	Gemiddeld 23	41%	13%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25	33%	14%
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	Gemiddeld 28	34%	5%
Cafébezoekers	Amsterdam[III]	2010	Gemiddeld 27	34%	12%
				3%[IV]	<1%[IV]
Bezoekers van clubs en raves[V]	Amsterdam	2013	Gemiddeld 24	47%	19%
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Den Haag	2008/2009	Gemiddeld 21	12%	3%
Probleemjongeren					
Jongeren in de residentiële	Landelijk	2008	Gemiddeld 15	18%	4%
jeugdzorg				5%[IV]	1%[IV]
Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[VI]	Landelijk	2009	Gemiddeld 16	18% 2%[IV]	6% 1%[IV]
Dakloze jongeren	G4	2011	Gemiddeld 20	-	5,8% 1,0%[IV]
Jongeren in de jeugdzorg[VII]	Amsterdam	2012	Gemiddeld 16	5%	1%

Percentage ooitgebruikers en actuele gebruikers (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. - = Gegevens onbekend. I. Snuifbare cocaïne in poedervorm, tenzij anders aangegeven. II. (Frequente) bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. III. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. IV. Rookbare cocaïne in de vorm van crack. V. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). VI. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's. VII. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten.

Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013); Antenne 2010, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2011); Tendens 2008, IrisZorg (De Jong et al., 2008); Antenne 2008, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2009); Antenne 2013, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2014); Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2010); Haags Uitgaansonderzoek, Gemeente Den Haag/Parnassia/Politie Haaglanden (Dekkers et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a); Antenne 2012, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2013); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012), IVO, UMC St Radboud.

4.4 Problematisch gebruik

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

- De eerste groep bestaat uit de probleemgebruikers van opiaten (zie § 5.4), die tegenwoordig vrijwel allemaal óók cocaïne gebruiken, veelal de kant-en-klare rookbare vorm crack.
  - In 2013 werd er een veldonderzoek uitgevoerd onder 401 problematische opiatengebruikers in de steden Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Eindhoven en Haarlem (Cruts et al., 2013). Naast opiaten had 78% van de problematische opiatengebruikers de afgelopen maand ook crack gebruikt en had 82% in het afgelopen jaar crack gebruikt. In de afgelopen maand had 5% snuifcocaïne gebruikt en in het afgelopen jaar had 8% snuifcocaïne gebruikt.
- De tweede groep bestaat uit probleemgebruikers in de harddrugsscene die frequent cocaïne, vooral crack, consumeren, zonder daarnaast heroïne te nemen.

- De derde groep bestaat uit gebruikers bij wie het aanvankelijk 'recreatief' gebruik van snuifcocaïne is overgegaan in problematisch gebruik ('de ontspoorde cocaïnesnuivers'). In vergelijking met crackgebruikers zijn zij doorgaans begonnen met het gebruik van snuifcoke vanuit een meer maatschappelijk geïntegreerde positie. Er is een indicatie van de mate van probleemgebruik van cocaïne onder bezoekers van party's en festivals en van clubs en discotheken in 2008/2009 (Van der Poel et al., 2010; zie ook § 4.3).
  - Van de party- en festivalbezoekers van 15 tot en met 35 jaar had 19% het afgelopen jaar (recent) cocaïne gebruikt. Van deze recente gebruikers was 13% een probleemgebruiker.[2]
  - Van de uitgaanders in clubs en discotheken had 10% het afgelopen jaar (recent) cocaïne gebruikt. Van deze recente gebruikers was 13% een probleemgebruiker (Van der Poel et al., 2010).
- Van de drie groepen die hierboven werden genoemd, komt crackverslaving vooral voor in de eerste twee groepen. Maar ook in de derde groep kan crackverslaving ontstaan.

Van het totaal aantal crackverslaafden zijn er recent schattingen beschikbaar gekomen voor de drie grootste steden van Nederland: Amsterdam, Rotterdam en Den Haag (Oteo Pérez et al., 2013).

- Voor de drie grootste steden wordt het aantal crackverslaafden geschat op 6 659, waarvan 2 524 in Amsterdam (in 2009), 2 362 in Rotterdam (in 2010) en 1 773 crackverslaafden in Den Haag (in 2010).
- Dit komt neer op 0,51% crackverslaafden in de drie grootste steden onder de bevolking van 15 tot en met 64 jaar. Per stad komt dit neer op 0,46% in Amsterdam (in 2009), 0,58% in Rotterdam (in 2010) en 0,53% crackverslaafden in de bevolking van Den Haag (in 2010).
- Van de crackverslaafden is 77% man, 13% is jonger dan 35 jaar en 87% is 35 jaar of ouder.
- Van de crackverslaafden koopt 42% de crack in een openbare gelegenheid, 40% via levering aan huis en 14% koopt de crack bij een dealer thuis. Bijna een derde van de crackverslaafden (31%) is ook zelf actief in de verkoop van crack (Oteo Pérez et al., 2014).

4.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

In de algemene bevolking van westerse landen is het aantal mensen dat harddrugs zoals cocaïne gebruikt, aanzienlijk lager dan het aantal mensen dat cannabis gebruikt (EMCDDA, 2012, 2013, 2014).

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 4.3a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 4.3b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in Bijlage C vermeld.
- Het percentage mensen tot de leeftijd van 60 of 70 jaar dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten.
- In de EU-15 en Noorwegen varieert het percentage ooitgebruikers onder 15-64 jarigen van minder dan 2% in Finland en Portugal tot 9% in Spanje en het Verenigd Koninkrijk. Van alle EU-lidstaten ligt het percentage ooitgebruikers het laagst in Malta en Roemenië (lager dan 0,5%). In Nederland had in 2009 5,2% van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ervaring met cocaïne.

2 Zij voldeden naar eigen zeggen aan tenminste drie van de zeven criteria voor probleemgebruik: 1) gebruiken ondanks de psychische en emotionele problemen daarvan, 2) veel tijd besteden aan het gebruik, 3) veel meer nodig hebben voor hetzelfde effect, 4) meer gebruiken dan men van plan was, 5) zonder succes proberen te minderen, 6) stoppen met belangrijke andere activiteiten en 7) zich ziek voelen bij het stoppen.

Tabel 4.3a Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar

Land	Jaar	15-64 jaar		15-34 jaar	
		Ooitgebruik	Recent gebruik	Ooitgebruik	Recent gebruik
Spanje	2011	8,8%	2,3%	11,1%	3,6%
Ierland	2010/2011	6,8%	1,5%	9,4%	2,8%
Nederland	2009	5,2%	1,2%	7,6%	2,4%
Frankrijk	2010	3,7%	0,9%	6,0%	1,9%
Zweden	2008	3,3%	0,5%	-	-
Noorwegen	2009	2,5%	0,4%	-	-
Oostenrijk	2008	2,2%	0,9%	2,8%	1,2%
Finland	2010	1,7%	0,2%	2,6%	0,6%
Portugal	2012	1,2%	0,2%	1,4%	0,4%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). - = Geen cijfers voor deze leeftijdsgroepen beschikbaar. Bron: EMCDDA.

Tabel 4.3b Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen[1]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik	Recent gebruik
Verenigde Staten	2010 2011 2012	12 en ouder	14,7% 14,3% 14,5%	1,8% 1,5% 1,8%
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2010/2011	16 - 59	8,9%	2,2%
Australië	2010	14 en ouder	7,3%	2,1%
Canada	2011	15 en ouder	6,2%	0,9%
Denemarken	2010	16 - 64	4,4%	0,9%
Italië	2012	18 - 64	4,2%	0,6%
Duitsland	2009	18 - 64	3,3%	0,8%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en de oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Bronnen: EMCDDA, SAMHSA, CADUMS, AIHW.

Dat is iets boven het Europese gemiddelde van 4,2%, volgens de meest recente surveys. Dit Europese gemiddelde is gewogen naar het inwonertal van de landen.

- Slechts in twee van de EU-28 landen en Noorwegen heeft meer dan 1,5% van de inwoners in het afgelopen jaar nog cocaïne gebruikt. Deze twee landen zijn Spanje (2,3%) en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales, 2,2%). Het percentage recente gebruikers ligt ook hoger dan 1,5% in de Verenigde Staten (1,8%) en Australië (2,1%). In Nederland lag in 2009 het percentage recente gebruikers van cocaïne (1,2%) iets boven het Europese gemiddelde (0,9%). Dit Europese gemiddelde is gewogen naar het inwonertal van de landen.

Tabel 4.4 Consumptie van cocaïne onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011

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

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

Jongeren

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

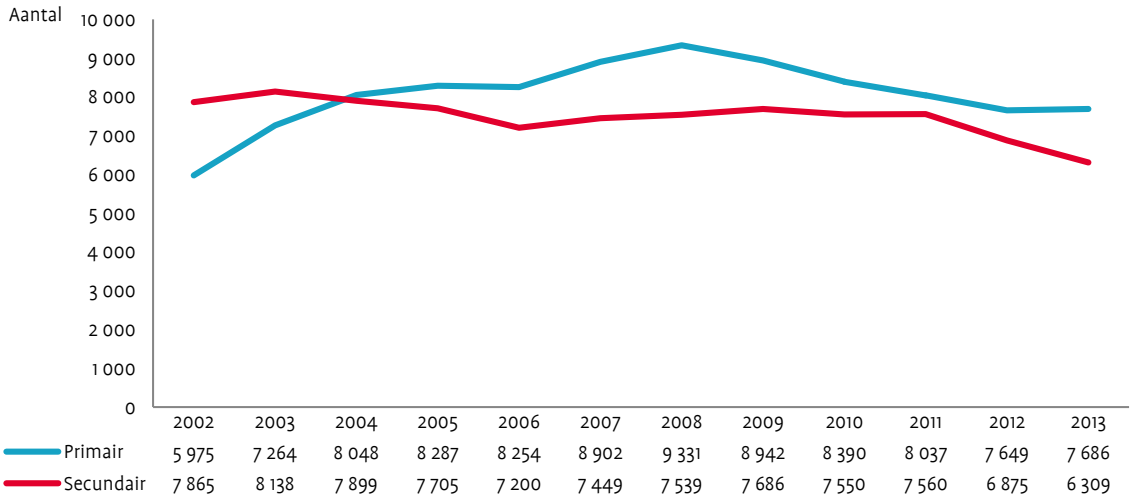
- Tabel 4.4 toont het gebruik van cocaïne onder scholieren in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde wel vergelijkbaar onderzoek uit.
- Het hoogste percentage ooitgebruik van cocaïne (4%) werd gevonden in Frankrijk en België.
- Nederland neemt met 2% een middenpositie in, maar de verschillen met de andere landen zijn klein.
- Het gemiddelde van alle 36 deelnemende Europese landen lag eveneens op 2%.

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn er 14 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg die anonieme gegevens over de hulpverlening sturen naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2014) (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS). In vorige jaren bevatte het LADIS ook gegevens van de verslavingsreclassering. Vanwege technische problemen zijn in dit NDM Jaarbericht de reclasseringsgegevens niet meer meegenomen. De LADIS-cijfers in dit Jaarbericht, van 2002 tot en met 2013, vallen daardoor lager uit dan de LADIS-cijfers in voorafgaande Jaarberichten.

- Het aantal cliënten met cocaïne als primair probleem steeg tussen 2002 en 2008 met 56%, maar daalde tussen 2008 en 2012 weer met 18% en stabiliseerde in 2013 (figuur 4.2).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cocaïnecliënten van 46 in 2002 naar 55 in 2013.
- Het aandeel van de cocaïnecliënten in alle cliënten met een drugsprobleem lag in 2002 op 23% en lag in 2013 op 25%.
- Voor de helft van de primaire cocaïnecliënten (50%) is roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor bijna de andere helft (49%) snuiven. Slechts 1% injecteert de cocaïne.
- In 2013 was 16% van de primaire cocaïnecliënten een nieuwkomer. Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2013 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg. Het gaat bij deze nieuwe groep overwegend om problemen gerelateerd aan snuifcoke.
- Bijna 9 van de 10 primaire cocaïnecliënten (86%) hadden ook problemen met een ander middel. Voor deze groep was het secundaire probleem vooral alcohol (30%), gevolgd door cannabis (22%), heroïne (21%), methadon (8%) en stimulerende middelen (3%). Voor de overige cocaïnecliënten (14%) stond cocaïne als het enige probleem geregistreerd.

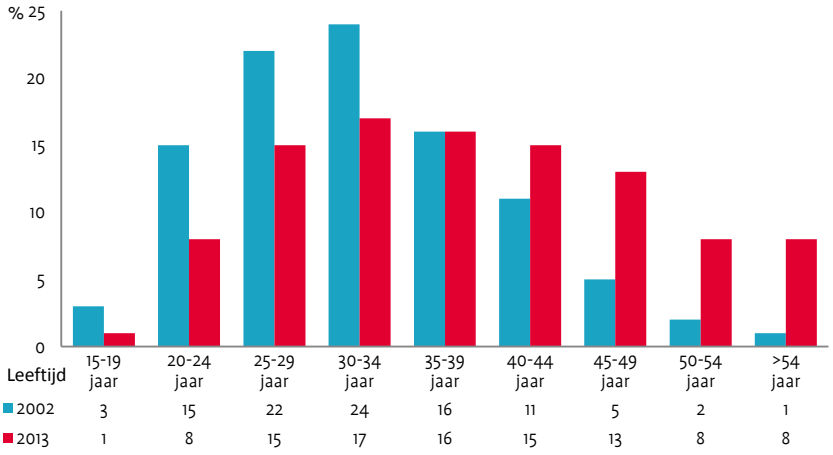
Figuur 4.2 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]) met primaire of secundaire cocaïneproblematiek, vanaf 2002



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Primair	5 975	7 264	8 048	8 287	8 254	8 902	9 331	8 942	8 390	8 037	7 649	7 686
Secundair	7 865	8 138	7 899	7 705	7 200	7 449	7 539	7 686	7 550	7 560	6 875	6 309

Aantal cliënten. 1. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Met terugwerkende kracht zijn enkele administratieve correcties aangebracht. De secundaire problematiek van 2013 kan niet goed vergeleken worden met de secundaire problematiek van vóór 2007. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

Figuur 4.3 Leeftijdsverdeling van primaire cocaïnecliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]). Peiljaren 2002 en 2013



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. 1. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

- Cocaïne werd ook vaak als secundair probleem genoemd (figuur 4.2). Voor deze groep is het primaire probleem vooral heroïne (46%), gevolgd door alcohol (34%) en cannabis (9%).

Zoals genoemd in § 3.6 kunnen voor de daling/stabilisering van het aantal cliënten meer verklaringen mogelijk zijn.

Leeftijd en geslacht

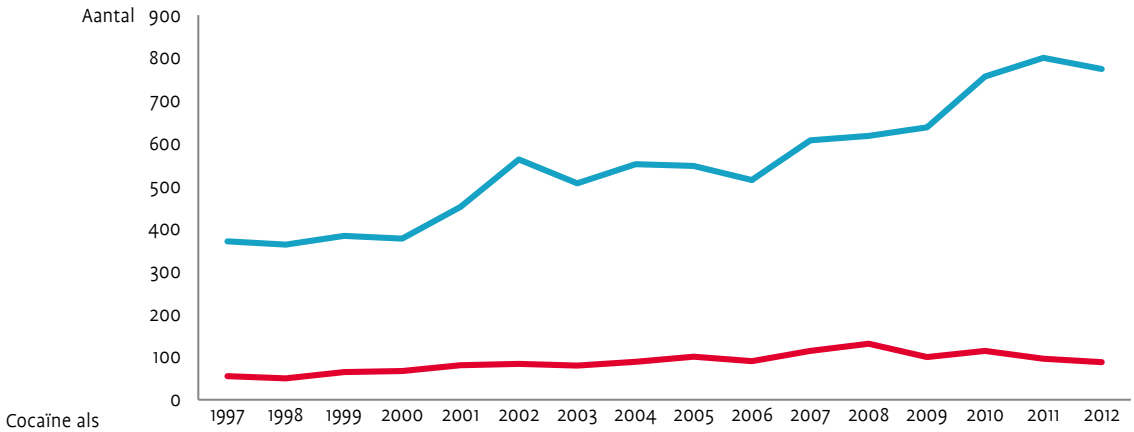
- In 2013 waren 8 op de 10 primaire cocaïnecliënten man (82%).
- De gemiddelde leeftijd in 2013 was 38 jaar. Daarmee zijn de primaire cocaïnecliënten jonger dan de opiaat-, en alcoholcliënten maar ouder dan de cannabis-, ecstasy-, amfetamine- en GHB-cliënten.
- Figuur 4.3 laat zien dat 63% van de primaire cocaïnecliënten in 2013 tussen de 25 en 44 jaar was. Het aandeel jonge cocaïnecliënten van 15 tot en met 29 jaar is gedaald van 40% in 2002 naar 24% in 2013.
- Deze veroudering komt grotendeels op conto van de crackverslaafden, waarvan een deel ook problemen met opiaten heeft (zie § 5.6).

Algemene ziekenhuizen

De algemene ziekenhuizen sturen gegevens over hun opnames anoniem naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Cocaïnemisbruik en –afhankelijkheid worden niet vaak als hoofddiagnose geregistreerd bij klinische opnames in de algemene ziekenhuizen.

- In 2012 ging het om 88 gevallen, waarvan 64% vanwege cocaïnemisbruik en 36% vanwege cocaïneafhankelijkheid (figuur 4.4).
- Cocaïneproblemen spelen vaker een rol als nevendiagnose. In het afgelopen decennium is ondanks jaarlijkse fluctuaties een globale stijging te zien in het aantal opnames met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als nevendiagnose. Tussen 2011 en 2012 vond er een daling plaats met 3%.
- De meest voorkomende categorieën hoofddiagnoses, die in 2012 stonden geregistreerd bij cocaïnemisbruik of –afhankelijkheid als nevendiagnose, waren:
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (18%);
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (17%);
  - letsel door ongevallen (15%, zoals breuken, wonden, hersenschudding);

Figuur 4.4 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan cocaïnemisbruik en -afhankelijkheid, vanaf 1997



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

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

- vergiftigingen (9%);
- misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (8%);
- psychosen (5%).

- De LMR registreerde in 2012 in totaal 51 gevallen van onopzettelijke vergiftiging met cocaïne als nevendiagnose (ICD-9 code E855.2).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2012 om 777 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met cocaïnemisbruik of –afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 40 jaar; 80% was man.

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut. De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) van de GGD Amsterdam registreert al sinds langere tijd het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik in Amsterdam en omgeving, maar data ontbreken (tijdelijk, wegens wijzigingen in het registratiesysteem) sinds 2012. Voor de gegevens van de CPA in voorgaande jaren wordt verwezen naar het NDM Jaarbericht 2011.

Sinds 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Croes et al., 2014). In 2013 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege het ontbreken van de registratiecijfers uit 2012 en 2013 van de CPA in Amsterdam zijn de cijfers van deze dienst over alle jaren buiten deze rapportage gehouden, om een vergelijking over jaren mogelijk te maken. De CPA Amsterdam levert de ambulance cijfers uit Amsterdam en de regio Purmerend.

Tabel 4.5 Incidenten met cocaïne-HCl als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2013

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal)	278 (10%)	178 (8%)	291 (21%)	95 (2%)
Man	80%	85%	90%	75%
Leeftijd: <25 jaar	19%	20%	19%	55%
Mate van intoxicatie*				
Licht[I]	27%	44%	36%	87%
Matig[II]	51%	42%	50%	11%
Ernstig[III]	18%	14%	13%	1%
Onbekend	5%	0%	2%	1%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. De registraties van de CPA Amsterdam (ambulancedata) zijn in deze tabel niet opgenomen. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Croes et al., 2014).

De gegevens hieronder hebben uitsluitend betrekking op incidenten waarbij cocaïne-HCl (cocaïnepoeder of snuifcoke) was gebruikt (tenzij anders aangegeven). Het aantal incidenten met cocaïnebase (basecoke, crack) was te klein om als aparte groep te bespreken. Tussen 2009 en 2013 werden (slechts) 59 incidenten gemeld, waarin cocaïnebase als enige drug was gebruikt.

- In 2013 werden in totaal 3 481 drugsincidenten gemeld. Bij 453 meldingen was cocaïne-HCl betrokken; hiervan was in 242 gevallen cocaïne-HCl als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 4.5 worden de cocaïne-HCl incidenten samengevat over de periode 2009-2013. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst. In deze periode werden in totaal 12 156 unieke drugsincidenten gemeld (exclusief de incidenten van de ambulances Amsterdam en Purmerend), waarvan 842 incidenten met cocaïne-HCl als enige drug.

- Purmerend en Rotterdam zijn regio's waar de afgelopen jaren het aandeel van cocaïne-incidenten op het totaal aantal gemelde incidenten het hoogst was. Daarin is in de gevolgde jaren geen verandering opgetreden. In 2013 was in beide regio's 17% van de gemelde incidenten een incident met (snuif) cocaïne als enige drug.
- Politieartsen zien vaak acute gezondheidsincidenten met snuifcoke: één op de vijf incidenten is bij hen gerelateerd aan het gebruik van cocaïne als enige drug. Daarin is de afgelopen vijf jaar een lichte stijging opgetreden (van 17% van het totaal aantal gemelde incidenten bij de politieartsen in 2009 tot 24% in 2013). Een stijging of daling is bij de andere deelnemende instanties in de afgelopen vijf jaar niet opgetreden. Cocaïnegebruik leidt bij de grootschalige evenementen zelden (1-2%) tot een gezondheidsverstoring.
- Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. Behalve bij de EHBO-posten op evenementen, is de mate van intoxicatie bij meer dan de helft van de gevallen matig of ernstig. Tussen 2010 en 2013 is de ernst van de intoxicatie van patiënten die door de politieartsen werden gezien afgenomen, van 95% met een matige of ernstige intoxicatie in 2010 tot 50% in 2013. Dat zou erop kunnen wijzen dat de hierboven vermelde toename van het aandeel incidenten met cocaïne in het totaal deels te verklaren valt door het eerder melden van een cocaïne-incident.
- Vergeleken met de andere drugs zijn patiënten met een gezondheidsincident na cocaïnegebruik relatief oud en vaak man.

- Een derde van de patiënten heeft naast cocaïne ook (uitsluitend) alcohol gebruikt. Bij de incidenten met cocaïne zijn vaak ook andere middelen gebruikt. Een veel gemelde combinatie is die met ecstasy, maar ook de combinatie met GHB of cannabis is regelmatig onder de incidenten te vinden.
- In de periode 2009-2013 werden vanuit de peilstationsregio's tien fatale incidenten gemeld na gebruik van alleen de drug snuifcocaïne, al dan niet in combinatie met alcohol. Daarnaast zijn nog negen patiënten overleden die een combinatie van drugs gebruikten waar snuifcocaïne onderdeel van uitmaakte.
- Eén patiënt is gemeld uit de peilstationsregio's die is overleden na (uitsluitend) basecoke en alcoholgebruik. Vier patiënten overleden in deze periode binnen de peilstationsregio's na een cocktail van drugs (en alcohol) waarin ook basecoke zat.

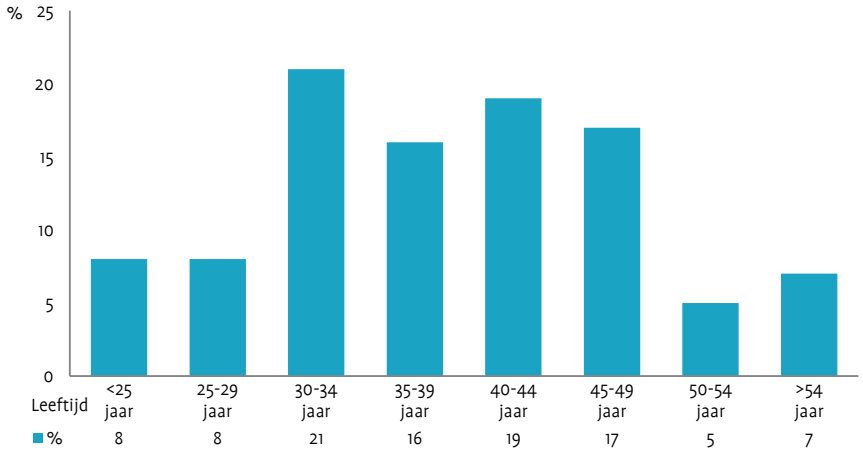
4.7 Ziekte en sterfte

- Gezondheidsproblemen, vooral door het frequent roken van crack, zijn longcomplicaties ('coke longen'), hartaanvallen, hersenbloedingen, nierinfarcten, epileptische aanvallen, uitputting en weerstandsvermindering, rusteloosheid, geïrriteerdheid, neerslachtigheid, depressies, angsten, psychose en paranoia.
- Zware cokegebruikers hebben ook meer moeite hun agressie onder controle te houden (Ernst et al., 2008; Ferwerda et al., 2012). Met name een cocaïnepsychose kan leiden tot agressief gedrag (Tang et al., 2009). Ontstaat er een 'excited delirium', dan kan dat zelfs tot de dood leiden, met name als iemand in een dergelijke opwindingstoestand de confrontatie aangaat met de politie (Das et al., 2009). Dat crackgebruikers meer agressie vertonen dan snuifcokegebruikers, ligt niet zozeer aan het middel, maar ligt meer aan de gebruikers (Vaughn et al., 2010).
- Bij jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven die excessief en langdurig cocaïne gebruiken, wordt opgefokt, paranoïde en egoïstisch gedrag gesignaleerd en een in zich zelf gekeerd zijn (Nabben et al., 2010). Ook structurele vermoeidheid als gevolg van frequent cokegebruik wordt genoemd. Verder kan door het frequent snuiven van cocaïne het tussenneusschot beschadigd raken (Stichting Mainline, 2008; Scheenstra et al., 2007).

In de Nederlandse Doodsoorzakenstatistiek van het CBS komen nog steeds weinig (acute) sterfgevallen voor die te wijten zijn aan cocaïne.

- Wel vond er een stijging plaats tussen 1997 en 2002, waarna de cocaïnesterfte weer stabiliseerde. Van 1996 tot en met 2012 ging het in totaal om 331 gevallen. Tussen 2003 en 2012 schommelde het aantal rond de 21 per jaar. In 2012 ging het om 22 gevallen (zie figuur 5.7 in hoofdstuk 5).
- Figuur 4.5 geeft de verdeling naar leeftijdsgroep van alle sterfgevallen vanwege cocaïne in de periode van 2006 tot en met 2012. De meerderheid van de overledenen (64%) is 35 jaar en ouder. De piek ligt in de leeftijdsgroep 30 tot en met 34 jaar. Ongeveer 8 op de 10 cocaïneslachtoffers (84%) waren man.
- Het totale aantal in Nederland overleden 'cocaïnebolletjesslikkers' is niet bekend. Dit komt onder meer doordat de Doodsoorzakenstatistiek personen uitsluit die niet in het Nederlandse bevolkingsregister staan ingeschreven. De GGD Amsterdam registreerde in de periode 2002 - 2006 per jaar 3 tot 8 gevallen (7 in 2006). In 2007 werd slechts 1 geval geregistreerd, in 2008 5 gevallen en in 2009 1 (vermoedelijk) geval. In 2010 waren er 3 gevallen en in 2011 waren er 4 gevallen.

Figuur 4.5 Leeftijdsverdeling van cocaïnesterfgevallen van 2006 tot en met 2012



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

- Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op drugs. In de overlijdensgevallen die in 2013 door het NFI werden onderzocht op drugs, werd in 6 gevallen cocaïne aangewezen als één van de doodsoorzaken. In sommige van deze gevallen speelden naast cocaïne ook andere drugs nog een rol bij het overlijden. Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterfgevallen in de verschillende hoofdstukken van dit Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.

Internationale vergelijking

Volgens het EMCDDA (2012) lijkt acute sterfte door cocaïne maar weinig voor te komen. Sterfte door cocaïne is echter moeilijker te herkennen dan sterfte door opiaten. Daardoor zal er sprake zijn van onderregistratie van de sterfte door cocaïne. Bij sterfte door cocaïne spelen meestal ook andere drugs of alcohol een rol.

- In 2010 rapporteerden 16 landen minstens 640 aan cocaïne gerelateerde sterfgevallen. Er zijn signalen die wijzen op een dalende trend vanaf 2008 in de landen waar cocaïne het meest wordt gebruikt (Spanje, Verenigd Koninkrijk).

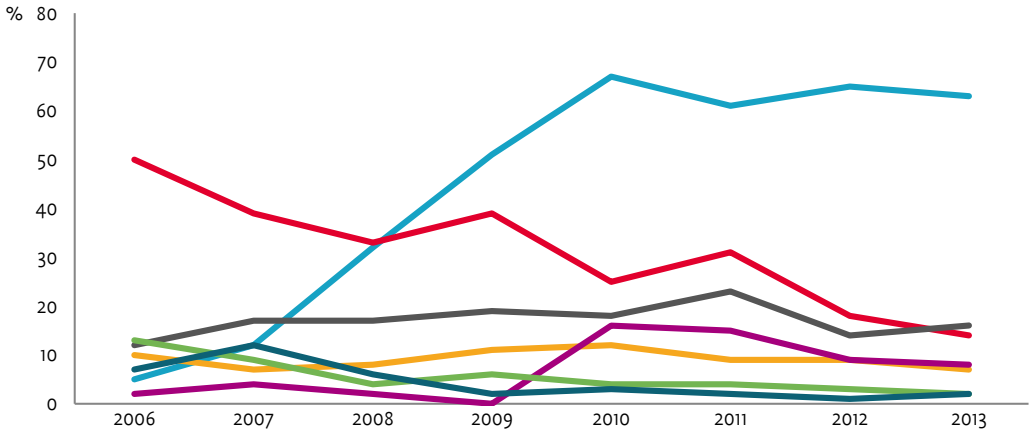
4.8 Aanbod en markt

Samenstelling van cocaïnemonsters

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs. Daarvoor wordt gebruikgemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters wordt herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm, zoals cocaïne, worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

In 2013 werden 1 286 poeders aangeleverd die door de consument als cocaïne waren aangekocht (Van der Gouwe, 2014).

Figuur 4.6 Percentage cocaïnepoeders met versnijdingsmiddelen, vanaf 2005



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

Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

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

De afgelopen jaren bevatten poeders die als cocaïne zijn verkocht relatief vaak (ook) geneesmiddelen (figuur 4.6).

- Vooral het versnijdingsmiddel levamisol laat een sterk stijgende trend zien. Levamisol werd gebruikt bij de behandeling van kanker, maar is in 2004 in Nederland uit de handel gehaald voor humaan gebruik. Levamisol wordt nog wel voor veterinaire doeleinden toegepast als antiwormenmiddel. Onbekend is waarom dit middel aan cocaïne wordt toegevoegd.
- In 2013 bevatte 63% van de cocaïnepoeders levamisol, tegenover 12% in 2007. Het gemiddelde percentage levamisol in deze cocaïnepoeders is toegenomen van 7,4% in 2012 naar 10% in 2013.
- Gebruik van met levamisol versneden cocaïne is in Noord-Amerika in verband gebracht met het ontstaan van een gevaarlijk tekort aan witte bloedlichaampjes, waardoor de weerstand tegen ziektes vermindert (Zhu et al., 2009; Knowles et al., 2009). In Nederland en andere landen in Europa is hierover nog weinig bekend. Wel is inmiddels in Nederland een geval geconstateerd (Vos et al., 2014), maar er is vermoedelijk geen sprake van een groot volksgezondheidsrisico (CAM, 2009).
- In 2013 bevatte 8% van de cocaïnemonsters hydroxyzine, een middel dat tot 2010 amper werd aangetroffen. Hydroxyzine wordt onder andere toegepast bij spanningen en (jeukende) huidaandoeningen.

Tabel 4.6 Prijs per gram cocaïne op consumentenniveau, 2008-2013[1]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013[1]
Aantal monsters (n)	637	780	979	679	401	1 178
Gemiddelde (€)	50	50	45	52	53	52
Mediaan (€)	50	50	50	50	50	50
Minimum – maximum (€)	25-70	20-80	30-75	25-80	18-80	10-120

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

- Steeds minder cocaïnepoeders bevatten de stof fenacetine, van de helft van het aantal poeders in 2006 tot 14% van het aantal cocaïnepoeders dat deze stof nog bevat in 2013. Fenacetine was tot 1984 als pijnstiller geregistreerd, maar het middel is vanwege mogelijk kankerverwekkende eigenschappen uit de handel genomen. De doseringen fenacetine die worden gebruikt als versnijdingsmiddel zijn echter vele malen geringer dan de therapeutische doseringen waarbij schadelijke effecten optreden.

Prijzen

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

- Consumenten die in 2013 hun cocaïnemonster hebben aangeleverd bij het DIMS-project betaalden voor een gram cocaïnepoeder tussen 10 en 120 euro (gemiddeld 52 euro) (tabel 4.6, DIMS, 2014).
- De gemiddelde prijs van cocaïnepoeders schommelt al sinds 2008 rond de 50 euro per gram, zoals ook blijkt uit de mediaan die elk jaar op 50 euro lag (tabel 4.6).
- In 2013 kostte in Amsterdam volgens de Antenne-monitor een gram cocaïne tussen de 40 en 70 euro en tussen de 50 en 60 euro in de meest gangbare prijsklasse (Nabben et al., 2014). Dit verschilt amper van 2012, toen een gram cocaïne tussen de 50 en 70 euro kostte en tussen de 50 en 60 euro in de meest gangbare prijsklasse (Benschop et al., 2013).

5. Opiaten

5.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 105
5.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 106
5.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 106
5.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 108
5.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 110
5.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 111
5.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 114

5. Opiaten

De klasse van de opiaten telt vele middelen. Sommige staan bekend om het illegale gebruik ervan, zoals heroïne. Andere opiaten zijn vervangers van heroïne, zoals methadon en buprenorfine, of worden (ook) anderszins toegepast in de geneeskunde: morfine, codeïne en dergelijke. Het gaat in dit hoofdstuk vooral om heroïne en methadon.
Opiaten kunnen een roes veroorzaken maar ook een dempende werking hebben.
Heroïne wordt in verschillende vormen toegediend. Tegenwoordig is de meest gangbare gebruikswijze in Nederland roken ('chinezen', roken van folie). In Nederland wordt heroïne minder vaak geïnjecteerd.
Gebruik van (illegale) opiaten vindt overwegend plaats door meer of minder problematische drugsgebruikers. Incidenteel en 'recreatief' gebruik van heroïne is gerapporteerd (Korf et al., 2010) maar komt vermoedelijk sporadisch voor. Mensen bij wie het gebruik van opiaten uit de hand is gelopen nemen vaak ook andere middelen (polydrugsgebruik) op een manier die niet goed valt in te passen in een 'regulier' bestaan. Waar in dit hoofdstuk gesproken wordt over de verzamelterm 'harddrugs' is meestal minstens één opiaat in het geding en verder vooral cocaïne.
De afgelopen jaren is er veel geïnvesteerd in de behandeling en zorg van problematische opiaatgebruikers. Voorbeelden hiervan zijn de reguliere behandeling met methadon, de medische heroïnebehandeling, harm reduction via gebruikersruimten en spuitomruil en dagopvang, nachtopvang, hostels, beschermd wonen en Assertive Community Treatment (ACT) binnen het kader van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang. Speciaal voor justitiabele opiaatgebruikers is de forensische zorg uitgebreid (zie ook § 2.3.3).

5.1 Laatste feiten en trends

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

- Heroïnegebruik komt weinig voor in de algemene bevolking (§ 5.2) en onder scholieren (§ 5.3).
- Het aantal probleemgebruikers van opiaten is in het afgelopen decennium gedaald (§ 5.4).
- Het aantal cliënten met een primaire opiaatproblematiek daalde gestaag tussen 2002 en 2013. Nog maar weinig opiaatcliënten zijn jonger dan 30 jaar (§ 5.6).
- Misbruik en afhankelijkheid van opiaten worden in algemene ziekenhuizen zelden als hoofddiagnose gesteld. Het aantal diagnoses waarbij opiaatmisbruik en -afhankelijkheid als nevendiagnose wordt gesteld, schommelt tussen 1997 en 2012 rond gemiddeld 608 nevendiagnoses (§ 5.6).
- Het aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers is al jaren laag. Het aantal bestaande besmettingen met hepatitis C, is in sommige steden hoog (§ 5.7).
- Tussen 1996 en 2012 daalde de sterfte specifiek gerelateerd aan opiaten, maar schommelde de totale drugsgerelateerde sterfte grosso modo rond het zelfde niveau. De gemiddelde leeftijd van overlijden blijft stijgen (§ 5.7).

5.2 Gebruik: algemene bevolking

In 1997, 2001, 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). Vanwege een landelijk afstemmingstraject van leefstijlmonitoren zullen nieuwe cijfers over het heroïnegebruik in de algemene bevolking in 2015 verschijnen (Kramers et al., 2012).

Gebruik van heroïne komt niet veel voor onder de algemene bevolking (Van Rooij et al., 2011). Vanwege verschillen in de methode van ondervragen in 2009 moeten vergelijkingen tussen peilingen voorzichtig worden gemaakt (zie ook § 3.2).

- Volgens het NPO had 0,5% van de Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar in 2009 ervaring met heroïne. In 2005 was dat 0,6%.
- De percentages recente en actuele gebruikers waren in alle peiljaren nooit groter dan 0,1%.
- Deze cijfers zijn vermoedelijk een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in het bevolkingsonderzoek, zoals het NPO, ondervertegenwoordigd zijn. Veel mensen die illegaal opiaten gebruiken en methadoncliënten komen niet terecht in steekproeven uit de algemene bevolking omdat zij rondzwerven, in een (justitiële) instelling verblijven, of anderszins uit beeld zijn. Zij kunnen in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie § 5.3 en 5.4).

5.3 Gebruik: Jongeren

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

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

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

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

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

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

Bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen hebben iets vaker ervaring met heroïne dan hun 'doorsnee' leeftijdgenoten, maar actueel gebruik is in vrijwel alle groepen beperkt. Tabel 5.2 vat de resultaten samen van diverse, vaak lokale, studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Heroïne wordt sporadisch gebruikt onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen.
De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in verschillende groepen jongeren in het Amsterdamse uitgaansleven, zoals coffeeshops, cafés, trendy clubs en raves. In bepaalde kringen experimenteert een kleine minderheid met heroïne.

- Actueel gebruik van heroïne komt in het uitgaanscircuit vrijwel niet voor (Nabben et al., 2010). In 2013 had minder dan 0,1% van de bezoekers van clubs en raves ooit heroïne gebruikt. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). Onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam lag in 2008 het percentage ooitgebruikers op 1% (Benschop et al., 2009).
- Van de cafébezoekers in Amsterdam had 1,5% ooit heroïne gebruikt in 2005 en 1,2% in 2010 (geen statistisch significant verschil, Benschop et al., 2011).
- Onder coffeeshopbezoekers in Amsterdam lag het percentage ooitgebruikers in 2009 op 3%.

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

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

Probleemgroepen

- In Amsterdam speelt het gebruik van heroïne nauwelijks een rol onder jongeren in de jeugdzorg, school 'drop-outs' en de meest deviante groep van gedetineerde jongeren (Nabben et al., 2007; Benschop et al., 2013). Sleutelfiguren in Amsterdam signaleren dat heroïnegebruik vrijwel niet voorkomt onder de veelal allochtone buurtjongeren en verschillende groepen probleemjongeren, zoals jongensprostituees en dak- en thuisloze jongeren (Nabben et al., 2007; Benschop et al., 2009).
- In Gelderland hebben sleutelfiguren in 2009 alleen heroïnegebruik gesignaleerd onder jongeren in de jeugdhulpverlening. Deze jongeren gebruiken heroïne, maar ook slaap- en kalmeringsmiddelen, om te kalmeren na het gebruik van stimulerende middelen. Het komt voor dat heroïne een paar keer in de week wordt gebruikt als kalmeringsmiddel (De Jong et al., 2009).
- Vergeleken met jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam, werd op landelijk niveau in wat ouder onderzoek in 2008 onder 14- en 15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg een hoger percentage ooitgebruikers gevonden.
  - Van deze jongeren had 5% ervaring met heroïne. In de totale leeftijdsgroep van 12 tot en met 18 jaar had 4% ervaring met heroïne (Kepper et al., 2009a).
- Onder jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen had in 2009 3%, voorafgaand aan hun detentie, ooit heroïne gebruikt (Kepper et al., 2009b).
  - Een verschil in het ooitgebruik tussen deze jongens en de jongens in het reguliere voortgezet onderwijs is alleen gevonden voor de 17- en 18-jarigen.
  - In deze leeftijdsgroep had van de jongens in de justitiële jeugdinrichting 7% ooit heroïne gebruikt en had van de jongens in reguliere voortgezet onderwijs 2% ooit heroïne gebruikt.
  - Heroïne werd niet gebruikt tijdens het verblijf *in* de justitiële jeugdinrichting.

Tabel 5.2 Gebruik van heroïne in speciale groepen

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

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. - = Gegevens ontbreken. I. Selecte steekproef van jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). III. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. IV. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in 10 van de 12 JJI's.

Bronnen: Antenne 2010, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2011); Antenne 2008, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2009); Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/UvA (Van der Poel et al., 2010); Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a); Antenne 2012, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2013).

5.4 Problematisch gebruik

De beschikbare schattingen maken meestal geen duidelijk onderscheid tussen probleemgebruikers van opiaten en andere harddrugs (zie bijlage A voor een definitie van 'problematisch gebruik'). De schattingen in tabel 5.3 betreffen voornamelijk regelmatige gebruikers van illegale opiaten of van methadon, die doorgaans ook andere middelen gebruiken, zoals cocaïne (crack), alcohol en slaap- of kalmeringsmiddelen.

- Volgens de laatste schatting voor 2012 bedraagt het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland ongeveer 14 000 (Cruts et al., 2013).
- Tussen 2008/2009 en 2012 is het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland gedaald met ruim 20% van ongeveer 17 700 naar ongeveer 14 000.
- Per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar waren er in 2012 in Nederland ongeveer 1,3 probleemgebruikers van opiaten.

Tabel 5.3 Schattingen van het aantal probleemgebruikers van harddrugs en het aantal per 1 000 inwoners van 15 tot en met 64 jaar[I]

Bereik	Jaar	Aantal	Aantal per 1 000 inwoners van 15-64 jaar
Landelijk	2012	14 000	1,3
Amsterdam	2009	3 023	5,5
Enschede	2012	286	2,6
Hengelo	2012	59	1,1
Almelo	2012	98	2,1
Oost-Veluwe[II]	2012	292	1,8

I. Vanwege verschillen in definities en methoden dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. In Amsterdam, Enschede, Hengelo, Almelo, Oost-Veluwe en bij de landelijke schatting gaat het om schattingen van probleemgebruikers van (ook) opiaten. II. De regio Oost-Veluwe bestaat uit de gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe, Heerde en Voorst. Bronnen: Trimbos-instituut (Cruts et al., 2013), GGD Amsterdam (Buster en Van Brussel, 2011), Intraval (Kruize en Bieleman, 2013; Boendermaker en Bieleman, 2013).

Tot en met het jaar 2009 maakte de GGD Amsterdam schattingen van het aantal probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam. De omvang van deze groep bereikte pieken in 1988 en 1993 en liep toen terug. Dit kwam vooral door een daling in het aantal buitenlanders, vooral Italianen en Duitsers. In de afgelopen jaren is echter in alle groepen een daling waargenomen. In 2009 telde Amsterdam naar schatting 3 023 probleemgebruikers van opiaten.
Met ingang van 2010 is via de methode die hiervoor werd gebruikt geen betrouwbare schatting meer te geven (Buster en Van Brussel, 2011). Desondanks zijn er indicaties dat ook in 2010 de dalende trend in het heroïnegebruik in Amsterdam zich heeft voortgezet.

- In de vrijwillige ambulante methadonbehandeling daalde het aantal patiënten van 2 533 in 2005 naar 2 270 in 2010 en 2 061 in 2012. Op de politiebureaus daalde dit aantal in deze periode van 1 152 in 2005 naar 484 in 2010 en 427 methadonpatiënten in 2012 (Buster en Van Brussel, 2011; Nabben et al., 2014).
- De 'overblijvende' groep opiaatgebruikers is maatschappelijk gezien minder problematisch dan een decennium geleden, zoals blijkt uit het dalend percentage methadoncliënten bij de GGD Amsterdam met een politiecontact (30% in 2004 en 14% in 2010), de daling van het percentage spuiters en de toegenomen therapietrouw van methadoncliënten.

Leeftijd

De populatie heroïnegebruikers veroudert.

- In Amsterdam steeg de gemiddelde leeftijd van de methadonpatiënten van 32 jaar in 1989 naar 50 jaar in 2010 (Buster en Van Brussel, 2011). De helft van de patiënten was tussen de 45 en 55 jaar oud. Landelijke cijfers van de verslavingszorg (zie § 5.6) en de sterfte onder opiaatgebruikers (zie § 5.7) wijzen op een zelfde trend.
- De veroudering van de groep heroïnegebruikers gaat gepaard met toenemende lichamelijke en psychische gezondheidsklachten.

Gebruik scholieren

- Volgens de ESPAD-peiling kwam in 2011 het percentage ooitgebruikers van heroïne onder 15- en 16-jarige scholieren in Europa slechts in twee landen boven de 2% uit. Alleen in Cyprus en Monaco lag het percentage ooitgebruik van heroïne op 3%.
- In Nederland beweerde 1% van de scholieren ooit heroïne te hebben gebruikt (Hibell et al., 2012).

Probleemgebruik

- De Europese Unie en Noorwegen samengenomen telden in 2012 naar schatting 1,3 miljoen probleemgebruikers van opiaten. Dat zijn er circa 4 per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Het aantal probleemgebruikers van alle harddrugs is hoger, want in sommige landen zijn er substantiële aantallen probleemgebruikers van amfetamine en cocaïne (EMCDDA, 2014).
- Heroïne is het belangrijkste opiaat op de illegale markt, maar in sommige landen worden ook tal van andere synthetische opiaten (of opioïden) op de illegale markt aangetroffen, zoals buprenorfine (in Finland), methadon en fentanyl (in Estland).
- De schattingen zijn berekend met verschillende statistische methoden. Tabel 5.4 geeft de laagste en hoogste cijfers voor een aantal lidstaten van de EU-15 en Noorwegen. Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd.
- In de negen landen van de EU-15 en Noorwegen waarvoor nationale schattingen beschikbaar zijn, variëren de aantallen van 1 tot 8 probleemgebruikers van opiaten per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Nederland en Spanje staan onderaan in deze lijst. Het Verenigd Koninkrijk gaat aan kop.
- In de nieuwe lidstaten en de kandidaat-lidstaten varieert het aantal probleemgebruikers van opiaten per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar van circa 0,2 - 0,5 in Turkije tot 5,4 – 10,7 in Letland.

Tabel 5.4 Probleemgebruikers van opiaten in een aantal lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen

Land	Jaar	Aantal per 1 000 inwoners 15-64 jaar	
		Centrale schatting	Ondergrens – bovengrens[1]
Verenigd Koninkrijk	2010/2011	8,1	7,9 - 8,4
Oostenrijk	2011	5,3	5,2 - 5,5
Luxemburg	2007	5,9	5,0 - 7,6
Italië	2012	4,5	3,8 - 5,2
Duitsland	2011	-	3,2 - 3,8
Griekenland	2012	2,9	2,6 - 3,2
Noorwegen	2008	3	2,1 - 3,9
Nederland	2012	1,3	1,21 - 1,47
Spanje	2011	1,0	0,9 - 1,0

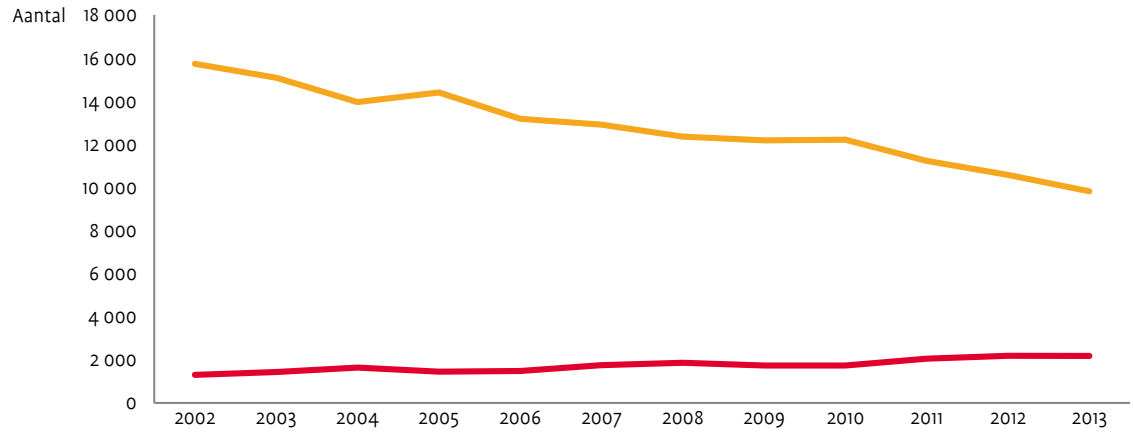
Vanwege verschillen in methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. - = Gegevens ontbreken. I. Uiterste waarden op basis van 95% betrouwbaarheidsintervallen of sensitiviteitsanalyse. Bronnen: EMCDDA, Trimbos-instituut (Cruts et al., 2013).

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn er 14 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg die anonieme gegevens over de hulpverlening sturen naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2014) (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS). In vorige jaren bevatte het LADIS ook gegevens van de verslavingsreclassering. Vanwege technische problemen zijn in dit NDM Jaarbericht de reclasseringsgegevens niet meer meegenomen. De LADIS-cijfers in dit Jaarbericht, van 2002 tot en met 2013, vallen daardoor lager uit dan de LADIS-cijfers in voorafgaande Jaarberichten.

- Er is een gestage daling waarneembaar van het aantal primaire opiaatcliënten. Hun aantal daalde tussen 2002 en 2013 met 38% (figuur 5.1).
- Het aandeel van opiaten in alle verzoeken om hulp vanwege drugs daalde van 60% in 2002 naar 32% in 2013. Dit komt mede door de groei in de afgelopen jaren van het aantal cliënten met een ander drugsprobleem, zoals cannabis en cocaïne.
- De meeste opiaatcliënten waren al eerder in behandeling bij de verslavingszorg. Slechts 2% werd ingeschreven in 2013 en stond niet eerder ingeschreven. In 2002 was nog 7% een nieuwkomer.
- Bijna 9 van de 10 primaire opiaatcliënten rapporteerden ook problemen met andere middelen (88%). Deze groep had voornamelijk een secundair probleem met cocaïne of crack (48%) gevolgd door alcohol (10%) en cannabis (7%). Van de primaire opiaatcliënten rapporteerde 12% geen bijmiddel.
- Opiaten worden minder vaak als secundair probleem genoemd (figuur 5.2). Voor deze groep is het primaire probleem voornamelijk cocaïne of crack (65%), of alcohol (25%). In 2013 is de registratie van de secundaire problematiek verbeterd, waardoor het aantal voor 2013 niet vergeleken kan worden met het aantal voor 2012.

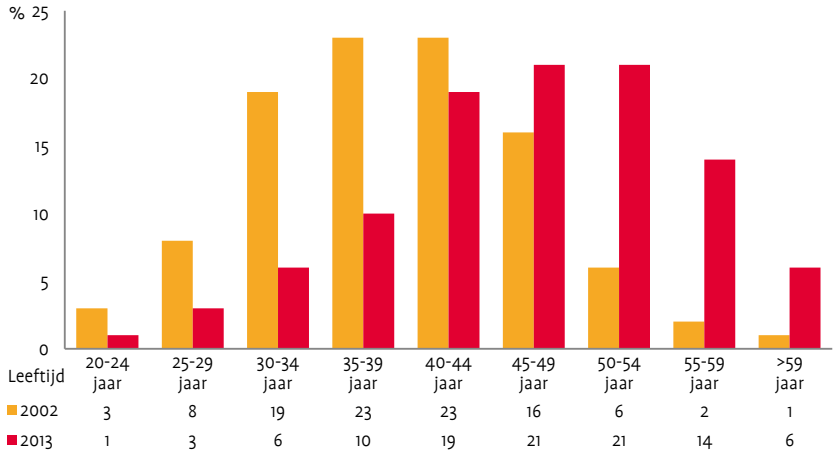
Figuur 5.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]) met primaire of secundaire opiaatproblematiek, vanaf 2002



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Primair	15 733	15 084	13 960	14 412	13 177	12 908	12 362	12 178	12 212	11 230	10 578	9 818
Secundair	1 302	1 433	1 636	1 447	1 480	1 756	1 862	1 738	1 732	2 053	2 187	2 176

Aantal cliënten. 1. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Met terugwerkende kracht zijn enkele administratieve correcties aangebracht. De secundaire problematiek van 2013 kan niet goed vergeleken worden met de secundaire problematiek van vóór 2007. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

Figuur 5.2 Leeftijdsverdeling van primaire opiaatcliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]). Peiljaren 2002 en 2013



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. 1. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

Leeftijd en geslacht

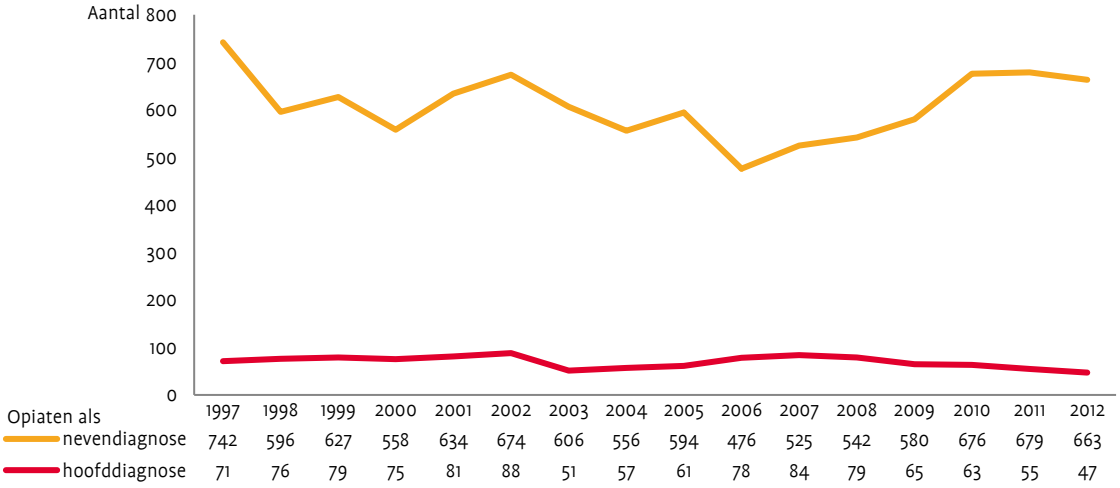
- In 2013 was 81% van de primaire opiaatcliënten man.
- De gemiddelde leeftijd van de opiaatcliënten steeg van 39 jaar in 2002 naar 47 jaar in 2012 en 2013. In 2013 was van de opiaatcliënten 81% ouder dan 39 jaar. In 2002 was dit nog maar 48% (figuur 5.2).
- Het aandeel van de jonge opiaatcliënten (20-29 jaar) daalde van 11% in 2002 naar 4% in 2013 (figuur 5.2).

Algemene ziekenhuizen

Minder vaak komen opiaatgebruikers in het ziekenhuis terecht, en dan gaat het vaak om somatische complicaties van het middelengebruik. Misbruik en afhankelijkheid van opiaten worden in algemene ziekenhuizen zelden als hoofddiagnose gesteld.

- In 2012 telde de Landelijke Medische Registratie (LMR) 47 opnames voor de hoofddiagnose opiaten (79% afhankelijkheid en 21% misbruik, figuur 5.3).
- Vaker komen opiaatmisbruik en -afhankelijkheid als nevendiagnose voor (663 in 2012). Tussen 1997 en 2012 schommelt dit aantal rond gemiddeld 608 nevendiagnoses (figuur 5.3).
- De hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses lopen sterk uiteen. Het meest vielen in 2012 op:
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (27%);
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (12%);
  - letsel door ongevallen (10%; breuken, wonden, hersenschudding);
  - vergiftiging (6%);
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs (3%);
  - huidaandoeningen (3%).
- In 2012 registreerde de LMR bovendien 92 klinische opnames door onopzettelijke vergiftiging met opiaten als nevendiagnose (ICD-9 codes E850.0 t/m E850.2).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2012 om 609 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met opiatenmisbruik of –afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose.
- Ook hier tekent zich een veroudering af. In 2012 was hun gemiddelde leeftijd 48 jaar. In 2005 was de gemiddelde leeftijd nog 41 jaar. Bijna driekwart (72%) was in 2012 man.

Figuur 5.3 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan opiaatmisbruik en -afhankelijkheid, vanaf 1997



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

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

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut. De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) van de GGD Amsterdam registreert al sinds langere tijd het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik in Amsterdam en omgeving, maar data ontbreken (tijdelijk, wegens wijzigingen in het registratiesysteem) sinds 2012. Voor de gegevens van de CPA in voorgaande jaren wordt verwezen naar het NDM Jaarbericht 2011.

Sinds 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Croes et al., 2014). In 2013 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege het ontbreken van de registratiecijfers uit 2012 en 2013 van de CPA in Amsterdam zijn de cijfers van deze dienst over alle jaren buiten deze rapportage gehouden, om een vergelijking over jaren mogelijk te maken. De CPA Amsterdam levert de ambulance cijfers uit Amsterdam en de regio Purmerend.

- In 2013 werden in totaal 3 481 drugsincidenten gemeld. Bij 161 meldingen waren heroïne of methadon betrokken; hiervan was in 99 gevallen heroïne of methadon als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.
- In tabel 5.5 worden de heroïne- en methadonincidenten samengevat over de periode 2009-2013. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst. In deze periode werden in totaal 12 156 unieke drugsincidenten gemeld (exclusief de incidenten van de ambulances Amsterdam en Purmerend), waarvan 304 incidenten met heroïne of methadon (of de combinatie) als enige drug(s).
- Acute gezondheidsincidenten met heroïne of methadon worden door ambulances, ziekenhuizen en politieartsen gemeld, maar komen op grootschalige evenementen nagenoeg niet voor.
- Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. In meer dan de helft van de incidenten is de mate van intoxicatie matig of ernstig. Daarin zijn de afgelopen vijf jaar geen veranderingen opgetreden.

Tabel 5.5 Incidenten met heroïne of methadon als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2013

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal)	157 (6%)	64 (3%)	82 (6%)	1 (<1%)
Man	73%	88%	88%	
Leeftijd: >25 jaar	97%	97%	98%	
Mate van intoxicatie*				
Licht[I]	26%	42%	41%	
Matig[II]	55%	16%	41%	
Ernstig[III]	19%	42%	18%	

*Percentages berekend op de bekende aantallen. De registraties van de CPA Amsterdam (ambulancedata) zijn in deze tabel niet opgenomen. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Croes et al., 2014).

- Vergeleken met de andere drugs zijn patiënten met een gezondheidsincident na gebruik van heroïne of methadon relatief oud.
- Bij combinatiegebruik is met name de combinatie met cocaïne (basecoke en cocaïne-HCl) het meest frequent.
- Zes patiënten overleden in de periode 2009-2013 binnen de peilstationsregio's aan een overdosering opiaten (heroïne en/of methadon), al dan niet gecombineerd met alcohol. Nog eens negen anderen overleden aan een combinatie van drugs, waar methadon en of heroïne onderdeel van waren.

5.7 Ziekte en sterfte

Hiv

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

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

- In 2013 was injecterend drugsgebruik bij 3 van de 829 nieuw aangemelde personen met een hiv-infectie (0,4%) de meest waarschijnlijke oorzaak van besmetting (tabel 5.6) (Van Aar et al., 2014). Het betrof 1 man en 2 vrouwen.

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

Transmissiegroep	Hiv gevallen gediagnosticeerd in 2013	Aandeel in totaal aantal geregistreerde hiv gevallen	Aandeel mannen[II]
Totaal (aantal)	829	21 723	80%
Injecterende drugsgebruikers	3	749	73%
Mannen die seks hebben met mannen	580	12 481	100%
Heteroseksueel contact	188	6 733	44%
Overige categorieën[I]	58	1 760	76%

I. Inclusief ontvangers van bloedproducten, prikaccidenten, moeder-kind overdracht en overige/onbekende oorzaken. De aantallen worden voortdurend aangepast wegens vertraagde meldingen. II. Van het cumulatieve aantal per transmissiegroep. Bron: RIVM (Van Aar et al., 2014).

- Tot en met 2013 was van de totale groep van 21 723 geregistreerde hiv-geïnfecteerde personen bij 749 personen (3,4%) injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijke transmissieroute. Zowel het absolute als het relatieve aantal nieuwe hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers in de hiv behandelcentra is sinds een aantal jaar aan het dalen. Van alle tot en met 2000 nieuw aangemelde hiv-geïnfecteerden was 8% geassocieerd met injecterend drugsgebruik. De laatste jaren is de bijdrage van injecterend drugsgebruik onder de nieuwe meldingen minder dan 2%. In absolute aantallen ging het de afgelopen vijf jaar om minder dan 10 gevallen per jaar.

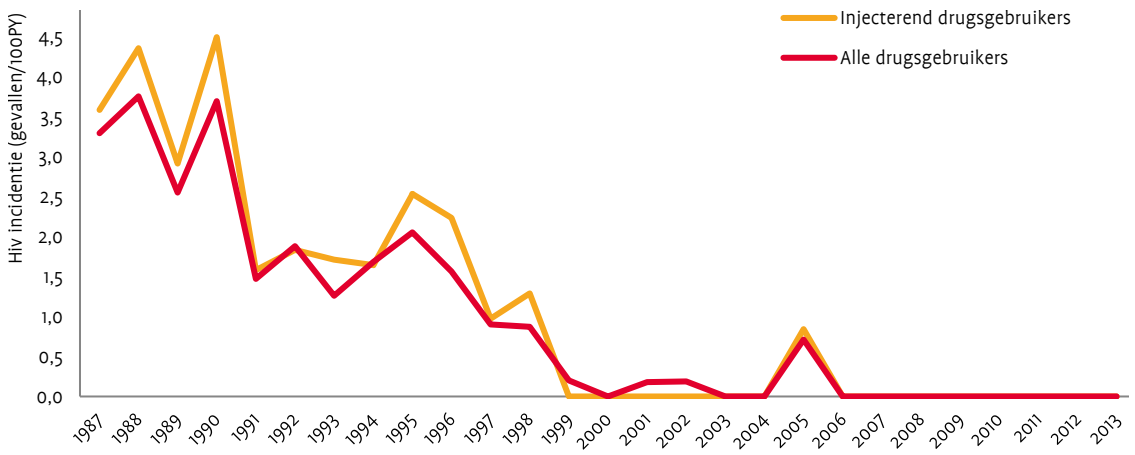
Een tweede bron voor hiv data zijn de Amsterdamse Cohort Studies. In dit langlopend onderzoek werd in de afgelopen twintig jaar een sterke daling gevonden van het percentage hiv-positieve drugsgebruikers en speciaal ook onder jonge drugsgebruikers (< 30 jaar tijdens inclusie in de studie).

- Het aantal nieuwe hiv-diagnoses onder ooit-injecteerders daalde van 8,5 per 100 persoonsjaren in 1986 naar ongeveer 0 sinds 2000. Tussen 2000 en 2013 werden alleen 2 gevallen vastgesteld in 2005 (Van Aar et al., 2014) (figuur 5.4).
- Onder alle 1 298 deelnemers aan de Amsterdamse Cohort Studies voor drugsgebruikers, ook niet-injecteerders, daalde het aantal nieuwe besmettingen van 6,0 per 100 persoonsjaren in 1986 naar minder dan 1 per 100 persoonsjaren in 2011 (Van der Knaap et al., 2013).
- Bij de start van de studie waren al 261 deelnemers besmet met hiv; gedurende het onderzoek raakten 97 anderen besmet. De deelnemers werden in totaal 12 921 persoonsjaren gevolgd. In deze periode daalde zowel het injecteren, het delen van spuiten en naalden, als seksueel risicogedrag. Ook het aantal patiënten bij wie een seksueel overdraagbare aandoening werd gediagnosticeerd was in 2010-2011 laag (5 van de 197 geteste personen).
- Uit de analyses bleek dat onbeschermd seksueel contact vooral plaatsvond bij deelnemers met een vaste partner. Deelnemers met een hiv-besmetting rapporteerden minder vaak onbeschermde seks (Van der Knaap et al., 2013). Al deze bevindingen duiden op een beperkte overdracht van hiv en suggereren dat drugsgebruikers geen bron van betekenis zijn in de huidige verspreiding van hiv in Amsterdam (Van der Knaap et al., 2013).

Overige (lokale) bronnen

- In Amsterdam worden de meeste methadonbehandelcentra gecoördineerd door de GGD. Als onderdeel van de methadonbehandeling worden patiënten regelmatig getest op drugsgerelateerde infectieziekten. In 2012 werden 75 ooit-injecterende drugsgebruikers onderzocht op de aanwezigheid van hiv antistoffen; één van hen had een positieve testuitslag (1,3%) (bron: M. de Wit, GGD Amsterdam).

Figuur 5.4 Jaarlijkse hiv-incidentie onder injecterende drugsgebruikers en alle drugsgebruikers in de Amsterdamse Cohort Studies, 1986-2013



PY= persoonsjaren. Bron: Amsterdamse Cohort Studies (Van Aar et al., 2014).

Internationale vergelijking

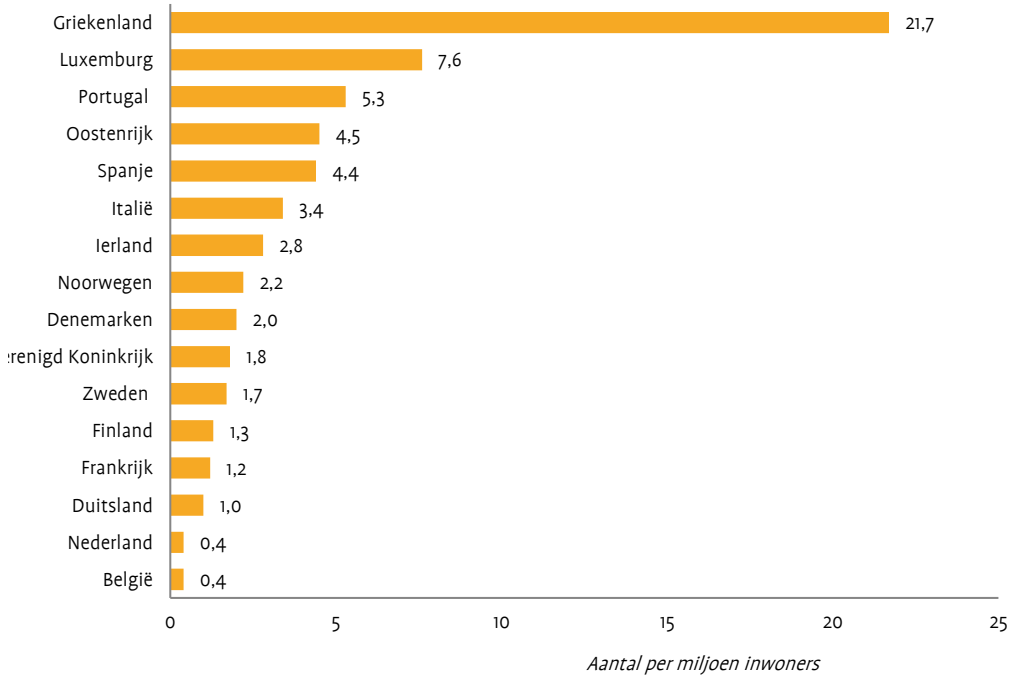
Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction rapporteert over het vóórkomen van besmetting met hiv onder injecterende drugsgebruikers in lidstaten van de Europese Unie (EMCDDA, 2014). De gegevens, verzameld door het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), stammen uit uiteenlopende bronnen en verschillen in dekkingsgraad. De situatie op lokaal niveau kan sterk verschillen van het algemene landelijke beeld. De cijfers zijn daarom niet goed vergelijkbaar en geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad.

- Sinds een aantal jaar blijft in de meeste landen van de Europese Unie het aantal nieuwe hiv-infecties gerelateerd aan injecterend drugsgebruik laag. Het beperkte aantal gemelde nieuwe hiv-infecties kan voor een deel verklaard worden door de toegenomen beschikbaarheid van preventie, behandeling en schadebeperkende maatregelen. Ook speelt de dalende populariteit van het injecteren van drugs een rol.
- Enkele Zuid- en Oost-Europese landen zagen de afgelopen jaren echter wel een toename van hiv onder injecterend drugsgebruikers. In Griekenland en Roemenië hebben in 2011 en 2012 hiv-uitbraken onder injecterende drugsgebruikers plaatsgevonden. Ook in Estland, Letland en Litouwen is de hiv-besmettingsgraad hoger dan in de rest van Europa (EMCDDA, 2014). De dalende trend in hiv-besmettingsgraad die zich sinds 2004 in Europa had ingezet is daarmee doorbroken, en tussen 2010 en 2012 is weer een toename waarneembaar.
- In de EU-15 behoort Nederland samen met België tot de landen met het laagste aantal nieuw gediagnosticeerde hiv infecties onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners (figuur 5.5).

Hepatitis B en C

Een chronische infectie met het hepatitis B of hepatitis C virus kan ernstige vormen van leverontsteking veroorzaken. Het hepatitis B virus wordt overgedragen door bloed-bloedcontact of door onveilig seksueel contact. Hepatitis C kan vrijwel alleen worden overgedragen door direct bloed-bloed contact. Hepatitis C is veel besmettelijker dan hiv en kan ook worden overgedragen door het delen van besmette (spuit) attributen anders dan naalden. In Nederland behoren injecterende drugsgebruikers tot de groepen met de grootste aantallen besmetting met hepatitis C.

Figuur 5.5 Aantal nieuw gediagnosticeerde hiv gevallen onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners in landen van de EU-15, peiljaar 2012



Bron: EMCDDA/ECDC (2014).

Hepatitis B en C komen in de algemene Nederlandse bevolking niet veel voor: naar schatting onder 0,22% van de bevolking (minimaal 0,07% en maximaal 0,37%) is besmet, hetgeen een absoluut aantal van 28 100 hepatitis C patiënten zou betekenen in Nederland (minimaal 9 600 en maximaal 48 000) (Vriend et al., 2014).

Verschillende bronnen geven informatie over de acute en chronische besmetting van drugsgebruikers met hepatitis B en C. Nieuwe besmettingen met hepatitis B en C gerelateerd aan drugsgebruik worden nauwelijks nog gevonden. Recent wordt wel een (forse) toename van nieuwe besmettingen gevonden onder (hiv-positieve) homo-mannen.

- Acute hepatitis C infectie is een meldingsplichtige ziekte. Van de 62 meldingen van een acute of recente hepatitis C infectie bij het RIVM in 2013 was in 57 gevallen de transmissieroute bekend; bij twee (4%) van hen ging het om injecterend drugsgebruik (bron: RIVM).
- Van de 130 nieuwe gevallen van *acute* hepatitis B infectie in 2013 was in 93 gevallen de oorzaak van besmetting bekend. In geen van deze gevallen was er een relatie met injecterend drugsgebruik. Het aantal gemelde acute gevallen van hepatitis B gerelateerd aan drugsgebruik blijft al jaren beperkt tot nul of één (bron: RIVM).

Chronische besmetting met hepatitis B of C komt vaker voor onder drugsgebruikers dan in de algemene bevolking. De gegevens worden niet systematisch verzameld en zijn niet volledig representatief voor alle drugsgebruikers. Dat komt ondermeer omdat vooral de drugsgebruikers die in contact staan met de verslavingszorg worden bereikt, en ook omdat binnen deze groep selectie plaatsvindt in wie wel of niet wordt getest.

Hepatitis B

- Ook chronische hepatitis B infectie is een meldingsplichtige ziekte. Het totaal aantal gemelde chronische hepatitis B infecties in 2013 was 1 109, waarvan bij 808 meldingen de transmissieroute bekend was. In 3 gevallen (0,3%) was injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijke bron (bron: RIVM).
- Een grote groep drugsgebruikers (17 859 personen) deed mee aan het nationale hepatitis B vaccinatieprogramma, dat wordt gecoördineerd door het RIVM en voor drugsgebruikers tot 1 januari 2012 open stond. Sindsdien wordt de vaccinatie in de verslavingszorginstellingen aangeboden. Dat gebeurt incidenteel of structureel, afhankelijk van de organisatie. Ongeveer 9% van de deelnemers bleek immuun te zijn. Chronisch dragerschap van het virus (en daarmee besmettelijkheid) was aanwezig bij 0,8% (Trienekens et al., 2012) (zie ook de uitgebreidere informatie in voorgaande Jaarberichten).

Hepatitis C

- Schattingen naar de prevalentie van hepatitis C verschillen sterk tussen steden en lopen uiteen van ongeveer 30 tot 80%. Omdat hepatitis C veel besmettelijker is dan hiv hebben veel hiv-positieve drugsgebruikers een co-infectie met hepatitis C, maar omgekeerd is dat niet het geval (zie voorgaande Jaarberichten).
- Naar schatting 7 752 ooit-injecterend drugsgebruikers zouden met hepatitis C besmet zijn (Vriend et al., 2013). Van hen zouden 759 (range: 603 – 1 017) ook besmet zijn met hiv en 6 993 (range 7 009 – 15 263) niet.
- Het aantal personen in Nederland dat ooit in het verleden via drugsgebruik met hepatitis C besmet zou zijn geraakt maar al jaren buiten beeld van de verslavingszorg is omdat zij het drugsgebruikverleden hebben afgesloten, is onbekend. Zij zitten "verstopt" in de categorie "overig" waar ongeveer 7 000 personen onder zouden vallen (Vriend et al., 2013).
- Personen die ooit zijn besmet met het hepatitis C virus kunnen dat in ongeveer 20% van de gevallen ook spontaan weer kwijtraken ("klaren"). Zij hebben geen behandeling nodig, maar kunnen wel weer opnieuw besmet raken.

Internationale vergelijking

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

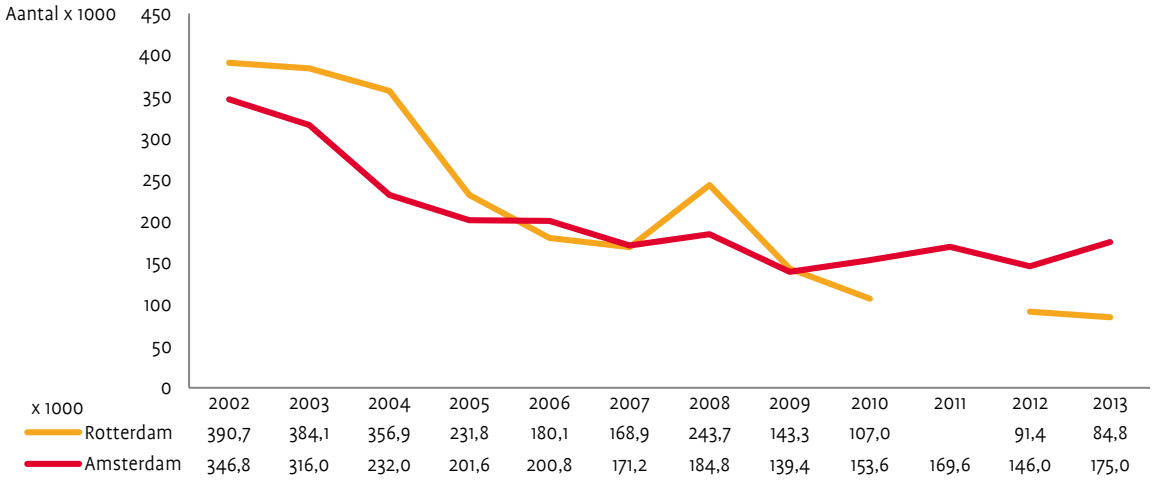
- Cijfers van het EMCDDA geven aan dat, net als in Nederland, in de lidstaten van de EU besmetting met hepatitis C zeer frequent voorkomt onder injecterende drugsgebruikers. In acht van de twaalf landen waar nationale cijfers (over 2010/2011) beschikbaar zijn, wordt onder groepen injecterende drugsgebruikers een besmettingsgraad van meer dan 40% gerapporteerd (EMCDDA, 2013). Boven deze grens neemt de kans op een uitbraak van hiv door injecterend drugsgebruik toe.
- In de 18 landen met gegevens over 2010/2011 is injecterend drugsgebruik in 58% van de hepatitis C diagnoses de meest waarschijnlijke bron van overdracht.
- Injecterend drugsgebruik is in 7% de bron van overdracht in alle hepatitis B diagnoses (EMCDDA, 2013).

Risicogedrag

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

- Volgens de meest recente cijfers uit de verslavingszorg heeft 30% van de opiaatgebruikers in de verslavingszorg ooit geïnjecteerd. In 2013 was injecteren voor 8% van de opiaatcliënten in de verslavingszorg de gangbare wijze van gebruik (Wisselink et al., 2014).

Figuur 5.6 Aantal omgeruilde spuiten in Amsterdam en Rotterdam[1] 2002-2013



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

- Ook een recente veldstudie die als basis dient voor een schatting van het aantal problematisch opiaatverslaafden vindt vergelijkbare cijfers (Cruts et al., 2013). In de vijf steden waar het veldwerk werd gedaan onder 401 opiaatgebruikers meldde 10% in de afgelopen vier weken te hebben geïnjecteerd, 13% in de afgelopen zes maanden en 40% in het afgelopen jaar.
- In de Amsterdamse Cohort Studies werd in 2010-2011 door 12% van de 197 deelnemers aan een onderzoek naar seksueel overdraagbare aandoeningen gemeld dat zij de afgelopen zes maanden drugs hadden geïnjecteerd. In het totale cohort (1985-2011) rapporteerde 52% het afgelopen half jaar te hebben gespoten, hetgeen de daling in het aantal injecteerders onderstreept (Knaap et al., 2013).
- Recente cijfers over het delen van gebruikte spuiten op landelijk niveau ontbreken. Gebruik makend van een rekenmodel werd in de Amsterdamse Cohort Studies becijferd dat in 2011 vrijwel niemand meer naalden deelde, terwijl dat in 1985 nog door een kwart van de bezoekers werd gemeld (Van der Knaap et al., 2013). Uit de data van de Amsterdamse Cohort Studies blijkt ook dat de meeste injecteerders gebruikmaken van spuitomruilprogramma's (Van der Knaap et al., 2013).
- Het is daarom niet verwonderlijk dat het aantal omgeruilde naalden en spuiten in spuitomruilprogramma's in Amsterdam en Rotterdam de afgelopen jaren fors is gedaald. Begin jaren negentig werden in Amsterdam jaarlijks rond een miljoen naalden omgeruild. In 2013 waren dat er nog 175 000, en dat duidt op een zekere stabiliteit sinds 2007 (bron: GGD Amsterdam). In Rotterdam is het aantal omgeruilde spuiten tussen 2000 en 2013 verminderd van 422 000 naar 84 800 (figuur 5.6) (bron: GGD Rotterdam-Rijnmond).
- De jarenlange daling van het aantal omgeruilde spuiten kan worden verklaard door een daling van het aantal heroïnegebruikers, een afname van de populariteit van het injecteren, de toename van het gebruik van cocaïne in de vorm van crack en de hogere sterfte onder injecterende drugsgebruikers.

Aids

Het jaarlijks aantal meldingen van aids (alle transmissieroutes) bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (tot en met 1999) en de Stichting HIV Monitoring (vanaf 2000) steeg van 325 in 1988 tot 533 in 1995 en daalde sindsdien tot 244 gevallen in 2012 (Van Aar et al., 2014). De cijfers over 2013 zijn nog niet compleet (tot verschijnen meest recente RIVM overzicht: 155 gevallen) (Van Aar et al., 2014). Dit komt onder meer door het op de markt komen van effectieve anti-retrovirale geneesmiddelen (HAART).

Door gebruik daarvan leidt besmetting met hiv minder of later tot aids.

- De bijdrage van injecterend drugsgebruik aan het aantal gevallen van aids in Nederland is in al die jaren beperkt gebleven. In 2012 werd aids bij 4 injecterende drugsgebruikers geregistreerd en in 2013 bij 2 (Van Aar et al., 2014). De data over 2013 zijn nog niet compleet.
- Onder de 9 150 aids patiënten die tot en met 2013 zijn geregistreerd, zijn 728 injecterende drugsgebruikers (8,0%). Dat betekent dat de bijdrage van injecterend drugsgebruik aan het ontwikkelen van aids gemiddeld hoger is dan bij het oplopen van hiv.
- Na een piek in 1995 van 14% is het aandeel van injecterende drugsgebruikers onder de patiënten bij wie hiv zich heeft ontwikkeld tot aids weer afgenomen.
- Relatief veel drugsgebruikers met aids sterven. In 2013 overleden 124 geregistreerde aids patiënten, en 12 van hen (9,7%) waren besmet geraakt door injecterend drugsgebruik (van Aar et al., 2014).

Internationale vergelijking

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

- In 2011 werd het hoogste aantal nieuwe gevallen van aids onder injecterende drugsgebruikers gezien in Letland (27,1 nieuwe gevallen per miljoen inwoners). Ook Estland (14,9), Spanje (6,5), Portugal (5,0) en Litouwen (2,5/miljoen inwoners) kennen relatief hoge aantallen nieuwe aids gevallen (EMCDDA, 2013).

Sterfte

Bij cijfers over de sterfte gerelateerd aan drugsgebruik wordt meestal onderscheid gemaakt tussen de 'directe sterfte' en de 'indirecte sterfte'. De directe sterfte is de sterfte ten gevolge van het binnen krijgen van een dodelijke hoeveelheid drugs, ook wel 'acute sterfte' of 'overdosis' genoemd. Daarnaast is er de sterfte die indirect samenhangt met het drugsgebruik, zoals de leefstijl (uitputting, geweld, suïcide) of wijze van gebruik (injecteren) en ongevallen onder invloed van drugs. De algehele directe en indirecte sterfte onder drugsgebruikers wordt in kaart gebracht in cohortonderzoek waarin drugsgebruikers over de jaren heen worden 'gevolgd' (Cruts et al., 2008). Voor de directe sterfte wordt in de meeste landen gebruikgemaakt van algemene doodsoorzakenstatistieken. In deze paragraaf gaat het vooral over cijfers over de directe sterfte.

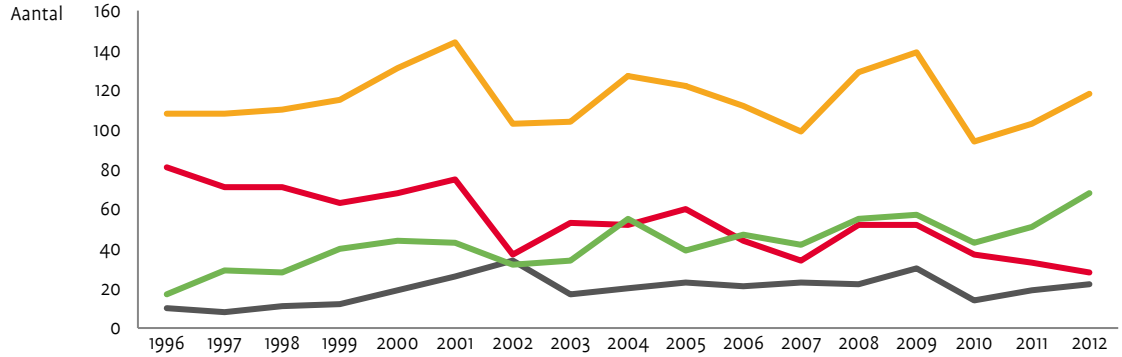
Directe sterfte

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland maar weinig mensen aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. Bij de directe sterfte gaat het om een overdosering, dat wil zeggen een vergiftiging door een dodelijke hoeveelheid drugs. Volgens de standaard van het EMCDDA voor het berekenen van de directe drugssterfte worden alle gevallen meegeteld van niet-opzettelijke vergiftiging, opzettelijke vergiftiging (suïcide) en vergiftiging waarvan niet is vastgesteld of deze al dan niet met opzet heeft plaatsgevonden (EMCDDA, 2013).

De directe sterfte gerelateerd aan alle drugs (opiaten, cocaïne en overige drugs) vertoont een grillig verloop (figuur 5.7).

- De totale sterfte schommelde in de periode 1996-2012 tussen de 99 en 144 gevallen per jaar.
- In deze periode daalde het aandeel sterfgevallen waarbij opiaatgebruik de primaire doodsoorzaak vormde en nam het aandeel cocaïnegerelateerde sterfgevallen en de sterfte aan overige drugs iets toe. Het gaat bij de laatste gevallen vaak om (combinaties van) harddrugs al dan niet samen met andere middelen, maar soms ook om (combinaties van) medicijnen en/of alcohol.

Figuur 5.7 Sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland, vanaf 1996



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Totaal	108	108	110	115	131	144	103	104	127	122	112	99	129	139	94	103	118
Opiaten	81	71	71	63	68	75	37	53	52	60	44	34	52	52	37	33	28
Cocaïne	10	8	11	12	19	26	34	17	20	23	21	23	22	30	14	19	22
Overig	17	29	28	40	44	43	32	34	55	39	47	42	55	57	43	51	68

Aantal sterfgevallen. Volgens ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X42**, X41**, X62**, X61**, Y12**, Y11** (**In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

- Methadon werd in 2012 6 maal als primaire doodsoorzaak geregistreerd. Tussen 1996 en 2012 waren er gemiddeld 7 gevallen per jaar. Doorgaans gaat het hier om een combinatie met andere middelen.
- De aantallen betreffen alleen sterfgevallen onder inwoners die officieel stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. In 2012 waren bij het CBS nog eens 16 gevallen bekend van drugssterfte onder mensen die wel in Nederland verbleven, maar niet als inwoner stonden geregistreerd in het bevolkingsregister.

Leeftijd en geslacht

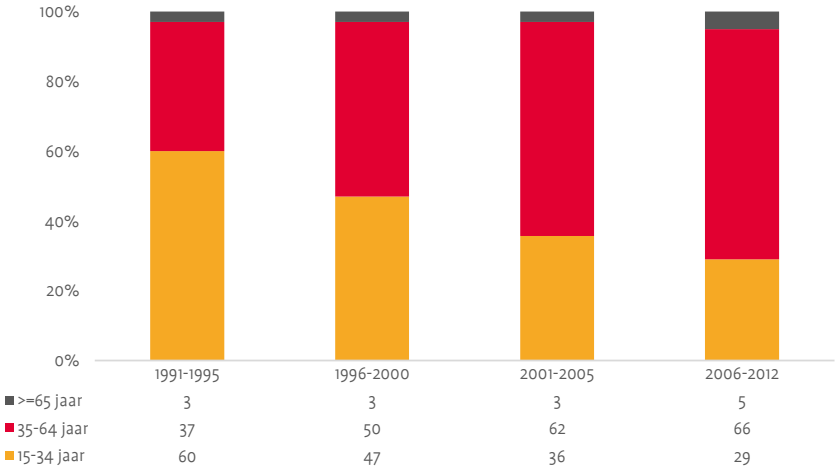
- Net als de gebruikers van opiaten worden ook de slachtoffers van een dodelijke overdosis opiaten steeds ouder. Het aandeel van de jonge opiaatgebruikers die overlijden daalt. In de jaren 1991 tot en met 1995 was nog 60% van de overledenen jonger dan 35 jaar, vergeleken met nog maar 29% gemiddeld over de jaren 2006 tot en met 2012 (figuur 5.8).
- In 2012 was 82% van de opiaatslachtoffers man en was 18% vrouw. Tussen 1996 en 2012 schommelde het percentage mannen tussen 59% en 85% en schommelde het percentage vrouwen tussen 16% en 41%.

Amsterdam

De GGD Amsterdam rapporteert jaarlijks het aantal sterfgevallen door overdoseringen onder Amsterdamse drugsgebruikers (figuur 5.9). De registratie van de overdosissterfte in Amsterdam verschilt van de landelijke Doodsoorzakenstatistiek van het CBS, doordat in Amsterdam ook overledenen worden meegeteld die niet stonden ingeschreven in het bevolkingsregister. Het gaat daarbij onder andere om buitenlanders die illegaal in Nederland verbleven en om toeristen.

- In 2010 en 2011 overleden achtereenvolgens 27 en 18 drugsgebruikers in Amsterdam na een 'overdosering' van drugs, vaak opiaten al dan niet in combinatie met andere middelen.
- Tussen 2001 en 2011 schommelde het aantal sterfgevallen rond een gemiddelde van 25 gevallen per jaar (figuur 5.9). Het aantal van 18 gevallen in 2011 is het laagste aantal sinds 1978.
- Van de 18 gevallen in 2011 ging het om 4 vrouwen en 14 mannen. Hun leeftijd ten tijde van overlijden varieerde van 26 tot 67 jaar. De gemiddelde leeftijd lag op 42 jaar.

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



Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

- Bij één sterfgeval kunnen meerdere middelen worden aangetroffen. Al met al werden bij de 18 gevallen uit 2011 de volgende middelen gevonden: cocaïne (10 maal), opiaten (10 maal), amfetaminen/ecstasy (8 maal), GHB/GBL (5 maal) en medicijnen (10 maal).
- In 9 van de 18 gevallen was er een indicatie dat er suïcide was gepleegd. In 2 gevallen van suïcide was, naast andere middelen, GHB/GBL gebruikt.

Sterfte na intensive care

Een vergiftiging door harddrugs als opiaten, cocaïne en amfetamine kan zo ernstig zijn, dat een drugsgebruiker in het ziekenhuis moet worden opgenomen op een afdeling voor intensive care. Behandelingen op de intensive care worden geregistreerd via de National Intensive Care Evaluation (NICE). Door anonieme koppelingen van NICE aan Vektis, het databestand van de zorgverzekeraars, kon statistische informatie worden verzameld over de sterfte na intensive care (Brandenburg et al., 2014).

