Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Nationale Drug Monitor

Archivering 2022



2022

Nationale Drug Monitor

Archivering 2022

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Redactie
Mw. dr. M.W. van Laar[1]
Dhr. R.J.J. van Beek MSc[1]
Mw. mr. E.M.T. Beenakkers[2]
Dhr. dr. A.A.N. Cruts[1]
Mw. M.C. Kuin MSc[3]
Dhr. drs. R.F. Meijer[2]
Mw. dr. K. Monshouwer[1]
Mw. dr. A. Mujcic[1]
Mw. M.I.A. Olthof MSc[1]
Mw. F. Schutten MSc[1]

Met medewerking van
Dhr. dr. J. Bommelé[1]
Mw. dr. E.A. Croes[1]
Dhr. ir. J.J. van Dijk[2]
Mw. drs. S. van Dorsselaer[1]
Mw. M. Groothuizen[1]
Dhr. S. Rigter[1]
Dhr. L.S. Schürmann MSc[1]
Mw. dr. L.A. Smit-Rigter[1]
Mw. dr. M. Tuithof[1]
Mw. dr. C.V. Voogt[1]
Dhr. R.Q. Vrolijk MSc[1]

1) Trimbos-instituut
2) Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Ministerie van Justitie en Veiligheid
3) Met medewerking van Regioplan Beleidsonderzoek

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

WODC:
Koningskade 4
Postbus 20301, 2500 EH Den Haag
T: 088 371 74 12

Leden van de Wetenschappelijke Raad van de NDM
Dhr. mr. A. Binken, Openbaar Ministerie
Dhr. dr. P. Blanken, PARC, Brijder
Dhr. dr. P.G.J. Greeven, de Nederlandse ggz, Novadic-Kentron
Dhr. prof. dr. R.A. Knibbe, Maastricht University
Dhr. prof. dr. D.J. Korf, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (voorzitter)
Dhr. drs. W.G.T. Kuijpers MSc, Stg. IVZ
Mw. prof. dr. H. van de Mheen, Tilburg University
Dhr. drs. J. de Ridder MA, Openbaar Ministerie
Dhr. prof. dr. A.C.M. Spapens, Tilburg University
Dhr. D.J. Wisselink, Stg. IVZ

Waarnemers
Dhr. L. van Deurse MSc, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mw. drs. F.D. Adrichem, Ministerie van Justitie en Veiligheid
Mw. M. Çimen LL.M, Ministerie van Justitie en Veiligheid

Toegevoegde referenten
Dhr. dr. M.C.A. Buster, GGD Amsterdam
Dhr. dr. E.J.M. Pennings, TMFI

Disclaimer
Deze 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.

© 2023, 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.

Ontwerp omslag
Canon Nederland N.V

Illustraties omslag door F. Schutten MSc

Geachte lezer,

Sinds 2021 wordt de Nationale Drug Monitor (NDM) digitaal gepresenteerd op de website www.nationaledrugmonitor.nl.

Voordat deze website werd ontwikkeld publiceerde de NDM jaarlijks een uitvoerig rapport met alle cijfers en ontwikkelingen over het gebruik van drugs, alcohol en tabak in Nederland en over beleidsontwikkelingen en de alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit.

Op deze website worden gegevens meerdere keren per jaar geactualiseerd.

Voor u ligt de (PDF) archivering van de NDM, zoals deze gedurende 2022 werd gepresenteerd op de website van de NDM.

Inhoudsopgave

	Vooraf	5
	Inhoudsopgave	6
	1. Over de Nationale Drug Monitor	7
	2. Wetgeving en beleid	18
	3. Cannabis	110
	4. Cocaïne	230
	5. Opiaten	326
	6. Ecstasy	392
	7. Amfetamine	481
	8. Nieuwe psychoactieve stoffen	563
	9. GHB	644
	10. Slaap- en kalmeringsmiddelen	706
	11. Alcohol	762
	12. Tabak	902
	13. Lachgas	998
	14. Ketamine	1058
	15. ADHD-medicatie	1108
	16. Illegale handel, bezit en productie	1142
	17. Criminaliteit en overlast	1242
	18. Psychedelica	1279
	Bijlagen	1359
	Kerncijfertabellen	1450

Nationale Drug Monitor

1.1 Over de Nationale Drug Monitor

Waarom een Nationale Drug Monitor?

In Nederland volgen tal van monitors de ontwikkelingen op het gebied van drugs, alcohol en tabak. Ook verschijnen er in hoog tempo (wetenschappelijke) publicaties op dit terrein. 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. Deze doelstelling sluit aan op het huidige streven naar het op feiten baseren van beleid en praktijk.

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

Naast het bieden van een actueel en feitelijk overzicht, streeft de NDM naar verbetering en harmonisatie van monitoringactiviteiten in Nederland. Daarbij wordt rekening gehouden met internationale richtlijnen voor gegevensverzameling. De NDM rapporteert ook aan internationale organisaties, zoals de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO), de Verenigde Naties (VN) en het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

Welke gegevens verzamelt de NDM?

In de NDM staat het verzamelen en integreren van cijfers centraal. Dit gebeurt wat middelengebruik betreft volgens een beperkt aantal (kern)indicatoren, 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;
- hulpvraag (w.o. verslavingszorg, ziekenhuizen);
- ziekte in relatie tot middelengebruik;
- sterfte in relatie tot middelengebruik;
- aanbod en markt (prijs, kwaliteit, beschikbaarheid).

Het idee achter de eerste vijf indicatoren 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. Voor zover beschikbaar zijn ook gegevens opgenomen over aanbod en markt, zoals de prijs en kwaliteit van drugs, en de beschikbaarheid/verkrijgbaarheid, bijvoorbeeld in coffeeshops en verkoopcijfers en verkooppunten.

De NDM rapporteert ook over de geregistreerde drugscriminaliteit en de strafrechtelijke reactie hierop. Dit gebeurt eveneens volgens een serie met het Ministerie van Justitie en Veiligheid overeengekomen indicatoren, waarvoor het WODC gegevens verzamelt. De Datamart Drugs van het WODC integreert hiertoe cijfers uit registratiesystemen van politie, Openbaar Ministerie en justitiële

documentatie (zie ook § 16.1 en § 17.1).

Het gaat bijvoorbeeld om gegevens over:

- inbeslaggenomen drugs
- ontmantelde productielocaties en dumpingen
- Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen
- strafrechtelijke recidive van Opiumwetdelinquenten
- alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit en overlast.

Samenwerkingsverband

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

De kwaliteit van de publicaties wordt gewaarborgd door de Wetenschappelijke Raad van de NDM. Deze Raad beoordeelt conceptteksten en adviseert over de kwaliteit van de monitoringgegevens.

De digitale NDM wordt door het jaar heen geregeld geactualiseerd. Daarnaast wordt jaarlijks een samenvattende rapportage opgesteld. Dit rapport maakt deel uit van de documentatie die het parlement jaarlijks krijgt aangeboden.

1.2 Leeswijzer

De Nationale Drug Monitor geeft een actueel beeld van het gebruik van drugs, alcohol en tabak in Nederland. Ook geeft de NDM een overzicht van relevante beleidsontwikkelingen en de alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit. Zie ook de pagina's Over NDM en Kanttekeningen voor meer informatie.

In deze leeswijzer staat beschreven welke informatie in de NDM is opgenomen en waar u deze informatie op de website kunt vinden.

Wetgeving en beleid

In het hoofdstuk **Wetgeving, beleid en preventie** wordt een overzicht gegeven van de relevante beleidsontwikkelingen op het gebied van opiumwetmiddelen, tabak en alcohol. Ook worden beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening beschreven.

Middelengebruik

De **middelenhoofdstukken** geven een actueel beeld van het gebruik van **cannabis**, **ecstasy**, **cocaïne**, **amfetamine**, **lachgas**, **ketamine**, **GHB**, **psychedelica, nieuwe psychoactieve stoffen**, **opioïden**, **slaap- en kalmeringsmiddelen** en **ADHD-medicatie**. Ook wordt gebruik van **alcohol** en **tabak en rookwaren** beschreven.

Elk middelenhoofdstuk begint met een overzicht van de **laatste feiten en trends**. De belangrijkste cijfers over het gebruik van alcohol, tabak en drugs zijn samengevat in de **kerncijfertabellen**.

De middelenhoofdstukken zijn ingedeeld aan de hand van de volgende (kern)indicatoren (zie ook § 1.1):

Cijfers over gebruik in de **algemene bevolking** (paragraaf 2 in de middelenhoofdstukken)

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van middelen in de bevolking van 18 jaar en ouder.
De cijfers worden ook uitgesplitst naar demografische kenmerken (zoals geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid).
Waar mogelijk worden patronen in gebruik en wijze van verkrijgen beschreven.

Gebruik onder **jongeren en speciale groepen** (paragraaf 3 in de middelenhoofdstukken)

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van middelen onder jongeren en jongvolwassenen. De cijfers worden ook uitgesplitst naar demografische kenmerken (zoals geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid).
Waar mogelijk worden patronen in gebruik en wijze van verkrijgen beschreven.
Daarnaast wordt ingegaan op het gebruik van middelen onder speciale groepen: studenten; jongeren en jongvolwassenen die geregeld uitgaan; en kwetsbare groepen jongeren en jongvolwassenen.

Problematisch gebruik (paragraaf 4 in de middelenhoofdstukken)

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het problematisch en riskant gebruik van middelen, aan middelengebruik gerelateerde problematiek en middelenafhankelijkheid in de algemene bevolking. Waar mogelijk worden gegevens besproken over problematisch gebruik onder (kwetsbare) jongeren of onder specifieke groepen (probleem)gebruikers.

Internationale vergelijking in gebruik (paragraaf 5 in de middelenhoofdstukken)

In deze paragraaf wordt het gebruik van middelen onder de algemene bevolking in een aantal lidstaten van de EU-14, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen vergeleken. Ook worden gegevens uit Canada, Australië en de Verenigde Staten beschreven.
Daarnaast worden gegevens beschreven over het middelengebruik onder scholieren in het regulier onderwijs in een aantal landen van de EU en Noorwegen.

Hulpvraag en incidenten (paragraaf 6 in de middelenhoofdstukken)

Deze paragraaf beschrijft gegevens over middelenproblematiek in de verslavingszorg en in de algemene ziekenhuizen.
Daarnaast worden gegevens besproken over acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten die worden behandeld op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen of op de EHBO van een grootschalig evenement.
Waar mogelijk worden gegevens besproken over informatieverzoeken van medisch professionals bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum over vermoede vergiftigingen door middelen.