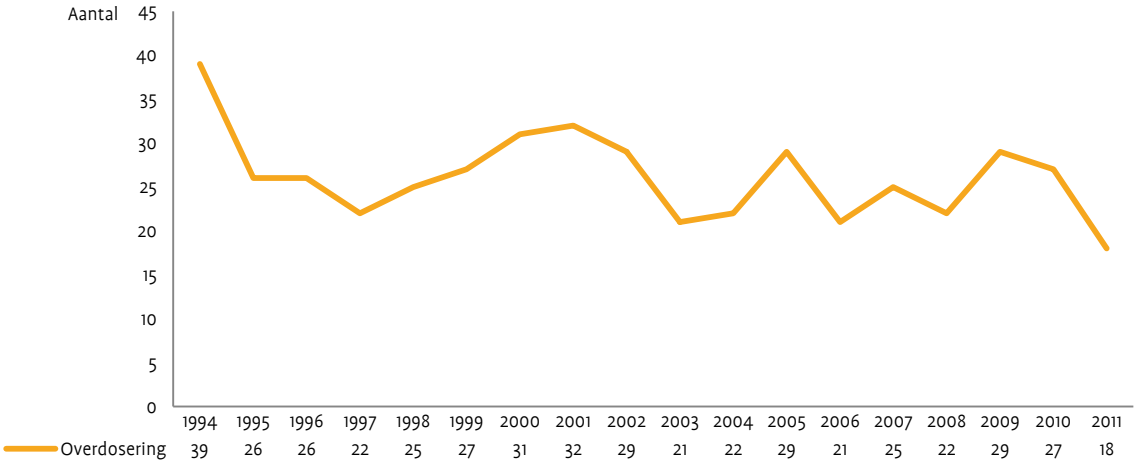
- Anoniem gekoppelde gegevens konden worden achterhaald voor 834 patiënten die tussen 1 januari 2008 en 1 oktober 2011 werden opgenomen op een afdeling voor intensive care voor een vergiftiging door alleen harddrugs. Deze patiënten waren gemiddeld 36,5 jaar en 71,6% was man.
- Voor nog eens ongeveer 80 patiënten kon worden achterhaald dat zij op de intensive care waren behandeld voor een vergiftiging door een combinatie van harddrugs met alcohol.
- Van de patiënten die werden opgenomen op de intensive care voor een vergiftiging door alleen harddrugs overleed 3,5% tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Van de harddrugspatiënten die het ziekenhuis konden verlaten overleed nog eens 8,1% binnen een jaar.

Internationale vergelijking

Volgens het EMCDDA (2013) laten de meeste cohortonderzoeken zien dat circa 1% tot 2% van de problematische drugsgebruikers jaarlijks sterft. Dat is minstens 10 keer hoger dan de verwachte basissterfte in de algemene bevolking.

- Jaarlijks gaat het in Europa om circa tussen 10 000 en 20 000 opiaatgebruikers. Het merendeel van deze sterfgevallen komt voor onder mannen rond de 30 jaar.
- Het gaat hier niet alleen om fatale overdoseringen maar ook om de indirecte aan drugsgebruik gerelateerde doodsoorzaken, zoals ongevallen infectieziekten, geweld en suïcide.

Figuur 5.9 Sterfte door overdosering onder drugsgebruikers in Amsterdam, vanaf 1994

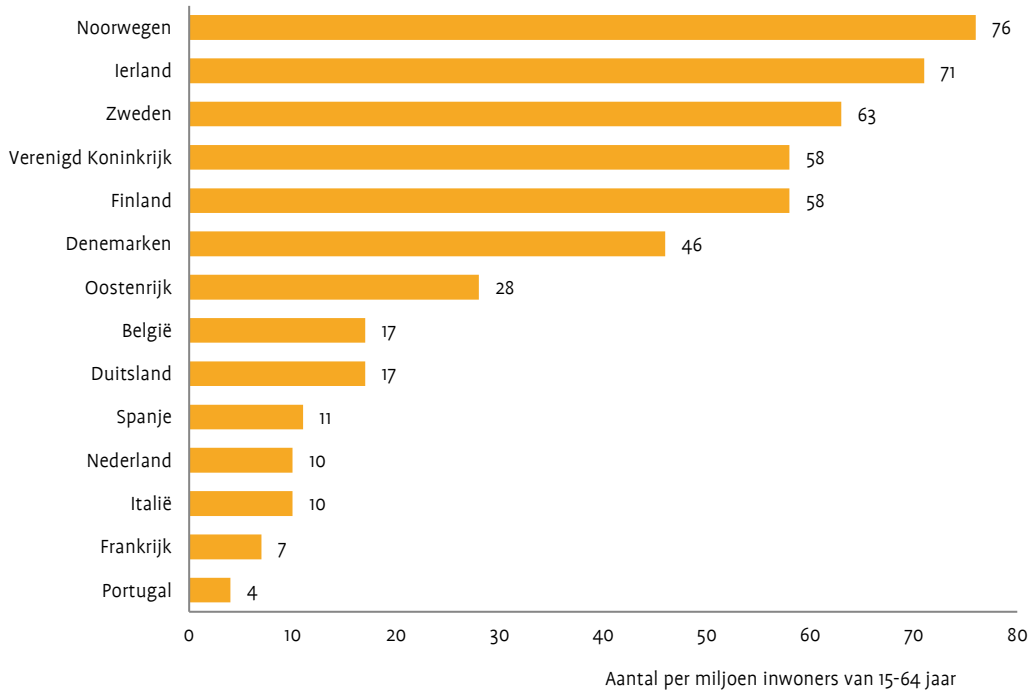


Aantal sterfgevallen door overdoseringen onder personen die ooit als opiaatgebruiker waren geregistreerd bij de GGD Amsterdam. Bron: GGD Amsterdam.

De meeste landenspecifieke gegevens over de drugssterfte zijn beschikbaar voor overdoseringen (acute drugssterfte).

- In de periode van 1996 tot en met 2012 werden door de lidstaten van de EU en Noorwegen jaarlijks tussen de 6 100 en 8 400 drugsgerelateerde sterfgevallen gerapporteerd (EMCDDA, 2012, 2013, 2014). In 2012 ging het om ongeveer 6 100 sterfgevallen, een daling ten opzichte van 2009 (7 100 sterfgevallen). Deze cijfers zijn een ondergrens omdat niet alle gevallen van drugssterfte worden geregistreerd.
- Een internationale vergelijking van de drugssterfte wordt bemoeilijkt door verschillen in de definitie van dit begrip. Wel is er een standaard van het EMCDDA voor drugssterfte, gebaseerd op een specifieke selectie van ICD-9 of ICD-10 codes uit de doodsoorzakenstatistieken.
- Figuur 5.10 toont voor deze landen het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar voor 2012.
- In Noorwegen, Ierland en Zweden ligt de drugssterfte relatief hoog. In Portugal, Frankrijk, Italië en Nederland ligt de drugssterfte relatief laag.
- De meeste landen rapporteerden een stijgende trend in sterfgevallen door overdoses vanaf 2003 tot 2008/2009, waarna zich een stabilisering en later een daling begon af te tekenen. De situatie varieert niettemin per land en een aantal landen rapporteert nog steeds een stijging, zoals bijvoorbeeld Estland, waar de hoogste drugssterfte wordt gerapporteerd. In dit land nam het aantal overdosisgevallen in de afgelopen jaren sterk toe tot 191 per miljoen inwoners, overwegend vanwege gebruik van fentanyl, een sterk werkend opiaat dat vaak wordt toegepast bij de behandeling van post-operatieve pijn.

Figuur 5.10 Aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar in een aantal landen van de EU-15 en Noorwegen in 2012[1]



Aantal sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar. 1. Volgens het EMCDDA protocol (selectie B) voor drugssterfte. Bron: EMCDDA.

5.8 Aanbod en markt

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

6. Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen

6.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 127
6.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 127
6.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 129
6.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 133
6.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 134
6.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 137
6.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 144
6.8	Aanbod en markt	▶ pagina 146

6. Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen

De officiële benaming van ecstasy is 3,4-methyleendioxymethamfetamine (MDMA). Ook stoffen die chemisch op MDMA lijken – zoals MDA, MDEA, MBDB en amfetamine – of stoffen die daar geheel niet op lijken, worden als ecstasy verkocht, zonder dat de gebruiker zich daar altijd van bewust is. Tenzij anders aangegeven, bedoelen wij in dit hoofdstuk met 'ecstasy' stoffen die als ecstasy worden beleefd of aangeprezen. Met amfetamine bedoelen wij zowel 'gewone' amfetamine als 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 verslavende werking is vermoedelijk gering. Ecstasy wordt doorgaans geslikt in pillen. Soms wordt het als poeder opgelost in een drankje en gedronken.

Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy, en heeft geen entactogene werking. Amfetamine wordt in het uitgaansleven gebruikt, maar ook door opiaat- of polydrugsverslaafden. Bij frequent gebruik kan afhankelijkheid optreden. Dit risico is groter voor methamfetamine dan voor 'gewone' amfetamine. De gebruikersnaam voor amfetamine is 'speed'. Amfetamine wordt in Nederland meestal geslikt of gesnoven en soms geïnjecteerd. Methamfetamine wordt soms gerookt.

De toegenomen concentratie van MDMA in ecstasypillen en de aanwezigheid van andere riskante stoffen, zoals 4-methylamfetamine (4-MA) en paramethoxymethylamfetamine (PMMA), in ecstasy en/of amfetamine zijn in de afgelopen jaren in verband gebracht met (fatale) gezondheidsincidenten. Er zijn diverse waarschuwingsacties geweest via het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) en instellingen voor verslavingszorg. Vanwege de grote gezondheidsrisico's geassocieerd met het gebruik van 4-MA is dit middel in juni 2012 op lijst I van de Opiumwet geplaatst (zie § 2.1).

Geregeld verschijnen er stoffen op de (Europese) markt, die qua werking vergelijkbaar zijn met de 'traditionele' illegale drugs, maar niet onder de drugswetgeving vallen en vaak worden geproduceerd om deze te omzeilen (DIMS, 2014). Voorheen werden deze stoffen aangeduid als 'legal highs', 'research chemicals' of 'designer drugs', en tegenwoordig met de term Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS). Voorbeelden zijn 4-fluoramfetamine, methylon, methoxetamine, en 6-APB (Benzo Fury). In 2013 rapporteerden de EU-lidstaten in het kader van het Early Warning System aan het EMCDDA 81 van deze nieuwe middelen. In de afgelopen vier jaar waren er in totaal 250 meldingen. In het algemeen is het gebruik beperkt en vaak tijdelijk. Slechts van een enkel middel lijkt het gebruik wat bestendiger. Er is doorgaans weinig bekend over de risico's van NPS. Soms worden deze stoffen bewust gebruikt en soms worden zij toegevoegd aan andere drugs (vooral ecstasy of amfetamine), zonder dat de gebruiker hier van af weet. In dit hoofdstuk wordt naar NPS gerefereerd in § 6.8 bij de marktgegevens.

6.1 Laatste feiten en trends

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

- In 2009 waren er in de algemene bevolking dubbel zo veel ecstasy- als amfetaminegebruikers (§ 6.2). In 2015 komen meer recente cijfers beschikbaar.
- Het gebruik van ecstasy en amfetamine onder scholieren van het voortgezet onderwijs is tussen 2003 en 2011 gestabiliseerd (§ 6.3).

Ectasy

- Ecstasy blijft na cannabis veruit de belangrijkste illegale drug in het uitgaansleven. Er zijn aanwijzingen dat het middel in de afgelopen jaren in populariteit is gestegen, vooral onder frequente party- en festivalbezoekers (§ 6.3).
- Desondanks melden maar weinig mensen zich bij de verslavingszorg met een primair ecstasyprobleem en hun aantal is sinds 2005 gedaald. Het aantal cliënten voor wie ecstasy het secundaire probleem is, is zes maal zo groot (§ 6.6).
- Het aandeel ecstasy-gerelateerde gezondheidsincidenten gemeld door EHBO-posten op grote evenementen nam tussen 2009 en 2012 toe en stabiliseerde in 2013 (§ 6.6).
- De toename in het gemiddelde gehalte MDMA in ecstasypillen tussen 2009 en 2012 zette zich voort in 2013 (§ 6.8).

Amfetamine

- Het aantal amfetaminecliënten bij de verslavingszorg is na een stijging sinds het begin van deze eeuw in 2012 licht gedaald en in 2013 gestabiliseerd (§ 6.6).
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen vanwege een hoofddiagnose misbruik- of afhankelijkheid van amfetamine-achtigen is beperkt. De stijging die het afgelopen decennium waarneembaar was zette zich niet voort in 2012 (§ 6.6).
- Het gehalte amfetamine in speedpoeders fluctueerde sterk tussen 2008 en 2012. Van 2012 naar 2013 is een duidelijke stijging gerapporteerd (§ 6.8).

6.2 Gebruik: algemene bevolking

In 1997, 2001, 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). Vanwege een landelijk afstemmingstraject van leefstijlmonitoren zullen nieuwe cijfers over het ecstasy- en amfetaminegebruik in de algemene bevolking in 2015 verschijnen (Kramers et al., 2012).

De methode van gegevensverzameling verschilde in 2009 van die in de eerdere peilingen. In 1997, 2001 en 2005 zijn gegevens over drugsgebruik verzameld in een persoonlijk interview met respondenten, waarbij de onderzoeker de antwoorden op een laptop invoerde. In 2009 vulde de respondent zelf direct de antwoorden op de vragen in, zonder dat de interviewer meekeek. Er zijn aanwijzingen dat meer anonieme en privacybeschermende methoden, zoals toegepast in 2009, leiden tot iets hogere prevalenties van gebruik (persoonlijke communicatie CBS; EMCDDA, 2002).

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

	Ecstasy					Amfetamine				
	1997	2001	2005	…	2009[III]	1997	2001	2005	…	2009[III]
Ooitgebruik	2,3%	3,2%	4,3%	…	6,2%	2,2%	2,0%	2,1%	…	3,1%
Recent gebruik[I]	0,8%	1,1%	1,2%	…	1,4%	0,4%	0,4%	0,3%	…	0,4%
Actueel gebruik[II]	0,3%	0,3%	0,4%	…	0,4%	0,1%	0,0%	0,2%	…	0,2%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	0,5%	0,5%	0,3%	…	0,5%	0,2%	0,2%	0,1%	…	0,2%
Gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers [I]	25,1 jaar	26,6 jaar	28,1 jaar	…	-	25,8 jaar	27,0 jaar	25,9 jaar	…	-

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005), 5 769 (2009). … = Wijziging methode.
- = Gegevens ontbreken. I. In het afgelopen jaar. II. In de afgelopen maand. III. In 2009 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: NPO, CBS/IVO.

- Het aantal Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar dat ervaring heeft met ecstasy nam toe tussen 2001 en 2005 (tabel 6.1). In 2009 werd een hoger percentage ooitgebruik gevonden dan in 2005.
- Het percentage recente en actuele gebruikers van ecstasy bleef tussen 2001 en 2005 en tussen 2005 en 2009 op het zelfde niveau (Van Rooij et al., 2011).
- Vergeleken met ecstasy hebben veel minder mensen ooit of recent amfetamine gebruikt. Hun aantal bleef tussen 2001 en 2005 stabiel. In 2009 werd een hoger percentage gevonden in het ooitgebruik van amfetamine, maar dat kan het gevolg zijn geweest van de nieuwe onderzoeksmethode. Het recent en actueel gebruik bleef tussen 2005 en 2009 op hetzelfde niveau.
- Vanwege verschillen in methode kan niet worden vastgesteld of de hogere percentages ooitgebruik in 2009 een daadwerkelijke toename in het gebruik betekenen. Ook kan niet worden gesteld dat de gelijke percentages voor recent en actueel gebruik in 2005 en 2009 een stabiele trend in het gebruik reflecteren.
- Het percentage actuele gebruikers bleef in 2009 voor zowel ecstasy als amfetamine ruim beneden de 1%.
- In absolute getallen bedroeg in 2009 het aantal actuele gebruikers van ecstasy 44 000 en bedroeg het aantal actuele gebruikers van amfetamine 22 000. Deze schattingen zijn vermoedelijk aan de lage kant, omdat probleemgebruikers van harddrugs in de bewuste peiling ondervertegenwoordigd waren.
- De jaarlijkse aanwas van nieuwe ecstasygebruikers blijft tussen 2001 en 2005 stabiel. Voor amfetamine is de daling van 2001 naar 2005 statistisch significant.

Leeftijd, geslacht en stedelijkheid

- Voor zowel ecstasy als amfetamine was in 2009 het percentage ooitgebruikers groter onder de mannen dan onder de vrouwen. Onder de mannen had 8,3% ooit ecstasy gebruikt en onder de vrouwen 4,0%. Amfetamine was ooit gebruikt door 4,8% van de mannen en 1,4% van de vrouwen (Van Rooij et al., 2011).
- Het ooitgebruik van ecstasy kwam in 2009 het meest voor in zeer sterk stedelijke gebieden (10,4%) en kwam het minst voor in matig stedelijke gebieden (4,7%), weinig stedelijke gebieden (4,2%) en niet-stedelijke gebieden (4,5%). Voor amfetamine is in 2009 geen statistisch significant verschil gevonden tussen de zeer sterk stedelijke gebieden (4,1%) en de weinig stedelijke (2,9%) en niet-stedelijke gebieden (3,0%).

- Mensen in de leeftijdsgroep 25 tot en met 44 jaar hadden in 2009 de meeste ervaring met ecstasy (11,3% versus 6,0% onder 15-24-jarigen en 1,2% onder 45-64-jarigen). Ook het ooitgebruik van amfetamine lag het hoogst in de leeftijdsgroep 25-44 jaar (5,0%), gevolgd door de leeftijdsgroep 15-24 jaar (3,1%) en 45-64 jaar (1,3%).
- Het aantal recente en actuele ecstasy- en amfetaminegebruikers is te klein voor een uitsplitsing naar leeftijd, geslacht en stedelijkheid.
- De gemiddelde leeftijd van de recente ecstasygebruikers is gestegen van 25 jaar in 1997 naar 28 jaar in 2005. Voor amfetamine zijn over de jaren geen verschillen gevonden.
- De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 17,3 jaar voor ecstasy en 17,4 jaar voor amfetamine. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 22,2 jaar voor ecstasy en 21,6 jaar voor amfetamine.

6.3 Gebruik: Jongeren

Scholieren

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

- Van 1992 tot 1996 steeg het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van het regulier middelbaar onderwijs (figuur 6.1) (Verdurmen et al., 2012).
- Voor beide drugs daalde het percentage ooitgebruikers statistisch significant tussen 1996 en 1999. Verschillen tussen 1999 en 2011 waren niet statistisch significant (figuur 6.1).
- Het percentage actuele gebruikers van ecstasy en amfetamine daalde statistisch significant tussen 1996 en 1999 en stabiliseerde vervolgens (figuur 6.1).

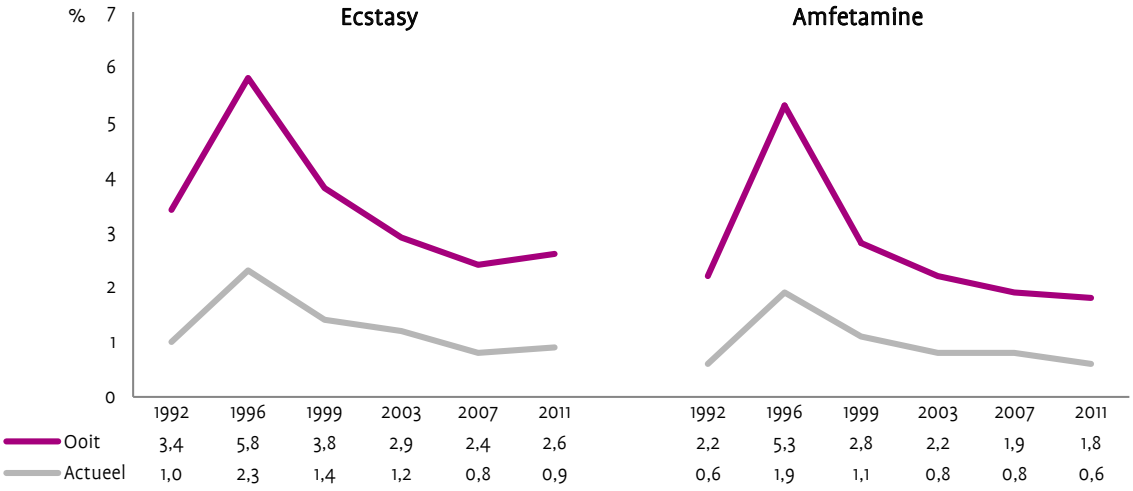
Leeftijd en geslacht

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

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen bevinden zich naar verhouding meer gebruikers van ecstasy en amfetamine. Tabel 6.2 vat de resultaten samen van uiteenlopende studies. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

Figuur 6.1 Gebruik van ecstasy en amfetamine onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1992



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

Ecstasy

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Ecstasy blijft (na cannabis) veruit de belangrijkste illegale drug in het uitgaanscircuit, vooral de dance scenes, ook al heeft het middel de laatste jaren concurrentie gekregen van cocaïne, amfetamine en GHB.

- In 2013 signaleerden sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven dat ecstasy het meest favoriete middel is gebleven (Nabben et al., 2014). Er hebben zich in dat jaar weliswaar gezondheidsincidenten voorgedaan, maar die hebben weinig afbreuk gedaan aan het positieve imago van ecstasy in het uitgaansleven. Daarbij weten lang niet alle gebruikers hoe sterk een pil is. De sleutelfiguren constateerden effecten van hoger gedoseerde pillen in de vorm van "wegdraaiende ogen, vertrokken gezichten en dolende zielen, zwabberend over het feestterrein" (Nabben et al., 2014). Gebruikers zelf klagen over "zware katers, uitputting, chagrijnig gedrag, schokken in het hoofd, lichtflitsen, paranoia of een irritante piep in de oren" (Nabben et al., 2014).
- De Antenne survey in 2013 onder clubbers en ravers laat een forse toename zien van het percentage gebruikers van ecstasy vergeleken met 2008. Deze stijging komt niet alleen op conto van de ravers. In 2008 lag het actuele gebruik op 21%, in 2013 was dat 55% (43% voor clubbers en 69% voor ravers).
- Het gemiddeld aantal pillen per uitgaansavond is iets gedaald: 1,3 in 2013 versus 1,6 in 2008, maar gezien de (bijna) verdubbeling van de gemiddelde hoeveelheid MDMA in een pil krijgen gebruikers anno 2013 toch meer 'actieve stof' binnen dan in 2008 (naar schatting 192 mg versus 148 mg).
- Ook in Gelderland is ecstasy vooral populair in het uitgaansleven. Naar schatting van sleutelfiguren gebruikt 75% tot 100% van de uitgaande jongeren dit middel, terwijl dit bij hangjongeren op circa 5% tot 25% werd geschat (Beurmanjer et al., 2012). In 2011 zijn er echter meer gebruikers die ecstasy ook elders nemen: thuis, op afterparty's en op hangplekken, en niet alleen in het weekend maar soms ook doordeweeks. Evenals in de panelstudie in Amsterdam vormen bijwerkingen (misselijkheid, hartkloppingen, paniek, malende kaken, kater in de dagen er na) voor de meesten geen reden om minder ecstasy te gebruiken.

Ook uit een landelijk online onderzoek uit 2013 komt het beeld naar voren van de relatief grote populariteit van ecstasy in bepaalde segmenten van het uitgaansleven. Aan het Grote Uitgaansonderzoek 2013

naar middelengebruik en risicogedrag deden 3 335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs mee van 15 tot en met 35 jaar (Goossens et al., 2013). De respondenten vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Bijna de helft van de deelnemers (45%) bezocht maandelijks of vaker een party of festival, en tweederde had een voorkeur voor techno/hardhouse muziek.

- Zes op de tien uitgaanders (61%) hadden ecstasy in het afgelopen jaar gebruikt en een op de drie deed dit nog in de afgelopen maand (35%).
- Van degenen die ecstasy in het afgelopen jaar hadden gebruikt, nam 58% het middel een paar keer per jaar en 28% eens per maand. Twaalf procent nam ecstasy een paar keer per maand, 1,6% eens per week en 0,2% een paar keer per week. Dagelijks of bijna dagelijks gebruik van ecstasy kwam niet voor.
- Voorkeurslocaties van ecstasygebruik tijdens het uitgaan laten zien dat ecstasy een typische partydrug is: 93% van de recente gebruikers noemt party's en festivals als voorkeurslocatie, op afstand gevolgd door clubs/discotheken (35%), feestjes thuis (27%) en café/kroeg (2%).
- De kans op recent en actueel ecstasygebruik neemt toe naarmate iemand vaker party's en festivals bezoekt. Ook ligt het gebruik hoger onder mannen. Lager opgeleiden en frequente partygangers gebruiken vaker ecstasy dan hoger opgeleiden en minder frequente stappers. De hoeveelheid ecstasy die gemiddeld wordt genomen is hoger onder mannen, frequente stappers en lager opgeleiden, vergeleken met vrouwen, minder frequente stappers en hoger opgeleiden.

Probleemjongeren

- Uit wat ouder onderzoek uit 2009 onder jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen bleek dat 15% van de jongens, voorafgaand aan hun detentie, ooit ecstasy had gebruikt (Kepper et al., 2009b). Er waren grote verschillen in het ooitgebruik van ecstasy tussen deze jongens en de jongens in het reguliere voortgezet onderwijs: 17% versus 1% onder de 13- en 14-jarigen, 12% versus 3% onder de 15- en 16-jarigen en 16% versus 9% onder de 17-en 18-jarigen. Van de jongens gaf 5% aan ecstasy te hebben gebruikt tijdens hun verblijf *in* de justitiële jeugdinrichting.
- Het percentage jongeren in de residentiële jeugdzorg dat ooit ecstasy heeft gebruikt varieerde in 2008 van 7% onder de 12- en 13-jarigen tot 15% onder de 14- en 15-jarigen en 25% onder de 16-jarigen. In het reguliere onderwijs lagen deze percentages beduidend lager op respectievelijk 1%, 2% en 3% (Kepper et al., 2009a). Gemiddeld had 21% van de jongeren in de jeugdzorg ooit ecstasy gebruikt, 18% van de jongens en 23% van de meisjes. In de jeugdzorg in Amsterdam in 2012 had 12% van de jongeren ooit ecstasy gebruikt en had 4% in de afgelopen maand nog ecstasy gebruikt (Benschop et al., 2013).

Amfetamine

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Amfetamine is bijna net zo populair onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen als ecstasy, en lijkt cocaïne te zijn voorbijgestreefd in de afgelopen jaren. Vanwege de relatief lage prijs wordt amfetamine ook wel eens 'armoedecoke', 'boerencoke' of 'crisiscoke'genoemd (Nabben et al., 2014).

- In het Amsterdamse uitgaansleven zit amfetamine de afgelopen jaren in de lift, na een flinke dip in 2006. Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaanscircuit in Amsterdam werd amfetamine tussen 2006 en 2012 steeds populairder en heeft deze trend zich in 2013 gestabiliseerd (Nabben et al., 2014). Amfetamine is bijna net zo populair als cocaïne. Gebruikers noemen als negatieve effecten van amfetamine "slaapproblemen, uitputting, paniekaanvallen, hyperventilatie en een slechte huid (vooral bij vrouwen)" (Nabben et al., 2014).
- De Antenne survey onder clubbers en ravers in 2013 bevestigt de observaties. Het actuele amfetaminegebruik steeg van 6% onder clubbers in 2008 naar 23% in 2013 (14% onder de clubbers en 34% onder de ravers).

Van de actuele gebruikers geeft ruim een kwart (27%) aan amfetamine sporadisch te gebruiken. De helft (51%) neemt amfetamine af en toe of alleen bij gelegenheden, 18% alleen in het weekend. Drie procent gebruikt amfetamine een paar dagen per week en bijna 1% bijna dagelijks.
- In Gelderland constateren sleutelfiguren dat gebruik van amfetamine vooral voorkomt onder hangjongeren, die gemiddeld wat ouder zijn dan de ecstasygebruikers (Beurmanjer et al., 2012). Zij gebruiken het middel vooral in het weekend "om lekker los en hard te gaan", waarbij een deel gedurende de dagen erna problemen ervaart (slapeloosheid, uitputting) en minder functioneert.

In het hiervoor (bij ecstasy) beschreven online Groot Uitgaansonderzoek uit 2013 komt het beeld naar voren van de relatief grote populariteit van amfetamine onder frequente bezoekers van party's, festivals en clubs (Goossens et al., 2013).
- Een op de drie uitgaanders (33%) had amfetamine in het afgelopen jaar gebruikt en een op de vijf deed dit in de afgelopen maand (19%).
- Voor een ruime helft (56%) van de recente gebruikers bleef het amfetaminegebruik beperkt tot een paar keer per jaar. Ongeveer evenveel gebruikers namen amfetamine eens per maand of een paar keer per maand (respectievelijk 17% en 18%). Zes procent rapporteerde eens per week te gebruiken, 3% een paar keer per week en minder dan 1% (bijna) dagelijks.
- De kans op actueel amfetaminegebruik nam toe naarmate iemand vaker party's en festivals bezoekt en lager opgeleid is. De gebruiksfrequentie en hoeveelheid ecstasy die tijdens het uitgaan wordt genomen, zijn hoger onder lager opgeleiden en nemen toe met de frequentie van partybezoek.
- Evenals voor ecstasy zijn voor veel uitgaanders party's en festivals een voorkeurslocatie om amfetamine te gebruiken (91%). Op afstand volgen clubs/discotheken (37%), feestjes thuis (35%) en café/kroegen (12%).

Methamfetamine

Cijfers van het DIMS (zie § 6.8) en gegevens van de Antenne panel studie en survey 2013 suggereren dat *meth*amfetamine in Nederland sporadisch wordt gebruikt (Nabben et al., 2014).
- De survey onder clubbers en ravers laat zien dat 1,4% ooit met dit middel heeft geëxperimenteerd. Het recent en actueel gebruik lagen op respectievelijk 0,5% en 0,2%.

Probleemjongeren

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

Tabel 6.2 Gebruik van ecstasy en amfetamine in speciale groepen

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

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. - = Gegevens zijn onbekend. I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). III. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's.

Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013); Antenne 2008, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2009); Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2010); Antenne 2010, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2011); Antenne 2013, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2014); Haags Uitgaansonderzoek, Gemeente Den Haag/Parnassia/Politie Haaglanden (Dekkers et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a;b); Antenne 2012, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2013); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012), IVO, UMC St Radboud.

6.4 Problematisch gebruik

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

- Zowel ecstasy als amfetamine kunnen bij chronisch gebruik leiden tot afhankelijkheid. Wél staat het optreden van een onttrekkingssyndroom bij ecstasy ter discussie (Degenhardt et al., 2010; Leung en Cottler, 2008). De na-effecten van ecstasy na een weekend fors gebruik worden soms ten onrechte aangezien voor onttrekkingsverschijnselen (McKetin et al., 2014).
- Het aantal hulpvragen bij de verslavingszorg voor ecstasy is gering (zie ook § 6.6). Onbekend is of dit samenhangt met een geringe omvang van het probleemgebruik, de aard en ernst van de klachten, of andere factoren.
- Ecstasygebruikers hebben vanaf 2008 de mogelijkheid hulp te zoeken bij speciale medische spreekuren van de verslavingszorg in het westen van het land. Tot en met oktober 2012 vonden er in totaal 104 intakes plaats. De hulpvragers voor problemen met ecstasy blijken vooral klachten te rapporteren zoals depressiviteit, gevoelens van derealisatie, angst, verminderde concentratie, vermoeidheid, gevoel van schokken in het hoofd, tintelingen, spiertrekkingen, zichtproblemen en duizelingen (Litjens et al., 2014).

- In een onderzoek uit 2008/2009 naar het middelengebruik op party's en festivals en in clubs en discotheken (Van der Poel et al., 2010) is ook gekeken naar het probleemgebruik van ecstasy en amfetamine.
  - Probleemgebruik werd gedefinieerd als het voldoen aan drie of meer van de volgende zeven criteria: gebruiken ondanks problemen, veel tijd besteden aan gebruik, veel meer nodig hebben van het middel voor hetzelfde effect, meer gebruiken dan men van plan was, zonder succes proberen te minderen of te stoppen, belangrijke activiteiten opgeven, of zich ziek voelen bij minderen of stoppen.
  - Van de partybezoekers bleek dat van de recente gebruikers van ecstasy 11% een probleemgebruiker was. Van de recente gebruikers van amfetamine was 19% een probleemgebruiker.
  - Van de clubbezoekers die het afgelopen jaar ecstasy hadden gebruikt was 13% een probleemgebruiker. Van de clubbezoekers die het afgelopen jaar amfetamine hadden gebruikt was 21% een probleemgebruiker.

6.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Tabel 6.3a en 6.3b presenteren gegevens over het gebruik van ecstasy en amfetamine in een aantal EU-lidstaten, Noorwegen, Australië, Canada en de Verenigde Staten.

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 6.3a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 6.3b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in Bijlage C vermeld. In de meeste landen wordt geen onderscheid gemaakt tussen amfetamine en methamfetamine. Volgens het EMCDDA speelt methamfetamine in de EU vooral een rol in Tsjechië en Slowakije, maar speelt het ook een rol in landen als Letland, Zweden, Noorwegen en Finland (EMCDDA, 2012, 2013, 2014).
- Wat betreft het ooitgebruik van ecstasy spannen Australië (10,3%) en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales, 8,3%) de kroon. Percentages van 5% tot 7% zijn verder gevonden in Ierland (6,9%), de Verenigde Staten (6,2%) en Nederland (6,2%). In Noorwegen, Malta en Roemenië komt het percentage ooitgebruikers niet boven 1% uit.
- Het percentage mensen dat ooit amfetamine heeft gebruikt loopt uiteen van minder dan 1% in Portugal, Cyprus, Malta, Slowakije en Roemenië tot 8,3% in de Verenigde Staten, met een uitschieter naar 11,6% in het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales). In de Verenigde Staten gaat het om het oneigenlijk gebruik van medicinale amfetaminen. In Nederland heeft 3,1% ervaring met amfetamine.
- Het percentage recente consumenten van ecstasy is het hoogst in Australië (3,0%). In de andere landen varieert het recent gebruik van ecstasy van 0,0% tot 1,4%. Voor amfetamine varieert het percentage recente gebruikers van 0,1% of minder in Italië, Malta, Slowakije en Roemenië tot 2,1% in Australië.
- In Nederland ligt het percentage recente gebruikers van ecstasy (1,4%) in de bevolking van 15-64 jaar boven het Europese gemiddelde van 0,5%. Voor amfetamine ligt het percentage recente gebruikers in Nederland op het Europese gemiddelde van 0,4% (EMCDDA, 2014). Onder jongeren en jongvolwassenen van 15-34 jaar ligt het recent gebruik op respectievelijk 3,1% in Nederland en 1,0% voor het Europees gemiddelde.

Tabel 6.3a Consumptie van ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15 en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar

		15-64 jaar				15-34 jaar			
		Ecstasy		Amfetamine		Ecstasy		Amfetamine	
Land		Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent
Ierland	2011	6,9%	0,5%	4,5%	0,4%	10,9%	0,9%	6,4%	0,8%
Nederland	2009	6,2%	1,4%	3,1%	0,4%	11,6%	3,1%	5,1%	-
Spanje	2011	3,6%	0,7%	3,3%	0,6%	5,7%	1,4%	4,6%	1,1%
Frankrijk	2010	2,4%	0,2%	1,7%	0,2%	4,5%	0,4%	2,4%	0,5%
Oostenrijk	2008	2,3%	0,5%	2,5%	0,5%	3,3%	1%	3,1%	0,9%
Zweden	2008	2,1%	0,1%	5,0%	0,8%	-	-	-	-
Finland	2010	1,8%	0,4%	2,3%	0,8%	3,9%	1,1%	4,3%	1,6%
Portugal	2012	1,3%	0,3%	0,5%	<0,1%	2,3%	0,6%	0,5%	0,1%
Noorwegen	2009	1,0%	0,3%	3,8%	0,7%	-	-	-	-

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). - = Gegevens ontbreken. Bron: EMCDDA.

Tabel 6.3b Consumptie van ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen[1]

Land	Jaar	Leeftijd	Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Recent	Ooit	Recent
Australië	2010	14 en ouder	10,3%	3,0%	7,0%	2,1%
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2010/2011	16 - 59	8,3%	1,4%	11,6%	1,1%
Verenigde Staten	2010 2011 2012	12 en ouder	6,3% 5,7% 6,2%	1,0% 0,9% 1,0%	8,5% 7,9% 8,3%	1,1% 1,0% 1,3%
Canada	2011	15 en ouder	3,8%	0,7%	3,4%	0,5%
Italië	2012	18 - 64	1,8%	<0,1%	1,8%	0,1%
Duitsland	2009	18 - 64	2,4%	0,4%	3,7%	0,7%
Denemarken	2010	16 - 64	2,1%	0,3%	6,2%	0,7%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Bronnen: EMCDDA, SAMHSA, CADUMS, AIHW.

Tabel 6.4a Consumptie van ecstasy onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde StatenI. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011

Land	1999	2003		2007		2011	
	Ooit	Ooit	Recent	Ooit	Ooit	Ooit	Recent
Verenigde Staten[I]	6%	6%	3%	5%	3%	7%	5%
België[II]	-	4%	3%	5%	4%	4%	3%
Nederland	4%	5%	3%	4%	3%	4%	3%
Portugal	2%	4%	2%	2%	1%	3%	3%
Frankrijk	3%	4%	-	4%	2%	3%	2%
Ierland	5%	5%	2%	4%	3%	2%	2%
Italië	2%	3%	2%	3%	2%	2%	2%
Duitsland[III]	-	3%	2%	3%	2%	2%	1%
Griekenland	2%	2%	2%	2%	2%	2%	1%
Zweden	1%	2%	1%	2%	2%	2%	1%
Spanje[IV]	-	5%	3%	3%	2%	2%	1%
Denemarken[IV]	3%	2%	2%	5%	2%	1%	1%
Finland	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%
Noorwegen	3%	2%	1%	1%	1%	1%	1%
Verenigd Koninkrijk[V]	3%	5%	3%	4%	3%	-	-
Oostenrijk	-	3%	2%	3%	2%	-	-
Zwitserland	-	2%	1%	2%	2%	-	-

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

Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van 15 en 16 jaar in Europese landen. Tabel 6.4a toont het gebruik van ecstasy en tabel 6.4b toont het gebruik van amfetamine in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde vergelijkbaar onderzoek uit (Hibell et al., 2000, 2004, 2009, 2012).

- Het percentage leerlingen dat in 2011 wel eens ecstasy heeft geprobeerd was het laagst in Denemarken, Finland en Noorwegen (1%). De Verenigde Staten gingen aan kop met 7%, gevolgd door België en Nederland met 4%.
- Het percentage recente gebruikers van ecstasy varieerde van 1% in Duitsland, Griekenland, Zweden, Spanje, Denemarken, Finland en Noorwegen tot 5% in de Verenigde Staten. Het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen kwam uit op 2%, een procent lager dan in Nederland.
- Van de in tabel 6.4b genoemde landen scoorden in 2011 de Verenigde Staten op de maat ooitgebruik van amfetamine het hoogst (9%), gevolgd door België (5%). Nederland nam met 1% een relatief lage positie in.
- In de andere landen in tabel 6.4b had tussen 0% en 4% van de scholieren ooit in het leven nog amfetamine gebruikt. Voor 36 deelnemende Europese landen kwam het percentage ooitgebruikers gemiddeld op 3%.

Tabel 6.4b Consumptie van amfetamine onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde StatenI. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011

Land	1999	2003		2007	2011
	Ooit	Ooit	Recent	Ooit	Ooit
Verenigde Staten[I]	16%	13%	9%	11%	9%
België[II]	-	2%	1%	5%	5%
Frankrijk	2%	3%	-	4%	4%
Duitsland[III]	-	5%	3%	5%	4%
Portugal	3%	3%	2%	2%	3%
Italië	2%	3%	2%	4%	2%
Ierland	3%	1%	0%	3%	2%
Griekenland	1%	0%	0%	3%	2%
Denemarken[IV]	4%	4%	3%	5%	2%
Zweden	1%	1%	1%	2%	1%
Spanje[IV]	-	4%	3%	3%	1%
Noorwegen	3%	2%	1%	1%	1%
Nederland	2%	1%	1%	2%	1%
Finland	1%	1%	0%	1%	1%
Verenigd Koninkrijk[V]	8%	3%	2%	2%	-
Zwitserland	-	3%	2%	3%	-
Oostenrijk	-	4%	4%	8%	-

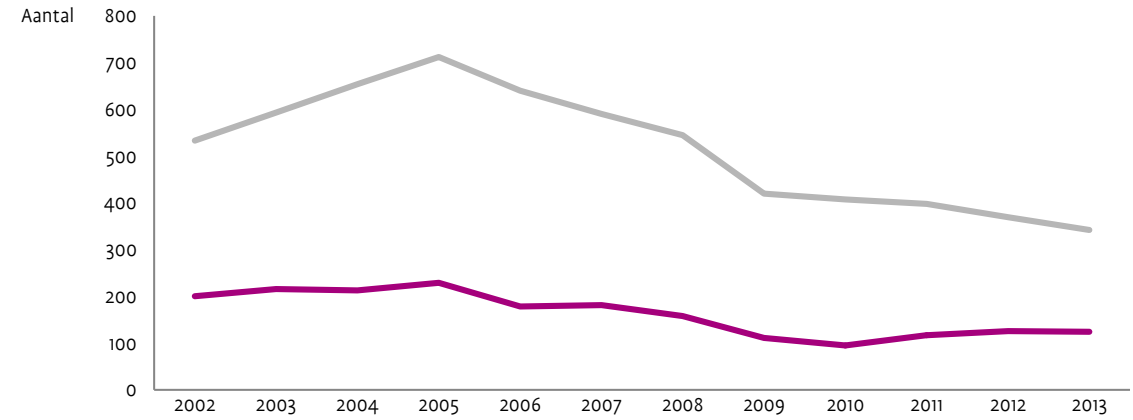
Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (in het laatste jaar). - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. België alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland alleen voor zeven deelstaten in 2007 en vijf deelstaten in 2011. IV.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

6.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn er 14 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg die anonieme gegevens over de hulpverlening sturen naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2014) (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS). In vorige jaren bevatte het LADIS ook gegevens van de verslavingsreclassering. Vanwege technische problemen zijn in dit NDM Jaarbericht de reclasseringsgegevens niet meer meegenomen. De LADIS-cijfers in dit Jaarbericht, van 2002 tot en met 2013, vallen daardoor lager uit dan de LADIS-cijfers in voorafgaande Jaarberichten.

Figuur 6.2 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]) met primaire of secundaire ecstasyproblematiek, vanaf 2002



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Primair	200	216	213	229	178	181	158	111	95	117	126	124
Secundair	533	593	654	712	640	590	545	420	407	398	369	342

Aantal cliënten. 1. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Met terugwerkende kracht zijn enkele administratieve correcties aangebracht. De secundaire problematiek van 2013 kan niet goed vergeleken worden met de secundaire problematiek van vóór 2007. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

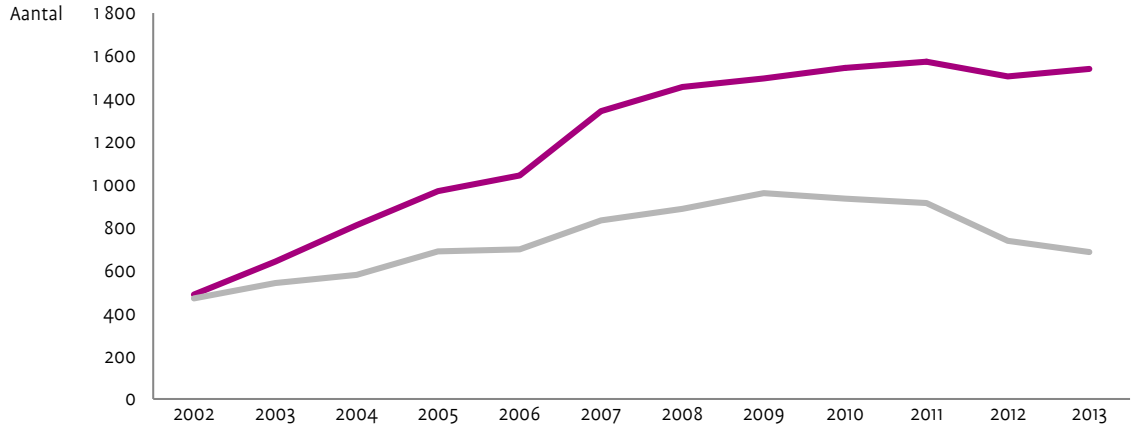
Ecstasy

- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met ecstasy als primair probleem daalde tussen 2002 en 2013 met 38% (figuur 6.2).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2013 slechts één primaire ecstasycliënt, aanzienlijk minder dan voor de meeste andere drugs (75 voor cannabis, 55 voor cocaïne en 71 voor opiaten).
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in de afgelopen jaren gering: minder dan 1%.
- In 2013 waren ongeveer 4 van de 10 primaire ecstasycliënten een nieuwkomer (42%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2013 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Een meerderheid van de primaire ecstasycliënten (89%) had ook problemen met een ander middel.
- Er zijn zes keer meer cliënten die ecstasy als secundair dan als primair probleem noemen. Tussen 2002 en 2005 steeg het aantal secundaire ecstasycliënten met 34%, maar tussen 2005 en 2013 daalde dit aantal weer met 52%. In 2013 is de registratie van de secundaire problematiek verbeterd, waardoor het aantal voor 2013 niet vergeleken kan worden met het aantal voor 2012. In 2013 was voor de secundaire ecstasycliënten het primaire probleem cannabis (29%), amfetamine (26%), cocaïne of crack (23%), alcohol (14%), of GHB (5%).

Amfetamine

- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem werd tussen 2002 en 2013 drie keer zo groot (figuur 6.3).
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek steeg tussen 2002 en 2013 van 2% naar 5%.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2013 elf primaire amfetaminecliënten.
- In 2013 was ongeveer een kwart van de primaire amfetaminecliënten een nieuwkomer (24%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2013 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.

Figuur 6.3 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]) met primaire of secundaire amfetamineproblematiek, vanaf 2002



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Primair	487	640	810	970	1 043	1 342	1 455	1 495	1 544	1 573	1 504	1 539
Secundair	469	540	578	689	698	832	886	960	934	914	738	685

Aantal cliënten. 1. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Met terugwerkende kracht zijn enkele administratieve correcties aangebracht. De secundaire problematiek van 2013 kan niet goed vergeleken worden met de secundaire problematiek van vóór 2007. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

- Bijna negen van de tien cliënten met een primair amfetamineprobleem (88%) rapporteerden ook problemen met een ander middel.
- Voor 685 cliënten was amfetamine in 2013 een secundair probleem. Voor deze groep was het primaire probleem cannabis (34%), alcohol (26%), cocaïne of crack (14%), GHB (10%), of heroïne (8%). In 2013 is de registratie van de secundaire problematiek verbeterd, waardoor het aantal voor 2013 niet vergeleken kan worden met het aantal voor 2012.

Leeftijd en geslacht

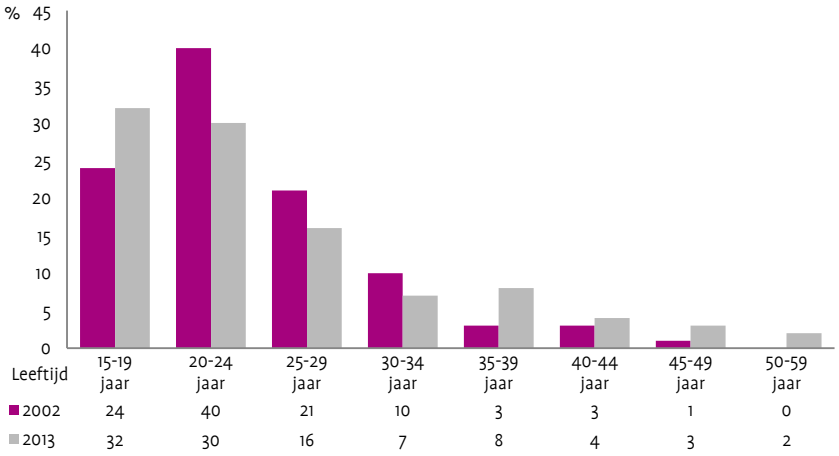
Ecstasy

- In 2013 waren bijna 8 van de 10 primaire ecstasycliënten man (77%).
- De gemiddelde leeftijd van de primaire ecstasycliënten was 25 jaar. Daarmee zijn zij gemiddeld het jongst van alle drugscliënten. De piek ligt in de leeftijdsgroep 15 tot en met 24 jaar (figuur 6.4).

Amfetamine

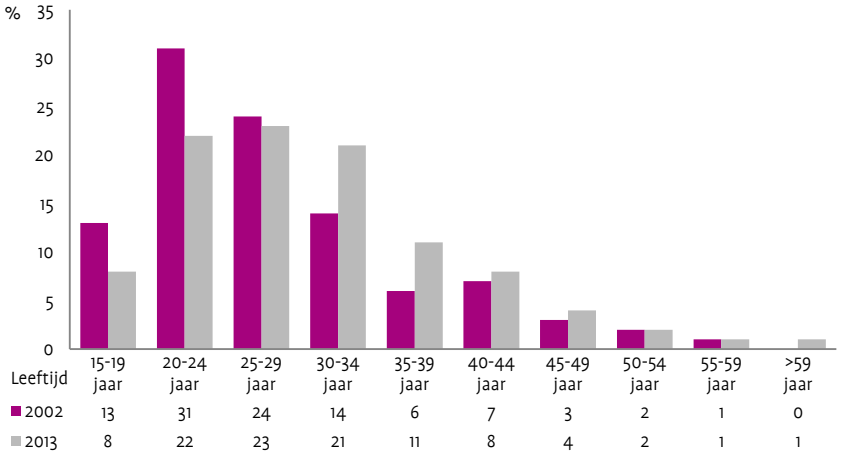
- In 2013 waren ongeveer 8 van de 10 primaire amfetaminecliënten man (78%).
- De gemiddelde leeftijd was 30 jaar, hoger dan bij de ecstasycliënten en iets hoger dan in 2002 (28 jaar). Bij de amfetaminecliënten lagen in 2013 de pieken in de leeftijdsgroepen 20 tot en met 24, 25 tot en met 29 en 30 tot en met 34 jaar, maar in 2002 lag de piek vooral in de leeftijdsgroep 20 tot en met 24 jaar (figuur 6.5).

Figuur 6.4 Leeftijdsverdeling van primaire ecstasycliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]). Peiljaren 2002 en 2013



Percentage per leeftijdsgroep. I. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

Figuur 6.5 Leeftijdsverdeling van primaire amfetaminecliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]). Peiljaren 2002 en 2012



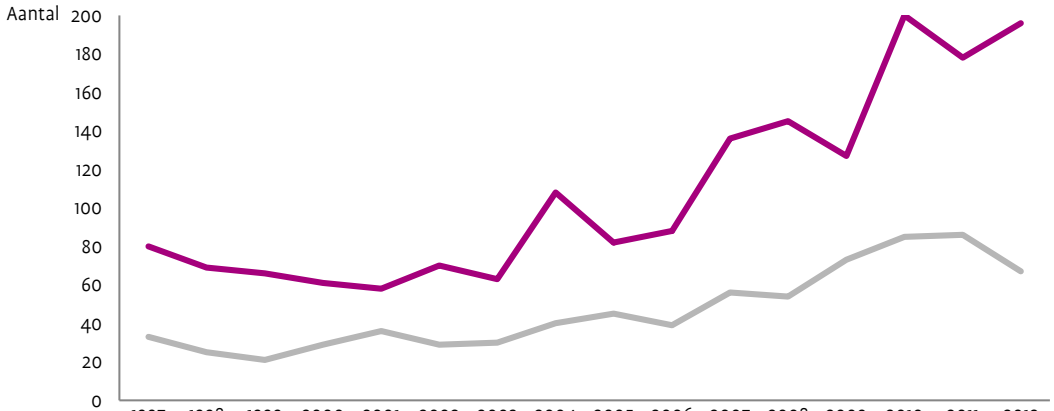
Percentage per leeftijdsgroep. I. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2012, 2013).

Algemene ziekenhuizen

De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreert jaarlijks weinig opnames in algemene ziekenhuizen met psychostimulantia als hoofddiagnose. Het gaat hier om amfetaminen, maar ook om andere psychostimulantia zoals ecstasy (figuur 6.6).

- In 2012 ging het om 67 opnames ofwel 12% van alle hoofddiagnoses voor drugs. In 81% van de gevallen ging het om misbruik, in 19% van de gevallen ging het om afhankelijkheid van psychostimulantia. De afgelopen jaren steeg het aantal hoofddiagnoses, maar tussen 2011 en 2012 daalde dit aantal met 22% (figuur 6.6).

Figuur 6.6 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met misbruik en afhankelijkheid van psychostimulantia (ecstasy en amfetamine) als hoofddiagnose en als nevendiagnose, vanaf 1997



Psychostimulantia als	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nevendiagnose	80	69	66	61	58	70	63	108	82	88	136	145	127	200	178	196
Hoofddiagnose	33	25	21	29	36	29	30	40	45	39	56	54	73	85	86	67

Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 304.4, 305.7 (bijlage B). Psychostimulantia zoals ecstasy en amfetamine worden onder dezelfde codes geregistreerd. Bron: LMR, DHD.

- Vaker werden deze aandoeningen als nevendiagnose gesteld, 196 maal in 2012, een stijging van 10% ten opzichte van 2011. Vergeleken met 2001 is het aantal nevendiagnoses in 2012 drie maal zo groot geworden. De hoofdziektes of hoofdstoornissen die bij de nevendiagnoses amfetaminemisbruik en -afhankelijkheid werden gesteld liepen sterk uiteen. De meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses waren:
  - ongevallen (16%);
  - vergiftiging (13%);
  - hart- en vaatziekten (13%);
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol (12%);
  - ziekten van de ademhalingswegen (8%);
  - misbruik of afhankelijkheid van drugs (7%);
  - psychose (7%).
- De LMR registreerde in 2012 in totaal 66 gevallen van onopzettelijke vergiftiging met amfetaminen als nevendiagnose (ICD-9 code E854.2).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2012 om 253 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met misbruik of afhankelijkheid van psychostimulantia als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 33 jaar; 73% was man.

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut. De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) van de GGD Amsterdam registreert al sinds langere tijd het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik in Amsterdam en omgeving, maar data ontbreken (tijdelijk, wegens wijzigingen in het registratiesysteem) sinds 2012. Voor de gegevens van de CPA in voorgaande jaren wordt verwezen naar het NDM Jaarbericht 2011.

Tabel 6.5 Incidenten met ecstasy als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2013

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal)	152 (6%)	136 (6%)	68 (5%)	3 212 (56%)
Man	64%	69%	84%	58%
Leeftijd: <25 jaar	62%	63%	47%	66%
Mate van intoxicatie*				
Licht[I]	20%	24%	50%	84%
Matig[II]	56%	50%	43%	14%
Ernstig[III]	24%	26%	7%	2%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. De registraties van de CPA Amsterdam (ambulancedata) zijn in deze tabel niet opgenomen. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Croes et al., 2014).

Sinds 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Croes et al., 2014). In 2013 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege het ontbreken van de registratiecijfers uit 2012 en 2013 van de CPA in Amsterdam zijn de cijfers van deze dienst over alle jaren buiten deze rapportage gehouden, om een vergelijking over jaren mogelijk te maken. De CPA Amsterdam levert de ambulance cijfers uit Amsterdam en de regio Purmerend.

- In 2013 werden in totaal 3 481 drugsincidenten gemeld. Bij 1 411 meldingen was ecstasy betrokken; hiervan was in 1 112 gevallen ecstasy als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 6.5 worden de ecstasy-incidenten samengevat over de periode 2009-2013. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- In deze periode werden in totaal 12 156 unieke drugsincidenten gemeld (exclusief de incidenten van de ambulances Amsterdam en Purmerend), waarvan 3 568 incidenten met ecstasy als enige drug. Negentig procent van de gemelde incidenten met ecstasy als enige drug in de MDI is afkomstig van de EHBO's op grootschalige evenementen.
- Op de EHBO-posten hing in de periode 2009-2013 meer dan de helft van alle gemelde incidenten samen met het gebruik van ecstasy als enige drug. Het aandeel van incidenten na ecstasygebruik steeg hier van 39% in 2009 tot 62% in 2013. De stijging was vooral duidelijk tussen 2009 en 2012 en is in 2013 gestabiliseerd.
- Binnen de SEH-afdelingen van ziekenhuizen, de ambulancediensten en politieartsen is het aantal incidenten na gebruik van ecstasy relatief beperkt en zijn er fluctuaties over de jaren. Het aandeel van ecstasy-incidenten is de laatste drie jaar in de ziekenhuizen iets hoger (tussen 7% in 2011, 11% in 2012, 7% in 2013) dan in de twee jaar ervoor (3%).
- Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. Bij de ambulances en de SEH-afdelingen van ziekenhuizen is het aandeel van incidenten na ecstasygebruik op het totaal aantal incidenten weliswaar beperkt, de incidenten zijn wel relatief ernstig. Bij deze diensten is de mate van intoxicatie bij driekwart van de patiënten onder invloed van ecstasy (als enige drug) matig of ernstig. Er zijn fluctuaties over de jaren die niet een duidelijke richting op wijzen.

Tabel 6.6 Incidenten met amfetamine als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2013

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal)	110 (4%)	57 (2%)	79 (6%)	203 (4%)
Man	73%	74%	87%	64%
Leeftijd: <25 jaar	39%	37%	22%	72%
Mate van intoxicatie*				
Licht[I]	26%	35%	46%	88%
Matig[II]	63%	37%	37%	10%
Ernstig[III]	11%	28%	17%	2%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Croes et al., 2014).

- De mate van ecstasy-intoxicatie van patiënten op de EHBO-posten is daarentegen bij het merendeel van lichte aard. In de vijf jaar van de monitor heeft zich echter een duidelijke verschuiving voorgedaan naar meer ernstige vormen van intoxicatie. Bij de EHBO-posten viel in 2009 7% onder de definitie matige of ernstige intoxicatie. In 2013 was dat toegenomen tot 22%, 2% meer dan in 2012. De cijfers over ecstasy-intoxicatie bij de EHBO-posten in 2013 zijn gebaseerd op bijna duizend patiënten.
- Opvallend is het aandeel van vrouwen en jongeren met een incident onder invloed van ecstasy. Van alle incidenten met andere middelen dan ecstasy is meer dan driekwart man; bij incidenten onder invloed van ecstasy is minder dan tweederde man. Ook het aandeel jongeren is relatief hoog.
- Bij de incidenten met ecstasy werd combinatiegebruik met een andere drug slechts beperkt gemeld. Van alle incidenten waarbij ecstasy betrokken is, is in minder dan een kwart van de gevallen nog een andere drug genomen. Bij de meer ernstige incidenten is wel regelmatig ook alcohol gebruikt.
- Acht patiënten werden in de periode 2009-2013 vanuit de peilstationsregio's gemeld die zijn overleden na gebruik van ecstasy. Bij zes speelde ook het gebruik van andere drugs en alcohol mee. De andere twee hadden uitsluitend ecstasy gebruikt.

Amfetamine

- In 2013 werden in totaal 3 481 drugsincidenten gemeld. Bij 320 meldingen was amfetamine betrokken; hiervan was in 143 gevallen amfetamine als enige drug gemeld (met of zonder alcohol).
- In tabel 6.6 worden de amfetamine-incidenten samengevat over de periode 2009-2013. In deze periode werden in totaal 12 156 unieke drugsincidenten gemeld (exclusief de incidenten van de ambulances Amsterdam en Purmerend), waarvan 449 incidenten met amfetamine als enige drug.
- Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. De intoxicaties onder invloed van amfetamine als enige drug zijn op de EHBO-posten overwegend van lichte aard, al is in de jaren 2001-2013 rond 15% matig of ernstig onder invloed en dat is iets meer dan in 2009 (4%) en 2010 (7%). De absolute aantallen zijn echter te klein (ongeveer 40 per jaar) om zekere uitspraken over te doen. Bij de ambulances, de SEH-afdelingen van ziekenhuizen en bij de politieartsen is de mate van intoxicatie bij driekwart tot de helft van de patiënten matig of ernstig, waarbij geen duidelijke trend is te zien.
- Tussen 2009 en 2013 werden 12 incidenten uit de peilstationsregio's gemeld waarin de patiënt was overleden na gebruik van amfetamine. Acht van deze patiënten hadden ook andere drugs gebruikt.

Ziekte

Lange termijn risico's

- De laatste stand van wetenschap wijst op een (langdurige) verstoring van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming in zowel gebruikers als ex-gebruikers van ecstasy (Kalechstein et al., 2007; Rogers et al., 2009; Schilt, 2009; De Win, 2007; Jager, 2006; Parrott, 2013; Halpin et al., 2014).
- Deze verstoring kan langer dan een jaar aanhouden na stopzetting van het gebruik. Onbekend is of volledig herstel optreedt.
- Er zijn gevallen beschreven van blijvende klachten na MDMA gebruik, zoals depressiviteit, gevoelens van derealisatie, angst, verminderde concentratie, vermoeidheid, gevoel van schokken in het hoofd, tintelingen, spiertrekkingen, zichtproblemen en duizelingen. Soms zijn zulke klachten ernstig invalide-rend (Litjens et al., 2014).
- De effecten zijn waarschijnlijk toe te schrijven aan ecstasygebruik, maar ondanks ruim twintig jaar onderzoek is nog steeds niet duidelijk hoe schadelijk ecstasy precies is. De gerapporteerde effecten zijn doorgaans klein, met uitzondering van de afname van het (verbale en werk-) geheugen, en vallen binnen de 'normale marge'. Ook bij het ontstaan van de gevonden afwijkingen kan niet met zekerheid worden vastgesteld wat de rol is geweest van andere factoren, zoals het gebruik van andere drugs of al aanwezige ziekten en kenmerken, omgevingsfactoren en een risicovolle leefstijl (Rogers et al., 2009; Halpern et al., 2011).
- De veranderingen hangen waarschijnlijk samen met afwijkingen aan serotonerge zenuwen in de hersenen. Bij proefdieren neemt de kans op hersenschade toe met een stijging van de lichaamstemperatuur na gebruik van MDMA. Bij de mens werkt dit waarschijnlijk ook zo. De kans op oververhitting en daardoor (langdurige) hersenschade neemt toe als een consument grotere hoeveelheden MDMA slikt in een warme omgeving (boven 18-20 graden). De precieze dosering die tot schade leidt is niet bekend.
- Resultaten van onderzoeken uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam en de Universiteit van Utrecht laten niet zien dat kortdurend of incidenteel gebruik van ecstasy (gemiddeld 1,8 tot 6 ecstasy-pillen) aanleiding geeft tot ernstige hersenschade en vermindering van hersenfuncties op langere termijn (De Win, 2007; Jager, 2006; Schilt, 2009). Toch kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat een lage dosis ecstasy veilig is.
- Onderzoek onder wat oudere ecstasygebruikers (40-55 jaar) laat zien dat de negatieve effecten van ecstasy op het verbale geheugen 'optellen' bij de normale leeftijdsgerelateerde achteruitgang van het geheugen (Schilt, 2009). Of ecstasygebruik op nog latere leeftijd (65+) het cognitieve verouderings-proces versnelt, is niet bekend. Jonge gebruikers met nog zich ontwikkelende hersenen zijn mogelijk kwetsbaarder dan volwassenen (Klop et al., 2012).
- Misschien is er ook sprake van een genetische kwetsbaarheid voor de effecten van ecstasy op het verbale geheugen (Schilt, 2009).

(Sub)acute risico's

Hoewel de acute verschijnselen van MDMA, zoals pupilverwijding, verhoogde hartwerking en een verhoogde lichaamstemperatuur meestal gering zijn en na verloop van tijd verdwijnen, kunnen incidenteel ernstige complicaties optreden, die soms dodelijk zijn (zie later dit hoofdstuk).

- De meest voorkomende acute lichamelijke complicaties door gebruik van ecstasy zijn verhoogde lichaamstemperatuur (hyperthermie), verstoorde zoutbalans (hyponatriëmie, mogelijk lopen vrouwen verhoogd risico (Van Dijk et al., 2014)), een slecht of niet functioneren van de lever (leverinsufficiëntie), en hartproblemen zoals ritmestoornissen.
- Psychische complicaties zijn flashbacks, angst, slaapstoornissen, paniekaanvallen, psychosen slaperigheid, depressie en prikkelbaarheid (Ricaurte en McCann, 2005; Parrott, 2013).

Gecombineerd gebruik van ecstasy (MDMA) en andere middelen kan (acute) risico's met zich meebrengen.
- De effecten van MDMA en THC tellen op bij gelijktijdig gebruik, als het gaat om toenemende hartslag, langere verhoging van de lichaamstemperatuur, en hersenactiviteit (Dumont, 2009; Lansbergen et al., 2011).
- Een studie met levercellen suggereert dat de schadelijke effecten van MDMA sterk toenemen in combinatie met andere amfetamines, vooral bij hogere (lichaams)temperatuur (Da Silva et al., 2014).
- Consumptie van een lage dosis alcohol (2-3 glazen) blijkt echter bepaalde fysiologische effecten van MDMA, zoals vochtretentie en een toename lichaamstemperatuur, enigszins af te zwakken (Dumont, 2009). Of deze uitkomsten ook praktische relevantie hebben is niet bekend.
- Een omvangrijke overzichtsstudie van humaan onderzoek suggereert wel een zeker beschermend effect van alcohol op de schadelijke gevolgen van ecstasygebruik en voert hiervoor twee verklaringen aan. Mogelijk onderdrukt alcohol inderdaad de schadelijke gevolgen voor het brein door oververhitting na ecstasygebruik. Anderzijds behoren ecstasygebruikers die ook (gelijktijdig) alcohol consumeren wellicht tot een meer gematigde gebruikersgroep van ecstasy (Rogers et al., 2009).

Sterfte

Het precieze aantal sterfgevallen door gebruik van amfetamine en ecstasy is niet bekend.
- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS komen deze middelen niet vaak voor als primaire doodsoorzaak. Tussen 1996 en 2012 varieerde het aantal geregistreerde gevallen van slechts 1 tot 7 per jaar. In 2010 werd er maar 1 geval geregistreerd, in 2011 werden slechts 2 gevallen geregistreerd en in 2012 slechts 3 gevallen. De codes waaronder deze gevallen worden geregistreerd omvatten niet alleen amfetamine en MDMA (-achtigen) maar ook andere stimulerende stoffen, zoals cafeïne, efedrine en khat.
- Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op alcohol, drugs, geneesmiddelen en bestrijdingsmiddelen. In de overlijdensgevallen waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek heeft plaatsgevonden in 2013, werd in 3 gevallen amfetamine aangewezen en werd in 7 gevallen MDMA aangewezen als middel dat een rol kan hebben gespeeld bij het overlijden. In sommige van deze gevallen speelden ook andere drugs nog een rol bij het overlijden. Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterfgevallen in de verschillende hoofdstukken van dit Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.

Volgens het EMCDDA (2013) spelen ecstasy en amfetamine ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn.
- Recentelijk werden aan ecstasy gerelateerde sterfgevallen gerapporteerd door Denemarken (2 gevallen), Duitsland (10 gevallen in 2011), Italië (1 geval in 2011), Cyprus (1 geval in 2011), Portugal (1 geval in 2011), het Verenigd Koninkrijk (24 gevallen in 2011) en Turkije (12 gevallen in 2011).
- Ecstasy werd niet altijd gerapporteerd als de directe doodsoorzaak. Andere factoren die mogelijk een rol speelden bij deze sterfgevallen zijn andere drugs, oververhitting, waterintoxicatie of een onderliggende ziekte.

6.8 Aanbod en markt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd. Een deel van deze monsters (pillen) wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend bij de instellingen zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

Samenstelling ecstasypillen

In 2013 boden consumenten in totaal 6 069 pillen aan bij het DIMS. In 2009, 2010, 2011 en 2012 waren dat respectievelijk 8 746, 5 544, 5 587 en 5 093 pillen. Het hoge aantal in 2009 hangt waarschijnlijk samen met de verstoring van de ecstasymarkt, die in de tweede helft van 2008 startte, terwijl in de loop van 2009 de ecstasymarkt weer 'herstelde'. Waarschuwingsacties over hooggedoseerde pillen en PMMA dragen mogelijk bij aan het hogere aantal in 2013. Van de in 2013 aangeboden pillen werd ruim de helft (3 562 of 59%) herkend door de instelling. Het merendeel (97%) van deze herkende pillen bevatte MDMA. Van de 1 922 naar het laboratorium doorgestuurde pillen was 95% door de consument gekocht als 'ecstasy'.

Tabel 6.7 geeft het percentage van de in het laboratorium geanalyseerde 'ecstasypillen' die MDMA en/of een andere stof bevatten. Weergegeven zijn alleen die pillen die door de consument gekocht zijn als ecstasypil, ongeacht de daadwerkelijke samenstelling.

- In 2013 bevatte 86% van de pillen *alleen* een MDMA-achtige stof (MDMA, MDA, of MDEA), een daling na de flinke stijging tot 92% in 2012. In 2009 bevatte 58% van de in het laboratorium geanalyseerde pillen alleen een MDMA-achtige stof.
- Het gaat hier doorgaans alléén om MDMA. MDA en MDEA worden sporadisch nog wel aangetroffen (ook vaak in combinatie met MDMA).
- In 2009 werd een piek bereikt in het aandeel ecstasypillen waarin MDMA was vervangen door allerlei andere stoffen (21%). Het ging daarbij vaak om meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (mCPP), maar ook werden voor het eerst 'nieuwe' stoffen, zoals 4-fluoramfetamine en mefedron, aangetroffen (zie ook onder 'Overige stoffen').
- In 2010 zette het 'herstel' van de ecstasymarkt in en in 2012 bevatte nog maar 3% van de ecstasypillen alleen een andere farmacologisch actieve stof. In 2013 steeg dit percentage weer naar 5%. Onder deze stoffen bevonden zich PMMA en enkele 'nieuwe psychoactieve stoffen', zoals 4-fluoramfetamine, mefedron, 5-APB en 6-APB.
- De potentieel schadelijk stof PMMA die in 2011 en 2012 werd aangetroffen in respectievelijk 28 (1,3%) en 26 (1,4%) van de geanalyseerde ecstasypillen, werd in 2013 in 47 pillen (2,5%) aangetoond. In een aantal gevallen betrof het een combinatie van MDMA en een laag gehalte PMMA, maar in 14 gevallen was PMMA de hoofdstof en de inhoud varieerde daarbij tussen 18 mg en 160 mg per tablet (zie ook onder 'Overige stoffen').
- Het aandeel pillen dat als ecstasy is verkocht en *geen* MDMA-achtige, maar wel amfetamine of methamfetamine bevatte, was het hoogst in 2009 (5,1%) en daalde vervolgens naar 1,8% in 2012. In 2013 ging het om 2,6% van als ecstasy verkochte pillen.
- De afname van het aandeel pillen dat alleen MDMA bevat en de toename van pillen met (alleen) een andere farmacologische stof valt samen met een opmars van nieuwe psychoactieve stoffen, die eerder in andere delen van Europa inzette en nu ook in Nederland steeds meer gezien wordt (zie ook de inleiding van dit hoofdstuk en onder 'Overige stoffen').

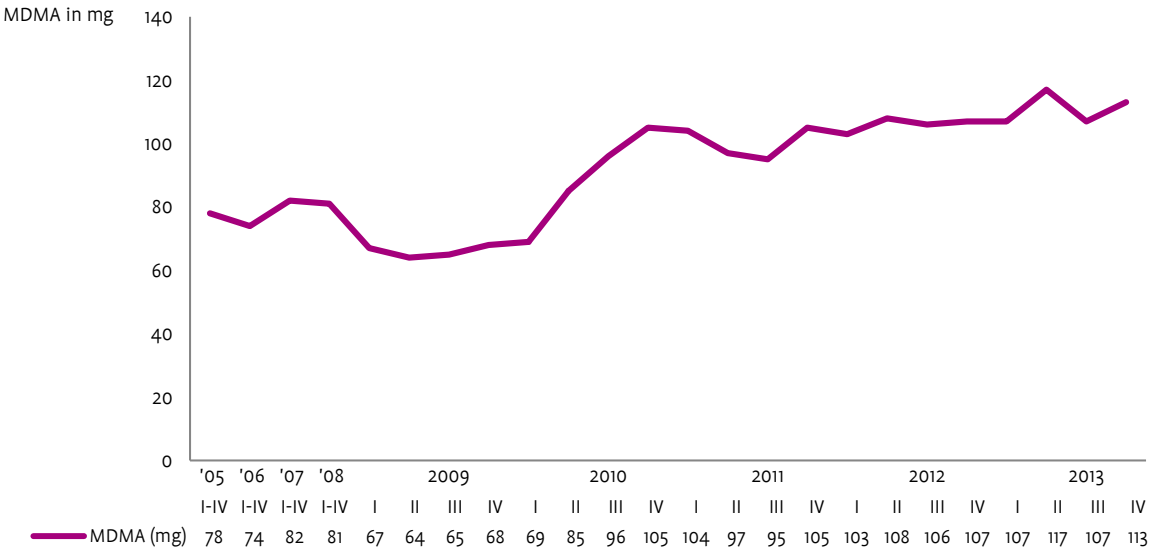
Tabel 6.7 Aantal en samenstelling (%) van bij het DIMS aangeleverde 'ecstasy'pillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd, vanaf 2002

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal geanalyseerde pillen	2 130	2 177	1 985	2 134	2 523	2 319	2 185	2 182	2 359	2 183	1 848	1 833
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Alleen MDMA-achtigen[I]	88,2	89,0	92,0	84,4	76,8	80,1	70,6	58,0	82,4	83,9	91,9	85,7
Combinatie MDMA-achtigen+ andere actieve stof[II]	8,2	8,3	5,4	7,8	13,0	11,0	9,4	13,9	2,4	10,4	1,7	5,9
(Meth) amphetamine	1,7	1,0	0,3	3,9	0,9	0,4	0,5	4,9	2,6	0,6	0,4	2,2
(Meth) amfetamine+ overige stof	0,2	0,2	0,0	0,1	0,9	0,3	0,9	0,2	0,3	1,3	1,4	0,4
Andere farmacologisch actieve stof	0,8	0,6	1,7	3,2	7,1	7,3	15,3	20,5	10,9	2,7	3,2	4,9
Geen farmacologisch actieve stof	0,8	0,8	0,7	0,7	1,2	0,8	3,3	2,5	1,4	1,1	1,4	0,9

Percentage pillen die een bepaalde stof of combinatie van stoffen bevatten. Categorieën sluiten elkaar uit en tellen op tot 100%. I. Onder MDMA-achtigen wordt hier verstaan: MDMA en/of MDEA en/of MDA en/of MBDB. II. Farmacologisch actieve stoffen, zoals cafeïne, paracetamol en mCPP. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

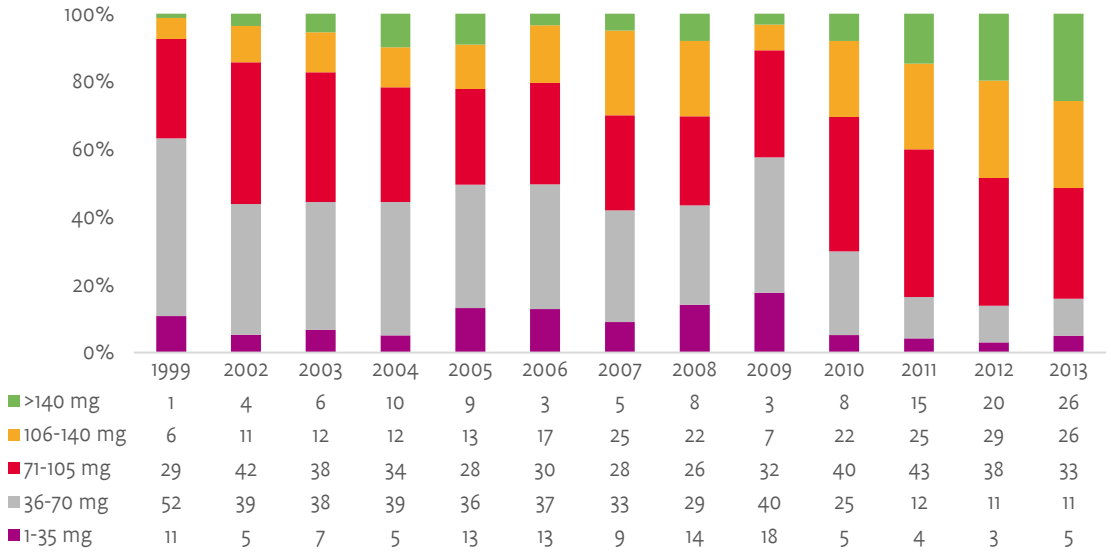
- De stijging in de gemiddelde hoeveelheid MDMA in ecstasypillen tussen 2010 en 2012 zette zich in 2013 voort (figuur 6.7). In 2013 bevatte een in het laboratorium geanalyseerde MDMA pil gemiddeld 111 mg. De hoogst gemeten dosering was 366 mg. De gemiddelde hoeveelheid MDMA van *alle* aangeleverde pillen is nog hoger, aangezien de gemiddelde dosering in de bij de testservices herkende (en niet in het laboratorium geanalyseerde) pillen in 2013 rond de 145 mg lag.
- Figuur 6.8 laat zien dat het aandeel hooggedoseerde ecstasypillen (meer dan 105 mg MDMA) scherp daalde in 2009 om daarna weer te stijgen naar ongeveer 50% in 2012 en 2013.
- Deze trends suggereren dat MDMA en de grondstoffen voor de productie van MDMA in de laatste jaren weer ruimschoots beschikbaar zijn, na een tijdelijk tekort in 2009.
- De toename in het aandeel hooggedoseerde pillen ging gepaard met een toename van het aandeel matig tot ernstige acute gezondheidsverstoringen, vooral op grootschalige evenementen (§ 6.6). Ook een 'roekelozer gebruik' en onderschatting van de gezondheidsrisico's, vooral onder jonge gebruikers, kan hier debet aan zijn. Hooggedoseerde ecstasy heeft in principe hetzelfde psychoactieve effect, maar gebruik van een hoge dosis verhoogt de kans op overdosering, waardoor oververhitting, acute psychotische verschijnselen, hartritmestoornissen en leverfalen kunnen optreden.

Figuur 6.7 Trend in het gemiddelde gehalte (mg) MDMA in ecstasypillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd



Gehalte in pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten. Data zijn weergegeven per jaar van 2005-2008 en per kwartaal van 2009-2013. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Figuur 6.8 Concentratie (mg) van MDMA in 'ecstasy'-pillen aangeleverd bij DIMS, vanaf 2001



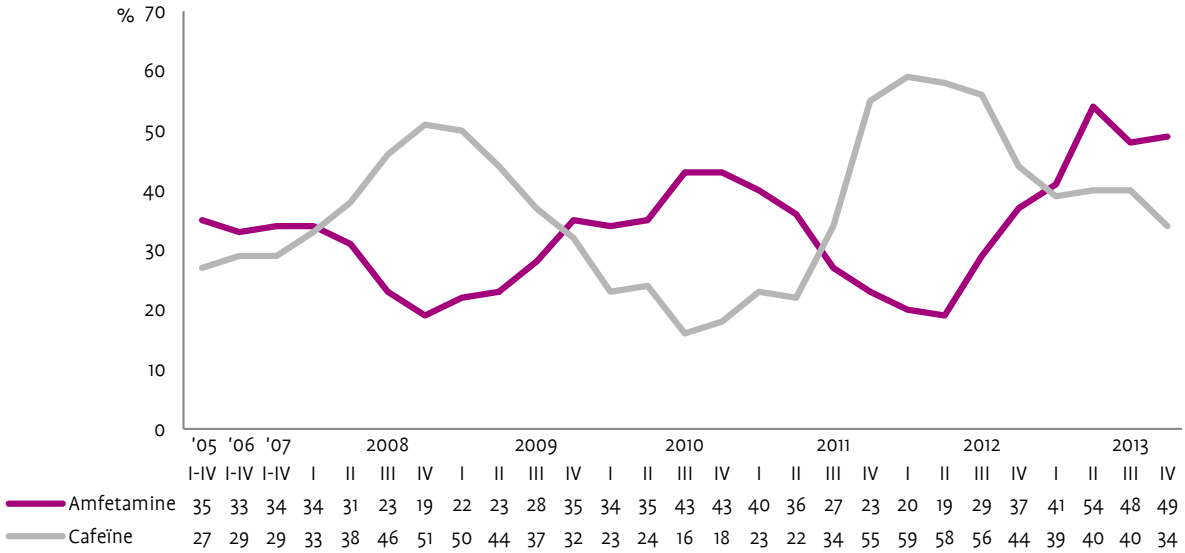
Percentage pillen met een bepaalde hoeveelheid MDMA. Het gaat om pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Samenstelling speedpoeders

'Speed' is de straatnaam voor amfetamine. Evenals voor ecstasy zijn er tussen medio 2008 en medio 2009 ook duidelijke veranderingen waargenomen in de samenstelling van monsters die als speed zijn gekocht (Van der Gouwe, 2014). Sindsdien is er sprake van een wisselend verloop, met in 2013 een sterke toename in zuiverheid. In 2013 werden 1 237 poeders die als speed zijn gekocht in het laboratorium geanalyseerd.

- Het overgrote deel (97%) bevatte in 2013 amfetamine (zonder methamfetamine), ongeveer net zo veel als in 2011 en 2012.

Figuur 6.9 Gehalte amfetamine en cafeïne in speedpoeders, vanaf 2005



Percentage amfetamine en het versnijdingsmiddel cafeïne in speedpoeders, die zowel amfetamine als cafeïne bevatten. Data zijn weergegeven per jaar van 2005-2007 en per kwartaal van 2008-2013. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- Methamfetamine, een extra sterke variant van amfetamine, is nog steeds weinig populair in Nederland, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten. Slechts drie poeders die in 2013 als 'speed' werden verkocht bevatten methamfetamine.
- Cafeïne wordt als versnijdingsmiddel aan de speed toegevoegd om het te verzwaren, de effecten van speed te simuleren, en versnijding met dit middel is vanwege de veel lagere prijs dan van amfetamine veel lucratiever. In 2013 bevatte 42% van de speedpoeders (ook) het versnijdingsmiddel cafeïne. Dat is minder dan 2011 (74%) en 2012 (77%); een indicatie dat de markt in 2013 zuiverder was en de grondstoffen mogelijk makkelijker toegankelijk.
- Opvallend zijn de tegengestelde trends in het gehalte amfetamine en cafeïne in de jaren 2008 tot en met 2013 (figuur 6.9). Na een daling van het gehalte amfetamine in de loop van 2011 steeg dit weer in 2012 en 2013, terwijl het gehalte cafeïne eerst toenam en vanaf 2012 weer afnam.
- Gemeten over heel 2013 bedroeg de concentratie amfetamine gemiddeld 47%, een stuk hoger dan voorgaande jaren: 27% in 2012, 30% in 2011 en 39% in 2010. In figuur 6.9 is duidelijk te zien dat de amfetaminemarkt aan fluctuaties onderhevig is de laatste jaren.
- Sinds 2009 wordt er geregeld 4-fluoramfetamine gevonden in monsters verkocht als speed. In 2012 was dat nog 46 keer, maar in 2013 slechts 8 keer (zie ook onder 'Overige stoffen').
- Sinds in 2012 4-methylamfetamine (4-MA) via een spoedprocedure op lijst I van de Opiumwet geplaatst werd, is ook het aantal keer dat deze stof werd aangetroffen gedaald van 191 in 2012 naar 84 in 2013 (zie ook § 2.1).

Overige stoffen

Tabel 6.8 geeft een overzicht van de aantallen door het DIMS aangetroffen monsters (zowel pillen, poeders, vloeistoffen, of anderszins) met stoffen die in het kader van het Europees Early Warning System (EWS) continu worden gemonitord of die anderszins een mogelijk gevaar voor de volksgezondheid vormen. Een aantal van deze stoffen valt in de categorie Nieuwe Psychoactieve Stoffen (zie inleiding van dit hoofdstuk).

- Stoffen zoals DOB, MBDB, 4-MTA, strychnine, atropine en BZP komen de laatste jaren niet of nauwelijks nog op de Nederlandse markt voor.
- De hallucinogene stof 2C-B, die medio jaren negentig veel werd aangetroffen in ecstasypillen, wordt sinds 2008 ook geregeld aangetroffen in aangeboden drugsmonsters (76 keer in 2013).
- Eind 2004 verscheen de stof meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (mCPP) op de Nederlandse ecstasymarkt en werd het sindsdien steeds vaker aangetroffen, met een piek in 2009. De stof mCPP werkt net zoals MDMA op serotonerge hersencellen, maar heeft nauwelijks stimulerende effecten. Gebruikers rapporteren vooral negatieve effecten (Bossong, 2009; Brunt en Niesink, 2011)
- Ook het narcosemiddel ketamine met sterk hallucinogene eigenschappen is in 2013 vaker aangetroffen dan in voorgaande jaren. Sleutelfiguren signaleren dat narcosemiddelen, zoals ketamine, GHB en lachgas, een vast plek hebben ingenomen op de Amsterdamse drugsmarkt (Nabben et al., 2014). Het actueel ketaminegebruik onder clubbers en ravers in Amsterdam steeg tussen 2008 en 2013 van 2% naar 12% (Nabben et al., 2014).

Para-Methoxymethamphetamine (PMMA)

Sinds 2010 werden steeds meer pillen met PMMA aangetroffen, in doseringen die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid.

- In 2013 werd in 2,5% van de als ecstasy gekochte tabletten PMMA aangetoond. In een aantal gevallen betrof het een combinatie van MDMA en een laag gehalte PMMA, maar in 14 gevallen was PMMA de hoofdstof en de inhoud varieerde daarbij tussen 18 mg en 160 mg per tablet (DIMS, 2014).
- De effecten van PMMA lijken op die van MDMA maar treden pas veel later op. Door deze vertraagde werking is de kans op overdosering groot, met symptomen zoals een verhoogde hartslag en extreem verhoogde lichaamstemperatuur.
- In Noorwegen zijn over 2010 twaalf sterfgevallen gerapporteerd na gebruik van PMMA. Ook in Nederland zijn er in de afgelopen jaren enkele sterfgevallen geweest ten gevolge van PMMA gebruik. In Nederland is na het verschijnen van deze stof enkele malen een waarschuwingscampagne gehouden.
- De op PMMA zeer gelijkende stof PMA dook in 2013 één keer op in poeders verkocht als speed, dat was in 2012 nog 8 keer.

Mefedron, 4-fluoramfetamine (4-FA) en 4-methylamfetamine (4-MA)

Relatief nieuwe stoffen die sinds 2009 bij het DIMS zijn gesignaleerd zijn mefedron en 4-fluoramfetamine en sinds 2010 4-MA (zie tabel 6.8).

- Mefedron is een stimulerende stof met op amfetamine en MDMA gelijkende effecten. De verslavende werking is vermoedelijk groter dan die van MDMA (Brunt et al., 2011). In Nederland rapporteerde het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een geval van extreme agitatie en zelfverwonding met dodelijke afloop na het gebruik van mefedron in combinatie met amfetamine (Lusthof et al., 2011). In Nederland wordt mefedron vooral aangeboden in pillen verkocht als ecstasy. Naar aanleiding van een Europese risicoschatting voor mefedron in 2010 heeft de Raad van de EU op 3 december 2010 besloten dat dit middel onder controle van de nationale drugswetgeving moet worden gebracht. In Nederland is mefedron op 9 mei 2012 onder het regiem van de Opiumwet gebracht.
- Vanaf 2010 werd de stof 4-methylamfetamine (4-MA) in toenemende mate in speedmonsters aangetroffen met een piek van 191 keer in 2012, soms ook als hoofdstof. Dit middel werd in België en het Verenigd Koninkrijk in 8 gevallen en in Nederland in 5 gevallen geassocieerd met een fatale intoxicatie. Naar aanleiding van een quick scan van het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) is 4-MA vanwege het hoge gezondheidsrisico met onmiddellijke ingang op 8 juni 2012 onder de werking van de Opiumwet (lijst I) gebracht (Staten-Generaal 33564 A-1; Staten-Generaal 33564-1). In 2013 kwam 4-MA minder vaak voor: in 84 van de als speed aangekochte poeders.

Tabel 6.8 Aantal monsters met overige psychoactieve stoffen, vanaf 2005

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totaal aantal geanalyseerde monsters	**4 095**	**4 580**	**4 727**	**4 671**	**5 086**	**5 735**	**5 783**	**5 985**	**5 705**
GHB/GBL	114	142	203	234	61	139	141	148	19[I]
DOB	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Ketamine	17	50	80	65	66	126	96	147	166
MBDB	1	0	0	0	0	0	4	13	0
2C-B	9	18	21	75	81	79	61	78	76
4-MTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Strychnine	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atropine	5	0	2	0	0	0	0	0	0
BZP	0	13	4	0	5	6	4	1	1
mCPP	92	256	323	331	423	209	114	115	63
PMA/(PMMA)[II]	0	0	0	0	0	40	46	37	66
Mefedron	-	-	-	-	63	62	42	14	9
4-fluoramfetamine	-	-	-	6	89	50	74	95	105
4-fluormeth-amfetamine	-	-	-	-	-	18	14	1	2
4-MA	-	-	-	-	-	109	117	199	87

Het betreft alleen monsters (pillen, poeders, vloeistoffen e.d.) die in het laboratorium zijn geanalyseerd. - = Niet gemeten. I. DIMS heeft in 2013 minder GHB/GBL monsters geanalyseerd vanwege stabiele uitkomsten en capaciteitslimiet. II. Pillen met meer dan 1 mg. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- 4-Fluoramfetamine is een amfetamine analoog met effecten op zowel serotonerge als dopaminerge hersencellen. Dierexperimenteel onderzoek suggereert dat het minder stimulerend en verslavend is vergeleken met amfetamine (Marona-Lewicka et al., 1995; Negus et al., 2007). Er lijkt een specifiek gebruikersmarkt voor dit middel te zijn ontstaan. Volgens het Groot Uitgaansonderzoek 2013 had 9% van de bezoekers van party's, festivals en clubs 4-FA in het afgelopen jaar gebruikt en in het Amsterdamse Antenne onderzoek 2013 was eveneens 9% van de clubbers en ravers een recente gebruiker (Goossens et al., 2013; Nabben et al., 2014).