Ziekte en sterfte (paragraaf 7 in de middelenhoofdstukken)

Deze paragraaf beschrijft gegevens naar de lange- en kortetermijneffecten van middelen op de lichamelijk en geestelijke gezondheid, evenals het risico op overlijden.

Aanbod en markt (paragraaf 8 in de middelenhoofdstukken).

Deze paragraaf beschrijft gegevens over de prijs en samenstelling van middelen.
Waar mogelijk worden gegevens beschreven over verkooppunten.

In de afgelopen jaren zijn de drugsmarkten sterk in beweging. Dit komt door de opkomst van tal van nieuwe psychoactieve stoffen, maar ook door een toename in het gebruik van psychofarmaca die (ook) voor recreatieve doeleinden worden gebruikt. Onderstaande tabel laat zien in welke hoofdstukken gegevens over een bepaald middel zijn opgenomen. De tabel is ingedeeld naar de primaire werking van een middel: dempend, stimulerend, of hallucinogeen. Ook via de zoekfunctie van de website is informatie over specifieke middelen te vinden.

Indeling van middelen naar primaire werking en de verwijzing naar de NDM pagina's waar de gegevens over deze middelen te vinden zijn

Primaire werking	Middel	Hoofdstuk in het NDM Jaarbericht
Dempend/verdovend	Cannabis (hasj, wiet)	Cannabis
	Synthetische cannabinoïden	NPS
	Opiaten en opioïden (heroïne, methadon, morfine, buprenorfine, fentanyl, fentanyl-achtigen, tramadol, oxycodon)	Opiaten, NPS
	Lachgas	Lachgas
	Ketamine	Ketamine
	GHB/GBL	GHB
	Slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen, barbituraten, psychofarmaca)	Slaap- en kalmeringsmiddelen
	Alcohol	Alcohol
Stimulerend	Cocaïne (snuifcocaïne, crack)	Cocaïne
	Ecstasy (MDMA, MDA, MDEA, MBDB)	Ecstasy
	Amfetamine (amfetamine, methamfetamine)	Amfetamine
	Synthetische cathinonen	NPS
	Ritalin (methylfenidaat)	Ritalin
	4-FA	NPS
	Mefedron (4-MMC) en 3-MMC	NPS
	6-APB	NPS
	Nicotine (tabak, e-sigaret en andere rookwaren)	Tabak
Hallucinogeen	Tryptaminen	Psychedelica, NPS
	Methoxetamine (MXE)	NPS
	2C-B	NPS
	LSD	Psychedelica
	Hallucinogene paddenstoelen (paddo's)	Psychedelica
	Tripknollen (truffels)	Psychedelica
	Ayahuasca/DMT	Psychedelica

Drugsgerelateerde criminaliteit

Ten slotte behandelt de NDM de aan alcohol en drugsgerelateerde criminaliteit. Hoofdstuk **Illegale handel, bezit en productie** beschrijft trends in de handel, de productie en het bezit van illegale drugs. Het hoofdstuk **Criminaliteit en overlast** geeft een overzicht van delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers en de interventies die daarbij zijn toegepast.

Bijlagen

Het hoofdstuk **Bijlagen** bevat de bijlagen waarnaar verwezen wordt door de hele NDM. Bijlage A geeft achtergrondinformatie voor de primaire bronnen waar de **kerncijfers** op gebaseerd zijn: de Gezondheidsenquête (GE) (Bijlage A1), de Leefstijlmonitor Aanvullend (LSM-A) (Bijlage A2) en drugsgebruik onder 15-64 jarigen (Bijlage A3). Bijlage B geeft achtergrondinformatie voor een aantal andere **kernbronnen**: scholierenonderzoeken (Peilstationsonderzoek, ESPAD en HBSC) (Bijlage B1), Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) (Bijlage B2), de Monitor Drugsincidenten (MDI) (Bijlage B3), de Doodsoorzakenstatistiek (Bijlage B4), de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) (Bijlage B5), het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Bijlage B6), rioolwateranalyses (Bijlage B7), Antenne Monitors (Bijlage B8), Monitoring Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (Bijlage B9). Bijlage B12 geeft een **toelichting van de term 'problematisch middelengebruik'.** Ook geeft Bijlage B een **toelichting van gegevensverzameling** bij illegale handel, bezit en productie (Bijlage B10) en criminaliteit en overlast (Bijlage B11). Bijlage C geeft een overzicht van het **drugsgebruik in enkele overige EU-lidstaten**. In Bijlage D worden de **meest voorkomende begrippen** in de NDM verklaard. In Bijlage E en Bijlage F staan respectievelijk **verklaringen van ICD-9 en ICD-10 codes** en **verklaringen van afkortingen en tekens** die worden gebruikt in de NDM.

Eerdere publicaties

Een overzicht van **voorgaande Jaarberichten** en het **Kerncijferrapport 2021** is te vinden onder **Rapporten**.

1.3 Kanttekeningen

Wat vind ik in de kanttekeningen?

Bij het lezen van deze website moet u rekening houden met een aantal kanttekeningen die van belang zijn voor het interpreteren van de cijfers in de Nationale Drug Monitor. De kanttekeningen die op deze pagina expliciet genoemd worden hebben betrekking op de gehanteerde leeftijdsgroepen, de rapportagejaren, de indeling van de NDM, hoe omgegaan wordt met statistische significantie en de impact van de coronapandemie. Naast deze algemene kanttekeningen wordt in de bijlagen (bijlagen A,B,C,D,E&F) ook aandacht besteedt aan de kanttekeningen die horen bij specifieke bronnen in de NDM.

Leeftijdsgroepen middelengebruik

Conform de kerncijfers voor het beleid van de Staat van Volksgezondheid en Zorg (Staat van V en Z; zie: www.staatvenz.nl), worden gegevens over het middelengebruik in de algemene bevolking standaard weergegeven voor de leeftijdsgroep 18 jaar en ouder. Voor de vergelijkingen van het drugsgebruik in de EU-lidstaten wordt de standaard van het EMCDDA gebruikt, namelijk 15-64 jaar en 15-34 jaar. Voor jongeren worden kerncijfers voor scholieren van het voortgezet onderwijs in de leeftijdsgroep van 12-16 jaar gepresenteerd. Als aanvulling hierop zijn gegevens opgenomen van het middelengebruik onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO, afkomstig van landelijke peilingen, die in 2015, 2017 en 2019 zijn uitgevoerd [1].

Trendbreuken

In de afgelopen jaren hebben zich voor een aantal registratie- en monitoringsystemen wijzigingen voorgedaan in de methoden van gegevensverzameling en/of -verwerking. Hoewel niet elke methodewijziging een trendbreuk teweeg hoeft te brengen, is voor een aantal bronnen uit nadere analyses gebleken dat cijfers voor en na de methodeverandering niet vergelijkbaar zijn, en het derhalve niet mogelijk is om uitspraken over trends te doen, of slechts over een beperkt aantal jaren. Bij sommige informatiesystemen spelen andere uitdagingen waardoor gegevens tijdelijk niet beschikbaar zijn, zoals de registratie van de hulpvraag in de verslavingszorg (laatste gegevens zijn van 2015). In de bijlage bronbestanden wordt voor een aantal kernbronnen een toelichting gegeven op deze (methodologische) kwesties.

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

Middelgebonden indeling

De hoofdstukken 3 tot en met 15 en hoofdstuk 18 van de NDM 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 rookwaren en andere middelen voor de (volks)gezondheid en maatschappij verschillen. Een methodiek waarbij deze risico’s direct zijn vergeleken is toegepast in een recente

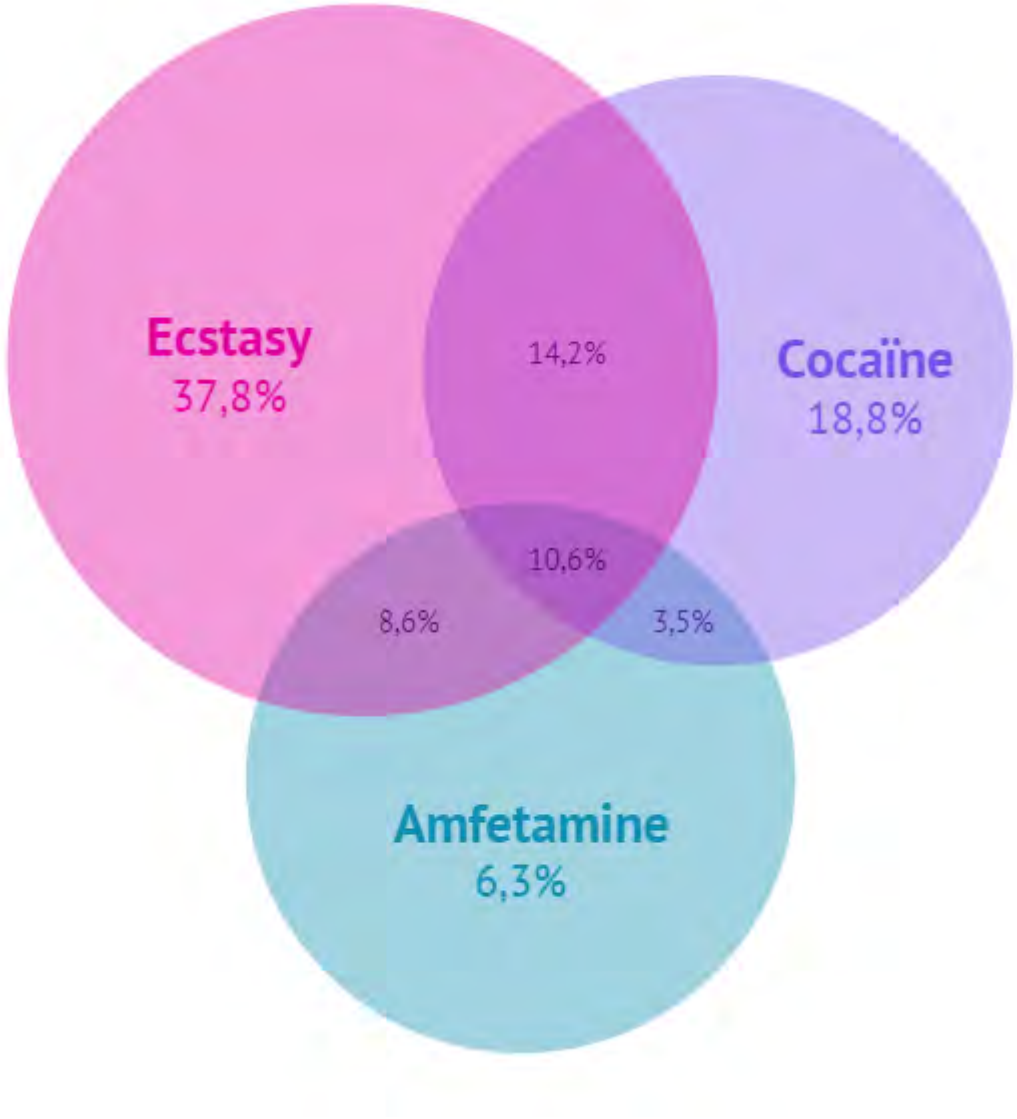
Europese studie [2]. Een panel van experts beoordeelde de acute en chronische lichamelijke schade (toxiciteit), afhankelijkheid en sociale schade voor 18 illegale drugs, alcohol en tabak, op basis van hun wetenschappelijke expertise en de literatuur. Heroïne en crack bleken samen met alcohol relatief het meest schadelijk te zijn [2]. Deze middelen, met aanvullend methamfetamine, werden ook als meest schadelijk beoordeeld in een recente Duitse studie [3].