Overige stoffen

- Vanaf 2010 werd ook de nieuwe stof 4-fluor*meth*amfetamine gesignaleerd, maar slechts een keer in 2012 en twee keer in 2013. Over deze stof is bijna niets bekend.
- Andere stoffen die in 2013 herhaaldelijk gezien werden zijn de synthetische cathionen 4-MEC (24 keer) en methylone (26 keer), phenylethylamines 25B-NBOMe/25I-NBOMe (25 keer), 5APB/6-APB (ook bekend als/verkocht als Benzo Fury, 37 keer), en methoxetamine (64 keer, in ongeveer de helft van de gevallen verkocht als ketamine).
- Van methoxetamine (MXE) is bekend dat het een dissociatieve psychose kan veroorzaken (De Jong et al., 2014). Bij een dissociatieve psychose treedt er een verstoring op in het bewustzijn, geheugen, identiteit, of waarneming van de omgeving. Het EMCDDA rapporteert 20 sterfgevallen en 110 niet-dodelijke intoxicaties in verband met het gebruik van methoxetamine sinds 2010 (EMCDDA, 2014).

Tabel 6.9 Prijzen[I] op consumentenniveau van ecstasy en amfetamine van 2008 tot 2013[II]

	2008	2009	2010	2011	2012	Wijziging methode[II]	2013[II]
Ecstasy							
Aantal monsters (n)	1 766	1 561	1 994	1 855	1 611	…	3 872
Gemiddelde (€)	2	3	4	4	4	…	4
Mediaan (€)	2	3	3	3	2	…	4
Minimum – maximum (€)	1-10	1-10	1-10	1-16	0,50-20	…	0,50-20
Amfetamine							
Aantal monsters (n)	843	973	969	843	650	…	1 077[I]
Gemiddelde (€)	6	8	6	8	9	…	8
Mediaan (€)	5	6	6	5	11	…	8
Minimum – maximum (€)	5-15	1-25	2-15	3-17	3-30	…	1-35

… = Wijziging methode. I. Prijs per ecstasypil en per gram amfetamine. II. In 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij de prijs als continu in plaats van categoriaal werd uitgevraagd, hetgeen weinig impact heeft op de gemiddelde prijs en mediaan, maar wel de prijs range wijder maakt en non-respons reduceert. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Veel van deze stoffen die niet onder de Opiumwet vallen, worden in Nederland beschouwd als niet geregistreerde geneesmiddelen die vallen onder de Geneesmiddelenwet (GW), zoals mCPP, 4-fluoramfetamine en 4-fluormethamfetamine. Zonder vergunning handelen in deze middelen is verboden.

Om de opkomst, verspreiding en risico's gerelateerd aan NPS beter te kunnen monitoren, heeft het Ministerie van VWS besloten een meldpunt op te richten. Het Meldpunt Nieuwe Drugs (MND) is ondergebracht bij het DIMS en is sinds medio 2012 operationeel. Naast gegevens over de gebruikersmarkt (consumentenmonsters) betrekt het MND ook gegevens van de douane en het Nederlands Forensisch Instituut (NFI).

Prijzen

De Amsterdamse Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een ecstasypil of een gram amfetamine. De aankoopprijzen van beide middelen zijn de afgelopen jaren gestegen. Vaak zijn drugs in Amsterdam en andere grootstedelijke gebieden duurder dan in andere delen van Nederland.

Ecstasy

- Consumenten die ecstasypillen bij DIMS lieten testen betaalden in 2013 gemiddeld 4 euro per ecstasypil (uiteenlopend van 0,5-20 euro). Dat is meer dan in 2008 (gemiddeld 2 euro) en 2009 (gemiddeld 3 euro) (Van der Gouwe, 2014). De mediaan ligt op 4 euro in 2013 tegenover 2 euro in 2012 en 3 euro in de jaren ervoor.

- De Antenne-monitor in Amsterdam constateerde in 2013 een prijs van tussen de 5 en 6 euro voor een ecstasypil die wordt gekocht bij een dealer en 10 euro voor een ecstasypil die wordt gekocht op een feest (Nabben et al., 2014). Per pil varieert de prijs van gemiddeld 3,5 euro bij een dealer thuis tot 4,8 euro in het uitgaansleven. Dat is significant meer dan in 2008 (respectievelijk 2,7 euro en 3,6 euro). Hoog gedoseerde pillen zijn duurder dan laag gedoseerde pillen. Er wordt een toename van het aantal aanbieders van ecstasy gesignaleerd.

Amfetamine

- Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen betaalden in 2013 tussen 1 en 35 euro (gemiddeld 8 euro) per gram amfetamine (DIMS, 2013). De gemiddelde prijs steeg van 6 euro in 2010 naar 9 euro per gram amfetamine in 2012 (DIMS, 2013). Er lijkt dus geen sprake meer te zijn van een prijsstijging van amfetaminemonsters per gram, maar een veranderde rapportagemethode bemoeilijkt een vergelijking (tabel 6.9).
- Volgens sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven is de prijs van amfetamine stabiel gebleven, tussen de 10 en 15 euro in 2013 (Nabben et al., 2014).
- Volgens de Antenne-monitor was methamfetamine in Amsterdam 'stabiel duur', met prijzen in 2013 oplopend tot 100 euro per gram. *Meth*amfetamine komt nog maar sporadisch voor in het Amsterdamse uitgaansleven (Nabben et al., 2014).

7. GHB

7.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 156
7.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 156
7.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 157
7.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 159
7.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 161
7.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 162
7.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 167
7.8	Aanbod en markt	▶ pagina 168

7. GHB

GHB staat voor gammahydroxyboterzuur en is een middel dat doorgaans wordt verkocht in de vorm van een vloeistof. Evenals alcohol veroorzaakt GHB een lichte roes, maar het kan ook hallucinaties veroorzaken en een stimulerende werking hebben. GHB kan bij de 'gewone' recreatieve doseringen ook ongewenste effecten hebben zoals vermoeidheid, vergeetachtigheid, misselijkheid, overgeven en stuiptrekkingen. Bij een hogere dosering (overdosering) kan de gebruiker in coma raken. Het verschil tussen de 'recreatieve' dosering en overdosering is vaak klein. Bij het ontwaken uit de coma voelt de persoon zich wakker en alert, maar soms ook gedesoriënteerd of agressief. GHB staat in de media ook wel bekend als 'rape-drug', maar de link tussen het gebruik van GHB en seksueel misbruik is niet sterk onderbouwd (§ 7.7). GHB gebruik komt voor in verschillende groepen mensen zoals uitgaanders, gemarginaliseerde groepen en thuisgebruikers.

GHB is een middel dat al na enkele weken dagelijks gebruik tot verslaving kan leiden. Acute onthouding kan riskant zijn. In 2013 is een practice-based behandelprotocol voor detoxificatie met medicinale GHB verschenen (Stichting Resultaten Scoren en NISPA, 2013) en onderzocht (De Weert-van Oene et al., 2013). De recidive (terugval naar GHB gebruik) na detoxificatie is echter groot (§ 7.6).

De ingrediënten voor GHB, zoals GBL (gamma-butyrolacton) en natronloog (gootsteenontstopper), zijn eenvoudig te krijgen. GBL is een schoonmaakmiddel dat via internet kan worden besteld. In pure vorm is dit middel nog sterker dan GHB en gebruik is gevaarlijk: in onverdunde vorm kan GBL irritatie en ernstige beschadiging van slokdarm en maag veroorzaken. Het aantal gebruikers van GBL is vermoedelijk klein, maar betrouwbare cijfers over aard en omvang van het GBL-gebruik ontbreken (CAM, 2013).

Het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) heeft de risico's van GHB ingeschat op gemiddeld tot hoog (CAM, 2011; Van Amsterdam et al., 2012a). Het risico van GBL wordt even groot geacht als dat van GHB, maar gezien signalen dat gebruik van GBL slechts op beperkte schaal voorkomt is er vooralsnog geen sprake van een omvangrijk volksgezondheidsprobleem (CAM, 2013; WHO Expert Committee on Drug Dependence). Aangezien GBL meestal niet apart wordt geregistreerd of uitgevraagd in onderzoek hebben de cijfers in dit hoofdstuk betrekking op GHB/GBL, tenzij anders aangegeven.

GHB is op 9 mei 2012 verplaatst van lijst II naar lijst I van de Opiumwet (zie § 2.1.1). Met deze wijziging is een signaal over de risico's aan (potentiële) consumenten gegeven en is tevens de handel in precursoren, zoals GBL en 1,4-BD, gericht op de productie van GHB, als voorbereidingshandeling strafbaar geworden.

7.1 Laatste feiten en trends

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

- In de algemene bevolking was in 2009 het percentage actuele GHB gebruikers kleiner dan dat van ecstasy en gelijk aan dat van amfetamine (§ 7.2). In 2015 komen meer recente cijfers beschikbaar.
- Het gebruik van GHB onder scholieren van het regulier onderwijs kwam in 2011 relatief weinig voor (§ 7.3).
- GHB kent een uiteenlopend gebruikerspubliek, variërend van uitgaande jongeren en jongvolwassenen, thuisgebruikers, gemarginaliseerde groepen (§ 7.3 en § 7.4).
- Binnen Nederland bestaan regionale verschillen in prevalentie van gebruik (§ 7.3), problematisch gebruik (§ 7.4), hulpvraag en incidenten (§ 7.6).
- De hulpvraag vanwege GHB verslaving bij instellingen voor verslavingszorg nam toe tussen 2007 en 2012 en bleef in 2013 op hetzelfde niveau; het aandeel van GHB in de totale drugsproblematiek is onveranderd klein (§ 7.6).
- GHB verslaving gaat vaak samen met andere psychische stoornissen en de terugval na klinische detoxificatie is aanzienlijk (§ 7.6).
- Het aandeel GHB intoxicaties dat als matig en ernstig kon worden geclassificeerd nam toe tussen 2009 en 2012, en bleef relatief groot in 2013 (§ 7.6).
- Er zijn signalen dat ook het gebruik van GBL bij gezondheidsincidenten een rol speelt, maar de omvang is niet bekend (§ 7.6).
- Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is (§ 7.7).
- GHB blijft een relatief goedkope drug (§ 7.8).

7.2 Gebruik: algemene bevolking

Recente cijfers over GHB gebruik in de algemene bevolking ontbreken. In het Nationaal Prevalentie Onderzoek van 2009 (Van Rooij et al., 2011) zijn vragen over GHB meegenomen, maar alleen in de periode april tot en met december. De uitkomsten hebben daardoor betrekking op een iets kleiner deel van de steekproef (4 599 ondervraagden) vergeleken met die voor de andere middelen, waarvoor vragen gedurende geheel 2009 in het onderzoek zijn meegenomen (5 769 ondervraagden). Qua steekproefsamenstelling zijn er geen verschillen.

- In 2009 had 1,3% van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ooit GHB gebruikt.
  - Meer mannen (1,6%) dan vrouwen (0,9%) hadden ervaring met GHB.
  - Onder 25-44 jarigen is het ooitgebruik het hoogst: 2,2% versus 1,7% onder 15-24 jarigen en 0,1% onder 45-64 jarigen.
- Recent (in het afgelopen jaar) had 0,4% GHB gebruikt en actueel (in de afgelopen maand) had 0,2% GHB gebruikt.
- Omgerekend naar absolute getallen hebben naar schatting 144 000 mensen ervaring met GHB. Het aantal actuele GHB gebruikers is naar schatting 22 000.

Scholieren

Vergeleken met andere drugs hebben scholieren van het regulier voortgezet onderwijs weinig ervaring met het gebruik van GHB.

- Volgens het Peilstationsonderzoek in 2011 had 0,5% van de scholieren van 12-18 jaar wel eens GHB gebruikt (Verdurmen et al., 2012). Dat verschilt niet statistisch significant van het percentage in 2007 (0,6%).
- In 2011 rapporteerde 0,1% GHB gebruik in de afgelopen maand (Verdurmen et al., 2012).
- In het Peilstationsonderzoek van 2003 was GHB nog niet meegenomen.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

Het gebruik van GHB lijkt onder bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen meer voor te komen dan onder de scholieren van het reguliere onderwijs, hoewel leeftijdsverschillen en verschillen in methoden van onderzoek geen precieze vergelijking toelaten. Een volledig beeld van (risico)groepen van GHB gebruikers ontbreekt.

- Verschillende, overwegend kwalitatieve, onderzoeken suggereren dat er grofweg drie gebruikersgroepen van GHB te onderscheiden zijn: gebruikers die GHB nemen voorafgaand, tijdens of na het uitgaan; gemarginaliseerde groepen (waaronder zowel probleemjongeren of hangjongeren als de meer 'klassieke' verslaafden) en 'thuisgebruikers' (Horjus en Van Goor, 2011; Voorham en Buitenhuis, 2012; Korf et al., 2012). De laatste groep omvat mensen die om verschillende redenen samen met vrienden en kennissen in de context van 'huisfeesten' (in plaats van of na afloop van reguliere feesten) GHB gebruiken, maar omvat ook afhankelijke gebruikers, voor wie het gebruik niet (langer) een sociale aangelegenheid is.

Tabel 7.1 geeft een indruk van de omvang van het gebruik van GHB in uiteenlopende groepen, zowel lokale als landelijke studies. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

Uitgaanders

Kwalitatief onderzoek suggereert dat GHB gebruik na een toename in populariteit tussen 2006 en 2010 over het hoogtepunt heen is onder trendy uitgaanders in Amsterdam. Vanaf 2010 lijkt het regelmatig gebruik van GHB weer af te nemen.

- Als mogelijke verklaringen voor deze daling in het Amsterdamse uitgaansleven worden genoemd: strengere controles in het uitgaansleven, onderlinge kritiek op "out gaan" en bewustwording over het verslavingsrisico's door reportages over problematische GHB gebruikers (Nabben et al., 2014).
- De Antenne survey onder clubbers en ravers laat (nog) wel een stijging in het gebruik zien: het percentage actuele gebruikers steeg van 2% in 1998, naar 5% in 2008 en 10% in 2013. Vooral de 'ravers' gebruiken meer (12% versus 8% van de clubbers). Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). Het merendeel (80%) gebruikt GHB af en toe tot nooit, 20% gebruikte wekelijks of alleen in het weekend en niemand rapporteerde dagelijks gebruik. Met 33% is het actuele gebruik van lachgas, een ander narcosemiddel, veel hoger.

- Een op de vijf gebruikers was 'out' gegaan op GHB in het jaar voor de survey (22 personen).
- In 2010 constateerde de Antenne-monitor reeds dat het brouwen van GHB bij sommigen een "doe-het-zelf project" is geworden (Benschop et al., 2011). Het recept om thuis GHB te maken staat op internet. GHB is een product dat in gebruikersnetwerken veel wordt weggegeven en gedeeld (Nabben et al., 2014).

Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 is een online survey naar het middelengebruik en risicogedrag onder 3 335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15 tot en 35 jaar met een gemiddelde leeftijd van 23 jaar (Goossens et al., 2013). De respondenten vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Bijna de helft van de deelnemers (45%) bezocht maandelijks of vaker een party of festival, en twee derde had een voorkeur voor techno/hardhouse muziek.

- Voor GHB werden percentages gevonden van 22% ooitgebruik, 12% recent gebruik en 5% actueel gebruik.
- Anders dan bij de meeste middelen was er geen verschil in gebruik tussen mannen en vrouwen.
- Er waren wel regionale verschillen: met respectievelijk 8% en 3% lag het recent- en actueel GHB gebruik onder respondenten in de regio's Noord (Friesland, Groningen en Drenthe) en Midden- (Flevoland en Utrecht) Nederland lager dan de ongeveer 13% en 6% in de regio's Oost (Overijssel en Gelderland), West (Noord- en Zuid-Holland) en Zuid (Zeeland, Noord-Brabant en Limburg).
- De recente gebruikers is ook gevraagd of ze vooral GHB of vooral GBL gebruiken: 91% gaf aan alléén GHB te gebruiken en geen enkele respondent gebruikte meestal of alléén GBL.
- De percentage recente GHB gebruikers was het hoogst in de groep 30-35 jarigen en de gemiddelde startleeftijd van GHB gebruik lag met 21 jaar hoger dan dat van andere middelen.
- De meest populaire locatie voor gebruik was thuis na het uitgaan (51%), op een party/festival (45%), club/disco (26%), of een feestje thuis (37%). GHB gebruik thuis vóór het uitgaan (14%) of in café/kroeg (3%) komt minder voor.
- Van degenen die in het afgelopen jaar GHB hadden gebruikt, gebruikten de meesten (69%) een (paar) keer per jaar, (13%) eens per maand, (8%) een paar keer per maand, (9%) een (paar) keer per week. Bijna niemand gebruikte (bijna) elke dag.
- Meestal wordt één buisje (5 ml) gebruikt. Gemiddeld werd op uitgaansdagen wat minder gebruikt (6,2 ml) dan op dagen dat men niet uitging (7,0 ml). Op niet-uitgaansdag waren iets meer gebruikers in de relatief grote groep die 2, 3, of zelfs 4 buisjes (20 ml) per gelegenheid namen.

Probleemjongeren

Het gebruik van GHB komt vaker voor onder jongeren in de residentiële jeugdzorg en in justitiële jeugdinrichtingen en onder dakloze jongeren (tabel 7.1), vergeleken met scholieren van het reguliere onderwijs (Kepper et al., 2009b).

- Volgens wat ouder landelijk onderzoek uit 2008 had 8% van de jongeren van 13-18 jaar in de residentiële jeugdzorg ervaring met GHB en had 1% in de afgelopen maand nog GHB gebruikt.
- Onder jongens in justitiële jeugdinrichtingen was dat respectievelijk 5% (ooitgebruik) en 3% (gebruik in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de inrichting).
- Zes procent van de 15-16 jarige jongeren uit de residentiële jeugdzorg en eveneens 6% van de 15-16 jarige jongens uit justitiële jeugdinrichtingen had ooit GHB gebruikt. Onder hun leeftijdgenoten uit het reguliere onderwijs was dat 1%.
- In ander onderzoek in de Amsterdamse jeugdzorg in 2012 had 3% van de jongeren ooit GHB gebruikt en had 1% in de afgelopen maand nog GHB gebruikt (Benschop et al., 2013).
- In de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht in 2011 had 2% van de dakloze jongeren (18-23 jaar) in de afgelopen maand GHB gebruikt (Van Straaten et al., 2012).

Tabel 7.1 Gebruik van GHB in speciale groepen

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Locatie	Jaar	Leeftijd (jaar)	Gebruik (%)	
				Ooit	Actueel
- Bezoekers van clubs en discotheken	Landelijk[I]	2008/2009	Gem. 21	6,4%	1,7%
- Bezoekers van party's en festivals	Landelijk[I]	2008/2009	Gem. 23	14,3%	4,6%
- Uitgaande jongeren en jongvolwassenen[II]	Landelijk[II]	2013	Gem. 23	21,8%	5,1%
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gem. 25	15,7%	4,7%
- Bezoekers van coffeeshops	Amsterdam	2009	Gem. 28	12,9%	1,5%
- Cafébezoekers	Amsterdam[III]	2010	Gem. 27	11,2%	1,9%
- Bezoekers van clubs	Amsterdam	2013	Gem. 24	19,2%	7,7%
- Bezoekers van raves	Amsterdam	2013	Gem. 25	31,9%	12,2%
Probleemjongeren - Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	Gem. 15	7,7%	1,2%
-Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[IV]	Landelijk	2009	Gem. 16	5,2%	2,6%
-Dakloze jongeren	G4	2011	Gem. 20	-	1,9%
-Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	Gem. 16	2,5%	0,8%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Verschillende groepen zijn onderzocht met hun corresponderende leeftijdscategorieën. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. - = Gegevens zijn onbekend. I. Geringe respons (19%). II. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. Vanwege methodologische verschillen zijn deze gegevens niet vergelijkbaar met die van het landelijke onderzoek onder bezoekers van clubs, discotheken, party's en festivals. III. Geringe respons (28%). IV. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's.

Bronnen: Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/UvA (Van der Poel et al., 2010); Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013); Antenne 2013, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2014); Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a); Antenne 2012, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2013); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012), IVO, UMC St Radboud.

7.4 Problematisch gebruik

Zelfs bij personen die slechts gedurende een korte periode, bijvoorbeeld enkele weken, frequent GHB hebben gebruikt kan zich afhankelijkheid ontwikkelen (Perez et al., 2006; Brunt et al., 2014).

- Vanwege de korte werkingsduur nemen intensieve gebruikers vaak dag en nacht elke twee tot vier uur een dosis om onthoudingsverschijnselen tegen te gaan (Van Noorden et al., 2010). Abrupt stoppen met GHB kan leiden tot symptomen zoals overvloedig zweten, plotselinge angstaanvallen en snelle hartslag (Van Noorden et al., 2009). De ernst van dit onthoudingssyndroom kan variëren, maar levensbedreigende complicaties zijn beschreven, met delirium, toevallen, verhoogde bloeddruk en hallucinaties (Veerman et al., 2010; Brunt et al., 2014). De symptomen beginnen doorgaans binnen een aantal uren na de laatste inname.

- Bij de behandeling van dit onthoudingssyndroom is toediening van medicijnen vaak noodzakelijk. Het gaat daarbij meestal om hoge doseringen benzodiazepinen. In Nederland is ook klinische ervaring opgedaan met het gecontroleerd afbouwen van GHB door toediening van medicinale GHB (Van Noorden et al., 2010). In 2010 is onderzoek gestart om de veiligheid en doeltreffendheid van deze methode in kaart te brengen (NISPA, 2013). Daartoe zijn 229 GHB cliënten van zes instellingen voor verslavingszorg behandeld en gedurende een langere periode gevolgd (zie § 7.6).

Cijfers over het aantal probleemgebruikers van GHB in Nederland ontbreken. Wel suggereren meerdere bronnen dat dit aantal in de afgelopen jaren is gestegen. Het gaat dan zowel om acute problemen als verslavingsproblematiek (zie § 7.6).

- Diverse organisaties op het gebied van uitgaan en verslaving signaleerden in de afgelopen jaren een verandering in houding van bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ten opzichte van GHB gebruik. Het gebruik lijkt normaler te worden gevonden, al lijkt in het Amsterdamse uitgaansleven hierin een kentering te komen (Nabben et al., 2014).
- GHB wordt gezien als een goedkoop alternatief voor alcohol en andere drugs. *Out gaan* (comateuze toestand) wordt door gebruikers vaak gezien als een relatief onschuldig bijeffect van GHB, hoewel er ook signalen zijn over onderlinge kritiek van uitgaanders op "out gaan" en toegenomen bewustwording over het verslavingsrisico (zie § 7.3) (Nabben et al., 2014).
- Mogelijk zijn er (lange termijn) risico's verbonden aan het herhaaldelijk *out gaan* na GHB gebruik, maar gedegen onderzoek hiernaar ontbreekt (Van Amsterdam et al., 2012a).
- Recent is een onderzoek naar thuisgebruik gestart, met als doel een *overdosispreventie tool* te ontwikkelen waarmee thuisgebruikers kunnen voorkomen dat ze door GHB hun bewustzijn verliezen (www.mainline.nl).

Hoewel het gebruik van GHB in het uitgaansleven vermoedelijk, evenals voor veel andere middelen, het hoogst is in de Randstad, zijn er signalen dat het probleemgebruik zich vooral voordoet in een aantal andere regio's, al lijkt er een toename in de verspreiding te zijn.

- Volgens cijfers van de verslavingszorg (LADIS) deed de GHB hulpvraag zich in 2007 vooral voor in delen van Noord-Brabant en Friesland; in 2013 heeft de hulpvraag zich verspreid naar regio's in bijna alle provincies, al lijken hierbinnen typische 'hotspots' te zijn (§ 7.6).
- Ook onderzoek onder problematische GHB gebruikers die in aanraking zijn gekomen met de politie, suggereert een specifieke regionale spreiding (Korf et al., 2012).
  - Zo lijkt de jongste groep (straatjongeren) de meerderheid te vormen in plattelandsdorpen in delen van sommige provincies (Overijssel, Gelderland, Brabant, Zuid-Holland en Zeeland).
  - De uitgaanders vormen naar inschatting van deskundigen een meerderheid in – vooral, maar niet uitsluitend, stedelijke – delen van de provincies Overijssel, Gelderland, Noord-Holland en Limburg.
  - Thuisgebruikers lijken buiten (delen van) de noordelijke en oostelijke provincies, nauwelijks of niet voor te komen onder de problematische GHB gebruikers die in aanraking komen met de politie.
  - Niettemin worden meerdere typen gebruikers binnen dezelfde provincie gesignaleerd en is er ook binnen een provincie soms sterke variatie, zelfs tussen dorpen en steden die dicht bij elkaar liggen.

Algemene bevolking

Er zijn weinig monitoringgegevens beschikbaar over het gebruik van GHB onder de algemene bevolking of scholieren in andere landen. Voor enkele landen zijn gegevens beschikbaar.

- GHB gebruik wordt gemeld in subgroepen van drugsgebruikers in Europa. België en Nederland hebben verzoeken tot behandeling in verslavingszorg gemeld (EMCDDA, 2014).
- In het Verenigd Koninkrijk was het recente GHB gebruik in de algemene bevolking van 16-59 jaar 0,0% in 2010/2011 en 0,1% in 2011/2012 (CSEW, 2012).
- In 2010 had in Australië 0,1% van de bevolking van 14 jaar en ouder in het afgelopen jaar GHB gebruikt (AIHW, 2011). Ook in 2004 en 2007 was dit 0,1%. Het ooitgebruik lag in 2010 op 0,8%.

Jongeren en jongvolwassenen

In de ESPAD-peilingen onder vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa werd in 2011 gevraagd naar het ooitgebruik van GHB. De cijfers uit dit onderzoek zijn internationaal beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking (Hibell et al., 2012).

- Het gebruik van GHB onder scholieren is laag. In de meeste Europese landen, inclusief Nederland, heeft niet meer dan 1% van de scholieren van 15-16 jaar ervaring met GHB, met uitzondering van Hongarije (2%), Letland (2%), Liechtenstein (2%) en Cyprus (3%).

Gebruik van GHB lijkt wel vaker voor te komen onder bezoekers van clubs en dansfeesten, maar er zijn geen internationaal vergelijkende studies op dit terrein.

- Overwegend lokale enquêtes zijn tussen 2005 en 2009 gehouden onder speciale groepen in België, Tsjechië, en het Verenigd Koninkrijk. Het ooitgebruik in deze speciale groepen varieerde in deze landen van 3,9% tot 15,2% en de hoogste maandprevalentie lag op 4,6%. Het gaat hier echter om methodologisch uiteenlopende studies en verschillen tussen landen moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd (Van der Poel, 2010; EMCDDA, 2011; Dick en Torrance, 2010; EMCDDA 2014).

Een internationale online survey waar relatief veel uitgaanders aan deelnamen, suggereert dat GHB in Nederland vaker dan in ander landen wordt gebruikt, al laat de methode een precieze vergelijking tussen landen niet toe (www.globaldrugsurvey.com). De werving van deelnemers verliep via verschillende media partners zoals Spuiten en Slikken, Zeit Online, en Huffington Post.

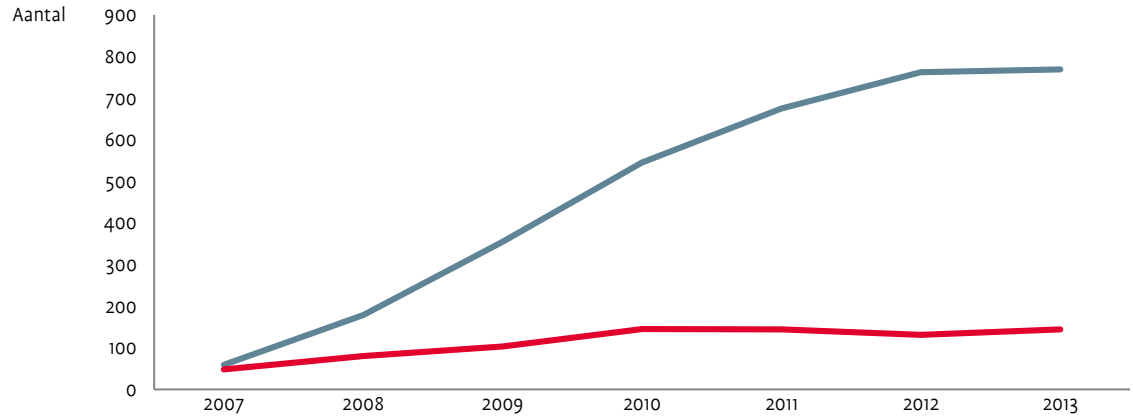
- De meeste deelnemers waren in hun twintiger- of dertiger jaren, in het afgelopen jaar had 60% een illegale drug gebruikt en de helft was ten minste vier keer in een club geweest.
- Alleen in Nederland stond GHB in de top 20 van meest gebruikte drugs (7,2% actueel gebruik), niet in de andere participerende landen: de Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk, Australië, Duitsland, Frankrijk, Ierland, Schotland, België, Denemarken, Nieuw Zeeland, Hongarije, Spanje, Portugal, Zwitserland, Mexico, Slovenië en Brazilië.

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn er 14 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg die anonieme gegevens over de hulpverlening sturen naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2014) (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS). In vorige jaren bevatte het LADIS ook gegevens van de verslavingsreclassering. Vanwege technische problemen zijn in dit NDM Jaarbericht de reclasseringsgegevens niet meer meegenomen. De LADIS-cijfers in dit Jaarbericht vallen daardoor lager uit dan de LADIS-cijfers in voorafgaande Jaarberichten. In 2013 is de registratie van de secundaire problematiek verbeterd, waardoor het aantal voor 2013 niet vergeleken kan worden met het aantal voor 2012. GHB wordt pas vanaf 2007 als apart middel geregistreerd in het LADIS.

- In 2013 werden 769 personen behandeld voor een primaire GHB problematiek, ongeveer evenveel als in 2012 (Wisselink et al., 2014). De eerder gesignaleerde sterke groei van het aantal hulpvragers tussen 2007 en 2012 zet zich in 2013 niet voort. Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire GHB cliënten van 0,44 in 2007 naar 5,53 in 2013. Het aandeel van GHB in de verslavingszorg is tussen 2007 en 2013 gestegen van 0,1% naar 1,2% (figuur 7.1).
- GHB wordt minder vaak als secundaire problematiek genoemd (figuur 7.1), maar ook in de secundaire problematiek is een stijging waarneembaar in het aantal GHB cliënten. Het aantal secundaire GHB cliënten werd tussen 2007 en 2013 drie maal zo groot.
- Negen van de tien hulpvragers in 2013 met een primaire GHB problematiek (93%) had ook nog een secundaire problematiek. De secundaire problematiek was er vooral met amfetamine en overige opwekkende middelen (34%), cocaïne of crack (23%), cannabis (12%), alcohol (10%), of slaap- en kalmeringsmiddelen (9%).
- In 2013 was ongeveer een kwart van de primaire GHB cliënten (24%) een nieuwkomer. De overige driekwart stond al eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.

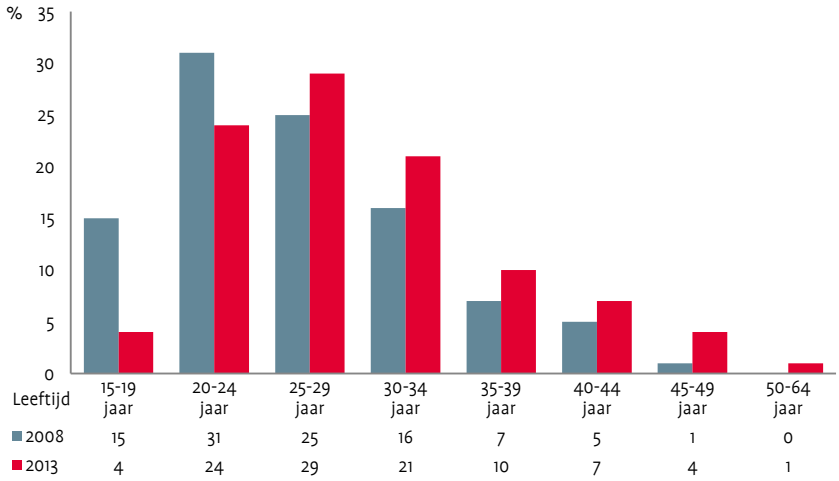
Figuur 7.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]) met primaire of secundaire GHB problematiek, vanaf 2007



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Primair	59	179	355	545	675	762	769
Secundair	48	80	103	145	144	131	144

Aantal cliënten. 1. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Met terugwerkende kracht zijn enkele administratieve correcties aangebracht. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

Figuur 7.2 Leeftijdsverdeling van primaire GHB cliënten (exclusief reclassering[1]). Peiljaren 2008 en 2013



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. 1. De gegevens van de reclassering zijn niet meegenomen. GHB wordt pas vanaf 2007 als apart middel geregistreerd in het LADIS, vanwege de lage aantallen in 2007 worden hier gegevens uit 2008 gerapporteerd. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

Leeftijd en geslacht

- Van de primaire GHB cliënten in 2013 was een meerderheid van 64% man. Hoewel de vrouwen in de minderheid waren, is 36% een hoog aandeel in vergelijking met andere middelen.
- De gemiddelde leeftijd van de primaire GHB cliënten is de afgelopen jaren gestegen van 26 jaar in 2007 naar 30 jaar in 2013 (Figuur 7.2) (Wisselink et al., 2014).
- De gemiddelde leeftijd waarop de GHB cliënten voor het eerst GHB gingen gebruiken was 23 jaar in 2012. De gemiddelde leeftijd was 22 jaar in 2010. Dit geeft aan dat de groep die bij de verslavingszorg terecht komt niet steeds op jongere leeftijd is gaan gebruiken (Wisselink en Mol, 2013). Er kan dus niet gesproken worden over een typisch "jongerenprobleem" in het geval van GHB.
- In 2007 was de GHB hulpvraag geconcentreerd in delen van Noord-Brabant en Friesland. In 2013 is de hulpvraag daar toegenomen en uitgespreid naar andere regio's (Wisselink et al., 2014).
- GHB hulpvragers keren vaak terug in de verslavingszorg en ook duurt hun behandeltraject vaak lang. Van de GHB cliënten die tussen 2007 en 2009 in behandeling kwamen, had in 2012 meer dan de helft (57%) al meerdere behandeltrajecten gehad. Bij vier van de vijf hulpvragers neemt de behandeling meer dan een jaar in beslag (Wisselink en Mol, 2013).

Intramurale detoxificatie

In 2013 is een practice-based behandelprotocol voor detoxificatie met medicinale GHB verschenen (Stichting Resultaten Scoren/NISPA, 2013) en onderzocht (De Weert-van Oene et al.,2013). Het behandelprotocol is gebaseerd op de GHB monitor van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA), dat cliënten in de verslavingszorg die een intramurale detoxificatie hebben ondergaan voor GHB monitort. Deze cliënten krijgen een gecontroleerde afbouw met medicinale GHB als eerste stap om definitief te stoppen met GHB gebruik (NISPA, 2013; De Jong et al., 2012). Zes instellingen voor verslavingszorg participeren in deze monitor.

- In totaal zijn 229 patiënten behandeld en gevolgd in het kader van dit onderzoek (NISPA, 2013).
- Van deze groep patiënten was 31% vrouw en was de gemiddelde leeftijd 29,4 jaar. De meerderheid (97%) had de Nederlandse nationaliteit en de helft was wel eens in aanraking gekomen met justitie/politie.

- Ruim de helft had een lagere beroepsopleiding genoten en 30% had een uitkering op het moment van de behandeling. De meeste patiënten gebruikten ook andere middelen naast GHB, zoals alcohol, cannabis en stimulantia.
- Een deel van de GHB cliënten kreeg GHB via een dealer (45%), een ander deel maakte de GHB zelf (30%), weer anderen lieten het maken door een vriend (18%) en de rest bestelde het via internet (3%).
- Meestal werd de GHB thuis gebruikt (67%) en minder vaak bij vrienden (16%), of in het uitgaansleven (5%). Dit verschilt sterk van de plaatsen waar het gebruik van GHB oorspronkelijk begon: 39% thuis, 44% bij vrienden en 42% in het uitgaansleven. Ook gebruikte een meerderheid de GHB uiteindelijk alleen (70%), terwijl dit in het begin van het gebruik nog 32% was.
- Het vergeten van problemen was de meest genoemde reden voor gebruik van GHB en slaapklachten werden door de meeste patiënten genoemd op het moment van hun opname.
- Opvallend veel patiënten hadden, naast hun GHB verslaving, ook last van andere psychische klachten, zo scoorde 38% van de patiënten boven de drempelwaarde voor depressie, 52% voor angst en 38% voor stress. Vergeleken met een poliklinische groep is dit bovengemiddeld hoog.
- Uiteindelijk is 90% van alle patiënten succesvol gedetoxificeerd door een afbouwschema met medicinale GHB, met een gemiddelde behandelingsduur van 10,5 dagen en een herstelperiode van nog eens 6,6 dagen.
- De terugval is groot. Er vond een follow-up plaats na drie maanden, waaraan 191 patiënten deelnamen. Van deze 191 patiënten bleek 71% alweer in behandeling te zijn voor GHB gebruik. Een kwart van de 191 patiënten was zelfs direct weer teruggevallen, de rest had gemiddeld een GHB vrije periode van zo'n acht weken voordat ze weer terugvielen.
- Vanwege deze grote terugval na detoxificatie is NISPA in 2014 een vervolgstudie gestart naar terugvalpreventie met baclofen. Baclofen is een spierverslapper die normaal gebruikt wordt bij mensen met multiple sclerose of spasticiteit, en wordt ook ingezet bij alcohol terugvalpreventie hoewel er nog geen hard bewijs voor deze toepassing is (Liu en, Wang, 2013). Een experimenteel behandelpilot met baclofen-ondersteuning na gecontroleerde afbouw met medicinale GHB bij 11 cliënten suggereert een mogelijke effect op craving (www.nispa.nl).

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut. De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) van de GGD Amsterdam registreert al sinds langere tijd het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik in Amsterdam en omgeving, maar data ontbreken (tijdelijk, wegens wijzigingen in het registratiesysteem) sinds 2012. Voor de gegevens van de CPA in voorgaande jaren wordt verwezen naar het NDM Jaarbericht 2011.

Sinds 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Croes et al, 2014). In 2013 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege het ontbreken van de registratiecijfers uit 2012 en 2013 van de CPA in Amsterdam zijn de cijfers van deze dienst over alle jaren buiten deze rapportage gehouden, om een vergelijking over jaren mogelijk te maken. De CPA Amsterdam levert de ambulance cijfers uit Amsterdam en de regio Purmerend.

- In 2013 werden in totaal 3 481 drugsincidenten gemeld. Bij 762 meldingen was GHB betrokken; hiervan was in 502 gevallen GHB als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 7.2 worden de incidenten na gebruik van GHB als enige drug samengevat over de vijfjaarsperiode 2009-2013. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- In deze periode werden in totaal 12 156 unieke drugsincidenten gemeld (exclusief de incidenten van de ambulances Amsterdam en Purmerend), waarvan 1 822 incidenten met GHB als enige drug. In 954 gevallen was er sprake van combinatiegebruik van GHB en een andere drug. Deze gevallen worden hier niet verder beschreven (tenzij anders aangegeven).
- Gezien de beperkte omvang van GHB-gebruik in de bevolking, is het aantal incidenten met GHB hoog.
- Bij de spoedeisende hulp van ziekenhuizen en de politieartsen is de bijdrage van incidenten met GHB ten opzichte van het totaal aan drugsincidenten tussen 2009 en 2013 jaarlijks toegenomen; van 8% naar 18% in de ziekenhuizen en van 6% naar 15% bij de politieartsen.
- Daarentegen is de relatieve bijdrage van GHB aan het totaal aan incidenten bij de ambulances en op de EHBO-posten van feesten in vijf jaar tijd afgenomen; van 31% naar 20% bij de ambulances en van 21% naar 10% bij de feesten.
- Het aandeel van GHB in het totaal aantal gemelde drugsincidenten verschilt per regio. Het aandeel is met name hoog in de regio's buiten de Randstad.
  - In Brabant-Zuidoost is de relatieve bijdrage van GHB aan het totaal aan incidenten (rond een derde van het totaal) al sinds de deelname vanaf 2010 hoger dan in de andere deelnemende regio's. Regio Enschede en Gelderland schommelen rond een kwart (zonder eenduidige trend over de jaren). In de grote steden ligt het percentage (ruim) onder 10% (Amsterdam) of om en nabij 10% (Rotterdam), eveneens zonder grote veranderingen in de afgelopen 5 jaar.
- De hiervoor genoemde relatieve toename van GHB incidenten bij ziekenhuizen en politieartsen en de afname bij ambulancediensten zou deels verklaard kunnen worden door de verschuiving in de relatieve bijdragen uit de regio's de afgelopen jaren.
  - Als voorbeeld: de bijdrage van GHB incidenten in de regio Rotterdam is relatief laag en de bijdrage van de ambulancedienst uit regio Rotterdam neemt sinds 2011 jaarlijks toe, zodat de relatieve afname bij de ambulancedienst in totaal deels een weerspiegeling zal zijn van de grotere invloed op de cijfers van ambulancedienst Rotterdam in de laatste jaren.
- Deze verklaring is overigens minder makkelijk toe te passen op de gesignaleerde relatieve afname van GHB bij de EHBO-posten, al zal ook hier meespelen dat de typen feesten jaarlijks iets anders zijn. Dat is van belang omdat de muziekvoorkeur ook is geassocieerd met de omvang en mate van drugsgebruik.
- De GHB gebruikers in deze monitor (en medische hulp zochten voor een acuut gezondheidsprobleem na het GHB gebruik) vormen een relatief wat oudere groep. De meerderheid is 25 jaar of ouder.
- Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. Opvallend is het relatief grote aandeel patiënten met een ernstige intoxicatie na GHB gebruik (zie tabel 7.2).
  - Zo is in ziekenhuizen het aantal ernstige intoxicaties na gebruik van GHB 56%, vergeleken met 14% bij cocaïne en 26% bij ecstasy.
  - Zelfs op de EHBO-posten van feesten, die vanwege hun laagdrempeligheid ook veel lichte intoxicaties zien, is ruim de helft van de intoxicaties met GHB matig of ernstig. In de loop van de jaren is dit aandeel toegenomen van 34% in 2009 naar 68% in 2012, en was 57% in 2013.
- In meer dan de helft van de gezondheidsincidenten na gebruik van GHB als enige drug was ook alcohol gedronken. GHB wordt ook relatief vaak gecombineerd met andere drugs.
- Er zijn vijf sterfgevallen vanuit de peilstationsregio's gemeld in de periode 2009-2013 waarbij GHB een rol speelt. In drie gevallen was de doodsoorzaak een overdosis met enkel GHB.

In een studie naar risicofactoren van overdosering onder 45 ervaren GHB gebruikers, werden gebruik-gerelateerde factoren (grotere dosis dan normaal of doses te kort na elkaar) het vaakst genoemd (Korf et al., 2014). Personen die herhaaldelijk "out" waren gegaan, hadden die keren meer GHB gebruikt 'dan gewoonlijk'. Er werden geen verschillen in combinatiegebruik met andere middelen tussen de groep die nooit, wel eens, en herhaaldelijk "out" was gegaan (Korf et al., 2014).

Tabel 7.2 Incidenten met GHB *als enige drug* geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2013

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal)	617 (23%)	312 (14%)	141 (10%)	752 (13%)
Man	71%	77%	88%	73%
Leeftijd: <25 jaar	41%	36%	23%	45%
Mate van intoxicatie*				
Licht[I]	8%	15%	54%	44%
Matig[II]	44%	29%	30%	36%
Ernstig[III]	39%	56%	15%	17%
Onbekend	8%	0%	1%	3%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet exact op tot 100. De registraties van de CPA Amsterdam (ambulancedata) zijn in deze tabel niet opgenomen. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Croes et al, 2014).

Rijden onder invloed

Het rijden onder invloed van GHB is zeer riskant (CAM, 2011). Recente cijfers over rijden onder invloed van GHB ontbreken (EMCDDA, 2014b).

- In 2013 gaf 27% van de party- en clubgangers uit het Grote Uitgaansonderzoek aan (zie § 7. 3) in de afgelopen 12 maanden wel eens onder invloed van drugs een auto te hebben bestuurd. Van deze groep gaf 1,3% aan dit onder invloed van GHB te hebben gedaan (Goossens et al., 2013).
- Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die van drugsgebruik worden verdacht. Het NFI let daarbij ook op GHB.
  - In 2009 werden in 750 bloedmonsters drugs aangetoond. In 172 gevallen (23%) werd GHB aangetroffen (Kuiken, 2010).
  - Van januari tot november 2010 heeft de politie 131 mensen van de weg gehaald die onder invloed waren van GHB. Dit was ruim 20% van het totaal aantal gevallen waarbij drugs in het spel waren.
- De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) heeft het gebruik van GHB onderzocht onder ernstig gewonde autobestuurders die werden opgenomen in het ziekenhuis (Houwing, 2011). Het onderzoek werd uitgevoerd onder 180 ernstig gewonden die tussen 2007 en 2009 werden opgenomen in een ziekenhuis in Enschede, Tilburg en Nijmegen.
  - Vijf van de 180 ernstig gewonde bestuurders (2,8%) bleken GHB te hebben gebruikt.
  - Vergeleken met andere drugs is het aandeel van GHB relatief groot.

Incidenten seksueel misbruik

Sinds GHB werd beschreven als 'uitgaansdrug' zijn er berichten over verkrachtingen waarbij GHB werd gebruikt om het slachtoffer te verdoven.

- Een internationale overzichtsstudie heeft geprobeerd te achterhalen van hoeveel van de wetenschappelijk beschreven verkrachtingsincidenten er daadwerkelijk sprake was van bewezen GHB intoxicatie (Németh et al., 2010). In 0,2 tot 4,4% van alle beschreven gevallen van seksueel misbruik werd GHB gedetecteerd.
- In recenter Noors dossieronderzoek werd geen enkel geval met positieve GHB-test gevonden bij vrouwen die hulp zochten bij vrouwenopvang na een ervaring met seksueel geweld (Hagemann et al., 2013).

- Daarmee lijkt het dus eerder een sporadisch gebruikte drug in dit soort gevallen dan een frequent gebruikte drug. De nadruk die hierop wordt gelegd door de media zou een van de oorzaken kunnen zijn dat GHB veel vaker wordt genoemd als verkrachtingsdrug dan het eigenlijke aantal gevallen waarin de drug ook daadwerkelijk werd aangetoond.
- Knelpunt bij al dit soort studies is dat GHB betrekkelijk kort detecteerbaar is: maximaal 5 uur in het bloed en 12 uur in de urine (Verstraete, 2004). Van de meeste studies is slechts bekend dat het monster 'binnen 24 uur na het incident' was verzameld. Onderrapportage is dus mogelijk.
- Er is geen zicht op het aantal gevallen in Nederland waarbij GHB gebruik in verkrachtingszaken een rol heeft gespeeld.

7.7 Ziekte en sterfte

- De dosis-effect relatie van GHB is zeer steil en het verschil in dosis tussen een 'gewenst' en een 'ongewenst' effect is zeer klein. De kans op overdosering is daardoor groot. Een overdosis GHB is gevaarlijk, omdat de mogelijkheid bestaat dat de ademhaling wordt onderdrukt en de gebruiker bewusteloos of zelfs in coma kan raken (Moser en Purssell, 2000). De gevolgen van deze toestand kunnen variëren van een milde ademhalingsverstoring tot ademstilstand. De risico's hierop zijn groter als GHB wordt gebruikt in combinatie met alcohol of andere dempende stoffen zoals benzodiazepines.
- Er zijn diverse stoffen uitgetest (Kohrs et al., 2004; Zvosec et al., 2007) om de verschijnselen van een GHB overdosering te bestrijden, maar zonder succes. Een specifiek antidotum is nog niet gevonden. De acute behandeling bestaat meestal uit het vrijmaken van de luchtwegen en het bewaken van de vitale functies.
- Tolerantie na frequent gebruik kan er toe leiden dat gebruikers steeds meer consumeren om hetzelfde effect te bereiken. Er komen dan vaker symptomen voor zoals misselijkheid, braken, agressief gedrag, duizeligheid, te langzame hartslag en onderkoeling. Bij hogere doseringen overheerst een algemeen ziektegevoel (Van Sassenbroeck et al., 2007).

De sterfte door het gebruik van GHB is lastig vast te stellen. GHB wordt snel afgebroken in het lichaam en is daardoor slechts kort aantoonbaar in bloed of urine (Jones et al., 2009; Verstraete, 2004). Afgezien daarvan zegt de aanwezigheid van GHB niet alles, omdat er grote verschillen in tolerantie kunnen zijn. Ook kan GHB na het overlijden in het lichaam zelf worden gevormd, waardoor de bijdrage van GHB gebruik aan het overlijden moeilijk vast te stellen kan zijn. Een andere complicerende factor is dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS geen specifieke code kent waarmee GHB sterfgevallen kunnen worden geregistreerd.

- In 2012 stond GHB vermeld op 13 doodsoorzakenformulieren van het CBS. In 2011 ging het om 6 gevallen, in 2010 om 5 en in 2009 ging het om 8 gevallen. Het gaat daarbij zowel om ingezetenen als niet ingezetenen van Nederland. Onbekend is of GHB bij deze gevallen de oorzaak was van het overlijden of heeft bijgedragen aan het overlijden.
- Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op alcohol, drugs, geneesmiddelen en bestrijdingsmiddelen. Van de overlijdensgevallen waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek heeft plaatsgevonden in 2013, waren er 7 gevallen waarin GHB mogelijk een rol had gespeeld bij het overlijden, in 2012 ging het om 2 gevallen. In sommige van deze gevallen speelden ook andere drugs nog een rol bij het overlijden. Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterfgevallen in de verschillende hoofdstukken van dit Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.

- De gevallen die geregistreerd staan in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overlappen deels met de gevallen die geregistreerd staan bij het NFI, maar de overlap is niet volledig. Er zijn dus gevallen bekend bij het CBS die niet bekend zijn bij het NFI, en vice versa.
- In 2010 waren er wereldwijd ongeveer 400 sterfgevallen gerelateerd aan GHB in klinische literatuur beschreven (Zvosec et al., 2010).

7.8 Aanbod en markt

Samenstelling van GHB

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters (pillen) wordt herkend bij de instelling zelf. De meeste overige pillen en alle poeders en vloeistoffen worden doorgaans doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse. Echter, vanwege de toename in het aantal ingeleverde drugsmonsters en stabiele GHB laboratoriumuitslagen, zijn in 2013 de meeste als GHB aangekochte monsters niet doorgestuurd naar het laboratorium, gezien de geringe toegevoegde waarde van deze analyses.

- In 2013 werden 20 vloeistoffen ingeleverd die als GHB werden aangekocht en slechts één werd aangekocht als GBL (DIMS, 2013).
- In 2012 waren dat nog 162 GHB monsters en ook 1 GBL monster. In de meeste als GHB verkochte vloeistoffen (90%) zat daadwerkelijk GHB. De concentratie GHB was gemiddeld 42% (gewichtsprocenten) en de mediaan was 45%. Het minimum aan opgeloste GHB in de vloeistoffen bedroeg rond de 5% en het maximum was 60%.
- In de GHB monitor van het NISPA (zie § 7.6) is in verband met het afbouwprotocol voor detoxificatie van GHB ook gekeken naar de gemiddelde concentratie van GHB die de GHB patiënten gebruikten. Opvallend is dat hier het gemiddelde veel hoger was, namelijk 60-65% (NISPA, 2013). Mogelijk hangt dit samen met de opgebouwde tolerantie voor GHB.

Prijzen

De Amsterdamse Antenne-monitor en het landelijke DIMS geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een enkele dosis GHB, dan wel een kwart of hele liter van dit middel.

- Volgens de Antenne-monitor werd in Amsterdam in 2013 voor een kwart liter GHB tussen de 25-45 euro betaald; het meest gangbaar was 30-40 euro. De prijs voor een liter GHB (80-125 euro) bleef ook na de plaatsing van GHB op lijst 1 redelijk stabiel. Ook in 2011 werd voor een kwart liter 25-45 euro betaald en voor een hele liter 90-125 euro (Nabben et al., 2012).
- In 2012 betaalden consumenten die bij het DIMS hun GHB lieten testen ongeveer 4 euro per 5 ml, minder dan in 2011 (6 euro). De prijs voor een liter in 2012 varieerde van 50 tot 180 euro en de mediaan (het midden van de verdeling) was 120 euro (DIMS, 2013). Gegevens voor 2013 zijn niet beschikbaar vanwege het kleine aantal GHB monsters.
- Iemand die GHB zelf bereidt, is per kwart liter ongeveer 10 euro kwijt.
- Omstreeks november 2013 kregen ruim 20 handelaren die via internet de drugsgrondstof GBL aanboden een brief van het OM met het verzoek de verkoop te staken (Nabben et al., 2014). In hoeverre dit het aanbod van GBL/GHB en de prijs op consumentenniveau heeft beïnvloed is niet bekend.

8. Slaap- en kalmeringsmiddelen

8.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 171
8.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 171
8.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 174
8.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 176
8.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 179
8.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 182
8.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 184
8.8	Aanbod en markt	▶ pagina 185

8. Slaap- en kalmeringsmiddelen

Diverse 'psychoactieve' medicijnen kunnen bij verkeerd gebruik leiden tot verslaving, ziekte en sterfte, onder andere door suïcide. In de Verenigde Staten komt niet-medisch gebruik van medicijnen veel voor bij opiaten. In Engeland is een zwarte markt voor methadon geconstateerd (Duffy en Baldwin, 2012). Methadoncliënten helpen elkaar aan methadon als iemand een keer niet genoeg methadon heeft opgehaald voor zichzelf (Duffy en Mackridge, 2014). In Australië is een zwarte markt ontstaan voor de pijnstiller fentanyl (Roxburgh et al., 2013). Ook een middel als methylfenidaat voor de behandeling van ADHD en andere amfetamineachtige geneesmiddelen hebben een verslavingsrisico. In Nederland worden medicinale opiaten als vervanger gebruikt voor heroïne (bijvoorbeeld methadon) of anderszins medisch toegepast, bijvoorbeeld als pijnstiller en narcosemiddel. Ook bij het gebruik van medicinale opiaten als pijnstiller is er een risico aanwezig op het ontstaan van verslaving (Reifenschweiler et al., 2013). Een pijnstiller als oxycodon werd in 2013 in Nederland door ongeveer 200 000 mensen gebruikt, twee keer zoveel als in 2008 (www.sfk.nl, 07-11-2013). In de Opiumwet is geregeld hoe apothekers moeten omgaan met recepten voor middelen die in de Opiumwet staan en hoe ze moeten omgaan met de middelen zelf. Daarmee bestaat in Nederland in principe de mogelijkheid om na te gaan of er niet-medisch gebruik plaatsvindt. De capaciteit om deze vorm van oneigenlijk gebruik op te sporen is echter beperkt.

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op een andere groep van medicijnen: de slaap- en kalmeringsmiddelen. Het merendeel daarvan behoort tot de groep van de benzodiazepinen[1]. Zij hebben in de jaren zeventig en tachtig de barbituraten grotendeels vervangen. Vanwege ernstige bijwerkingen worden barbituraten nauwelijks meer voorgeschreven. Sommige benzodiazepinen worden vanwege hun breed spectrum aan effecten niet alleen als slaap- of kalmeringsmiddel voorgeschreven. Ze worden ook gebruikt voor de behandeling van epilepsie, paniekstoornis en onthoudingsverschijnselen na het stoppen met alcohol. De vergoeding van benzodiazepinen binnen de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt en geldt alleen nog voor een kleine groep patiënten, voor enkele specifieke indicaties.

Slaap- en kalmeringsmiddelen worden op verschillende manieren gebruikt. Gebruik komt voor op recept volgens de richtlijnen, op recept maar buiten de richtlijnen en gebruik dat overgaat in chronisch gebruik, misbruik of afhankelijkheid (verslaving). Niet alleen bij misbruik en verslaving zijn er risico's verbonden aan slaap- en kalmeringsmiddelen. Ook het (acuut) gebruik in risicovolle omstandigheden en het gebruik in combinatie met bijvoorbeeld alcohol kan problematisch zijn. Voor zover over deze risico's gegevens beschikbaar zijn, zullen deze in dit hoofdstuk worden gerapporteerd.

1 Andere, minder vaak voorgeschreven middelen zijn de slaapmiddelen zopiclon en zolpidem en het kalmeringsmiddel buspiron.

8.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en cijfers over slaap- en kalmeringsmiddelen in dit hoofdstuk zijn:

- In 2009 had een op de tien mensen in de algemene Nederlandse bevolking van 15 tot en met 64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt. Het aandeel recente gebruikers is twee keer hoger onder vrouwen dan mannen (§ 8.2).
- Ouderen van boven de 65 jaar zijn oververtegenwoordigd onder de gebruikers van benzodiazepinen (§ 8.2).
- In 2011 had een op de elf scholieren van het voortgezet onderwijs van 15 en 16 jaar ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op voorschrift van een arts. Ongeveer even veel scholieren gaven aan ervaring te hebben met het gebruik van deze middelen zonder deze op recept van een arts te hebben gekregen (§ 8.3).
- Er zijn indicaties dat van de gebruikers van slaapmedicatie 62% langer dan twee jaar gebruikt (§ 8.4).
- Sommige veldstudies onder problematische drugsgebruikers suggereren dat in deze groep ook geregeld slaap- en kalmeringsmiddelen worden gebruikt (§ 8.4).
- Vergeleken met enkele andere lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen, lag in 2011 het percentage 15-16 jarige scholieren in Nederland dat ooit slaap- en kalmeringsmiddelen heeft gebruikt zonder recept van een arts, boven het gemiddelde (§ 8.5).
- In de verslavingszorg is tussen 2002 en 2013 het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten of overige psychofarmaca gestegen met 62%, maar hun aandeel op alle cliënten blijft beperkt (§ 8.6).
- In de algemene ziekenhuizen stijgt tussen 2001 en 2012 het aantal patiënten dat wordt opgenomen voor misbruik van- of verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen (§ 8.6).
- Tussen 1996 en 2012 schommelt het totaal aantal geregistreerde sterfgevallen door overdosering van medicijnen (in meerderheid benzodiazepinen) zonder duidelijk trend (§ 8.7).
- De vergoeding van benzodiazepinen via de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt. Vermoedelijk is in samenhang hiermee het gebruik van benzodiazepinen gedaald (§ 8.2, § 8.8).

8.2 Gebruik: algemene bevolking

Gegevens over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn afkomstig van verschillende bronnen: vragenlijstonderzoek onder respondenten uit de algemene bevolking (Van Rooij et al., 2011) en gegevens over het aantal verstrekkingen van deze middelen door openbare apothekers (SFK, 2011, 2012).

In 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). De methode van gegevensverzameling verschilde in 2009 van die in 2005. In 2005 werden gegevens over drugsgebruik, inclusief slaap- en kalmeringsmiddelen, verzameld in een persoonlijk interview. Hierbij voerde de onderzoeker de antwoorden in op een laptop. In 2009 vulde de respondent zelf direct de antwoorden op de vragen in, zonder dat de interviewer meekeek. Er zijn aanwijzingen dat meer anonieme en privacybeschermde methoden, zoals toegepast in 2009, leiden tot hogere prevalenties van gebruik.

- In 2009 had 10% van de algemene Nederlandse bevolking van 15 tot en met 64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt (Van Rooij et al., 2011).

Tabel 8.1 Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen in Nederland onder mensen van 15-64 jaar. Peiljaren 1997, 2001, 2005 en 2009[I]

	1997	2001	2005	Wijziging methode[I]	2009[I]
Ooitgebruik	27,9%	26,6%	-	…	-
Recent gebruik[II]	11,9%	11,1%	9,3%	…	10,1%
Actueel gebruik[III]	6,6%	6,3%	5,0%	…	5,9%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	2,9% (S) 3,1% (K)	2,7% (S) 2,5% (K)	2,8%	…	2,9%
Gemiddelde leeftijd van de recente[I] gebruikers	44,4 jaar (S) 40,7 jaar (K)	44,3 jaar (S) 40,7 jaar (K)	43,1 jaar	…	-

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005), 5 769 (2009). - = Niet gemeten. … = Wijziging methode. S = Slaapmiddelen, K = Kalmeringsmiddelen. I. In 2009 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. II. In het afgelopen jaar. III. in de afgelopen maand. Bron: NPO, CBS/IVO (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011).

In de afgelopen maand had 6% van de bevolking deze middelen gebruikt. Omgerekend naar de hele bevolking (15-64 jaar) ging het toen om ongeveer 1,1 miljoen gebruikers in het afgelopen jaar en ongeveer 650 000 gebruikers in de afgelopen maand.

- Deze cijfers bevatten alle vormen van gebruik, zowel het gebruik volgens de medische voorschriften als het gebruik voor andere doeleinden. Ook bij gebruikers die de slaap- en kalmeringsmiddelen krijgen via een (herhalings)recept van een arts kan sprake zijn van misbruik of verslaving (Crul, 2006).
- Tussen 2001 en 2005 daalde het percentage recente en actuele gebruikers (tabel 8.1). Zoals hiervoor is aangegeven kunnen, door een verschil in de ondervragingsmethode, de gegevens van 2009 niet vergeleken worden met de gegevens van voorgaande jaren. Een andere bron suggereert dat in de eerste helft van 2009 het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen is gedaald met 17,5% (www.sfk.nl, 17-09-2013).

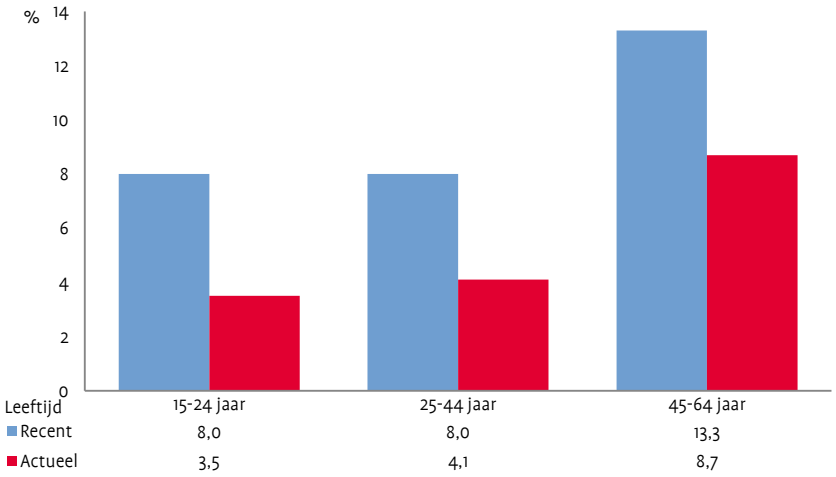
Leeftijd en geslacht

- Volgens het NPO gebruikten in 2009 ongeveer twee keer meer vrouwen dan mannen slaap- en kalmeringsmiddelen (Van Rooij et al., 2011). Onder de mannen lag het percentage actuele gebruikers op 7% en onder de vrouwen op 13%. Actueel gebruik kwam voor onder 4% van de mannen en 8% van de vrouwen.
- Het gebruik stijgt met de leeftijd (figuur 8.1). In het afgelopen jaar had 8% van de 15-24 en 25-44 jarigen slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt tegenover 13% van de 45-64 jarigen.
- De 15-34 jarigen die in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen hadden gebruikt, waren gemiddeld 21 jaar oud toen zij daar mee begonnen. De leeftijd van het eerste gebruik varieerde daarbij van 10 tot 33 jaar.

Frequentie van het gebruik

- Van de 15-64 jarigen die de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen hadden gebruikt, had 41% deze middelen dagelijks of bijna dagelijks gebruikt en had 12% ze meerdere malen per week gebruikt.

Figuur 8.1 Gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen per leeftijdgroep. Peiljaar 2009



Percentage gebruikers recent (in het laatste jaar) en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, CBS/IVO (Van Rooij et al., 2011).

Uit een landelijke enquête van de Nederlandse Vereniging voor Slaap- en Waak Onderzoek (NSWO) onder bijna duizend Nederlanders blijkt dat 9% vaak of altijd slaaptabletten gebruikt om in slaap te vallen. Nog eens 27% doet dit soms of zelden (NSWO, 2014).

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verzamelt en analyseert de verkoop van geneesmiddelen van ruim 92% van de openbare apotheken in Nederland. Deze apotheken bedienen samen een populatie van 15,3 miljoen personen.

- Volgens de SFK was het gebruik van benzodiazepines in de periode 1997-2008 vrij stabiel, afgemeten aan het aantal verstrekte standaarddagdoseringen (tussen 209 en 220 miljoen jaarlijks, www.sfk.nl, 06-09-2012). Tussen 2008 en 2009 daalde het aantal verstrekte standaarddagdoseringen met 15% van 209 miljoen naar 177 miljoen, en bleef het op dit niveau in 2010. De afname is het grootst voor chronische gebruikers, die in een half jaar meer dan drie voorschriften voor een benzodiazepine kregen.
- Deze daling hangt vermoedelijk samen met de inperking van de vergoeding van benzodiazepinen binnen de basisverzekering per 1 januari 2009 (Hoebert et al., 2012a; zie ook § 8.8).
- Ook in de regio Groningen is geconstateerd dat na de inperking van de vergoeding het gebruik van benzodiazepinen is gedaald. Tussen 2007/2008 en 2009/2010 daalde het gemiddeld aantal dagen waarvoor benzodiazepinen werden voorgeschreven door de huisarts van 16 naar 13 dagen (Kollen et al., 2012).
- In heel 2011 registreerde de SFK met 179 miljoen iets meer verstrekte standaarddagdoseringen dan in 2010. Het aantal mensen aan wie tenminste een maal een benzodiazepine werd verstrekt lag daarmee op 1,6 miljoen. Per duizend inwoners betekende dit een daling ten opzichte van 2009. Deze daling was het grootst onder de ouderen. Tussen 2009 en 2011 daalde in de leeftijdsgroep van 71 tot en met 80 jaar het aantal gebruikers van benzodiazepinen met 3% van 187 per duizend naar 182 per duizend ouderen (www.sfk.nl, 06-09-2012).

Oudere gebruikers van benzodiazepinen

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) monitort de huisartsenzorg. Het LINH monitort de zorg op een steekproef van huisartspraktijken. In juli 2010 namen 83 huisartspraktijken deel aan het LINH met in totaal 335 000 ingeschreven patiënten.

- In 2009 registreerde de steekproef van het LINH in totaal 2 807 patiënten vanaf 18 jaar die in dat jaar voor het eerst benzodiazepinen kregen voorgeschreven. Daarvan kregen 1 116 patiënten (40%) de benzodiazepinen voor een angststoornis en kregen de overige 1 691 patiënten (60%) deze medicijnen voorgeschreven voor een slaapstoornis (Hoebert et al., 2012).
- Van de 2 807 patiënten waren 766 patiënten ouder dan 65 jaar (27%). Het andere deel van de patiënten (73%) was tussen de 18 en 65 jaar.
- In 2009 was van de hele bevolking van 18 jaar en ouder 82% tussen de 18 en 65 jaar en was slechts 18% ouder dan 65 jaar. Hiermee komt naar schatting 27% van de benzodiazepinen terecht bij de ouderen die slechts 18% uitmaken van de bevolkingsgroep waarin deze medicijnen worden gebruikt. Hieruit blijkt dat de ouderen zijn oververtegenwoordigd onder de gebruikers van benzodiazepinen.
- Patiënteneducatie over de risico's van benzodiazepinen kan het gebruik terugdringen. In Canada bleek dat het gebruik bij meer dan een derde van de ouderen kon worden teruggedrongen via patiënteneducatie (Tannenbaum et al., 2014).

8.3 Gebruik: jongeren

Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder scholieren wordt landelijk alleen gepeild in het kader van de ESPAD survey (zie ook § 8.5).

- In 2011 had 8,8% van de scholieren van het voortgezet onderwijs van 15 en 16 jaar ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op voorschrift van een arts (10,4% van de meisjes en 7,2% van de jongens).
- Ongeveer even veel scholieren (8,6%) gaven aan ervaring te hebben met het gebruik van deze middelen zonder deze op recept van een arts te hebben gekregen. De percentages ooitgebruik waren ook hoger onder meisjes dan onder jongens (respectievelijk 10,9% en 6,3%).
- Welke middelen jongeren precies tot de slaap en -kalmeringsmiddelen rekenen is niet bekend.

Het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO) heeft in 2009 via een onlinevragenlijst onderzoek gedaan naar het oneigenlijk gebruik van medicijnen door Nederlandse jongeren van 14 tot en met 17 jaar (Ganpat et al., 2009). Het ging hierbij niet alleen om de receptgeneesmiddelen waarvoor een recept van een arts nodig is. Ook geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn werden onderzocht. Dit zijn de zogenaamde *zelfzorgmedicijnen* zoals paracetamol, ibuprofen, aspirine en hoestmiddelen. Bij oneigenlijk gebruik kan het gaan om medicinaal gebruik door iemand die geen recept heeft voor het medicijn, maar ook om niet-medicinaal gebruik om high te worden, of om de effecten van andere middelen te dempen of te versterken.

- Van de jongeren had 7% ooit oneigenlijk gebruik gemaakt van receptgeneesmiddelen. Inclusief de zelfzorgmedicijnen lag het percentage oneigenlijk gebruik van medicijnen op 13%.
- Het oneigenlijk gebruik kwam het meeste voor bij zelfzorgmedicijnen (9,7%), gevolgd door recept-pijnstillers (2,9%), ADHD-medicatie (2,0%), slaapmiddelen (1,4%), angstmedicatie (1,3%) en astmamedicatie (1,3%).
- Naast deze percentages voor het oneigenlijk gebruik ooit in het leven, toont tabel 8.2 ook de percentages voor het recent oneigenlijk gebruik (in het afgelopen jaar) en actueel oneigenlijk gebruik (in de afgelopen maand). Van de oneigenlijke gebruikers had 34,8% meer dan één medicijn oneigenlijk gebruikt.

Tabel 8.2 Oneigenlijk gebruik van medicijnen door jongeren van 14 tot en met 17 jaar. Peiljaar 2009

Medicijn	Ooit	Recent	Actueel
Zelfzorgmedicijnen	9,7%	7,3%	2,6%
Receptpijnstillers[1]	2,9%	1,3%	0,3%
ADHD-medicatie	2,0%	1,2%	0,1%
Slaapmiddelen	1,4%	0,8%	0,4%
Angstmedicatie	1,3%	0,8%	0,1%
Astmamedicatie	1,3%	0,5%	0,2%

Percentage jongeren dat een medicijn oneigenlijk heeft gebruikt, ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). 1. Bij de pijnstillers op recept gaat het om middelen zoals codeïne, methadon, morfine, diclofenac, tramadol, oxycodon en fentanyl. Bron: IVO (Ganpat et al., 2009).

- Er is ook onderzocht hoe de jongeren bij het oneigenlijk gebruik aan de medicijnen zijn gekomen. Bij oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie hadden de jongeren de medicijnen vooral gekregen via vrienden (80%). Slaapmiddelen kregen de jongeren vooral van vrienden (28%), van ouders (22%), of via de huisarts (19%). Angstmedicatie kregen de jongeren vooral van vrienden (23%), via de huisarts (23%), of van de ouders (19%). Receptpijnstillers kregen de jongeren vooral van de ouders (28%), van vrienden (24%), of via de huisarts (21%). Astmamedicatie kregen de jongeren vooral via de huisarts (50%), of van vrienden (29%).

Het Bonger Instituut voor Criminologie van de Universiteit van Amsterdam monitort via de *Antenne* het gebruik van alcohol en drugs onder middelbare scholieren in Amsterdam. De Antenne volgt daarbij ook het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (Nabben et al., 2012). In 2011 is de Antenne uitgevoerd onder brugklassers, derdeklassers en oudere leerlingen.

- Van de brugklassers had 3,7% in het afgelopen jaar en had 2,1% in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.
- Van de derdeklassers had 7,8% slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt in het afgelopen jaar en 3,8% in de afgelopen maand. Het gebruik zonder recept kwam voor bij 4,1% van de derdeklassers in het afgelopen jaar en bij 2,0% in de afgelopen maand.
- Van de oudere leerlingen had 7,2% slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt in het afgelopen jaar en 2,9% in de afgelopen maand. Het gebruik zonder recept kwam voor bij 2,9% van de oudere leerlingen in het afgelopen jaar en 0,6% in de afgelopen maand.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In de *Antenne* monitor is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, behalve onder scholieren, ook gepeild onder groepen jongeren en jongvolwassenen in het Amsterdamse uitgaansleven (tabel 8.3). Voor zover vergelijkbaar lijkt het gebruik niet zo veel af te wijken van dat in de algemene bevolking. Gebruik van een slaapmiddel op kleine schaal wordt vooral genoemd om de na-effecten van het gebruik van stimulerende middelen tegen te gaan.

- In 2010 werd het middelengebruik onder Amsterdamse cafébezoekers onderzocht (Benschop et al., 2011). Hun leeftijd varieerde van 16 tot en met 56 jaar, hun gemiddelde leeftijd was 27 jaar, 51% was man en 49% was vrouw.
  - Van de cafébezoekers had 19,3% ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, 10,6% had ze het afgelopen jaar gebruikt en 3,8% had deze middelen de afgelopen maand nog gebruikt.
  - Bij de vrouwen lag het ooitgebruik hoger dan bij de mannen (23,2% tegenover 15,6%).
- Van de onderzochte groepen was het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen het laagst onder Amsterdamse coffeeshopbezoekers (tabel 8.3).

Tabel 8.3 Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit	Actueel
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gem. 25	16,8%	2,8%
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	Gem. 28	11,9%	1,2%
Bezoekers van cafés	Amsterdam	2010	Gem. 27	19,3%	3,8%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. Bron: Antenne (Benschop et al., 2011).

In 2012 heeft de *Antenne* monitor bovendien het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onderzocht onder jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam (Benschop et al., 2013). Het bleek dat 13% van de jongeren in de jeugdzorg deze middelen wel eens had gebruikt, waarvan 10% met een doktersvoorschrift en 5% (ook) zonder doktersvoorschrift. In de afgelopen maand had 3% van de jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg nog slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt.

De *Tendens* monitort het gebruik van alcohol en drugs onder jongeren en jongvolwassenen in Gelderland. Net als in de voorafgaande jaren bleek in 2010 dat slaap- en kalmeringsmiddelen slechts een marginale rol spelen in het middelengebruik van de Gelderse jongeren die door de Tendens worden gemonitord (De Jong et al., 2011). Wel worden slaap- en kalmeringsmiddelen genoemd als een handig middel om in slaap te komen na een zwaar weekend stappen, met name na het gebruik van stimulerende middelen.

In 2011 heeft de *Coda-G4* het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onderzocht onder dakloze jongeren in de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht (Van Straaten et al., 2012). Het ging om dakloze jongeren van 18 tot 23 jaar met een gemiddelde leeftijd van 20 jaar. Het bleek dat 3% van deze dakloze jongeren in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen had gebruikt.

8.4 Problematisch gebruik

Niet alleen bij niet-medisch gebruik, misbruik en verslaving zijn er risico's verbonden aan slaap- en kalmeringsmiddelen. Ook aan het (acuut) gebruik op zich en aan het gebruik in combinatie met bijvoorbeeld alcohol zijn risico's verbonden. De risico's zijn onder andere valincidenten, met name bij ouderen (Broekhuizen, 2014), verkeersongelukken en andere ongevallen. Bij het stoppen of afbouwen van het chronisch gebruik kunnen de oorspronkelijke klachten verergeren. Psychische bijwerkingen van het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen kunnen zijn: het verlies van initiatief, trager reageren, geheugenverlies, emotionele en relationele vervlakking, het niet verwerken van pijnlijke ervaringen en verminderde kwaliteit van de slaap, waardoor men overdag suf of moe is (www.farmacotherapeutischkompas.nl). Ook zijn er aanwijzingen dat het gebruik van benzodiazepines door ouderen de kans op dementie verhoogt (Van der Laak, 2012).

Verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen is veelal een 'verborgen verslaving'. Gebruikers kunnen verslaafd zijn geraakt, zonder dat zelf te beseffen. In de regel worden deze middelen voorgeschreven door een arts. Dit kan voor sommige 'patiënten' versluieren dat ook deze middelen verslavend kunnen zijn, net zoals alcohol, drugs en tabak (Crul, 2006). Verslaving kan al optreden na drie tot zes weken gebruik.

Tabel 8.4 Jaarprevalentie van misbruik en afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen, naar stoornis en geslacht in de bevolking van 18-64 jaar. Peiljaar 2007-2009

	Jaarprevalentie in %
Stoornis	
- Misbruik	0,3%
- Afhankelijkheid	0,2%
Geslacht	
- Mannen	0,2%
- Vrouwen	0,8%
Totaal	0,5%

Percentage misbruik en afhankelijkheid in het afgelopen jaar. Bron: Nemesis-2 2007-2009.

De richtlijn voor angststoornissen schrijft daarom voor dat de arts de patiënt over de bijwerkingen en het risico op afhankelijkheid uitgebreid dient te informeren (Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ, 2011). De richtlijn voor angststoornissen adviseert om eerst cognitieve gedragstherapie en/of andere medicijnen te proberen en pas als dit niet aanslaat benzodiazepinen voor te schrijven.

Tussen 28 maart en 7 april 2014 ondervroeg TROS Radar 7 514 panelleden die in het verleden slaapmedicatie hadden gebruikt en 9 093 panelleden die ten tijde van het onderzoek slaapmedicatie gebruikten. Van de gebruikers bleek 62% de slaapmiddelen langer dan twee jaar te slikken en bij 80% had de huisarts of apotheker nooit voorgesteld om er mee te stoppen (www.trosradar.nl, 14-04-2014).

Algemene bevolking

In het NEMESIS-onderzoek uit 2007-2009 is onder andere onderzocht hoeveel procent van de Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jaar, op jaarbasis, voldeed aan de diagnose voor misbruik of afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen (DSM 4e gewijzigde editie) (De Graaf et al., 2010).

- In het afgelopen jaar voldeed 0,3% van de bevolking aan de diagnose 'misbruik' en voldeed 0,2% aan de diagnose 'afhankelijkheid' van slaap- of kalmeringsmiddelen. Het totaal in de algemene bevolking voor misbruik en afhankelijkheid komt daarmee op 0,5% (tabel 8.4).
- Stoornissen in het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen komen meer voor onder vrouwen dan mannen (0,8% tegenover 0,2%).
- Omgerekend naar de bevolking ging het om 35 000 mensen met 'misbruik' en om 22 000 mensen met 'afhankelijkheid' van slaap- of kalmeringsmiddelen.

Bij chronisch gebruik van benzodiazepinen neemt de kans op verslaving toe.

- Volwassenen die benzodiazepinen gebruiken, nemen gemiddeld één *Doorsnee Dag Dosis (DDD)* per dag. Het aantal DDD's verschilt sterk per benzodiazepine. Een milligram van de benzodiazepine *Oxazepam* bevat slechts 0,02 DDD, terwijl een milligram van de benzodiazepine *Brotizolam* vier DDD's bevat, 200 keer zoveel (www.benzodebaas.nl).
- Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) telde in 2008 ongeveer 1,4 miljoen gebruikers. Een derde daarvan was chronisch gebruiker, ongeveer 462 000 gebruikers (www.medicijngebruik.nl). Per jaar gebruikten zij meer dan negentig DDD's.
- De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) registreerde in de eerste helft van 2008 circa 620 000 en in de eerste helft van 2009 530 000 chronische benzodiazepinegebruikers (Van Geffen et al., 2009). Chronisch is hier gedefinieerd als drie of meer voorschriften per half jaar.

In Nederland is onderzoek verricht naar 'oneigenlijk' gebruik van benzodiazepinen onder mensen van 18-65 jaar met een angststoornis en/of depressie (Manthey et al., 2011).

- Oneigenlijk gebruik werd gedefinieerd op basis van de volgende criteria: het gebruik van een dosering boven de door de WHO aanbevolen dosering, en/of het gebruik langer dan twee tot drie maanden (afhankelijk van bijgebruik van een antidepressivum), en/of gebruik van meer dan een benzodiazepine tegelijk.
- Van de bijna 3 000 deelnemers aan de studie gebruikte 15% een benzodiazepine.
- Vrijwel altijd was er sprake van oneigenlijk gebruik, vooral omdat de meeste gebruikers (83%) langer gebruikten dan aanbevolen.
- Mensen met een chronische ziekte en ouderen hadden de hoogste scores voor 'oneigenlijk benzodiazepinegebruik'.
- Verder onderzoek toonde aan dat gebruikers van benzodiazepinen een groter risico lopen om verslaafd te raken als zij lijden aan slapeloosheid, antidepressiva gebruiken, of al lijden aan een alcoholverslaving (Manthey et al., 2012).

Problematische drugsgebruikers

Sommige veldstudies onder problematische drugsgebruikers suggereren dat in deze groep ook geregeld slaap- en kalmeringsmiddelen worden gebruikt.

- In 1998 hield het Rotterdamse Drug Monitoring Systeem een survey onder ruim tweehonderd Rotterdamse (bijna) dagelijkse gebruikers van heroïne en/of cocaïne (Van de Mheen, 2000). Bijna 40% had in de afgelopen maand voor de kick of voor de roes medicijnen gebruikt. In 2003 werd deze survey herhaald onder 182 Rotterdamse drugsgebruikers, gevolgd door diepte-interviews met 34 gebruikers in 2004 (Lempens et al., 2004). Van deze 34 problematische harddrugsgebruikers uit 2004 gaven er vier aan dat zij benzodiazepinen hadden gebruikt voor de kick of voor de roes.
- Van 1998 tot 2000 is het middelengebruik onderzocht onder 130 problematische harddrugsgebruikers in Parkstad Limburg (Coumans et al., 2000). Bijna eenderde (32%) gebruikte medicijnen in tabletvorm voor de kick of voor de roes. Op een gemiddelde dag werden vier tabletten geslikt, minimaal een en maximaal twintig.
- In 2012 is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen nagevraagd onder een veldsteekproef van 401 problematische opiatengebruikers (Cruts et al., 2013). Het bleek dat 26% in het afgelopen jaar deze middelen had gebruikt en 23% in de afgelopen maand. De groep die de afgelopen maand had gebruikt, had gemiddeld op tien dagen in de afgelopen maand slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt.

Daklozen

In 2011 startte de Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden (Coda-G4). Deze cohortstudie volgt 513 daklozen vanaf het moment dat ze zich in 2011 hebben gemeld bij de maatschappelijke opvang in een van de vier grote steden (Van Straaten et al., 2014). De groep van 513 daklozen bestond voor 80% uit volwassenen van 23 jaar en ouder en bestond voor 20% uit jongeren van 18 tot en met 22 jaar. Van de jongeren was 60% man en 63% allochtoon. Van de volwassen daklozen had in de afgelopen maand 9,8% slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt. Van de jongeren onder de daklozen had 2,9% slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt in de afgelopen maand.

Algemene bevolking

Cijfers over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn lastig te vergelijken. Het EMCDDA monitort deze middelen nog niet systematisch in de lidstaten van de EU (Casati et al., 2012). Voor de Verenigde Staten, Canada en Australië zijn cijfers in tabel 8.5 opgenomen. De cijfers zijn niet goed vergelijkbaar met die van Nederland, niet alleen vanwege verschillen in onderzoeksmethode en leeftijd van de respondenten, maar ook omdat in Nederland geen onderscheid is gemaakt tussen gebruik voor medische en niet-medische doeleinden.

Verenigde Staten

In de Verenigde Staten verstaat men onder 'illegaal drugsgebruik' ook het niet-medisch gebruik van medicijnen die op recept verkrijgbaar zijn.

- In 2012 had 2,6% van de bevolking van 12 jaar en ouder zich hieraan schuldig gemaakt in de afgelopen maand (SAMHSA, 2013, tabel 8.5). Het gaat hier om niet-medisch gebruik van pijnstillers (1,9%), tranquillizers (0,8%), stimulerende middelen (0,5%) en sedativa (0,1%). Deze percentages zijn stabiel van 2002 tot en met 2012.
- Bij pijnstillers gaat het om opiaten zoals Oxycodon. Niet-medisch gebruik van de opiaatachtige pijnstiller buprenorfine is in de Verenigde Staten met name geconstateerd onder jong volwassen ervaren drugsgebruikers (Daniulaityte et al., 2012) en gedetineerden (Wish et al., 2012). Ook is in de Verenigde Staten, op een steekproef van jonge injecterende heroïnegebruikers in Californië, geconstateerd dat 40% van de heroïnespuiters hun illegaal drugsgebruik was begonnen met het niet-medisch gebruik van pijnstillers, c.q. medicinale opiaten (Pollini et al., 2011). In de staat Ohio van de Verenigde Staten is geconstateerd dat drugsgebruikers het verslavingsrisico van pijnstillers onderschatten, doordat pijnstillers worden voorgeschreven door een arts (Daniulaityte et al., 2012a).
- Niet-medisch gebruik van opiaatachtige pijnstillers komt in de Verenigde Staten meer voor dan in Europa en Australië. Hiervoor worden de volgende mogelijke verklaringen gegeven (Fischer et al., 2014):
  - Opiaatachtige pijnstillers worden in de Verenigde Staten op grotere schaal gebruikt, waardoor het risico op niet-medisch gebruik ook groter is;
  - Er zijn in de Verenigde Staten minder restricties op het voorschrijven van opiaatachtige pijnstillers;
  - De gezondheidszorg in de Verenigde Staten wilde een achterstand in het behandelen van pijnpatiënten inhalen door méér opiaatachtige pijnstillers voor te schrijven.

Australië

- Net als in de Verenigde Staten wordt ook in Australië het niet-medisch gebruik van medicijnen meegeteld bij het illegaal drugsgebruik (AIHW, 2011, tabel 8.5). In Australië werd in 2010 onder andere onderzocht hoeveel procent van de bevolking van 14 jaar en ouder in het afgelopen jaar pijnstillers en slaap- en kalmeringsmiddelen voor niet-medische doeleinden had gebruikt. Het bleek dat 3% het afgelopen jaar pijnstillers had gebruikt voor niet-medische doeleinden en dat 1,5% het afgelopen jaar slaap- en kalmeringsmiddelen had gebruikt voor niet-medische doeleinden. Voor niet-medisch gebruik ooit in het leven lagen deze percentages op respectievelijk 5% en 3%.

Canada

- Net als in de Verenigde Staten en Australië wordt ook in Canada het niet-medisch gebruik van medicijnen meegeteld bij het illegaal drugsgebruik (CADUMS, 2010, tabel 8.5). Ook Canada monitort

Tabel 8.5 Niet-medisch gebruik van receptmedicijnen onder de algemene bevolking van de Verenigde Staten, Australië en Canada[I]

Land Receptmedicijn	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik	Recent gebruik	Actueel gebruik
Verenigde Staten	2010	12 en ouder			
Pijnstillers (opiaten)			13,7%	4,8%	2,0%
Tranquillizers			8,7%	2,2%	0,9%
Sedativa			3,0%	0,4%	0,1%
	2011				
Pijnstillers (opiaten)			13,3%	4,3%	1,7%
Tranquillizers			8,4%	2,0%	0,7%
Sedativa			2,9%	0,2%	0,1%
	2012				
Pijnstillers (opiaten)			14,2%	4,8%	1,9%
Tranquillizers			9,1%	2,3%	0,8%
Sedativa			3,1%	0,2%	0,1%
Australië	2010	14 en ouder			
Pijnstillers (opiaten)			5%	3%	-
Slaap- en kalmeringsmiddelen			3%	1,5%	-
Canada	2010	15 en ouder			
Pijnstillers (opiaten)			-	0,2%	-
Slaap- en kalmeringsmiddelen			-	0,05%	-
Ontario, Canada					
Opiaten	2010-2011	18 en ouder	-	5,9%	-

I. Verschillen in meetmethoden, vraagstelling en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). - = Gegevens niet beschikbaar. Bronnen: SAMHSA, AIHW, CADUMS, Fischer et al. (2013).

met name het niet-medisch gebruik van pijnstillers en slaap- en kalmeringsmiddelen. Bij de pijnstillers gaat het om opiaten zoals Oxycodon en Pethidine.

- In 2010 had 0,2% van de Canadese bevolking van 15 jaar en ouder in het afgelopen jaar pijnstillers voor niet-medische doeleinden gebruikt en voor slaap- en kalmeringsmiddelen was dat percentage 0,05%.
- Voor zover vergelijkbaar liggen deze cijfers in Canada lager dan in de Verenigde Staten en Australië. Het bevolkingsonderzoek in Canada vraagt de respondenten of ze medicijnen gebruiken om daar "high" van te worden. Door deze manier van vragen kan een onderschatting zijn ontstaan. Breder onderzoek naar niet-voorgeschreven gebruik in Ontario, de grootste provincie van Canada, laat dan ook hogere cijfers zien (Fischer et al., 2013). In 2010-2011 had 5,9% van de bevolking van 18 jaar en ouder in Ontario in het afgelopen jaar opiaten niet-medisch gebruikt, 6,8% van de mannen en 4,9% van de vrouwen.

Jongeren

ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, maakt het mogelijk om voor scholieren van 15 en 16 jaar vergelijkingen te maken tussen, onder andere, enkele landen van de Europese Unie en Noorwegen (Hibell et al., 2012).

Tabel 8.6 Percentage scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen dat ooit in het leven slaap- of kalmeringsmiddelen heeft gebruikt zonder een recept van een arts, naar geslacht. Peiljaren 2003, 2007 en 2011

Land	2003			2007			2011		
	J	M	T	J	M	T	J	M	T
Frankrijk	10%	15%	13%	12%	18%	15%	8%	15%	11%
Nederland	7%	10%	8%	6%	8%	7%	6%	11%	9%
België[I]	10%	10%	10%	6%	11%	9%	7%	8%	8%
Finland	4%	9%	7%	4%	9%	7%	5%	9%	7%
Italië	5%	7%	6%	7%	13%	10%	8%	12%	10%
Zweden	5%	7%	6%	6%	9%	7%	7%	9%	8%
Portugal	4%	7%	5%	4%	9%	6%	7%	7%	7%
Griekenland	3%	5%	4%	4%	5%	4%	9%	10%	9%
Denemarken[II]	4%	5%	4%	-	-	-	4%	5%	4%
Noorwegen	3%	3%	3%	3%	5%	4%	3%	4%	4%
Ierland	2%	2%	2%	2%	4%	3%	3%	3%	3%
Duitsland[III]	1%	2%	2%	2%	3%	3%	3%	2%	2%
Oostenrijk	1%	2%	2%	2%	2%	2%	-	-	-
Verenigd Koninkrijk[IV]	2%	1%	2%	2%	1%	2%	-	-	-

Percentage gebruikers zonder recept ooit in het leven. J = jongens, M = meisjes, T = totaal, - = niet gemeten. I. België in 2007 en 2011 alleen voor Vlaanderen. II. De gegevens voor Denemarken zijn minder representatief. III. Duitsland alleen voor zes deelstaten in 2007 en vijf deelstaten in 2011. IV. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

In het ESPAD onderzoek is in 2003, 2007 en 2011 nagevraagd of de scholieren ooit in hun leven slaap- of kalmeringsmiddelen hebben gebruikt zonder een recept van een arts (tabel 8.6).