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 [4]. Ter illustratie wordt in onderstaande figuur de overlap in het gebruik van cocaïne, ecstasy en amfetamine nader toegelicht op basis van gegevens uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2021.

In 2021 werd gevonden dat 95,7% van de volwassen Nederlanders in het afgelopen jaar géén van de middelen cocaïne, amfetamine, en ecstasy had gebruikt. Daarentegen had 4,3% van de Nederlanders wel tenminste één van de middelen gebruikt. Onderstaande figuur geeft de mate van overlap weer van de volwassen Nederlanders die in het afgelopen jaar wél cocaïne en/of amfetamine en/of ecstasy hadden gebruikt.

Het grootste deel had alleen ecstasy gebruikt (37,8%). Een aanzienlijk kleiner deel (18,8%) had alleen cocaïne of alleen amfetamine (6,3%) gebruikt. Sommige gebruikers hadden twee van de drie middelen genomen. Ongeveer één op de zeven (14,2%) had ecstasy en cocaïne (maar geen amfetamine) gebruikt, 8,6% had ecstasy en amfetamine (maar geen cocaïne) gebruikt en 3,5% amfetamine en cocaïne (maar geen ecstasy). Als laatste had 10,6% alle drie de middelen gebruikt in het afgelopen jaar.

Figuur Overlap in laatste-jaar-gebruik (%) van cocaïne, ecstasy en amfetamine onder mensen van 18 jaar en ouder die tenminste één van deze middelen in het afgelopen jaar gebruikten. Peiljaar 2021[l]



I. Overlap in het percentage laatste-jaar-gebruik van cocaïne, ecstasy en amfetamine onder laatste-jaar-gebruikers van één of meer van deze middelen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2021.

Statistische significantie

In de NDM 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 is ($p < .05$). 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. Anderzijds kan het ook zo zijn dat een verschil dat in een kleine steekproef wordt gevonden, door ‘toeval’ of steekproeffluctuatie werd veroorzaakt en dat een dergelijk verschil in een grotere, meer representatieve steekproef niet meer wordt (terug)gevonden. In de NDM letten wij op statistische significantie, maar belangrijker is echter de grootte en de relevantie van het verschil.

Impact van de coronacrisis

Vanaf maart 2020 werden in Nederland (en elders) maatregelen getroffen om de gevolgen van de verspreiding van de COVID-19 tegen te gaan. De internationale handel, het vliegverkeer en een groot deel van het openbare leven, waaronder het uitgaansleven, hebben een deel van 2020 vrijwel stil gelegen en ook nadien tijdens de verschillende golven van de epidemie zijn tal van beperkingen opgelegd [5], zij het meer gericht. Deze beperkingen lijken vooralsnog een relatief beperkt effect te hebben gehad op de drugsmarkten (productie, handel en beschikbaarheid). Wél laten diverse ad-hoc onderzoeken zien dat het middelengebruik, al dan niet tijdelijk, is beïnvloed. Voor de een betekent dat meer en vaker gebruiken, en voor de ander juist minder (vaak) gebruiken. De impact verschilt per persoon en tussen middelen. Redenen voor meer of minder gebruik lopen uiteen van verveling tot stress en stemmingsproblemen, samenhangend met sociale isolatie en mogelijk financiële problemen [6]. Aan het begin van de middelenhoofdstukken is de beschikbare kennis hierover samengevat. Ook over de drugsgerelateerde criminaliteit zijn aanvullende gegevens verzameld en geanalyseerd om een inschatting te maken van de impact van de crisis op verschillende indicatoren op het terrein van politie en justitie (zie hoofdstuk 16 en 17).