- In 2011 gingen Frankrijk (11%), Italië (10%), Nederland (9%) en Griekenland (9%) aan kop. De laagste percentages werden gevonden in Ierland (3%) en Duitsland (2%).
- Nederland scoorde met 9% boven het (ongewogen) gemiddelde van 6% van alle 36 landen die in 2011 aan de ESPAD deelnamen.
- Doorgaans hebben meisjes meer ervaring met het gebruik van deze middelen dan jongens.

In 2013 had 13,1% van de studenten van een universiteit in het midwesten van de Verenigde Staten in het afgelopen jaar een receptmedicijn oneigenlijk gebruikt (McCabe et al., 2014). Van de studenten had 9,3% in het afgelopen jaar een stimulerend medicijn oneigenlijk gebruikt, 4,5% pijnstillers, 3,0% sedativa/angstmedicatie en 2,3% had slaappillen oneigenlijk gebruikt.

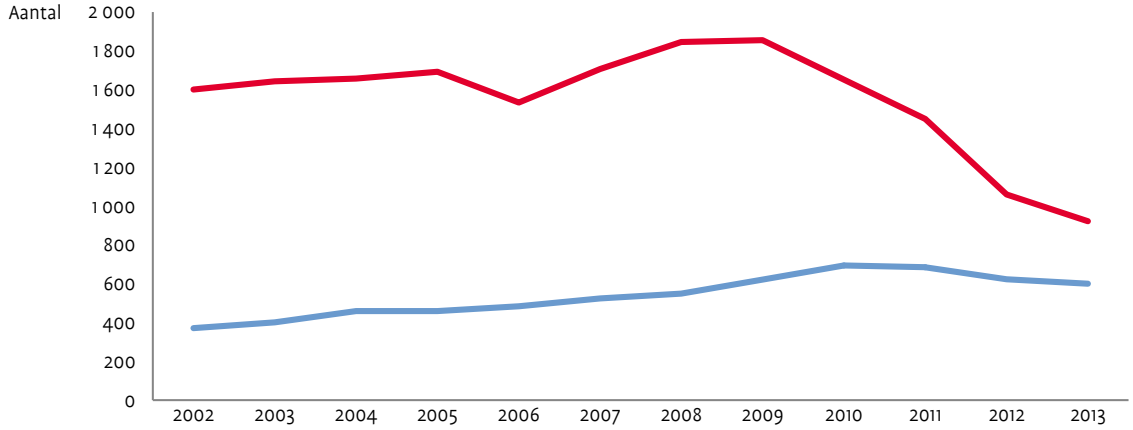
Op een universiteit in Wales bleek in 2011-2012 dat 30% van de vrouwelijke studenten en 32% van de mannelijke studenten ooit in het leven een receptmedicijn oneigenlijk had gebruikt (Bennett et al., 2014). De studenten die medicijnen oneigenlijk gebruikten brachten de volgende redenen naar voren om hun niet-medisch gebruik goed te praten: “ik heb het nu eenmaal nodig”, “ik ben een ervaren gebruiker”, “ik kon niet op tijd een arts bereiken”, “zo bespaar ik tijd voor de arts”, “ik zorg voor goed gebruik”, “ik vertrouw degene van wie ik het krijg”, “iedereen doet het”, “het kan geen kwaad”, “artsen weigeren mij de goede medicatie te geven”, “het hoort bij de andere middelen die ik gebruik”, “ik wist niet dat het niet mocht” en “ik wist niet dat dit een receptmedicijn is”.

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn er 14 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg die anonieme gegevens over de hulpverlening sturen naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2014) (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS). In vorige jaren bevatte het LADIS ook gegevens van de verslavingsreclassering. Vanwege technische problemen zijn in dit NDM Jaarbericht de reclasseringsgegevens niet meer meegenomen. De LADIS-cijfers in dit Jaarbericht, van 2002 tot en met 2013, vallen daardoor lager uit dan de LADIS-cijfers in voorafgaande Jaarberichten.

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten of overige psychofarmaca is tussen 2002 en 2013 gestegen met 62% (figuur 8.2).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cliënten van 2,8 in 2002 naar 4,3 in 2013. Het aandeel van deze primaire cliënten in het totaal aantal primaire drugscliënten steeg van 1,4% in 2002 naar 1,9% in 2013.
- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca als secundair probleem noemde daalde scherp vanaf 2009. Tussen 2009 en 2013 daalde het aantal secundaire cliënten met 50% en tussen 2012 en 2013 vond er nog een daling plaats met 13% (figuur 8.2). Voor deze groep was in 2013 het primaire probleem alcohol (59%), heroïne (14%), cocaïne of crack (9%), methadon (6%), of cannabis (5%).

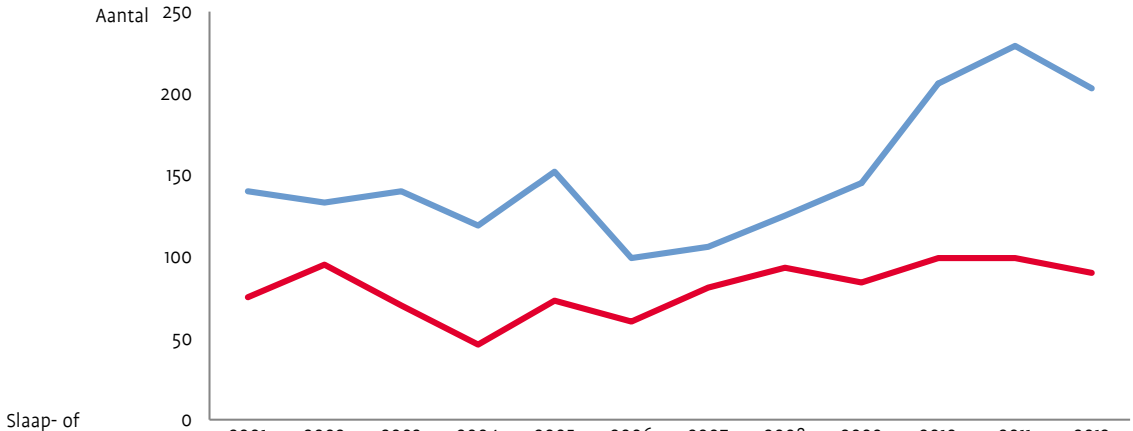
Figuur 8.2 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[I]) met primaire of secundaire problematiek voor benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca[II], vanaf 2002



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Primair	371	400	459	459	483	524	548	621	694	685	623	600
Secundair	1 601	1 643	1 657	1 692	1 533	1 707	1 845	1 855	1 652	1 449	1 060	922

Aantal cliënten. I. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Met terugwerkende kracht zijn enkele administratieve correcties aangebracht. De secundaire problematiek van 2013 kan niet goed vergeleken worden met de secundaire problematiek van vóór 2007. II. Het betreft hier gemiddeld per jaar voor 88% benzodiazepineproblematiek. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

Figuur 8.3 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofd- of nevendiagnose misbruik van- of verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen, vanaf 2001



Slaap- of kalmeringsmiddelen als	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nevendiagnoses	140	133	140	119	152	99	106	125	145	206	229	203
Hoofddiagnoses	75	95	70	46	73	60	81	93	84	99	99	90

Aantal klinische opnames. Hoofddiagnoses en nevendiagnoses volgens ICD-9 codes: 305.4 (misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking) en 304.1 (verslaving aan barbituraten of aan sedativa en hypnotica met verwante werking). Bron: LMR, DHD.

Algemene ziekenhuizen

De algemene ziekenhuizen sturen gegevens over hun opnames anoniem naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Sommige patiënten worden in het ziekenhuis opgenomen vanwege verslaving aan- of misbruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Onder de opnames voor verslaving aan- en misbruik van drugs maakten de slaap- en kalmeringsmiddelen in 2012 in totaal 17% uit van de hoofddiagnoses en 7% van de nevendiagnoses.

Figuur 8.3 toont voor de periode van 2001 tot en met 2012 het aantal klinische opnames met als hoofddiagnose "misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking" (ICD-9 code 305.4), of "verslaving aan barbituraten of aan sedativa en hypnotica met verwante werking" (ICD-9 code 304.1). De oorspronkelijke barbituraten worden tegenwoordig nog maar weinig voorgeschreven. In de praktijk zal het bij deze middelen vooral gaan om benzodiazepinen.

- Het aantal opnames met slaap- en kalmeringsmiddelenproblematiek als hoofddiagnose vertoont een grillig verloop. Na een daling tussen 2002 en 2004 lijkt er weer een toename waarneembaar tot 2010 die zich daarna heeft gestabiliseerd (figuur 8.3).
- Het aantal opnames met slaap- en kalmeringsmiddelenproblematiek als secundaire diagnose is ongeveer twee keer zo groot. Ook hier lijkt zich een stijgende trend af te tekenen van 2006 tot en met 2011. Tussen 2011 en 2012 vond er een daling plaats met 11% (figuur 8.3).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2012 om 274 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met misbruik of afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 50 jaar; 51% was man.

Rijden onder invloed

In Europa is in de periode 2007-2009 onderzoek gedaan naar het rijden onder invloed van alcohol, drugs en medicijnen (SWOV, 2011).

- Het percentage bestuurders waarbij benzodiazepinen werden aangetroffen als het enige middel lag in Nederland ongeveer de helft lager dan het Europees gemiddelde: 0,4% in Nederland tegenover 0,9% in Europa. Dit komt voornamelijk doordat het gebruik van geneesmiddelen in Nederland over het algemeen al relatief laag ligt.
- Verder had in Nederland 0,2% van de bestuurders medicinale opiaten gebruikt tegenover 0,4% in Europa. Het gaat hierbij om medicijnen als morfine en codeïne, die vooral als zware pijnstiller worden gebruikt.

Het grootste risicio op een verkeersongeluk doet zich voor bij benzodiazepinen met een langere werkingsduur, bij een hogere dosis en tijdens de eerste weken van het gebruik (Smink et al., 2010; Ravera et al., 2012).

Figuur 8.4 toont het aantal in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS geregistreerde sterfgevallen door overdosering van medicijnen tussen 1996 en 2012. Het totaal aantal geregistreerde gevallen varieert in deze periode tussen 23 gevallen in 2005 en 59 gevallen in 1999. Elk jaar gaat het in de meerderheid van de gevallen om benzodiazepinen.

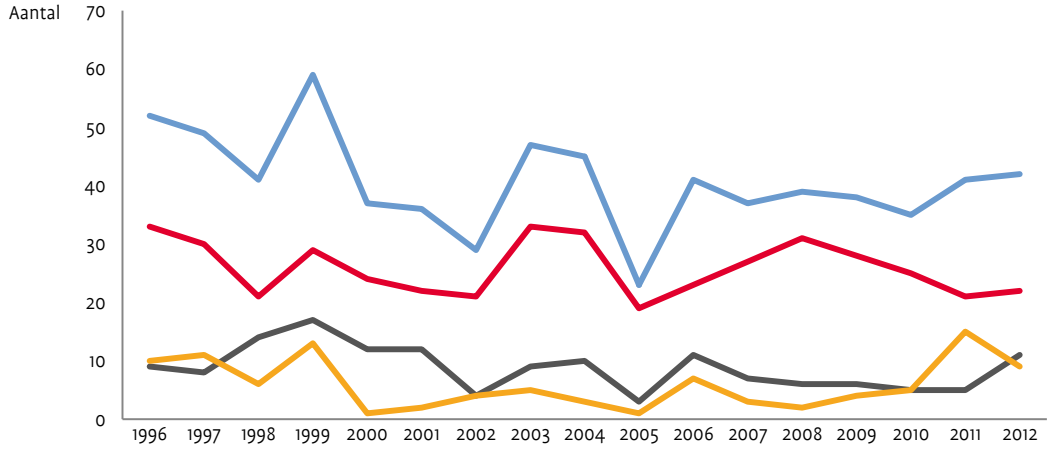
8.7 Ziekte en sterfte

Sterfte na intensive care

Een vergiftiging door sedativa en benzodiazepinen kan zo ernstig zijn, dat een gebruiker in het ziekenhuis moet worden opgenomen op een afdeling voor intensive care. Behandelingen op de intensive care worden geregistreerd via de National Intensive Care Evaluation (NICE). Door anonieme koppelingen van NICE aan Vektis, het databestand van de zorgverzekeraars, kon statistische informatie worden verzameld over de sterfte na intensive care (Brandenburg et al., 2014).

- Anoniem gekoppelde gegevens konden worden achterhaald voor 2 350 patiënten die tussen 1 januari 2008 en 1 oktober 2011 werden opgenomen op een afdeling voor intensive care voor een vergiftiging door alleen sedativa en benzodiazepinen. Deze patiënten waren gemiddeld 44,5 jaar en 64,6% was vrouw.
- Voor nog eens ongeveer 220 patiënten kon worden achterhaald dat zij op de intensive care waren behandeld voor een vergiftiging door een combinatie van sedativa en benzodiazepinen met alcohol, ongeveer 180 patiënten voor een combinatie van sedativa en benzodiazepinen met antidepressiva en ongeveer 90 patiënten voor een combinatie van sedativa en benzodiazepinen met andere toxische middelen.
- Van de patiënten die werden opgenomen op de intensive care voor een vergiftiging door alleen sedativa en benzodiazepinen overleed 1,8% tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Van de patiënten die het ziekenhuis konden verlaten overleed nog eens 7,6% binnen een jaar.

Figuur 8.4 Sterfgevallen door overdosering van medicijnen in Nederland, vanaf 1996



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Totaal	52	49	41	59	37	36	29	47	45	23	41	37	39	38	35	41	42
Benzodiazepinen	33	30	21	29	24	22	21	33	32	19	23	27	31	28	25	21	22
Sedativa	9	8	14	17	12	12	4	9	10	3	11	7	6	6	5	5	11
Barbituraten	10	11	6	13	1	2	4	5	3	1	7	3	2	4	5	15	9

Aantal sterfgevallen. Sedativa volgens ICD-10 codes: F13.0, F13.1, F13.2, F13.3-9, X41 & T42.6, X41 & T42.7, X61 & T42.6, X61 & T42.7, Y11 & T42.6, Y11 & T42.7; Barbituraten volgens ICD-10 codes: X41 & T42.3, X61 & T42.3, Y11 & T42.3; Benzodiazepinen volgens ICD-10 codes: X41 & T42.4, X61 & T42.4, Y11 & T42.4. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

8.8 Aanbod en markt

Benzodiazepines zijn op voorschrift van een arts voor bepaalde indicaties verkrijgbaar.

- De vergoeding van benzodiazepinen via de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt en geldt alleen nog voor een kleine groep patiënten voor enkele specifieke indicaties. Deze indicaties zijn epilepsie, angststoornissen indien therapie met antidepressiva heeft gefaald, multipele psychiatrische problematiek en palliatieve sedatie bij terminale zorg; ook wordt diazepam vergoed bij spierspasmen door neurologische aandoeningen (www.sfk.nl, 06-09-2012).
- Deze maatregel is ingevoerd om het chronisch gebruik terug te dringen en te voorkómen; vanwege de verslavende werking van deze medicijnen; en om kosten te beperken die het ongewenst chronisch gebruik met zich meebrengt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2009). Na ingang van de maatregel daalde het totaal aantal verstrekte benzodiazepinen met 15%; van 209 miljoen in 2008 naar 177 miljoen in 2009 (www.sfk.nl, 06-09-2012, zie ook § 8.4).
- In 2010 werd bij de openbare apotheken voor 80 miljoen euro aan benzodiazepinen gekocht, waarvan 53 miljoen euro door de gebruikers zelf werd betaald (www.sfk.nl).
- In 2010 betaalden de gebruikers zelf 27 miljoen euro voor slaapmiddelen en 26,6 miljoen voor kalmeringsmiddelen. In 2011 daalden deze eigen uitgaven licht naar 26 miljoen euro voor slaapmiddelen en 24,7 miljoen voor kalmeringsmiddelen (SFK, 2012). Tussen 2010 en 2011 steeg het totaal aantal verstrekte benzodiazepinen weer met 1% van 177 naar 179 miljoen (www.sfk.nl, 06-09-2012).

Het vervalsen van recepten is één van de manieren om buiten de voorschriften om aan medicijnen te komen. Apothekers die met vervalste recepten worden geconfronteerd, kunnen dit aangeven bij de politie of melden bij het Bureau Opsporing van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, www.igz.nl). De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) waarschuwde in

september 2012 voor een toename van vervalste recepten (www.knmp.nl, 10-09-2012). In april 2013 waarschuwde de KNMP met name voor vervalste recepten voor het slaapmiddel zolpidem (www.knmp.nl, 24-04-2013). In januari 2014 waarschuwde de KNMP opnieuw voor het in omloop zijn van vervalste recepten (www.knmp.nl, 16-01-2014). In maart 2014 volgde een waarschuwing voor een vervalst recept voor methylfenidaat, een middel voor de behandeling van aandachtstekort met hyperactiviteit (www.knmp.nl, 14-03-2014). Een maand later werd gewaarschuwd voor een vervalst recept voor alprazolam, een benzodiazepine (www.knmp.nl, 14-04-2014). Weer een maand later werd gewaarschuwd voor vervalste recepten voor tramadol, een morfine-achtige pijnstiller (www.knmp.nl, 19-05-2014).

Een andere manier om aan medicijnen te komen, is het kopen van medicijnen via internet. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) wijst in dit verband op het gevaar van 'nepmedicijnen' die via internet worden verkocht (www.medicijngebruik.nl). Artsen worden opgeroepen om alert te zijn op de gezondheidsschade die wordt aangericht door deze nepmedicijnen (Venhuis et al., 2014).

- In de Verenigde Staten is nagevraagd hoe de niet-medische gebruikers van pijnstillers aan deze medicijnen komen (SAMHSA, 2013). Meer dan de helft van de niet-medische gebruikers (54%) kreeg de pijnstillers gratis van een bevriend iemand of een familielid en 15% betaalde een bevriend iemand of een familielid hiervoor of nam de pijnstillers bij hen weg. De overige niet-medische gebruikers kochten de pijnstillers van een drugsdealer of een vreemde (4%), kregen de pijnstillers via internet (0,2%), een vals recept, of diefstal (5%), of kregen de pijnstillers via één arts (20%), dan wel meerdere artsen (2%). Vrienden of familieleden die de pijnstillers gratis weggaven, hadden op hun beurt deze pijnstillers meestal gekregen van één arts (82%).
- In de Verenigde Staten is ook onderzocht hoe drugsdealers aan de medicijnen komen om ze door te verkopen. Het blijkt dat de drugsdealers hiervoor een aantal strategieën hebben ontwikkeld: zich voordoen als 'pijnpatiënt' en meerdere 'pijnklinieken' bezoeken, het corrumperen van medewerkers van apotheken en het kopen van de medicijnen van echte pijnpatiënten (Rigg et al., 2012). Artsen en apothekers die medeplichtig zijn aan het oneigenlijk gebruik van medicijnen, worden in de Verenigde Staten strafrechtelijk vervolgd door de federale DEA, de Drug Enforcement Administration (www.justice.gov/dea). De DEA werkt daarbij nauw samen met regionale opsporingsinstanties. Ook artsen die te goeder trouw zijn en in al hun goedgelovigheid niet doorhebben dat ze door dealers en verslaafden worden misbruikt om illegaal aan medicijnen te komen, worden in de Verenigde Staten strafrechtelijk vervolgd (Ziegler et al., 2011).

9. Alcohol

9.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 188
9.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 189
9.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 192
9.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 201
9.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 203
9.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 205
9.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 212
9.8	Aanbod en markt	▶ pagina 216

9. Alcohol

Alcohol ontstaat uit het vergisten van granen en vruchten. Alcohol wordt gedronken in de vorm van bier, wijn, of gedistilleerd. Een glas bier (25 cl), een glas wijn (10 cl) en een borrel sterke gedistilleerde drank (3,5 cl) bevatten allemaal ongeveer 10 gram alcohol.

Alcohol werkt ontremmend en veroorzaakt een lichte roes. In sociale situaties ervaren consumenten alcohol als ontspannend en bevorderlijk voor een goede stemming. In andere situaties kan alcohol een agressieve stemming versterken. Alcohol is een verslavende stof. Bij regelmatig gebruik treedt gewenning op en tolerantie.

Overmatig alcoholgebruik behoort wereldwijd tot de belangrijkste risicofactoren voor ziekte en sterfte. Ook de maatschappelijke en sociale schade door overmatig alcoholgebruik zijn groot. Overmatig alcoholgebruik kostte de Nederlandse samenleving in 2001 naar schatting 2,6 miljard euro. Kosten hebben betrekking op werk (productiviteitsverlies door werkverzuim, ziekte, slechtere prestaties), misdrijven en overtredingen (vernielingen, verkeersongevallen en justitiële kosten van politie, rechtspraak), verslavingszorg en gezondheidszorg. Gecorrigeerd voor inflatie betekent dit dat deze kosten in 2011 gestegen zijn tot zo'n 3,7 miljard euro (KPMG, 2001; STAP, 2010; Alcoholinfo.nl).

Preventie van schadelijk alcoholgebruik vormt een van de speerpunten van het beleid van het ministerie van VWS. De Drank- en Horecawet, die al bijna 50 jaar oud is, werd in 2013 en 2014 fors gewijzigd. In 2013 was een belangrijke wijziging de grotere rol voor de gemeenten. Het toezicht op de handhaving van de Drank- en Horecawet werd overgedragen van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit naar de gemeenten. Tevens startte de overheid de 'nix18 campagne', een meerjarige massamediale campagne om het drinken van alcohol en roken onder 18 jaar te ontmoedigen. De belangrijkste wijziging op 1 januari 2014 betreft het ophogen van de minimumleeftijd voor de verkoop van zwakalcoholhoudende dranken naar 18 jaar, de leeftijd die al gold voor sterke drank. Vanaf 1 januari 2014 zijn jongeren onder de 18 jaar (was 16 jaar in 2013) strafbaar als ze alcohol in hun bezit hebben die direct geconsumeerd kan worden in de openbare ruimte. Gemeenten hebben de plaatselijke regels rond alcoholgebruik in lokale verordeningen vastgelegd. Zij moeten periodiek een preventie- en handhavingsplan vaststellen (zie voor meer informatie over het beleid hoofdstuk 2).

9.1 Laatste feiten en trends

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

- Acht op de tien Nederlanders drinken, nog tot op hoge leeftijd. Pas vanaf 75 jaar neemt het aantal drinkers af. Volgens verkoopcijfers was de consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking de afgelopen tien jaar, van 2003-2012, net minder dan 8 liter pure alcohol per persoon (§ 9.2).

- Een op de acht Nederlanders van 12 jaar en ouder voldeed in 2013 aan de definitie 'zware drinker' (minstens één keer per week drinken van 6 of meer glazen alcohol op één dag voor mannen of 4 glazen voor vrouwen) (§ 9.4).
- Tussen 2011 en 2013 is het actueel alcoholgebruik onder 12-16 jarige scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs verder afgenomen (§ 9.3).
- Het percentage 'binge drinkers' (drinken van vijf of meer glazen bij één gelegenheid) onder de scholieren die de afgelopen maand dronken is tussen 2011 en 2013 toegenomen (§ 9.3).
- Het wettelijk verbod om (in 2013) jongeren onder 16 jaar alcoholhoudende dranken te verkopen werd beter nageleefd dan in voorgaande jaren, al slaagde meer dan de helft van de aankooppogingen nog steeds (§ 9.8).
- Na een jarenlange toename in het aantal cliënten bij de verslavingszorg met een primair alcoholprobleem, is vanaf 2011 een daling waarneembaar. Het aandeel van de ouderen is tussen 2002 en 2013 gestegen (§ 9.6).
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen waarbij een aan alcohol gerelateerde aandoening een rol speelt steeg opnieuw in 2012 (§ 9.6).
- Het aantal jongeren dat met een alcoholintoxicatie door een kinderarts in een ziekenhuis werd behandeld schommelt sinds 2010 rond 700 (§ 9.6).
- De totale sterfte door alcoholgerelateerde aandoeningen (primaire en secundaire doodsoorzaken samen) bleef tussen 2004 en 2012 op hetzelfde niveau (§ 9.7).

9.2 Gebruik: algemene bevolking

Alcoholgebruik is wijd verbreid in de Nederlandse samenleving. Gegevens over het gebruik van alcohol in de algemene bevolking worden jaarlijks verzameld in de Gezondheidsenquête van het CBS. Deze steekproef vindt plaats onder alle leeftijden en gedurende alle maanden van het jaar. Vragen over gevoelige onderwerpen, waaronder alcohol (en drugs), worden in een vervolgmodule voorgelegd aan respondenten van 12 jaar en ouder. Jaarlijks is de netto steekproefomvang ongeveer 15 000 personen. Per jaar vult 60-65% van de uitgenodigde personen de basisvragenlijst in en 55% ook de vervolgmodule. Er wordt gecorrigeerd voor selectieve uitval. Een tweede bron is de Gezondheidsmonitor, die sinds 2012 eens per vier jaar zal worden uitgevoerd door de 28 GGD'en, het CBS en het RIVM onder personen van 19 jaar en ouder. In 2012 waren voor de Gezondheidsmonitor gegevens verzameld van bijna 400 000 mensen. In de volgende paragrafen wordt de Gezondheidsenquête gebruikt voor het rapporteren van trends over de tijd en de Gezondheidsmonitor voor verdiepende (regionale) informatie.

- Volgens de meting van 2013 van de Gezondheidsenquête van het CBS heeft 81% van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder het afgelopen jaar wel eens alcohol gedronken (tabel 9.1). Het percentage dat het afgelopen jaar geen alcohol heeft gedronken, ligt daarmee op 19%. Dit was gelijk aan de meting in 2012 (CBS, 2014a, maar minder dan de 22% die in 2010 en 2011 niet dronk. In de meting van 2001 dronk 82% van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder alcohol. Door een verandering in onderzoeksmethode in 2010, zijn cijfers uit eerdere peilingen over het percentage alcoholgebruikers mogelijk niet geheel vergelijkbaar met die vanaf 2010.
- Meer mannen dan vrouwen drinken alcohol. In 2013 dronk 85% van de mannen van 12 jaar en ouder wel eens alcohol en 76% van de vrouwen.
- Ook zijn er verschillen tussen leeftijdsgroepen. Van de 12-16 jarigen heeft 19% wel eens alcohol gedronken. Bij de 16-20 jarigen is dit gestegen tot 82%. Tussen 20 en 75 jaar ligt het percentage drinkers boven de 80% %. Van de 75 plussers drinkt 71% alcohol.

Tabel 9.1 Alcoholgebruik[1] in de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder naar geslacht en leeftijd. Peiljaren 2010-2013

	2010	2011	2012	2013
Totaal	**77,7**	**77,6**	**80,5**	**80,5**
Mannen	82,5	83,1	85,1	85,1
Vrouwen	72,9	72,1	76,0	75,9
12 tot 16	23,7	16.8	24,7	19,3
16 tot 20	74,4	77,4	85,4	82,1
20 tot 30	84,1	85,8	86,3	89,1
30 tot 40	81,9	80,6	83,8	82,1
40 tot 50	79,7	81,6	83,5	84,7
50 tot 55	84,4	83,5	86,2	85,9
55 tot 65	84,1	82,7	85,9	84,2
65 tot 75	80,8	79,4	82,6	84,5
75 jaar of ouder	70,3	70,2	72,1	71,2

I. Percentage dat het afgelopen jaar alcohol heeft gedronken. Bron: Statline, CBS.

Een recente wetenschappelijke studie onder meer dan 16 000 personen uit de Nederlandse bevolking concludeert dat onder Nederlandse ouderen de alcoholconsumptie hoog is, met name bij vrouwen is het verschil met jongere leeftijds categorieën opvallend (Geels et al., 2013).

- Meer dan een vijfde van de vrouwen vanaf 55 jaar drinkt op 6 of 7 dagen per week, terwijl maar een op de twintig vrouwen tussen 25 en 45 jaar (vrijwel) dagelijks drinkt. De vrouwen van 55 en ouder drinken ook grotere hoeveelheden: ongeveer 15% drinkt 15 of meer glazen per week, terwijl tussen 25 en 45 nog geen 6% deze hoeveelheid per week consumeert.
- De oudere vrouwen hebben een duidelijke voorkeur voor wijn (meer dan 80%); wijn heeft de voorkeur van 56% van de 25-35 jarigen en 66% van de 35-45 jarige vrouwen.

Sociaal-economische verschillen in alcoholgebruik

De Gezondheidsmonitor 2012 van de GGD'en, CBS en RIVM toont dat alcoholgebruik vaker voorkomt onder hoogopgeleiden dan onder laagopgeleiden.

- Bijna 90% van de HBO- of universitair afgestudeerden gebruikt wel eens alcohol, tegen slechts een ruime helft van de mensen met uitsluitend lager onderwijs. Al eerder was bekend dat in achterstandswijken meer mensen zijn die geen alcohol drinken en overmatig alcoholgebruik minder vaak voorkomt (Ruijsbroek et al., 2011).
- Een recente studie liet echter zien dat dit niet zozeer samenhangt met de sociale status, maar met de allochtone achtergrond van de mensen die in achterstandswijken wonen. Daarnaast kan een klein deel van de verschillen worden verklaard door het aandeel van inwoners met een Islamitische achtergrond (Kuipers et al., 2013; Van Maanen, 2013).

Tabel 9.2 Bier, wijn en gedistilleerd per hoofd van de hele bevolking (in liters pure alcohol), vanaf 1960

Jaar	Bier	Wijn	Gedistilleerd	Totaal
1960	1,2	0,2	1,1	2,6
1965	1,9	0,5	1,9	4,2
1970	2,9	0,8	2,0	5,7
1975	4,0	1,5	3,4	8,9
1980	4,8	1,4	2,7	8,9
1985	4,2	2,0	2,2	8,5
1990	4,1	1,9	2,0	8,1
1995	4,1	2,2	1,7	8,0
2000	4,1	2,3	1,7	8,2
2002	4,0	2,3	1,7	8,0
2003	4,0	2,5	1,5	7,9
2004	3,9	2,6	1,4	7,9
2005	3,9	2,7	1,3	7,9
2006	3,9	2,8	1,3	7,9
2007	3,9	2,6	1,3	7,7
2008	3,9	2,7	1,3	7,9
2009	3,6	2,7	1,3	7,6
2010	3,6	2,8	1,3	7,6
2011	3.6	2.8	1,2	7,4
2012	3,6	2,8	1,3	7,7

Bronnen: Productschap Dranken, Productschap Wijn, STIVA.

Verkoopcijfers

Verkoopcijfers geven een indicatie van de hoeveelheid alcohol die jaarlijks per hoofd van de bevolking wordt geconsumeerd (Productschap Wijn, 2013; Productschap Dranken, 2013; www.stiva.nl; www.nederlandsebrouwers.nl).

- De consumptie van alcohol was in Nederland het grootst in de tweede helft van de jaren zeventig en in de jaren tachtig. Daarna volgde een lichte daling, die zich vanaf het begin van de jaren negentig slechts licht heeft doorgezet (tabel 9.2).
- Per hoofd van de bevolking (vanaf 0 jaar) werd in 2012 72 liter bier, 22 liter wijn en 3,5 liter gedistilleerd geconsumeerd. Dat is bij elkaar 7,7 liter pure alcohol.
- De consumptie van bier in Nederland is sinds 1990 afgenomen, van ongeveer 90 liter (consumptie-sterkte) per hoofd van de bevolking in de jaren negentig naar iets boven de 70 liter nu. De consumptie van wijn is in dezelfde periode langzaam toegenomen, maar is de laatste jaren redelijk stabiel op ongeveer 22 liter. Na een sterke daling vanaf 1975 is ook de consumptie van gedistilleerde dranken de laatste jaren stabiel.
- In de eerste jaren van de 21e eeuw steeg de afzet van premixen sterk, van 23 713 hectoliter in 1996 tot 309 252 hectoliter in 2002. Sindsdien is weer een sterke daling opgetreden en de verkoop bleef sinds 2007 onder de 100 000 hectoliter (90 293 hectoliter in 2012).
- Ook de verkoop van gedistilleerd is tussen 1996 en 2011 afgenomen, van 853 790 hectoliter in 1996 tot 649 357 hectoliter in 2012.

Scholieren van het regulier onderwijs

Verschillende landelijke onderzoeken monitoren het drinkgedrag van jongeren. Het Peilstationsonderzoek scholieren wordt elke vier jaar door het Trimbos-instituut uitgevoerd en verzamelt cijfers over middelengebruik (o.a. alcoholgebruik) van scholieren van 10-18 jaar. De laatste meting was in 2011 (Verdurmen et al., 2012). De Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie, uitgevoerd door de Universiteit Utrecht, het Trimbos-instituut en het Sociaal en Cultureel Planbureau, verzamelt onder auspiciën van de WHO gegevens over gezondheidsgedrag, waaronder alcoholgebruik, onder schoolgaande jongeren van 11-16 jaar. Nederland heeft in 2001, 2005, 2009 en 2013 deelgenomen (De Looze et al. , 2014). De onderwerpen en vraagstellingen in beide studies overlappen deels. In de komende jaren zullen in het kader van de integratie van leefstijlmonitoren de verschillende jeugdmonitors op elkaar worden afgestemd (Kramers et al., 2012).

Trends

De Peilstationsonderzoeken laten zien dat het gebruik van alcohol onder scholieren van 12-18 jaar tussen begin jaren negentig en 2003 toe nam (Verdurmen et al., 2012; zie ook NDM Jaarbericht 2012). Vanaf 2003 was weer een daling waarneembaar, vooral in de jongere leeftijdsgroepen. In 2003 had 58% van de scholieren van 12-18 jaar alcohol gedronken, versus 43% in 2011.

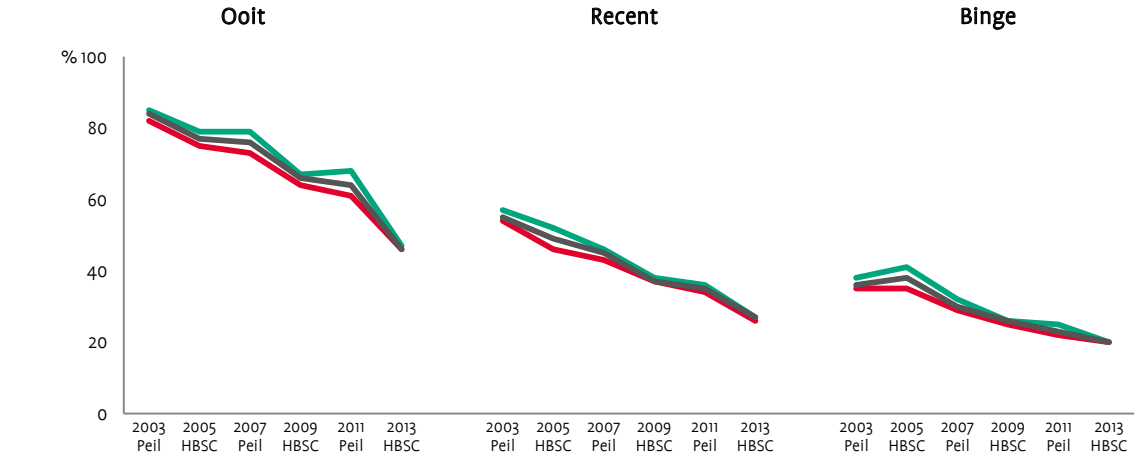
Voor het beschrijven van trends van 2003[1] *tot en met 2013* zijn gegevens van de Peilstationsonderzoeken en HBSC-studies gecombineerd, die via een vergelijkbare vraagstelling zijn verkregen. Voor de vergelijkbaarheid tussen beide onderzoeken zijn voor deze trends alleen de scholieren van 12-16 jaar in de eerste tot en met vierde klas van het voortgezet onderwijs geselecteerd.

Vanwege een veranderde vraagstelling in de HBSC-studie uit 2013 (hoeveel *dagen* heb je in je hele leven alcohol gedronken) ten opzichte van de formulering in 2009 (hoeveel *keer* heb je in je hele leven alcohol gedronken) is er onderzoek gedaan of dit de uitkomsten kan beïnvloeden. Er is een klein verschil gevonden in het ooit-gebruik van alcohol, waarbij de formulering uit 2013 leidt tot lagere uitkomsten dan de formulering uit 2009. De gewijzigde formulering van de vraag naar alcoholgebruik in de laatste maand heeft niet tot significant andere uitkomsten geleid voor de totale groep jongeren, maar wel voor de (oudere) jongeren van 15 en 16 jaar, die met de nieuwe formulering significant hoger op laatste maand gebruik uitkomen.

- In 2013 had 46% van de leerlingen van 12-16 jaar op 'reguliere' middelbare scholen ervaring met alcohol. Dat was minder dan in alle voorgaande peilingen (figuur 9.1), al zullen de uitkomsten ook iets lager zijn vanwege de veranderde vraagstelling (zie hierboven). Deze kan echter slechts een klein deel van het verschil verklaren. Het grootste deel van de daling in het gemeten ooitgebruik van alcohol zal berusten op een werkelijk afname.
- In 2013 had 27% van de ondervraagde leerlingen in de maand voor de peiling alcohol gedronken. Dit is eveneens minder dan in alle voorgaande peilingen sinds 2003. Het is onaannemelijk dat deze daling berust op de veranderde formulering van de vraag.

1 De trend loopt vanaf 2003, omdat in de HBSC-studie van 2001 de vragen over alcoholgebruik sterk afweken van die van latere studies, en de resultaten daardoor onvergelijkbaar waren.

Figuur 9.1 Gebruik van alcohol onder scholieren van 12-16 jaar, vanaf 2003



	Ooit						Recent						Binge					
	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC
Jongens	85	79	79	67	68	47	57	52	46	38	36	27	38	41	32	26	25	20
Meisjes	82	75	73	64	61	46	54	46	43	37	34	26	35	35	29	25	22	20
Totaal	84	77	76	66	64	46	55	49	45	37	35	27	36	38	30	26	23	20

Percentage drinkers ooit in het leven, in de laatste maand (actueel), en binge drinken (afgelopen maand één keer of vaker vijf glazen of meer op één gelegenheid gedronken). De meting in 2013 kan licht zijn beïnvloed door een veranderde vraagstelling. Zie toelichting in tekst. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren en Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Trimbos-instituut.

Leeftijd en geslacht

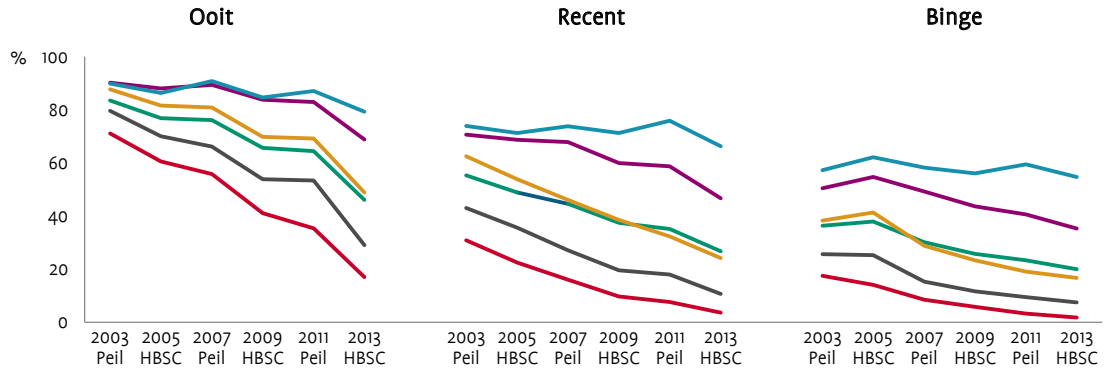
- Scholieren hebben al op jonge leeftijd hun eerste ervaring met alcoholgebruik. In groep 8 van het basisonderwijs heeft ongeveer één op de tien scholieren al ooit alcohol gedronken. Dat percentage loopt snel op tussen het twaalfde en het zestiende levensjaar (figuur 9.2). Van de zestienjarigen heeft bijna 80% wel eens alcohol gedronken. Twee derde van de zestienjarigen dronk in de laatste maand en bijna de helft (45%) is tenminste één keer in hun leven dronken geweest (De Looze et al., 2014).
- De eerder genoemde daling in het ooitgebruik en actueel gebruik van alcohol in het voortgezet onderwijs sinds 2003 deed zich vooral voor onder jongeren van 12 tot en met 15 jaar (figuur 9.2).
- In 2013 had op twaalfjarige leeftijd minder dan een vijfde (17%) van de scholieren al eens een glas alcohol gedronken. In 2007 was dat ruim drie keer meer (56%), en in 2011 twee keer meer (35%). Van de vijftienjarigen in 2013 had 69% ooit alcohol gebruikt en ook dat was een beduidend lager dan in 2007 (89%) en 2011 (83%).
- Jongens en meisjes in het voortgezet onderwijs verschillen niet significant verschillen in ooit, actueel of binge drinken (figuur 9.1). In groep 8 drinken jongens (15%) wel vaker dan meisjes (7%) (De Looze et al., 2014).

'Binge drinken'

Binge drinken wordt gedefinieerd als het drinken van vijf of meer glazen alcohol bij één gelegenheid. Binge drinken is geassocieerd met tal van medische aandoeningen en vergroot het risico op ongevallen, onafhankelijk van de totale dagelijkse alcoholconsumptie (Roerecke en Rehm, 2010; Sundell et al., 2008).

- Hoewel het ooit- en actuele alcoholgebruik daalde, bleef het percentage bingedrinkers van de 12-16 jarige scholieren tussen 2011 en 2013 stabiel. In 2013 had 20% van de scholieren in de afgelopen maand wel eens vijf glazen of meer alcohol bij één gelegenheid gedronken. Dat verschilt niet van 2011, maar is wel minder dan in 2009 en de jaren ervoor (figuur 9.1).

Figuur 9.2 Trends in het gebruik van alcohol naar leeftijd, vanaf 2003



	Ooit						Recent						Binge					
	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC
Totaal	84	77	76	66	64	46	55	49	45	37	35	27	36	38	30	26	23	20
12	71	61	56	41	35	17	31	23	16	10	8	4	18	14	9	6	3	2
13	80	70	66	54	53	29	43	36	27	20	18	11	26	25	15	12	10	8
14	88	82	81	70	69	49	63	54	46	39	32	24	38	41	29	23	19	17
15	90	88	89	84	83	69	71	69	68	60	59	47	51	55	49	44	41	35
16	90	86	91	85	87	79	74	71	74	71	76	66	57	62	58	56	59	55

Percentage drinkers ooit in het leven, in de laatste maand en binge drinken (afgelopen maand één keer of vaker vijf glazen of meer op één gelegenheid gedronken). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren en Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Trimbos-instituut.

- Wanneer echter gekeken wordt naar degenen die in de afgelopen maand hebben gedronken is echter een toename van het aandeel binge drinkers waarneembaar, van 64% in 2011 naar 72% in 2013. Tussen 2003 en 2013 lag het percentage bingedrinkers van de actuele drinkers alleen in 2005 nog hoger (75%); in de andere jaren schommelde het rond 65% (De Looze et al., 2014).
- Binge drinken neemt toe met het ouder worden. Het aantal bingedrinkers op 12-jarige leeftijd (2%) was veel lager dan op 16-jarige leeftijd (55%). In geen enkele specifieke leeftijdscategorie was de afgelopen jaren een afname in binge drinken (figuur 9.2).
- Een minderheid (5%) van de scholieren die in de afgelopen maand alcohol hadden gedronken nam meer dan 10 glazen op een dag in het weekend. Deze hoeveelheid kan als zeer risicovol worden gezien, zeker op deze jonge leeftijd. Meisjes verschilden hier in niet van jongens.

Schoolniveau en etnische afkomst

- Alcoholgebruik neemt toe naarmate schoolniveau afneemt. In 2013 was het verschil het grootst tussen VWO-leerlingen en VMBO-leerlingen (tabel 9.3). HAVO-leerlingen lagen qua actueel alcoholgebruik dicht bij VWO-leerlingen, en qua binge drinken tussen VWO-ers en VMBO-ers in. De helft (52%) van de VWO-leerlingen dronk wel eens meer dan vijf glazen, maar zij dronken zelden tien glazen of meer (<1%), beide kwam vaker voor bij VMBO-leerlingen.
- Van de autochtone jongeren dronk 28% in de afgelopen maand alcohol, tegenover 18% van de allochtone jongeren. Dit verschil kan voor een deel worden verklaard door de islamitische achtergrond van de allochtone leerlingen, omdat het hier niet-westerse allochtonen betreft: de helft van de allochtone leerlingen in het voortgezet onderwijs gaf aan islamitisch te zijn.
- Echter, áls jongeren dronken, was er geen verschil in binge-drinken of het drinken van grote hoeveelheden drank in het weekend.

Tabel 9.3 Alcoholgebruik naar schoolniveau onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs. Peiljaar 2013

	Actueel gebruik (%)	Binge drinken onder actuele drinkers	> 10 keer alcoholgebruik in de afgelopen maand onder actuele drinkers:
VMBO-b	30%	81%	9%
VMBO-t	35%	77%	6%
HAVO	22%	70%	3%
VWO	21%	52%	<1%

Binge drinken: vijf glazen of meer alcohol drinken bij één gelegenheid in de afgelopen maand. Actueel gebruik = in de laatste maand. Bron: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Trimbos-instituut.

Alcohol en probleemgedrag

- Uit eerdere studies blijkt dat leerlingen van 12-16 jaar die wekelijks drinken meer delinquent en agressief gedrag vertonen dan jongeren die niet wekelijks drinken. Jongens en meisjes verschillen hier in niet, maar verbanden zijn sterker bij de jongere leeftijdsgroepen (Verdurmen et al., 2005a; Schrijvers en Schoemakers, 2008).
- Onder plattelands jongeren (13-18 jaar) bestaat een duidelijke relatie tussen omvang van het alcoholgebruik en frequentie van cafébezoek enerzijds en delinquent gedrag anderzijds (Weenink, 2011). Plattelandsjongeren zijn jongeren die wonen in niet-stedelijke gebieden (<500 adressen per km^2) en weinig stedelijke gebieden (500 – 1 000 adressen per km^2).
- Onder jongeren van 12 en 13 jaar hangt wekelijks alcoholgebruik ook samen met somatische klachten en angst- en depressieve klachten. Ook is bekend dat enkele persoonlijkheidsprofielen gerelateerd zijn aan alcoholgebruik op jonge leeftijd (Malmberg et al., 2010). De kans om op jonge leeftijd met alcoholgebruik te beginnen is groter onder 11-15 jarigen met persoonlijkheidskenmerken als hopeloosheid en sensatiezoekgedrag (Malmberg et al., 2010).
- Een recente internationale studie (Steketee et al., 2013) laat zien dat meerdere risicofactoren in verschillende domeinen het alcoholgebruik van jongeren beïnvloeden. Een lage zelfcontrole, voornamelijk gericht zijn op leeftijdsgenoten, minder gehecht zijn aan familie, een slechte relatie hebben met ouders, weinig controle door de ouders, opgroeien in een omgeving met weinig sociale cohesie en veel spijbelen hangen samen met een grotere mate van (problematisch) alcoholgebruik.

Ouders

Ouders hebben een belangrijke rol in de ontwikkeling van het alcoholgedrag van hun kinderen, maar zij onderschatten het gebruik van alcohol door hun kinderen chronisch. Ze weten niet altijd dat hun kind alcohol drinkt, en miskennen de hoeveelheid.

- Diverse studies hebben uitgewezen dat vooral het hanteren van normen en het stellen van regels (geen alcohol drinken) beginnend alcoholgebruik uit kan stellen en de kans op probleemdrinken verlaagt (Van den Eijnden et al., 2011; Schelleman-Offermans et al., 2011). Het succesvol uitstellen van drinken werkt alleen als zowel de ouders als de kinderen worden geïnformeerd over de nadelen van alcoholgebruik op jonge leeftijd (Van der Vorst et al., 2010; Koning, 2011).
- Het is met name de alcoholspecifieke opvoeding die effect heeft op het alcoholgebruik van het kind. De algemene opvoedgedragingen steun, kennis en toezicht van de ouders hangen niet samen met alcoholgebruik in de afgelopen maand door het kind (De Looze et al., 2014). Wanneer ouders het drinken van alcohol als schadelijk zien, strenge regels ten aanzien van alcohol hebben en vertrouwen hebben in hun eigen maatregelen om het alcoholgebruik van hun kind te beïnvloeden, hebben hun kinderen minder vaak de afgelopen maand alcohol gedronken.

Het percentage ouders dat strenge regels stelt ten aanzien van alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar is de afgelopen jaren sterk gestegen.

- Tussen 2007 en 2013 nam het percentage van ouders die aangaven dat hun kind niet voor het 16e jaar alcohol mocht drinken toe van 51% naar 76%. Het verschil tussen 2011 (72%) en 2013 was niet statisch significant. De stijging was het sterkst bij ouders van kinderen in de leeftijd van 14-15 jaar: van 43% in 2007 naar 68% in 2011, en 73% in 2013 (De Looze et al., 2014).
- Er is een groot verschil tussen het percentage ouders van jonge en van oudere tieners dat strenge regels stelt. Vier van de vijf ouders van 12-jarigen zegt bijvoorbeeld dat een glas alcohol drinken wanneer de ouders thuis zijn zeker niet mag (86%). Bij de 15-jarigen is dit gedaald naar 51% en bij de 16-jarigen geldt dit nog maar voor één op de vijf ouders (22%) (De Looze et al., 2014). In 2011 vond echter nog maar één op de acht ouders van 16-jarigen (13%) dat een glas alcohol drinken wanneer de ouders thuis zijn zeker niet mag (Verdurmen et al., 2012a).
- In 2013 ondersteunden ruim vier van de vijf ouders (83%) het verhogen van de leeftijdgrens voor het kopen van alcohol naar 18 jaar (75% van de ouders van 16-jarigen), dit was voor de invoering van deze hogere leeftijdsgrens 79% (2011) (Verdurmen et al., 2012a).

Ouders zijn vaak niet goed op de hoogte of hun kind ooit alcohol heeft gedronken.

- In 2013 denkt 24% van de ouders van scholieren onder 16 jaar dat hun kind ooit alcohol heeft gedronken, terwijl dat volgens de kinderen zelf voor 44% geldt (De Looze et al., 2014). In 2011 leken ouders met 54% versus 60% beter op de hoogte of hun kind dronk. Ook de hoeveelheid alcohol die door scholieren gedronken wordt, wordt door hun ouders aanzienlijk onderschat.
- Ouders van scholieren onder de 16 jaar denken dat hun kind gemiddeld in het weekend een glas alcohol drinkt, terwijl kinderen zelf bijna drie glazen rapporteren. Echter, in 2011 was de onderschatting groter: toen rapporteerden ouders nog een half glas, terwijl de scholieren zelf 6 glazen aangaven (Verdurmen et al., 2012a).

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt alcoholgebruik mogelijk vaker voor. In deze paragraaf wordt het alcoholgebruik onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen besproken. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Vrijwel alle jongeren en jongvolwassenen drinken tijdens het uitgaan (tabel 9.4) (Nabben et al., 2014; Goossens et al., 2014; Beurmanjer en de Weert, 2013). Hoewel in bijna elk uitgaansnetwerk alcohol wordt gedronken, hangt de mate van drinken samen met de uitgaanslocatie en soort muziek. Recente trends zijn dat de speciale biersoorten toenemen in populariteit. Bij de sterke dranken zijn wodka en whisky in opmars. Er wordt weinig dure drank besteld en er zijn al enige jaren signalen dat de baromzetten dalen, wat het gevolg lijkt te zijn van een krapper budget (Nabben et al., 2014). Vooral in het weekend is de alcoholinname fors en tien tot twintig glazen op een uitgaansavond is eerder norm dan uitzondering.

In het Grote Uitgaansonderzoek 2013 is via een online survey onderzoek gedaan naar middelengebruik en risicogedrag onder 3 335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15 tot en 35 jaar met een gemiddelde leeftijd van 23 jaar (Goossens et al., 2013). De respondenten vormden geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Bijna de helft van de deelnemers (45%) bezocht maandelijks of vaker een party of festival, en tweederde had een voorkeur voor techno/hardhouse muziek.

- Alcohol werd het laatste jaar door 98% van de respondenten gebruikt en dat is meer dan de 84% uit de algemene bevolking in deze leeftijdscategorie die volgens de Gezondheidsenquête 2012 van het CBS het afgelopen jaar alcohol dronk. Afgelopen maand alcoholgebruik lag op 93%. Toch was alcoholgebruik niet de belangrijkste reden voor deze groep om uit te gaan; dat waren muziek, ontspanning en dansen. Jongeren die wat vaker uitgingen in kroegen en clubs of discotheken vonden, in tegenstelling tot jongeren die vaker festivals en party's bezochten, de mogelijkheid om alcohol te drinken wel meer van belang.
- Er werden significante verschillen gevonden in het afgelopen jaar alcoholgebruik tussen mannen (98%) en vrouwen (97%) en naar opleiding (laag-opgeleiden 93%; midden 97%; hoog: 99%).
- Tweederde van de respondenten die in het afgelopen jaar alcohol dronken deed dat minimaal eens per week.
- De hoeveelheid alcohol die tijdens het uitgaan wordt gebruikt is fors: gemiddeld drinken mannen negen glazen en vrouwen drinken er zes. Vóór het uitgaan wordt ook nog ingedronken: mannen drinken vooraf zes glazen en vrouwen vier.
- Het zware drinken is waarschijnlijk de belangrijkste reden dat ruim vier op de tien uitgaanders in het voorafgaande jaar een blackout of geheugenverlies heeft gehad op de uitgaansavond. Ook andere vormen van risicogedrag (onveilige seks, agressie en geweld, rijden onder invloed) komen regelmatig voor en hangen voor een belangrijk deel samen met het overvloedig alcoholgebruik, al dan niet in combinatie met gebruik van drugs.

De Amsterdamse Antenne-monitor 2013 laat zien dat van de "clubbers" (uitgaanders die naar uitgaansgelegenheden gaan waar gedanst kan worden) en "ravers" (feestgangers die op alternatieve locaties of in de buitenlucht feesten bezoeken met vaak elektronische muziek) nagenoeg iedereen tijdens het uitgaan drinkt (Nabben et al., 2014). Uit de voorgaande Antennes bleek dat het alcoholgebruik onder cafébezoekers (laatste meting in 2010) ook hoog is. Vrijwel iedere cafébezoeker had ooit alcohol gedronken en was nog steeds een huidige drinker (Nabben et al., 2014). Het aantal glazen per drinkdag en tijdens het uitgaan bleef onder de cafébezoekers tussen 2000 en 2010 nagenoeg gelijk. Onder coffeeshopbezoekers is tussen 2001 en 2009 het alcoholgebruik gedaald. Bij de laatste meting in 2009 was een kleine driekwart huidige drinker (Nabben et al., 2014).

- Aan het onderzoek onder clubbers en ravers in 2013 hebben 633 uitgaanders deelgenomen, 24% van het aantal dat was uitgenodigd. Analyses laten zien dat een eventuele vertekening door selectieve deelname nauwelijks effect heeft op de uitkomsten, zodat de gegevens ongewogen zijn gepresenteerd. In 2013 dronk 98% van de uitgaanders in de afgelopen maand alcohol, een stijging ten opzichte van 1995 (90%). Slechts één van de onderzochte uitgaanders uit de meting in 2013 had in zijn leven nog nooit alcohol gedronken; de rest dronk gemiddeld op 14-jarige leeftijd het eerste glas.
- Van de uitgaanders uit 2013 die de laatste maand nog alcohol dronken, gebruikte 2% dagelijks alcohol, 14% bijna dagelijks, 38% wekelijks en 31% alleen in het weekend. De resterende 15% dronk minder vaak.
- Het gemiddeld aantal glazen per dag daalde tussen 1995 en 2008 van 5,7 naar 4,2 maar steeg significant tot 5,3 glazen in 2013. Slechts 13% van de huidige drinkers (= drinker in de laatste maand) drinkt maximaal twee glazen op een drinkdag; 37% drinkt drie of vier glazen en 25% drinkt er vijf of zes.
- Riskant drinken (dagelijks drinken ongeacht de hoeveelheid of meerdere dagen per week drie of vier glazen) nam sterk toe tussen 1995 (24%) en 1998 (34%) maar is sindsdien aan het dalen tot 23% in 2013. Ravers blijken vaker (28%) te voldoen aan de definitie van riskant drinken dan clubbers (19%).
- Verschillen tussen mannen en vrouwen bestaan niet in het aantal dat ooit, afgelopen jaar of afgelopen maand dronk. Wel drinken mannen gemiddeld per drinkdag meer (6 glazen) dan vrouwen (4 glazen). Mannen zijn ook vaker riskante drinker (30%) dan vrouwen (16%) (Nabben et al., 2014).

Tabel 9.4 Alcoholgebruik onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Populatie	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Maat voor alcoholgebruik[I]	%[I] Aantal glazen
Bezoekers van party's, festivals en clubs[II]	Landelijk	2013	15-35 jaar; de meesten 20-24 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Afgelopen week Aantal glazen tijdens uitgaan (excl indrinken)	99,3% 97,6% 92,8% 76,5% 9 (man) 6 (vr)
Uitgaande jongeren	Landelijk	2009	13-17 jaar	Aantal glazen tijdens uitgaan	5,3
Clubbers en ravers	Amsterdam	2013	Gemiddeld 24 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Aantal glazen per drinkdag	99,8% 98,9% 98,4% 23,4% 5,3
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Gelderland (zes steden)	2012	Gemiddeld 20 jaar	Afgelopen maand Aantal glazen in het weekend	90% 9
Cafébezoekers	Amsterdam	2010	Gemiddeld 27 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Binge drinken[I]	100% 100% 99% 27% 65%
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	Gemiddeld 28 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Binge drinken[I]	91% 82% 71% 7% 82%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Binge drinken[I]	99% 98% 96% 31% 86%
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Den Haag	2008/ 2009	Gemiddeld 21 jaar	Afgelopen maand 6 of meer glazen man 4 of meer glazen vrouw	97% 74% 77%

De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. I. De volgende definities van binge drinken worden gehanteerd: Definities voor Amsterdam: Riskant drinken: dagelijks of paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer, onder huidige drinkers. Binge drinken onder cafébezoekers: maandelijks of vaker 6 of meer glazen per gelegenheid. Binge drinken onder coffeeshopbezoekers en bezoekers van trendy clubs: 5 glazen of meer per gelegenheid in afgelopen maand, onder de huidige drinkers. II. (Frequente) bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013); Feestmeter, Trimbos-instituut/UvA; Monitor alcoholverstrekking, Intraval; Antenne, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA; Uitgaansonderzoek Den Haag, GGD Den Haag; Tendens, Iriszorg.

In Gelderland is in de zomer en het najaar van 2012 door IrisZorg een vragenlijsten onderzoek uitgevoerd in de uitgaanscentra van zes Gelderse steden (Apeldoorn, Arnhem, Doetinchem, Ede, Nijmegen en Tiel) (Beurmanjer en de Weert, 2013). De respondenten waren 1 473 jongeren en jongvolwassenen tussen 15 en 30 jaar, ongeveer evenveel mannen als vrouwen en met een gemiddelde leeftijd van 20 jaar.

- Alcohol werd door 90% van de respondenten in de laatste vier weken gebruikt (actueel gebruik). De meeste actuele gebruikers dronken twee tot drie dagen per week, maar meestal in het weekend.

- Gemiddeld werden in het weekend op een drinkdag negen glazen gedronken en doordeweeks op een drinkdag 2½ glas. Mannen dronken gemiddeld op meer dagen en meer alcohol per week dan vrouwen.

Indrinken

Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaansleven blijft het "indrinken" – ofwel alcohol consumeren vóór het 'echte' uitgaan - zowel in de steden als op het platteland een wijd verbreid fenomeen (Doekhie et al., 2010). Indrinken kan thuis, op straat, in een keet of bij vrienden gebeuren, en is een reactie op de prijzen in de horeca en een manier om kosten te besparen. Met happy hours en andere prijsacties probeert de horeca uitgaanders ook eerder op de avond aan te trekken. Gemeenten hebben overigens sinds 2013 de mogelijkheid om dit soort prijsacties te verbieden.

- Van de respondenten in de Antenne monitor uit Amsterdam onder clubbers en ravers dronk tweederde voor het uitgaan, gemiddeld vier glazen (Nabben et al., 2014). Clubbers dronken vaker in (74%) en meer (4 glazen) dan ravers (60%, 3 glazen).
- Na het uitgaan dronk een op de zes clubbers en ravers nog alcohol, gemiddeld drie glazen.
- In het landelijk uitgaansonderzoek in 2008/2009 onder bezoekers van party's en feesten had 30 % van degenen die tijdens de uitgaansavond hadden gedronken van te voren thuis of bij vrienden al alcohol gedronken. Het gemiddeld aantal glazen alcohol dat tijdens het indrinken werd geconsumeerd was 4½ (variërend van 1 tot 20) (Van der Poel et al., 2010).
- Ook uit de HBSC-studie in 2009 onder scholieren blijkt dat indrinken voor het uitgaan geregeld voorkomt. Bijna vier op de tien scholieren die recent hebben gedronken drinken voor het uitgaan thuis of op straat alvast alcohol (Van Dorsselaer et al., 2010).
- Onderzoek onder Amsterdamse scholieren van 13-18 jaar (gemiddeld 15 jaar) in de voorlaatste klassen van het voortgezet onderwijs liet zien dat de helft van de actuele drinkers in de afgelopen maand voor het uitgaan alcohol had geconsumeerd, de meesten bij vrienden thuis (40%), op afstand gevolgd door thuis (16%) en een hangplek of op straat (14%) (Nabben et al., 2012).

Keten

Enkele jaren geleden was er veel aandacht voor alcoholgebruik door jongeren in *keten*. "Keten" of "hokken" zijn semi-particuliere (niet-commerciële) settingen waar jongeren samenkomen voor de gezelligheid en om te drinken (Intraval, 2010). Er worden drie typen keten onderscheiden: de huiskamerkeet (of zolder of garage waar een kleine groep vrienden incidenteel bij elkaar komt en zelf drank meeneemt), de buurtkeet (waaronder de meeste Nederlandse keten vallen, hier komt een grotere groep vrienden meer structureel bij elkaar, buitenshuis en meestal op een privéterrein; consumpties worden afgerekend in een "pot", met bonnen of muntjes) en de semi-commerciële keet (grote groepen jongeren; alcohol wordt verkocht tegen een winstgevend tarief). Het verschil tussen deze typen is van belang in het kader van de handhaving. Huiskamerketen zijn niet strijdig met de Drank en Horeca Wet (DHW) en daarom is het voor de gemeente niet mogelijk om daar tegen op te treden. In buurtketen leggen jongeren gezamenlijk geld in om alcohol in te kopen en daarmee zijn deze wel strijdig met de DHW. Dat geldt ook voor semi-commerciële keten. Er is de afgelopen jaren weinig nieuw onderzoek in Nederland verschenen over hokken en keten.

- Eind 2009 is in alle 438 gemeenten in Nederland geïnventariseerd of er hokken of keten aanwezig zijn (Intraval, 2010). Van 273 van de 434 gemeenten (63%) waarvoor gegevens beschikbaar waren, waren volgens de verantwoordelijk gemeenteambtenaar in de gemeente geen hokken of keten. In 138 gemeenten (32%) waren wel keten bekend en in 23 gemeenten (5%) was onbekend of er hokken of keten bestonden.
- Relatief vaak werden hokken en keten gezien in Friesland, Drenthe, Overijssel en Gelderland. In 87 gemeenten waren naar schatting tussen een en tien hokken en keten, bij 18 gemeenten waren er tussen de 11 en 30 en in zeven gemeenten was bekend dat er 31 of meer hokken of keten bestonden. De meeste keten liggen in het buitengebied.

Het keetbezoek en het alcoholgebruik in keten is in verschillende studies onderzocht. In deze studies zijn tegenstrijdige resultaten gevonden, die mogelijk samenhangen met verschillen in definities van een keet en de methoden van onderzoek. Er wordt geschat dat jongeren in hokken en keten 2½ tot 3 keer zo veel alcohol drinken als jongeren in legale horecagelegenheden (Van Dijk en Van Hövell, 2009), maar een zekere schatting is niet mogelijk.

Volgens de landelijke monitor alcoholverstrekking jongeren uit 2009 bezoekt 10% van de ruim 3 000 ondervraagde jongeren (13-17 jaar) wel eens een keet (Bieleman et al., 2010). Dat is een lichte daling ten opzichte van 2005, toen 11% van de jongeren wel eens naar een keet ging.

- Van de 13-jarigen gaat 5% wel eens naar een keet (was 8% in 2005), van de 14-15-jarigen 12% (was 15% in 2005) en van de 16-17-jarigen 13% (een lichte stijging, was 12% in 2005) (Bieleman et al., 2010).
- Het percentage jongeren dat wel eens alcohol drinkt in een keet is echter toegenomen, van 60% in 2006 tot 75% in 2009. De toename is het grootst onder 13-jarigen. Onder hen is het percentage drinkers van alcohol in de keet toegenomen van 26% in 2005 tot 41% in 2009. Van de 14-15-jarigen en de 16-17-jarigen die een keet bezoeken drinkt respectievelijk 63% (was 65%) en 89% (was 82% in 2005) alcohol in de keet.
- Gemiddeld wordt er 5½ glas alcohol gedronken (was 4,8 in 2005). De 13-jarigen drinken gemiddeld bijna drie glazen en de 16-17 jarigen gemiddeld bijna zeven glazen per gelegenheid.

Probleemjongeren

Alcoholgebruik komt ook veel voor onder bepaalde groepen probleemjongeren. Jongeren met leer- of opvoedingproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond zoals een gebroken gezin en (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

Op landelijk niveau is in 2008 het drinken onder 301 jongens (12-16 jaar) in de residentiële jeugdzorg onderzocht (Kepper et al., 2009a; Kepper et al., 2011, Kepper, 2014).

- Het percentage dat ooit gedronken had lag onder de 12- tot 13-jarigen, de 14- tot 15-jarigen en de 16-jarigen op respectievelijk 73, 95 en 96%.
- Het percentage actuele drinkers lag in deze leeftijdsgroepen op respectievelijk 31, 67 en 72%.
- Van de actuele drinkers van 14 en 15 jaar was 49% in de afgelopen maand dronken geweest en 53% van de actuele drinkers van 16 jaar. Van deze groepen had in de afgelopen maand respectievelijk 81 en 82% per keer vijf of meer glazen gedronken (binge drinken) (Kepper et al., 2009a).
- Zwaar alcoholgebruik (meer dan 10 alcoholische dranken per week) was in deze populatie ook veel hoger dan onder leeftijdsgenoten in het reguliere of speciale onderwijs. Van de 12-13 jarigen in de residentiële jeugdzorg was 13% al een zware drinker, en dat liep op tot 33% van de 14-15 jarigen en 40% van de 16-jarigen (Kepper et al., 2011).
- Met name adolescenten in de residentiële jeugdzorg uit etnische minderheidsgroeperingen hadden een patroon van zwaar wekelijks alcoholgebruik (Kepper et al., 2011).

In Antenne 2012 is het alcoholgebruik van jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg (niet alleen residentieel) onderzocht (Benschop et al., 2013).

- Onder 16-17 jarige jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg heeft 43% de afgelopen maand alcohol gedronken. Dat is minder dan onder 16-17 jarige scholieren in Amsterdam (69%). Dit wordt mogelijk verklaard door het grote aantal niet-westerse jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg.
- Bij de 14-15 jarigen scoort het alcoholgebruik in de jeugdzorg wel hoger: 63% van de jongeren in de jeugdzorg heeft ooit alcohol gedronken, vergeleken met 42% van de scholieren. Bij de actuele gebruikers is het verschil kleiner (respectievelijk 26 en 18%) en niet significant.

In 2009 is het middelengebruik bij 155 jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) in Nederland in kaart gebracht (Kepper et al., 2009b).

- Het gebruik in de maand voorafgaand aan de plaatsing was 70%. Voor de plaatsing dronken 13-14 jarige jongens in een JJI gemiddeld 10 glazen alcohol op de vier doordeweekse dagen samen en gemiddeld 17 glazen gedurende de weekenddagen. Scholieren (jongens) van dezelfde leeftijd consumeerden gemiddeld één glas door de week en vijf glazen in het weekend.
- Van de actuele drinkers in de JJI was 70% (van de 13 en 14 jarigen) tot meer dan 80% (van de 15-18 jarigen) afgelopen maand wel eens dronken geweest. Dat was in alle leeftijdscategorieën hoger dan onder jongeren uit het regulier onderwijs, maar alleen in de groep 15-16 jarigen waren de verschillen statistisch significant.
- Tijdens het verblijf in de JJI werd minder vaak alcohol gebruikt. Bijna eenderde van de jongeren had ten tijde van het verblijf in de JJI nog alcohol gebruikt en het merendeel (26% van de onderzoekspopulatie) dronk de alcohol binnen de muren van de JJI. Dat is aanzienlijk lager dan het gebruik van cannabis in de JJI (zie hoofdstuk 3). Van de 155 respondenten meldde dan ook "slechts" 45% dat zij het makkelijk vonden om in de JJI aan alcohol te komen (voor cannabis was dat 87%).

In 2011 is in de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht het middelengebruik in kaart gebracht onder 103 dakloze jongeren in de leeftijd van 18 tot 23 jaar. Gemiddeld waren zij 20 jaar (Van Straaten et al., 2012). Het bleek dat 29% van de dakloze jongeren in de vier grote steden in de afgelopen maand tijdens één drinkgelegenheid 5 of meer glazen alcohol had gedronken.

9.4 Problematisch gebruik

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

Zwaar drinken

Volgens het CBS zijn "zware drinkers" mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken, of vrouwen die minimaal 4 glazen op een dag drinken (CBS, 2012). Deze definitie wordt sinds 2012 gehanteerd (daarvoor golden voor mannen en vrouwen dezelfde hoeveelheid) en daarom zijn de totale cijfers over zwaar drinken en de cijfers voor vrouwen vanaf 2012 niet meer te vergelijken met de periode ervoor.

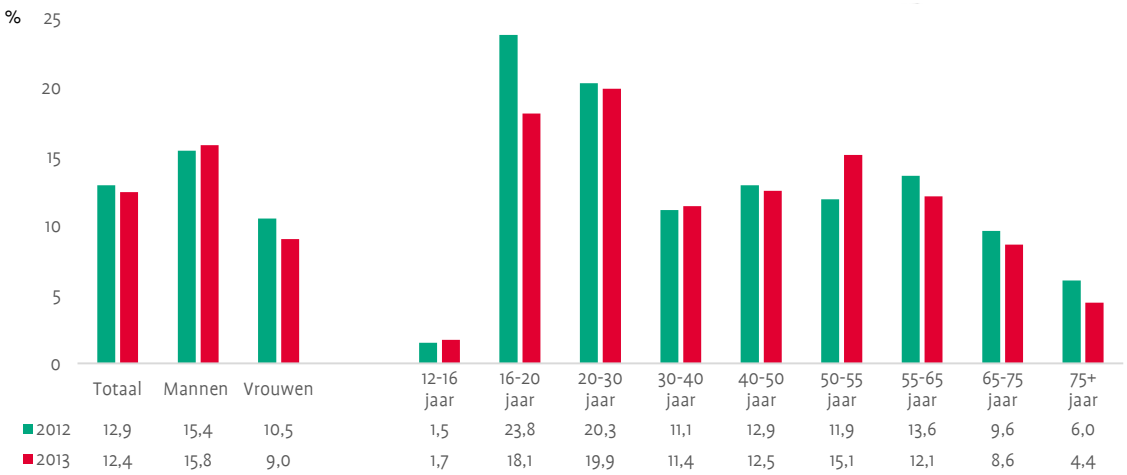
- Volgens deze nieuwe definitie was 12,4% van de bevolking van twaalf jaar en ouder in 2013 een zware drinker. In 2012 was dit 12,9%.
- In 2013 voldeed 15,8% van de mannen aan de definitie en dat is al een aantal jaar gelijk. Volgens de nieuwe definitie voor vrouwen was 9,0% in 2013 een zware drinker, minder dan in 2012 (10,5%).
- Jongeren tussen 20 en 30 jaar scoren het hoogst op deze maat. In 2013 lag het percentage zware drinkers in deze leeftijdsgroep op 19,9% en in 2012 op 20,3% (figuur 9.3).

Startleeftijd en problematisch alcoholgebruik

Onderzoek naar de relatie tussen vroeg beginnen met alcoholgebruik en het drinken van grotere hoeveelheden alcohol op latere leeftijd laat tegenstrijdige resultaten zien.

- Onderzoekers aan de universiteit van Heidelberg (Blomeyer et al., 2013) toonden aan dat mensen die beginnen met drinken tijdens hun puberteit op latere leeftijd grotere hoeveelheden alcohol drinken dan mensen die pas na de puberteit alcohol gaan drinken.

Figuur 9.3 Zware drinkers van alcohol naar geslacht en leeftijd onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaar 2012 en 2013



Percentage zware drinkers: mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken, of vrouwen die minimaal 4 glazen op een dag drinken. Bron: Gezondheidsenquête, StatLine, CBS. Let op dat vanwege een nieuwe definitie van zwaar drinken deze cijfers niet te vergelijken zijn met 2011 en eerder.

Bij jongvolwassenen werd nagegaan in welke fase van de puberteit ze hun eerste alcoholische drank consumeerden en dit werd gerelateerd aan het drinkgedrag op hun 19de, 22ste en 23ste. Deze bevindingen bij mensen werden ondersteund door bevindingen bij dierexperimenteel onderzoek.

Nederlands onderzoek onder tweelingen (Geels, 2013) vond echter geen verband tussen de startleeftijd en de mate van alcoholgebruik op latere leeftijd. In deze studie werd onderzocht of het verband tussen vroeg beginnen en de hoeveelheid alcohol die op latere leeftijd wordt gedronken causaal is of het gevolg van een onderliggende aanleg.

- Binnen eeneiige tweelingparen verschilde de mate van alcoholgebruik van vroege drinkers niet significant van hun broer/zus die later was begonnen met drinken. Dit suggereert dat vroege alcoholconsumptie geen causaal effect heeft op alcoholconsumptie op volwassen leeftijd. In een andere studie waarin ook niet-tweelingen waren meegenomen concludeerde dezelfde onderzoeksgroep wel dat zwaar alcoholgebruik samenhangt met oudere leeftijd, mannelijk geslacht, roken en cannabisgebruik (Geels et al., 2013).

Alcoholmisbruik en –afhankelijkheid

- Volgens gegevens van het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,3 en 1,2% van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar aan de diagnose alcoholafhankelijkheid (DSM 4e gewijzigde editie). Naar schatting 2,9 tot 4,5% van de respondenten voldeed aan de diagnose alcoholmisbruik.
- Alcoholstoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (tabel 9.5).
- Omgerekend naar de bevolking van 18-64 jaar ging het om naar schatting 82 400 mensen met alcoholafhankelijkheid. Het aantal mensen met alcoholmisbruik is bijna vijf keer hoger (395 600).
- In dit bevolkingsonderzoek ontbraken jongeren onder 18 jaar, ouderen boven de 65 jaar, mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn en mensen die dakloos zijn of langere tijd in een instelling verblijven. In hoeverre dit de gegevens heeft beïnvloed is niet bekend.

Tabel 9.5 Jaarprevalentie en aantallen mensen met een alcoholstoornis, naar geslacht. Tussen haakjes: 95% betrouwbaarheidsintervallen. Peiljaar 2007-2009

Stoornis	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)	Totaal aantal
Alcoholmisbruik	5,6 (4,2 – 6,9)	1,8 (1,1 – 2,6)	3,7 (2,9 – 4,5)	395 600
Alcoholafhankelijkheid	1,0 (0,3 – 1,7)	0,5 (0,0 – 0,9)	0,7 (0,3 – 1,2)	82 400

Bron: Nemesis-2 2007-2009 (De Graaf et al., 2010).

- Het aantal mensen met een alcoholstoornis, vooral alcoholafhankelijkheid (jaarprevalentie 0,7%), is in de peiling van 2007-2009 lager dan het aantal gevallen in het NEMESIS-onderzoek uit 1996. Dit komt waarschijnlijk door verschillen in de criteria voor het vaststellen van de diagnose afhankelijkheid. De 4e editie is 'strenger' dan de 3e editie van de DSM, waardoor mensen minder snel voldoen aan een diagnose afhankelijkheid. Daarnaast is het instrument waarmee de aandoeningen zijn gemeten veranderd en ook dit heeft voor een lagere schatting gezorgd van de prevalentie van alcoholafhankelijkheid in NEMESIS-2 vergeleken met de eerdere studie.
- Dat de 4e editie van de DSM tot lagere schattingen leidt dan de 3e editie, is ook in onderzoek in het buitenland aangetoond (De Graaf et al., 2010).

Bovengenoemde eerste meting van het NEMESIS-2-onderzoek werd uitgevoerd van november 2007 tot en met juli 2009. Drie jaar later, van november 2010 tot en met juni 2012, werd een tweede meting uitgevoerd (De Graaf et al., 2012). Op deze manier kon worden onderzocht hoeveel mensen die nog nooit een alcoholprobleem hadden gehad, binnen de periode van een jaar alsnog een alcoholprobleem kregen (incidentie).

- Binnen de periode van een jaar kreeg 0,73% voor het eerst te maken met alcoholmisbruik en 0,15% met alcoholafhankelijkheid. Omgerekend naar aantallen gaat het jaarlijks om 66 000 nieuwe gevallen van alcoholmisbruik en 15 300 nieuwe gevallen van alcoholafhankelijkheid.

Alcoholstoornissen hangen samen met andere psychische stoornissen.

- Mensen met een angststoornis of een depressie krijgen in hun leven vaker te kampen met alcoholafhankelijkheid dan mensen zonder deze stoornissen (Boschloo et al., 2011).
- Ook is de aanwezigheid van ADHD geassocieerd met het vaker optreden van alcoholstoornissen. Vermoedelijk komt dit doordat ADHD vaak voorafgaat aan een gedragsstoornis, die vervolgens het risico op een alcoholstoornis vergroot (Tuithof et al., 2012).

9.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

In opdracht van de Europese Commissie heeft de Eurobarometer in 2006 en 2009 (de houding tegenover) alcoholgebruik onderzocht in de lidstaten van de Europese Unie (EC, 2010).

- In de algemene bevolking van vijftien jaar en ouder in de landen van de EU-27 gebruikte in 2009 ongeveer driekwart (76%) van de inwoners in de afgelopen 12 maanden alcohol, vergelijkbaar met het percentage in 2006 (75%). Er zijn echter grote verschillen tussen landen. In Denemarken (93%),

Tabel 9.6 Consumptie van alcohol en dronkenschap bij leerlingen van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten.[I] Peiljaren 2003, 2007 en 2011

Land	Consumptie: 40 keer of meer in het leven			Consumptie: 10 keer of meer in de laatste maand			Dronken: 20 keer of meer in het leven[VI]
	2003	2007	2011	2003	2007	2011	2011
Denemarken[II]	50%	49%	37%	13%	12%	12%	11%
Duitsland[III]	37%	41%	35%	11%	18%	15%	4%
Nederland	45%	40%	33%	25%	24%	20%	3%
België[IV]	36%	34%	33%	20%	17%	16%	1%
Frankrijk	22%	30%	32%	7%	13%	14%	5%
Griekenland	35%	28%	29%	13%	11%	12%	1%
Italië	24%	23%	20%	12%	13%	12%	2%
Ierland	39%	23%	16%	16%	10%	6%	6%
Portugal	14%	21%	14%	7%	13%	7%	2%
Finland	20%	16%	13%	2%	1%	2%	6%
Zweden	17%	14%	9%	1%	1%	1%	3%
Verenigde Staten[I]	12%	11%	8%	4%	5%	3%	5%
Noorwegen	15%	11%	6%	3%	1%	1%	1%
Oostenrijk	48%	52%	-	21%	30%	-	-
Verenigd Koninkrijk[V]	43%	39%	-	17%	14%	-	-

Percentage van de leerlingen. - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten participeerden niet in de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Denemarken zijn minder vergelijkbaar. III. Duitsland in 2007 alleen voor zeven deelstaten en in 2011 alleen voor vijf deelstaten. IV. België in 2007 en 2011 alleen voor Vlaanderen. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). VI. Vanwege een wijziging in vraagstelling zijn er geen vergelijkbare cijfers voor 2003 en 2007 voor dronkenschap. Bron: ESPAD.

Zweden (90%) en Nederland (88%) is het percentage inwoners dat het afgelopen jaar dronk het hoogst van Europa, terwijl zuidelijke landen als Portugal (58%), Italië (60%) en Hongarije (64%) het laagst scoren. In alle landen samen hebben meer mannen (84%) dan vrouwen (68%) het afgelopen jaar alcohol gedronken.

- Van de personen die zeggen het afgelopen jaar alcohol te hebben gedronken, heeft 88% dat ook de afgelopen maand gedaan. Dat wijst erop dat het aantal EU-inwoners dat slechts sporadisch drinkt gering is. Opvallend is echter dat juist veel Italianen (94% van de personen die in het afgelopen jaar dronken), Bulgaren, Grieken, Fransen en Portugezen (allen 91%) de afgelopen maand hebben gedronken. Van de Portugezen die drinken doet 43% dat dagelijks, van de alcohol drinkende Italianen drinkt een kwart dagelijks. Dit suggereert dat er in deze landen enerzijds wel veel personen zijn die geen alcohol drinken, maar anderzijds zijn de inwoners die wel alcohol drinken juist vrij regelmatige drinkers. Daarentegen is het aantal dagelijkse drinkers onder de drinkende Zweden, de drinkende Polen en drinkende inwoners van Litouwen het laagst (in al deze landen drinkt slechts 1% dagelijks).
- De meeste EU inwoners drinken naar eigen zeggen gematigd (in de afgelopen maand dronk 69% twee glazen of minder op een dag dat zij dronken). 10% drinkt per keer vijf of meer glazen. Nederland neemt een middenpositie in met 13% van de drinkers in de afgelopen maand die per gelegenheid dat ze drinken vijf of meer glazen alcohol nemen.
- Binge drinken (vijf glazen of meer, minimaal eens per week) komt vaker voor onder mannen dan vrouwen (36% tegen 19%). Het percentage binge drinkers is het hoogst (33%) onder jongeren van 15-24 jaar. Binge drinken komt in Europa ook vaker voor onder werklozen (38%), handarbeiders (34%) en kleine zelfstandigen (32%).

Jongeren

Het ESPAD-onderzoek, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, werd in 2003, 2007 en 2011 uitgevoerd onder 15/16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2004, 2009, 2012). Tabel 9.6 toont het alcoholgebruik in een aantal landen van de EU en Noorwegen. De Verenigde Staten deden niet mee aan ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. In het ESPAD-onderzoek is gevraagd naar het gebruik van alcohol en de frequentie van dronkenschap.

- In 2011 stond Nederland met 33% in de hoogste regionen wat betreft de maat "veertig keer of meer alcohol gedronken in het hele leven". Het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen ligt op 24%.
- Op de maat "minstens tien keer alcohol drinken in de maand voorafgaand aan de peiling" stond Nederland bovenaan in 2011. Met 20% scoorden Nederlandse scholieren ver boven het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen (9%).
- Op de maat "dronkenschap" scoorden Nederlandse scholieren beduidend minder hoog. Slechts 3% gaf aan in het hele levens minstens twintig keer dronken te zijn geweest.
- Tussen 2003 en 2011 daalde in Nederland het percentage scholieren dat 40 keer of meer in het leven had gedronken. Een dergelijke daling deed zich in deze periode ook voor in Denemarken, Finland, Ierland, Noorwegen en Zweden.

De ESPAD studie laat verder zien dat Nederlandse 15/16 jarigen het redelijk tot zeer makkelijk vinden om aan alcohol te komen (84%). Dit ligt net iets boven het Europees gemiddelde (80%). Ook het percentage 15/16 jarigen dat de afgelopen maand in een uitgaansgelegenheid alcohol heeft gedronken ligt in Nederland (52%) iets hoger dan het Europees gemiddelde (45%) (Hibell et al., 2012).

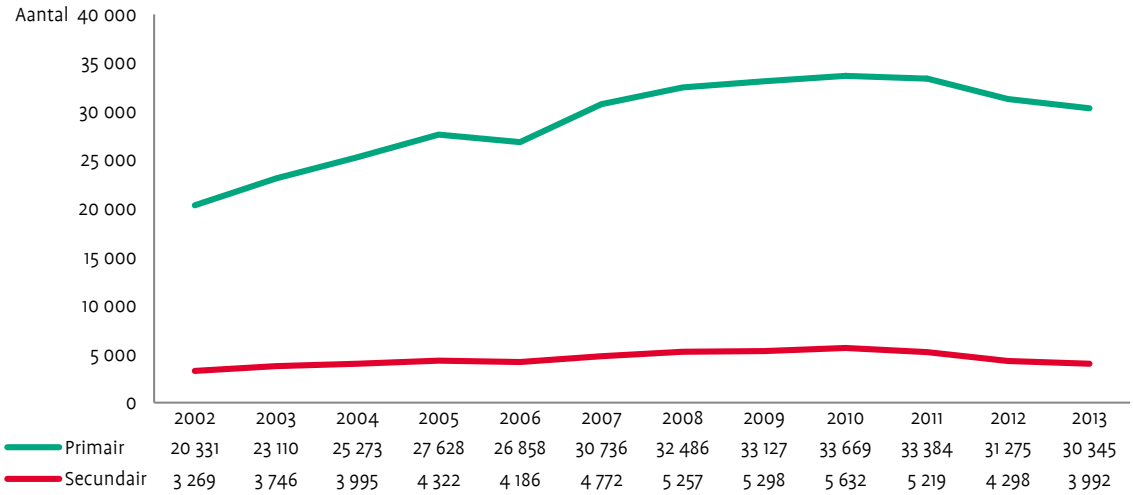
9.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn er 14 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg die anonieme gegevens over de hulpverlening sturen naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink et al., 2014) (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS).

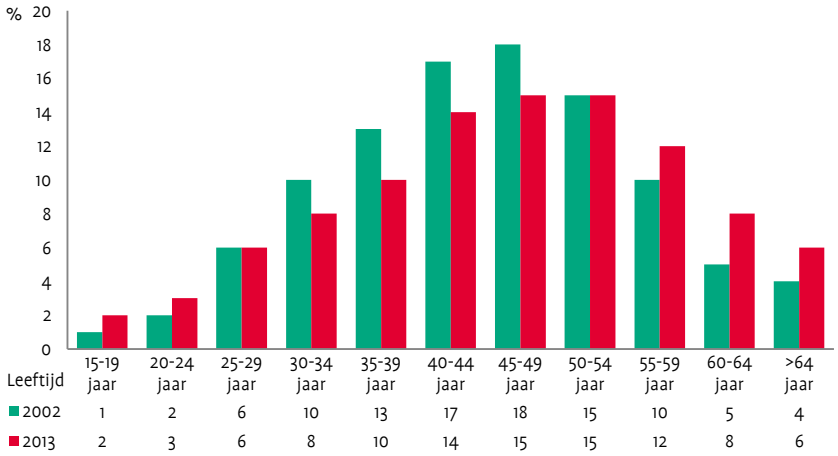
- In Nederland stonden in 2013 in totaal 30 345 personen geregistreerd bij de verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik.
- Het absolute aantal cliënten in de verslavingszorg met een primair alcoholprobleem is 1,5 maal zo groot geworden tussen 2002 en 2013 (figuur 9.4). Tussen 2012 en 2013 daalde dit aantal echter met 3%.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire alcoholcliënten van 155 in 2002 naar 218 in 2013.
- Het aandeel van alcohol in alle verzoeken om hulp bij de verslavingszorg steeg van 41% in 2002 naar 46% in 2013.
- In 2013 was ongeveer een van de vijf primaire alcoholcliënten (22%) een nieuwkomer. Zij werden ingeschreven in 2013 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Voor 4 van de 10 primaire alcoholcliënten was alcohol het enige probleemmiddel (39%). De overige 6 van de 10 primaire alcoholcliënten rapporteerden wel een bijmiddel (61%). In deze groep ging het voornamelijk om cannabis (27%), cocaïne/crack (24%), of medicijnen (14%).

Figuur 9.4 Aantal cliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]) met primaire of secundaire alcoholproblematiek, vanaf 2002



Aantal cliënten. 1. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Met terugwerkende kracht zijn enkele administratieve correcties aangebracht. De secundaire problematiek van 2013 kan niet goed vergeleken worden met de secundaire problematiek van vóór 2007. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

Figuur 9.5 Leeftijdsverdeling van de primaire alcoholcliënten bij de verslavingszorg (exclusief reclassering[1]). Peiljaren 2002 en 2013



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. 1. De gegevens van de verslavingsreclassering zijn niet meegenomen. Bron: LADIS, IVZ (Wisselink et al., 2014).

- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat alcohol als secundair probleem noemt, schommelt tussen 2002 en 2013 rond een gemiddelde van 4 499 cliënten (figuur 9.4). Voor de secundaire alcoholcliënten zijn de meest voorkomende primaire problemen cocaïne of crack (36%), cannabis (33%), heroïne (14%), gokken (4%) en amfetamine (4%). In 2013 is de registratie van de secundaire problematiek verbeterd, waardoor het aantal voor 2013 niet vergeleken kan worden met het aantal voor 2012.

Leeftijd en geslacht

- In 2013 was het merendeel van de primaire alcoholcliënten man (73%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode 2002-2013 tussen 27 en 29%.

- De gemiddelde leeftijd in 2013 was 46 jaar. In 2002 was dat 45 jaar. De piek ligt in de leeftijdsgroep 45-54 jaar (figuur 9.5). De stijging in het aantal primaire alcoholcliënten tussen 2002 en 2013 was relatief het grootst onder de ouderen. In 2013 was ruim een kwart van de primaire alcoholcliënten een 55-plusser (26%). In 2002 was dit nog 17%.

Algemene ziekenhuizen en incidenten

Er zijn verschillende bronnen beschikbaar voor informatie over gezondheidsverstoringen en behandelingen in ziekenhuizen in verband met alcohol- en drugsgebruik. Vanwege overlap tussen de verschillende registraties kunnen de aantallen opnames en/of incidenten echter niet worden opgeteld.

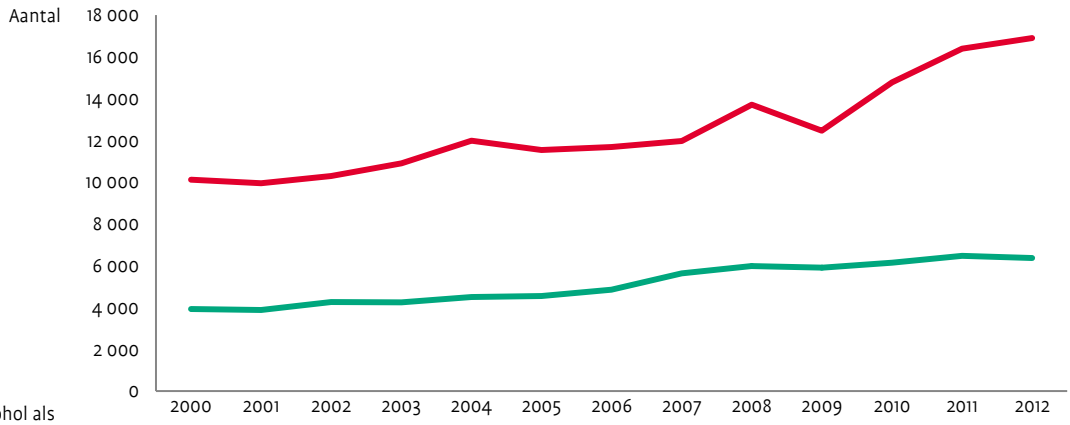
De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreerde in 2012 bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen (www.kiwacarity.nl).

- In 2012 vonden er 6 362 opnames plaats met een alcoholaandoening als hoofddiagnose. De meest voorkomende diagnoses betroffen:
  - alcoholafhankelijkheid (30%);
  - alcoholmisbruik (24%);
  - alcoholische leverziekte (24%);
  - intoxicatie en toxische gevolgen van alcohol (13%);
  - alcoholpsychosen (7%).
- Alcoholproblematiek wordt veel vaker als nevendiagnose gesteld. In 2012 stonden er 16 899 alcoholgerelateerde nevendiagnoses geregistreerd. Hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses waren:
  - ongevallen, anders dan vergiftigingen (30%);
  - spijsverteringsstoornissen (13%);
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (10%);
  - vergiftiging (9%);
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (7%);
  - psychosen (3%).
- Van de 16 899 alcoholgerelateerde nevendiagnoses in 2012 hadden 1 316 nevendiagnoses (8%) betrekking op jongeren van 25 jaar of jonger en hadden 10 443 nevendiagnoses (62%) betrekking op ouderen van 50 jaar of ouder.
  - De verdeling van de bijbehorende hoofddiagnoses verschilt tussen de jongeren en de ouderen. Bij de jongeren gaat het in meer dan de helft van de gevallen om ongevallen (66%), vergeleken met een kwart bij de ouderen (23%). Ook gaat het bij de jongeren vaker om vergiftiging, 12% bij de jongeren vergeleken met 5% bij de ouderen.
  - Bij de ouderen gaat het vergeleken met de jongeren vaker om meer chronische ziekten zoals spijsverteringsstoornissen (14% versus 3%), ziekten van hart- en vaatstelsel (14% versus 1%) en ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (9% versus 2%). Zowel bij de jongeren als bij de ouderen gaat het bij 3% van de hoofddiagnoses om een psychose.

Het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening werd 1,6 maal zo groot tussen 2000 en 2012 (figuur 9.6).

- Tussen 2000 en 2012 werd het aantal nevendiagnoses 1,7 maal zo groot (figuur 9.6). Tussen 2011 en 2012 steeg het aantal nevendiagnoses nog met 3%.
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2012 om 19 867 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met misbruik of afhankelijkheid van alcohol als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 49 jaar; 71% was man. Er is hier waarschijnlijk sprake van een onderschatting, omdat men in ziekenhuizen lang niet altijd de rol van alcohol als oorzaak van ziekte herkent en registreert.

Figuur 9.6 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met een aan alcohol gerelateerde problematiek, vanaf 2000



Alcohol als	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
hoofddiagnose	3 923	3 880	4 254	4 239	4 501	4 553	4 855	5 634	5 983	5 908	6 145	6 473	6 362
nevendiagnose	10 116	9 949	10 291	10 899	11 991	11 546	11 689	11 975	13 717	12 459	14 785	16 389	16 899

Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0*, E980.9* (*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie Bijlage C. Bron: LMR, DHD.

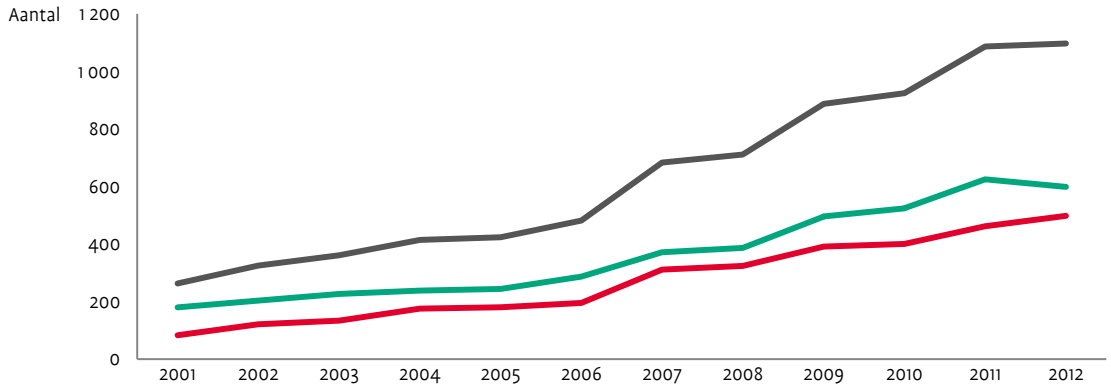
- In 2012 werden er naast de klinische opnames ook nog eens 972 dagopnames geregistreerd vanwege een hoofddiagnose voor alcohol. In 2011 waren er 668 dagopnames.
- In 2012 vonden er 1 097 opnames plaats onder jongeren van 16 jaar of jonger vanwege een aan alcohol gerelateerde problematiek (figuur 9.7). Van deze opnames vonden er 599 opnames plaats onder de jongens (55%) en 498 opnames onder de meisjes (45%).
- Tussen 2001 en 2012 werd het aantal geregistreerde opnames vier maal zo groot (figuur 9.7). De stijging in het aantal geregistreerde opnames is behalve een reële stijging ook het gevolg van het gegeven dat meer ziekenhuizen en kinderartsen zich gingen richten op deze problematiek en een grotere oplettendheid van de betreffende kinderartsen.
- De stijging is groter onder de meisjes dan onder de jongens. Onder de meisjes werd het aantal opnames tussen 2001 en 2012 zes maal zo groot, onder de jongens drie maal zo groot (figuur 9.7).

Tussen 2002 en 2012 is het aandeel van de 15- tot en met 19-jarigen in de primaire alcoholcliënten gestegen van 7% naar 20%. Het aandeel van de 20- tot en met 24-jarigen steeg in deze periode van 3% naar 8% (figuur 9.8). Tussen 2011 en 2012 daalde het aantal opnames voor de 15- tot en met 19-jarigen van 1 288 naar 1 201 opnames en steeg het aantal opnames voor de 20- tot en 24-jarigen van 430 naar 464 opnames.

Het Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde (NSCK) inventariseert onder kinderartsen van Nederlandse ziekenhuizen een variërend aantal aandoeningen, afwijkingen en syndromen, waaronder sinds 2007 alcoholintoxicatie. Alle Nederlandse kinderartsen en academische centra ontvangen daartoe maandelijks een vragenlijst (Van der Lely et al., 2014). Er is overlap met de hierboven beschreven Landelijke Medische Registratie (LMR).

- In 2013 werden volgens dit onderzoek 713 jongeren tot 18 jaar met een alcoholvergiftiging in een ziekenhuis opgenomen. De lichte daling tussen 2011 (762 jongeren) en 2012 (706) heeft zich niet voortgezet (figuur 9.9). Het gemelde aantal is een onderschatting van het werkelijk aantal jongeren met een alcoholintoxicatie, omdat niet alle jongeren in het ziekenhuis belanden en in het ziekenhuis niet alle jongeren door een kinderarts worden gezien.

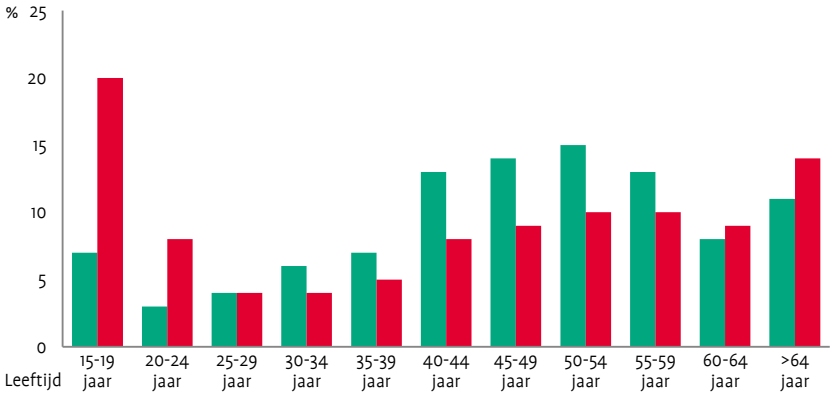
Figuur 9.7 Klinische opnames en dagopnames (hoofd- of nevendiagnose) van jongeren van 16 jaar of jonger met een aan alcohol gerelateerde problematiek, vanaf 2001



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Jongens	180	204	227	238	244	287	372	387	496	524	625	599
Meisjes	83	121	134	176	180	195	311	324	391	400	462	498
Totaal	263	325	361	414	424	482	683	711	887	924	1 087	1 097

Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. Het betreft zowel klinische opnames als dagopnames. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0*, E980.9* (*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Bron: LMR, DHD.

Figuur 9.8 Leeftijdsverdeling van de primaire alcoholpatiënten in de klinische ziekenhuiszorg. Peiljaren 2002 en 2012

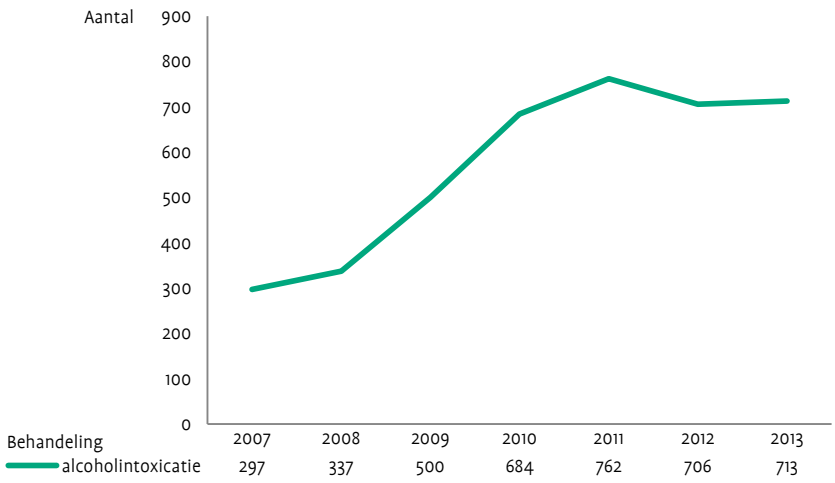


Leeftijd	15-19 jaar	20-24 jaar	25-29 jaar	30-34 jaar	35-39 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	55-59 jaar	60-64 jaar	>64 jaar
2002	7	3	4	6	7	13	14	15	13	8	11
2012	20	8	4	4	5	8	9	10	10	9	14

Percentage patiënten per leeftijdsgroep voor de klinische opnames met alcohol als hoofddiagnose. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0*, E980.9* (*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Bron: LMR, DHD.

- Opvallend is dat het niet zozeer 'probleemjongeren' zijn die een alcoholintoxicatie oplopen, maar dat het een gemiddelde afspiegeling van de Nederlandse jongeren betreft. Er zijn ongeveer evenveel jongens als meisjes en 87% is van autochtone afkomst. De gemiddelde leeftijd was 15,5 jaar.
- Het alcoholpromillage bij deze jongeren was gemiddeld 1,9 promille. Globaal geschat hebben jongeren van 12 tot 18 jaar bij een dergelijk bloedalcoholgehalte de uren daarvoor 10-15 glazen alcohol gedronken. Het alcoholpromillage hangt af van de hoeveelheid alcohol, de snelheid van drinken en het lichaamsgewicht.
- De meeste jongeren kwamen in het ziekenhuis met een alcoholcoma (verminderd bewustzijn) of dreigend alcoholcoma en bleven gemiddeld 3 uur buiten bewustzijn.

Figuur 9.9 Aantal jongeren tot 18 jaar dat door een kinderarts in een ziekenhuis is behandeld wegens een alcoholintoxicatie, 2007-2013



Bron: NSCK, RdGG, STAP, TNO, UT (Van der Lely et al., 2014).

Het Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL houdt in een steekproef van spoedeisende hulpafdelingen (SEHs) van ziekenhuizen in Nederland aantal en aard van letsels door ongevallen bij (VeiligheidNL, 2014). Voor alcohol worden gegevens verzameld over behandelingen wegens een alcoholvergiftiging en wegens letsels na een ongeval of geweld bij een patiënt die onder invloed van alcohol verkeert. De cijfers worden geëxtrapoleerd naar heel Nederland. Het aantal is een indicatie.

- In 2012 zijn naar schatting 5300 personen behandeld wegens een alcoholvergiftiging (marges: 4 300 – 6 300). Het aantal SEH-behandelingen is in tien jaar tijd meer dan verdrievoudigd. In 2003 werden naar schatting 1 500 patiënten op een SEH gezien wegens een alcoholvergiftiging.
- Een derde van de patiënten in 2012 was tussen 15 en 19 jaar en nog een derde tussen 20 en 29 jaar. Er waren onder de patiënten meer mannen (63%) dan vrouwen (37%).
- In een kwart van de gevallen was bekend dat gebruik van alcohol was gecombineerd met drugs. Combinatiegebruik was het hoogst onder 20-24-jarigen, die in 39% van de gevallen onder invloed waren van zowel alcohol als drugs. 3% van de patiënten met een alcoholintoxicatie had tevens geneesmiddelen gebruikt.
- Opname in het ziekenhuis voor verdere behandeling was geïndiceerd bij 44% van de patiënten met een alcoholvergiftiging.
- In 2012 werden naar schatting nog eens 15 000 personen op een SEH behandeld voor een letsel na een ongeval of geweld terwijl zij onder invloed van alcohol verkeerden (marges: 12 000 – 18 000). Ook hier is in 10 jaar tijd een forse stijging geweest: in 2003 werd het aantal behandelingen geschat op 8 700. De genoemde aantallen zullen een onderschatting zijn van het werkelijke aantal ongevallen omdat voor de behandeling van het letsel het alcoholgebruik van de patiënt vaak van ondergeschikt belang is. Ook letsels die zijn veroorzaakt door een derde die onder invloed van alcohol verkeerde zijn niet meegerekend. Aanvullend onderzoek van VeiligheidNL maakt aannemelijk dat het werkelijk aantal patiënten met een letsel onder invloed van alcohol op de SEH zes keer zo hoog ligt.
- Driekwart van de hulpzoekers in 2012 was man en 40% van de patiënten met een aan alcoholgerelateerd letsel was jonger dan 30 jaar. Er heeft zich sinds 2003 een opvallende verdubbeling voorgedaan van het aantal ongevallen onder invloed van alcohol onder ouderen tussen 50 en 74 jaar, tot zo'n 4 500 gevallen in 2012.
- In ruim de helft van alle alcoholgerelateerde ongevallen was er sprake van een persoonlijk ongeval, zoals een val van de trap. Bij een derde betrof het een verkeersongeval (meestal een val van de fiets). Bij 12% van de patiënten was er sprake van geweldpleging (slag, klap of stomp).

Rijden onder invloed

Het risico op verkeersongevallen neemt toe vanaf een alcoholconcentratie in het bloed (BAC) van 0,4‰ (WHO, 2011). Het risico neemt exponentieel toe bij hogere BACs (Blomberg et al., 2005): bij een BAC van 0,5‰ is het risico 1,4 keer zo groot, bij een BAC van 1,0‰ al bijna 4 keer zo groot en bij een BAC van 1,5‰ meer dan 20 keer hoger dan het risico van een nuchtere chauffeur. In Nederland ligt de grens bij een promillage van 0,5, zoals in de meeste landen, behalve voor beginnende bestuurders (minder dan 5 jaar in bezit van een rijbewijs; 0,2‰). Bij het overtreden van het toegestane alcoholpromillage kan het CBR educatieve maatregelen opleggen (zoals de LEMA en EMA cursussen over alcohol, verkeer en verantwoord rijgedrag; een 'alcoholslotprogramma' dat gedurende twee jaar voorkomt dat bestuurders met teveel alcohol op gaan rijden; of een 'onderzoek alcohol', waarin de geschiktheid van de rijbewijshouder wordt beoordeeld). Ook kan het Openbaar Ministerie een boete en/ of straf opleggen. Deze paragraaf gaat over (1) het aantal automobilisten dat rijdt onder invloed van alcohol en (2) het aandeel van alcohol in ernstige verkeersongevallen.

Alcoholgebruik in het Nederlandse verkeer wordt sinds 1970 gemonitord met het onderzoek *Rij- en drinkgewoonten* (Ministerie van Infrastructuur en Milieu, 2012). Dit onderzoek wordt jaarlijks in 25 politieregio's gehouden onder minimaal 20 000 automobilisten in de weekendnachten (tussen 22.00 en 04.00 uur), De meest recente cijfers betreffen 2011.

- De belangrijkste bevinding uit voorgaande jaren is dat het percentage automobilisten dat onder invloed van alcohol rijdt de afgelopen jaren is gedaald, van 4,1% met een te hoog promillage in 2001 tot 2,4% van de gedurende weekendnachten gecontroleerde automobilisten in 2010 en 2011. Het aantal nuchtere automobilisten (minder dan 0,2‰ alcohol) bleef stabiel rond 94%. Het aantal zware overtreders (1,3‰ alcohol of meer) in 2011 was 0,3%.
- Meer mannen (2,8%) dan vrouwen (1,6%) rijden terwijl zij onder invloed zijn en het hoogste percentage overtreders is in de leeftijd 35-49 jaar.
- Van de groep beginnende bestuurders overtrad 4,2% % de 0,2‰ limiet in 2011, vergelijkbaar met 2010.

Het aandeel van alcohol in de ernstige verkeersongevallen is door de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) geschat voor de periode 1999-2010 (met uitzondering van 2009) (Houwing et al., 2011). Het SWOV baseert zich op op de politieregistratie van verkeersongevallen en de ziekenhuisregistratie. Voor 2012 en 2013 ontbreken betrouwbare gegevens vanwege een incomplete registratie en de overgang naar een ander coderingssysteem. Naar verwachting zal voor 2014 weer een nauwkeurige schatting beschikbaar komen (Bos et al., 2013).

- Volgens deze schatting is tussen 1999 en 2010 het geschatte aandeel ernstig gewonde autobestuurders dat onder invloed van alcohol verkeerde gedaald van 31,2 naar 20,3%.
- Van de ernstig gewonde bestuurders met een promillage boven de 0,5 heeft het grootste deel (zeer) fors gedronken (tabel 9.7).
- De tabel bevestigt dat alcoholgebruik geassocieerd is met (ernstige) verkeersongevallen.
- De SWOV heeft ook een schatting gedaan van het aandeel alcoholdoden onder alle *verkeersdoden* (dus niet alleen autobestuurders). Aangenomen dat alcoholgebruik onder overige actieve verkeersdeelnemers even groot is als van autobestuurders en dat het aandeel verkeersdoden als gevolg van alcohol even groot is als het aandeel ernstig gewonde bestuurders, wordt geschat dat ongeveer 20 % van de verkeersdoden onder invloed verkeerde van alcohol. Daarbij is 17% gerelateerd aan enkelvoudig alcoholgebruik en 3% is veroorzaakt door combinatiegebruik van alcohol en drugs (Houwing et al., 2011).

Ook voor het varen op een schip geldt een toegestaan maximum bloedalcoholgehalte van 0,5 promille, zowel voor pleziervaartschippers als voor de beroepsvaart.

Tabel 9.7 Alcohol promillage bij bestuurders en ernstig gewonde bestuurders volgens rekenmodel SWOV, peiljaar 2010

	Bestuurders	Ernstig gewonde bestuurders
< 0,2 promille	94,1%	78,0%
0,2-0,49 promille	3,5%	1,7%
0,5-0,79 promille	1,3%	1,8%
0,8-1,29 promille	0,8%	4,4%
>1,3 promille	0,4%	14,1%
0,5 promille of meer	2,4%	20,3%

Bron: SWOV (Houwing et al., 2011).

9.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Matig alcoholgebruik

Matig alcoholgebruik is in de westerse samenleving geaccepteerd. De Gezondheidsraad adviseert in de 'Richtlijnen gezonde voeding' (2006) niet meer dan twee standaard glazen alcohol per dag voor mannen en niet meer dan één standaardglas alcohol per dag voor vrouwen, op hooguit vijf dagen per week en de andere twee dagen geen alcohol. Dat geldt echter alleen in veilige situaties en voor gezonde volwassenen tot 55 jaar. Het advies aan ouderen is maximaal één standaardglas te drinken. Jongeren beneden de achttien jaar en vrouwen die zwanger kunnen worden of borstvoeding geven, wordt ontraden alcohol te gebruiken. Ook ziekte, gebruik van bepaalde medicijnen, slaapgebrek en situaties die alerte reacties vragen kunnen beter niet met alcohol worden gecombineerd.

- Lange tijd leek het er op dat matig alcoholgebruik voor de meeste mensen niet schadelijk zou zijn. Licht alcoholgebruik kan zelfs enige bescherming bieden tegen hart- en vaatziekten en suikerziekte, maar uitsluitend als er geen episodes zijn van zwaar alcoholgebruik (Rehm et al., 2010). Alcoholconsumptie zou ook het risico op nierkanker verminderen (Lew et al., 2011).
- Onderzoek heeft echter aannemelijk gemaakt dat ook matig alcoholgebruik niet veilig is (Lauer en Sorlie, 2009). Matig alcoholgebruik kan de kans verhogen op diverse vormen van kanker. Waarschijnlijk weegt het voordeel van een verlaagd risico op hart- en vaatziekten niet op tegen dit nadeel van een verhoogd risico op kanker. Er is geen veilige ondergrens in alcoholconsumptie waarbij een verhoogd risico op kanker kan worden uitgesloten (SAR, 2010).
- In een Nederlandse risicoschatting naar 17 illegale drugs, alcohol en tabak werd de schade door alcoholgebruik op populatie niveau gezet op de tweede plaats, onder crack cocaïne (Van Amsterdam et al., 2010). De schatting werd gedaan door een panel van 19 experts die acute en chronische lichamelijke schade (toxiciteit), afhankelijkheid en sociale schade meewogen in hun beoordeling.
- Dit resultaat strookt met een studie in het Verenigd Koninkrijk naar de schade door middelengebruik. Daarin werd beoordeeld dat voor de samenleving alcohol het meest schadelijke middel is (Nutt et al., 2010).

Overmatig alcoholgebruik

Overmatig alcoholgebruik heeft effecten op de gezondheid en sociale en economische consequenties. De lichamelijk schade van alcohol kan via drie mechanismen ontstaan: via (acute) intoxicatie, via (chronisch) toxische effecten op organen en weefsels en via het ontstaan van afhankelijkheid. Alcohol heeft niet alleen een effect op het ontstaan van schade en ziekten, maar heeft ook invloed op het verloop en de uitkomsten van het (ziekte)proces.

- De mate waarin alcoholgebruik schade kan berokkenen hangt samen met de hoeveelheid die wordt geconsumeerd en het drinkpatroon. In niet-westerse landen kan ook de kwaliteit van de alcohol een rol spelen (WHO, 2014).
- Risicofactoren op individueel niveau zijn onder andere leeftijd (jongeren en ouderen zijn extra gevoelig voor de schadelijke effecten van alcohol) en geslacht (vrouwen hebben een hogere bloedalcoholspiegel na het drinken van een zelfde hoeveelheid als mannen vanwege een lager lichaamsgewicht, een beperktere capaciteit van de lever om alcohol af te breken en een hoger percentage lichaamsvet).
- Ook spelen genetische (verschillende genen beïnvloeden de startleeftijd, de afbraak en de belonende effecten van alcoholgebruik) en familiaire (zwaar drinkende ouders hebben een grotere kans dat hun kinderen ook een risicovol drinkpatroon ontwikkelen) kwetsbaarheidsfactoren een rol.
- Tenslotte is de lichamelijke gezondheid medebepalend voor de mate waarin alcohol schade aanricht.

De schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn talrijk.

- Wereldwijd staat alcohol in de top 5 van risicofactoren voor ziekte, invaliditeit en sterfte. Voor de meeste aandoeningen geldt dat het risico toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt (Shield et al., 2013). Alcoholgebruik is een oorzakelijke factor in meer dan tweehonderd ziekten en soorten letsels (WHO, 2014). De bijdrage van alcohol in deze aandoeningen varieert van 100% (bijvoorbeeld bij alcoholafhankelijkheid en foetaal alcoholsyndroom) tot minder dan 10% (zoals bij borstkanker en lage luchtweginfecties). Alcoholgebruik leidt tot 3,3 miljoen doden wereldwijd per jaar, dat is 5,9% van alle sterfte. Ook 5,1% van de wereldwijde ziektelast is toe te wijzen aan alcoholgebruik, waarbij Europa op kop loopt (WHO, 2014).
- Daarnaast heeft alcoholgebruik grote sociale en economische consequenties, waaronder geweld, kinderverwaarlozing en werkverzuim (WHO, 2014). Ondanks grote gezondheids-, sociale en economische consequenties heeft alcoholgebruik een relatief lage prioriteit in volksgezondheidbeleid.
- Ook uit Nederlandse cijfers blijkt dat alcoholgebruik een belangrijke bijdrage levert aan ziekte (Hoeymans et al., 2010). Alcoholgebruik draagt voor 4,5% bij aan de totale ziektelast, en staat daarmee op de vierde plaats, na leefstijlfactoren als roken (met een bijdrage van 13% aan de ziektelast), overgewicht (9,7%) en verhoogde bloeddruk (7,8%). De bijdrage van ongevallen aan de ziektelast is overigens niet meegenomen in deze berekening.

Overmatig alcoholgebruik verhoogt het risico op verschillende vormen van *kanker* (Schield et al., 2013).

- Bij sommige vormen van kanker is het risico al verhoogd bij het drinken van twee glazen alcohol per dag, maar hoe hoger de consumptie, des te groter de kans op kanker.
- In een grote Europese studie onder meer dan 350 000 personen werd gevonden dat onder mannen 10% van alle gevallen van kanker kan worden toegeschreven aan ooit of huidig alcoholgebruik, en onder vrouwen 3% van alle kankers (Schütze et al., 2011).
- Alcoholgebruik was vooral geassocieerd met kanker in het hoofdhalsgebied, leverkanker en dikkedarm kanker. Bij vrouwen is 5% van de gevallen van borstkanker geassocieerd met alcoholgebruik (Schütze et al., 2011).
- Het risico op kanker was voornamelijk verhoogd in personen die meer dronken dan de aanbevolen limiet (Schütze et al., 2011; Tramacere et al., 2012). Ook kleine hoeveelheden alcohol kunnen echter al een toename geven van het risico op sommige vormen van kanker (Chen et al., 2011; Fedirko et al., 2011).

- In het oorzakelijk mechanisme lijkt een afbraakproduct van alcohol, acetaldehyde, een rol te spelen (Parry et al., 2011).

Overmatig alcoholgebruik verhoogt eveneens het risico op *hart- en vaatziekten en beschadiging van hersenen en zenuwen* (Rehm et al., 2010; Costanzo, 2011).

- Hoewel ook recente overzichtsstudies bevestigen dat matige alcoholconsumptie (1-2 glazen per dag) kan beschermen tegen hart- en vaatziekten (Brien et al., 2011; Ronksley et al., 2011; Costanzo et al., 2011; Parry et al., 2011), gaat een hogere alcoholconsumptie gepaard met een stijging van het risico op hart- en vaatziekten (Costanzo et al., 2011). Deze J-vormige relatie is wel aangetoond voor wijn- en bierconsumtie, maar niet voor sterke drank (Costanzo et al., 2011). Het beschermend effect van matig alcoholgebruik verdwijnt echter als dit wordt afgewisseld met momenten van zwaar drinken (Parry et al., 2011). Ook bij voormalige drinkers blijft het risico op hartinfacten nog lange tijd verhoogd (Roerecke en Rehm, 2011).
- Hoewel een matige consumptie van alcohol de cognitieve functies (leren, geheugen, aandacht) kan beschermen, neemt bij het drinken van meer dan één (vrouwen) of twee (mannen) glazen alcohol het risico op dementie toe, evenals de kans op beroerten of herseninfarcten (Neafsey en Collins, 2011; Patra et al., 2010).
- Er is een relatie tussen alcoholgebruik enerzijds en psychiatrische aandoeningen zoals depressie anderzijds (Boden en Ferguson, 2011). Ook hier bestaat een duidelijke dosis-respons relatie.
- Het in korte tijd innemen van een grote hoeveelheid alcohol of een langdurige en excessieve alcoholconsumptie (meer dan acht eenheden per dag) kan zenuwbanen en zenuwtakken aantasten (polyneuropathie) en de hersenen schaden.

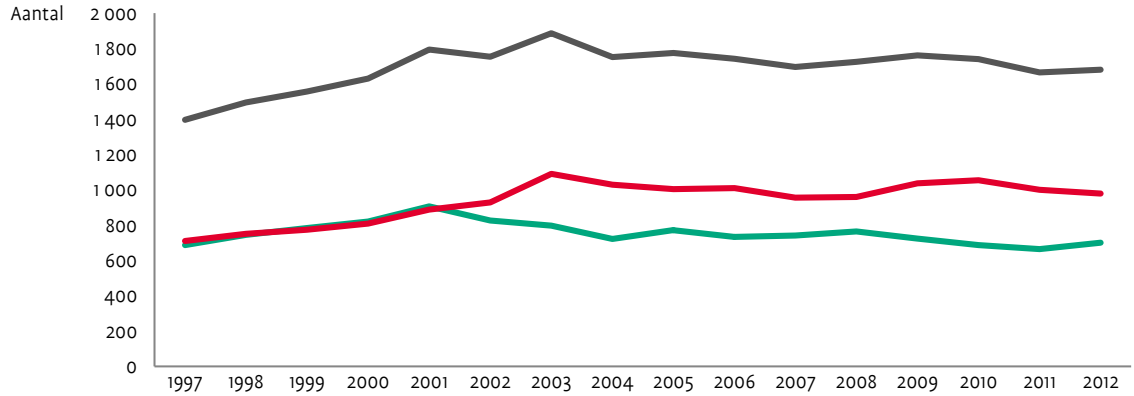
Alcoholgebruik is ook oorzakelijk geassocieerd met tal van andere ziekten (Shield et al., 2013):

- Alcohol consumptie tast het immuunsysteem aan en speelt een oorzakelijke rol in het ontstaan van infectieziekten zoals tuberculose en lage luchtweginfecties (longontsteking). Ook bestaat er een hoger risico op hiv-infecties bij alcoholgebruik (Baliunas et al., 2009). De behandeling van deze infecties is minder succesvol wanneer de patiënt alcohol gebruikt (WHO, 2014).
- Gebruik van alcohol draagt bij aan het ontstaan van levercirrose, ontsteking van de alvleesklier en van de lever (Rehm et al., 2010a).
- Er bestaat een dubbele relatie tussen alcoholgebruik en suikerziekte: lichte tot matige consumptie is beschermend, terwijl zwaar drinken de kans op suikerziekte vergroot (Baliunas et al., 2009).
- Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap verhoogt het risico's op miskramen, foetale sterfte en vroeggeboorte, heeft een negatieve invloed op de psychomotorische ontwikkeling van het kind na de geboorte, en geeft een verhoogd risico bij het kind op aangeboren afwijkingen en de specifieke gelaatskenmerken van het foetaal alcoholsyndroom (Rehm et al., 2010). De Gezondheidsraad heeft in 2005 geconcludeerd dat er geen veilige ondergrens voor alcoholgebruik is vast te stellen, niet voor de conceptie, noch tijdens de zwangerschap of gedurende borstvoeding (Gezondheidsraad, 2005).

Adolescenten zijn vatbaarder voor de schadelijke effecten van alcoholgebruik dan volwassenen. Hieraan liggen biologische, psychologische en sociale veranderingen in de ontwikkeling ten grondslag. Zwaar en langdurig alcoholgebruik door adolescenten is in verband gebracht met schadelijke effecten op de hersenen (Verdurmen et al., 2006; Boelema et al., 2009; Guerri en Pascual, 2010). Het ontwikkelend brein is extra kwetsbaar voor de effecten van alcohol, waarbij van belang is dat de ontwikkeling van de hersenen doorgaat tot ongeveer het 24e levensjaar, en waarschijnlijk zelfs tot het 30e. Chronisch alcoholgebruik kan niet alleen de structuur van de hersenen veranderen, maar heeft ook functionele consequenties.

- Onderzoek laat vooral negatieve effecten zien op leren en geheugen. Adolescenten met alcoholproblemen scoren lager dan andere jongeren op onder andere taalvaardigheid, intelligentie, aandacht, onderscheidingsvermogen, ruimtelijk inzicht en andere cognitieve domeinen.

Figuur 9.10 Sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen, vanaf 1997



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Primair	686	744	783	820	906	826	796	722	771	733	740	765	724	686	664	701
Secundair	710	750	774	809	888	928	1 090	1 029	1 003	1 009	956	959	1 037	1 053	1 000	978
Totaal	1 396	1 494	1 557	1 629	1 794	1 754	1 886	1 751	1 774	1 742	1 696	1 724	1 761	1 739	1 664	1 679

Aantal sterftes: ICD-10 codes F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45*, X65*, Y15*, T51.0-1 (* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 is vermeld). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Primaire doodsoorzaak: de ziekte of de gebeurtenis waarmee het proces van gebeurtenissen die tot de dood hebben geleid, in gang is gezet. Men spreekt hierbij wel van de onderliggende ziekte of het grondlijden. Secundaire doodsoorzaak: gevolgen of complicaties van de primaire doodsoorzaak, evenals andere ziekten die tijdens het overlijden aanwezig waren en soms tot de dood hebben bijgedragen. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

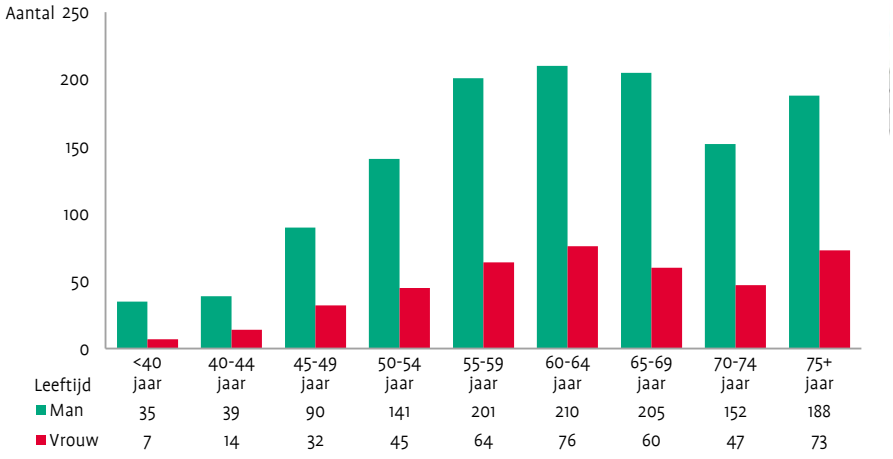
- Bij jongeren met aanwijzingen voor alcoholmisbruik of afhankelijkheid zijn afwijkingen gevonden in de structuur en het volume van hersendelen, vergeleken met jongeren zonder alcoholproblematiek.
- Op basis van het huidige onderzoek kan niet met zekerheid worden vastgesteld of alcoholgebruik de (enige) oorzaak is. Resultaten van dierexperimenteel onderzoek wijzen echter wel op een oorzakelijk verband.
- Ook is er waarschijnlijk een oorzakelijk verband tussen alcoholgebruik en agressief en gewelddadig gedrag onder jongeren. Jongeren die alcohol gebruiken zijn zowel vaker dader als slachtoffer van geweld.
- Meisjes zijn mogelijk gevoeliger voor de negatieve effecten op de hersenen dan jongens. Ook blijken vrouwen na binge drinken meer betrokken te zijn bij vechtpartijen dan mannen.
- Ook rapporteren jongens en meisjes van 12-15 jaar die binge drinken vaker een slechte geestelijke gezondheid, met onder andere meer gevoelens van angst en depressie (Theunissen et al., 2011).

Sterfte

De totale alcoholsterfte vertoonde een stijgende lijn van 1997 tot en met 2003 (figuur 9.10). In 2004 was een geringe daling waarneembaar en sindsdien schommelt dit aantal rond een gemiddelde van 1 690 alcoholdoden per jaar.

- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2012 in totaal 1 679 mensen door oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd, ongeveer evenveel mensen als in 2011 (1 664).
- In 2012 stond alcohol in 42% van alle alcoholgerelateerde sterfgevallen als primaire doodsoorzaak genoemd; in 58% van de gevallen was alcoholgebruik de secundaire doodsoorzaak.
- Afhankelijkheid van alcohol en andere psychische stoornissen door het gebruik van alcohol vormden in 2012 de belangrijkste doodsoorzaak (64%) binnen de alcoholgerelateerde sterfte, gevolgd door alcoholische leverziekten (32%).
- Alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 60 tot en met 64 jaar (figuur 9.11). De meeste overledenen waren man (75%).
- De bijdrage van alcoholgebruik aan de sterfte wordt niet altijd herkend. Bovenstaande cijfers weerspiegelen daarom niet de hele werkelijkheid.

Figuur 9.11 Sterfte door alcohol (primair en secundair) onder mannen en vrouwen per leeftijdsgroep. Peiljaar 2012



Aantal sterfgevallen. ICD-10 codes: F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45*, X65*, Y15*, T51.0-1 (* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

9.8 Aanbod en markt

Onderzoek van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) toont aan dat schade door alcohol kan worden teruggedrongen door de prijs van alcoholische dranken te verhogen en de verkrijgbaarheid te verminderen (WHO, 2014).

- Alcohol is in Nederland wijd verkrijgbaar in levensmiddelenzaken, slijterijen en de horeca.
- Op 1 januari 2014 is de leeftijdsgrens voor de verstrekking van alle alcoholhoudende drank verhoogd naar 18 jaar. De verkoper is bij twijfel over de leeftijd verplicht de leeftijd van de aspirant-koper vast te stellen door het controleren van een identiteitsbewijs.
- Tot 2014 mochten volgens de Drank- en Horecawet aan jongeren van zestien jaar en ouder zwak-alcoholhoudende dranken worden verkocht. Voor sterke drank gold in Nederland al een grens van achttien jaar.
- Met de ophoging van de leeftijdsgrens loopt Nederland weer in de pas met de rest van de wereld. Van de 166 landen die in 2012 aan de WHO rapporteerden over hun beleid ten aanzien van de beschikbaarheid van alcohol hanteerden 115 een grens van 18 jaar. Slechts 15 landen hebben de grens nog op 16 jaar liggen. In 7 landen wordt een minimumleeftijd van 20 jaar aangehouden en in 14 landen ligt de leeftijdsgrens zelfs op 21 jaar (WHO, 2014).

Onderzoek naar de effecten van de recente leeftijdsverhoging voor de verstrekking van alcohol zijn nog niet voorhanden. Uit landelijk onderzoek naar de naleving van leeftijdgrenzen bij alcoholverstrekking voor jongeren onder de 16 jaar blijkt al jaren dat alcohol in Nederland in ruime mate beschikbaar is. Sinds 1999 wordt met “mysteryshop”-onderzoek elke twee jaar bijgehouden in hoeverre de leeftijdsgrenzen uit de Drank- en Horecawet worden nageleefd (Van Hoof en Krokké, 2011; Bieleman et al., 2012). Tijdens de meest recente meting in oktober en november 2013 gold voor de aankoop van zwakalcoholhoudende dranken nog een minimum leeftijd van 16 jaar en voor sterkalcoholische dranken 18 jaar (Roodbeen et al., 2014).

Tabel 9.8 Naleving leeftijdsgrenzen alcohol per verkoopkanaal. Peiljaren 2011 en 2013

Verkooppunt	2011	2013
Cafetaria	15	15
Horeca	11	36*
Slijterij (zwakalcoholhoudend)	40	63*
Slijterij (sterke drank)	62	73*
Sportkantine	4	15*
Supermarkt	30	55*
Thuisbezorgd	0	0
Totaal	**28**	**47***

Naleving in percentages. * = Statistisch significant betere naleving ten opzichte van 2011. Bron: Bureau Nuchter.

- De leeftijdsgrenzen uit de Drank- en Horecawet werden in 2013 significant beter nageleefd (47% van de aankooppogingen) dan in 2011 (correcte naleving in 28%) (Roodbeen et al., 2014).
- De correcte naleving was het hoogst in slijterijen en supermarkten (zie tabel 9.8) en het laagst in sportkantines en cafetaria. Bij de thuisbezorgkanalen werden de leeftijdsgrenzen in geen enkel geval gerespecteerd.
- De verbeterde naleving van de leeftijdsgrens komt vooral op conto van de toegenomen naleving bij de verkoop van zwakalcoholhoudende dranken in de supermarkten, horeca en slijterijen.
- Bijgedragen heeft de significante stijging in de mate waarin alcoholverstrekkers het identiteitsbewijs van de jongeren hebben gecontroleerd en/of hebben gevraagd naar de leeftijd. In 2013 werd in 59% van de aankooppogingen de leeftijd op enigerlei wijze nagegaan, in 2011 was dat maar in 46% van de aankooppogingen.
- Het *nagaan* van de leeftijd is overigens geen garantie op *navolgen* van de leeftijdsgrens. In 2013 werd na het controleren van de leeftijd in 20% van de gevallen toch alcohol verkocht. In 2011 werd na het vaststellen van de te lage leeftijd in 39% van de gevallen alsnog alcohol verkocht.
- Hoewel Nederland in 2011 hoorde bij de drie landen met de slechtste naleving van de leeftijdsgrenzen bij de verkoop van alcohol aan jongeren (Mulder en De Greef, 2013), laten de cijfers uit 2013 zien dat er een inhaalslag gaande is.

Toezicht en handhaving kunnen gunstige effecten hebben.

- In een gemeente die boetes oplegt bij het overtreden van de leeftijdsgrenzen, komt dronkenschap minder vaak voor onder adolescenten van 13 tot 15 jaar (Schelleman-Offermans, 2012).
- In een gemeente waar boetes worden opgelegd, waar mediacampagnes worden gevoerd en waar ouders en scholen zich verenigen rondom het handhaven van de leeftijdsgrenzen, controleren verkopers vaker de leeftijd van jongeren die alcohol willen kopen. Ook wordt in een dergelijke gemeente minder alcoholgerelateerde overlast ervaren (Schelleman-Offermans, 2012).

Accijns

Voor bier, wijn en gedistilleerd verschillen de accijnstarieven waarbij uiteenlopende maten voor de bepaling van de hoogte van de accijns worden gebruikt. Bieraccijns wordt in Nederland bepaald aan de hand van het extractgehalte (uitgedrukt in graden Plato); voor wijn wordt het alcoholpercentage genomen en gelden aparte tarieven voor mousserende (bruisende wijn zoals champagne) en “stille” wijn; voor gedistilleerd geldt een vast tarief per hectoliter zuivere alcohol.

Tabel 9.9 Accijnstarieven op bier, wijn en gedistilleerd in een aantal lidstaten van de Europese Unie. Peildatum 2012 (bier) en januari 2014 (wijn en gedistilleerd)

Lidstaat	Bier (2012)[I]	Wijn (2014)[II]	Gedistilleerd (2014)[III]
Zweden	94	273	2 092
Finland	144	339	1 594
Ierland	75	425	1 490
Verenigd Koninkrijk	117	334	1 237
Griekenland	31	0	858
België	21	57	742
Denemarken	41	148	704
Frankrijk	13	4	602
Nederland	33	88	590
Duitsland	9	0	456
Portugal	18	0	438
Luxemburg	10	0	364
Oostenrijk	24	0	355
Italië	28	0	322
Spanje	10	0	320

Bedragen in euro per hectoliter productie. I. Voor bier wordt de accijns op verschillende wijzen berekend, in graden Plato en in percentage alcohol. De hier genoemde accijnzen zijn alle gerekend naar 12° Plato of 4,8% alcohol. II. niet-mousserende wijn, <15% vol. III. accijns voor gedistilleerd wordt berekend per volume% alcohol; hier zijn de accijnzen voor 35 volume% alcohol opgegeven. Bron: EC (2014); The Brewers of Europe (2012).

- In 2014 bedraagt in Nederland de accijns voor een liter gedistilleerd (35% alcohol) 5,90 euro, voor een liter "stille" wijn 88 eurocent en voor een liter bier 38 eurocent (11- <15° Plato).
- De accijnzen voor alcoholhoudende dranken zijn per 1 januari 2014 verhoogd: voor alle alcoholhoudende drank is één tariefsverhoging van 5,75% doorgevoerd.
- Voor een glas bier van 25 cl betekent dit in 2014 9,5 eurocent accijns, voor een glas wijn van 10 cl 8,8 eurocent en voor een glas gedistilleerd van 3,5 cl 20,6 eurocent.
- In 2013 bedroeg de accijnsopbrengst voor bier in Nederland 413 miljoen euro, de opbrengst van wijnaccijns en tussenproducten was 321 miljoen euro en de accijsopbrengst van gedistilleerd bedroeg 306 miljoen euro (bron: CBS). De opbrengsten stijgen al jaren. In 2000 was de totale opbrengst aan alcoholaccijnzen 799 miljoen euro, in 2013 was deze 1 040 miljoen euro.
- Lidstaten van de EU voeren een verschillend accijnsbeleid (tabel 9.9). De tarieven lopen sterk uiteen. Verschillende wijnproducerende landen heffen in het geheel geen accijns op wijn. De Nederlandse accijnstarieven voor wijn en gedistilleerd behoren tot de middenmoot; voor bier is het lastig om de landen binnen Europa te vergelijken vanwege verschillende methoden om de heffing te bepalen. In tabel 9.9 zijn alle verschillende methoden omgerekend naar een vergelijkbare maat (12° Plato of 4,8% alcohol). De meest recente en vergelijkbare cijfers stammen uit 2012, en zijn daarom over het algemeen iets lager dan de tarieven voor 2014. De Nederlandse accijns op bier ligt in deze vergelijking tussen 15 EU landen in de middenmoot.

10. Tabak

10.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 220
10.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 221
10.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 226
10.4	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 230
10.5	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 232
10.6	Ziekte en sterfte	▶ pagina 234
10.7	Aanbod en markt	▶ pagina 237

10. Tabak

Tabak wordt gemaakt uit de gedroogde bladeren van de tabaksplant (Nicotiana tabacum). Tabak wordt doorgaans gerookt in een sigaret, sigaar of pijp en zelden gesnoven of gepruimd.
Consumenten ervaren tabak als stimulerend (verbetering concentratievermogen) en rustgevend. Nicotine, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van tabak, is een verslavende stof. Bij het inhaleren van tabaksrook komen ook veel andere stoffen vrij, zoals teer en koolmonoxide en tal van (verbrandings) producten die schadelijk zijn voor de gezondheid. Additieven in tabaksproducten vergroten de aantrekkelijkheid en sommige maken het product ook verslavender. Van veel additieven is de schadelijkheid wel bekend bij orale inname, maar niet bij verbranding.[1]

De afgelopen jaren heeft de elektronische sigaret aan terrein gewonnen, een elektronisch apparaat dat nicotine kan afleveren zonder de schadelijke verbranding van tabak (Buisman en Croes, 2014).

Gebruik van tabak leidt vrij snel tot gewenning en lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. Er zijn grote risico's op korte en met name de lange termijn, zowel voor de roker als de meeroker. In 2012 waren 19 000 sterfgevallen in Nederland te wijten aan actief roken. Passief (mee)roken was daar nog niet bijgerekend. Stoppen met roken wordt jaarlijks door meer dan een kwart van de rokers geprobeerd, maar het succespercentage is jaarlijks niet hoger dan 4-10%.

Voor de verkoop van tabak geldt sinds 1 januari 2014 een leeftijdsondergrens van 18 jaar (§ 2.2). Aan de verkoop en het gebruik van tabaksproducten zijn ook verschillende andere wettelijke verplichtingen en beperkingen verbonden, die onder andere betrekking hebben op de producteisen, waarschuwingsteksten op de verpakking, rookverboden en reclame en sponsoring.

10.1 Laatste feiten en trends

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

- Het percentage (dagelijkse) rokers in de algemene bevolking bleef in 2013 stabiel ten opzichte van 2012 (§ 10.2).
- Ten opzichte van 2012 daalde in 2013[1] de omzet van sigaretten met een kwart en werd er een vijfde minder shag verkocht (§ 10.2).
- Onder hoog opgeleiden is het percentage rokers lager dan onder laag opgeleiden en ook is de afname in het aantal hoog opgeleide rokers wat groter dan onder laag en middelbaar opgeleiden (§ 10.2).
- De daling in het percentage jongeren van 12-16 jaar dat ooit heeft gerookt zette zich tussen 2011 en 2013 voort (§ 10.3).
- Scholieren van het VMBO roken het meest, en scholieren van het VWO het minst (§ 10.3)

1 http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Brochures/Leefstijl_Voeding/Additives_in_tobacco_products.

- Met het roken onder scholieren scoort Nederland binnen de EU boven het gemiddelde (§ 10.4).
- In Nederland is 13,1% van de totale ziektelast aan roken toe te schrijven (§ 10.6).
- Het aantal mensen dat overlijdt aan een aan roken gerelateerde aandoening neemt volgens nieuwe berekeningsmethoden licht toe (§ 10.6).
- Rookverboden worden in 2013 in de meeste horecagelegenheden nageleefd, behalve in cafés en discotheken (§ 10.7).

10.2 Gebruik: algemene bevolking

In de jaren zestig en zeventig van de 20ste eeuw was roken gebruikelijk, vooral onder mannen. Vanaf eind jaren zestig tot begin jaren negentig nam het percentage rokers flink af. De daling is daarna afgezwakt. Diverse peilingen meten het percentage rokers in de bevolking. De belangrijkste zijn het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), waarbij het rookgedrag van personen van 15 jaar en ouder jaarlijks (tot en met 2014) in kaart wordt gebracht en de Gezondheidsenquête van het CBS, met een jaarlijkse gegevensverzameling in de bevolking vanaf 12 jaar. Door verschillen in onderzoeksmethoden en onderzochte leeftijdsgroepen kunnen de uitkomsten van deze peilingen verschillen. Daarnaast is in 2012 de Gezondheidsmonitor gestart van de GGD-en, samen met het CBS en RIVM. Dit is een vierjaarlijkse gegevensverzameling in de bevolking vanaf 19 jaar. Vanwege de integratie van landelijke leefstijlmonitoren wordt het COR in 2014 voor het laatst uitgevoerd.

Peilingen van het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), uitgevoerd door TNS NIPO in opdracht van STIVORO (2011; 2012) en het Trimbos-instituut (2014), wijzen tot en met 2011 op een afvlakkende daling van het percentage rokers in het afgelopen decennium (tabel 10.1). In 2012 was een lichte stijging te zien en in 2013 weer een daling, bijna tot het niveau van 2011 (STIVORO, 2013; Verdurmen et al., 2014).

- Tussen 2004 en 2010 schommelde het percentage mensen dat wel eens rookt in de bevolking van vijftien jaar en ouder tussen de 27% en 28%. In 2011 is er een daling tot onder de 25%, in 2012 was er weer een stijging om in 2013 op 25% uit te komen. Deze verschillen zijn statistisch niet significant. Er is sprake van een stabilisering van de prevalentie van roken onder de algemene bevolking.
- Ten opzichte van 2012 is het percentage rokende mannen meer gedaald dan het percentage vrouwen dat rookt. Het percentage rokende mannen en vrouwen is nu vrijwel gelijk.
- Het percentage dagelijkse rokers nam in het afgelopen decennium geleidelijk af. In 2013 was minder dan een of de vijf Nederlanders (18,9%) een dagelijks roker. In 1999 was dat nog bijna een op de drie.
- In 2013 was 35% van de mensen van vijftien jaar en ouder een ex-roker en 40% had nooit gerookt.
- Omgerekend naar de bevolking van vijftien jaar en ouder waren er in 2013 in totaal 3,7 miljoen mensen die rookten.
- Van de Nederlandse bevolking van vijftien jaar en ouder rookte 17% in 2013 wel eens sigaretten, 11% shag, 7% zelfgemaakte sigaretten (met filterhulzen), 4% sigaren of cigarillos, 3% een elektronische sigaret en minder dan 1% rookte pijp of gebruikte pruimtabak.
- In 2013 rookte een gemiddelde roker 13,1 sigaretten of shagjes per dag; rokende mannen rookten gemiddeld 13,3 sigaretten of shagjes per dag en rokende vrouwen 13,0. Laag opgeleiden roken dagelijks meer sigaretten/shagjes (14,4) dan hoog opgeleiden (11,1).
- In de leeftijdsgroep van 25-34 jaar is het percentage rokers het hoogst (figuur 10.1). Ouderen vanaf 65 jaar zullen vaker vanwege ziekte gedwongen zijn te stoppen met roken (Trimbos-instiuut, 2014).

Tabel 10.1 Rokers in Nederland onder mannen en vrouwen van 15 jaar en ouder naar 'rookt wel eens' en 'rookt dagelijks', vanaf 1970

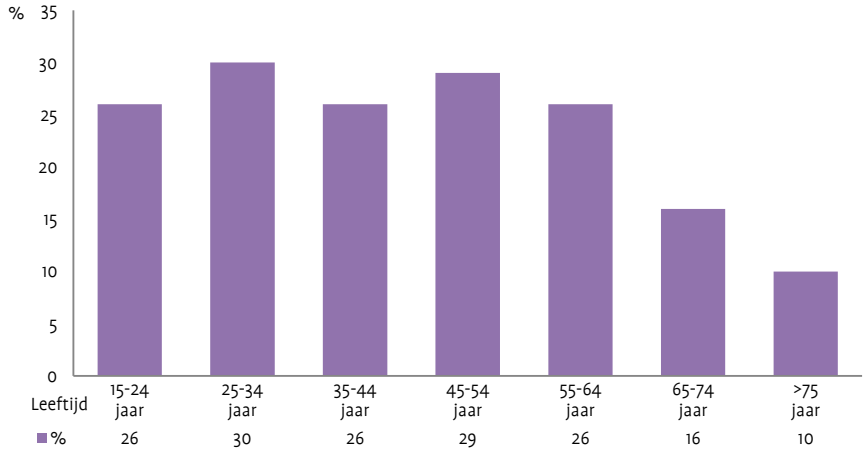
Jaar	Rookt wel eens			Rookt dagelijks		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
1970	75%	42%	59%			
1975	66%	40%	53%			
1980	52%	34%	43%			
1985	43%	34%	39%			
1990	39%	31%	35%			
1995	39%	31%	35%			
1996	39%	32%	35%			
1997[I]	36,7%[I]	30,3%[I]	33,4%[I]			
1998	37,4%	30,1%	33,7%			
1999	37,2%	30,6%	33,9%			
2000	36,8%	29,3%	32,9%	34.4%	27,0%	30,6%
2001[II]	33,2%[II]	27,2%[II]	30,2%[II]	27,6%	22,9%	25,2%
2002	34,0%	27,6%	30,7%	28,3%	23,1%	25,6%
2003	32,8%	27,2%	29,9%	26,8%	23,3%	25,0%
2004	30,8%	25,2%	27,9%	25,5%	21,4%	23,4%
2005	31,1%	24,5%	27,7%	25,7%	20,8%	23,2%
2006	31,4%	25,0%	28,2%	25,6%	20,9%	23,2%
2007	30,5%	24,5%	27,5%	25,3%	20,6%	22,9%
2008	29,8%	23,8%	26,7%	24,3%	20,3%	22,2%
2009[III]	29,5%	25,9%	27,7%	22,4%	20,7%	21,6%
2010	28,5%	26,0%	27,2%	21,7%	20,5%	21,1%
2011	26,8%	22,6%	24,7%	20,1%	17,2%	18,7%
2012	26,7%	25,2%	25,9%	19,7%	19,4%	19,6%
2013	25,6%	24,5%	25,0%	18,8%	18,9%	18,9%

Percentage personen dat 'wel eens rookt' en 'dagelijks rookt'. I. Vanaf 1997 zijn de percentages beschikbaar met één cijfer achter de komma. II. In 2001 is de onderzoeksmethode gewijzigd: van een persoonlijk interview met een enquêteur thuis naar het invullen van een vragenlijst via modem of internet. III. In 2009 is de onderzoeksmethode weer gewijzigd: vanaf dat jaar wordt de steekproef op individueel niveau getrokken in plaats van op huishoudensniveau. Deze wijzigingen kunnen van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), TNS NIPO tot 2013 in opdracht van STIVORO en vanaf dat jaar in opdracht van het Trimbos-instituut.

Vragen over roken zijn ook opgenomen in de Gezondheidsenquête van het CBS, die vanwege de integratie van landelijke leefstijlmonitoren vanaf 2015 de primaire bron zal zijn voor rookprevalenties in Nederland.

- Volgens de Gezondheidsenquête daalde tussen 2001 en 2005 het percentage rokers in de bevolking van 12 jaar en ouder van 33,3% naar 29,5%. Daarna volgde in 2008 een daling naar 27,6%. In 2009 was het percentages rokers nog iets lager, namelijk 27,1%. In 2010 daalde het percentage statistisch significant naar 25,6% en bleef op dat percentage staan in 2011. In 2012 daalde het percentage weer significant naar 23,3% en bleef op dit niveau in 2013 (23,2%) (CBS, 2014).

Figuur 10.1 Percentage rokers in Nederland naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2013



Percentage personen dat 'wel eens' rookt . Bron: Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), TNS NIPO in opdracht van het Trimbos-instituut.

- Bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM en in de beleidsnota 'Alles is gezondheid…' worden de cijfers van de Gezondheidsenquête van het CBS en de Gezondheidsmonitor van de GGD-en als uitgangspunt genomen. Zij gaan uit van een prevalentie van roken van 23% in 2013 (zie ook § 2.3.1). Volgens het COR is de rookprevalentie in 2013 bij personen van 19 jaar en ouder 25,4% (Verdurmen et al., 2014).
- Door verschillen in onderzoeksmethoden en onderzochte leeftijdsgroepen kunnen de uitkomsten van deze peilingen verschillen. De trends in de COR en de Gezondheidsenquête vertonen wel hetzelfde beeld.

Sociaaleconomische verschillen in roken

Hoog opgeleiden roken minder vaak dan lager en middelbaar opgeleiden.

- In 2013 was 19% van de hoog opgeleiden een roker tegenover 28% van de middelbaar en laag opgeleiden (Verdurmen et al., 2014).
- De daling in het percentage rokers tussen 2001 en 2013 is het grootst bij de hoog opgeleiden (6%) én de laag opgeleiden (5%). Er is geen verschil meer in het percentage rokers bij de middelbaar en laag opgeleiden (figuur 10.2).
- Het verschil in roken vormt een belangrijke oorzaak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Verdurmen et al., 2014).

Regionale verschillen in roken

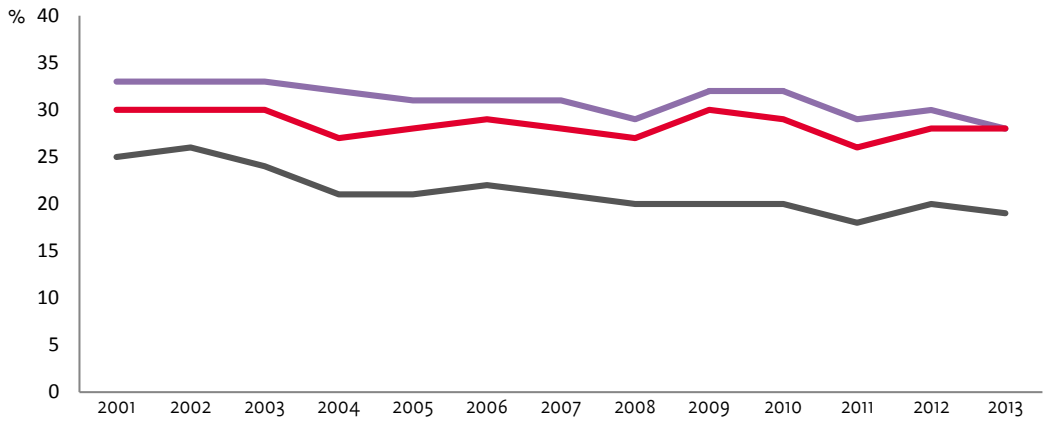
In 2012 werd de eerste gezamenlijke Gezondheidsmonitor van de GGD'en, het CBS en het RIVM gehouden onder volwassenen van 19 jaar en ouder (CBS et al., 2013).

- De GGD-regio's waarin het aandeel volwassenen met een laag inkomen het grootst is, tellen de meeste rokers.
- Dit zijn zowel de meest verstedelijkte gebieden in de Randstad, als de landelijke regio's in het noorden, oosten en zuiden van het land. Ongeveer één op vier volwassenen in deze regio's rookt, terwijl dat in de andere regio's één op vijf is.

Zwaar roken

Volgens het CBS is het percentage *zware* rokers de afgelopen jaren minder geworden. Een zware roker is een persoon die twintig of meer sigaretten en/of shagjes per dag rookt.

Figuur 10.2 Percentage rokers naar opleidingsniveau in de bevolking van 15 jaar en ouder, vanaf 2001



Opleiding	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Laag	33	33	33	32	31	31	31	29	32	32	29	30	28
Middelbaar	30	30	30	27	28	29	28	27	30	29	26	28	28
Hoog	25	26	24	21	21	22	21	20	20	20	18	20	19

Percentage rokers. Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO,VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. Bron: Verdurmen et al., 2014, factsheet COR 2013.

- In 2013 rookte 3,8% van de bevolking van twaalf jaar en ouder twintig of meer sigaretten per dag, 4,4% van de mannen en 3,3% van de vrouwen[2]. Omgerekend naar de bevolking van twaalf jaar en ouder komt dit neer op ongeveer 551 500 zware rokers.
- Het aantal zware rokers daalt. In 2011 was nog 5,1% van de bevolking een zware roker. In 2009 was zelfs nog 6,3% een zware rokers. In 2013 was het percentage zware rokers het hoogst in de leeftijdsgroep van 50–54 jaar (6,9%). In 2001 lag het percentage zware rokers nog op 9,8% (CBS, 2014).
- Onder de rokers lag in 2013 het percentage zware rokers op 16,6%. In dit 2009 was dit nog 23% en in 2000 was nog 35% van de rokers een zware roker (www.cbs.nl).

Elektronische sigaretten (e-sigaret)

Een e-sigaret heeft de *look en feel* van een conventionele sigaret maar werkt door verhitting van een e-vloeistof in plaats van verbranding van tabak. Het 'roken' van een e-sigaret noemt men *vapen* of *dampen*.

- In Nederland valt de e-sigaret onder de Warenwet. De Tabakswet is niet van toepassing omdat de e-sigaret geen tabak bevat.
- Ongeveer 3% van de Nederlandse volwassenen (bijna een half miljoen personen) heeft de e-sigaret wel eens gebruikt. Naar schatting 1% gebruikt de e-sigaret geregeld (Buisman et al., 2014).

Verkoop van tabak

De verkoop van tabak geeft een indicatie van de mate waarin tabak wordt gebruikt. Sinds 2002 is de trend dat er minder tabaksproducten verkocht worden.

- In 2002 werden er nog 30,1 miljard sigaretten en shagjes verkocht; in 2013 waren dat er nog maar 16,2 miljard (tabel 10.2).

2 In 2010 heeft het CBS de onderzoeksmethode gewijzigd maar een nadere analyse suggereert dat deze geen significante gevolgen had voor de vergelijkbaarheid van het percentage rokers in 2009 (Wong et al., 2011). De daling in het percentage zware rokers in 2010 zou mogelijk kunnen samenhangen met de hogere respons onder hoogopgeleiden in 2010. Een nadere analyse liet echter zien dat de daling zich onder alle opleidingsniveaus voordeed.

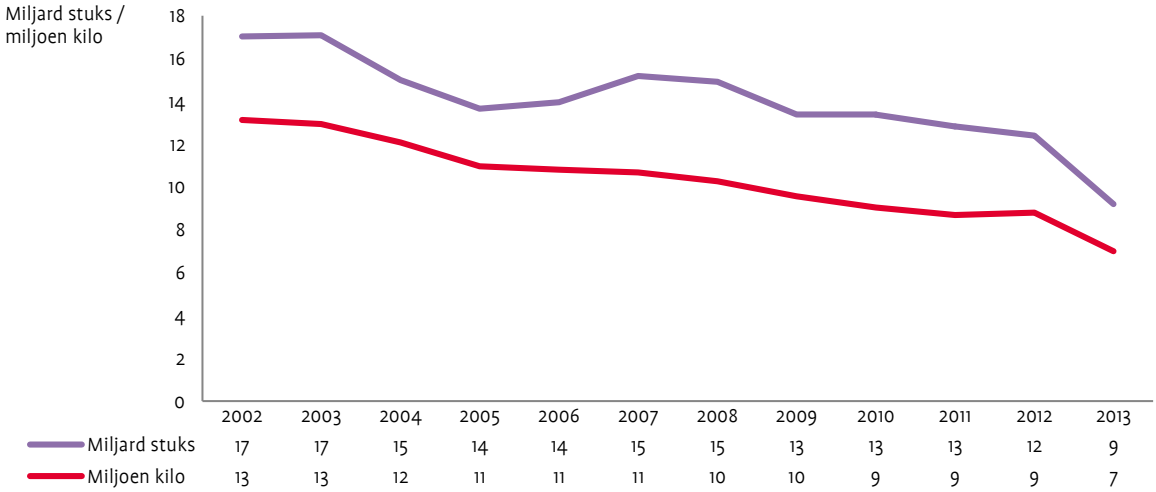
Tabel 10.2 Verbruik van sigaretten en shag in Nederland, vanaf 1967

Jaar	Aantal sigaretten (miljard)	Aantal shagjes (miljard)[I]	Totaal aantal sigaretten en shagjes (miljard)
1967	16,6	9,1	25,7
1970	18,7	9,9	28,6
1975	23,9	13,1	37,0
1980	23,0	13,9	36,9
1985	16,3	17,9	34,1
1990	17,3	16,6	33,9
1995	17,2	14,4	31,6
2000	16,7	13,7	30,4
2001	16,3	12,4	28,7
2002	17,0	13,1	30,1
2003	17,1	12,9	30,0
2004	15,0	12,1	27,1
2005	13,7	11,0	24,7
2006	14,0	10,8	24,8
2007	15,2	10,7	25,9
2008	14,9	10,3	25,2
2009	13,4	9,6	23,0
2010	13,4	9,0	22,4
2011	12,8	8,7	21,5
2012	12,4	8,8	21,2
2013	9,2	7,0	16,2

I. Onder aanname: 1 gram shag per shagje. Bronnen: STIVORO (www.stivoro.nl), CBS, Ministerie van Financiën; cijfers vanaf 2002: Europese Unie: Release for consumption in EU 28 (2014).

- Het Ministerie van Financiën levert gegevens over de tabaksomzet aan de Europese Unie. Voor sigaretten wordt het aantal stuks geteld, voor shag wordt het aantal kilo's dat voor consumptie is vrij gegeven doorgegeven. Deze ruwe cijfers worden in figuur 10.3 weergegeven.
- Ten opzichte van 2012 daalde in 2013 de omzet van sigaretten met een kwart en werd er een vijfde minder shag verkocht. Dit is de sterkste daling van het afgelopen decennium (tabel 10.2). Enkele mogelijke verklaringen voor deze scherpe daling van de officiële tabaksverkoop zijn:
  a. er wordt meer in het buitenland gekocht (Nagelhout et al., 2014);
  b. er worden meer illegaal geproduceerde of gesmokkelde tabaksproducten door rokers gekocht.
- Voor shag was er van 2002 tot en met 2011 een dalende trend. In 2012 was er voor het eerst weer een lichte stijging. In 2013 heeft de dalende trend zich weer voortgezet.

Figuur 10.3 Verkoop van sigaretten (in miljarden stuks) en shag (in miljoenen kilo's), 2002-2013



Miljard stuks sigaretten en miljoen kilo shag. Bron: EU (2014). Release for consumption in EU 28.

10.3 Gebruik: jongeren

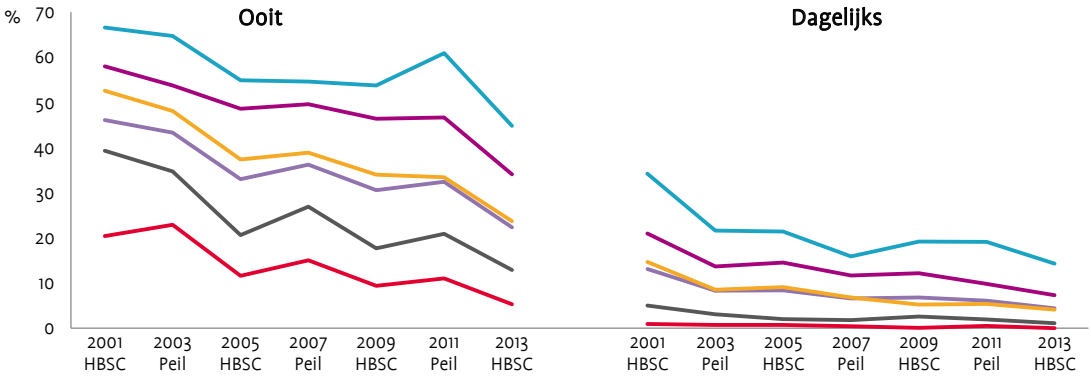
Verschillende landelijke onderzoeken monitoren het rookgedrag van jongeren. Het Peilstationsonderzoek scholieren wordt elke vier jaar door het Trimbos-instituut uitgevoerd en verzamelt cijfers over middelengebruik (o.a. roken) van scholieren van 10-18 jaar. De laatste meting was in 2011 (Verdurmen et al., 2012). De Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie, uitgevoerd door de Universiteit Utrecht, het Trimbos-instituut en het Sociaal en Cultureel Planbureau, verzamelt onder auspiciën van de WHO gegevens over gezondheidsgedrag, waaronder rookgedrag, onder schoolgaande jongeren van 11-16 jaar. Nederland heeft in 2001, 2005, 2009 en 2013 deelgenomen (De Looze et al. , 2014). De onderwerpen en vraagstellingen in beide studies overlappen deels. De Roken Jeugd Monitor (RJM) verzamelde jaarlijks gegevens over rookgedrag onder jongeren van 10-19 jaar (Verdurmen et al., 2014a). In 2014 is de RJM voor het laatst uitgevoerd. In de komende jaren zullen in het kader van de integratie van leefstijlmonitoren de verschillende jeugdmonitors op elkaar worden afgestemd (Kramers et al., 2012).

Trends

Het (dagelijks) roken onder jongeren steeg sinds eind jaren tachtig tot midden jaren negentig en vertoont sindsdien een dalende trend.

- Volgens het Peilstationsonderzoek onder scholieren van 12-18 jaar van het voortgezet onderwijs steeg het percentage scholieren dat ooit had gerookt tussen 1988 en 1996 van 55% naar 59%, om vervolgens te dalen naar 36% in 2011. Het percentage dagelijkse rokers vertoonde dezelfde trend: een toename van 12% in 1988 naar 17% in 1996, gevolgd door een geleidelijke afname naar 7% in 2011 (Verdurmen et al., 2012; zie ook NDM Jaarbericht 2012).

Figuur 10.4 Roken onder scholieren van 12-16 jaar, 2001-2013



	Ooit							Dagelijks						
	2001 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC	2001 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC
Totaal	46,1	43,3	33,0	36,2	30,6	32,4	22,3	13,1	8,3	8,4	6,6	6,8	6,1	4,4
12	20,4	22,9	11,6	15,0	9,4	11,0	5,3	0,9	0,7	0,7	0,4	0,1	0,5	0,0
13	39,3	34,7	20,6	26,9	17,7	20,9	12,9	5,0	3,1	2,0	1,8	2,6	1,9	1,1
14	52,6	48,1	37,4	38,9	34,0	33,4	23,7	14,7	8,5	9,1	6,8	5,2	5,4	4,1
15	58,0	53,8	48,6	49,6	46,4	46,7	34,1	21,0	13,7	14,5	11,7	12,2	9,8	7,3
16	66,6	64,7	54,9	54,6	53,8	60,9	44,8	34,2	21,6	21,4	15,9	19,2	19,1	14,3

Percentage rokers ooit en dagelijks. Bronnen: HBSC (2001, 2005, 2009, 2013), Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011), (De Looze et al., 2014).

Voor het beschrijven van trends van 2001 tot en met 2013 zijn de gegevens van het Peilstationsonderzoek en de HBSC-studie gecombineerd. Voor de vergelijkbaarheid tussen beide onderzoeken zijn voor deze trends alleen scholieren van 12-16 jaar in de eerste tot en met vierde klas van het voortgezet onderwijs geselecteerd.

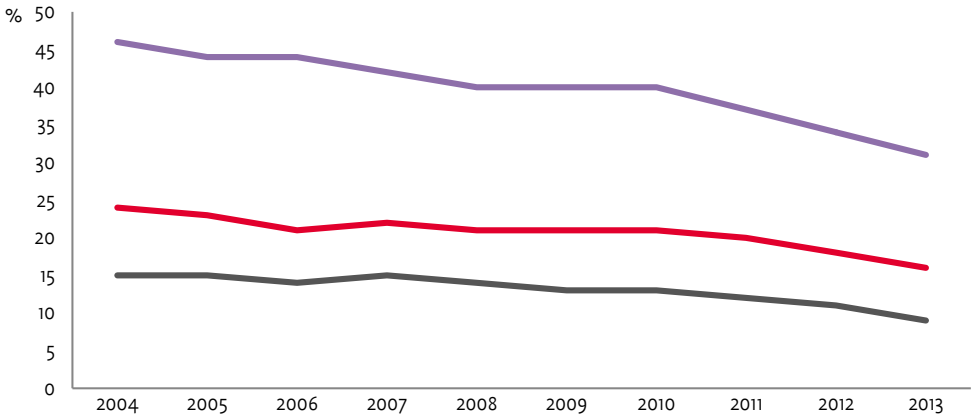
- Figuur 10.4 laat zien dat de dalende trend zich onder scholieren van 12-16 jaar zich in 2013 voortzet (De Looze et al., 2014). Tussen 2001 en in 2013 halveerde het percentage scholieren dat ooit gerookt had van 46% naar 22%. De daling tussen 2011 en 2013 was significant.
- Het percentage dagelijkse rokers is met twee derde afgenomen van 13% in 2001 naar 4% 2013. Verschillen tussen 2001 en 2013 zijn significant; verschillen tussen 2011 en 2013 niet.

Leeftijd, geslacht, etniciteit en schoolniveau

Met roken wordt al vroeg begonnen.

- Tussen het twaalfde en zestiende levensjaar is er een forse toename van het aantal jongeren dat ervaring heeft met roken (figuur 10.4).
- Ondanks de hier voor genoemde dalende trend, die zich in alle leeftijdsgroepen voor deed, rookte in 2013 toch nog één op de zeven 16-jarigen dagelijks (figuur 10.4).
- Er zijn praktisch geen verschillen tussen jongens en meisjes wat betreft dagelijks roken (respectievelijk 4.4% en 4.5%). Dit geldt ook voor de aantallen die ooit in hun leven gerookt hebben (De Looze et al., 2014).
- Allochtone jongeren roken iets minder vaak dan autochtone jongeren, maar dit verschil is niet significant.
- Er zijn verschillen in rookgedrag tussen jongeren van de verschillende schoolniveaus. In de HBSC-studie van 2013 werden de grootste verschillen gevonden tussen VWO-leerlingen (0.7% dagelijkse rokers) en VMBO-leerlingen (7.4% dagelijkse rokers). HAVO-scholieren zitten hier met 2.1% tussen in (De Looze et al., 2014).

Figuur 10.5 Percentage rokers: ooit, actueel en dagelijks, onder jongeren van 10-19 jaar, vanaf 2004



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ooit gerookt	46	44	44	42	40	40	40	37	34	31
Afgelopen 4 weken	24	23	21	22	21	21	21	20	18	16
Rookt dagelijks	15	15	14	15	14	13	13	12	11	9

Percentage rokers, ooit, afgelopen 4 weken (=actueel) en dagelijks. Tot en met 2012 werden gegevens door TNS-NIPO verzameld in opdracht van Stivoro, en in 2013 in opdracht van het Trimbos-instituut. Bron: Roken Jeugd Monitor 2013, Trimbos-instituut.

Shisha-pen

- In 2013 gaf 5% van de scholieren (11 jaar en ouder) op de basisschool aan ooit een shisha-pen te hebben gebruikt, een elektronische sigaret (met of zonder nicotine) (De Looze et al., 2014).
- Van de 12-16 jarigen in het voortgezet onderwijs was dit al 22%. Meer jongens (25%) dan meisjes (19%) hebben ervaring met een shisha-pen.
- Het gebruik van de shisha-pen stijgt snel met de leeftijd. Ruim een derde van de jongeren heeft op 16-jarige leeftijd een shisha-pen gerookt.

De gegevens van de Roken Jeugd Monitor (RJM) onder jongeren van 10-19 jaar laten een zelfde dalende trend zien (figuur 10.5).

- In de RJM van het Trimbos-instituut liggen de percentages dagelijkse rokers hoger. Dit kan komen doordat aan deze monitor ook jongeren deelnemen op ROC's, HBO en WO. Hierdoor is de gemiddelde leeftijd in de RJM hoger dan in het Peilstationsonderzoek en de HBSC-studie.
- Er is sprake van een gestage daling van het aantal rokers onder jongeren. Volgens de RJM had in 2004 nog 46% van de jongeren ooit gerookt tegenover 31% in 2013. Van de jongeren van 10-19 jaar is 9% een dagelijkse roker (Verdurmen et al., 2014a).
- De verschillende monitors laten in het afgelopen decennium een afname van het aantal rokende jongeren zien.

Opvattingen van ouders

In de HBSC-studie van 2013 zijn ook de opvattingen van ouders onderzocht (De Looze et al., 2014).

- Bijna alle ouders (99.7%%) vinden dagelijks roken onder de 16 jaar schadelijk. Dat wijkt niet af van de gegevens uit 2011. In 2013 vinden beduidend meer ouders dan in 2011 dat ook af en toe roken onder de 16 jaar schadelijk is (respectievelijk 89.1% versus 77.7%).
- De verhoging van de leeftijdsgrens voor het kopen van tabak naar 18 jaar wordt door 88.9% van de ouders ondersteund.
- Ruim een kwart van alle ouders (26.8%) rookt in het bijzijn van hun kind. Van de rokende ouders rookt zelfs 91.7% in het bijzijn van hun kind.

- Er zijn grote verschillen tussen rokende en niet-rokende ouders. Rokende ouders hebben minder strenge opvattingen over het roken van jongeren onder de 16 jaar en het roken van hun eigen kind. Daarnaast hanteren ze minder strenge regels, hebben een slechtere communicatie met hun kind over roken en verwachten ze minder effectiviteit van hun opvoedgedrag met betrekking tot roken.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen wordt naar verhouding meer gerookt dan in de gemiddelde bevolking of onder scholieren van het reguliere onderwijs. Behalve om jongeren in het speciaal onderwijs (zie hierboven) gaat het om speciale groepen zoals uitgaande jongeren, jongeren in de jeugdzorg en jongeren in justitiële inrichtingen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 was een online survey naar middelengebruik en risicogedrag onder 3 335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15 tot en 35 jaar met een gemiddelde leeftijd van 23 jaar (Goossens et al., 2013). De respondenten vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Bijna de helft van de deelnemers (45%) bezocht maandelijks of vaker een party of festival, en tweederde had een voorkeur voor techno/hardhouse muziek.

- Van deze uitgaanders was 68% een recente (= laatste jaar) roker. Dat is meer dan het dubbele dan gemiddeld voor deze leeftijdsgroep (30%).
- De gemiddelde startleeftijd van tabaksgebruik was in deze groep 14,7 jaar.
- Op uitgaansdagen wordt flink meer gerookt dan op dagen dat men niet uitgaat. Op uitgaansdagen rookt men gemiddeld bijna 15 sigaretten en op dagen dat men niet uitgaat gemiddeld bijna 10 sigaretten. Er is hierbij geen verschil tussen mannen en vrouwen.
- Van de rokende uitgaanders rookt 27% (vrijwel) alleen op uitgaansavonden. Uitgaanders die zowel op uitgaansavonden roken als op andere momenten, roken op uitgaansdagen bijna twee keer zoveel sigaretten als op normale dagen (respectievelijk bijna 10 sigaretten op normale dagen en bijna 18 sigaretten op uitgaansdagen). Uitgaanders die (vrijwel) alleen op uitgaansavonden roken, roken dan gemiddeld bijna 6 sigaretten.
- Lager opgeleide uitgaanders gebruiken per keer dat ze uitgaan meer tabak dan uitgaanders die hoger zijn opgeleid.
- Ruim acht op de tien uitgaanders geeft aan dat ze, ondanks het rookverbod, in de afgelopen maand wel eens in een horecagelegenheid zijn geweest waar binnen werd gerookt.

De Amsterdamse Antenne-monitor 2013 laat zien dat van de 'clubbers' (uitgaanders die naar uitgaansgelegenheden gaan waar gedanst kan worden) en 'ravers' (feestgangers die op alternatieve locaties of in de buitenlucht feesten bezoeken met vaak elektronische muziek) ongeveer de helft (46%) tijdens het uitgaan rookt (Nabben et al., 2014).

- De meerderheid van de clubbers en ravers (86%) heeft ooit gerookt. Gemiddeld deden ze dat voor het eerst op hun 16e jaar. Bijna driekwart is huidige roker (d.w.z. heeft in de afgelopen maand gerookt) (72%), ravers (71%) vaker dan clubbers (59%).
- Ongeveer een kwart van de huidige rokers (27%) zegt zelden, af en toe of alleen in het weekend te roken. Van de huidige rokers is 38% dagelijkse roker, van de totale groep rookt 24% dagelijks. Dat is een stuk boven het landelijk gemiddelde (zie tabel 10.1), maar minder dan in 2008 (30%).
- Bijna de helft van de uitgaanders die in het afgelopen jaar hebben gerookt, heeft in het afgelopen jaar (ook) tabak of kruiden via een waterpijp (shisha) gerookt.

Jeugdzorg en justitiële jeugdinrichtingen

In Antenne 2012 is het tabaksgebruik van jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg (niet alleen residentieel) onderzocht (Benschop et al., 2013).

- Onder 16-17 jarige jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg heeft 46% de afgelopen maand gerookt. Dat is meer dan onder 16-17 jarige scholieren in Amsterdam (37%), maar het verschil is niet significant.
- Bij de 14-15 jarigen scoort de jeugdzorg veel hoger: 55% van de jongeren in de jeugdzorg heeft ooit gerookt, vergeleken met 26% van de scholieren. Bij de actuele gebruikers is het verschil nog groter (respectievelijk 34% en 11%).
- In 2008 is op landelijk niveau het roken onder 12-16-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg onderzocht (Kepper et al., 2009a). Het percentage actuele rokers lag onder de 12-13-jarigen, de 14-15-jarigen en de 16-jarigen op respectievelijk 42%, 70% en 75%. Ter vergelijking: in het regulier onderwijs zijn de percentages voor deze drie leeftijdsgroepen respectievelijk: 8%, 22% en 26%. In deze leeftijdsgroepen rookten de actuele rokers in de residentiële jeugdzorg gemiddeld 8, 11 en 14 sigaretten per dag.
- Gemiddeld had 82% van de jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de Justitiële Jeugd Inrichting (JJI) gerookt (Kepper et al., 2009b). Gemiddeld rookten deze jongeren elf sigaretten per dag. Verschillen in dagelijks roken tussen deze jongens en hun leeftijdsgenoten (jongens) in het reguliere voortgezet onderwijs zijn groot: 46 versus 4 procent onder 13-14 jarigen, 76% versus 12% onder 15-16 jarigen en 82% versus 21% onder 17-18 jarigen.

Dakloze jongeren

In 2011 heeft de Coda-G4 het gebruik van tabak onderzocht onder dakloze jongeren in de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Het ging om dakloze jongeren van 18 tot 23 jaar met een gemiddelde leeftijd van 20 jaar (Van Straaten et al., 2012). Bijna 80% van de dakloze jongeren bleek te roken.

10.4 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

In opdracht van de Europese Commissie heeft TNS Opinion & Social in 2012 een speciale survey uitgevoerd om de prevalentie van tabaksgebruik en de houding van de Europese burgers ten aanzien van tabak te peilen: de Special Eurobarometer 385. In de bevolking van 15 jaar en ouder werd gekeken naar het percentage dat rookt ('present smoker'), het percentage dat gestopt is met roken en het percentage dat nooit gerookt heeft. Per land werden ongeveer 1 000 personen ondervraagd. In 2006 en 2009 zijn soortgelijke surveys uitgevoerd. Er zijn grote verschillen tussen de lidstaten (tabel 10.3) (European Commission, 2012). De cijfers wijken geregeld af van nationale surveys, mogelijk vanwege de relatief kleine aantallen (Bogdanovica et al., 2010).

- Van de EU-15 scoort Griekenland het hoogst met 40% huidige rokers. Zweden scoort het laagst met 13% rokers. Nederland bevindt zich met 24% rokers in de groep landen met het minste aantal rokers.
- In Frankrijk is het aantal rokers tussen 2009 en 2012 met 5% afgenomen. Duitsland, Italië, Nederland, Finland en het Verenigd Koninkrijk hadden een vergelijkbare afname tussen 2006 en 2009. In Finland, Luxemburg en Duitsland is tussen 2009 en 2011 het aantal rokers gestegen.
- In de EU-15 ligt het percentage ex-rokers het hoogst in Nederland en Denemarken (31%). Italië en Portugal hebben het hoogste percentage nooit-rokers (62%).
- In de EU-27 is het percentage rokers tussen 2006 en 2009 gedaald van 32% naar 29%. Daarna is het percentage blijven steken op 28% (in 2012).

Tabel 10.3 Percentage rokers, ex-rokers en nooit-rokers van 15 jaar en ouder in de EU-15. Peiljaren 2006, 2009 en 2012

Land	Rokers (%)[1]			Ex-rokers (%)			Nooit gerookt (%)		
	2006	2009	2012	2006	2009	2012	2006	2009	2012
Griekenland	42	42	40	17	14	16	41	44	44
Spanje	34	35	33	17	21	22	48	44	45
Oostenrijk	31	34	33	22	23	20	46	43	47
Ierland	29	31	29	18	20	19	52	49	52
Frankrijk	33	33	28	24	26	24	43	41	48
Verenigd Koninkrijk	33	28	27	24	25	26	44	47	47
Luxemburg	26	25	27	17	22	22	56	53	50
België	26	30	27	24	21	20	50	49	52
Denemarken	32	29	26	27	31	31	39	40	43
Duitsland	30	25	26	24	26	26	45	49	48
Finland	26	21	25	21	27	22	52	52	53
Nederland	29	24	24	30	33	31	40	43	45
Italië	31	26	24	16	16	13	51	57	62
Portugal	24	23	23	12	13	15	64	64	62
Zweden	18	16	13	29	31	30	46	53	57

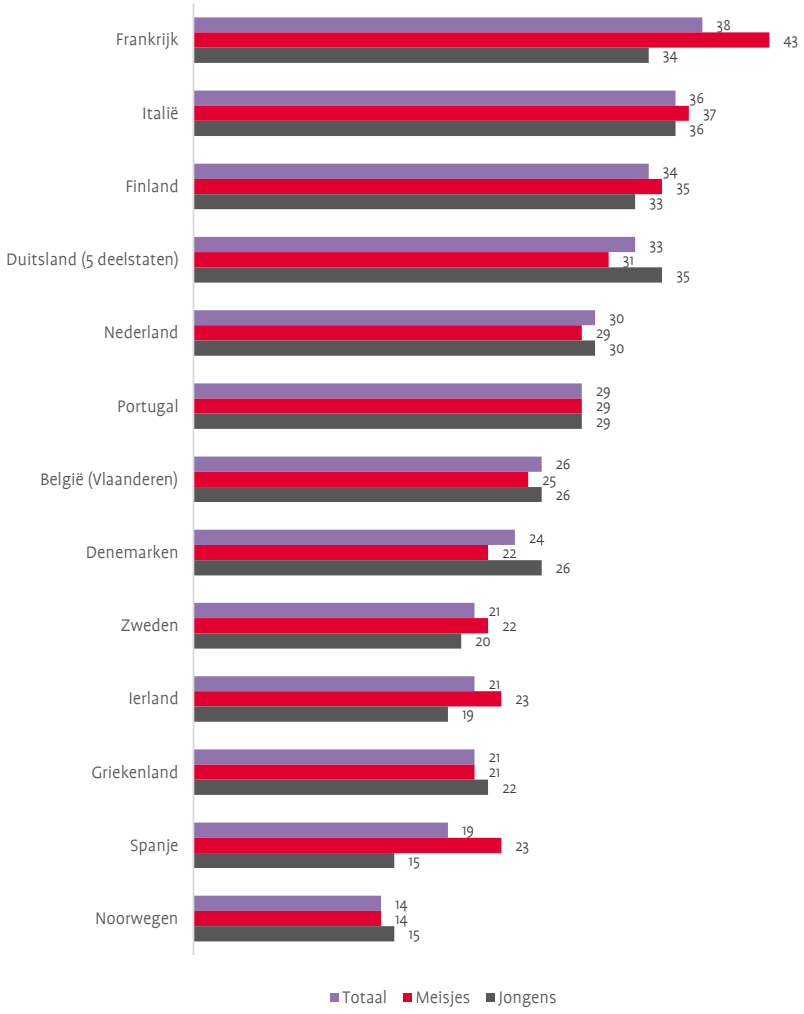
1. Percentage 'present time smokers'. Bron: Special Eurobarometer 385, EC, TNS Opinion and Social.