Bronnen

1. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Van Amsterdam J, Nutt D, Phillips L, Van den Brink W. European rating of drug harms. Vol. 29, J Psychopharmacol. 2015. p. 655–660.
3. Bonnet U, Specka M, Soyka M, Alberti T, Bender S, Grigoleit T, et al. Ranking the Harm of Psychoactive Drugs Including Prescription Analgesics to Users and Others–A Perspective of German Addiction Medicine Experts. Vol. 11, Frontiers in Psychiatry. 2020. p. 592199.
4. CBS. Jaarrapport Landelijke Jeugdmonitor 2019. Den Haag: CBS; 2019.
5. Rijksoverheid. Coronavirus tijdlijn [Internet]. 2022. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn
6. Van Laar M, Oomen P, Van Miltenburg C, Vercoulen E, Freeman T, Hall W. Cannabis and COVID-19: reasons for concern. Frontiers. 2020.

Wetgeving en beleid

2.0 Over wetgeving en beleid

In het onderdeel Wetgeving en beleid wordt primair over recente ontwikkelingen gerapporteerd. De hoofdlijnen van wetgeving en beleid ten aanzien van alcohol, drugs en tabak worden alleen kort benoemd. Voor uitgebreide beschrijvingen wordt u verwezen naar de betreffende wetteksten en beleidsstukken.

2.1 Drugs

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen in de wettelijke kaders en beleidsinstrumenten. Voor de volledige tekst van de genoemde wetten verwijzen wij u naar de website van de Wettenbank:

Het Nederlandse drugsbeleid richt zich zowel op de volksgezondheid als de aanpak van ondermijnende drugscriminaliteit. Het doel van het volksgezondheidsbeleid is om het drugsgebruik te ontmoedigen en drugsgebruikers niet te criminaliseren, maar om preventie en hulpverlening voorop te stellen. Het kabinet signaleerde in 2015 een normalisering van het gebruik van harddrugs, met name tijdens het uitgaan [1]. Het beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is er daarom op gericht “om stevig in te zetten op het tegengaan van deze normalisering, op het voorkomen van gebruik en het voorkomen van gezondheidsschade ten gevolge van drugsgebruik” [2] . Het Ministerie van Justitie en Veiligheid bestrijdt de productie van- en de handel in illegale drugs. De Opiumwet bepaalt daarbij welke drugs illegaal zijn [3]. Er komen regelmatig nieuwe psychoactieve stoffen (NPS) bij; om er voor te zorgen dat de strafbaarstelling ervan niet telkens apart in de Opiumwet geregeld moet worden, komt er een wetswijziging waardoor groepen stoffen strafbaar gesteld worden. Daarnaast regelt de Wet voorkoming misbruik chemicaliën (Wvmc) dat bepaalde chemische stoffen niet worden misbruikt om er illegale drugs van te maken [4]. In Nederland geeft het Ministerie van Justitie en Veiligheid prioriteit aan de bestrijding van de ondermijning van de samenleving door de georganiseerde misdaad [5]. Behalve op landelijk niveau, wordt in Nederland ook op gemeentelijk niveau drugsbeleid ontwikkeld en toegepast. Het lokale bestuur stelt het coffeeshopbeleid vast en voert de regie. Het beleid wordt concreet ingevuld in het driehoeksoverleg door de burgemeester, in overleg met een vertegenwoordiger van het Openbaar Ministerie en de politiechef.

- Opiumwet
- Geneesmiddelenwet
- WVMC

2.1.1.1 Opiumwet

De Opiumwet is de belangrijkste wet in het drugsbeleid. De wet stelt import en export, productie, teelt, vervoer, aanwezig hebben van en handel in bepaalde middelen, die worden beschouwd als een risico voor de volksgezondheid, strafbaar. De verboden middelen staan op lijsten bij de Opiumwet. Nederland hanteert twee lijsten. Op lijst I staan de middelen die een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid met zich meebrengen. Het gaat bijvoorbeeld om heroïne, cocaïne, amfetamine, LSD, ecstasy en GHB. Op lijst II staan de andere middelen, zoals cannabis, paddo’s en qat en slaap- en kalmeringsmiddelen. Op basis van internationale risicobeoordelingen en besluitvorming (UN, EMCDDA) of besluitvorming op nationaal niveau kunnen nieuwe psychoactieve stoffen (NPS) aan een van de lijsten van de Opiumwet worden toegevoegd.

Per 28 oktober 2021 is 3-MMC (3-methylmethcathinon) op lijst II van de Opiumwet geplaatst. Het is niet op de lijst geplaatst wegens internationale afspraken, maar omdat er in Nederland een toename werd gezien in het gebruik van dit middel en vanwege de volksgezondheidsrisico's die hiermee

gepaard gaan (zie § 8.7.3). Dit gebeurde op advies van het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM), dat een risicobeoordeling heeft uitgevoerd waaruit bleek dat het gebruik van 3-MMC tot verslaving kan leiden en tot een toenemend aantal acute gezondheidsincidenten. Op basis van de beschikbare informatie op dat moment kon niet worden vastgesteld of dit middel zodanig risicovol is, dat het op lijst I geplaatst zou moeten worden [6].