Jongeren

Het ESPAD onderzoek in 2011 maakt een vergelijking mogelijk van het rookgedrag van vijftien- en zestienjarige scholieren in het middelbaar onderwijs in Europa. Figuur 10.6 geeft voor 12 EU-lidstaten en Noorwegen gegevens over het percentage actuele rokers in 2011 (Hibell et al., 2012).

- Van de vergeleken landen telt Frankrijk de meeste en telt Noorwegen de minste rokers onder scholieren van het middelbaar onderwijs.
- Nederland scoort boven het gemiddelde.
- In zes van de dertien landen roken meer meisjes dan jongens. De verschillen zijn het grootst in Frankrijk (meisjes 43%, jongens 34%) en Spanje (meisjes 23%, jongens 15%). In zes van de dertien landen, waaronder Nederland, is er tussen de jongens en de meisjes geen groter verschil gevonden dan een procent.
- Bijna een kwart van de Nederlandse scholieren (23%) zegt veertig keer of meer in het leven te hebben gerookt. Dit percentage varieert van 10% in Noorwegen tot 27% in Finland en Frankrijk. Het gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen ligt op 21%.
- De rangorde van landen kan sterk verschillen tussen de algemene bevolking en scholieren. Ter illustratie, het percentage (actuele) rokers onder Griekse scholieren lijkt in de lagere regionen te vallen (figuur 10.6), terwijl het percentage (dagelijkse) rokers in de Griekse algemene bevolking het hoogst is van alle EU-15 landen (tabel 10.3).

Figuur 10.6 Rokers onder leerlingen van 15 en 16 jaar van het voortgezet onderwijs in enkele lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen. Peiljaar 2011



Percentage dat de afgelopen maand heeft gerookt. Bron: ESPAD.

10.5 Hulpvraag en incidenten

Bij de hulpvraag voor tabaksverslaving gaat het in hoofdzaak om zelfzorg en het zoeken van hulp bij de huisarts.

- De geactualiseerde CBO-richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving uit 2009 dient als basis voor de behandeling van nicotineverslaving (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2009). Deze richtlijn geeft een actueel overzicht van bewezen effectieve stopondersteuning.
- Richtinggevend voor de zorginhoudelijke en organisatorische uitwerking van de Stoppen-met-rokenprogramma's is de zorgmodule 'Stoppen met roken' van het 'Partnership stop met roken' (Stc 2011-12328). Dit Partnership heeft een kwaliteitsregister geopend waarin geaccrediteerde stoppen met roken interventies zijn opgenomen. Het aantal in het kwaliteitsregister opgenomen hulpverleners lag in de eerste helft van 2013 boven de duizend.

Mensen met een nicotineverslaving doen niet snel een beroep op de verslavingszorg.

- In 2013 werden in de reguliere verslavingszorg 318 personen behandeld voor een nicotineverslaving. Dat is 0,5 procent van het totaal aantal personen dat in 2013 in de verslavingszorg werd behandeld (Wisselink et al., 2014). Het aantal voor een nicotineverslaving behandelde personen was in 2013 iets hoger dan in 2012 (269). In 2011 was er een "piek" met 328 hulpvragen.
- De verslavingszorg biedt soms (online) stopprogramma's aan, maar niet op grote schaal.

Doorlopend wordt een representatieve steekproef van circa 200 huishoudens in het kader van het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR) door TNS-NIPO ondervraagd.

- Per jaar doet ongeveer een kwart van de rokers een poging om te stoppen met roken. In 2013 was dit 29%. In absolute aantallen gaat het om meer dan een miljoen rokers die in 2013 een poging deed om te stoppen met roken (Verdurmen et al., 2014).
- In 2013 is 81% van de huidige rokers van plan om in de toekomst te stoppen. Dat is vergelijkbaar met 2012. In totaal heeft 65% van de rokers in het verleden al een serieuze stoppoging gedaan. Zowel de huidige rokers als de ex-rokers hebben in 2013 gemiddeld 2,3 serieuze stoppogingen gedaan. Dat is ook vergelijkbaar met 2012.
- In 2013 had 34% van de rokers met een stoppoging in het afgelopen jaar een hulpmiddel of hulpmethode gebruikt (Verdurmen et al., 2014). Dat is ongeveer gelijk aan de 33% in de periode van 2001 tot en met 2012. Twee derde van de rokers probeert dus op eigen kracht te stoppen.
- Nicotinevervangende middelen en geneesmiddelen werden in 2013 door 23% van de (ex-) rokers gebruikt. In 6% van de laatste serieuze stoppoging was er sprake van advies of begeleiding. Schriftelijke hulpmiddelen werden door 5% van de (ex-) rokers bij hun laatste serieuze stoppoging in het afgelopen jaar gebruikt.

In 2011 werden van de Stoppen-met-rokenprogramma's zowel gedragsmatige ondersteuning (persoonlijke coaching; groepstrainingen of telefonische coaching) als de toevoeging van farmacologische ondersteuning (nicotinevervangers of medicijnen) vergoed vanuit het basis verzekeringspakket. Dat resulteerde in een verdubbeling van het aantal mensen dat receptplichtige stoppen-met-rokengeneesmiddelen heeft gebruikt. Vanaf 2012 werd alleen nog de gedragsmatige ondersteuning vergoed. In 2013 is de vergoeding voor de medicatie weer teruggekomen in het basispakket.

- De invoering van de volledige vergoeding van stoppen-met-roken medicatie in 2011 heeft geleid tot een meer dan tienvoudige toename in het aantal telefonische counselinggesprekken via de stoppen-met-rokenlijn van STIVORO In 2010 startten 848 rokers met de behandeling en dat aantal steeg tot 9091 in 2011, ten tijde van de vergoeding. In 2012 zakte het aantal bellers tot onder het niveau van 2010 (Willemsen et al., 2013).
- Deze verandering in de vergoeding van Stoppen-met-rokenprogramma's ging gepaard met zowel een significante toename van het aantal stoppogingen bij de rokers die meer dan 10 sigaretten per dag rookten als met een significante toename van het aantal succesvolle stoppogingen bij alle rokers. Er werd ook significant meer stoppen-met-roken medicatie voorgeschreven en gebruikt.
- De uitgebreide massamediale campagne waarbij deze verandering onder de aandacht van het algemene publiek werd gebracht verklaard voor een deel de toename van de succesvolle stoppogingen (Verbiest et al., 2013; Nagelhout et al., 2014).

Uit een grote Engelse meta-analyse komt naar voren dat mensen die gestopt zijn met roken zich psychisch significant beter voelen dan degenen die door zijn gegaan met roken. Er is met name een afname van depressie, angst en stress en een verbetering van de kwaliteit van leven (Taylor et al., 2014).

Het gebruik van ontwenningsmiddelen is in 2012 en 2013 gelijk gebleven.

- De markt van de nicotinevervangers – pleisters, kauwgom en tabletten – bleef in de kalenderjaren 2012 en 2013 rond de negentien miljoen euro hangen. De verkoop van kauwgum nam iets toe, terwijl de omzet van pleisters en tabletten iets af nam (IMS Health, 2014).
- Het aantal gebruikers van bupropion (Zyban®) nam in voorgaande jaren af, van 24 000 gebruikers in 2007 naar 13 500 gebruikers in 2010, bijna een halvering. In 2011 steeg het aantal gebruikers weer naar 18 000.[1]
- Het gebruik van de antirookpil varenicline (Champix®), die in maart 2007 op de Nederlandse markt kwam, steeg van 12 000 gebruikers in 2007 naar 51 000 gebruikers in 2010 en 113 000 in 2011.
- In 2012, toen de verzekeraars de SMR-middelen niet vergoedden, lagen de aantallen gebruikers van bupropion en varenicline weer in de buurt van het aantal verstrekkingen in 2010.[2]

10.6 Ziekte en sterfte

Ziekte

Blootstelling aan tabaksrook heeft invloed op het ontstaan van kanker, longziekten en hart- en vaatziekten.

- Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 is roken nog steeds de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland: 13,1% van de totale ziektelast komt door roken (RIVM, 2014).
- Van de vele vermijdbare risico's die invloed hebben op de gezondheid, heeft roken de meeste doden tot gevolg (Danaei et al., 2009).
- Roken is de belangrijkste oorzaak voor longkanker, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), slokdarmkanker, strottenhoofdkanker en mondholtekanker (tabel 10.4). In 2012 kon 90% van de sterfte door longkanker bij mannen en 78% van de sterfte door longkanker bij vrouwen worden toegewezen aan roken.
- Roken is ook geassocieerd met veel andere aandoeningen, waaronder ademhalings- en luchtwegproblemen, aandoeningen aan hart- en vaatstelsel, suikerziekte en ongunstig beloop van chronische ziekten.
- Rokers in Nederland verliezen ten opzichte van niet-rokers 4,1 levensjaren en 4,6 gezonde levensjaren (Hoeymans et al., 2010).
- Roken tijdens de zwangerschap is geassocieerd met verminderde foetale groei en verhoogt het risico op laag geboortegewicht en vroeggeboorte. De kans dat het kind van een rokende zwangere met een laag geboortegewicht wordt geboren, is bijna drie keer zo hoog in vergelijking met niet-rooksters. Voor vroeggeboorte is dit relatieve risico bijna twee keer zo hoog. In 2010 rookte ongeveer één op de 16 zwangeren gedurende de hele zwangerschap (Van den Berg et al 2014).

Ook passief roken kan diverse ziekten veroorzaken.

- Mensen die zelf niet roken, maar regelmatig meeroken met een rokende partner, hebben een verhoogde kans op longkanker, hart- en vaatziekten en luchtwegklachten. Passief roken kan ook ernstige gezondheidsproblemen bij kinderen veroorzaken (Gezondheidsraad, 2003; CDC, 2014; USDHHS, 2014).
- Bij passief rokende vrouwen is een verhoogd risico op longkanker gevonden van 20% en bij passief rokende mannen is een verhoogd risico op longkanker gevonden van 30% (Kawachi, 2005).

1 www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2013.Stoppen%20met%20roken
2 ww.sfk.nl/nieuwspublicaties/PW/2013.Stoppen%20met%20roken

Tabel 10.4 Sterfgevallen wegens enkele aandoeningen onder mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder. Peiljaar 2012[I]

	Totale sterfte		Sterfte door roken	
Aandoening	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Longkanker	6 068	3 911	5 464 (90%)	3 059 (78%)
Strottehoofdkanker	157	46	134 (85%)	38 (83%)
COPD	3 446	3 015	2 948 (86%)	2 243 (74%)
Mondholtekanker	181	127	117 (65%)	70 (55%)
Slokdarmkanker	1 244	431	702 (56%)	204 (47%)
Blaaskanker	800	376	257 (32%)	101 (27%)
Nierkanker	594	343	122 (21%)	56 (16%)
Coronaire hartziekten	5 344	3 749	1 087 (20%)	421 (11%)
Alvleesklierkanker	1258	1219	236 (19%)	173 (14%)
Hartfalen	2 350	3 708	347 (15%)	353 (10%)
Beroerte (CVA)	3 033	4 795	346 (11%)	244 (5%)

I. Percentages geven het aandeel van roken aan de sterfte weer. Bron: RIVM.

- Meeroken verhoogt het risico op hart- en vaatziekten en hersenbloedingen (Peters, 2007). De kans op een acuut hartinfarct neemt met 15% toe door meer dan één uur per week passief mee te roken (Teo et al., 2006). Meeroken is ook een risicofactor voor het ontwikkelen van dementie (Chen et al., 2013).
- Uit internationaal onderzoek blijkt dat in regio's waar een rookverbod wordt ingesteld in de publieke ruimten, al na één jaar het aantal acute hartinfarcten door passief roken met 17% is afgenomen (Meyers et al., 2009; Lightwood en Glantz, 2009).
- Een grootschalige Nederlandse meta-analyse heeft de relatie aangetoond tussen het instellen van rookverboden en een vermindering van vroeggeboortes én ernstige astmaklachten onder 2,5 miljoen baby's (Been et al., 2014).
- In een groot Zweeds onderzoek werd aangetoond dat niet-rokende personen die zowel thuis als op het werk aan regelmatig meeroken zijn blootgesteld drie keer meer kans hebben om COPD te ontwikkelen dan niet-rokende personen die niet hadden meegerookt (Hagstad et al 2014).

Er zijn verschillende genetische varianten geïdentificeerd die het risico van rokers op bepaalde aandoeningen verhogen (Smerecnik et al., 2012):

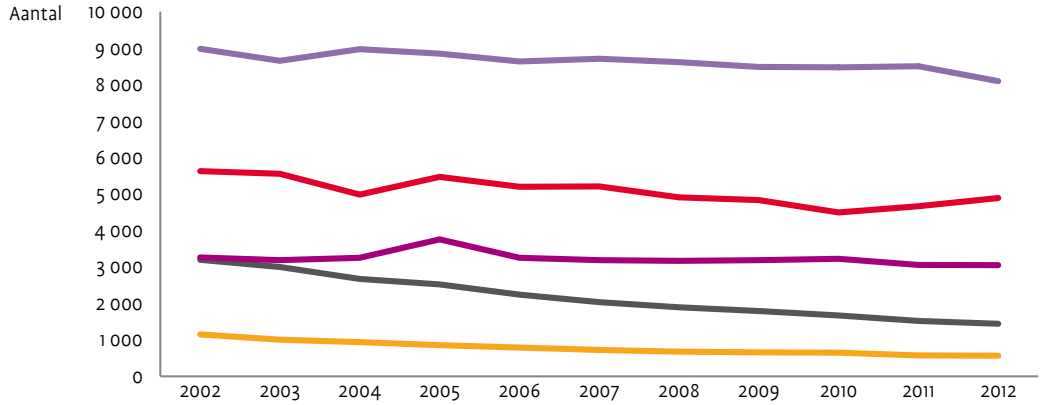
- In aan roken gerelateerde ziekten is over het algemeen sprake van complexe gen-omgevingsinteracties (waaronder ook gedrag valt).
- Bepaalde genotypen (bijvoorbeeld in de L-myc, GSTM1, GSTT1, NQO1 en CYP1A1 genen) verhogen alleen het risico op longkanker, hart- en vaatziekten of slokdarmkanker in dragers van deze genotypen die ook roken.

Ziekenhuisopnames

Roken verhoogt de kans op ziekenhuisopname.

- Voor het jaar 2005 wordt geschat dat er ongeveer negentig duizend klinische ziekenhuisopnamen plaatsvonden onder mensen van 35 jaar en ouder vanwege aan rokengerelateerde ziektes (Cruts et al., 2008a).

Figuur 10.7 Sterfte door roken voor enkele aandoeningen onder mensen van 20 jaar en ouder, vanaf 2002



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Longkanker	8 983	8 650	8 969	8 854	8 637	8 711	8 613	8 490	8 474	8 505	8 096
COPD	5 628	5 555	4 988	5 475	5 198	5 209	4 909	4 832	4 495	4 661	4 887
Coronaire hartziekten	3 195	2 995	2 673	2 523	2 239	2 034	1 889	1 787	1 665	1 521	1 441
Beroerte (CVA)	1 150	1 004	935	855	784	726	675	656	648	573	565
Overig	3 264	3 190	3 249	3 756	3 251	3 187	3 171	3 188	3 227	3 056	3 049

Aantal sterfgevallen door roken. Overige aandoeningen zijn onder meer mondholtekanker, strottehoofdkanker, slokdarmkanker en hartfalen. Voor de gebruikte methode zie http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/achtergrondinformatie-berekening-sterfte-door-roken/
Bron: RIVM, CBS.

- Dit is ongeveer 7,5% van het totale aantal ziekenhuisopnames in deze leeftijdsgroep.
- Kanker van de luchtwegen, hartziekten en chronische luchtwegobstructie kwamen het meest voor als reden voor opname.
- Zware rokers van boven de 25 jaar, zowel mannen als vrouwen, hebben ongeveer 25% meer kans op een ziekenhuisopname dan niet-rokers. Ook ex-rokers hebben een relatief grote kans op ziekenhuisopname: de kans is 16% hoger bij ex-rokende mannen en 9% hoger bij vrouwen (CBS, 2011).

Sterfte

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte.

- In 2012 overleden in Nederland 19 030 mensen van twintig jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken.
- De werkelijke sterfte die gerelateerd is aan roken ligt hoger, omdat het effect van passief roken nog niet is verdisconteerd. De jaarlijkse sterfte door meeroken wordt geschat op enkele duizenden gevallen door hartaandoeningen, enkele honderden gevallen door longkanker en een tiental gevallen van wiegendood (Hofhuis en Merkus, 2005).
- Wereldwijd is naar schatting één op de honderd sterfgevallen het gevolg van passief meeroken. Jaarlijks sterven er in totaal naar schatting 600 000 niet-rokers aan de gevolgen van passief roken (Öberg et al., 2010; WHO, 2013). De sterfte ontstaat vooral door hartziekten, luchtweginfecties, astma en longkanker.

Door een forse daling van het aantal rokers onder mannen in de periode 1960-1990 is het aantal nieuwe gevallen van longkanker vanaf het midden van de jaren tachtig gedaald. Deze daling heeft zich in de periode 1990-2011 voortgezet.

Tabel 10.5 Relatieve Risico (RR) op vroegtijdige sterfte en de levensverwachting als gevolg van overgewicht, roken en overmatig drinken bij Nederlanders van 55 jaar en ouder, 1997-2006

	Relatief Risico op vroegtijdige sterfte, met 95% BI	Totale levensverwachting vanaf 55 in jaren, met 95% BI
Overgewicht		
Normaal gewicht	1,00	26,0 (25,6-26,5)
Overgewicht	0,97 (0,87-1,07)	26,3 (25,8-26,8)
Obees	1,15 (0,98-1,136)	24,9 (23,8-26,1)
Roken		
Nooit gerookt	1,00	27,6 (26,9-28,5)
Ex-roker	1,18 (1,03-1,35)	26,2 (25,8-26,8)
Huidige roker	1,62 (1,40-1,87)	23,6 (23,1-24,3)
Overmatig drinken		
1 tot 14 alcohol. cons. per week	1,00	27,0 (26,7-27,4)
> 14 alcohol. cons. per week	1,19 (1,00-1,41)	25,6 (24,3-26,9)
Niet-drinker	1,43 (1,29-1,59)	24,1 (23,5-24,6)

BI=betrouwbaarheidsinterval. Alcohol. cons. = alcoholische consumpties. Aantal respondenten=6 446. Bron: Klijs et al., 2011.

- Bij vrouwen stijgt het aantal nieuwe gevallen van longkanker al sinds 1960. Deze stijging heeft zich in de periode 1990-2011 voortgezet, hoewel deze stijging sinds 2008 is afgezwakt. Vrouwen zijn in tegenstelling tot mannen vanaf de jaren zestig meer gaan roken. Vanaf de jaren tachtig gingen vrouwen geleidelijk minder roken (zie tabel 10.1).
- In absolute getallen is het aantal vrouwen dat jaarlijks longkanker krijgt nog steeds kleiner dan het aantal mannen dat jaarlijks longkanker krijgt (www.nationaalkompas.nl).
- Figuur 10.7 laat zien dat de sterfte aan coronaire hartziekten door roken daalt.

In een Nederlands cohort van 55-plussers is de invloed van verschillende leefstijlfactoren (overgewicht, roken, overmatig drinken) op vroegtijdige sterfte onderzocht (Klijs et al., 2011). Met een relatief risico van 1,62 blijken rokers 62% meer kans op vroegtijdige sterfte te hebben dan niet-rokers. Ze leven gemiddeld vier jaar korter (tabel 10.5). Over het algemeen leven personen die hun hele leven roken gemiddeld 10 jaar korter dan niet-rokers (Doll et al., 2004; Jha en Peto, 2014).

10.7 Aanbod en markt

Verkrijgbaarheid van tabak

Rookwaren worden verkocht via verschillende kanalen, zoals "tabaks- en gemakszaken", supermarkten, pompshops en via de horeca. Het marktaandeel van deze verkoopkanalen verschilt voor sigaretten, sigaren en shag en pijptabak (tabel 10.6).

Tabel 10.6 Marktaandeel van verschillende verkoopkanalen in de verkoop van sigaretten, sigaren en shag en pijptabak. Peiljaar 2012

Verkoopkanaal	Sigaretten	Sigaren	Shag en pijptabak	Totaal
Supermarkt	49%	39%	60%	49%
Pompshop	26%	24%	16%	22%
Tabaks- en gemakszaak	19%	31%	21%	24%
Horeca + Overig	6%	6%	3%	8%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Marktaandeel in percentage. Bron: NSO; www.tabaksdetailhandel.nl.

- Alle soorten rookwaren worden het meest gekocht in de supermarkt. De helft van de totale omzet wordt in de supermarkten gemaakt.
- Voor sigaren (31%) én shag en pijptabak (21%) komen de tabaks- en gemakszaken op de tweede plaats. Voor sigaretten komen de pompshops op de tweede plaats (26%).

Ten opzichte van 2011 is het aandeel in de verkoop van rookwaren in de pompshops gedaald van 27% naar 22% van het totaal en in de tabaks- en gemakszaken is het aandeel gestegen van 18% naar 24% van het totaal. (www.tabaksdetailhandel.nl; geraadpleegd op 12-02-2014).

Sinds 1 januari 2003 is het volgens de gewijzigde Tabakswet verboden tabaksproducten te verkopen aan jongeren onder de 16 jaar. Per 1 januari 2014 is dat 18 jaar geworden.

- In het kader van de Roken Jeugdmonitor (RJM) 2013 werd aan de jongeren die wel eens roken gevraagd hoe ze aan tabaksproducten komen. Er waren meerdere antwoorden mogelijk. Jongeren onder de 16 jaar halen hun tabak voornamelijk bij het benzinestation (39%), de supermarkt (29%), de snackbar (23%) en de tabakszaak (19%). Jongeren van 16 jaar en ouder noemen de supermarkt het meest (79%), gevolgd door het benzinestation (41%) en de tabakszaak (29%) (Verdurmen et al., 2014).
- In 2013 gaf 16% van de jongeren onder de 16 jaar die wel eens sigaretten kopen aan dat hierbij vaak of altijd naar hun leeftijd wordt gevraagd.
- Een ruime meerderheid (73%) van alle jongeren die in het kader van de RJM werden ondervraagd is voorstander van de verhoging van de leeftijdsgrens naar 18 jaar.

Op 1 januari 2004 is een artikel van de Tabakswet in werking getreden dat werkgevers verplicht om werknemers te beschermen tegen de tabaksrook van anderen.

- Het percentage bedrijven dat aangeeft het rookverbod correct te hebben ingevoerd steeg tussen 2004 en 2008 van 76% naar 96%, en stabiliseerde in 2010 op 94% (Kruize et al., 2011). Ander onderzoek bevestigt een stijging in het nalevingspercentage tussen 2006 en 2008 van 83% naar 96% (Verdonk-Kleinjan et al., 2013).
- Het percentage bedrijven dat knelpunten ervoer bij de invoering van het rookverbod daalde in deze periode van 23% naar 9% (Kruize et al., 2011).
- Het percentage bedrijven dat knelpunten ervoer bij de handhaving van het rookverbod daalde in deze periode van 15% naar 5% (Kruize et al., 2011).
- Steeds meer bedrijven hebben een volledig rookverbod ingesteld (Kruize et al., 2011).

Per 1 juli 2008 is binnen de horeca het rookverbod ingevoerd. Sinds juli 2011 is er een uitzondering op dit rookverbod voor kleine cafés (< 70 m^2) zonder personeel (Stb. 2011-337). Er komt een algemeen rookverbod in de horeca, waarschijnlijk per 1 januari 2015 (zie § 2.2.1). Binnen de horeca worden zes

Tabel 10.7 Afwezigheid rokers per horecacategorie, najaar 2009 - najaar 2013

Jaar	Café & discotheek[1]	Restaurant	Cafetaria	Sportkantine	Kunst & cultuur	Hotel & recreatie	Totaal
2009	73%	100%	100%	100%	100%	98%	95%
2010	49%	99%	99%	98%	100%	98%	90%
2011	57%	100%	100%	97%	99%	95%	91%
2012	61%	99%	100%	99%	99%	97%	93%
2013	71%	99%	99%	98%	100%	96%	94%

Percentage horecagelegenheden zonder rokers. I. Inclusief rookcafés. Bron: Intraval/nVWA.

categorieën onderscheiden: cafés en discotheken; restaurants; cafetaria's en snackbars; sportkantines; kunst en cultuur (theaters, bioscopen en musea); hotel en recreatie.

- In hoeverre de horeca het rookverbod naleeft, wordt sinds 2009 elk najaar geïnventariseerd. In 25 gemeenten worden circa 600 horecagelegenheden bezocht, inclusief cafés waar gerookt mag worden.
- In het najaar van 2013 werd in 94% van alle horecagelegenheden niemand rokend aangetroffen. Dit is een stijging van 1% sinds het najaar van 2012 (tabel 10.7). Deze stijging in het percentage horecagelegenheden zonder rokers komt voornamelijk door een afname van het aantal rokers in cafés en discotheken (Intraval/nVWA, 2013).
- Sinds het Besluit uitvoering rookvrije werkplek, horeca en andere ruimten (2008) van kracht is zijn alle horecagelegenheden verplicht een zichtbare aanduiding van het rookverbod te hebben voor de ruimtes waarvoor het geldt. In het najaar van 2013 blijkt van de discotheken 23% een aanduiding van het rookverbod te hebben en van de cafés die niet onder de uitzondering vallen 24%. Dit zijn dalingen ten opzichte van het voorjaar 2011 toen de percentages respectievelijk 39% en 41% waren.

Accijns

De EU stelt dat de EU-landen de berekening van accijnzen op basis van de gemiddelde kleinhandelsprijs (WAP) in plaats van de meest gevraagde prijsklasse (MPPC) moeten uitvoeren. Het doel van deze verandering is om "een neutraal mededingingsklimaat voor de tabaksfabrikanten te scheppen, de fragmentering van tabaksmarkten terug te dringen en meer gewicht te geven aan gezondheidsdoelen" (Richtlijn 2010/12/EU artikel 3). Nederland is in 2011 overgegaan naar de WAP-berekening van de accijnzen (Hamerlijnck, 2013). De gemiddelde belastingdruk op sigaretten is de laatste jaren toegenomen (tabel 10.8).
In januari 2014 was de gemiddelde gewogen kleinhandelsprijs van een pakje van 19 sigaretten 5,03 euro. Omgerekend is dit 6,62 euro voor 25 sigaretten, waarvan 4,40 euro accijns en 1,15 euro BTW (tabel 10.9).

Internationale vergelijking

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

- In de EU-15 ligt de accijns het hoogst in het Verenigd Koninkrijk en het laagst in Luxemburg (tabel 10.9). In Nederland ligt de tabaksaccijns boven het gemiddelde.

De Tobacco Control Scale (TCS) poogt op landelijk niveau met behulp van zes beleidsindicatoren de inspanningen van landen te meten om het gebruik van tabak te ontmoedigen. De TCS is ontwikkeld door de Association of European Cancer Leagues. Er wordt gebruik gemaakt van objectieve indicatoren en inschattingen van experts. De indicatoren zijn:

- de prijs van tabaksartikelen;

Tabel 10.8 Prijzen en belastingdruk op sigaretten, vanaf 1970. Peildatum januari 2014

Jaar	Prijs	Belastingdruk	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%
2004	4,60	3,36	73%
2005	4,60	3,36	73%
2006	5,00	3,65	73%
2007	5,00	3,65	73%
2009	6,05	4,42	73%
2010	6,32	4,62	73%
2011	6,84	4,99	73%
2012	6,84	4,99	73%
2013	6,29	5,48	87%
2014	6,62	5,55	84%

Prijs en belastingdruk in euro per pakje van (omgerekend) 25 stuks. Belastingdruk bevat accijnsdruk en BTW. Tot 2013 alleen de prijzen van de meest populaire prijscategorie (Engelse afkoring: MPPC). Vanaf 2013 alleen de Gewogen Gemiddelde Prijs (Engelse afkorting: WAP). Bron: EC.

- rookverboden in openbare ruimten en werkplekken;
- hoogte van landelijke budgetten voor tabaksontmoedigingsbeleid;
- verbod op rookreclame;
- waarschuwingen op rookwaren;
- toegankelijkheid stoppen-met-roken programma's.
- In 2007 stond Nederland van de dertig Europese landen die met de TCS werden gescoord op de gedeelde veertiende plaats.
- In 2010 steeg Nederland één plaats naar de gedeelde dertiende plaats van de 31 landen die beoordeeld werden (Joossens en Raw, 2011).
- In 2013 bleef Nederland op de dertiende plaats staan, terwijl er toen 34 landen werden beoordeeld (Joossens en Raw 2013). Nederland scoorde ten opzichte van de andere Europese landen op alle de zes indicatoren van de TCS 'gemiddeld', behalve op de indicator 'waarschuwingen op rookwaren' waarop Nederland onder het Europese gemiddelde scoorde.

Tabel 10.9 Prijzen en belastingdruk op sigaretten in enkele lidstaten van de Europese Unie. Peildatum januari 2014; gesorteerd op prijs

Land	Prijs	Accijns	BTW	Accijns+BTW	Belastingdruk
Ierland	11,15	7,02	2,09	9,10	82%
VK	10,19	7,20	1,70	8,90	87%
Frankrijk	8,13	5,26	1,35	6,61	81%
Zweden	7,39	4,23	148	5,71	77%
Denemarken	6,67	3,98	1,33	5,31	80%
Nederland	6,62	4,40	1,15	5,55	84%
Duitsland	6,28	3,81	1,00	4,81	77%
Finland	6,11	3,88	1,18	5,06	83%
België	6,10	3,67	1,06	4,73	77%
Italië	5,73	3,33	1,03	4,36	76%
Spanje	5,38	3,34	0,91	4,26	79%
Oostenrijk	5,22	3,14	0,87	4,01	77%
Luxemburg	4,93	2,81	0,74	3,55	72%
Portugal	4,87	3,01	0,91	3,92	81%
Griekenland	4,38	2,94	0,82	3,76	86%

Prijs, accijns en BTW in euro per pakje van (omgerekend) 25 sigaretten (gewogen gemiddelden). Bron: EC.

11. Handel, productie en bezit van illegale drugs

11.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 244
11.2	Opiumwetdelicten en georganiseerde drugscriminaliteit	▶ pagina 245
11.3	Inbeslagnames en ontmantelingen van productielocaties	▶ pagina 247
11.4	Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen	▶ pagina 250

11. Handel, productie en bezit van illegale drugs

Dit hoofdstuk laat de ontwikkelingen zien in de delicten tegen de Opiumwet – smokkel, handel, productie en bezit van drugs die op lijst I (harddrugs) of lijst II (softdrugs) zijn geplaatst - die zijn geregistreerd door politie en justitie of gerapporteerd in wetenschappelijk onderzoek. Bij harddrugs gaat het om heroïne, cocaïne, GHB, amfetamine, ecstasy, en andere drugs. Bij softdrugs gaat het vooral om cannabis, maar ook om qat en hallucinogene paddenstoelen.

In § 11.1 worden de belangrijkste feiten en trends beschreven. In § 11.2 wordt gerapporteerd over opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit. § 11.3 gaat in op inbeslagnames van drugs, ruimingen van hennepkwekerijen en ontmantelingen van productielocaties van synthetische drugs. § 11.4 beschrijft de Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen aan de hand van:

- door politie en Koninklijke Marechaussee (KMar) geverbaliseerde verdachten;
- de instroom van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie (OM);
- de afdoening van Opiumwetzaken door OM en Rechter in eerste aanleg;
- het aandeel Opiumwetdelinquenten in detentie; en
- de strafrechtelijke recidive van daders van drugsdelicten (Opiumwet en Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën).

De informatie is afkomstig uit registraties van politie en Openbaar Ministerie, de Recidivemonitor van het WODC en recent wetenschappelijk onderzoek. Recent is nader onderzoek verricht naar de aard van de Opiumwetdelicten die door de politie en de KMmar in 2012 geregistreerd zijn (Kruize en Gruter, 2014). Deze specificaties worden eveneens vermeld.

Bij de registratiecijfers moet aangetekend worden dat deze geen zicht kunnen geven op de totale drugscriminaliteit, omdat de criminaliteit die niet bekend wordt bij justitiële instanties en die (dus) niet geregistreerd wordt, buiten beeld blijft. Bovendien weerspiegelen de registratiecijfers altijd ook de opsporingsprioriteiten en de capaciteit van opsporingsdiensten. De registraties zijn soms incompleet of niet vergelijkbaar over de jaren heen.
De cijfers van politie en OM zijn sinds 2008 mogelijk beïnvloed door de introductie van nieuwe registratiesystemen (de Basisvoorziening Handhaving bij de politie en het Geïntegreerd Processysteem Strafrecht bij het OM). De Algemene Rekenkamer heeft in 2011 geconcludeerd dat het nieuwe systeem bij de politie niet consistent werd geïmplementeerd en gepaard ging met problemen (T.K. 29350-10). De cijfers zouden volgens de Algemene Rekenkamer incompleet kunnen zijn, maar of dit echt zo is en in welke mate dat ook in 2012 en 2013 nog het geval zou zijn, is niet bekend. Vergelijkingen van cijfers over de instroom van verdachten en zaken voor en na 2008 dienen daarom met voorzichtigheid gemaakt te worden. Dit probleem zou ook de OM-cijfers kunnen beïnvloeden, maar ook dit is niet bekend.
De cijfers uit de registratiesystemen van politie (HKS), OM (OMDATA) en de justitiële documentatie worden door het WODC verzameld en opgeslagen in een 'Datamart Drugs'. Voor de NDM worden deze gegevens bewerkt en geanalyseerd. Daarbij worden delicten tegen de Opiumwet en de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC) als 'Opiumwetdelict' geteld. Delicten waarin harddrugs voorkomen tellen als harddrugsdelict, delicten waarin softdrugs voorkomen als softdrugsdelict, en delicten waarin beide voorkomen tellen als hard- én softdrugsdelict.

Registratiesystemen worden regelmatig aangepast en verbeterd. We rapporteren hier uit de meest recente updates. Door de aanpassingen kunnen de cijfers (in lichte mate) verschillen van eerder gerapporteerde cijfers. De meest recente cijfers hebben altijd een nog voorlopig karakter. De cijfers bestrijken in principe de periode 2005-2013. Het komt echter voor dat er nog geen cijfers over 2013 beschikbaar zijn. In dat geval worden de cijfers van 2011 of 2012 (de meest recente) gerapporteerd. Bij de cijfers over de criminele recidive is gekozen voor een langere reeks om het recidivepatroon beter in beeld te brengen.

De volgende ontwikkelingen in opsporing en drugswetgeving zijn relevant als achtergrond bij de cijfers (zie ook hoofdstuk 2):

- De georganiseerde criminaliteit in relatie tot heroïne en cocaïne, synthetische drugs en hennepteelt is sinds 2008 gekwalificeerd als dreiging voor de Nederlandse samenleving en krijgt prioriteit in de opsporing en vervolging (T.K. 29911-79).
- De verhoogde inspanningen uit het 'Plan van aanpak drugssmokkel Schiphol', die vooral gericht zijn op cocaïne, zijn sinds 2006 structureel. Hetzelfde geldt sinds 2007 voor de inspanningen die voortvloeiden uit de nota 'Samenspannen tegen XTC'.
- Ook de geïntensiveerde aanpak van de hennepteelt loopt nog steeds (sinds 2004).

De aanpak van Opiumwetdelicten speelt zich voor een deel af op lokaal en regionaal niveau. Daarbij wordt gewerkt met een strafrechtelijke, maar ook met een bestuursrechtelijke aanpak. Voor zover het om strafrechtelijke opsporing en handhaving gaat (opsporingsonderzoeken, arrestaties, vervolgingen en afdoeningen) komt de informatie in landelijke databases terecht en daarmee in de cijfers van dit hoofdstuk.

11.1 Laatste feiten en trends

- 58% van de opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit is gericht op drugs (volgens de meest recente cijfers van 2012, § 11.2).
- Meestal zijn (ook) harddrugs in het spel, het vaakst cocaïne. Het aandeel van onderzoeken gericht op synthetische drugs en heroïne nam af in 2012 ten opzichte van 2011 (§ 11.2).
- Het aandeel opsporingsonderzoeken gericht op zaken met alleen harddrugs nam toe in 2012 ten opzichte van 2011, evenals het aandeel opsporingsonderzoeken met alleen softdrugs. Het aandeel met een combinatie van hard- en softdrugs nam af (§ 11.2).
- Er zijn in 2013 bijna 6 000 hennepkwekerijen ontmanteld, meer dan in 2012 (§ 11.3).
- De Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen is in 2012 en 2013 vaker ingezet bij productielocaties voor synthetische drugs. In meerderheid gaat het om amfetaminelaboratoria, aangevuld met APAAN-omzettingslaboratoria, maar er is ook een toename van het aantal MDMA-gerelateerde productieplaatsen. Er worden ook meer dumpingen gerapporteerd die gerelateerd zijn aan synthetische drugs (§ 11.3).
- In 2013 zijn minder Opiumwetverdachten en -zaken ingestroomd bij politie en Openbaar Ministerie. Dit is in lijn met de algemene daling van de instroom van verdachten. Het *aandeel* Opiumwetzaken neemt echter in recente jaren toe, bij zowel politie als Openbaar Ministerie en rechter (§ 11.4).
- Aan de stijging van het aantal softdrugszaken bij politie en Openbaar Ministerie in recente jaren lijkt in 2013 een eind gekomen. Bij het Openbaar Ministerie stroomden in 2013 zelfs minder softdrugszaken in dan in 2012. Het aandeel van de softdrugsdelicten overstijgt nog wel of is nog steeds gelijk aan dat van de harddrugsdelicten.

- Bij de afdoeningen door het Openbaar Ministerie en de rechter, die later in de strafrechtsketen zitten, is nog enigszins een stijging te zien van het aantal harddrugs- en softdrugszaken (§ 11.4).
- Bij de harddrugsdelicten (met een verdachte) gaat het (in 2012) in bijna de helft van de gevallen om cocaïne en in een kwart om ecstasy/amfetamine. Minder vaak komen opiaten en GHB voor. Bij de softdrugsdelicten (met een verdachte) gaat het (in 2012) meestal om Nederlandse wiet. Buitenlandse wiet en hasj komen in veel minder gevallen voor (§ 11.4).
- Bijna twee derde van de in 2012 door politie en KMar geregistreerde harddrugsdelicten met een verdachte betreft het aanwezig hebben van drugs. In een vijfde van deze gevallen gaat het om bezit van geringe hoeveelheden voor eigen gebruik volgens de omschrijving van de Aanwijzing Opiumwet (§ 11.4).
- Bij softdrugsdelicten betreft bijna de helft hennepkweek (47%). In 38% van de gevallen gaat het om bezit van cannabis (§ 11.4).
- De door politie en KMar geregistreerde Opiumwetdelicten die de handel in drugs betreffen hebben meestal betrekking op detailhandel (de directe verkoop aan gebruikers) (§ 11.4).
- De meeste Opiumwetzaken worden door het Openbaar Ministerie voor de rechter gebracht. De rechter legde in 2013 vaker een taakstraf op dan een (deels) onvoorwaardelijke gevangenisstraf (§ 11.4).
- In 2013 zat 17% van de gedetineerden in de gevangenis vanwege een Opiumwetdelict, evenveel als in 2012 (§ 11.4).
- Harddrugsdaders recidiveren vaker voor enig delict en ook voor ernstige delicten dan softdrugsdaders (§ 11.4).

11.2 Opiumwetdelicten en georganiseerde drugscriminaliteit

Opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit in relatie tot drugs

De Landelijke Eenheid van de Nationale Politie (voorheen KLPD) inventariseert voor Europol cijfers over het aantal opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit. Dit gebeurt ten behoeve van onder meer het Europese dreigingsbeeld Serious and Organised Crime Threat Assessment (SOCTA) van Europol. Aan de Landelijke en Bovenregionale Recherche, de tien politie-eenheden en de bijzondere opsporingsdiensten wordt gevraagd beschrijvingen van hun lopende en afgesloten opsporingsonderzoeken aan te leveren die voldoen aan de EU-criteria voor ernstige en georganiseerde criminaliteit.[1] Door veranderingen in de registratiemethoden zijn de cijfers door de jaren heen niet vergelijkbaar. Er zijn daarnaast jaarlijkse verschuivingen in de aanlevering van de verschillende regio's en diensten, waardoor de vergelijkbaarheid over de jaren heen bemoeilijkt wordt en de interpretatie met terughoudendheid dient te gebeuren. In tabel 11.1 zijn de breuken in de vergelijkbaarheid met een stippellijn (...) aangegeven.

- In 2012[2] is 58% van de opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit gericht op drugs Dit percentage kan niet vergeleken worden met dat van 2011, omdat in 2012 niet is gecorrigeerd op de EU-SOCTA criteria.[3] Drugsgerelateerde onderzoeken vormen in 2012 de meerderheid van de opsporingsonderzoeken (tabel 11.1).
- Bij de meeste drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken zijn (ook) harddrugs in het spel (71%). Dit aandeel nam, afgaande op deze cijfers, af ten opzichte van 2011. Over de langere termijn lijkt een afnemende trend waarneembaar.

1 Incidenteel kunnen beschrijvingen gerapporteerd zijn over actieve groepen waarop nog geen opsporingsonderzoek is gestart.
2 Er zijn nog geen landelijke cijfers over 2013 beschikbaar.
3 Het totaal aantal onderzoeken is door het ontbreken van deze correctie in 2012 waarschijnlijk hoger. De drugsgerelateerde onderzoeken voldoen volgens de Landelijke Eenheid Politie vaak wel aan de SOCTA-criteria, waardoor de vergelijking tussen 2011 en 2012 binnen de drugsgerelateerde onderzoeken wel gemaakt is.

Tabel 11.1 Opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit, naar drugsonderzoeken en hard- en softdrugs, 2005-2012

	2005[I]	...[II]	2006	2007	2008	2009	2010[III]	2011	...[II]	2012
Totaal aantal onderzoeken	(176)[I]	...	333	328	352	272	(123)	318	...	394
- gericht op drugs	(127)	...	250	235	247	203	(95)	230	...	230
- % gericht op drugs	72%	...	75%	72%	70%	75%	77%	72%	...	58%
Hard/softdrugs[IV]										
- % met harddrugs	85%	...	79%	83%	76%	72%	73%	76%	...	71%
- % met softdrugs	41%	...	60%	67%	65%	67%	68%	69%	...	63%
- % met alleen harddrugs	59%	...	40%	36%	35%	33%	32%	31%	...	37%
- % met alleen softdrugs	15%	...	21%	20%	24%	28%	27%	24%	...	29%
- % met hard- en softdrugs	26%	...	39%	47%	41%	40%	41%	45%	...	34%
Aantal onderzoeken met harddrugs	108	...	198	194	188	147	(69)	175	...	163
Type harddrug										
- % cocaïne	54%	...	68%	77%	76%	78%	70%	73%	...	78%
- % synthetische drugs	44%	...	43%	40%	46%	41%	51%	41%	...	37%
- % heroïne	29%	...	29%	20%	22%	25%	20%	27%	...	23%

I. Cijfers 2005 betreffen de periode januari-november. II. = Breuk in vergelijkbaarheid van cijfers als gevolg van veranderde registratiemethode: vanaf 2006 is een bredere selectie toegepast, waardoor de aantallen, met name met betrekking tot handel/smokkel softdrugs, substantieel hoger zijn. In 2012 is het totaal aantal onderzoeken niet gecorrigeerd voor de EU-SOCTA criteria. III. Cijfers 2010 zijn incompleet, absolute aantallen zijn niet vergelijkbaar met andere jaren. IV. Binnen een onderzoek kan sprake zijn van handel in en of productie van meerdere soorten drugs. Percentages tellen daarom niet op tot 100%. Bron: Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie i.o. afdeling BI&K team BICC, 2014.

- Bij de onderzoeken naar harddrugs kan het om meerdere harddrugs gaan. Het vaakst is cocaïne in het spel (bij 78% van de onderzoeken naar harddrugs). Het aandeel is hoger dan in 2011, toen het om 73% ging. Wat betreft cocaïne is Rotterdam een belangrijke toegangspoort tot de Europese markt voor vele soorten goederen. De oorzaak dat er cocaïne via de Rotterdamse haven wordt aangevoerd is gelegen in het feit dat veel lijndiensten van Zuid-Amerika naar Rotterdam varen en de Rotterdamse haven de faciliteiten heeft om grote schepen af te meren (T.K. Aanhangsel-1964).
- Synthetische drugs komen op de tweede plaats (37%). Dit aandeel nam af ten opzichte van 2011. Een dergelijk laag aandeel van synthetische drugs is in een reeks van jaren niet gerapporteerd.
- Op de derde plaats komt heroïne (23%). Ook dit aandeel nam af ten opzichte van 2011.
- Het aandeel zaken met (ook) softdrugs nam af ten opzichte van 2011 en is in 2012 gedaald naar 63%.
- Er zijn in 2012 minder onderzoeken naar criminele organisaties die zich bezighouden met hard- én softdrugs dan in 2011 (34% in 2012).

Tabel 11.2 In beslag genomen (pre)precursoren voor productie van synthetische drugs, 2004-2011[I]

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BMK	6 280	340	171	-	231	258	334	139
PMK	4 400	1 762	55	20	-	40	-	-
PMK-glycidaat	-	-	-	-	-	-	1 200 (kilo)	100
Safrol	-	-	-	-	-	20	85	105
(Pseudo-)efedrine	-	-	-	-	317 (kilo)	587 (kilo)	508 (kilo)	-
APAAN								2 810
Benzylacetone								1 440
GBL[II]								3 740

I. In liters, tenzij anders aangegeven. II. Precursor voor GHB. Bron: Jaarverslag synthetische drugs en precursoren 2011, 2012.

In beslag genomen drugs

Uit onderzoek naar kenmerken van de in politiesystemen (BVH) en systemen van de KMar (BPS) geregistreerde inbeslagnames komt wat betreft het jaar 2012 het volgende naar voren (Kruize en Gruter, 2014):

- Bijna een op de vijf inbeslagnames van harddrugs betreft hoeveelheden die volgens de Aanwijzing Opiumwet beschouwd kunnen worden als 'geringe hoeveelheid voor eigen gebruik'.
- Bij softdrugs (vooral cannabis) heeft ruim de helft van de inbeslagnames betrekking op deze 'geringe hoeveelheden'.
- Bij de smokkel door bolletjesslikkers wordt door de KMar gemiddeld driekwart kilo cocaïne in beslag genomen. Bij andere smokkelwijzen (via bodypackers of in de bagage) wordt gemiddeld 2,5 kilo cocaïne in beslag genomen.
- Bij de productie van harddrugs worden vaak geen drugs in beslag genomen, maar wel hardware en/of grondstoffen.

Er zijn over 2012 en 2013 geen valide landelijke registratiecijfers van de totale hoeveelheden in beslag genomen drugs beschikbaar.

In beslag genomen (pre-)precursoren

Over (pre)precursoren rapporteert het KLPD (2012) het volgende:

- Zowel precursoren als pre-precursoren voor amfetamine en ecstasy/MDMA zijn in 2011 in beslag genomen (tabel 11.2). Opmerkelijk is dat nieuwe soorten van beide in beslag zijn genomen.
- PMK is in 2011 niet in beslag genomen. Van BMK is minder in beslag genomen dan in 2010 en ook minder dan in voorgaande jaren.
- Ook GBL is in 2011 in beslag genomen. In 2010 werd zeven maal gewag gemaakt van een vondst van GBL (niet in tabel). In 2009 was dit tweemaal het geval (niet in tabel). Er bestaat geen verplichting tot rapportage, maar GBL staat wel op de EU lijst van vrijwillige monitoring. Dit betekent dat bedrijven en firma's die met dit middel werken op vrijwillige basis kunnen rapporteren.

Over de jaren 2012 en 2013 – en de eerste helft van 2014 – zijn cijfers bekend uit de Voortgangsrapportage van de Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen (LFO) (Van Rijn, 2014).[4] De primaire taak van de LFO is het ontmantelen van productieplaatsen, dumpingen en opslagplaatsen van (synthetische) drugs en precursoren. De cijfers zijn niet compleet omdat de LFO niet bij alle ontmantelingen wordt ingezet. De cijfers betreffen de inzet van de LFO en zijn niet direct een-op-een vergelijkbaar met die uit tabel 11.2. De LFO rapporteert dat sinds 2011 APAAN omzettingslaboratoria zijn aangetroffen. APAAN is een pre-precursor voor BMK. Ook in 2012, 2013 en 2014 is door de LFO APAAN aangetroffen.

- Naast de import van sassafrasolie en safrol vindt volgens de LFO ook steeds vaker import van pre-precursoren voor PMK plaats, zoals PMK glycidaat en –glycidezuur en 3,4 (methyldioxy) phenylacetonitrile. In 2013 wordt ook melding gemaakt van inbeslagnames van PMK.
- De LFO signaleert de (her)introductie van (nieuwe) productieprocessen, pre-precursoren en productie en bewerking van nieuwe psychoactieve stoffen.

Ontmantelde productielocaties synthetische drugs

Over productielocaties, opslagplaatsen en dumpingen is gerapporteerd in het Jaarverslag synthetische drugs en precursoren (KLPD, 2012; cijfers tot en met 2011).

- Er zijn in 2011 30 ontmantelingen van productielocaties in Nederland geregistreerd, meer dan in 2010 (tabel 11.3). Dit aantal is hoog in vergelijking met andere jaren.
- Op zes locaties werd amfetamine gesynthetiseerd, drie minder dan in 2010.
- Op vier locaties werd MDMA/ecstasy gesynthetiseerd, twee meer dan in 2010.
- Op twee locaties werd methamfetamine gesynthetiseerd, even veel als in 2010. De productie is kleinschaliger dan die van amfetamine en MDMA/ecstasy.
- Vijf maal werden er op een locatie andere (designer)drugs geproduceerd, één minder dan in 2010.
- Op twee locaties werd APAAN of safrol omgezet in PMK. Er zijn meer conversielaboratoria voor APAAN ontmanteld dan in 2010.
- Zestien maal is een productielocatie aangetroffen waar kristallisatie plaatsvond en zeven maal vond (ook) tablettering plaats, vooral van amfetamine en MDMA/ecstasy.
- In 2011 zijn 50 opslagplaatsen van hardware, grondstoffen, of beide gerapporteerd, negen meer dan in 2010.
- Het aantal geregistreerde dumpingen van afval van de productie van synthetische drugs nam eveneens toe ten opzichte van 2010 (55 dumpingen) en er zijn indicaties dat ook andere methoden van afvalverwerking gebruikt worden.

Over de jaren 2012 en 2013 – en de eerste helft van 2014 – zijn cijfers bekend uit de Voortgangsrapportage van de Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen (LFO).[5] Deze cijfers betreffen alleen de operationele inzet van de LFO en zijn niet direct vergelijkbaar met die uit tabel 11.3. De cijfers zijn niet compleet omdat de LFO niet bij alle ontmantelingen en dumpingen wordt ingezet. Uit de cijfers ontstaat het volgende beeld:

- De LFO is in 2012 en 2013 respectievelijk 42 en 57 maal ingezet bij het ontmantelen van productielocaties (laboratoria). In de eerste helft van 2014 gebeurde dit 33 maal. Dit is vaker dan de LFO-inzet in 2011. Het merendeel bestaat uit amfetaminelaboratoria en APAAN omzettingslaboratoria of combinaties daarvan. De LFO rapporteert ook een toename van het aantal MDMA-gerelateerde productieplaatsen (waar gesynthetiseerd en/of getabletteerd wordt). De LFO is in de eerste helft van 2014 tweemaal ingezet bij de ontmanteling van cocaïne extractielaboratoria en eenmaal bij een productielocatie voor het versnijden van heroïne.

4 Dit is een andere bron dan die van tabel 11.2. De cijfers zijn daarom niet in de tabel toegevoegd. Van de Landelijke Eenheid van de Politie zijn geen jaarverslagen over synthetische drugs en precursoren meer beschikbaar, alleen losse cijferoverzichten, die hier niet gebruikt zijn.

5 Dit is een andere bron dan die van tabel 11.2. De cijfers zijn daarom niet in de tabel toegevoegd. Van de Landelijke Eenheid van de Politie zijn geen jaarverslagen over synthetische drugs en precursoren meer beschikbaar, alleen losse cijferoverzichten, die hier niet gebruikt zijn.

Tabel 11.3 Aantal ontmantelde productielocaties en geregistreerde dumpingen van chemisch afval van de productie van synthetische drugs, 2005-2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Productielocaties	18	23	15	22	24	19	30
Opslagplaatsen	19	43	44	35	37	41	50
Afvaldumpingen	51	42	50	36	34	35	55

Bron: Jaarverslag synthetische drugs en precursoren 2011, 2012.

Tabel 11.4 Aantal geruimde hennepkwekerijen, 2005-2013

	2005[I,II]	2006[I,II]	2007	2008[II]	2009[II]	2010	2011[III]	2012[III]	2013
Aantal	5 610	6 516	5 242	4 731	4 727	5 620	5 435	5 773	5 962

I. 2005 en 2006: Wouters, Korf & Kroeske (2007) spreken over 'om en nabij de 6 000' (p. 126). II. Meerdere (districten van) regio's leverden geen informatie aan. III. Een regio leverde geen informatie aan; het aantal is door de landelijke eenheid geschat. Bron: Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie i.o., afdeling BI&K team BICC, 2014.

- De LFO is in 2013 minder vaak ingezet bij het ontmantelen van opslagplaatsen van chemicaliën en/of hardware dan in 2012 en 2011. In 2012 gebeurde dit 66 maal en in 2013 38 maal. In 2011 gebeurde dit nog 88 maal. In de eerste helft van 2014 telde de LFO er 33.
- De LFO is in 2013 vaker ingezet bij dumpingen die gerelateerd zijn aan synthetische drugs dan in 2012 en 2011. In 2011 werden er 61 geteld, in 2012 68 en in 2013 120. In de eerste helft van 2014 rapporteert de LFO er 114. Er worden vaker grote hoeveelheden gedumpt.
- De LFO rapporteert een trend dat als gevolg van geoptimaliseerde processen en productieapparatuur hogere opbrengsten worden gerealiseerd.

Geruimde hennepkwekerijen

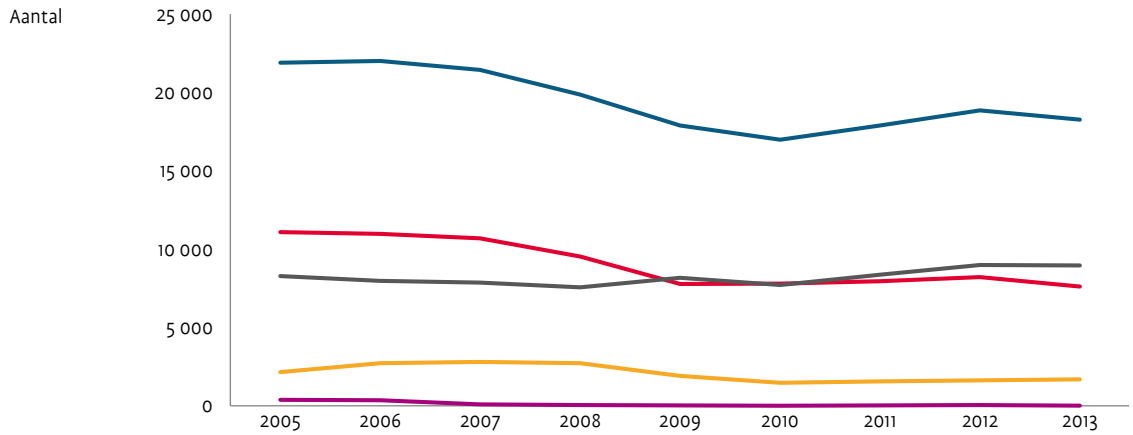
Tabel 11.4 laat zien hoeveel hennepkwekerijen zijn geruimd tussen 2005 en 2013. De cijfers over aantallen geruimde kwekerijen van 2012 en 2013 zijn completer dan die van de jaren daarvoor (al is niet zeker dat ze geheel compleet zijn). Eerder waren de cijfers minder valide omdat meerdere politieregio's geen cijfers aanleverden (zie Wouters et al., 2007). De verbetering komt met name door een betere registratie en doordat er nu 'eenheidscoördinatoren' van de politie sturen op dit proces. Aantallen in beslag genomen planten worden niet gerapporteerd omdat over de volledigheid van deze cijfers te veel onzekerheid bestaat. De cijfers over 2013 komen van de 10 regionale politie-eenheden en de Landelijke Eenheid. In het onderstaande wordt ingegaan op het jaar 2013.

- In 2013 zijn 5 962 kwekerijen geruimd, ongeveer 200 meer dan in 2012. Het overgrote deel betreft binnenkwekerijen (5 809), slechts een fractie betreft buitenteelt (153). Buitenkwekerijen worden vooral in Noord- en Oost-Nederland gerapporteerd (respectievelijk 95 en 51).
- Alle kwekerijen worden strafrechtelijk afgehandeld. In 786 zaken is de ruiming gedaan door de gemeente, na constatering van een gevaarlijke situatie in een kwekerij. Er is bijvoorbeeld water- en stankoverlast of brandgevaar. Dit vereist spoed, waarbij dan het bestuursrecht wordt ingezet ('bestuursrechtelijke ruimingen'). Het binnentreden gebeurt echter altijd op strafrechtelijke grond (Opiumwet). De politie is altijd bij een ruiming betrokken.

Verdachten van Opiumwetdelicten bij de politie

- Het aantal verdachten dat voor een Opiumwetdelict is geverbaliseerd door politie of Koninklijke Marechaussee bedraagt in 2013 ruwweg 18 000. Het aantal is licht gedaald, na een stijging in 2011 en 2012 (figuur 11.1).
- De daling in de instroom bij de politie betreft vooral harddrugsverdachten. Het aantal softdrugsverdachten stabiliseert min of meer (8 985 in 2012 en 8 966 in 2013; figuur 11.1). Hiermee lijkt de toename van het aantal softdrugsverdachten bij de politie in 2013 niet gecontinueerd te worden. Ook het aantal verdachten van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten is in 2013 nauwelijks veranderd (figuur 11.1). Zoals figuur 11.1 laat zien, zijn de stijgingen en dalingen in de recente jaren vrij gering.
- Het aandeel harddrugsverdachten is gedaald en lager dan in eerdere jaren. Het aandeel softdrugsverdachten is gestegen en is nu hoger dan eerder. Tot 2010 was de verhouding omgekeerd, in 2010 was er een 'break even' punt. Het aandeel verdachten van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten blijft in 2013 min of meer constant.
- In 2013 is 42% van de verdachten opgepakt vanwege een harddrugsdelict (was 44% in 2012; figuur 11.1). Voor verdachten van softdrugsdelicten is dit respectievelijk 49% (48% in 2012) en voor een gecombineerd hard- en softdrugsdelict 9% (was 9%).

Figuur 11.1 Aantal verdachten[1] Opiumwetdelicten bij politie en Koninklijke Marechaussee naar hard- en softdrugs, 2005-2013



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totaal	21 895	22 008	21 437	19 858	17 887	16 982	17 894	18 851	18 268
Harddrugs	11 084	10 978	10 682	9 524	7 774	7 799	7 946	8 218	7 610
Softdrugs	8 274	7 973	7 862	7 560	8 176	7 705	8 368	8 985	8 966
Hard- en Softdrugs	2 157	2 708	2 800	2 717	1 916	1 468	1 563	1 612	1 683
Overig/onbekend	380	349	93	57	21	10	17	36	9
% Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% Harddrugs	50,6%	49,9%	49,8%	48,0%	43,5%	45,9%	44,4%	43,6%	41,7%
% Softdrugs	37,8%	36,2%	36,7%	38,1%	45,7%	45,4%	46,8%	47,7%	49,1%
% Hard- en Softdrugs	9,9%	12,3%	13,1%	13,7%	10,7%	8,6%	8,7%	8,6%	9,2%
% Overig/onbekend	1,7%	1,6%	0,4%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%

1. Teleenheid is het aantal maal dat in het HKS een verdachte met een proces-verbaal Opiumwet is aangetroffen.
Bron: HKS, Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie i.o., afdeling BI&K team BICC, 2014.

Tabel 11.5 Aandeel (%) verdachten van Opiumwetdelicten van het totaal aantal verdachten,[I] 2005-2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% Opiumwet	7,3%	7,3%	6,9%	6,8%	6,6%	6,7%	7,0%	7,6%	8,3%
Verdachten totaal (afgerond, *1 000)	299	303	310	290	270	252	256	248	219

I. Totaal van alle verdachten, niet alleen Opiumwet. Bron: HKS, Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie i.o., afdeling BI&K team BICC, 2014.

Het aandeel verdachten van Opiumwetdelicten op alle verdachten neemt in 2013 toe tot ruim 8% (tabel 11.5). Deze stijging komt voornamelijk voor rekening van softdrugsverdachten (figuur 11.1).

Het WODC heeft onlangs nader onderzoek laten verrichten naar drugsdelicten in de registratiesystemen van de politie en de Kmar in het jaar 2012 (Kruize en Gruter, 2014). De onderzoekers hebben BVH- en BPS-bestanden opgevraagd bij de politie en de KMar. Die geven een landelijk overzicht van alle incidenten – rijp en groen – van drugsdelicten. Vervolgens hebben ze de delicten eruit gelicht waarbij een of meerdere personen als verdachte zijn aangemerkt en deze geanalyseerd. De onderzoekers hebben bovendien in totaal ruim duizend dossiers van drugsdelicten onderzocht. In tabel 11.6, 11.7 en 11.8 gaat het om de delicten met verdachten. Tabel 11.6 laat zien om welke Opiumwetdelicten het gaat in 2012.

- Bij de door politie en KMar geregistreerde harddrugsdelicten gaat het in 62% van de gevallen om het bezit van een harddrug. Het gaat hier om verschillende harddrugs. Van de harddrugsdelicten betreft 22% handel, 14% smokkel en 1% productie.
- Bijna de helft van de softdrugsdelicten (47%) heeft betrekking op de teelt van cannabis. Van de softdrugsdelicten betreft 38% bezit, 10% handel en 6% smokkel.
- Bij bezit van harddrugs gaat het in 19% om hoeveelheden die aangemerkt kunnen worden als 'geringe hoeveelheid voor eigen gebruik'.

Tabel 11.6 Specifiek Opiumwetdelict, delicten met verdachten, politie en KMar, 2012

	Aantal feiten	Percentage
Harddrugs		
Bezit	5 952	62%
Handel[I]	2 139	22%
Smokkel[II]	1 371	14%
Productie	114	1%
Totaal	9 576	100%
Softdrugs		
Bezit	4 594	38%
Handel[I]	1 163	10%
Smokkel[II]	712	6%
Productie	5 651	47%
Totaal	12 120	100%

I. In BVH wordt een onderscheid gemaakt tussen 'bezit', 'handel en dergelijke' en 'vervaardigen'. 'Handel en dergelijke' bevat inderdaad voor meer dan 90% handelsdelicten. II. De KMar-delicten zijn geteld als 'smokkel'. Bron: BVH- en BPS-dossiers (Kruize & Gruter, 2014).

Tabel 11.7 Aandeel (in %) van verschillende soorten drugs die in beslag zijn genomen bij Opiumwetdelicten met verdachten, politie en KMar, 2012

	Politie	KMar	Totaal
Harddrugs			
Cocaïne	39%	95%	47%
Heroïne/opium	18%	2%	16%
Ecstasy/amfetamine	30%	2%	26%
GHB Overig	6% 7%	- 1%	5% 6%
Softdrugs			
Nederwiet/hennep	78%	69%	77%
Buitenlandse wiet	8%	-	8%
Hasj	11%	26%	12%
Overig	3%	5%	3%

Bron: BVH en BPS registraties (Kruize & Gruter, 2014).

Tabel 11.8 Aandeel (%) van verschillende soorten hard- en softdrugs per type delict (met verdachte), politie en KMar, 2012

	Bezit	Handel	Smokkel	Productie	Totaal
Harddrugs					
Cocaïne	36%	50%	95%		47%
Heroïne/opium	17%	24%	2%		16%
Ecstasy/amfetamine	33%	18%	2%		26%
GHB Overig	8% 6%	1% 7%	- 1%		5% 6%
Softdrugs					
Nederwiet/hennep	63%	69%	69%	94%	77%
Buitenlandse wiet	14%	12%	-	2%	8%
Hasj	19%	17%	26%	2%	12%
Overig	4%	2%	5%	2%	3%

Bron: BVH en BPS registraties en dossiers (Kruize & Gruter, 2014).

- Bij bezit van softdrugs gaat het volgens dit onderzoek vaak (in 71% van de bezitsdelicten) om 5 gram of minder en in 9% om 30 gram of minder.
- Als het gaat om handel in drugs (hard- of softdrugs), dan betreft dit vrijwel uitsluitend detailhandel (de directe verkoop aan gebruikers; niet in tabel). Meestal is het straathandel, met name bij softdrugs. Harddrugshandel vindt vaker plaats vanuit dealpanden dan softdrugshandel.

In tabel 11.7 is te zien op welke drugs de Opiumwetdelicten met verdachten in 2012 betrekking hadden.

- Bij de harddrugsdelicten wordt in ongeveer de helft van de gevallen (47%) cocaïne in beslag genomen.
- Synthetische drugs als ecstasy en amfetamine tekenen voor 26% van de inbeslagnames bij de harddrugsdelicten.

- Opiaten (heroïne), GHB en overige harddrugs hebben een aandeel van respectievelijk 16%, 5% en 6%.
- Bij de geregistreerde softdrugsdelicten gaat het vrijwel uitsluitend om cannabisproducten. Nederwiet en hennepplanten voeren de boventoon (77%). Van het totaal betreft 20% buitenlandse wiet en hasj. De andere softdrugs (paddo´s, qat) vormen slechts een klein aandeel (3%).

Tabel 11.8 geeft een overzicht van het type delict per drugssoort in de in 2012 door politie en KMar geregistreerde drugsdelicten, gebaseerd op het onderzoek van Kruize en Gruter (2014).

- Smokkel van harddrugs heeft voor 95% betrekking op cocaïne.
- Bij de overige typen handelsdelicten gaat het ook meestal om cocaïne, met heroïne/opium op de tweede plaats.
- Bezit van harddrugs betreft vooral cocaïne en ecstasy/amfetamine.
- Productie van harddrugs betreft louter synthetische drugs, maar meestal worden er bij een ontmanteling van een productieplaats geen drugs in beslag genomen, maar hardware of chemicaliën (niet in tabel).
- Bij de verschillende typen softdrugsdelicten gaat het meestal om nederwiet/hennep en op de tweede plaats om hasj. Daarnaast wordt ook buitenlandse wiet aangetroffen.
- Bijna de helft van de softdrugsdelicten heeft betrekking op hennepteelt (47%). Deze vindt meestal plaats in woningen. De verdachten van productie van softdrugs zijn in 94% van de gevallen opgepakt vanwegt teelt van nederwiet/hennep.
- Ruim een kwart van de smokkel van softdrugs betreft hasj, ruim twee derde betreft nederwiet/hennep.
- Bij bezit van softdrugs gaat het in 63% van de gevallen om nederwiet/hennep en in de overige gevallen om buitenlandse wiet of hasj.

Er is in het onderzoek van Kruize en Gruter (2014) ook gekeken naar de opsporing van drugsdelicten in 2012.

- Opsporing van bezit van drugs is vaker het gevolg van niet-gerichte opsporing dan van gerichte opsporing, terwijl alle andere drugsdelicten (handel, smokkel en productie) voornamelijk door gerichte opsporing aan het licht komen.
- Bij smokkel spelen de controles van de Douane een cruciale rol, terwijl bij de ontdekking van drugsproductie of cannabisteelt tips van burgers de belangrijkste factor vormen.
- De politie registreert verhoudingsgewijs de meeste drugsdelicten in de provincies Limburg en Noord-Brabant.

De verdachten kunnen als volgt gekenmerkt worden:

- De meeste verdachten zijn man (tabel 11.9).
- Voor 42% van de verdachten is het delict uit 2013 het eerste geregistreerde delict. Zij zijn 'first offender' van een misdrijf (ongeacht welk type, dus niet enkel van een Opiumwetmisdrijf). In de jaren ervoor schommelde dit rond de 40%. De overigen zijn al eerder met de politie in aanraking geweest. Een derde heeft vijf of meer criminele antecedenten, 16% heeft er meer dan tien. Verdachten van harddrugsdelicten hebben gemiddeld een hoger aantal antecedenten dan verdachten van softdrugsdelicten. Dit patroon verschilt niet van eerdere jaren.
- De verdachten zijn meestal tussen de 18 en 44 jaar. Verdachten onder de 18 en boven de 55 jaar vormen een minderheid.
- Softdrugsverdachten zijn over het geheel genomen ouder dan harddrugsverdachten, met de kanttekening dat bij bezit van cannabis (en smokkel van gebruikershoeveelheden) vooral jongvolwassenen betrokken zijn (Kruize en Gruter, 2014). De (detail)handelaren van cannabis zijn achter in de twintig, terwijl telers meestal achter in de dertig zijn (Kruize en Gruter, 2014).
- Bij bezit en handel van harddrugs zijn voornamelijk jongvolwassenen betrokken. Bij smokkel van cocaïne gaat het meestal om personen tussen de twintig en de dertig, en bij de productie van harddrugs (synthetische drugs) zijn relatief veel begin dertigers betrokken (Kruize en Gruter, 2014).

Tabel 11.9 Kenmerken van verdachten Opiumwetdelicten, naar hard- en softdrugs, 2013[I]

		Harddrugs	Softdrugs	Beide	Totaal[II]
Totaal aantal		7 095	8 578	1 655	17 336
Geslacht	Man	87%	83%	85%	85%
	Vrouw	13%	17%	15%	15%
Aantal antecedenten[III]	1	40%	45%	39%	42%
	2	11%	14%	15%	13%
	3-4	12%	13%	11%	13%
	5-10	17%	16%	17%	17%
	11-20	11%	8%	12%	10%
	21-50	6%	4%	5%	5%
	≥ 51	2%	1%	1%	1%
Leeftijd bij registratie laatste delict					
	12-17 jaar	3%	3%	2%	3%
	18-24 jaar	32%	18%	20%	24%
	25-34 jaar	34%	32%	32%	32%
	35-44 jaar	19%	24%	25%	22%
	45-54 jaar	10%	17%	15%	14%
	55-64 jaar	3%	6%	4%	5%
	≥ 65 jaar	1%	1%	1%	1%

I. Teleenheid wordt gevormd door unieke verdachten; elke verdachte is éénmaal geteld, ook al wordt hij/zij in een jaar vaker dan éénmaal voor een Opiumwetdelict geverbaliseerd. II. In 23 gevallen is de soort drug onbekend. Deze categorie is hier niet opgenomen. III. Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal is opgemaakt; het betreft antecedenten uit de totale criminele geschiedenis *inclusief* het huidige politiecontact. Bron: HKS, Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie i.o., afdeling BI&K team BICC, 2014.

Instroom van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie

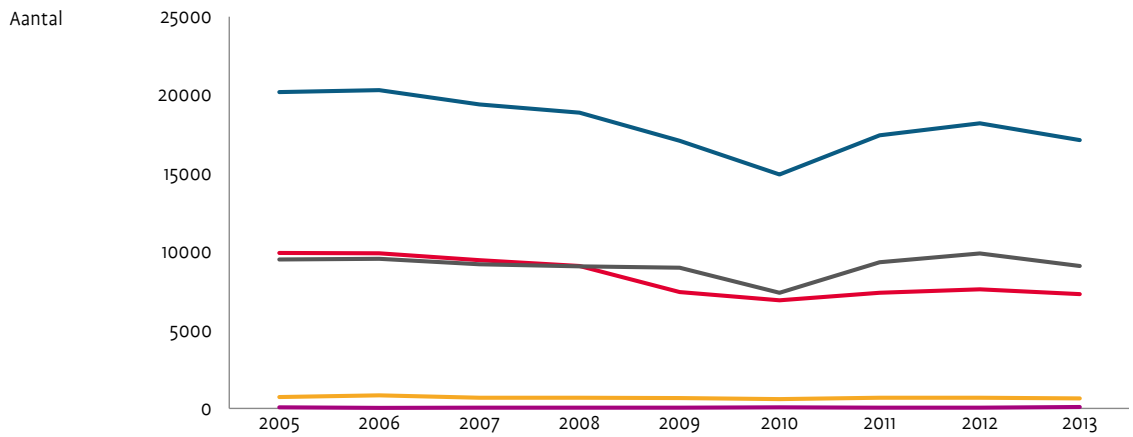
Opiumwetzaken worden vervolgd conform de beleidsregels in de Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie (OM, zie www.om.nl). Niet alle zaken worden door de politie doorgestuurd naar het OM. Zo heeft de politie de bevoegdheid om voor bepaalde delicten een transactie aan te bieden, bijvoorbeeld bij het bezit van minder dan 0,5 gram heroïne of cocaïne (zie hoofdstuk 2). Door betaling van de transactie wordt de zaak afgedaan en niet doorgestuurd naar het OM.

Figuur 11.2 laat de instroom van Opiumwetzaken bij het OM zien. Evenals bij de politiecijfers is ook hier de algemene trend waarneembaar van een stijging van het totaal aantal Opiumwetzaken in 2011 en 2012, die stopt – en zelfs daalt – in 2013.

- In 2013 daalt het aantal Opiumwetzaken met 6% naar ruim 17 000. Tussen 2010 en 2012 steeg het aantal bij het OM ingestroomde zaken nog van bijna 15 000 naar 18 000. De daling in 2013 is vooral waarneembaar bij softdrugszaken. Harddrugszaken en gecombineerde hard- en softdrugszaken dalen minder sterk.
- De zaken bij het OM betreffen nog steeds vaker softdrugs (53%) dan harddrugs (43%; figuur 11.2).

Het aandeel Opiumwetzaken bij het OM op de totale instroom neemt in recente jaren toe tot 8% in 2013 (tabel 11.10). De stijging komt voornamelijk voor rekening van softdrugszaken.

Figuur 11.2 Aantal Opiumwetzaken[I] ingestroomd bij het Openbaar Ministerie, naar hard- en softdrugs[II], 2005-2013



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Opiumwet totaal	20200	20313	19408	18867	17089	14930	17420	18200	17130
Harddrugs	9921	9902	9463	9082	7429	6899	7387	7591	7300
Softdrugs	9500	9544	9206	9058	8969	7380	9326	9890	9093
Hard- en softdrugs	720	833	686	674	651	593	671	682	647
Onbekend	59	34	53	53	40	58	36	37	90
% Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% Harddrugs	49,1%	48,7%	48,8%	48,1%	43,5%	46,2%	42,4%	41,7%	42,6%
% Softdrugs	47,0%	47,0%	47,4%	48,0%	52,5%	49,4%	53,5%	54,3%	53,1%
% Hard- en Softdrugs	3,6%	4,1%	3,5%	3,6%	3,8%	4,0%	3,9%	3,7%	3,8%
% Onbekend	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,2%	0,4%	0,2%	0,2%	0,5%

I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. II. Een gering aantal Opiumwetzaken laat zich niet indelen in een van de categorieën. Deze zaken zijn hier niet opgenomen. Bron: OMDATA/RACmin WODC.

Tabel 11.10 Aandeel (in %) van Opiumwetzaken op totale instroom OM, 2005-2013

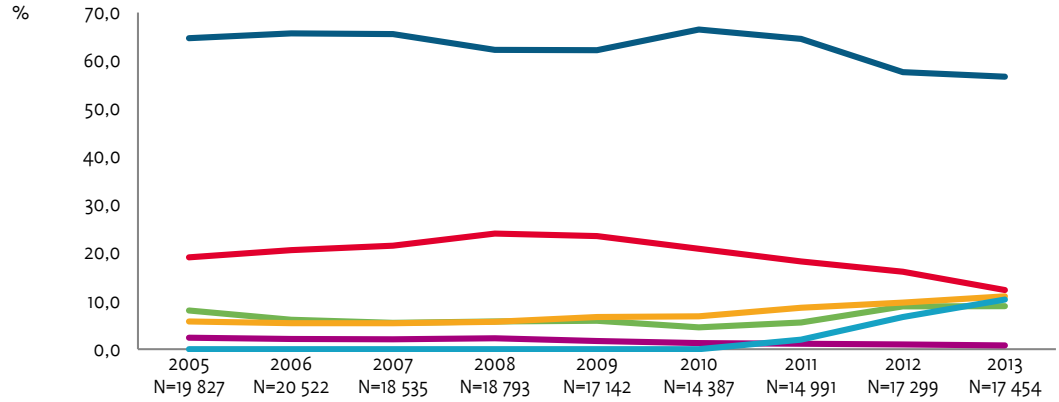
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% Opiumwet	7,5%	7,5%	7,1%	7,1%	7,3%	7,0%	7,5%	8,0%	8,2%
Zaken totaal (afgerond, *1000)	269	270	275	264	234	214	232	226	209

Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

Afdoening van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie

- De meeste verdachten van een Opiumwetdelict worden door het OM voor de rechter gebracht (gedagvaard) (figuur 11.3). In 2013 geldt dit voor 57% van het totaal aantal afgedane zaken (was 58% in 2012).
- Bij een strafbeschikking legt het OM zelf een sanctie op. In 2013 stijgt het aandeel van de opgelegde strafbeschikkingen naar 10% van de zaken. De strafbeschikkingen komen deels in de plaats van de transacties. In 2011 en 2012 komen de eerste strafbeschikkingen bij Opiumwetdelicten in beeld. Het aandeel van de strafbeschikkingen is in 2011 aanvankelijk 2% en bedraagt 7% in 2012.
- Het aandeel transacties bedroeg in 2010 nog 21%. Dit is in 2013 gedaald naar 12%. Hiermee eindigt momenteel nog ruim één op de acht Opiumwetzaken in een transactie door het OM. Hiertoe behoren financiële transacties, maar ook vergoeding van schade, leerprojecten of werkstraffen. Het grootste deel van de OM-transacties bestaat uit financiële transacties. In 2013 waren het er ruim 1 500. In 2012 waren het er nog ruim 2 200. Tussen 2005 en 2008 lag het aantal financiële transacties nog rond

Figuur 11.3 Afdoening Openbaar Ministerie in Opiumwetzaken (in %), 2005-2013[I]



	2005 N=19 827	2006 N=20 522	2007 N=18 535	2008 N=18 793	2009 N=17 142	2010 N=14 387	2011 N=14 991	2012 N=17 299	2013 N=17 454
Dagvaarding	64,7	65,6	65,6	62,2	62,2	66,5	64,5	57,6	56,7
Transactie	19,1	20,6	21,5	24,0	23,5	20,9	18,2	16,1	12,3
Beleidssepot	8,1	6,1	5,5	5,8	5,9	4,5	5,5	8,9	8,9
Technisch sepot	5,8	5,4	5,4	5,7	6,7	6,8	8,6	9,7	11,0
Voeging	2,4	2,1	2,1	2,3	1,7	1,3	1,2	1,0	0,8
Strafbeschikking	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	6,7	10,3

I. De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

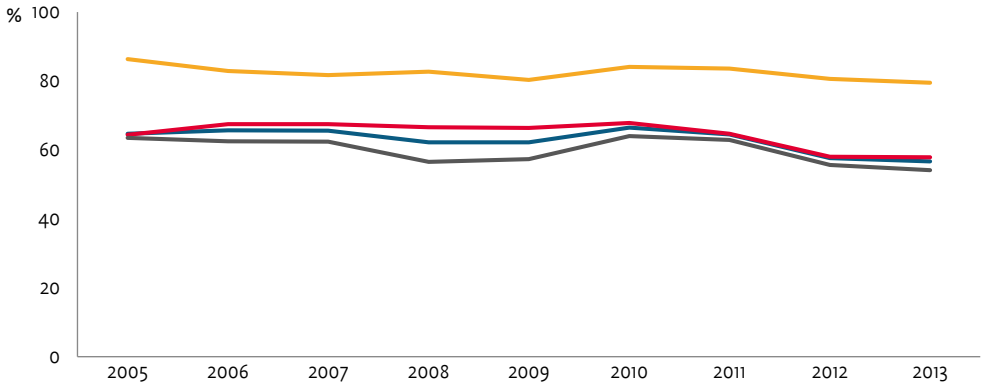
de 4 000. Vanaf 2009 daalt het aantal fors. Het gemiddelde bedrag (mediaan) dat gemoeid is met de financiële transacties is 250 euro in 2013; dit is 20 euro lager dan in 2012. Het transactiebedrag schommelt in de periode 2005-2013 tussen de 320 en 250 euro (niet in tabel).

- In 2013 komt het aandeel beleidssepots uit op 9% evenals in 2012. In recente voorafgaande jaren is het aantal en aandeel beleidssepots gestegen (was 5% in 2010).
- Het aandeel technische sepots stijgt in 2013 naar 11%. In 2011 en 2012 was dit aandeel al gestegen naar 9%. In 2010 kwam dit nog voor in 7% van de Opiumwetzaken. Voegingen komen betrekkelijk weinig voor.

Er zijn verschillen in afdoening door het OM tussen harddrugszaken, softdrugszaken en zaken met zowel hard- als softdrugs (figuur 11.4):

- Harddrugszaken (58%) worden vaker gedagvaard dan softdrugszaken (54%). Het aandeel dagvaardingen is echter het hoogst als het gaat om zaken met een combinatie van hard- én softdrugs (80%).
- Transacties kwamen tot en met 2010 relatief het meest voor in softdrugszaken, minder vaak in harddrugszaken en het minst in zaken met hard- en softdrugs. Na dit jaar vindt een verschuiving plaats: in 2011 en 2012 is het aandeel transacties in harddrugszaken zelfs hoger dan in softdrugszaken. Mogelijk hangt dit samen met de opkomst van de strafbeschikking OM. Deze "vervangt" immers de transactie. In 2013 is het aandeel transacties bij softdrugszaken weer hoger dan bij harddrugszaken: 13 versus 12%. Bij gecombineerde hard- en softdrugszaken is dit 3% (niet in figuur).
- In 2013 is het aandeel van de strafbeschikkingen het hoogst bij harddrugszaken (13%). Bij softdrugszaken is dit 9% en bij gecombineerde drugszaken 7% (niet in figuur).
- Het aandeel beleidssepots is in 2013 het hoogst bij softdrugszaken: 10%. Bij harddrugszaken is dit 8% en bij gecombineerde drugszaken 4%. Technische sepots komen in recente jaren het meest voor in softdrugszaken. In 2013 is dit aandeel 13%, waar het bij harddrugszaken 9% is en bij zaken met hard- en softdrugs 6% (niet in figuur).

Figuur 11.4 Aandeel (%) dagvaardingen in Opiumwetzaken Openbaar Ministerie, naar harddrugs, softdrugs en hard- en softdrugsI, 2005-2013



Dagvaardiging	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
totaal	64,7	65,6	65,6	62,2	62,2	66,5	64,5	57,6	56,7
harddrugs	64,4	67,4	67,5	66,6	66,3	67,8	64,7	58,0	57,9
softdrugs	63,5	62,5	62,4	56,5	57,4	64,0	62,9	55,6	54,1
hard- en softdrugs	86,4	82,9	81,7	82,7	80,3	84,1	83,6	80,6	79,5

I. De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

Afdoening door de rechter in eerste aanleg

Het aantal afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter stijgt in 2013. Dit geldt zowel voor harddrugs als voor softdrugs als voor de combinatiezaken. De dalende lijn in het aantal harddrugszaken lijkt in 2013 te stoppen (figuur 11.5).

- In 2013 stijgt het aantal door de rechter afgedane zaken naar zo'n 9 800. Ook in 2012 was sprake van een toename. Daarvoor was er sinds 2006 een dalende lijn.

In 2013 was 50% een softdrugszaak en 45% een harddrugszaak (figuur 11.5). Een klein deel betreft de gecombineerde hard- en softdrugszaken. Dit aandeel blijft de afgelopen jaren constant op 5%. Het percentage hard- en softdrugszaken dat de rechter afdoet blijft in 2013 ruwweg op het niveau van 2012.

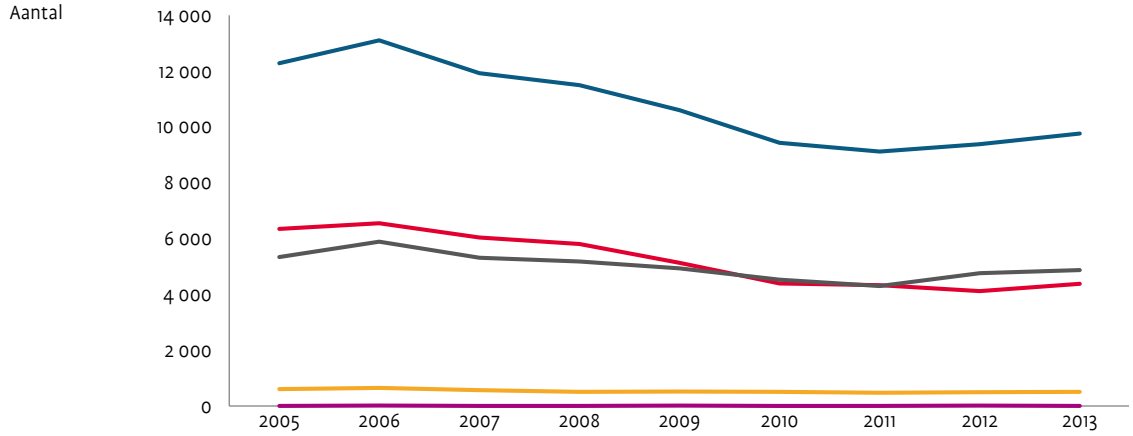
In 2013 vormen Opiumwetzaken 9% van het totale aantal door de rechter afgedane zaken (tabel 11.11). Vanaf 2009 stijgt het aandeel. De stijging komt voornamelijk voor rekening van softdrugszaken, hoewel in 2013 ook het aandeel harddrugszaken is toegenomen. De stijging van het percentage kan te maken hebben met het gegeven dat het Openbaar Ministerie bij Opiumwetdelicten nauwelijks gebruik maakt van de afdoening met een strafbeschikking. Daardoor komen Opiumwetdelicten verhoudingsgewijs vaak bij de Rechter terecht.

Sancties

Figuur 11.6 laat zien in hoeveel hard- en softdrugszaken taakstraffen, (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en geldboetes in de periode 2005-2013 door de rechter in eerste aanleg zijn opgelegd.

- Over het geheel genomen krijgen Opiumwetdelinquenten in 2013 vaker een taakstraf dan een (deels) onvoorwaardelijke gevangenisstraf opgelegd (ruim 3 600 taakstraffen tegen rond 3 300 onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen).
- Vrijheidsstraffen worden vooral opgelegd bij harddrugsdelicten, taakstraffen vooral bij softdrugsdelicten.
- De gemiddelde duur van een taakstraf is in 2013 even hoog als in 2012. Het gemiddelde aantal uren taakstraf in 2013 is 91 (tabel 11.12). Sinds 2005 is de gemiddelde duur van de taakstraf gedaald. Het aantal taakstraffen daalde sinds 2006, maar stijgt weer in 2012 en 2013.

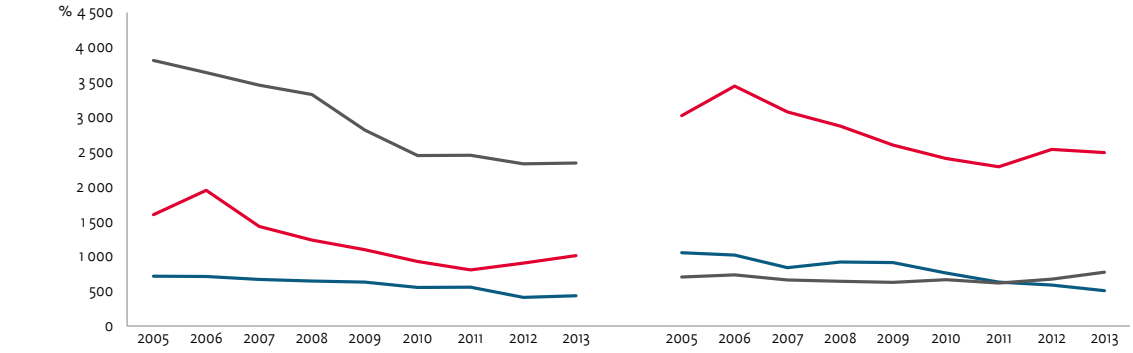
Figuur 11.5 Aantal door rechter afgedane zaken naar hard- en softdrugs in eerste aanleg, 2005-2013[1]



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Opiumwet totaal	12 287	13 103	11 927	11 499	10 595	9 428	9 118	9 385	9 766
Harddrugs	6 343	6 549	6 040	5 804	5 127	4 391	4 335	4 117	4 377
Softdrugs	5 332	5 888	5 315	5 176	4 929	4 527	4 299	4 759	4 868
Hard- en softdrugs	605	649	564	511	523	507	475	495	513
Onbekend	7	17	8	8	16	3	9	14	8
% Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% Harddrugs	51,6%	50,0%	50,6%	50,5%	48,4%	46,6%	47,5%	43,9%	44,8%
% Softdrugs	43,4%	44,9%	44,6%	45,0%	46,5%	48,0%	47,1%	50,7%	49,8%
% Hard- en Softdrugs	4,9%	5,0%	4,7%	4,4%	4,9%	5,4%	5,2%	5,3%	5,3%
% Onbekend	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%

I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

Figuur 11.6 Type sanctie in eerste aanleg in harddrugs (links) en softdrugs (rechts) zaken, 2005-2013



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Geldboete	716	712	668	647	629	552	556	411	433
Taakstraf	1 597	1 948	1 430	1 233	1 094	927	805	902	1 009
Vrijheidsstraf	3 811	3 635	3 458	3 322	2 811	2 448	2 449	2 327	2 338

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Geldboete	1 052	1 017	838	920	911	762	629	589	506
Taakstraf	3 018	3 443	3 074	2 868	2 598	2 406	2 285	2 534	2 489
Vrijheidsstraf	702	732	662	640	628	666	617	671	772

Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

Tabel 11.11 Aandeel (%) van door de rechter afgedane Opiumwetzaken, 2005-2013[1]

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% Opiumwet	8,4%	8,9%	8,5%	8,1%	7,6%	7,8%	7,8%	8,5%	8,8%
Zaken totaal (afgerond, *1000)	145	147	139	140	139	120	116	109	110

I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

Tabel 11.12 Gemiddelde duur van door rechter opgelegde taakstraf (uren) en (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf (dagen) en bedrag van geldboete (mediaan in euro's) in Opiumwetzaken, 2005-2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Taakstraf	112	113	106	102	97	97	93	91	91
Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	334	310	340	301	311	308	298	260	247
Geldboete	500	490	400	400	370	440	450	500	490

Taakstraf in uren, onvoorwaardelijke vrijheidsstraf in dagen, geldboete in euro's. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

Tabel 11.13 Omvang populatie strafrechtelijk gedetineerden vanwege Opiumwetdelicten, 2006-2013, peildatum 30 september

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Populatie totaal	13 718	12 769	11 934	11 682	11 736	11 545	11 160	10 544
Opiumwet totaal	2 574	2 576	2 368	2 249	2 107	1 855	1 666	1 600
% Opiumwet[1]	19%	20%	20%	22%	20%	18%	17%	17%

1. Berekening percentages zonder de categorie 'onbekend'. Bronnen: Kalidien en Van Rosmalen, 2014; Databestand Monitor Criminaliteit en Rechtshandhaving, 2014.