Op 28 oktober 2021 zijn ook de middelen etizolam en flualprazolam op lijst II van de Opiumwet geplaatst. De volgende middelen zijn op lijst I van de Opiumwet geplaatst: 4CMC, 4F-MDMB-BINACA, 5F-AMB-PINACA, 5F-MDMB-PICA, AB-FUBINACA, alfa-PHP, crotonylfentanyl, DOC, N-ethylhexedron en valerylfentanyl en isotonitazeen [6]. Op de laatstgenoemde stof na, zijn al deze stoffen op de lijst geplaatst om uitvoering te geven aan besluiten van de Commissie voor verdovende middelen van de Verenigde Naties dd. 4 maart 2020 en 14 april 2021. De stof isotonitazeen wordt op lijst I geplaatst ter uitvoering van een gedelegeerde richtlijn van de EU van 2 september 2020.

Op grond van artikel 13b van de Opiumwet (de Wet Damocles) heeft de burgemeester de bevoegdheid tot sluiting van een pand, ook een woning, als daar drugs aanwezig zijn, of als er strafbare voorbereidingshandelingen voor het bereiden of telen van drugs worden uitgevoerd. Dat is het geval als er bijvoorbeeld voorwerpen of stoffen aanwezig zijn die daar duidelijk voor bestemd zijn, zoals bepaalde apparatuur of chemicaliën . De bedoeling van de bevoegdheid van artikel 13b Opiumwet is drugshandel tegen te gaan en overlast te bestrijden [7].
Deze bevoegdheid om woningen te sluiten werd door burgemeesters soms te ruim en te hard toegepast en kon dan onschuldige burgers treffen, bijvoorbeeld minderjarige kinderen. Als gevolg van het sluiten van een woning konden mensen zowel hun huis worden uitgezet, als de huur (in de sociale sector) worden opgezegd en dan konden zij op een zwarte lijst van de woningcorporatie geplaatst worden. Daarom wordt er op verschillende manieren aan gewerkt om dat te voorkomen[8] [9].
De Raad van State is als bestuursrechter strenger gaan toetsen in zaken betreffende de sluiting van een woning. Zij stelt zwaardere eisen aan subsidiariteit (noodzakelijkheid) en proportionaliteit. In haar rechtspraak is verder uitgekristalliseerd hoe de omstandigheden in het concrete geval afgewogen moeten worden (bijvoorbeeld of er minderjarige kinderen zijn, medische redenen en verwijtbaarheid van de rechthebbende) [10] [11] .
Om de burgemeesters te helpen bij de afweging of toepassing van het artikel in het specifieke geval noodzakelijk en evenredig is (afweging tussen enerzijds het belang van het stoppen van drugsovertredingen en het voorkomen van herhaling en anderzijds de gevolgen voor betrokkenen en dat besluit goed te motiveren), zijn er verschillende hulpmiddelen ontwikkeld, zoals een stappenplan voor de toepassing van artikel 13b Opiumwet en een *clickable pdf* van het beoordelingskader van de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State [12].
De burgemeester onderbouwt haar of zijn sluitingsbesluit meestal met informatie uit bestuurlijke rapportages van de politie over drugsactiviteiten. De kwaliteit van de informatie daarin (o.a. over de aangetroffen drugsactiviteit, de locatie en de betrokken personen) en de snelheid waarmee deze naar de gemeente gaat, zouden beter kunnen. De onderzoekers adviseren om een landelijke uniforme checklist te ontwikkelen, waarbij aansluiting wordt gezocht bij het rechterlijke beoordelingskader van artikel 13b Opiumwet-besluiten [13].
Het WODC is gevraagd een verkennend onderzoek te doen naar de mogelijkheden om de gevolgen van de Wet Damocles te kunnen monitoren.

De Aanwijzing Opiumwet en de Richtlijn voor strafvordering Opiumwet

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

- Op 1 oktober 2020 heeft het Openbaar Ministerie een richtlijn ingevoerd om een duidelijk kader te geven voor de strafeis inzake voorbereidingshandelingen voor de productie van synthetische drugs [14]. Tegen een verdachte van voorbereidingshandelingen wordt gevangenisstraf geëist en geen taakstraf. Daardoor geeft het Openbaar Ministerie het signaal af dat taakstraffen niet als een passende sanctie worden gezien voor de productie van synthetische drugs. Daarnaast eist het Openbaar Ministerie bij voorbereidingshandelingen altijd een geldboete [15].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. T.K.24077-357. Drugbeleid: Brief regering: Beleidsvisie drugspreventie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2015.
2. T.K.35830-XVI-1. Jaarverslag van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI): Ontvangen 19 mei 2021. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
3. Overheid.nl . Opiumwet [Internet]. Overheid.nl. [cited 2021 May 21]. Available from: https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0001941&z=2020-11-17&g=2020-11-17%0A
4. Overheid.nl . Wet voorkoming misbruik chemicaliën [Internet]. Overheid.nl. [cited 2021 May 21]. Available from: https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0007286&z=2018-11-01&g=2018-11-01
5. T.K.35830-VI-1. Departementaal jaarverslag 2020 Justitie en Veiligheid (VI): Ontvangen 19 mei 2021. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
6. Stb.2021-504. Besluit van 25 oktober 2021, houdende wijziging van lijst I en II, behorende bij de Opiumwet, in verband met de plaatsing op lijst II van 3-MMC, alsmede plaatsing op lijst I en II van enkele andere middelen. Den Haag: Rijksoverheid; 2021.
7. T.K.34763-3. Wijziging van de Opiumwet (verruiming sluitingsbevoegdheid) ; Memorie van toelichting; Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.
8. T.K.24077-478. Drugbeleid; Motie; Motie van de leden Van Nispen en Sneller over het benadrukken van maatwerk en proportionaliteit in de uitvoering van de Wet Damocles . Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
9. Bruijn L. M, Vols M. Onderzoek toepassing artikel 13b Opiumwet. Rijksuniversiteit Groningen, Centrum voor openbare orde en veiligheid; 2021.
10. T.K. 34763-14. Wijziging van de Opiumwet (verruiming sluitingsbevoegdheid); Brief regering; Beleidsreactie WODC-onderzoek naar de toepassing van artikel 13b Opiumwet. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2021.
11. T.K. 34763-15. Wijziging van de Opiumwet (verruiming sluitingsbevoegdheid); Verslag van een schriftelijk overleg; Verslag van een schriftelijk overleg over het onderzoek naar de toepassing van artikel 13b Opiumwet. Den Haag:Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.