- In 2013 zijn in 3 323 Opiumwetzaken (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd. Sinds 2005 is dit aantal afgenomen. In 2013 stijgt dit aantal weer voor het eerst sinds jaren.
- De gemiddelde duur van een opgelegde (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf in een Opiumwetzaak is in 2013 247 dagen (2012; 260 dagen), minder dan in de jaren daarvoor.
- In 2013 werd in ruim 1 000 zaken een geldboete opgelegd door de rechter. Dit aantal is de afgelopen jaren sterk gedaald. Het bedrag van een geldboete (mediaan) bedraagt 490 euro in 2013.

Recent onderzoek naar de relatie tussen daderkenmerken en straftoemeting laat zien dat daders van Opiumwetdelicten in vergelijking met andere daders relatief zwaar worden bestraft met onvoorwaardelijke en voorwaardelijke gevangenisstraffen van langere duur en relatief weinig korte voorwaardelijke taakstraffen (Van Wingerden en Van Wilsem, 2014).

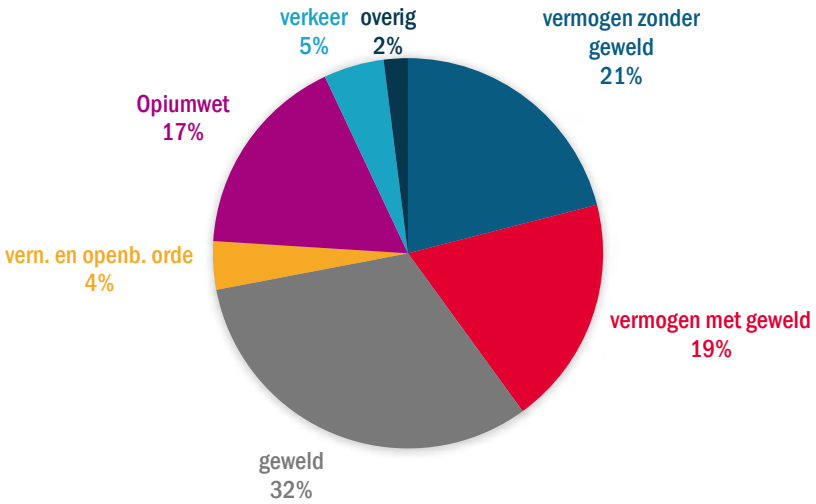
Opiumwetdelinquenten in de Nederlandse gevangenissen

Van de personen die op 30 september 2013 in het gevangeniswezen verbleven, zat 17% daar vanwege een Opiumwetdelict (figuur 11.7). Dit verschilt niet van 2012, maar over de wat langere termijn bezien is dit percentage relatief laag (tabel 11.13).

Strafrechtelijke recidive van Opiumwetdelinquenten

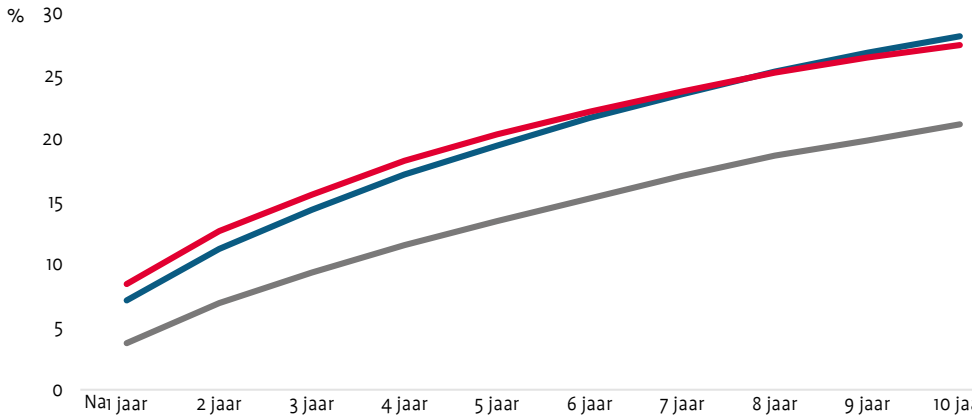
Figuur 11.8 laat zien hoeveel daders (in cumulatieve %) die zijn vervolgd voor het overtreden van de Opiumwet (of de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën) na een observatieperiode van één tot maximaal tien jaar opnieuw een Opiumwetdelict pleegden. De cijfers zijn berekend volgens de standaard werkwijze van de Recidivemonitor (Wartna et al., 2011). Het betreft daders die in de jaren 1997 tot en met 2010 hun oorspronkelijke Opiumwetdelict c.q. hard- of softdrugsdelict pleegden. Voor personen die een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf kregen opgelegd voor het oorspronkelijke Opiumwetdelict, vormde de geschatte datum van invrijheidstelling het startpunt van de observatieperiode.

Figuur 11.7 Aandeel[I] Opiumwetdelinquenten in het gevangeniswezen[II] vergeleken met vijf andere delictgroepen. Peildatum 30 september 2013, N=10 544



I. Berekening percentages zonder de categorieën 'onbekend'. II. Inclusief extramuraal geplaatste justitiabelen. Extramuraal verblijvenden in het kader van elektronische detentie en penitentiair programma zijn meegeteld evenals door drugskoeriers en illegale vreemdelingen bezette plaatsen van de Directie Bijzondere Voorzieningen. Bron: Databestand Monitor Criminaliteit en Rechtshandhaving, 2014.

Figuur 11.8 Percentage (cumulatief) daders van drugsdelicten, harddrugsdelicten en softdrugsdelicten dat recidiveert met drugsdelict, naar observatieperiode (1-10 jaar)



Opnieuw een	Na 1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jaar	5 jaar	6 jaar	7 jaar	8 jaar	9 jaar	10 jaar
drugsdelict	7,1	11,2	14,3	17,1	19,4	21,6	23,5	25,3	26,8	28,1
harddrugsdelict	8,4	12,6	15,5	18,2	20,3	22,1	23,7	25,2	26,4	27,4
softdrugsdelict	3,7	6,9	9,3	11,5	13,4	15,2	17	18,6	19,8	21,1

Bron: WODC-Recidivemonitor/2013

Voor de anderen was dat de inschrijfdatum van de uitgangszaak. Het tijdstip van de recidive is bepaald aan de hand van de pleegdatum van het nieuwe delict.

De uitkomsten van de berekeningen over eerdere jaren verschillen een fractie van die van vorig jaar. Dit heeft te maken met wijzigingen in de brondata, bijvoorbeeld omdat een strafzaak intussen een andere afdoeningsdatum heeft gekregen ('data-evolutie'). De gegevens zijn onder meer gecorrigeerd voor tijd in detentie. Van de drugsdaders is nagegaan of zij binnen een bepaalde periode na de inschrijving van het drugsdelict waarvoor ze veroordeeld zijn, opnieuw voor een drugsdelict in contact zijn gekomen met het Openbaar Ministerie. Dit heet 'speciale recidive' (Wartna et al., 2011).

Tabel 11.14 Percentage (cumulatief) daders van een hard- of softdrugsdelict dat recidiveert voor enig delict (algemene recidive) of voor een ernstig delict, cohorten 2003-2010, naar observatieperiode (1 tot 10 jaar)

Observatieperiode in jaren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Algemene recidive										
- Harddrugsdaders	26,3	36,5	42,8	47,5	51,0	53,7	55,8	57,8	59,3	60,9
- Softdrugsdaders	16,6	25,8	31,8	36,5	40,1	43,6	46,2	48,4	50,1	51,6
Ernstige recidive										
- Harddrugsdaders	20,8	29,3	34,6	38,9	40,7	44,8	47,0	49,0	50,5	52,2
- Softdrugsdaders	10,7	17,3	22,0	25,6	28,7	31,5	33,8	36,1	37,7	39,1

Bron: WODC-Recidivemonitor, 2013.

- Het percentage Opiumwetdaders dat recidiveert neemt toe in de loop van de tijd. Na een jaar recidiveert gemiddeld 7% opnieuw met een Opiumwetdelict, na tien jaar loopt dit op tot gemiddeld 28%. Vergeleken met andere categorieën daders met een strafzaak behoort dit tot de midden tot lagere regionen.
- Van daders van een geweldsdelict recidiveert bijvoorbeeld rond de 8-9% binnen een jaar met een nieuw geweldsdelict en 35-36% binnen tien jaar (berekend voor de cohorten 2000, 2001, 2002 en 2009; www.wodc.nl, recidivemonitor, repris). Van daders van een vermogensdelict met geweld recidiveert tussen de 6 en 12% binnen een jaar met eenzelfde soort delict en tussen de 22 en 30% binnen tien jaar. Van daders van een vermogensdelict zonder geweld recidiveert 15 tot 22% binnen een jaar met een nieuw vermogensdelict en rond 43% binnen tien jaar.
- Bij daders van een harddrugsdelict ligt de recidive hoger dan bij daders van een softdrugsdelict.
- Voor daders van een harddrugsdelict is de recidive na een jaar gemiddeld 8%. Na tien jaar is dit opgelopen tot gemiddeld 27%.
- Voor daders van een softdrugsdelict is de recidive na een jaar gemiddeld 4%. Na tien jaar is dit opgelopen tot 21%.
- De recidive daalt: de cohorten van hard- én softdrugsdaders vanaf (grofweg) 2002 laten lagere speciale recidive zien dan de cohorten uit de jaren daarvoor. Dit geldt ook voor andere dadergroepen.
- Uit onderzoek naar daders van (huiselijk) geweld blijkt dat daders die ook een drugsdelict pleegden relatief vaak recidiveren (tweejaars algemene recidive) (cohort 2009; Alberda en Wartna, 2013).

Als gekeken wordt naar de nieuwe justitiecontacten naar aanleiding van enig misdrijf, ongeacht de aard en ernst van de gepleegde delicten (de 'algemene' recidive), en naar de ernstige recidive (dit zijn misdrijven met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar; zie Wartna et al., 2011), dan zijn verschillen waarneembaar tussen daders van een harddrugsdelict en daders van een softdrugsdelict (tabel 11.14).

- De prevalentie van algemene recidive is bij harddrugsdaders consequent hoger. Na tien jaar loopt de algemene recidive bij harddrugsdaders op tot 61%, terwijl het dan bij softdrugsdaders op 52% ligt.
- De prevalentie van ernstige recidive is eveneens hoger bij harddrugsdaders. Na tien jaar heeft 52% van de harddrugsdaders met een ernstig delict gerecidiveerd. Van de softdrugsdaders is dit 39%.

Dit wijst erop dat een groter deel van de harddrugsdaders zich bij recidive inlaat met delicten van verschillende aard en ook met meer ernstige delicten, dan van de softdrugsdaders.

12. Delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers

12.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 263
12.2	Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit	▶ pagina 264
12.3	Alcohol- en drugsgerelateerde overlast	▶ pagina 268
12.4	Interventies voor middelengebruikers in het strafrechtelijk systeem	▶ pagina 270

12. Delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers

In dit hoofdstuk gaat het over delicten die gepleegd worden door middelengebruikers (alcohol en drugs) en de reactie die daar in 2013, voor zover bekend, op gevolgd is in het strafrechtelijk systeem.
De gegevens zijn afkomstig uit registratiesystemen van politie, verslavingsreclassering, de Dienst Justitiële Inrichtingen en uit recent onderzoek, zoals de Veiligheidsmonitor. Wat betreft registratiesystemen van politie en justitie moet worden opgemerkt dat middelengebruik onder justitiabelen niet systematisch bij alle justitiabelen wordt nagevraagd en geregistreerd, noch door de politie, noch door het Openbaar Ministerie of het gevangeniswezen. De cijfers die uit deze systemen gerapporteerd worden, geven daarom slechts zicht op de gebruikers die bij politie en justitie in beeld zijn gekomen. Een onbekend deel van de verdachten en gedetineerden met (problematisch) middelengebruik blijft buiten de statistieken.

Paragraaf 12.1 geeft een overzicht van de belangrijkste bevindingen in 2013. Paragraaf 12.2 beschrijft wat bekend is over middelengebruikende justitiabelen bij politie en justitie. Paragraaf 12.3 gaat in op alcohol- en drugsgerelateerde overlast. Paragraaf 12.4 geeft een overzicht van de justitiële interventies en maatregelen die zijn toegepast bij justitiabele alcohol- en drugsgebruikers die zich in het strafrechtelijk systeem bevinden.

12.1 Laatste feiten en trends

- De categorie "alcoholgebruikende verdachte" bij de politie bestaat in 2013 voornamelijk uit mannen van tussen de 35 en 54 jaar, die vaak meerdere criminele antecedenten hebben en worden verdacht van vermogensdelicten (zonder geweld) en geweldsdelicten (tegen personen).
- De categorie "drugsgebruikende verdachte" bij de politie bestaat al sinds jaren voornamelijk uit mannen, waarvan de meerderheid een aanzienlijke criminele historie heeft. Ook zij worden vooral opgepakt vanwege vermogensdelicten (zonder geweld) en geweldsdelicten (tegen personen). Er zijn in 2013 weinig verschillen met 2012 (§ 12.2).
- Het aantal verdachten van rijden onder invloed daalt. Het gaat hierbij vooral om alcohol (§ 12.2).
- Ongeveer een op de vijftig Nederlandse bestuurders test positief op drugsgebruik. Het gaat vooral om cannabis en cocaïne. Alcoholovertredingen in weekendnachten komen bij evenveel bestuurders voor (§ 12.2).
- Het aandeel zeer actieve veelplegers met verslavingsproblemen daalt (§ 12.2).
- Overlast door drugshandel of drugsgebruik komt volgens een kwart van de Nederlandse bevolking wel eens voor in de eigen buurt, maar slechts een beperkt deel ervaart er veel overlast (in algemene zin) van (§ 12.3).
- De verslavingsreclassering registreert eind 2013 meer cliënten dan in 2012. Zij verricht in 2013 vooral activiteiten in het kader van toezicht op justitiabelen en advisering over cliënten aan justitiële instanties (§ 12.4).
- De meeste ISD'ers volgen een trajectregime met gedragsinterventies, waarvan bijna de helft dit doet binnen de penitentiaire inrichting (§ 12.4).

12.2 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

In het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie kan aangegeven worden of een verdachte "alcoholgebruiker" of "drugsgebruiker" is. Deze classificatie - het gaat om een gevarenclassificatie - wordt gebruikt als er aanwijzingen zijn dat een verdachte door zijn alcohol- of drugsgebruik een gevaar kan opleveren voor de verbalisant. Ook kan dit gebeuren op aangeven van de verdachte zelf, bijvoorbeeld als hij/zij zelf aangeeft problemen te hebben met het gebruik van alcohol of drugs, of als hij/zij om methadon vraagt. Er is een kans dat een verdachte wel alcohol- of drugsgebruiker is, maar niet als zodanig in het HKS wordt geregistreerd, omdat de politie dit niet herkent. We hebben te maken met een onderschatting (zie Bruinsma et al., 2008). De omvang van de onderschatting is niet bekend. Er bestaan ook regionale verschillen in de registratie van deze categorie en de registratie wordt niet systematisch ververst.

De classificatie "alcoholgebruiker" zoals die uit de registratie van de politie naar voren komt, bestaat in 2013 uit 1 506 personen. De meerderheid is man (93% in 2013). Dit verschilt niet van eerdere jaren. De meerderheid is tussen de 35 en 54 jaar oud (70% in 2013). De leeftijd schuift sinds 2004 op naar boven: er zijn minder personen onder de 45 jaar en meer personen tussen de 45 en 64 jaar.

- Deze gebruikers hebben vaak meerdere antecedenten. Dit verschilt niet wezenlijk van eerdere jaren. Ze worden in 2013 vooral verdacht van vermogensmisdrijven (53%), geweldsmisdrijven (tegen personen; 34%) en vernieling of delicten tegen de openbare orde (29%). In 10% van de gevallen ging het om een verkeersdelict. Verder komen Opiumwetdelicten voor (6%) en diefstal met geweld of afpersing (6%).

Het is duidelijk dat veel verdachten die alcohol hebben gebruikt, zeker verdachten van rijden onder invloed, niet in deze classificatie worden opgenomen.

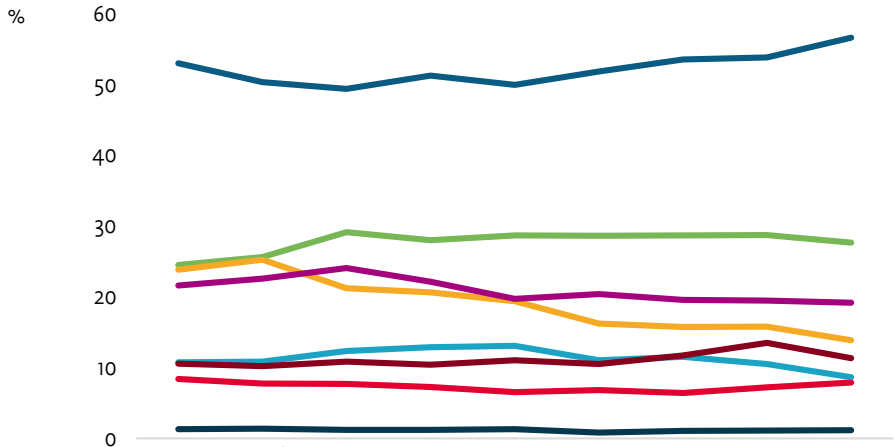
De classificatie "drugsgebruiker" heeft in 2013 het volgende profiel.

- Het merendeel is man (91%). De gemiddelde leeftijd is 43 jaar (in 2013). De gemiddelde leeftijd is in de loop der jaren steeds hoger geworden. De overgrote meerderheid (97% in 2013) is ouder dan 24 jaar.
- De meesten zijn veelplegers met tien of meer antecedenten: 84%. Een groep van 26% was meer dan 50 keer verdachte.

Het profiel is nauwelijks anders dan in 2012. Het totale aantal verdachten dat de politie categoriseert als "drugsgebruiker" nam in 2013 wel af. Er is sprake van een dalende lijn: in 2005 werden er 9 646 verdachten als zodanig gecategoriseerd en 5 265 in 2013.

Figuur 12.1 laat zien voor welk type delict de als drugsgebruiker gecategoriseerde verdachten zijn opgepakt.

Figuur 12.1 Type delict waarvan personen worden verdacht die door de politie als "drugsgebruiker" zijn geclassificeerd, 2005-2013[1]



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vermogensmisdrijven	53,0	50,3	49,4	51,2	49,9	51,8	53,5	53,8	56,6
Diefstal geweld/afpersing	8,4	7,8	7,7	7,3	6,5	6,8	6,4	7,2	7,9
Overig geweld	24,5	25,6	29,1	28,0	28,7	28,6	28,7	28,7	27,7
Opiumwet	23,8	25,2	21,2	20,6	19,4	16,2	15,7	15,8	13,9
Vernieling openbare orde/gezag	21,6	22,6	24,1	22,1	19,7	20,4	19,5	19,5	19,2
Verkeer	10,8	10,8	12,3	12,9	13,1	11,1	11,5	10,5	8,6
Seksueel geweld	1,3	1,4	1,2	1,2	1,3	0,8	1,0	1,1	1,1
Overige misdrijven	10,6	10,2	10,8	10,4	11,0	10,5	11,7	13,5	11,3

I. Verdachten kunnen verdacht worden van meer dan een type delict. Bron: HKS, KLPD/DNRI, extractie uit de WODC Datamart Drugs.

In 2013 zijn weinig veranderingen opgetreden in het type delict waarvan "drugsgebruikers" worden verdacht. Wanneer over een langere termijn wordt gekeken, 2005-2013, is bij een aantal typen een trend waar te nemen:

- Drugsgebruikende verdachten worden het meest geverbaliseerd voor vermogensdelicten zonder geweld. Dat is ook in 2013 het geval. De laatste drie jaren is dit aandeel relatief hoog. In 2011 en 2012 ging het om 54%, in 2013 stijgt dit aandeel naar 57%.
- Het aandeel drugsgebruikende verdachten dat geverbaliseerd is voor diefstal met geweld of afpersing, schommelt sinds 2005 tussen 6% en 8%. In 2013 is het 8%.
- In 2013 wordt 28% verdacht van overige geweldsdelicten (tegen personen). Dit aandeel is sinds 2007 min of meer stabiel.
- Sinds 2006 is een duidelijke dalende lijn in het aandeel Opiumwetdelicten te zien. In 2013 is dit aandeel 14%.
- Ook de openbare orde-delicten laten de laatste jaren – ook in 2013 – een dalende trend zien.
- Verkeersdelicten dalen sinds 2009.
- Seksuele delicten komen zeer weinig voor; het aandeel blijft constant (1%).
- Overige delicten nemen enigszins toe sinds 2008 tot en met 2012. In 2013 daalt dit aantal. Het gaat veelal om overtredingen van de wet Wapens en Munitie, economische- en milieumisdrijven.

Dorn et al. (2014) deden onderzoek naar problemen en medicatiegebruik bij 3 232 verdachten die in een politiecel verbleven en die werden bezocht door de Amsterdamse Forensische Medische Dienst, en vergeleken deze met die van 78 975 reguliere patiënten – gematcht op leeftijd en geslacht – in een huisartsenpraktijk. De gezondheidsproblemen werden door de zorgverleners (artsen of verpleegkundigen) gecodeerd volgens de International Classification for Primary Care (ICPC) en de medicatie volgens de Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classificatie. Het onderzoek betreft de periode juli 2008-juni 2009.

- Er zijn 7 888 consulten uitgevoerd bij 3 232 verdachten die in een politiecel verbleven (28% van het totale aantal). Een consult is geen standaard, maar kan worden aangevraagd door de persoon zelf of door de politie als er gezondheidsproblemen – zoals gebruik van drugs of medicatie – worden geconstateerd.
- Bij 50% van deze groep is een diagnose van psychische problemen gesteld.
- In 54% van de consulten is problematisch drugsgebruik de belangrijkste reden om een consult te vragen. Dit is de reden nummer één.
- In 20% van de consulten bij mannelijke verdachten in een politiecel gaat het om alcoholgebruik.
- 42% krijgt minstens één voorgeschreven medicijn met werking op het zenuwstelsel en 37% hiervan betreft medicatie die te maken heeft met verslaving (bij mannelijke verdachten).
- De problematiek bij de onderzochte groep is significant groter dan bij reguliere patiënten in een huisartsenpraktijk.
- De onderzoekers concluderen dat de omvang van de psychische en psychiatrische problemen implicaties heeft voor de kwalificatie van de medische zorg in de politiesetting, met name wat betreft middelengebruik.

Recent onderzoek naar de relatie tussen daderkenmerken en straftoemeting laat zien dat daders met (problematisch) alcohol- en drugsgebruik relatief zwaar worden bestraft wanneer alle mogelijke sancties in ogenschouw worden genomen (Van Wingerden en Van Wilsem, 2014). Zij krijgen lichtere onvoorwaardelijke gevangenisstraffen, maar zwaardere straffen over het geheel genomen, wanneer ook taakstraffen en voorwaardelijke straffen worden meegeteld.

Alcohol en uitgaansgeweld

- Veel gemeenten (ongeveer 83%) hebben in enigerlei mate last van uitgaansgeweld (Lemmers en Van Hasselt, 2014). Het gaat vooral om vernielingen, vandalisme en vechtpartijen.
- Overmatig alcoholgebruik speelt vrijwel altijd een rol bij uitgaansgeweld. De meeste daders, maar ook slachtoffers, zijn onder invloed van alcohol. Uit regionale onderzoeken blijkt dat mogelijk oplopend tot 100% van de daders van uitgaansgeweld onder invloed was ten tijde van het delict (De Groot & Van der Land, 2012). De relatie tussen alcoholgebruik en agressief of gewelddadig gedrag is echter niet één-op-één causaal. Het gedrag resulteert uit een interactie tussen het middel alcohol, de persoon en de omgeving.
- Geschat wordt (op basis van een interne notitie van het WODC, 2013) dat uitgaansgeweld in 2011 het Nederlandse juridische systeem tussen de 800 miljoen en 1,3 miljard euro kostte. Dit is een grove indicatie.
- De politie registreert de laatste jaren minder uitgaansgeweld. In 2013 registreerde de politie 5 900 gevallen van mishandeling en bedreiging in het uitgaansleven; in 2011 waren dat er nog 7 500. De politie schrijft de afname toe aan de betere samenwerking met de horeca, beveiligingsbedrijven en de lokale overheden.

Rijden onder invloed

Houwing en Hagenzieker (2013) rapporteren resultaten van het Europese DRUID-project (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). Het betreft onderzoek in de periode 2007-2009.

- 2,2% van de Nederlandse bestuurders in het Nederlandse verkeer bleek drugspositief. Dit ligt net iets boven het Europees gemiddelde van 1,9%.
- Cannabis komt het vaakst voor (1,7% van de bestuurders). Ook dit ligt in Nederland iets boven het Europees gemiddelde van 1,3%.
- Cocaïne is de tweede meest voorkomende drug in het Europese én het Nederlandse verkeer. Van de Nederlandse bestuurders test 0,3% positief op cocaïne. Dit is onder het Europese gemiddelde van 0,4%.

- Amfetamines en ecstasy komen minder voor in Europa, maar in Nederland relatief vaak: bij 0,2% van de bestuurders.
- Opiaten – hieronder wordt met name heroïne verstaan – komen slechts sporadisch voor in het verkeer in Europa en in Nederland.
- Het gebruik van rijgevaarlijke geneesmiddelen in het Nederlandse verkeer wordt geschat op 1,2%. Benzodiazepines komen bij 0,4% van de bestuurders in Nederland voor. Dit is lager dan in de meeste andere Europese landen. Andere geneesmiddelen komen minder voor in Nederland.
- Als sprake is van combinaties van drugs met andere drugs, geneesmiddelen of alcohol, dan gaat het meestal om de combinatie cocaïne-cannabis-alcohol of cocaïne met alcohol. Daarnaast komen ook combinaties voor van drugs met slaap- en kalmeringsmiddelen.

Alcoholgebruik in het Nederlandse verkeer wordt al sinds 1970 gemonitord met het onderzoek Rij- en drinkgewoonten. Bij het onderzoek worden in weekendnachten van het najaar automobilisten aselect uit het rijdende verkeer gehaald en op alcoholgebruik getest. De wettelijke limiet voor alcohol in het verkeer is een bloedalcoholgehalte (BAG) van 0,2 promille voor beginnende bestuurders (personen die minder dan vijf jaar een rijbewijs bezitten) en 0,5 promille voor de overige bestuurders.

- Tussen 2002 en 2010 is het aandeel alcoholovertreders in weekendnachten met ongeveer een derde gedaald tot rond de 3%. In 2010 zakte het aandeel zelfs naar 2,4%, maar het is nog niet duidelijk of het hier om een toevalsfluctuatie gaat of om een werkelijke daling (SWOV-Factsheet, 2011).
- De waargenomen daling heeft echter alleen plaatsgevonden onder de lichtere overtreders; onder de zware overtreders, die een relatief hoog risico hebben, was er in de periode 2002-2010 nauwelijks een daling zichtbaar.

Het aantal geregistreerde delicten betreffende rijden onder invloed bij de politie neemt af.

- De politie registreerde in 2013 bijna 33 000 verdachten van rijden onder invloed (statline.cbs.nl). In 2012 waren het er bijna 39 000 en in 2011 rond 45 000. Er is sinds 2007 een dalende trend.
- De meeste verdachten zijn man (85%).

Deze gevallen betreffen in meerderheid rijden onder invloed van alcohol. Rijden onder invloed van drugs of medicijnen is eveneens strafbaar onder dezelfde wet. Wettelijke limieten hiervoor zijn in voorbereiding (zie hoofdstuk 2).

Verslavingsproblematiek onder zeer actieve veelplegers

Zeer actieve veelplegers worden sinds 2005 gevolgd in de Monitor Veelplegers van het WODC. Gegevens komen uit verschillende bronnen in het strafrechtelijk systeem. Een zeer actieve veelpleger is gedefinieerd als een persoon van 18 jaar en ouder die in de afgelopen vijf jaar tien keer of vaker is gearresteerd en tenminste eenmaal in het verslagjaar een proces-verbaal heeft gekregen. In 2013 is gerapporteerd over de populatie zeer actieve veelplegers tot en met 2010 (Tollenaar en Van der Laan, 2013). Tabel 12.1 geeft de cijfers 2005-2010 weer.

- Het totale aantal zeer actieve veelplegers daalt.
- In de meest recente cohorten (2009 en 2010) lijkt sprake van minder verslavingsproblematiek. Deze ontwikkeling is volgens Tollenaar en Van der Laan (2013) echter minder zeker vanwege een toename van ontbrekende gegevens.
- Verslaving is desalniettemin de problematiek die het vaakst wordt aangegeven voor de zeer actieve veelplegers.
- De gemiddelde leeftijd van de zeer actieve veelplegers blijft relatief constant en de duur en ernst van de criminele carrière neemt af.
- Het merendeel van de misdrijven betreft vermogensdelicten.

Tabel 12.1 Aanwezigheid van problemen bij zeer actieve veelplegers (in %) volgens de plannen van aanpak van de reclassering, 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009[II]	2010[II]
N	5 865	5 595	5 446	5 127	4 791	4 480
Probleemgebied aanwezig[I]						
Verslaving	71%	70%	68%	67%	65%	65%
Psychische gezondheid	40%	41%	43%	43%	43%	43%
Huisvesting	44%	44%	44%	44%	43%	39%
Financiën	45%	47%	47%	47%	46%	46%
Lichamelijke gezondheid	20%	19%	19%	19%	19%	16%
Relaties	39%	40%	41%	42%	43%	41%

I. Gebaseerd op plannen van aanpak zoals geregistreerd in het Cliënt Volg Systeem van de Reclassering. Incomplete data zijn gecorrigeerd met *multivariate imputation sampling*. II. De cijfers van deze jaren zijn minder betrouwbaar omdat het percentage ontbrekende gegevens in dit jaar 30% of meer is. Bron: Tollenaar en Van der Laan, 2013.

- De gemiddelde insluitingsduur van zeer actieve veelplegers neemt in de loop van de jaren af. De nieuwere groepen zijn iets minder crimineel en plegen minder ernstige delicten. Dit kan volgens de auteurs mogelijk worden verklaard doordat de oudste veelplegers in steeds mindere mate onderdeel uitmaken van de nieuwe jaarcohorten en er geen nieuwe aanwas komt van veelplegers met een vergelijkbare problematiek. De oudere veelpleger kenmerkte zich door een risicovolle leefstijl: een hoge mate van verslaving aan heroïne en/of cocaïne en een ongezond leven op straat, met een vergrote kans op sterfte.

12.3 Alcohol- en drugsgerelateerde overlast

Bij overlast gaat het om een containerbegrip waar tal van gedragingen onder kunnen vallen, zoals rondhangen, stank (waarbij bijvoorbeeld de geur van cannabis ook als overlastgevend kan worden ervaren), lawaai, hard praten en roken in portieken, verkeer- en parkeeroverlast, bijvoorbeeld bij coffeeshops, of samenscholende jongeren. Overlast die is gerelateerd aan alcohol of drugs kan veroorzaakt worden door alcohol- en drugsgebruikers, maar ook door drugsdealers en drugsrunners.

Alcohol- en drugsgerelateerde overlast wordt gemeten in de Veiligheidsmonitor. Dit is een bevolkingsenquête waarin aan een omvangrijke groep respondenten (ingezetenen van Nederland van 15 jaar en ouder die in een privé-huishouden leven) wordt gevraagd of zij in hun omgeving overlast als gevolg van openbare dronkenschap of drugsoverlast ervaren. In 2013 vond de zesde meting plaats. Gegevens zijn afkomstig van ruim 145 000 personen, van wie 48% de vragenlijst via internet invulde en 52% schriftelijk. De respons is 41%.

Vanaf 2012 zijn verbeteringen doorgevoerd in het onderzoeksdesign van de monitor en is de vragenlijst grondig herzien (CBS 2013, 2014b). Drugsoverlast en openbare dronkenschap vallen nu onder “sociale overlast” en die rubriek omvat vijf vormen van overlast: “dronken mensen op straat”, “drugsgebruik of drugshandel, bijvoorbeeld op straat of in coffeeshops”, “overlast door buurtbewoners”, “mensen die op straat worden lastiggevallen” en “rondhangende jongeren”.

De cijfers van 2012 en 2013 zijn door de veranderingen in methode niet vergelijkbaar met die uit 2008-2011.

- In de periode 2008-2011 was drugsoverlast een relatief gering probleem in Nederland (CBS, 2012a). Van de ondervraagden gaf 4,8% tot 4,9% aan dat drugsoverlast een probleem vormde en 2,7% tot 2,9% gaf aan dat drugsoverlast het belangrijkste probleem was in hun buurt. Drugsoverlast scoorde op dit punt vrij laag in vergelijking met andere problemen.
- De drugsoverlast was significant hoger in Limburg-Zuid, Amsterdam en Rotterdam.
- Overlast van dronken mensen op straat was een groter probleem in de buurt van de respondenten: 6,2% tot 7% van de bevraagden gaf dit aan. Voor 1,3% tot 1,6% was dit het belangrijkste probleem in de buurt.

Tabel 12.2 geeft de bevindingen van 2012 en 2013. Tussen deze twee jaren deden zich geen significante veranderingen voor in de overlast in algemene zin.

- Het grootste overlastprobleem in de sociale sfeer in 2013 zijn rondhangende jongeren (40% geeft aan dat dit wel eens voorkomt in de buurt). Dit was ook in 2012 zo.
- Overlast door drugshandel of drugsgebruik komt volgens 24% wel eens voor in de eigen buurt. Dit percentage is gelijk aan dat van 2012, 4% ervaart er veel overlast van.
- Overlast door dronken mensen op straat komt volgens 27% wel eens voor in de eigen buurt, 3% ervaart er veel overlast van.
- Overlast van drugsgebruik en drugshandel hangt sterk samen met onveiligheidsgevoelens in de buurt. Dit geldt zowel voor het "wel eens voorkomen" van deze vorm van overlast (R^2 = 0,79) als voor het "ervaren van veel overlast" van deze overlast (R^2=0,88). Dit geldt niet voor overlast door dronken mensen op straat. Er bestaat ook een sterke samenhang tussen fysieke verloedering in een buurt en sociale overlast (R^2=0,74).

In 2013 en 2014 is onderzoek verschenen waarin de overlast die wordt ervaren door omwonenden van coffeeshops aan de orde komt (Snippe en Bieleman, 2013; 2014). De onderzoekers namen enquêtes af onder personen die binnen 100 meter van een coffeeshop wonen, van wie ongeveer de helft binnen 50 meter afstand woont. De metingen vonden plaats in 14 coffeeshopgebieden in 14 gemeenten in Nederland en hebben betrekking op 32 coffeeshops. Er vonden drie metingen plaats: een in maart-april 2012 (n=712; respons 63%), de tweede in oktober-november 2012 (n=714; respons 59%), en de derde in oktober-november 2013 (n=714; respons 66%). Ook hier gaat het om overlast in algemene zin. De metingen maken deel uit van het evaluatieonderzoek naar het Besloten club- en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops (Van Ooyen et al, 2013; 2014). De gemeenten zijn ingedeeld in twee groepen: gemeenten in de drie zuidelijke provincies die de nieuwe criteria per 1 mei 2012 gingen handhaven, en gemeenten in de overige provincies waar dat niet het geval was.

Tabel 12.2 Percentage burgers dat alcohol- of drugsgerelateerde overlast in de eigen buurt ervaart, 2012-2013

	2012	2013
Overlast van drugsgebruik of drugshandel komt wel eens voor	24,1%	24,0%
Veel overlast van drugsgebruik of drugshandel	3,7%	3,8%
Overlast van dronken mensen op straat komt wel eens voor	27,2%	26,9%
Veel overlast van dronken mensen op straat	3,1%	3,1%

Bron: Veiligheidsmonitor, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014.

- In maart-april 2012 ervaart 34% (gemeenten in overige provincies) tot 40% (gemeenten in de drie zuidelijke provincies) van de direct omwonenden overlast in de directe woonomgeving of omgeving van hun onderneming.
- Van de omwonenden in de drie zuidelijke provincies noemt 26% de coffeeshop en/of de "drugstoerist" (mede) als bron van overlast. Dit geldt voor 6% van de omwonenden in de overige gemeenten.
- In oktober-november 2012 ervaart 35% (gemeenten in overige provincies) tot 44% (gemeenten in de drie zuidelijke provincies) overlast. Een jaar later gaat het om 45% en 54% respectievelijk.
- Bij de eerste vervolgmeting noemt 16% van de omwonenden in de drie zuidelijke provincies de coffeeshop en/of de "drugstoerist" (mede) als bron van overlast. Dit geldt voor 4% van de omwonenden in de overige gemeenten. Deze overlast is in de drie zuidelijke provincies significant afgenomen.
- De omwonenden van coffeeshops in de drie zuidelijke provincies ervaren in oktober-november 2012 meer overlast van dealactiviteiten in drugs (35% noemt dit, terwijl dit bij de eerste meting voor 13% van de omwonenden het geval was).
- In 2013 is de overlast die direct omwonenden toeschrijven aan de coffeeshops weer wat toegenomen en de overlast die wordt toegeschreven aan dealactiviteiten is afgenomen.

12.4 Interventies voor middelengebruikers in het strafrechtelijk systeem

Voor problematische middelengebruikers in het strafrechtelijk systeem zijn verschillende vormen van ondersteuning en zorg mogelijk. In deze paragraaf wordt ingegaan op:
- *Veiligheidshuizen:* Hier worden casussen van justitiabelen met complexe problematiek in multidisciplinair verband besproken en worden trajecten uitgezet (zie hoofdstuk 2).
- *Reclassering* voor verslaafde justitiabelen.
- *Forensische zorg:* Deze is bedoeld voor mensen met een psychische of psychiatrische stoornis, verslaving en/of verstandelijke beperking die een strafbaar feit hebben gepleegd en bij wie het risico hoog is dat zij opnieuw een strafbaar feit gaan plegen.
- De *ISD:* de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders.

Veiligheidshuizen
- Het aantal Veiligheidshuizen wordt verlaagd (zie hoofdstuk 2). De bedoeling is dat er in elk van de 25 veiligheidsregio's een Veiligheidshuis zal zijn.
- In februari 2013 waren er nog 38 Veiligheidshuizen, in mei 2014 nog 33 (www.ccv.nl). Dit is minder dan in 2012, toen er nog 40 waren.

Verslavingsreclassering
Bij de verslavingsreclassering stonden 21 062 cliënten geregistreerd per 31 december 2013. Dit is meer dan in 2012, toen het er 17 752 waren, en ook (iets) meer dan in 2011, toen er 20 234 cliënten ingeschreven stonden op de peildatum van 31 december (unieke personen; www.svg.nl).
- De gemiddelde leeftijd in 2013 is 36,5 jaar. Dit verschilt niet veel van 2012 (37,5 jaar) of 2011 (36,1 jaar).
- De meerderheid is man (92,5%). Dit verandert niet ten opzichte van 2012.
- De meerderheid (74,2%) heeft Nederland als geboorteland en 69,5% heeft geen vaste werkkring. Dit is voor 2012 niet gerapporteerd.

- De meesten gebruiken (ook) drugs (87,1% in 2013). In 2012 wordt gerapporteerd dat 35,5% alleen drugs gebruikt en 31,8% alcohol en drugs. Meestal gaat het om harddrugs (72,5% in 2013). In 2011 wordt drugsgebruik gerapporteerd voor 87% van de cliënten.
- Problematisch alcoholgebruik komt in 2013 voor bij 44,5% van de cliënten. In 2012 is bij 5,4% sprake van alléén alcoholgebruik en bij 31,8% gaat het om een combinatie van alcohol- en drugsgebruik. In 2011 wordt problematisch alcoholgebruik gerapporteerd voor 49% van de cliënten.
- Bij 14,8% van de cliënten bestaat in 2013 een indicatie van het bestaan van een verstandelijke beperking.

De verslavingsreclassering voerde voor deze cliënten in 2013 verschillende activiteiten uit (zie tabel 12.3). Deze activiteiten vinden plaats in het kader van een bepaald reclasseringsproduct. Een product zoals "toeleiding zorg" bestaat bijvoorbeeld uit een samenstel van activiteiten dat leidt tot het plaatsen en/of realiseren van behandeling van een cliënt in een (poli)kliniek of een organisatie voor maatschappelijke opvang (zie www.svg.nl). In 2010 zijn veranderingen doorgevoerd in de definities en de criteria van de registratie, waardoor de cijfers niet vergelijkbaar zijn met eerdere jaren. In 2012 zijn op onderdelen andere definities toegepast, waardoor ook deze cijfers op onderdelen niet vergelijkbaar zijn met 2010 en 2011.

- Activiteiten die behoren tot het houden van toezicht op justitiabelen en het uitbrengen van advies zijn in 2013, net als in eerdere jaren, het vaakst uitgevoerd.
- Adviesactiviteiten en justitieel casemanagement vertonen een stijgende lijn, werkstraffen een dalende.
- Ongeveer 2 000 maal is in 2013 een activiteit in het kader van vroeghulp uitgevoerd. Er zijn geen duidelijke trends over de jaren heen waarneembaar.
- Een activiteit had 541 maal betrekking op een gedragsinterventie. Ook hier zijn geen duidelijke trends waarneembaar. Mogelijke gedragsinterventies voor justitiabelen met (dreigend) problematisch middelengebruik zijn volgens de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie (2013):
  - de Korte leefstijltraining voor justitiabelen (erkend in 2009);
  - de Leefstijltraining voor justitiabelen (erkend in 2009);
  - Brains 4 Use voor jongeren in justitiële jeugdinrichtingen (erkend in 2010);
  - Stay-a-way voor jongeren die in het kader van het jeugdstrafrecht een leerstraf gericht op het motiveren tot vermindering van middelengebruik opgelegd hebben gekregen (erkend in 2011);
  - de gedragsinterventie Alcohol en Geweld (erkend in 2012).
- Toeleiding naar (forensische) zorg is over de jaren heen moeilijk te vergelijken door verschillen in tellingswijze en definities. In 2013 zijn ruim 5 900 maal activiteiten uitgevoerd die toeleiding naar zorg betreffen. Toeleiding naar zorg in plaats van detentie is al langere tijd een belangrijk element in de aanpak van justitiabele middelengebruikers. Ook de nieuwe wet Forensische Zorg (zie hoofdstuk 2), de nieuwe wet Voorwaardelijke Veroordeling en de wet Voorwaardelijke Invrijheidstelling faciliteren het toeleiden naar zorg.
- Ook de toezichtsactiviteiten laten zich moeilijk over de jaren heen vergelijken. In 2013 zijn deze activiteiten ruim 12 000 maal uitgevoerd.

Uit een monitor naar justitiabelen (n=8 389) die tussen 2008 en 2012 begonnen met een programma binnen de verslavingsreclassering komt het volgende naar voren (Bakker et al., 2013):

- De cliënten plegen een jaar na het reclasseringscontact significant minder strafbare feiten dan in het jaar ervoor. De maatschappelijke kosten van hun vermogenscriminaliteit dalen.
- Vermogensdelicten zonder geweld komen het vaakst voor, gevolgd door geweld tegen personen en delicten in de categorie vernieling, openbare orde en gezag.
- Bij de jongvolwassenen hebben de gebruikers van cocaïne voor aanvang van het traject de meeste delicten op hun naam staan, gevolgd door gebruikers van opiaten, "overige middelen" en cannabis. Na de start recidiveert het kleine aantal opiaatgebruikers gemiddeld verreweg het meest. Cocaïnegebruikers volgen. Bij de oudere cliënten hebben de opiaatgebruikers voor aanvang de meeste delicten op hun naam staan; na begin recidiveren de cocaïnegebruikers het meest.

Tabel 12.3 Aantal maal dat de verslavingsreclassering activiteiten heeft uitgevoerd in het kader van de reclasseringsproducten, 2010-2013[I]

Product waarbinnen activiteit plaatsvindt	2010	2011	2012	2013
Vroeghulp		2 049	1 754	1 917
Reclasseringsadvies[II]	10 522	10 722	12 226	13 766
Plaatsing forensische zorg/toeleiding zorg	5 046	7 311[III]	1 183[III]	5 913
Toezicht	10 954	11 168	26 646[IV]	12 687
Gedragsinterventie	686	542	634	541
Werkstraf	4 888	3 510	3 087	2 742
Leerstraf[V]	123	-	-	-
Justitieel casemanagement[VI]	-	623	897	1 445

I. Geen cijfers op cliëntniveau of gespecificeerd naar alcohol/drugs/gokken. II. Inclusief 14 milieu/tripelrapportages. III. Dit zijn plaatsingen forensische zorg geïnitieerd binnen toezichttrajecten. Het aantal is in 2011 exclusief 1 186 toeleidingen die daarbuiten hebben plaatsgevonden. In 2012 zijn het alleen deze toeleidingen; 2012 is niet vergelijkbaar met de eerdere jaren. IV. Het product "toezicht" is in 2012 breder gedefinieerd en niet vergelijkbaar met de eerdere jaren. V. Leerstraffen worden vanaf 2011 als gedragsinterventie geregistreerd. VI. Nieuw in 2011. Bron: SVG (www.svg.nl).

Forensische zorg

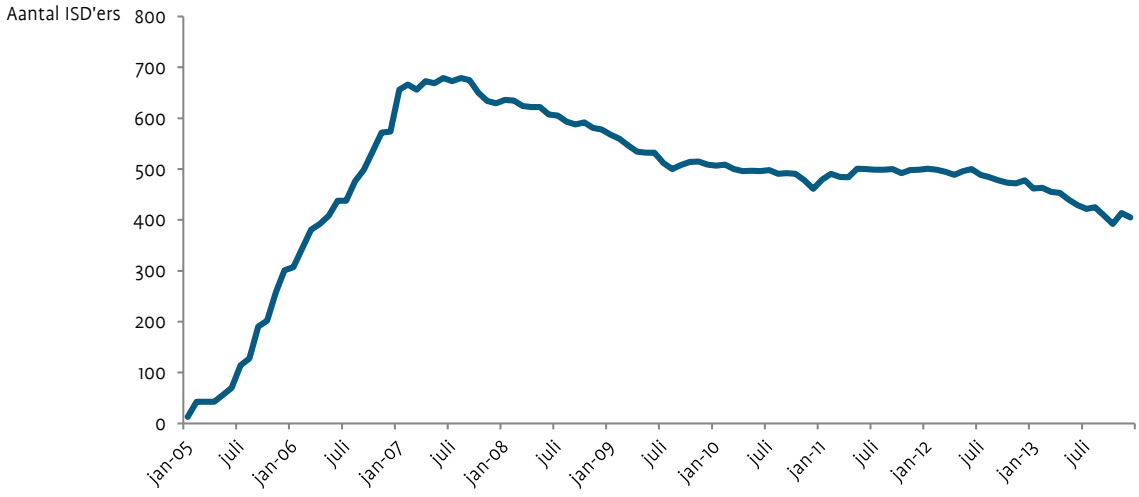
- Forensische zorg vindt plaats als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf of maatregel, of van de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel van een andere strafrechtelijke titel. Het gaat om geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg buiten de penitentiaire inrichting. De zorg wordt aangeboden in de vorm van klinische zorg (intramuraal), ambulante zorg of beschermd wonen en betreft behandeling, begeleiding of ondersteuning. Binnen het gevangeniswezen kan de doelgroep geplaatst worden in een van de Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC).
- De zorg buiten de penitentiaire inrichting wordt ingekocht door de Directie Forensische Zorg van het ministerie van Veiligheid en Justitie. Zij sluit contracten af met (een beperkt aantal) aanbieders van de zorg. In 2012 waren het er 115. Er is sprake van een toename ten opzichte van eerdere jaren. De zorg wordt ingekocht op basis van (onder andere) Diagnose-Behandelingscombinaties (Van Gemmert en Van Schijndel, 2013).
- Het budget voor forensische zorg steeg van circa 494 miljoen in 2009 tot circa 643 miljoen in 2012 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013; E.K. 32398-I).

De Inrichting voor Stelselmatige Daders

Sinds 2004 kunnen stelselmatige daders van 18 jaar en ouder de maatregel ISD opgelegd krijgen. De ISD kan voor maximaal twee jaar door de rechter worden opgelegd (zie § 2.3).

- Tollenaar en Van der Laan (2013) laten zien dat de meerderheid van de groep zeer actieve veelplegers, waartoe de stelselmatige daders behoren, in 2003-2010 verslaafd was.
- In 2012 was de bezetting in de maatregel ISD 472 tot 501 personen per maand, gemiddeld 488 (figuur 12.2). In 2013 zaten per maand tussen de 392 en 463 personen in de maatregel ISD. Deze aantallen zijn lager dan die uit de periode 2007-2012.
- Per maand in 2013 stromen 10 tot 22 nieuwe ISD'ers in, 16 gemiddeld per maand. In 2012 was de instroom hoger: 12 tot 31 per maand, 20 gemiddeld.

Figuur 12.2 Aantal ISD'ers, bezetting per maand, januari 2005 tot en met december 2013



Bron: DJI.

- ISD'ers kunnen verblijven in regulier regime (in een penitentiaire inrichting zonder gedragsinterventies), trajectregime (ze volgen gedragsinterventies in detentie) of extramuraal (ze volgen interventies of zorgtrajecten buiten detentie).
- In 2013 verbleef gemiddeld over het hele jaar 15% van de ISD'ers in regulier regime (tabel 12.3). In 2012 ging het om 16%. Het aandeel is vrij stabiel sinds 2010.
- De meerderheid van de ISD'ers participeert in een trajectregime met gedragsinterventies: 85% in 2013. Ook dit is vrij stabiel sinds 2010.
- De meeste trajecten vinden plaats binnen de penitentiaire inrichting: 47% in 2013 (er zijn in totaal 405 ISD-plaatsen in het gevangeniswezen). Van de ISD'ers neemt 38% deel aan een extramuraal traject buiten de penitentiaire inrichting. Dit aandeel neemt toe (tabel 12.5). Dit indiceert dat steeds meer wordt toegeleid naar forensische zorg buiten detentie.
- Uit onderzoek is gebleken dat de ISD een statistisch klein effect heeft op het al dan niet recidiveren en op de gemiddelde frequentie van de recidive van gemaatregelden, terwijl door het opleggen van de ISD-maatregel ook nog gemiddeld 5,7 strafzaken en gemiddeld minimaal 9,2 delicten voorkomen zijn (Tollenaar en Van der Laan, 2012). In 2014 wordt een herhalingsonderzoek verwacht.

Tabel 12.4 Percentage ISD'ers in verschillende regimes, 2009-2013

Regime	2009	2010	2011	2012	2013
Traject buiten penitentiaire inrichting	24%	30%	32%	33%	38%
Traject binnen penitentiaire inrichting	57%	55%	52%	51%	47%
Regulier detentieregime	19%	15%	16%	16%	15%
N totaal	528	493	494	488	431

Bron: DJI.

13. Bijlagen

A	13.1 Verklaring van begrippen	▶ pagina 275
B	13.2 Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes	▶ pagina 284
C	13.3 Drugsgebruik in enkele 'nieuwe' EU-lidstaten	▶ pagina 287
D	13.4 Toelichting op de kernindicatoren	▶ pagina 288
E	13.5 Lijst van afkortingen	▶ pagina 291
F	13.6 Verklaring van tekens	▶ pagina 295

13. Bijlagen

A 13.1 Verklaring van begrippen

Deze bijlage bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden begrippen verklaard op het terrein van middelengebruik en verslaving. In het tweede deel worden begrippen verklaard op het terrein van de drugscriminaliteit.

I. Middelengebruik en verslaving

Actueel gebruik
Het gebruik van een middel in de afgelopen maand, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers (gebruik afgelopen jaar), die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

Afhankelijkheid
Zie: Verslaving.

Allochtoon, buitenlands, etnisch
Door verschillen in definities zijn cijfers over allochtonen niet altijd met elkaar vergelijkbaar. Enkele definities zijn:
Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit Jaarbericht (tenzij anders aangegeven): "allochtoon" is een inwoner van Nederland die in het buitenland is geboren, of een inwoner van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren.
Volgens het CBS: "allochtoon" is een inwoner van Nederland van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren, ongeacht het geboorteland van de persoon zelf.
Volgens de GGD Amsterdam: "buitenlander" is een inwoner die zelf in het buitenland is geboren.
Volgens het LADIS: "allochtoon" is een cliënt die volgens de eigen beleving een culturele herkomst heeft van buiten Nederland.

Ambulante verslavingszorg
Verslavingszorg waarbij de cliënt niet wordt opgenomen in een instelling. Bij intramurale verslavingszorg wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling.

Armoedecoke
Zie: Boerencoke.

Autochtoon
Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de 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.

Boerencoke
Anders dan de naam suggereert, is 'boerencoke' of 'armoedecoke' géén vorm van coke, dat wil zeggen cocaïne. Boerencoke is speed, dat wil zeggen amfetamine. De uitdrukking 'boerencoke' is ontstaan uit het gebruik van amfetamine door plattelandsjongeren als een goedkoper vervangingsmiddel voor de duurdere cocaïne. Amfetamine die op deze manier wordt gebruikt werd daarom aanvankelijk betiteld als 'de boerenkool van de coke'. Deze uitdrukking is vervolgens verkort tot de nu gangbare uitdrukking 'boerencoke'.

Buprenorfine
Net als methadon is buprenorfine een vervangingsmiddel voor heroïne en wordt het als medicijn gebruikt voor de behandeling van heroïneverslaving. Vergeleken met methadon heeft buprenorfine als voordeel dat er minder risico's zijn verbonden aan een overdosis, er minder ontwenningsverschijnselen zijn na het stoppen met gebruik en het risico op misbruik en verslaving lager is.

Chinezen
Het roken van heroïne vanaf folie.

Cliënt LADIS
Cliënt van de verslavingszorg waarvan enkele gegevens over diens achtergrond, hulpvraag en ontvangen hulp anoniem staan geregistreerd in het LADIS, het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Cliënten staan ingeschreven bij de verslavingszorg voor vele vormen van hulp variërend van een therapeutische behandeling tot hulp in de vorm van schuldsanering, methadonbehandeling, reclassering, of gecontroleerde toegang tot een gebruikersruimte. Cliënten die na enige tijd geen gebruik meer maken van de hulpverlening, worden automatisch uitgeschreven en tellen niet meer mee met het aantal cliënten. Binnen het LADIS wordt gecorrigeerd op dubbeltellingen. Dezelfde persoon telt maar één keer mee bij de bepaling van het aantal cliënten.

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). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers, die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers.

Gemakszaken
Zie: Tabaks- en gemakszaken.

Hallucinatie
Gewaarwording (zien, horen of voelen) die iemand heeft, maar die andere mensen niet hebben. Hallucinaties kunnen een symptoom zijn van een psychische stoornis, maar worden door sommige mensen bewust opgeroepen via hallucinogenen.

Hallucinogenen
Middelen die hallucinaties oproepen zoals paddo's en LSD. Ook wel psychodysleptica genoemd. Ook cannabis kan soms hallucinaties veroorzaken.

Hardcore
Harde vorm van muziek op houseparty's.

Harddrugs
Drugs op lijst I van de Opiumwet. Deze drugs vormen een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tot de harddrugs horen bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, crack, ecstasy en amfetamine.

Hepatitis
Een besmettelijke ziekte waarbij de lever wordt aangetast door het hepatitis virus. Het hepatitis virus komt voor in verschillende vormen: onder andere het hepatitis A, het hepatitis B (HBV) en het hepatitis C (HCV) virus.

Hoofddiagnose
De belangrijkste ziekte waarvoor iemand in ziekenhuis wordt opgenomen.

ICD
International Classification of Diseases. De ICD is het diagnostisch classificatiesysteem van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) voor lichamelijke ziektes, ongevallen en psychische stoornissen. Ook doodsoorzaken worden in ICD-codes geregistreerd. De ICD-9 is de negende en de ICD-10 is de tiende versie. Zie ook bijlage C.

Incident
Een drugsgerelateerde acute stoornis waarvoor medische hulp wordt gezocht. Hieronder vallen zowel de lichamelijke en psychische effecten van intoxicaties, inclusief acute onthoudingsverschijnselen, als trauma's zoals ongevallen, suïcides en mishandeling die plaatsvinden terwijl het slachtoffer onder invloed van een "drug" is. Een verband met drugsgebruik wordt vermoed op basis van het klinisch beeld en de anamnese, bij de patiënt zelf of diens omgeving. Meestal vindt geen verificatie plaats door analyse van bloed of urine. Onderrapportage, door het niet herkennen van signalen van drugs- (of alcohol)gebruik, kan voorkomen.

Intramurale verslavingszorg
Verslavingszorg waarbij de cliënt wordt opgenomen in een instelling.

Klinische opname
Opname in een ziekenhuis waarbij de patiënt één of meer nachten in het ziekenhuis verblijft.

Misbruik
Een vorm van problematisch gebruik van een middel waarbij (nog) geen sprake is van verslaving. Misbruik wordt vastgesteld via diagnostische classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD. Kenmerken van misbruik zijn: verplichtingen thuis op school of op het werk niet nakomen, gebruik in gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld autorijden onder invloed), in aanraking komen met justitie en doorgaan met het gebruik ondanks de problemen die daardoor ontstaan.

Nederwiet
Wiet (een cannabisproduct) die in Nederland wordt geproduceerd.

Nevendiagnose
Een aanvullende of onderliggende ziekte waarvoor iemand, naast de belangrijkste ziekte (de hoofddiagnose), in het ziekenhuis wordt opgenomen.

Ooitgebruik
Het gebruik van een middel ooit in het leven, ongeacht de frequentie (van éénmalig tot dagelijks). Het ooitgebruik zegt nog niets over het recent of het actueel gebruik. Iemand die al lang geleden eens met een middel experimenteerde dat voor de toenmalige generatie populair was, blijft de rest van zijn of haar leven meetellen met de ooitgebruikers.

Parkstad Limburg
Het samenwerkingsverband tussen de Zuid-Limburgse gemeenten Brunssum, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Nuth, Onderbanken, Simpelveld en Voerendaal. (De gemeente Nuth heeft zich inmiddels onttrokken aan het samenwerkingsverband.)

Partydrugs
Drugs die door sommige feestgangers worden gebruikt op feesten, zoals ecstasy, amfetamine, cannabis, GHB en LSD.

Polydrugsgebruik
Het gebruik van meerdere drugs door elkaar, bijvoorbeeld heroïne en cocaïne.

Primair probleem
Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het primaire probleem het middel dat de grootste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het secundaire probleem.

Primaire doodsoorzaak
De directe oorzaak van iemands overlijden. Overlijdt iemand direct door een overdosis drugs, dan is dat de primaire doodsoorzaak. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond onder de invloed van een drug, dan is het ongeval de primaire doodsoorzaak. De drug is dan een secundaire doodsoorzaak.

Problematisch gebruik
Het gebruik van een middel op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan, of op zo'n manier dat maatschappelijke overlast ontstaat. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving. "Misbruik" is een vorm van problematisch gebruik waarbij geen sprake is van verslaving.

Psychonauten
Een "psychonaut" is letterlijk iemand die op reis gaat in de geest. Als psychonauten drugs gebruiken, dan doen ze dat om hun mentale ontdekkingsreis te stimuleren. Sommige psychonauten gebruiken alleen natuurlijke drugs zoals paddo's en cactussen. Andere psychonauten gebruiken ook synthetische drugs als mentaal vervoersmiddel. Op de website www.psychonaut.com wisselen psychonauten hun ervaringen uit.

Psychose
Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die die door andere mensen niet worden waargenomen. Duurt de stoornis niet langer dan één maand, dan spreekt men van een kortdurende psychotische stoornis.

Recent gebruik
Het gebruik van een middel in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Recente gebruikers tellen automatisch mee met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

Recreatief gebruik
Gebruik van een middel (doorgaans in de vrije tijd) waarbij van het middel wordt genoten zonder dat er sprake is van problematisch gebruik (misbruik of verslaving).

Schizofrenie
Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Door de stoornis functioneert men slechter op school, werk en in het gezin. Men spreekt pas van schizofrenie als de stoornis minimaal zes maanden duurt.

Secundair probleem
Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het secundaire probleem het middel dat relatief de minste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het primaire probleem.

Secundaire doodsoorzaak
Een oorzaak die indirect heeft bijgedragen aan het overlijden. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond terwijl hij/zij onder de invloed was van een drug, dan is de drug een secundaire doodsoorzaak.

Softdrugs
Drugs op lijst II van de Opiumwet, met name cannabis. Drugs waarvan het risico voor de volksgezondheid als minder groot wordt ingeschat dan het risico van de harddrugs op lijst I van de Opiumwet.

Speciaal onderwijs
Onderwijs aan kinderen die extra begeleiding ontvangen op een Regionaal Expertise Centrum (REC), in het praktijkonderwijs (pro), of in het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo).

Startleeftijd
Leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt. De startleeftijd kan worden bepaald voor de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven), de recente gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar) en de actuele gebruikers (gebruik in de afgelopen maand). Ook kan de startleeftijd worden bepaald voor verschillende leeftijdsgroepen. De startleeftijd hangt af van de groep waarvoor deze wordt berekend. Zo lag in 2005 voor de ooitgebruikers van cannabis de startleeftijd in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar op gemiddeld 16,4 jaar en in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar op gemiddeld 19,6 jaar. De gemiddelde startleeftijd kan in een jonge leeftijdsgroep lager zijn dan in een brede leeftijdgroep doordat eventuele 'late starters' van een middel niet worden meegenomen in de berekeningen. Op hogere leeftijd kunnen echter vertekeningen optreden in de herinnering van de leeftijd waarop men voor het eerst een middel gebruikte. Gegevens over startleeftijd moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Tabaks- en gemakszaken
Winkels waarin doorgaans producten worden verkocht zoals tabaksproducten (sigaretten, sigaren, shag), rokersbenodigdheden (pijpen, aanstekers), tijdschriften, kranten, wenskaarten, snacks, zoetwaren en loten (staatsloten, lottoformulieren, krasloten).

THC
Tetrahydrocannabinol, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis.

Verslaving
Problematisch gebruik van een middel waarbij sprake is van afhankelijkheid. Doorgaans verstaat dit Jaarbericht onder "verslaving" de klinische diagnose van afhankelijkheid. Voor justitiële monitors is het echter niet mogelijk om klinische diagnoses te stellen. Justitiële monitors registreren bijvoorbeeld extra gevaar vanwege drugsgebruik of 'duidelijke aanwijzingen voor verslaving' (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.

II. Drugscriminaliteit[1]

Afdoening door de rechter
Eindbeslissing, door schuldigverklaring, vrijspraak, ontslag van alle rechtsvervolging of een van de overige einduitspraken.

Afdoening door Openbaar Ministerie
Eindbeslissing over een bij het parket ingeschreven proces-verbaal door sepot, voeging ad informandum, voeging ter berechting, transactie of overdracht aan een ander parket, strafbeschikking.

Antecedent
Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van één of meer misdrijven is opgemaakt.

Beleidssepot
Beslissing van het Openbaar Ministerie waarbij het afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit op grond van het algemeen belang.
Zie ook: Sepot.

Dagvaarding
Officieel geschrift dat iemand oproept op een bepaalde tijd voor de rechter te verschijnen in verband met het de vervolging van een aan de opgeroepene ten laste gelegd strafbaar feit (strafprocesrecht).

Drang
Bij drang probeert men een gebruiker, die zich in het strafrechtelijk systeem bevindt vanwege een zoveelste delict, in de richting van een zorgtraject te 'duwen'. De gebruiker krijgt de keuze tussen een zorgtraject of een strafrechtelijke sanctie. De keuze wordt beïnvloed: als de gebruiker kiest voor een zorgtraject kan hij niet alleen zijn situatie verbeteren, maar worden ook de verdere vervolging en straf geschorst of opgeschort. Doet hij dat niet, of houdt hij zich niet aan de voorwaarden van justitie, dan volgt tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke sanctie.

Dwang
Bij dwang heeft de gebruiker in tegenstelling tot "drang" geen keuze. Hij kan worden opgenomen en/of behandeld zonder zijn instemming.
Zie ook: Drang.

1 Bron van begrippenlijst: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2003; Bewerking WODC.

Eerste aanleg, (in -)
Primaire rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.

Gevangenisstraf
Vrijheidsstraf, levenslang of tijdelijk met een strafduur van ten hoogste dertig jaar, in de regel ondergaan in een gevangenis.
Zie ook: Hechtenis.

Gewone strafzaak rechtbanken
Strafzaak die in eerste aanleg tot de competentie van de rechtbank behoort, met uitzondering van fiscale en economische delicten.

Hechtenis
Principale - : vrijheidsstraf met een strafduur van maximaal 1 jaar en 4 maanden, van lichtere aard dan gevangenisstraf en in de regel ondergaan in een huis van bewaring
Subsidiaire - : vrijheidsstraf vanwege niet of niet volledige betaling van geldboete of het niet uitvoeren van een opgelegde taakstraf.

Inverzekeringstelling
Vrijheidsbeneming gedurende ten hoogste vier dagen op bevel van de (hulp-)officier van justitie, wanneer de tijd dat een verdachte voor verhoor mag worden opgehouden (zes uur) niet voldoende is.

Meerderjarige verdachte
Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit 18 jaar of ouder is.

Minderjarige verdachte
Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit jonger is dan 18 jaar. Afhandeling van (jeugd)zaken van eenvoudige aard gebeurt veelal via Halt(bureaus).
NB. Niemand kan strafrechtelijk worden vervolgd voor een feit begaan voordat hij de leeftijd van 12 jaar heeft bereikt.

Misdrijf
Strafbaar feit van de zware soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten in misdrijven en overtredingen is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; berechting in eerste aanleg gebeurt in de meeste gevallen door de rechtbank.
Zie ook: Overtreding.

Niet-ontvankelijkheid
Eindbeslissing waarbij de rechter het Openbaar Ministerie het recht te vervolgen ontzegt, op grond van procedurefouten of 'undue delay'.

Onherroepelijke uitspraak
Beslissing van de rechter waartegen geen (gewoon) rechtsmiddel meer openstaat.

Ontslag van (alle) rechtsvervolging
Beslissing van de rechter, waarbij hij het door de officier van justitie ten laste gelegde feit wel bewezen acht maar van oordeel is dat het feit of de verdachte niet strafbaar is.
Zie ook: Schuldigverklaring, Vrijspraak.

Openbaar Ministerie (OM)
Overheidsorgaan met als taken: wetten te handhaven, strafbare feiten op te sporen en te vervolgen, strafvonnissen ten uitvoer te leggen en de rechter te informeren voor zover de wet dat voorschrijft.

Opgehelderd misdrijf
Misdrijf waarbij tenminste één verdachte bij de politie bekend werd, ook al is hij voortvluchtig of ontkent hij het (strafbare) feit te hebben gepleegd.

Ophelderingspercentage
Het totaal aantal in een bepaalde periode opgehelderde misdrijven in relatie tot het totaal aantal in dezelfde periode door de politie opgemaakte processen-verbaal terzake van gelijk(soortig)e misdrijven, uitgedrukt in procenten.

Overtreding
Strafbaar feit van de lichte soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; afdoening veelal met een schikking/transactie via het Openbaar Ministerie of berechting in eerste aanleg door de rechtbank sector kanton.
Zie ook: Misdrijf.

Proces-verbaal
Op schrift gestelde verklaring van een opsporingsambtenaar over door hem waargenomen feiten of omstandigheden.

Rechtbank
Rechtscollege dat in eerste aanleg kennis neemt van alle zaken waarvoor niet een andere rechter is aangewezen. Er zijn 10 rechtbanken.
NB. De sector kanton (vroeger: kantongerecht) is sinds 1 januari 2002 opgenomen in de organisatie van de rechtbank.

Reclassering
Instantie die zich ten doel stelt door haar inspanningen een aantoonbare bijdrage te leveren aan de herinpassing van reclasseringscliënten in de samenleving. Daarmee wordt tevens beoogd herhaling van strafbaar gedrag te voorkomen. Dit doet zij door onderzoek en rapportage omtrent de persoon en omstandigheden van de verdachte of veroordeelde, het opstellen van plannen van aanpak om de gestelde doelen te bereiken, het uitoefenen van begeleiding en toezicht tijdens de uitvoering daarvan en het toezicht op de uitvoering van taakstraffen. Slechts in die gevallen dat er duidelijke aanknopingspunten zijn voor gedragsverandering en de kans op succes in grote mate aanwezig lijkt, zullen intensieve programma's met dat doel worden aangewend.

Schuldigverklaring
Uitspraak door de rechter, waarbij hij het door het Openbaar Ministerie ten laste gelegde feit bewezen en een strafbaar feit acht en van oordeel is dat de verdachte strafbaar is.

Sepot
Beslissing van het Openbaar Ministerie waarbij het, op beleidsmatige of technische gronden, afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit.
Zie ook: Beleidssepot, Technisch sepot.

Strafzaak
Het bij een parket ingeschreven proces-verbaal ten aanzien van één verdachte.

Technisch sepot
Beslissing van het Openbaar Ministerie waarbij het afziet van vervolging van een strafbaar feit omdat het van mening is dat vervolging niet tot een veroordeling zal leiden (bijvoorbeeld omdat voldoende bewijs ontbreekt of omdat het feit of de verdachte niet strafbaar is).

Transactie (juridisch)
Het onder bepaalde omstandigheden ter voorkoming van strafvervolging voldoen aan een of meer door de opsporingsambtenaar (politie) of het Openbaar Ministerie (officier van justitie) gestelde voorwaarden, zoals het betalen van een geldsom ('boete'), waardoor het recht tot strafvervolging vervalt.

Verdachte
Voor het begin van de vervolging is hij degene van wie uit feiten of omstandigheden een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit wordt aangenomen, daarna is hij degene tegen wie de vervolging is gericht.

Vervroegde invrijheidstelling
Het uit hoofde van de wet in beginsel vervroegd vrijlaten uit de penitentiaire inrichting van tot duurzame vrijheidsstraf veroordeelde personen.

Voeging ad informandum
Het voegen, door het Openbaar Ministerie, van een strafzaak zonder tenlastelegging bij een andere zaak die aan de rechter wordt voorgelegd, met het doel de rechter bij de bepaling van de strafmaat rekening te laten houden met de gevoegde zaak.
Zie ook: Afdoening door Openbaar Ministerie.

Voeging ter berechting
Het samenvoegen, door het Openbaar Ministerie, van ingeschreven strafzaken, met het doel de rechter bij één vonnis verschillende zaken tegelijk te laten afdoen.
Zie Afdoening door Openbaar Ministerie.

Voeging ter zitting
Het samenvoegen, door de rechter, van onder verschillende parketnummers ingeschreven strafzaken, met het doel deze zaken als één strafzaak te behandelen.
Zie Afdoening door de rechter.

Vonnis
Gemotiveerde bindende uitspraak van de rechter in een voor hem gevoerd rechtsgeding.

Voorlopige hechtenis
Vrijheidsbeneming in een huis van bewaring voorafgaand aan behandeling ter terechtzitting, in het algemeen toegepast bij verdenking van een ernstig delict (misdrijf waarop een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld), op grond van ernstig vluchtgevaar en/of een gewichtige reden van maatschappelijke veiligheid, bij voorbeeld vrees voor herhaling.

Vrijspraak
Uitspraak, door de rechter, waarbij hij niet bewezen acht dat het door de officier van justitie ten laste gelegde feit door de verdachte is gepleegd.

Verklaring van ICD-9 codes	
ICD-9 code	Verklaring
162	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea, brochus en long
291	Alcohol psychosen
292	Drug psychosen
303	Alcoholverslavingssyndroom
304	Verslaving aan drugs
304.0	Verslaving aan opiaten en dergelijke
304.1	Verslaving aan barbituraten of aan sedativa en hypnotica met verwante werking
304.2	Verslaving aan cocaïne
304.3	Verslaving aan cannabis
304.4	Verslaving aan amfetamine en andere psychostimulantia
304.7	Verslaving aan opiaten in combinatie met andere drugs
305	Misbruik van drugs of andere middelen zonder verslaving
305.0	Misbruik van alcohol
305.2	Misbruik van cannabis
305.3	Misbruik van hallucinogenen
305.4	Misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking
305.5	Misbruik van opiaten
305.6	Misbruik van cocaïne
305.7	Misbruik van amfetamine of sympathicomimetica met verwante werking
305.8	Misbruik van antidepressiva en dergelijke
305.9	Misbruik van overige, gemengde of niet gespecificeerde middelen
357.5	Alcoholische polyneuropathie
425.5	Alcoholische cardiomyopathie
535.3	Alcoholische gastritis
571.0	Alcoholische vetlever
571.1	Acute alcohol hepatitis
571.2	Alcoholische levercirrose
571.3	Niet gespecificeerde alcoholische leverbeschadiging
980.0-1	Toxisch gevolg van alcohol
E850	Accidentele vergiftiging door analgetica, antipyretica en antireumatica
E850.0	Accidentele vergiftiging door heroïne
E854.1	Accidentele vergiftiging door psychodysleptica (hallucinogenen)
E854.2	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia

Verklaring van ICD-9 codes	
ICD-9 code	Verklaring
E855.2	Accidentele vergiftiging door lokale anesthetica (waaronder cocaïne)
E860.0-2	Niet opzettelijke vergiftiging door alcoholische dranken (ethanol/methanol)
E950.9*	Suïcide door vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen
E980.9*	Vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen, waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden

* Alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is.

Verklaring van ICD-10 codes	
ICD-10 code	Verklaring
C33	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea
C34	Kwaadaardige nieuwvormingen van bronchus en long
F10	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol
F11	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten
F12	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis
F13	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica
F14	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne
F15	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen
F18	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van vluchtige oplosmiddelen
F19	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van meerdere drugs en andere psychoactieve middelen
G31.2	Degeneratie van zenuwstelsel door alcoholgebruik
G62.1	Alcoholische polyneuropathie
I42.6	Alcoholische cardiomyopathie
K29.2	Alcoholische gastritis
K70.0	Alcoholische vetlever
K70.1	Alcoholische hepatitis
K70.2	Alcoholische leverfibrose en leversclerose
K70.3	Alcoholische levercirrose
K70.4	Alcoholische leverinsufficiëntie
K70.9	Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd
K86.0	Alcoholische pancreasontsteking
T40.0	Vergiftiging door opium
T40.1	Vergiftiging door heroïne
T40.2	Vergiftiging door overige opiaten (codeïne, morfine)
T40.3	Vergiftiging door methadon
T40.4	Vergiftiging door overige synthetische drugs (pethidine)
T40.5	Vergiftiging door cocaïne

Verklaring van ICD-10 codes	
ICD-10 code	Verklaring
T40.6	Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde drugs
T40.7	Vergiftiging door cannabis(derivaten)
T40.8	Vergiftiging door lysergide (LSD)
T40.9	Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde psychodysleptica (hallucinogenen, mescaline, psilocine, psilocybine)
T43.6	Vergiftiging door psychostimulantia met mogelijkheid tot misbruik (met uitzondering van cocaïne, zie T40.5)
T51.0-1	Toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol (alleen als secundaire code)
X41 + T43.6	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
X42	Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geclassificeerd
X42 + T40.5	Accidentele vergiftiging door cocaïne
X45*	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol
X61 + T43.6	Suïcide door psychostimulantia
X65*	Opzettelijke auto-intoxicatie door alcohol
Y11 + T43.6	Vergiftiging door psychostimulantia waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden
Y15*	Vergiftiging door en blootstelling aan alcohol- opzet niet bepaald

*Alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is.

C 13.3 Drugsgebruik in enkele 'nieuwe' EU-lidstaten

Consumptie van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele 'nieuwe' lidstaten van de Europese Unie

Lidstaat	Jaar	Leeftijd (jaar)[1]	Cannabis		Cocaïne		Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent
Tsjechië	2012	15 - 64	27,9%	9,2%	2,3%	0,4%	3,6%	0,6%	2,5%	0,4%
Slowakije	2010	15 - 64	10,5%	3,6%	0,6%	0,2%	1,9%	0,5%	0,5%	0,1%
Letland	2011	15 - 64	12,5%	4,0%	1,5%	0,2%	2,7%	0,2%	2,2%	0,3%
Litouwen	2012	15 - 64	10,5%	2,3%	0,9%	0,2%	1,3%	0,2%	1,2%	0,2%
Polen	2012	15 - 64	12,2%	3,8%	0,9%	0,2%	1,1%	0,1%	2,9%	0,6%
Kroatië	2012	15 - 64	15,6%	5,0%	2,3%	0,5%	2,5%	0,4%	2,6%	0,8%
Hongarije	2007	18 - 54	8,5%	2,3%	0,9%	0,2%	2,4%	0,5%	1,8%	0,5%
Cyprus	2012	15 - 64	9,9%	2,2%	1,3%	0,3%	0,9%	0,3%	0,7%	0,3%
Bulgarije	2012	15 - 64	7,5%	3,5%	0,9%	0,2%	2,0%	1,2%	1,2%	0,6%
Malta	2001	18 - 64	3,5%	0,8%	0,4%	0,3%	0,7%	0,2%	0,4%	0,0%
Roemenië	2010	15 - 64	1,6%	0,3%	0,3%	0,1%	0,7%	0,2%	0,1%	0,0%
Estland	2008	15 - 64	-	6,0%	-	0,7%	-	1,2%	-	1,1%
Slovenië	2012	15 - 64	15,8%	4,4%	2,1%	0,5%	2,1%	0,3%	0,9%	0,3%

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

Wat betekenen de epidemiologische kernindicatoren?

De kernindicatoren van het EMCDDA zijn bedoeld om de stand van de drugsproblematiek weer te geven en ontwikkelingen te kunnen monitoren. Ook dienen zij bij te dragen aan een bredere analyse van beleidsuitkomsten, al kleven hier veel haken en ogen aan (Van Laar en Van Ooyen, 2009). Het EMCDDA heeft voor vijf drugsindicatoren protocollen ontwikkeld, die de EU-lidstaten moeten gebruiken bij de gegevensverzameling (EMCDDA, 2009). Doel is dat op Europees niveau gegevens over drugsgebruik en de gevolgen daarvan tussen landen (beter) vergelijkbaar zijn. Ondanks duidelijke vooruitgang is dit einddoel nog niet bereikt. Verschillen tussen landen, zeker als deze klein zijn, moeten daarom nog steeds voorzichtig worden geïnterpreteerd. In dit Jaarbericht wordt de situatie rondom de consumptie van alcohol en tabak ook aan de hand van deze indicatoren beschreven; deze gegevens zijn op een paar uitzondering na niet op een internationaal gestandaardiseerde wijze verzameld.

Middelengebruik in de algemene bevolking (en scholieren)

Bevolkingsonderzoeken naar middelengebruik geven zicht op de omvang van het gebruik en risicogroepen en - indien periodiek uitgevoerd volgens de zelfde methode – ontwikkelingen hierin. Bij de beschrijving van het gebruik van alcohol en drugs worden doorgaans verschillende groepen gebruikers onderscheiden. De grootste groep bestaat uit mensen die ooit in hun leven één of meer keer alcohol en/of drugs hebben geconsumeerd (ooitgebruik), al is dat jaren geleden. Een betere indicator van actuele ontwikkelingen vormt het percentage mensen dat pas nog, in het laatste jaar of maand, een middel heeft gebruikt (recent en actueel gebruik).

De wijze waarop de vragen worden gesteld (bijv. schriftelijk, telefonisch of 'face-to-face') en de interviewomstandigheden (bijv. aanwezigheid van een ouder) kunnen van invloed zijn op de geneigdheid om middelengebruik 'toe te geven'. Gezien het relatief liberale klimaat in Nederland ten aanzien van drugsgebruik, vooral van cannabis, zal onderrapportage van drugsgebruik in Nederland minder voorkomen dan in landen met een repressief beleid waar wettelijke en/of sociale sancties staan op het gebruik van drugs. Toch suggereren de doorgaans lagere prevalenties van drugsgebruik verkregen via face-to-face interviews vergeleken met die verkregen via minder directe, meer anonieme, methoden, dat ook in Nederland illegaal drugsgebruik blijkbaar een gevoelig onderwerp is (Rodenburg et al., 2007; CBS, K. Knoops, persoonlijke communicatie).

Van belang is verder de mate waarin de aangezochte 'respondenten' daadwerkelijk aan de peiling meedoen. Dat kan uiteenlopen van minder dan 50 tot bijna 100 procent. Een lage 'respons' doet twijfelen aan de betrouwbaarheid van de bevindingen.

Trends in de prevalentie van middelengebruik zijn vaak lastig te duiden vanwege tal van op elkaar inwerkende factoren die hier op van invloed kunnen zijn. Voorbeelden van zulke factoren zijn nationaal en internationaal beleid; effectieve interventies; productie, beschikbaarheid en toegankelijkheid van drugs en andere middelen; economische factoren (zoals inkomen); waargenomen risico's van gebruik; de sociale omgeving; en cultuur, leefstijl en modes, en de rol die het middelengebruik hierbij speelt.

Problematisch middelengebruik

Er is geen algemeen geldende definitie van 'problematisch gebruik'. Het EMCDDA hanteert voor problematisch drugsgebruik de volgende definitie: 'injecterend drugsgebruik of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetamines'. Dit is een brede definitie waarin ook harddrugsgebruikers die bijvoorbeeld methadon ontvangen en sociaal goed functioneren worden meegerekend. In Nederland worden op lokaal en nationaal niveau uiteenlopende definities gebruikt en vergelijkingen moeten derhalve

met grote voorzichtigheid worden gemaakt. Voor andere middelen, zoals cannabis en alcohol, worden vaak de criteria van misbruik en afhankelijkheid volgens internationale classificatiesystemen gebruikt, zoals de DSM of ICD.
In onderzoek naar middelengebruik in de algemene bevolking worden respondenten doorgaans geselecteerd op basis een willekeurige steekproef uit het bevolkingsregister. Gemarginaliseerde groepen, zoals chronische harddrugsgebruikers, die geregeld in instellingen verblijven of geen vast woonadres hebben, zijn dus sterk ondervertegenwoordigd in dit type onderzoek. Voor het schatten van de omvang van de groep probleemgebruikers van harddrugs zijn daarom tal van speciale technieken ontwikkeld. Voorbeelden zijn de capture-recapture methode en de 'multiplier' methode. Deze methoden zijn er op gebaseerd dat een deel van de drugsgebruikers in het vizier is van de hulpverlening en/of de politie en als zodanig zijn geregistreerd. Een ander deel komt niet in contact met deze registrerende instellingen, de zogenaamde 'verborgen populatie. Dit deel kan worden bijgeschat met bepaalde statistische technieken om tot een totaalschatting van de groep probleemgebruikers te komen. Bedacht moet worden dat dergelijke prevalentie schattingen doorgaans een behoorlijke foutenmarge kennen en weinig nauwkeurig zijn.

Hulpvraag

Een deel van de probleemgebruikers van alcohol of drugs zoekt hulp bij een instelling voor verslavingszorg of wordt opgenomen in een ziekenhuis. Gegevens over de omvang van aantallen cliënten en cliëntprofielen geven informatie over (trends) in de hulpvraag en dragen bij aan het plannen en evalueren van de zorg aan alcohol- en drugsgebruikers. Ook kunnen deze gegevens een indirecte indicator zijn van trends in het probleemgebruik maar andere factoren, zoals de omvang en kwaliteit van het behandelaanbod, registratieproblemen, of veranderingen in het doorverwijzen (bijv. meer via de eerstelijnszorg), kunnen echter evenzeer van invloed zijn op het aantal geregistreerde cliënten. Ook moet worden bedacht dat mensen die bij de hulpverlening komen in zekere zin 'atypisch' zijn voor de totale groep mensen met een verslavingsprobleem. Er zijn indicaties dat verslaafden die hulp vragen er erger aan toe zijn dan verslaafden die dat nog niet doen. Zo komen (comorbide) psychische problemen doorgaans vaker voor bij cliënten van de verslavingszorg, dan bij mensen die 'alleen' met een verslavingsprobleem kampen.

Drugsgerelateerde infectieziekten

Het EMCDDA focust op het monitoren van de prevalentie van infecties met hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers. Deze gegevens zijn belangrijk voor het vaststellen van prioriteiten voor preventie, het inschatten van de (toekomstige) ziektelast en maatschappelijke kosten, en het monitoren van de effecten van preventieve interventies. Deze indicator is het minst gestandaardiseerd. De bronnen die beschikbaar zijn in de lidstaten lopen sterk uiteen, namelijk van steekproeven van drugsgebruikers (de gouden standaard), gegevens van screeningen van drugsgebruikers in behandeling of in gevangenissen, case reports en meldingen van gediagnosticeerde gevallen van hiv en hepatitis. Bovendien zijn er grote verschillen in dekkingsgraad (lokaal, regionaal, nationaal). In absolute zin zijn de gegevens tussen landen derhalve niet goed vergelijkbaar. Wel geven zij doorgaans een indicatie van ontwikkelingen in besmettingsgraad. Ook in Nederland zijn de gegevens gefragmenteerd, maar kunnen op basis van verschillende bronnen wel voorzichtig uitspraken worden gedaan over trends in de problematiek.

Sterfte gerelateerd aan alcohol en/of drugs

Sterfte door overdosis of andere oorzaken die samenhangen met middelengebruik worden gezien als meest ernstige en extreme gevolg van middelengebruik. Gegevens over omvang en aard van de sterfgevallen zijn bruikbaar om trends in probleemgebruik en risicogedrag (injecteren, polydrugsgebruik) te monitoren. In veel landen vormt de algemene doodsoorzakenstatistiek de bron voor acute drugssterfte ('overdosis'). Volgens het EMCDDA protocol gebeurt dit door gevallen te selecteren volgens een vastgestelde selectie van ICD-9 of ICD-10 codes, die betrekking hebben op de aard van de sterfte (accidenteel, opzettelijk, opzet onbekend) en soorten drugs. Er zijn verschillen tussen landen in de procedures om de doodsoorzaak

vast te stellen, met name de aard van het post-mortem onderzoek (bijv. wel of geen toxicologische analyses). In landen waar bij vermoeden van een onnatuurlijke doodsoorzaak standaard post-mortem onderzoek wordt verricht is de kans op het ontdekken van een drugssterfgeval groter dan in landen waar dat niet gebeurt en/of waar de doodsoorzaak alleen op basis van uiterlijke kenmerken en omstandigheden wordt vastgesteld. Ook indien toxicologische gegevens beschikbaar zijn wordt deze informatie lang niet altijd gebruikt voor het coderen van de sterfte in de doodsoorzakenstatistiek. Dergelijke verschillen kunnen hun weerslag hebben op de vergelijkbaarheid van gegevens tussen landen. Drugsgebruikers kunnen ook door andere oorzaken dan een overdosis overlijden. Deze oorzaken kunnen los staan van het drugsgebruik (bijvoorbeeld ouderdom) of hieraan gerelateerd zijn (zoals een uitputtende leefstijl, infectieziekten door injecteren). Deze algehele sterfte onder drugsgebruikers wordt in kaart gebracht in cohort onderzoek waarin drugsgebruikers over de jaren heen worden 'gevolgd'.
Voor de alcoholgerelateerde sterfte is een standaardprotocol niet beschikbaar. In de internationale literatuur zijn wel ICD-codes te traceren die worden gebruikt voor het bepalen van sterfte die gerelateerd is aan alcoholgebruik (WHO, 2000; Heale et al., 2002). Deze codes worden in dit Jaarbericht gebruikt indien alcoholgebruik expliciet als oorzaak staat genoemd De cijfers weerspiegelen vrijwel zeker een onderschatting van de totale alcoholsterfte omdat de rol van alcoholgebruik bij de sterfte niet altijd herkend wordt.

Lijst van afkortingen

2C-B	4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
4-MA	4-methylamfetamine
4-MTA	4-methylthioamfetamine
5-APB	Benzo Fury
6-APB	Benzo Fury
ACT	Assertive Community Treatment
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
APV	Algemene Plaatselijke Verordening
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BAG	Bloedalcoholgehalte
BEGJ	Bureau Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BMK	Benzyl-methyl-keton
BO	Basisonderwijs
BPS	Bedrijfsprocessensysteem
BVH	Basis Voorziening Handhaving
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
BZP	Benzylpiperazine
CADUMS	Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey
CAM	Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs
CAN	Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs
CAS	Canadian Addiction Survey
CBD	Cannabidiol
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CJIB	Centraal Justitieel Incasso Bureau
CMR	Centrale Methadon Registratie
Coda-G4	Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COR	Continu Onderzoek Rookgewoonten
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CQI	Consumer Quality Index
CSV	Crimineel Samenwerkings Verband
CVA	Cerebraal Vasculaire Aandoening (beroerte)
CVS	Cliënt Volg Systeem
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DDD	Doorsnee Dag Dosis, standaarddagdosering
DEA	Drug Enforcement Administration
DHD	Dutch Hospital Data
DHW	Drank- en Horecawet
DIMS	Drugs Informatie en Monitoring Systeem
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen

DNRI	Dienst Nationale Recherche Informatie
DOB	2,5-dimethoxy-4-bromoamfetamine
DRUID	Driving under the Influence of Drugs, Alcohol, and Medicines
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
EC	Europese Commissie/European Commission
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
EK	Eerste Kamer
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/European Union
EWDD	Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (in het Engels: EMCDDA)
EWS	Early Warning System
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
FinEC	Financieel Economisch Opsporen Politie
FIOD	Fiscale Inlichtingen en Opsporings Dienst
FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GBL	Gamma-butyrolacton
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHB	Gammahydroxyboterzuur
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
GW	Geneesmiddelenwet
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Treatment
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
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	Herkenningsdienstsysteem
ICD	International Classification of Diseases
ICPC	International Classification for Primary Care
IDG	Intraveneuze Drugsgebruiker
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPOL	Dienst van het Korps Landelijke Politie Diensten (KLPD), coördineert onder andere politie- en rechtshulpinformatie
ISD	Inrichting voor Stelselmatige Daders
ITC	International Tobacco Control
IVM	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
IVRK	Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind
IVZ	Stichting Informatievoorziening Zorg
JJI	Justitiële Jeugdinrichting
KLPD	Korps Landelijke Politie Diensten
KMar	Koninklijke Marechaussee
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

KWF	Koningin Wilhelmina Fonds Kankerbestrijding
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LASA	Longitudinal Aging Study Amsterdam
LFO	Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen
LIEC	Landelijk Informatie en Expertise Centrum
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
LMR	Landelijke Medische Registratie
LSD	d-Lysergzuur-diethylamide
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
lwoo	Leerwegondersteunend onderwijs
MATE	Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie
MBDB	N-methyl-1-(3,4-methyleen-dioxyphenyl)-2-butanamine
mCPP	Meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (metachloorpiperazine)
MDA	Methyleen-dioxyamfetamine
MDEA	Methyleen-dioxyethylamfetamine
MDI	Monitor Drugs Incidenten
MDMA	3,4-methyleen-dioxymethamfetamine
MGC	Monitor Georganiseerde Criminaliteit
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MND	Meldpunt Nieuwe Drugs
MO/VB-regio	Regio voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid
MSM	Mannen die sex hebben met mannen
MXE	Methoxetamine
NDM	Nationale Drug Monitor
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NFI	Nederlands Forensisch Instituut
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NICE	National Intensive Care Evaluation
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NISPA	Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMG	Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek
NPP	Nationaal Programma Preventie
NPS	Nieuwe Psychoactieve Stoffen
NSCK	Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde
NSWO	Nederlandse Vereniging voor Slaap- en Waak Onderzoek
NVIC	Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVWA	Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OBJD	Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
OM	Openbaar Ministerie
OPS	Opsporingsregister
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PBW	Penitentiaire Beginselenwet
PMA	Paramethoxyamfetamine

PMK	Piperonyl-methyl-keton
PMMA	Paramethoxymethylamfetamine
POH-GGZ	Praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
pro	Praktijkonderwijs
PY	Persoonsjaren
RdGG	Reinier de Graaf Groep
REC-4	Regionaal Expertise Centrum, school voor speciaal onderwijs
RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RIEC	Regionaal Informatie- en Expertisecentrum
RIOB	Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling
RISc	Recidive Inschattings Schalen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROI	Rijden Onder Invloed
ROM	Routine Outcome Monitoring
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAR	Stichting Alcohol Research
SBG	Stichting Benchmark GGZ
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SHM	Stichting HIV Monitoring
SIVZ	zie: IVZ
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SOCTA	European Serious and Organised Crime Threat Assessment
Sr	Wetboek van Strafrecht
STAP	Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid
STIVA	Stichting Verantwoord Alcoholgebruik
Sv	Wetboek van Strafvordering
SVG	Stichting Verslavingsreclassering van de Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
SSI	Stichting Sigarettenindustrie
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
TBS	Terbeschikkingstelling
THC	Tetrahydrocannabinol
TK	Tweede Kamer
TNS NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
TULP	TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
UT	Universiteit Twente
UvA	Universiteit van Amsterdam
VMBO	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
VMBO-p	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg
VMBO-t	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg
VN	Verenigde Naties
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWO	Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)

Wlz	Wet langdurige zorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WVMC	Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën
WvS	Wetboek van Strafrecht
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet

F 13.6 Verklaring van tekens

-	tot en met, bijvoorbeeld “15-64 jaar” betekent “15 tot en met 64 jaar”
-	(in tabellen) gegevens niet beschikbaar, gegevens ontbreken, niet gemeten
…	wijziging in de methode, bijvoorbeeld “2005 … 2009” betekent dat door een wijziging in de methode de gegevens voor 2009 niet vergeleken kunnen worden met de gegevens uit 2005
<	minder dan, bijvoorbeeld “<1%” betekent “minder dan 1%”
≤	minder dan of gelijk aan, bijvoorbeeld “≤15%” betekent “minder dan of gelijk aan 15%”
>	meer dan, bijvoorbeeld “>1%” betekent “meer dan 1%”
≥	meer dan of gelijk aan, bijvoorbeeld “≥15%” betekent “meer dan of gelijk aan 15%”

14. Referenties

14. Referenties

Alberda, D.L. Wartna, B.S.J. (2013). Recidive na huiselijk geweld: ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van plegers van huiselijk geweld vervolgd in de periode 2007-2009. WODC, Den Haag.

Asbridge, M., Hayden, J.A., Cartwright, J.L. (2012). Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. BMJ 344, e536.

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2011). 2010 National Drug Strategy Household Survey report. AIHW, Canberra.

Bakker, I., Tierolf, B., Los, V. (2013). Daar doen we het voor! Opbrengsten en effecten van verslavingsreclassering. Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.

Baliunas, D., Rehm, J., Irving, H., Shuper, P. (2010). Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. Int J Public Health 55, (3), 159-166.

Battistella, G., Fornari, E., Annoni, J.M., Chtioui, H., Dao, K., Fabritius, M. et al. (2014). Long-term effects of cannabis on brain structure. Neuropsychopharmacology 39, (9), 2041-2048.

Been, J.V., Nurmatov, U.B., Cox, B., Nawrot, T.S., van Schayck, C.P., Sheikh, A. (2014). Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. Lancet 383, (9928), 1549-1560.

Bennett, T.H., Holloway, K.R., Brookman, F., Parry, O., Gorden, C. (2014). Explaining prescription drug misuse among students from a widening access university: The role of techniques of neutralization. Drugs: Education, Prevention & Policy 21, (3), 189-196.

Benschop, A., Nabben, T., Korf, D.J. (2013). Antenne 2012: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Benschop, A., Nabben, T., Korf, D.J. (2011). Antenne 2010: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Benschop, A., Nabben, T., Korf, D. (2009). Antenne 2008: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Beurmanjer, H., De Weert, G. (2013). Tendens: Trends in Wonen, Werken en Middelengebruik 2012-2013: een update. IrisZorg, Arnhem.

Beurmanjer, H., De Jong, M., Poelmans, I., De Weert-van Oene, G. (2012). TENDENS: Trends in Wonen, Werken en Middelengebruik: De Gelderse sociale kwetsbaarheid- en middelenmonitor: Editie 2011-2012. IrisZorg, Arnhem.

Bieleman, B., Nijkamp, R., Reimer, J., Haaijer, M. (2013). Coffeeshops in Nederland 2012: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2012. Intraval, Groningen.

Bieleman, B., Kruize, A., Zimmerman, C. (2012). Monitor alcoholverstrekking jongeren 2011: naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar Drank- en Horecawet: tweejaarlijkse metingen 1999-2011. Intraval, Groningen-Rotterdam.

Bieleman, B., Kruize, A., Zimmerman, C. (2010). Monitor alcoholverstrekking jongeren 2009: naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar Drank- en horecawet: tweejaarlijkse metingen 1999-2009. Intraval, Groningen.

Bieleman, B., Nijkamp, R., Schaap, F. (2010a). Monitor coffeeshopbeleid Rotterdam: 0- en 1-meting. Intraval, Groningen-Rotterdam.

Blomeyer, D., Friemel, C.M., Buchmann, A.F., Banaschewski, T., Laucht, M., Schneider, M. (2013). Impact of Pubertal Stage at First Drink on Adult Drinking Behavior. Alcohol Clin Exp Res.

Boden, J.M., Fergusson, D.M. (2011). Alcohol and depression. Addiction 106, (5), 906-914.

Boelema, S., Ter Bogt, T., Van der Eijnden, R., Verdurmen, J. (2009). Fysieke, functionele en gedragsmatige effecten van alcoholgebruik op de ontwikkeling van 16-18 jarigen. Universiteit Utrecht/Trimbos-instituut, Utrecht.

Boendermaker, M., Bieleman, B. (2013). Monitor regionaal kompas Oost-Veluwe: metingen 2009 tot en met 2012. Intraval, Groningen.

Bogdanovica, I., Godfrey, F., McNeill, A., Britton, J. (2011). Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey methods and results. Tob Control 20, (1), e4.

Bos, N.M., Bijleveld, F.D., Stipdonk, H.L. (2013). Bepaling van het aantal ernstig verkeersgewonden in 2012. SWOV, Den Haag.

Boschloo, L., Vogelzangs, N., Smit, J.H., Van den Brink, W., Veltman, D.J., Beekman, A.T. et al. (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). J Affect Disord 131, (1-3), 233-242.

Brandenburg, R., Brinkman, S., de Keizer, N.F., Meulenbelt, J., de Lange, D.W. (2014). In-hospital mortality and long-term survival of patients with acute intoxication admitted to the ICU. Crit Care Med 42, (6), 1471-1479.

Brien, S.E., Ronksley, P.E., Turner, B.J., Mukamal, K.J., Ghali, W.A. (2011). Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of interventional studies. BMJ 342, d636.

Broekhuizen, L. (2014). Gevallen door oxazepam. Huisarts & Wetenschap 57, (1), 3.

Bruinsma, M.Y., Balogh, L.D., De Muijnck, J.A. (2008). Geweld onder invloed: evaluatie van een nieuwe werkwijze van de politie gericht op versterking van de informatiepositie ten aanzien van alcohol- en drugsgebruik door geweldplegers. IVA, Tilburg.

Brunt, T.M., Van Genugten, M., Honer-Snoeken, K., van de Velde, M.J., Niesink, R.J. (2014). Therapeutic satisfaction and subjective effects of different strains of pharmaceutical-grade cannabis. J Clin Psychopharmacol 34, (3), 344-349.

Brunt, T.M., Koeter, M.W., Hertoghs, N., Van Noorden, M.S., Van den Brink, W. (2013). Sociodemographic and substance use characteristics of gamma hydroxybutyrate (GHB) dependent inpatients and associations with dependence severity. Drug Alcohol Depend 131, (3), 316-319.

Brunt, T.M., Poortman, A., Niesink, R.J., Van den Brink, W. (2011). Instability of the ecstasy market and a new kid on the block: mephedrone. J Psychopharmacol 25, (11), 1543-1547.

Buisman, R., Croes, E. (2014). Factsheet Elektronische Sigaretten (E-sigaretten). Trimbos-instituut, Utrecht.

Buster, M., Van Brussel, G. (2011). De GGD Amsterdam en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: OGGZ-monitor 2010. GGD Amsterdam, Amsterdam.

Buster, M., De Wit, M. (2010). Winterkoudeopvang in Amsterdam. Verslaving 6, (3), 52-63.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2013). CAM Quick Scan rapportage gamma-butyrolacton (GBL). RIVM, Bilthoven.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2011). Risicoschatting gamma-hydroxyboterzuur 2011. CAM, Bilthoven.

CAM (2009). CAM quick scan rapportage levamisol. RIVM, Bilthoven.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2008). Risicoschatting cannabis 2008. RIVM, Bilthoven.

Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS) (2012). Summary of Results for 2011. Health Canada, Ottowa, Ontario.

Casati, A., Sedefov, R., Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). Misuse of Medicines in the European Union: A Systematic Review of the Literature. European Addiction Research 18, (5), 228-245.

Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H. et al. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. Biol. Psychiatry 57, (10), 1117-1127.

CBS (2014). Statline: Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken: rookgedrag, 12 jaar of ouder. CBS, Den Haag/Heerlen.

CBS (2014a). Statline: Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken: alcoholgebruik, 12 jaar of ouder. CBS, Den Haag/Heerlen.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2014b). Veiligheidsmonitor 2013. CBS, Den Haag/Heerlen.

CBS (2013). Veiligheidsmonitor 2012., Den Haag/Heerlen CBS.

CBS (2012). Statline: Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken: alcoholgebruik, 12 jaar of ouder. CBS, Den Haag/Heerlen.

CBS, GGD Nederland, RIVM (2013). Gezondheidsmonitor 2012. CBS/GGD Nederland/RIVM, Den Haag.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2012a). Integrale Veiligheidsmonitor 2011: landelijke rapportage. CBS, Den Haag/Heerlen.

CBS (2011). StatLine: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: zware rokers onder rokers. CBS, Voorburg/Heerlen.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2014). Secondhand Smoke Facts. CDC, Atlanta.

Chadwick, B., Miller, M.L., Hurd, Y.L. (2013). Cannabis Use during Adolescent Development: Susceptibility to Psychiatric Illness. Front Psychiatry 4, 129.

Chagas, M.H., Eckeli, A.L., Zuardi, A.W., Pena-Pereira, M.A., Sobreira-Neto, M.A., Sobreira, E.T. et al. (2014). Cannabidiol can improve complex sleep-related behaviours associated with rapid eye movement sleep behaviour disorder in Parkinson's disease patients: a case series. J Clin Pharm Ther 39, (5), 564-566.

Chen, R., Wilson, K., Chen, Y., Zhang, D., Qin, X., He, M. et al. (2013). Association between environmental tobacco smoke exposure and dementia syndromes. Occup Environ Med 70, (1), 63-69.

Chen, W.Y., Rosner, B., Hankinson, S.E., Colditz, G.A., Willett, W.C. (2011). Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. JAMA 306, (17), 1884-1890.

Costanzo, S., Di Castelnuovo, A., Donati, M.B., Iacoviello, L., De Gaetano, G. (2011). Wine, beer or spirit drinking in relation to fatal and non-fatal cardiovascular events: a meta-analysis. Eur J Epidemiol 26, (11), 833-850.

Coumans, A.M., Neve, R.J.M., 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. IVO, Rotterdam.

Crime Survey for England and Wales (CSEW) (2014). Drug Misuse: Findings from the 2012 to 2013 Crime Survey for England and Wales. Home Office, London.

Croes, E.A., Vogels, N., Van der Pol, P. (2014). Monitor Drugsincidenten: factsheet 2013. Trimbos-instituut, Utrecht.

Crul, B.V.M. (2006). Dokter als drugspusher: ontwenningscampagne voor benzodiazepinen gewenst. Medisch Contact 61, (35), 1374-1375.

Cruts, A.A.N., Van Laar, M., Buster, M. (2013). Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland. Trimbos-instituut, Utrecht.

Cruts, G., Smit, F., Van Laar, M. (2008). Actualisering van de schatting van het aantal problematische drugsgebruikers in Nederland: notitie voor de Wetenschappelijke Raad van de Nationale Drug Monitor (NDM) voor haar vergadering van 15 oktober 2008: NDM-109 . Trimbos-instituut, Utrecht.

Cruts, A.A.N., Feenstra, T.L., Van Laar, M.W. (2008a). Ziekte door roken in Nederland: naar schatting 90 duizend klinische ziekenhuisopnamen in 2005. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 152, (26), 1469-1472.

Da Silva, D.D., Silva, E., Carmo, H. (2014). Combination effects of amphetamines under hyperthermia - the role played by oxidative stress. J Appl Toxicol. 34, (6), 637-650.

Danaei, G., Ding, E.L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehm, J., Murray, C.J. et al. (2009). The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. PLoS Med 6, (4), e1000058.

Daniulaityte, R., Falck, R., Carlson, R.G. (2012). Illicit use of buprenorphine in a community sample of young adult non-medical users of pharmaceutical opioids. Drug and Alcohol Dependence 122, (3), 201-207.

Daniulaityte, R., Falck, R., Carlson, R.G. (2012a). "I'm not afraid of those ones just 'cause they've been prescribed": perceptions of risk among illicit users of pharmaceutical opioids. International Journal of Drug Policy 23.

Das, C.K., Ceelen, M., Dorn, T., de Jong, J.T. (2009). Cocainegebruik en plotseling overlijden: het geagiteerd-deliriumsyndroom. Ned Tijdschr Geneeskd. 153, B299.

De Graaf, R., Ten Have, M., Tuithof, M., Van Dorsselaer, S. (2012). Incidentie van psychische aandoeningen: Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2. Trimbos-instituut, Utrecht.

De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Trimbos-instituut, Utrecht.

De Groot, I., Van der Land, M. (2012). Ingenomen en uitgehaald: alcohol en geweld in Amsterdamse uitgaansettings. Vrije Universiteit, Amsterdam.

De Jong, C.A.J., Kamal, R., Dijkstra, B.A.G., De Haan, H.A. (2012). Gamma-Hydroxybutyrate Detoxification by Titration and Tapering. European Addiction Research 18, (1), 40-45.

De Jong, M., Poelmans, I., Ernst, M., Timmermans, P. (2011). Tendens 2010: alcohol- en druggebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland. IrisZorg, Arnhem.

De Jong, M., Poelmans, I., Diemers, J., Ernst, M. (2009). Tendens 2009: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland. IrisZorg, Arnhem.

De Looze, M., Van Dorsselaer, S., De Roos, S., Verdurmen, J., Stevens, G., Gommans, R. et al. (2014). HBSC 2013: gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Universiteit Utrecht, Utrecht.

De Mello Schier, A.R., De Oliveira Ribeiro, N.P., Coutinho, D.S., Machado, S., Arias-Carrion, O., Nardi, A.E. et al. (2014). Antidepressant-Like and Anxiolytic-Like Effects of Cannabidiol: A Chemical Compound of Cannabis Sativa. CNS Neurol Disord Drug Targets.

De Weert-Van Oene, G.H., Schellekens, A.F., Dijkstra, B.A., Kamal, R., De Jong, C.A. (2013). Detoxificatie van patienten met GHB-afhankelijkheid. Tijdschr Psychiatr 55, (11), 885-890.

De Win, M.M. (2007). Neurotoxicity of extacy: causality, course, and clinical relevance. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Degenhardt, L., Bruno, R., Topp, L. (2010). Is ecstasy a drug of dependence? Drug and Alcohol Dependence 107, (1), 1-10.

Dekkers, C., Grund, J.P., Van Dijk, A. (2010). Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag: gegevens over 2008-2009 uit een Internet-survey onderzoek. Epidemiologisch Bulletin 45, (4), 12-22.

Delforterie, M.J., Creemers, H.E., Huizink, A.C. (2014). Recent cannabis use among adolescent and young adult immigrants in the Netherlands--the roles of acculturation strategy and linguistic acculturation. Drug Alcohol Depend 136, 79-84.

Devinsky, O., Cilio, M.R., Cross, H., Fernandez-Ruiz, J., French, J., Hill, C. et al. (2014). Cannabidiol: pharmacology and potential therapeutic role in epilepsy and other neuropsychiatric disorders. Epilepsia 55, (6), 791-802.

Di Forti, M., Morgan, C., Dazzan, P., Pariante, C., Mondelli, V., Reis Marques, T. et al. (2009). High-potency cannabis and the risk of psychosis. The British Journal of Psychiatry 195, 488-491.

Dick, D., Torrance, C. (2010). MixMag Drugs Survey. MixMag 225, 44-53.

DIMS (2013). Jaarbericht-Update 2012. Trimbos-instituut, Utrecht.

Doekhie, J., Nabben, T., Korf, D.J. (2010). NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2008-2009. Rozenberg, Amsterdam.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 328, (7455), 1519.

Dorn, T., Ceelen, M., Buster, M., Stirbu, I., Donker, G., Das, K. (2014). Mental health and health-care use of detainees in police custody. J Forensic Leg.Med 26, 24-28.

Duffy, P., Mackridge, A.J. (2014). Use and diversion of illicit methadone-under what circumstances does it occur, and potential risks associated with continued use of other substances. Journal of Substance Use 19, (1-2), 48-55.

Duffy, P., Baldwin, H. (2012). The nature of methadone diversion in England: a Merseyside case study. Harm Reduct.J 9, 3.

Dumont, G.H.J. (2009). Cognitive and physiological effects of 3,4-methylenedioxydemethamphetamine (MDMA or 'ecstasy') in combination with alcohol or cannabis in humans. Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen.

Dutch Hospital Data (DHD) (2013). Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2012. DHD, Utrecht.

E.K.32398-I.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 32398 nr.I (2014). Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg): nadere memorie van antwoord. Sdu Uitgevers, Den Haag.

E.K.32398-J.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 32398 nr.J (2014). Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg). Sdu Uitgevers, Den Haag.

E.K.32842-A.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 32842 nr.A (2013). Wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt. Sdu Uitgevers, Den Haag.

E.K.32842-B.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 32842 nr.B. (2013). Wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt; Memorie van antwoord. Sdu Uitgevers, Den Haag.

E.K.32842-C.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 32842 nr C (2013). Wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt; nader voorlopig verslag van de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie. Sdu Uitgevers, Den Haag.

E.K.32842-D.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 32842 nr D (2013). Wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt; nadere memorie van antwoord. Sdu Uitgevers, Den Haag.

E.K.32842-E.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 32842 nr E (2013). Wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteel; tweede nader voorlopig verslag. Sdu Uitgevers, Den Haag.

E.K.32842-G.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 32842 nr G (2014). Wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt; eindverslag. Sdu Uitgevers, Den Haag.

E.K.32859-A.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-204 publicatienummer 32859 nr A (2014). Wijziging van de Wegenverkeerswet 1994 in verband met het verbeteren van de aanpak van het rijden onder invloed van drugs; Gewijzigd voorstel van wet. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Englund, A., Morrison, P.D., Nottage, J., Hague, D., Kane, F., Bonaccorso, S. et al. (2013). Cannabidiol inhibits THC-elicited paranoid symptoms and hippocampal-dependent memory impairment. Journal of Psychopharmacology 27, (1), 19-27.

Erkenningscommissie gedragsinterventies justitie (2013). Jaarverslag 2012. Ministerie van Veiligheid en Justitie, Den Haag.

Ernst, A.A., Weiss, S.J., Enright-Smith, S., Hilton, E., Byrd, E.C. (2008). Perpetrators of intimate partner violence use significantly more methamphetamine, cocaine, and alcohol than victims: a report by victims. American Journal of Emergency Medicine 26, 592-596.

Estrada, G., Fatjo-Vilas, M., Munoz, M.J., Pulido, G., Minano, M.J., Toledo, E. et al. (2011). Cannabis use and age at onset of psychosis: further evidence of interaction with COMT Val158Met polymorphism. Acta Psychiatr Scand 123, (6), 485-492.

European Commission (2010). EU citizens' attitudes towards alcohol: special Eurobarometer 331. European Commission, Brussel.

European Commission (2012). Attitudes of Europeans towards tobacco: Special Eurobarometer 385. European Commission, Brussels.

European Commission Directorate General Taxation and Custom Union Tax Policy (2013). Releases for consumption of cigarettes 2002-2013. EC, Brussels.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2002). Handbook for surveys on drug use among the general population: final report. EMCDDA, Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012). Annual report 2012: the state of the drugs problem in Europe. EMCDDA, Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2013). European Drug Report: trends and developments. EMCDDA, Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2014). European Drug Report 2014: trends and developments . EMCDDA, Lisbon.

Fedirko, V., Tramacere, I., Bagnardi, V., Rota, M., Scotti, L., Islami, F. et al. (2011). Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis of published studies. Ann Oncol 22, (9), 1958-1972.

Ferwerda, H., Van Hasselt, N., Van Ham, T., Voorham, L. (2012). De juiste snaar? Professionals met een publieke taak en de omgang met overlast, agressie en geweld als gevolg van alcohol- en/of drugsgebruik. WODC, Den Haag.

Fischer, B., Keates, A., Buhringer, G., Reimer, J., Rehm, J. (2014). Non-medical use of prescription opioids and prescription opioid-related harms: why so markedly higher in North America compared to the rest of the world? Addiction 109, (2), 177-181.

Fischer, B., Ialomiteanu, A., Boak, A., Adlaf, E., Rehm, J., Mann, R.E. (2013). Prevalence and key covariates of non-medical prescription opioid use among the general secondary student and adult populations in Ontario, Canada. Drug and Alcohol Review 32 , (3), 276-287.

Freeman, T.P., Morgan, C.J., Hindocha, C., Schafer, G., Das, R.K., Curran, H.V. (2014). Just say 'know': how do cannabinoid concentrations influence users' estimates of cannabis potency and the amount they roll in joints? Addiction 109, (10), 1686-1694.

Ganpat, S., Kleinjan, M., Van de Mheen, D. (2009). Oneigenlijk medicijngebruik onder Nederlandse jongeren: aard en omvang. IVO, Rotterdam.

Gates, P., Jaffe, A., Copeland, J. (2014). Cannabis smoking and respiratory health: consideration of the literature. Respirology 19, (5), 655-662.

Geels, L.M., Vink, J.M., van Beek, J.H., Willemsen, G., Bartels, M., Boomsma, D.I. (2013). Vroege alcoholinitiatie en verhoogde alcoholconsumptie op volwassen leeftijd; oorzaak of indicator? Tijdschr Psychiatr 55, (8), 585-597.

Gemeente Amsterdam (2013). Bekendmaking besluit Hoofdofficier van justitie van het Arrondissementsparket Amsterdam met betrekking tot het instellen van blowverboden op kinderspeelplaatsen en schoolpleinen in de gemeente Amsterdam. Gemeente Amsterdam, Amsterdam.

Gemeente Den Haag, GGD Den Haag, GGD Haaglanden (2014). Gezondheidsmonitor Den Haag 2014. Gemeente Den Haag, Den Haag.

Gemeente Heerlen, Gemeente Utrecht, Gemeente Eindhoven (2014). Manifest Joint Regulation. Gemeente Heerlen/Gemeente Utrecht/Gemeente Eindhoven, Utrecht.

Gezondheidsraad (2003). Volksgezondheidsschade door passief roken. Gezondheidsraad, Den Haag.

Gezondheidsraad (2005). Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding. Gezondheidsraad, Den Haag.

GGD Amsterdam (2014). In de nesten: analyse van de voorgeschiedenis van een groep jongvolwassen gewelddadige veelplegers uit Amsterdam. GGD Amsterdam, Amsterdam.

GGZ Nederland (2013). Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel. GGZ Nederland, Amersfoort.

Goosens, F.X., Frijns, T., Van Hasselt, N.E., Van Laar, M.W. (2013). Het Grote Uitgaansonderzoek 2013: uitgaanspatronen, middelengebruik en risicogedrag onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut, Utrecht.

Griffith-Lendering, M.F., Wigman, J.T., Prince van, L.A., Huijbregts, S.C., Huizink, A.C., Ormel, J. et al. (2013). Cannabis use and vulnerability for psychosis in early adolescence--a TRAILS study. Addiction 108, (4), 733-740.

Guerri, C., Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. Alcohol 44, (1), 15-26.

Hagemann, C.T., Helland, A., Spigset, O., Espnes, K.A., Ormstad, K., Schei, B. (2013). Ethanol and drug findings in women consulting a Sexual Assault Center--associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. J Forensic Leg.Med 20, (6), 777-784.

Hagstad, S., Bjerg, A., Ekerljung, L., Backman, H., Lindberg, A., Ronmark, E. et al. (2014). Passive smoking exposure is associated with increased Risk of COPD in never smokers. Chest 145, (6), 1298-1304.

Hall, W., Degenhardt, L. (2014). The adverse health effects of chronic cannabis use. Drug Test Anal 6, (1-2), 39-45.

Halpern, J.H., Sherwood, A.R., Hudson, J.I., Gruber, S., Kozin, D., Pope, H.G. (2011). Residual neurocognitive features of long-term ecstasy users with minimal exposure to other drugs. Addiction 106, (4), 777-786.

Halpin, L.E., Collins, S.A., Yamamoto, B.K. (2014). Neurotoxicity of methamphetamine and 3,4-methylenedioxymethamphetamine. Life Sci 97, (1), 37-44.

Hamerlijnck, D. (2013). Factsheet accijns 2013. Hartstichting, Den Haag.

Hartung, B., Kauferstein, S., Ritz-Timme, S., Daldrup, T. (2014). Sudden unexpected death under acute influence of cannabis. Forensic Sci Int 237, e11-e13.

Hazekamp, A., Heerdink, E.R. (2013). The prevalence and incidence of medicinal cannabis on prescription in The Netherlands. European Journal of Clinical Pharmacology, published online: 16 April 2013.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T. (2000). The 1999 ESPAD Report: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): alcohol and other drug use among students in 30 European countries. CAN, Stockholm.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. et al. (2004). The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 european countries. CAN, Stockholm.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et al. (2009). The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries. CAN, Stockholm.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et al. (2012). The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries. CAN, Stockholm.

Hickman, M., Vickerman, P., Macleod, J., Lewis, G., Zammit, S., Kirkbride, J. et al. (2009). If cannabis caused schizophrenia--how many cannabis users may need to be prevented in order to prevent one case of schizophrenia? England and Wales calculations. Addiction 104, (11), 1856-1861.

Hoebert, J.M., Souverein, P.C., Mantel-Teeuwisse, A.K., Leufkens, H.G.M., Van Dijk, L. (2012). Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt. Huisarts & Wetenschap 55, (7), 286-288.

Hoeymans, N., Melse, J.M., Schoemaker, C.G. (2010). Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010: Van gezond naar beter. RIVM, Bilthoven.

Hofhuis, W., Merkus, P.J.F.M. (2005). Passief roken: schadelijke effecten bij kinderen, In Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding.K. Knol et al., (eds.), pp. 246-254. Lemma, Utrecht.

Hooper, S.R., Woolley, D., De Bellis, M.D. (2014). Intellectual, neurocognitive, and academic achievement in abstinent adolescents with cannabis use disorder. Psychopharmacology (Berl) 231, (8), 1467-1477.

Horjus, S., Van Goor, M. (2011). Preventieve aanpakken rond GHB-gebruik: Do's en don'ts bij preventie. Trimbos-instituut, Utrecht.

Houwing, S., Hagenzieker, M.P. (2013). Geneesmiddelen en drugs in het verkeer: resultaten van het Europese onderzoeksproject DRUID die relevant zijn voor het Nederlandse verkeersveiligheidsbeleid. SWOV, Leidschendam.

Houwing, S., Reurings, M.C.B., Bos, N.M. (2011). Schatting van het aandeel verkeersdoden als gevolg van rijden onder invloed van alcohol. SWOV, Leidschendam.

Huizink, A.C. (2014). Prenatal cannabis exposure and infant outcomes: overview of studies. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 52, 45-52.

Hunault, C.C., Bocker, K.B., Stellato, R.K., Kenemans, J.L., de, V., I, Meulenbelt, J. (2014). Acute subjective effects after smoking joints containing up to 69 mg Delta9-tetrahydrocannabinol in recreational users: a randomized, crossover clinical trial. Psychopharmacology (Berl).

Intraval (2010). Inventarisatie hokken en keten: Nederland 2009. Intraval, Groningen.

Intraval/nVWA (2013). Factsheet Inventarisatie naleefniveau rookvrije horeca najaar 2013. Intraval/nVWA, Groningen/Den Haag.

Jager, G. (2006). Functional MRI studies in human ecstasy and cannabis users. Universiteit Utrecht, Utrecht.

Jansen, F. (2012). Georganiseerde hennepteelt: criminaliteitsbeeldanalyse 2012. KLPD-Dienst Nationale Recherche, Driebergen.

Jha, P., Peto, R. (2014). Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. N Engl J Med 370, (1), 60-68.

Joossens, L., Raw, M. (2013). The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. Association of European Cancer Leagues, Brussels.

Joossens, L., Raw, M. (2011). The Tobacco Control Scale 2010 in Europe. Association of the European Cancer Leagues, Brussels.

Kalechstein, A.D., De La Garza, R., Mahoney, J.J., Fantegrossi, W.E., Newton, T.F. (2007). MDMA use and neurocognition: a meta-analytic review. Psychopharmacology (Berl) 189 , (4), 531-537.

Kalidien, S.N., Van Rosmalen, M.M. (2014). Criminaliteit en Rechtshandhaving 2013: ontwikkelingen en samenhangen. WODC, Den Haag.

Kawachi, I. (2005). More evidence on the risks of passive smoking. BMJ 330, (7486), 265-266.

Kepper, A. (2013). Substance use among adolescents in special education and residential youth care: prevalence, onset and risk factors. Universiteit Utrecht, Utrecht.

Kepper, A., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vollebergh, W. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. Eur Child Adolesc Psychiatry 20, (6), 311-319.

Kepper, A., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., Vollebergh, W. (2009). Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg (EXPLORE): resultaten meting oktober - december 2008. Trimbos-instituut, Utrecht.

Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., De Vroome, T. et al. (2009). Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen: het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel. Universiteit Utrecht, Utrecht.

Kilmer, B., Kruithof, K., Pardal, M., Caulkins, J.P., Rubin, J. (2013). Multinational overview of cannabis production regimes. RAND Europe, Cambridge.

Klijs, B., Mackenbach, J.P., Kunst, A.E. (2011). Obesity, smoking, alcohol consumption and years lived with disability: a Sullivan life table approach. BMC Public Health 11, 378.

KLPD-Dienst Nationale Recherche (2012). Jaarverslag synthetische drugs en precursoren 2011. KLPD/DNR, Driebergen.

Knowles, L., Buxton, J.A., Skuridina, N., Achebe, I., LeGatt, D., Fan, S. et al. (2009). Levamisole tainted cocaine causing severe neutropenia in Alberta and British Columbia. Harm Reduction Journal 6, (30).

Kohrs, F.P., Mann, C., Greenberg, R. (2004). The use of amphetamine in gamma-hydroxybutyrate overdose: a case report. Journal of Psychoactive Drugs 36, (3), 401-402.

Kollen, B.J., Van der Veen, W.J., Groenhof, F., Donker, G.A., Van der Meer, K. (2012). Discontinuation of reimbursement of benzodiazepines in the Netherlands: does it make a difference? BMC Family Practice 13, (111).

Koning, I.M., Van den Eijnden, R.J., Verdurmen, J.E., Engels, R.C., Vollebergh, W.A. (2011). Long-term effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents: a cluster randomized controlled trial. Am J Prev Med 40, (5), 541-547.

Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A., Ribbink, K., van Amsterdam, J.G. (2014). Risk factors of gamma-hydroxybutyrate overdosing. Eur Addict Res 20, (2), 66-74.

Korf, D., Benschop, A., Wouters, M. (2013). De illegale gebruikersmarkt van cannabis, In Het Besloten club- en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: evaluatie van de implementatie en de uitkomsten in de periode mei-november 2012: tussenrapportage.M. Van Ooyen-Houben, B Bieleman, D Korf, (eds.), pp. 131-151. WODC, Den Haag.

Korf, D.J., Nabben, T., Pronk, A. (2012). Insluiten of heenzenden: problematische GHB-gebruikers op politiebureaus, in bewaring en in verzekering. Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Korf, D.J., Van Ginkel, P., Benschop, A. (2010). How to find non-dependent opiate users: a comparison of sampling methods in a field study of opium and heroin users. Int J Drug Policy 21, (3), 215-221.

KPMG Bureau voor Economische Argumentatie (2001). Kosten en baten van alcoholzorg en -preventie: eindrapport. KPMG, Hoofddorp.

Kramers, P.G.N., Van den Berg, M., Van den Brink, C.L., Achterberg, P.W., Harbers, M.M., Van Oers, J.A.M. (2012). Monitoring van leefstijl in Nederland: een traject voor verbetering. RIVM, Bilthoven.

Kruize, A., Bieleman, B. (2013). Monitor dakloosheid en chronische verslavingsproblematiek Twente 2013: metingen 2007-2012. Intraval, Groningen.

Kruize, A., Bieleman, B., Zimmerman, C. (2011). Monitor naleving rookvrije werkplek 2010: metingen 2004, 2006, 2008 en 2010. Intraval, Groningen.

Kruize, P., Gruter, P. (2014). Drugsdelicten beschouwd: over aard & omvang van Opiumwetfeiten in 2012 geregistreerd bij politie en Koninklijke Marechaussee. WODC, Den Haag.

Kuepper, R., Van Winkel R., enquet, C. (2013). Cannabis als risicofactor voor psychose: een update. Tijdschr Psychiatr 55, (11), 867-872.

Kuipers, M.A., Jongeneel-Grimen, B., Droomers, M., Wingen, M., Stronks, K., Kunst, A.E. (2013). Why residents of Dutch deprived neighbourhoods are less likely to be heavy drinkers: the role of individual and contextual characteristics. Journal of Epidemiology and Community Health 67, (7), 587-594.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2009). Richtlijn behandeling van tabaksverslaving: herziening 2009. Partnership Stop met Roken, Den Haag.

Landelijk Bureau BIBOB (2014). Jaarverslag 2013. Landelijk Bureau Bibob, Den Haag.

Lansbergen, M.M., Dumont, G.J., van Gerven, J.M., Buitelaar, J.K., Verkes, R.J. (2011). Acute effects of MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine) on EEG oscillations: alone and in combination with ethanol or THC (delta-9-tetrahydrocannabinol). Psychopharmacology (Berl) 213, (4), 745-756.

Lauer, M.S., Sorlie, P. (2009). Alcohol, cardiovascular disease, and cancer: treat with caution. Journal of the National Cancer Institute 101, (5), 282-283.

Lee, S.S., Humphreys, K.L., Flory, K., Liu, R., Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev 31, (3), 328-341.

Lemmers, L., Van Hasselt, N. (2014). Alcohol en uitgaansgeweld: de stand van zaken. Trimbos-instituut, Utrecht.

Lempens, A., Boers, R., Maalsté, N. (2004). Harddrugsgebruikers in beweging: aard, omvang en mobiliteit van harddrugsgebruikers in Rotterdam. IVO, Rotterdam.

Lew, J.Q., Chow, W.H., Hollenbeck, A.R., Schatzkin, A., Park, Y. (2011). Alcohol consumption and risk of renal cell cancer: the NIH-AARP diet and health study. Br J Cancer 104, (3), 537-541.

Lightwood, J.M., Glantz, S.A. (2009). Declines in Acute Myocardial Infarction After Smoke-Free Laws and Individual Risk Attributable to Secondhand Smoke. Circulation 120, (14), 1373-1379.

Litjens, R.P., Brunt, T.M., Alderliefste, G.J., Westerink, R.H. (2014). Hallucinogen persisting perception disorder and the serotonergic system: a comprehensive review including new MDMA-related clinical cases. Eur Neuropsychopharmacol 24, (8), 1309-1323.

Lusthof, K.J., Oosting, R., Maes, A., Verschraagen, M., Dijkhuizen, A., Sprong, A.G. (2011). A case of extreme agitation and death after the use of mephedrone in The Netherlands. Forensic Sci Int 206, (1-3), e93-e95.

Malmberg, M., Overbeek, G., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, W.A., Engels, R.C. (2010). Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. J Behav Med 33, (6), 474-485.

Manthey, L., Lohbeck, M., Giltay, E.J., Van Veen, T., Zitman, F.G., Penninx, B.W.J.H. (2012). Correlates of benzodiazepine dependence in the Netherlands Study of Depression and Anxiety. Addiction 107, (12), 2173-2182.

Manthey, L., Van Veen, T., Giltay, E.J., Stoop, J.E., Neven, A.K., Penninx, B.W. et al. (2011). Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). Br J Clin Pharmacol 71, (2), 263-272.

Marona-Lewicka, D., Rhee, G.S., Sprague, J.E., Nichols, D.E. (1995). Psychostimulant-like effects of p-fluoroamphetamine in the rat. Eur J Pharmacol 287, (2), 105-113.

McCabe, S.E., West, B.T., Teter, C.J., Boyd, C.J. (2014). Trends in medical use, diversion, and nonmedical use of prescription medications among college students from 2003 to 2013: Connecting the dots. Addict Behav 39, (7), 1176-1182.

McKetin, R., Copeland, J., Norberg, M.M., Bruno, R., Hides, L., Khawar, L. (2014). The effect of the ecstasy 'come-down' on the diagnosis of ecstasy dependence. Drug Alcohol Depend 139, 26-32.

Meier, M.H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R.S. et al. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. Proc Natl Acad Sci U S A 109, (40), E2657-E2664.

Meijer, R.F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M.M.J., Wartna, B.S.J., Brouwers, M., Essers, A.A.M. (2003). Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers: achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor; jaarbericht 2002. Boom Juridische uitgevers, Den Haag.

Mensinga, Tj., De Vries, I.K.M., Hunault, C.C., Van den Hengel-Koot, I.S., Fijen, J.W., Leenders, M.E.C. et al. (2006). Dubbel-blind, gerandomiseerd, placebogecontroleerd, 4-weg gekruist onderzoek naar de farmacokinetiek en effecten van cannabis. RIVM, Bilthoven.

Meyers, D.G., Neuberger, J.S., He, J. (2009). Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. J Am Coll.Cardiol. 54, (14), 1249-1255.

Ministerie van Infrastructuur en Milieu (2012). Rijden onder invloed in Nederland in 2002-2011: ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten. Ministerie van Infrastructuur en Milieu, Den Haag.

Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013). Landelijk kader Veiligheidshuizen: vóór en dóór partners. Ministerie van Veiligheid en Justitie, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) (2014). Alles is gezondheid is gezondheid...: verslag van de Startconferentie op 5 februari 2014. Ministerie van VWS, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) (2009). Factsheet vergoeding benzodiazepinen. VWS, Den Haag.

Monshouwer, K., Verdurmen, J., Van Dorsselaer, S., Smit, E., Gorter, A., Vollebergh, W. (2008). Jeugd en riskant gedrag 2007: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar. Trimbos-instituut, Utrecht.

Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B., Burke, M. et al. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. Lancet 370, (9584), 319-328.

Moser, M.S., Purssell, R.A. (2000). Gamma-hydroxybutyrate overdose and coma: a case report. Canadian Journal of Emergency Medical Care 2, (3), 203-205.

Mulder, J., De Greeff, J. (2013). Eyes on ages: A research on alcohol age limit policies in European Member States. Legislation, enforcement and research. STAP, Utrecht.

Nabben, T., Benschop, A., Korf, D. (2014). Antenne 2013: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2012). Antenne 2011: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2010). Antenne 2009: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2007). Antenne 2006: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Nagelhout, G.E., Van den Putte, B., Allwright, S., Mons, U., McNeill, A., Guignard, R. et al. (2014). Socioeconomic and country variations in cross-border cigarette purchasing as tobacco tax avoidance strategy. Findings from the ITC Europe Surveys. Tob Control 23 Suppl 1, i30-i38.

Nagelhout, G.E., Willemsen, M.C., Van den Putte, B., de, V.H., Willems, R.A., Segaar, D. (2014). Effectiveness of a national reimbursement policy and accompanying media attention on use of cessation treatment and on smoking cessation: a real-world study in the Netherlands. Tob Control.

Neafsey, E.J., Collins, M.A. (2011). Moderate alcohol consumption and cognitive risk. Neuropsychiatr Dis Treat 7, 465-484.

Nederlandse Vereniging voor Slaap/Waak Onderzoek (NSWO) (2014). Wat zijn de Slaapgewoontes van de Nederlanders? NSWO, Amsterdam.

Nederlandse Zorgautoriteit (2013). Marktscan en beleidsbrief:: Forensische Zorg in strafrechtelijk kader 2013: weergave van de markt 2009-2012. NZa, Utrecht.

Negus, S.S., Mello, N.K., Blough, B.E., Baumann, M.H., Rothman, R.B. (2007). Monoamine releasers with varying selectivity for dopamine/norepinephrine versus serotonin release as candidate "agonist" medications for cocaine dependence: studies in assays of cocaine discrimination and cocaine self-administration in rhesus monkeys. J Pharmacol Exp Ther 320, (2), 627-636.

Németh, Z., Kun, B., Demetrovics, Z. (2010). The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review. J Psychopharmacol 24, (9), 1281-1287.

Niesink, R.J.M., Van Laar, M.W. (2013). Does cannabidiol protect against adverse psychological effects of THC? Frontiers in Psychiatry 4, 130.

Niesink, R., Van Laar, M. (2012). THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj: recente inzichten. Trimbos-instituut, Utrecht.

Niesink, R., Rigter, S., Hoek, J., Goldschmidt, H. (2007). THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2006-2007). Trimbos Instituut, Utrecht.

Nijkamp, R., Bieleman, B. (2013). Coffeeshopbezoek, In Het Besloten club- en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: evaluatie van de implementatie en de uitkomsten in de periode mei-november 2012: tussenrapportage.M. Van Ooyen-Houben, B Bieleman, D Korf, (eds.), pp. 117-129. WODC, Den Haag.

Nijkamp, R., Bieleman, B. (2012). Coffeeshopbezoek Rotterdam voorjaar 2012. Intraval, Groningen-Rotterdam.

NISPA (2013). GHB monitor: GHB detoxificatie met farmaceutische GHB. NISPA, Nijmegen.

Nutt, D.J., King, L.A., Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet 376, (9752), 1558-1565.

Öberg, M., Jaakkola, M.S., Woodward, A., Peruga, A., Pruss-Ustun, A. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. Lancet 377, (9760), 139-146.

Oteo Pérez, A., Cruyff, M.J.L.F., Benschop, A., Korf, D.J. (2013). Estimating the prevalence of crack dependence using capture-recapture with institutional and field data: A three-city study in the Netherlands. Substance Use & Misuse 48, (1-2), 173-180.

Parrott, A.C. (2013). Human psychobiology of MDMA or 'Ecstasy': an overview of 25 years of empirical research. Hum Psychopharmacol 28, (4), 289-307.

Parry, C.D., Patra, J., Rehm, J. (2011). Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. Addiction 106, (10), 1718-1724.

Patra, J., Taylor, B., Irving, H., Roerecke, M., Baliunas, D., Mohapatra, S. et al. (2010). Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types--a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health 10, 258.

Perez, E., Chu, J., Bania, T. (2006). Seven days of gamma-hydroxybutyrate (GHB) use produces severe withdrawal. Ann Emerg Med 48, (2), 219-220.

Peters, R.J.G. (2007). Nieuwe wetenschappelijke argumenten voor het verder terugdringen van tabaksgebruik, ook in horecagelegenheden. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 151 , (3), 167-168.

Pollini, R.A., Banta-Green, C.J., Cuevas-Mota, J., Metzner, M., Teshale, E., Garfein, R.S. (2011). Problematic use of prescription-type opioids prior to heroin use among yong heroin injectors. Substance Abuse and Rehabilitation 2, (1), 173-180.

Power, R.A., Verweij, K.J., Zuhair, M., Montgomery, G.W., Henders, A.K., Heath, A.C. et al. (2014). Genetic predisposition to schizophrenia associated with increased use of cannabis. Mol Psychiatry.

Prince van Leeuwen, A., Creemers, H.E., Verhulst, F.C., Vollebergh, W.A., Ormel, J., van, O.F. et al. (2014). Legal substance use and the development of a DSM-IV cannabis use disorder during adolescence: the TRAILS study. Addiction 109, (2), 303-311.

Productschap Dranken (2014). Jaarverslag 2013. Productschap Dranken, Den Haag.

Productschap Wijn (2013). Kerncijfers Wijn. Productschap wijn, Den Haag.

Radhakrishnan, R., Wilkinson, S.T., D'Souza, D.C. (2014). Gone to Pot - A Review of the Association between Cannabis and Psychosis. Front Psychiatry 5, 54.

Ravera, S., Van Rein, N., De Gier, J.J., De Jong-Van den Berg, L.T.W. (2012). Road traffic accidents and psychotropic medication use in the Netherlands: a case-control study. British Journal of Clinical Pharmacology 72, (3), 505-513.

Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T. et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction 105, (5), 817-843.

Rehm, J., Taylor, B., Mohapatra, S., Irving, H., Baliunas, D., Patra, J. et al. (2010). Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Rev 29, (4), 437-445.

Reifenschweiler, D.O.H., Schoof-Beelen, T., Dekkers, S., Schellekens, A. (2013). Behandeling van iatrogene opioïdafhankelijkheid: goed resultaat met buprenorfine/naloxion. Ned Tijdschr Geneeskd. 157, A6439.

Rigg, K.K., Kurtz, S.P., Surratt, H.L. (2012). Patterns of prescription medication diversion among drug dealers. Drugs: education, prevention and policy 19, (2), 145-155.

Rigter, S., Niesink, R. (2014). THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2013-2014). Trimbos-instituut, Utrecht.

Rijksoverheid (2014). Jaarevaluatie campagnes Rijksoverheid 2013. Rijksoverheid, Den Haag.

Rijksoverheid (2013). Alles is gezondheid...het Nationaal Programma Preventie 2014-2016. Ministerie van VWS, Den Haag.

Rijksoverheid (2013a). Aanpak van B5 breidt uit naar heel Brabant en Zeeland [nieuwsbericht]. Rijksoverheid, Den Haag.

RIVM (2014). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. RIVM, Bilthoven.

Rocchetti, M., Crescini, A., Borgwardt, S., Caverzasi, E., Politi, P., Atakan, Z. et al. (2013). Is cannabis neurotoxic for the healthy brain? A meta-analytical review of structural brain alterations in non-psychotic users. Psychiatry Clin.Neurosci. 67, (7), 483-492.

Rodenburg, G., Spijkerman, R., Van den Eijnden, R., Van de Mheen, D. (2007). Nationaal prevalentieonderzoek middelengebruik 2005. IVO, Rotterdam.

Roerecke, M., Rehm, J. (2010). Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. Am J Epidemiol 171, (6), 633-644.

Rogeberg, O. (2013). Correlations between cannabis use and IQ change in the Dunedin cohort are consistent with confounding from socioeconomic status. Proc Natl Acad Sci U S A 110, (11), 4251-4254.

Rogers, G., Elston, J., Garside, R., Roome, C., Taylor, R., Younger, P. et al. (2009). The harmful health effects of recreational ecstasy: a systematic review of observational evidence. Health Technology Assessment 13, (6), 1-315.

Ronksley, P.E., Brien, S.E., Turner, B.J., Mukamal, K.J., Ghali, W.A. (2011). Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMJ 342, d671.

Roodbeen, R., Joe Lie, K., Schelleman-Offermans, K. (2014). Alcoholverkoop aan jongeren 2013: ontwikkeling in de landelijke naleving van de leeftijdsgrenzen. Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen, Nijmegen.

Roxburgh, A., Burns, L., Drummer, O.H., Pilgrim, J., Farrell, M., Degenhardt, L. (2013). Trends in fentanyl prescriptions and fentanyl-related mortality in Australia. Drug Alcohol Rev 32, (3), 269-275.

Ruijsbroek, A., Droomers, M., Van den Brink, C. (2011). Gezondheid en leefstijl in krachtwijken: een verkenning. TSG: Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 89, 214-221.

Ruiter, M., Bransen, E., Van der Poel, A., Boon, B. (2014). GGZ- en verslavingspreventie in het nieuwe zorglandschap . Trimbos-instituut, Utrecht.

Scheenstra, R.J., Van Buren, M., Koopman, J.P. (2007). Een patiënt met neusseptumdestructie door cocaïne en antistoffen tegen cytoplastische antigenen van neutrofiele granulocyten (ANCA); mogelijke verwarring met de ziekte van Wegener. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 151, (43), 2395-2399.

Schelleman-Offermans, K. (2012). Growing up getting drunk: Development and prevention of adolescent alcohol use. Universiteit Maastricht, Maastricht.

Schelleman-Offermans, K., Kuntsche, E., Knibbe, R.A. (2011). Associations between drinking motives and changes in adolescents' alcohol consumption: a full cross-lagged panel study. Addiction 106, (7), 1270-1278.

Schilt, T. (2009). Thinking of ecstasy. Neuropsychological aspects of ecstasy use. University of Amsterdam, Amsterdam.

Schrijvers, C.T.M., Schoemaker, C.G. (2008). Spelen met gezondheid: leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. RIVM, Bilthoven.

Schutze, M., Boeing, H., Pischon, T., Rehm, J., Kehoe, T., Gmel, G. et al. (2011). Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. BMJ 342, d1584.

Shield, K.D., Parry, C., Rehm, J. (2013). Chronic diseases and conditions related to alcohol use. Alcohol Res 35, (2), 155-173.

Smerecnik, C., Grispen, J.E., Quaak, M. (2012). Effectiveness of testing for genetic susceptibility to smoking-related diseases on smoking cessation outcomes: a systematic review and meta-analysis. Tob Control 21, (3), 347-354.

Smink, B.E., Egberts, A.C., Lusthof, K.J., Uges, D.R., De Gier, J.J. (2010). The relationship between benzodiazepine use and traffic accidents: A systematic literature review. CNS Drugs 24, (8), 639-653.

Snippe, J., Bieleman, B. (2014). Ervaringen omwonenden, In Coffeeshops, toeristen en lokale markt: evaluatie van het Besloten club- en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: eindrapport.M. Van Ooyen-Houben, B Bieleman, D J Korf, (eds.), pp. 81-96. WODC, Den Haag.

Snippe, J., Bieleman, B. (2013). Omwonenden van coffeeshops, In Het Besloten club- en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: evaluatie van de implementatie en de uitkomsten in de periode mei-november 2012: tussenrapportage.M. Van Ooyen-Houben, B Bieleman, D Korf, (eds.), pp. 107-116. WODC, Den Haag.

Snippe, J., Bieleman, B. (2012). Onderzoek invoering wietpas Dordrecht. Intraval, Groningen-Rotterdam.

Snippe, J., Hoogeveen, C., Bieleman, B. (2000). Monitor drugproblematiek justitie, definitiestudie en ontwikkeltraject. Intraval, Groningen.

STAP (2014). Vandaag is gewijzigde Drank- en Horecawet in werking getreden [persbericht]. STAP, Utrecht.

STAP (2010). Factsheet: De maatschappelijke kosten en schade van alcoholgebruik. STAP, Utrecht.

Staten-Generaal 33564 A-1.Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 nr.33564 A-1. (2013). Besluit, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van het middel 4-methylamfetamine (4-MA); Brief regering; Aanbieding ontwerpbesluit, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van het middel 4-methylamfetamine (4-MA). Sdu Uitgevers, Den Haag.

Staten-Generaal 33564-1.Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 nr.33564-1 (2013). Bijlage bij Kamerstuk 33564 nr. 1: Besluit en Nota van toelichting. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Staten-Generaal-33593 A-Nr.1.Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 33593 A-1 (2013). Besluit, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van hasjiesj en hennep met een gehalte aan tetrahydrocannabinol (THC) van 15 procent of meer . Sdu Uitgevers, Den Haag.

Staten-Generaal-33593 A-Nr.1.Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 33593 A-1 (2013). Besluit, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van hasjiesj en hennep met een gehalte aan tetrahydrocannabinol (THC) van 15 procent of meer . Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stb 2011-337.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2011 nr 337 (2011). Besluit van 14 juni 2011, houdende wijziging van het Besluit uitvoering rookvrije werkplek, horeca en andere ruimten. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stb 2012-315.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2012 nr 315 (2012). Politiewet 2012. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stb 2013-1.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2013 nr.1 (2013). Besluit van 18 december 2012, houdende wijziging van lijst II, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van het middel Qat. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stb 2013-125.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2013 nr.125 (2013). Wet van 28 maart 2013 tot wijziging van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur naar aanleiding van de evaluatie van die wet, alsmede uitbreiding van de reikwijdte ervan en wijziging van enige andere wetten (Evaluatie- en uitbreidingswet Bibob. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stb 2013-207.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2013 nr 207 (2013). Besluit van 31 mei 2013, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van 4-methylamfetamine (4-MA). Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stb 2013-225.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2013 nr 225 (2013). Wet van 19 juni 2013 tot wijziging van de Opiumwet en de Wet wapens en munitie in verband met de verruiming van de kring van ambtenaren, belast met de opsporing van de in deze wetten strafbaar gestelde feiten, alsmede van enkele andere wettelijke voorschriften van strafvorderlijke aard. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stb 2013-227.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 2013 nr 227 (2013). Besluit van 14 juni 2013, houdende Wijziging van het bedrag, genoemd in artikel 1, eerste lid, van het Uitvoeringsbesluit koopkrachttegemoetkoming oudere belastingplichtigen. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stb 2013-457.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2013 nr 457 (2013). Besluit van 7 november 2013, houdende vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet van 1 oktober 2013, houdende wijziging van de Drank- en Horecawet teneinde enkele leeftijdsgrenzen te verhogen van 16 naar 18 jaar en de preventie en handhaving te verankeren (Stb. 2013, 380). Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stb 2013-473.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2013 nr 473 (2013). Wet van 25 november 2013 tot wijziging van de Tabakswet ter verhoging van de minimumleeftijd van 16 jaar naar 18 jaar van personen aan wie tabaksproducten mogen worden verkocht (Verhoging minimumleeftijd verkoop tabaksproducten) . Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stb 2013-526.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2013 nr 526 (2013). Besluit van 3 december 2013, houdende vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet van 25 november 2013, houdende wijziging van de Tabakswet ter verhoging van de minimumleeftijd van 16 jaar naar 18 jaar van personen aan wie tabaksproducten mogen worden verkocht (Verhoging minimumleeftijd verkoop tabaksproducten) (Stb. 2013, 473). Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stb 2014-15.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2014 nr 15 (2014). Besluit van 6 januari 2014, houdende een wijziging van twee algemene maatregelen van bestuur onder de Drank- en Horecawet en van een algemene maatregel van bestuur onder de Tabakswet. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stc 2011-13125.Staatscourant van 21 juli 2011, nr.1. (2011). Voorstel van wet tot wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stc 2012-12249.Staatscourant van 14 juni 2012 nr.12249 (2012). Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 13 juni 2012, nr. VGP/3119055, houdende plaatsing van het middel 4-methylamfetamine op lijst I van de Opiumwet. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stc 2012-26938.Staatscourant van 24 december 2012 nr.26938 (2012). Aanwijzing Opiumwet [2012A021]. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stc 2014-2267.Staatscourant van 31 janurari 2014 nr.2267 (2014). Richtlijn voor strafvordering Opiumwet, inzake qat. Sdu Uitgevers, Den Haag.

Stichting Alcohol Research (SAR) (2010). Gezondheidseffecten van matige alcoholconsumptie: resultaten van 30 jaar wetenschappelijk onderzoek. SAR, Den Haag.

Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) (2012). Data en feiten 2012: het jaar 2011 in cijfers. SFK, Den Haag.

Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) (2011). Data en feiten 2011: het jaar 2010 in cijfers. SFK, Den Haag.

Stichting Mainline (2008). Cocaïneinfo.nl. Stichting Mainline, Amsterdam.

Stichting Resultaten Scoren, NISPA (2013). Practice-based aanbevelingen voor GHB detoxificatie voor mensen met een stoornis in het gebruik van GHB. Stichting Resultaten Scoren, Amersfoort.

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) (2011). SWOV-Factsheet: rijden onder invloed van drugs en geneesmiddelen. SWOV, Leidschendam.

STIVORO (2013). Kerncijfers roken in Nederland: een overzicht van recente Nederlandse basisgegevens over rookgedrag. STIVORO, Den Haag.

STIVORO (2012). Kerncijfers roken in Nederland: een overzicht van recente Nederlandse basisgegevens over rookgedrag. Stivoro, Den Haag.

STIVORO (2011). Roken onder volwassenen: de harde feiten: 2010. STIVORO: expertisecentrum tabaksgebruik- en verslaving, Den Haag.

Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ (2011). Multidisciplinaire richtlijn angst-stoornissen (tweede revisie): versie 1.0. Trimbos-instituut, Utrecht.

Substance Abuse, Mental Health Services Administration (SAMSHA) (2013). Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. SAMSHA, Rockville.

Sundell, L., Salomaa, V., Vartiainen, E., Poikolainen, K., and Laatikainen, T. (2008). Increased stroke risk is related to a binge-drinking habit. Stroke 39, (12), 3179-3184.

T.K.24077-293.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr.293 (2012). Drugbeleid; Brief regering; Reactie op verzoek Berndsen-Jansen over het coffeeshopbeleid en de toegenomen straatoverlast en drugshandel als gevolg van de invoering van de wietpas in Limburg, Noord-Brabant en Zeeland. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-298.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr.298 (2013). Drugbeleid; Motie; Motie van de leden Berndsen-Jansen en Kooiman over de nieuwe gedoogcriteria voor coffeeshopbeleid. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-299.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr.299 (2013). Drugbeleid; Motie; Motie van de leden Berndsen-Jansen en Kooiman over lokale experimenten met gereguleerde wietteelt. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-300.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr.300 (2014). Drugbeleid; Motie; Motie van de leden Berndsen-Jansen en Kooiman over een gesloten en belastingplichtige (coffeeshop)keten. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-303.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr.303 (2013). Drugbeleid; Motie; Motie van het lid Oskam over het ingezetenencriterium. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-304.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr.304 (2013). Drugbeleid; Motie; Motie van het lid Voordewind over het handhaven van het ingezetenencriterium . Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-305.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr.305 (2013). Drugbeleid; Motie; Motie van het lid Voordewind over het vaststellen van een datum voor handhaving van het ingezetenencriterium. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-307.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatinummer 24077 nr.307 (2013). Drugbeleid; Verslag van een algemeen overleg; Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 13 december 2012, inzake Clubpas. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-309.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr 309 (2013). Drugbeleid; Brief regering; Coffeeshopbeleid. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-310.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr.310 (2013). Drugbeleid; Brief regering; Tussenstand over de invulling van de handhaving (lokaal maatwerk) in de coffeeshopgemeenten in Nederland. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-311.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr.311 (2013). Drugbeleid; Brief regering; Stand van zaken toezeggingen gedaan tijdens het dertigledendebat over de blijvende sleutelrol van Nederland in de drugshandel op 16 april 2013. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-312.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr.312 (2013). Drugbeleid; Verslag van een algemeen overleg; Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 3 juli 2013, over Coffeeshopbeleid. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-314.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 24077 nr.314 (2013). Drugbeleid; Brief regering; Toezeggingen coffeeshopbeleid. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-315.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 24077 nr.315 (2014). Drugbeleid; Brief regering; Manifest Joint Regulation. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-316.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr.316 (2014). Drugbeleid; Brief regering; Toezeggingen Algmeen Overleg coffeeshopbeleid en aanbieding rapport 'Internationaal recht en cannabis'. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24077-317.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 24077 nr.317 (2014). Drugbeleid; Verslag van een algemeen overleg; Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 19 februari 2014, over het Coffeeshopbeleid. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24587-490.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24587 nr.490 (2013). Justitiële Inrichtingen; Brief regering; Aanbieding Masterplan Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) 2013-2018. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.24587-563.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24587 nr.563 (2013). Justitiële Inrichtingen; Brief regering; Aanbieding van de regeringsreactie op het rapport van het Europees Comité inzake de voorkoming van folteringen en onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen (CPT) naar aanleiding van het vijfde reguliere bezoek aan Nederland (10-21 oktober 2011). Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.28684-385.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 28684 nr.385 (2013). Naar een veiliger samenleving; Motie; Motie van het lid Helder over het opleggen van de ISD-maatregel aan jeugdigen vanaf 12 jaar. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.29270-69.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2011-2012 publicatienummer 29270 nr.69 (2012). Reclasseringsbeleid; Verslag van een algemeen overleg; Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 13 juni 2012, inzake reclassering. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.29350-10: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2010-2011 publicatienummer 29350 nr.10 (2011). ICT bij politie: rapport 2010. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.29911-79.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 29911 nr.79 (2013). Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Nationaal Dreigingsbeeld Georganiseerde Criminaliteit 2012 en Vierde rapportage op basis van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.29911-79.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 29911 nr.79 (2013). Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Nationaal Dreigingsbeeld Georganiseerde Criminaliteit 2012 en Vierde rapportage op basis van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.29911-83.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 29911 nr.83 (2013). Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; De burger in de bijzondere opsporing. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.29911-84.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 29911 nr.84 (2013). Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Resultaten bestrijding georganiseerde criminaliteit. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.29911-86.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 29911 nr.86 (2013). Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Aanbieding jaarverslag RIEC/LIEC 2012. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.30597-427.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 30597 nr.427 (2014). Toekomst AWBZ; Brief regering; Positionering langdurige intramurale ggz. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.31110-15.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 311110 nr.15 (2014). Justitieel Verslavingsbeleid; Brief regering; Aanpak veelplegers en aanbieding factsheets "Veelplegersmonitor 2013" en "Veelplegers specialisten of niet". Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.32398-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2009-2010 publicatienummer 32398 nr.3 (2010). Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg); Memorie van toelichting. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.32399-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2009-2010 publicatienummer 32399 nr.3 (2010). Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg); Memorie van toelichting. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.32859-15.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 32859 nr.15 (2014). Wijziging van de Wegenverkeerswet 1994 in verband met het verbeteren van de aanpak van het rijden onder invloed van drugs; Amendement; Gewijzigd amendement van het lid Van der Staaij c.s. ter vervanging van nr. 8 rondom het stellen van de norm voor het strafbare gebruik van drugs in het verkeer op de kleinste hoeveelheid van een stof die nog meetbaar is in het bloed van een verkeersdeelnemer. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.32859-8.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 32859 nr.8 (2013). Wijziging van de Wegenverkeerswet 1994 in verband met het verbeteren van de aanpak van het rijden onder invloed van drugs; Amendement; Amendement van het lid Van der Staaij c.s. rondom het stellen van de norm voor het strafbare gebruik van drugs in het verkeer op de kleinste hoeveelheid van een stof die nog meetbaar is in het bloed van een verkeersdeelnemer. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.32859-9.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 32859 nr.9 (2013). Wijziging van de Wegenverkeerswet 1994 in verband met het verbeteren van de aanpak van het rijden onder invloed van drugs; Verslag (nader, tweede nader etc.); Nader verslag. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.33012-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2011-2012 publicatienummer 33012 nr.3 (2011). Wijziging van de Opiumwet en de Wet wapens en munitie in verband met de verruiming van de kring van ambtenaren, belast met de opsporing van de in deze wetten strafbaar gestelde feiten, alsmede van enkele andere wettelijke voorschriften van strafvorderlijke aard; Memorie van toelichting. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.33522-8.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33522 nr.8 (2014). EU-Voorstel: Richtlijn Tabaksproducten COM (2012) 788; Brief regering; Uitkomst van de onderhandelingen over de nieuwe Europese Tabaksproductenrichtlijn. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.33590-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 33590 nr 3 (2013). Wijziging van de Tabakswet ter verhoging van de minimumleeftijd van 16 jaar naar 18 jaar van personen aan wie tabaksproducten mogen worden verkocht (Verhoging minimumleeftijd verkoop tabaksproducten). Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.33593-2.Tweede-Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33593 nr 2 (2014). Besluit, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van hasjiesj en hennep met een gehalte aan tetrahydrocannabinol (THC) van 15 procent of meer; verslag van een schiftelijk overleg. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.33738-6.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33738 nr.6 (2014). Wijziging van de Tabakswet (verhoging strafmaximum overtreding rookverbod en leeftijdsgrens verkoop tabaksproducten); Nota n.a.v. het (nader, tweede nader, enz.) verslag; Nota naar aanleiding van het verslag. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.33791-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33791 nr.3 (2013). Verduidelijking van de rookverboden in de Tabakswet, met inbegrip van een algemeen rookverbod in de horeca; Memorie van toelichting; Memorie van toelichting. Sdu Uitgevers, Den Haag

T.K.33791-5.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33799 nr.5 (2014). Verduidelijking van de rookverboden in de Tabakswet, met inbegrip van een algemeen rookverbod in de horeca; Nota n.a.v. het (nader, tweede nader, enz.) verslag; Nota naar aanleiding van het verslag. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.33791-8.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33791 nr.8 (2014). PrFont34Bin0BinSub0Frac0Def1Margin0Margin0Jc1Indent1440Lim0Lim1Verduidelijking van de rookverboden in de Tabakswet, met inbegrip van een algemeen rookverbod in de horeca; Nota n.a.v. het (nader, tweede nader, enz.) verslag; Nota naar aanleiding van het nader verslag. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.33799-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33799 nr.1 (2013). Wijziging van het Wetboek van Strafvordering in verband met het terugdringen van geweld onder invloed van middelen; Koninklijke boodschap. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.33799-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33799 nr.2 (2013). Wijziging van het Wetboek van Strafvordering in verband met het terugdringen van geweld onder invloed van middelen; Voorstel van wet; Voorstel van wet. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.33799-4.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33799 nr.4 (2013). Wijziging van het Wetboek van Strafvordering in verband met het terugdringen van geweld onder invloed van middelen; Advies Afdeling advisering Raad van State en Nader rapport; Advies Afdeling advisering Raad van State en Nader rapport. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.33799-5.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33799 nr.5 (2013). Wijziging van het Wetboek van Strafvordering in verband met het terugdringen van geweld onder invloed van middelen; Verslag (nader, tweede nader etc.); Verslag. Sdu Uitgevers, Den Haag.°°

T.K.33841-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33841 nr.3 (2014). Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015); Memorie van toelichting; Memorie van toelichting. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.Aanhangsel-1208.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 Aanhangsel van de Handelingen nr.1208. (2013). Antwoord op de vragen van de leden Oskam en Rog over het blowverbod op scholen in Amsterdam. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.Aanhangsel-166.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 Aanhangsel van de Handelingen nr.166 (2013). Vragen van de leden Bouwmeester en Fokke (beiden PvdA) aan de minister van Veiligheid en Justitie over jurisprudentie ten aanzien van de handhaving van het ingezetenencriterium voor coffeeshops (ingezonden 6 september 2013). Antwoord van minister Opstelten (Veiligheid en Justitie) (ontvangen 4 oktober 2013). Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.Aanhangsel-1877.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 Aanhangsel van de Handelingen nr.1877 (2014). Vragen van het lid Rebel (PvdA) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het bericht dat de rol van THC in beperkte mate een rol speelt bij cannabisverslaving (ingezonden 3 april 2014). Antwoord van Staatssecretaris Van Rijn (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.Aanhangsel-1964.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 Aanhangsel van de Handelingen nr.1964 (2014). Vragen van het lid Van der Staaij (SGP) aan de Minister van Veiligheid en Justitie over de verplaatsing van cocaïneroutes naar Rotterdam (ingezonden 3 april 2014). Antwoord van Minister Opstelten (Veiligheid en Justitie) (ontvangen 13 mei 2014). Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.Aanhangsel-2549.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 Aanhangsel van de Handelingen nr.2549 (2013). Vragen van het lid Van der Staaij (SGP) aan de minister van Veiligheid en Justitie over het gedogen van qat-gebruik (ingezonden 16 april 2013). Antwoord van minister Opstelten (Veiligheid en Justitie) (ontvangen 29 mei 2013). Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.Aanhangsel-78.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 Aanhangsel van de Handelingen nr.78 (2013). Vragen van het lid Van Tongeren (GroenLinks) aan de minister van Veiligheid en Justitie en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de uitkomst van de consultaties over de 15% THC-norm voor cannabis (ingezonden 20 augustus 2013). Antwoord van minister Opstelten (Veiligheid en Justitie) mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ontvangen 20 september 2013). Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.Handelingen 2012-2013, 41-8.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013, vergadernummer 41-8. (2013). Debat naar aanleiding van een algemeen overleg op 13 december 2012 over de clubpas. Sdu Uitgevers, Den Haag.

T.K.Handelingen 2012-2013, 69-15.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar2012-2013 vergadernummer 69-15, 2 april 2013 (2013). Stemmingen in verband met het wetsvoorstel Wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt (32842). Sdu Uitgevers, Den Haag.

Tang, Y.L., Kranzler, H.R., Gelernter, J., Farrer, L.A., Pearson, D., Cubells, J.F. (2009). Transient Cocaine-Associated Behavioral Symptoms Rated with a New Instrument, the Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-Induced Psychosis (SAPS-CIP). American Journal on Addictions 18, 339-345.

Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A., and Ahmed, S. (2014). Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education: The EMPOWER Cluster Randomized Trial. JAMA Intern Med 174, (6), 890-898.

Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., and Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. BMJ 348, g1151.

Teo, K.K., Ounpuu, S., Hawken, S., Pandey, M.R., Valentin, V., Hunt, D. et al. (2006). Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet 368, (9536), 647-658.

Ter Bogt, T.F., De Looze,.M., Molcho, M., Godeau, E., Hublet, A., Kokkevi, A. et al. (2014). Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. Addiction 109, (2), 273-283.

Ter Bogt, T., Van Lieshout, M., Doornwaard, S., and Eijkemans, Y. (2009). Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten: twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval. Trimbos-instituut, Utrecht.

Ter Weijde, W. and Croes, E. (2014). Herziening EU-richtlijn Tabaksproducten. Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging, Utrecht.

Theunissen, M.J., Jansen, M., and Van Gestel, A. (2011). Are mental health and binge drinking associated in Dutch adolescents? Cross-sectional public health study. BMC Res Notes 4, 100.

Thomas, G., Kloner, R.A., and Rezkalla, S. (2014). Adverse cardiovascular, cerebrovascular, and peripheral vascular effects of marijuana inhalation: what cardiologists need to know. Am J Cardiol 113, (1), 187-190.

Tollenaar, N. and Van der Laan, A.M. (2013). Monitor veelplegers 2013: trends in de populatie zeer actieve veelplegers uit de periode 2003-2011. WODC, Den Haag.

Tollenaar, N. and Van der Laan, A.M. (2012). Monitor veelplegers 2010: trends in de populatie zeer actieve veelplegers uit de periode 2003-2009. WODC, Den Haag.

Tramacere, I., Negri, E., Pelucchi, C., Bagnardi, V., Rota, M., Scotti, L. et al. (2012). A meta-analysis on alcohol drinking and gastric cancer risk. Ann Oncol 23, (1), 28-36.

Trienekens, S.C.M., Koedijk, F.D.H., Van den Broek, I.V.F., Vriend, H.J., Op de Coul, E.L.M., Van Veen, M.G. et al. (2012). Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2011. RIVM, Bilthoven.

Tuithof, M., Ten Have, M., Van den Brink, W., Vollebergh, W., and De Graaf, R. (2012). The role of conduct disorder in the association between ADHD and alcohol use (disorder). Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. Drug Alcohol Depend.

Van Aar, F., Koedijk, F.D.H., Op de Coul, E.L.M., Soetens, L.C., Woestenberg, P.J., Heijne, J.C.M. et al. (2014). Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2013. RIVM, Bilthoven.

Van Amsterdam, J., Van den Kieboom, M., Cremers, H., De Rooij, B., and Opperhuizen, A. (2012). Determination of pesticides in hemp plants. RIVM, Bilthoven.

Van Amsterdam, J.G.C., Van Laar, M., Brunt, T., and Van den Brink, W. (2012a). Risk assessment of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in the Netherlands. Regulatory Toxicology and Pharmacology 63, 55-63.

Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., and Van den Brink, W. (2010). Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. Eur Addict Res 16, (4), 202-207.

Van Amsterdam, J.G.C., Van Marle, J., Van Dijk, P., Niesink, R., and Opperhuizen, A. (2007). Electronenmicroscopisch onderzoek van vervuilde wietmonsters. RIVM, Bilthoven.

Van den Berg, M., Post, N.A.M., Hamberg-van Reenen, H.H., Baan, C.A., and Schoemaker, C.G. (2014). Preventie in de zorg: themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. RIVM, Bilthoven.

Van den Eijnden, R., Mheen, D., Vet, R., and Vermulst, A. (2011). Alcohol-specific parenting and adolescents' alcohol-related problems: the interacting role of alcohol availability at home and parental rules. J Stud Alcohol Drugs 72, (3), 408-417.

Van der Gouwe, D. (2014). Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS): Jaarbericht-Update 2013. Trimbos-instituut, Utrecht.

Van der Knaap, N., Grady, B.P., Schim van der Loeff MF, Heijman, T., Speksnijder, A., Geskus, R. et al. (2013). Drug users in Amsterdam: are they still at risk for HIV? PLoS ONE 8, (3), e59125.

Van der Laak, L. (2012). Dement door benzodiazepines? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 156, (43), C1509.

Van der Laan, J., Van Straaten, B., Boersma, S., Schrijvers, C., Van de Mheen, D., and Wolf, J. (2013). Daklozenprofielen in de vier grote steden en veranderingen in wonen, kwaliteit van leven en hulpbehoeften: Resultaten uit de tweede meting van Coda-G4. IVO-UMC St Radboud, Rotterdam-Nijmegen.

Van der Lely, N., Van Hoof, J.J., Franken, F., and Van Dalen, W. (2014). Factsheet alcoholintoxicaties 2007 tot en met 2013 . Reinier de Graaf Gasthuis/Universiteit Twente/STAP/NSCK, Delft/Enschede/Utrecht.

Van der Poel, A., Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., and Van Laar, M. (2010). Feestmeter 2008-2009: uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en clubs [Party Monitor 2008-2009: going out and substances use among visitors of parties and clubs]. Trimbos-instituut/Bonger Instituut, Utrecht/Amsterdam.

Van der Pol, P., Liebregts, N., De Graaf R., Korf, D.J., Van den Brink, W., and Van Laar, M. (2013) Validation of self-reported cannabis dose and potency: an ecological study. Addiction. 2013;108(10):1801-8.

Van der Pol, P., Liebregts, N., De Graaf, R., Ten Have, M., Korf, D.J., Van den Brink, W. et al. (2013a). Mental health differences between frequent cannabis users with and without cannabis dependence and the general population. Addiction 108, (8), 1459-1469.

Van der Pol, P., Liebregts, N., De Graaf, R., Korf, D.J., Van den Brink, W., and Van Laar, M. (2013b). Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: A three-year prospective study. Drug Alcohol Depend 133, (2), 352-359.

Van der Pol, P., Liebregts, N., De Graaf, R., Korf, D.J., Van den Brink, W., and Van Laar, M. (2013c). Facilitators and barriers in treatment seeking for cannabis dependence. Drug Alcohol Depend 133, (2), 776-780.

Van der Pol, P.M. (2014). The Dynamics of Cannabis Use and Dependence. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Van der Pol, P., Liebregts, N., Brunt, T., Van Amsterdam, J., De Graaf, R., Korf, D.J., Van den Brink, W., Van Laar, M. (2014a) Cross-sectional and prospective relation of cannabis potency, dosing and smoking behaviour with cannabis dependence: an ecological study. Addiction. 109, 1101–1109.

Van der Torre, E.J., Beke, B., Bervoets, E., Gieling, M., Keijzer, D., Bik, J. et al. (2013). Drugsmonitor Midden en West Brabant & Zeeland. Politieacademie/Beke Advies, Apeldoorn.

Van der Torre, E.J., Holvast, R., Keijzer, D., Beke, B., and Bik, J. (2013a). Het nieuwe coffeeshopbeleid: een overzichtelijke tussenbalans in Maastricht. Politieacademie/LokaleZaken/Beke Advies, Apeldoorn.

Van der Vorst, H., Engels, R.C., and Burk, W.J. (2010). Do parents and best friends influence the normative increase in adolescents' alcohol use at home and outside the home? J Stud Alcohol Drugs 71, (1), 105-114.

Van Dijk, M. and Van Hövell, C. (2009). Hokken en keten in West-Friesland nuchter bekeken. PrimoNH, Purmerend.

Van Dijk, T. and Osté, J. (2014). Out gaan is nooit OK! Ontwikkeling van een GHB voorlichtingscampagne voor specifieke risicogroepen binnen het uitgaanscircuit in Amsterdam. TSG: Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 92, (2), 63-66.

Van Dorsselaer, S., De Looze, M., Vermeulen-Smit, E., De Roos, S., Verdurmen, J., Ter Bogt, T. et al. (2010). HBSC 2009: gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Trimbos-instituut, Utrecht.

Van Gastel, W.A., Vreeker, A., Schubart, C.D., MacCabe, J.H., Kahn, R.S., and Boks, M.P. (2014). Change in cannabis use in the general population: a longitudinal study on the impact on psychotic experiences. Schizophr Res 157, (1-3), 266-270.

Van Gastel, W.A., Tempelaar, W., Bun, C., Schubart, C.D., Kahn, R.S., Plevier, C. et al. (2013). Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: a population-based study at secondary schools. Psychological Medicine 43, (9), 1849-1856.

Van Geffen, K., Van Boheemen, C., Van Dijk, L., Van Hulten, R., and Bouvy, M. (2009). Slechts 1 op 10 stopt na benzomaatregel: afschaffing vergoeding heeft beperkt effect. Pharmaceutisch Weekblad 144, (49), 28-31.

Van Gemmert, N. and Van Schijndel, C. (2013). Forensische Zorg in getal: 2008-2012. DJI, Den Haag.

Van Hoof, J. and Krokké, J. (2011). Alcoholverkoop aan jongeren: een landelijk nalevingsonderzoek. Universiteit Twente, Enschede.

Van Kempen, P.H.P.H.M.C. and Fedorova, M.I. (2014). Internationaal recht en cannabis: een beoordeling op basis van VN-drugsverdragen en EU-drugsregelgeving van gemeentelijke en buitenlandse opvattingen pro regulering van cannabisteelt voor recreatief gebruik. WODC, Den Haag.

Van Laar, M., Frijns, T., Trautmann, F., and Lombi, L. (2013). Cannabis market: User types, availability and consumption estimates, In Further insights into aspects of the EU illicit drugs market.F. Trautmann, B Kilmer, and P Turnbull, (eds.), pp. 73-182. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Van Laar, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., and De Graaf, R. (2007). Cannabisgebruikers kampen vaak met psychische stoornissen. Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek 3, (2), 3-14.

Van Maanen, H. (2013). Waarom in achterstandswijken zo weinig gedronken wordt. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 157, C1718.

Van Noorden, M.S., Kamal, R., De Jong, C.A., Vergouwen, A.C., and Zitman, F.G. (2010). GHB-afhankelijkheid en -onthoudingssyndroom: diagnostiek en behandeling. Ned Tijdschr Geneeskd. 154, A1286.

Van Noorden, M.S., Van Dongen, L.C., Zitman, F.G., and Vergouwen, T.A. (2009). Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known. Gen Hosp Psychiatry 31, (4), 394-396.

Van Ooyen-Houben, M., Bieleman, B., and Korf, D.J. (2014). Coffeeshops, toeristen en lokale markt: evaluatie van het Besloten club- en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: eindrapport. WODC, Den Haag.

Van Ooyen-Houben, M.M.J. and Van der Giessen, M. (2013). De implementatie van de B- en I-criteria volgens betrokken actoren: resultaten van de procesevaluatie, In Het Besloten club- en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: evaluatie van de implementatie en de uitkomsten in de periode mei-november 2012: tussenrapportage.M. Van Ooyen-Houben, B Bieleman, and D Korf, (eds.), pp. 77-106. WODC, Den Haag.

Van Rijn, A.J. (2014). LFO: Voortgangsrapportage 1-1-2013 tm 30-6-2014. Politie, Amsterdam.

Van Rooij, A.J., Schoenmakers, T.M., and Van de Mheen, D. (2011). Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2009: kerncijfers 2009. IVO, Rotterdam.

Van Sassenbroeck, D.K., De Neve, N., De Paepe, P., Belpaire, F.M., Verstraete, A.G., Calle, P.A. et al. (2007). Abrupt awakening phenomenon associated with gamma-hydroxybutyrate use: a case series. Clinical Toxicology 45, 533-538.

Van Straaten, B., Van der Laan, J., Schrijvers, C., Boersma, S., Maas, M., Wolf, J. et al. (2014). Middelengebruik en psychische klachten van daklozen in de vier grote steden: resultaten uit de eerste meting van de cohortstudie naar daklozen in de vier grote steden (Coda-G4). Verslaving 10, (1), 19-36.

Van Straaten, B., Van der Laan, J., Schrijvers, C., Boersma, S., Maas, M., Wolf, J. et al. (2012). Profiel van daklozen in de vier grote steden: resultaten uit de eerste meting van de Cohortstudie naar daklozen in de vier grote steden (Coda-G4). IVO/UMC St Radboud, Rotterdam-Nijmegen.

Van Wingerden, S.G.C. and Van Wilsem, J.A. (2014). Straffen omvat meer dan gevangenisstraf: de effecten van daderkenmerken op de straftoemeting voor het gehele sanctiepakket. Tijdschrift voor Criminologie 56, (1), 3-23.

Vaughn, M.G., Fu, Q., Perron, B.E., Bohnert, A.S.B., and Howard, M.O. (2010). Is Crack Cocaine Use Associated with Greater Violence than Powdered Cocaine Use? Results from a National Sample. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 36, 181-186.

VeiligheidNL (2014). Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol: ongevalscijfers. VeiligheidNL, Amsterdam.

Venhuis, B., De Hon, O., and Puiman, J. (2014). Meer schade door internetpillen: melden moet. Medisch Contact , (18-19), 946-948.

Verbiest, M.E., Chavannes, N.H., Crone, M.R., Nielen, M.M., Segaar, D., Korevaar, J.C. et al. (2013). An increase in primary care prescriptions of stop-smoking medication as a result of health insurance coverage in the Netherlands: population based study. Addiction 108, (12), 2183-2192.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Laar, M., and Van Bon-Martens, M. (2014). Factsheet Continu Onderzoek Rookgewoonten 2013 . Trimbos-instituut, Utrecht.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., and Van Laar, M. (2014a). Roken Jeugd Monitor 2013. Trimbos-instituut, Utrecht.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vermeulen, E., Lokman, S., and Vollebergh, W. (2012). Jeugd en riskant gedrag 2011: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar. Trimbos-instituut, Utrecht.

Verdurmen, J., Vermeulen-Smit, E., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., and Schulten, I. (2012a). Ouders over opvoeding ten aanzien van roken, alcohol, cannabis en internet 2011: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Ouders. Trimbos-instituut, Utrecht.

Verdurmen, J., Abraham, M., Planije, M., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Schulten, I. et al. (2006). Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar: schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies. Trimbos-instituut, Utrecht.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., and Vollebergh, W. (2005). Cannabisgebruik onder adolescenten: gebruikspatronen, achtergrondfactoren en psychosociale problemen. Submitted.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Ter Bogt, T., and Vollebergh, W. (2005a). Alcohol use and mental health in adolescents: Interactions with age and gender-findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children survey. Journal of Studies on Alcohol 66, (5), 605-609.

Verstraete, A.G. (2004). Detection times of drugs of abuse in blood, urine, and oral fluid. Ther Drug Monit. 26, (2), 200-205.

Verweij, K.J., Huizink, A.C., Agrawal, A., Martin, N.G., and Lynskey, M.T. (2013). Is the relationship between early-onset cannabis use and educational attainment causal or due to common liability? Drug Alcohol Depend 133, (2), 580-586.

Voorham, L. and Buitenhuis, S. (2012). GHB-gebruik(ers) in beeld: een typering van de GHB-gebruiker en hun bereikbaarheid. Trimbos-instituut, Utrecht.

Vos, N.S., Haak, E.A.F., and Leeksma, O.C. (2014). Herhaalde neutropenie door versneden cocaïne. Ned Tijdschr Geneeskd. 158, (26), A7430.

Vriend, H.J., Van Veen, M.G., Prins, M., Urbanus, A.T., Boot, H.J., and Op de Coul, E.L. (2013). Hepatitis C virus prevalence in The Netherlands: migrants account for most infections. Epidemiol Infect 141, (6), 1310-1317.

Wartna, B.S.J., Blom, M., and Tollenaar, N. (2011). De WODC-Recidivemonitor: 4e, herziene versie. WODC, Den Haag.

Weenink, D. (2011). Delinquent behavior of Dutch rural adolescents. J Youth Adolesc 40, (9), 1132-1146.

World Health Organization (WHO) (2014). Global status report on alcohol and health 2014. WHO, Geneva.

WHO Expert Committee on Drug Dependence (2014). Gamma-butyrolactone (GBL): Critical Review Report. WHO, Geneva.

World Health Organization (WHO) (2013). Report on the global tobacco epidemic. WHO, Geneva.

WHO (2011). Global status report on alcohol and health. WHO, Geneva.

Willemsen, M.C., Segaar, D., and Van Schayck, O.C. (2013). Population impact of reimbursement for smoking cessation: a natural experiment in the Netherlands. Addiction 108, (3), 602-604.

Wish, E.D., Artigiani, E., Billing, A., Hauser, W., Hemberg, J., Shiplet, M. et al. (2012). The Emerging Buprenorphine Epidemic in the United States. Journal of Addictive Diseases 31, (1), 3-7.

Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., and Mol, A. (2014). Kerncijfers Verslavingszorg 2013: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). IVZ, Houten.

Wisselink, D.J. and Mol, A. (2013). GHB hulpvraag in Nederland: Belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor GHB problematiek in de verslavingszorg 2007-2012. Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ), Houten.

Wolf, J., Altena, A., Beijersbergen, M., and Oliemeulen, L. (2010). Hostelbewoners in Utrecht: profiel en functioneren, zorgaansluiting en ervaren baat van het hostelverblijf. Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek 6, (3), 19-32.

Wouters, M. and Korf, D.J. (2011). De wietpas en het sociaal clubmodel: meningen en verwachtingen van coffeeshopbezoekers in Utrecht. Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Wouters, M., Korf, D.J., and Kroeske, B. (2007). Harde aanpak, hete zomer: een onderzoek naar de ontmanteling van hennepkwekerijen in Nederland. Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Zhu, N.Y., LeGatt, D.F., and Turner, A.R. (2009). Agranulocytosis after consumption of cocaine adulterated with levamisole. Annals of Internal Medicine 150, (4), 287-289.

Ziegler, P.P., Compton, P., and Goldenbaum, D.M. (2011). Prescription Drug Abuse and Diversion in Clinical Practice: What can be Learned from Regulatory Sanction Data. Journal of Addictions Nursing 22, 13-18.

Zorginstituut Nederland (2014). De CQ-index . Zorginstituut Nederland, Diemen.

Zvosec, D.L., Smith, S.W., Porrata, T., Strobl, A.Q., and Dyer, J.E. (2011). Case series of 226 gamma-hydroxybutyrate-associated deaths: lethal toxicity and trauma. Am J Emerg Med 29, (3), 319-332.

Zvosec, D.L., Smith, S.W., Litonjua, R., and Westfal, R.E.J. (2007). Physostigmine for gamma-hydroxybutyrate coma: inefficacy, adverse events, and review. Clinical Toxicology 45 , 261-265.