12. T.K. 24077-503. Drugbeleid; Brief regering; opvolging toezeggingen en moties drugsbeleid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
13. Bruijn LM, Mennes R, De Muijnck JA, Vols M. Bestuurlijke rapportage bij sluiting van drugspanden: Onderzoek naar het succesvol opstellen, aanbieden en opvolgen van bestuurlijke rapportages in artikel 13b Opiumwet-zaken. Den Haag: Politie & Wetenschap; 2022.
14. Stc. 49836, 2020. Richtlijn voor strafvordering voorbereiding/bevordering synthetische drugs (2020R002). Den Haag: Rijksoverheid ; 2020.
15. T.K.35564-21. Wijziging van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering en enige andere wetten in verband met versterking van de strafrechtelijke aanpak van ondermijnende criminaliteit (versterking strafrechtelijke aanpak ondermijnende criminaliteit); Brief regering; Uitvoering van de motie van het lid Bikker c.s. over de strafmaat als middel om Nederland minder aantrekkelijk te maken voor drugscriminaliteit (Kamerstuk 35564-18) . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2021.

2.1.2 NPS-wetgeving

Wetgeving nieuwe psychoactieve stoffen

Nieuwe psychoactieve stoffen (NPS) (zie bijlage D begrippenlijst) zijn stoffen met vergelijkbare effecten en risico's als de bestaande illegale drugs, maar ze vallen meestal (nog) niet onder het regiem van de Opiumwet. Vaak worden zij geproduceerd om de drugswetgeving te omzeilen. In de huidige Opiumwet worden alle verboden middelen expliciet genoemd, met hun exacte chemische formule. Als er nieuwe NPS worden geproduceerd die wat scheikundige samenstelling betreft niet afwijken, vallen die niet onder de Opiumwet. Een wetsvoorstel om een generiek verbod te regelen voor bepaalde groepen NPS is in juli 2022 naar de Tweede Kamer gestuurd. De voorgestelde groepen zijn: alle substanties die zijn afgeleid van 2-fenethylamine, waaronder ook substanties met de basisstructuur van cathinon; cannabimimetica of synthetische cannabinoïden; en substanties afgeleid van 4-aminopiperidine (fentanyl-achtige stoffen). Zie voor de NPS die recentelijk zijn toegevoegd aan de Opiumwet hierboven. Zie voor NPS ook § 8.1.

Bronnen

1. *T.K. 36159-3. Wijziging van de Opiumwet in verband met het toevoegen van een derde lijst met als doel het tegengaan van de productie van en de handel in nieuwe psychoactieve stoffen en enkele andere wijzigingen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.* (2022). Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

2.1.3 Coffeeshopbeleid

In deze paragraaf wordt ingegaan op het beleid ten aanzien van coffeeshops, landelijk gezien en op gemeentelijk niveau. In de volgende paragraaf wordt de stand van zaken besproken van het op te zetten experiment met een gesloten coffeeshopketen.

Coffeeshopbeleid: landelijk en gemeentelijk

- Landelijk gezien voert het Openbaar Ministerie een gedoogbeleid. De verkoop van cannabis in coffeeshops wordt 'gedoogd': politie en justitie laten coffeeshops ongemoeid, als ze zich houden aan bepaalde criteria. De landelijke gedoogcriteria staan in de Aanwijzing Opiumwet: coffeeshops mogen geen reclame maken (geen affichering), geen harddrugs voorhanden hebben of verkopen, geen overlast veroorzaken, niet toegankelijk zijn voor en niet verkopen aan jeugdigen onder de 18 jaar, niet meer dan 5 gram verkopen per transactie en niet meer dan 500 gram handelsvoorraad hebben, en niet toegankelijk zijn voor en niet verkopen aan anderen dan ingezetenen van Nederland (de AHOJGI-criteria).
- Gemeenten kunnen hun eigen coffeeshopbeleid vaststellen en toepassen, binnen het hierboven geschetste landelijke kader. In het lokale driehoeksoverleg wordt bijvoorbeeld de maximale handelsvoorraad van gedoogde coffeeshops vastgesteld. Gemeenten kunnen besluiten over het al of niet toelaten van coffeeshops en het aantal vaststellen. Het handhavingsbeleid wordt concreet ingevuld door de burgemeester in overleg met een vertegenwoordiger van het Openbaar Ministerie en de politiechef, het zogenaamde driehoeksoverleg. Onderdeel van dit beleid is ook een handhavingsplan (met sancties). Gemeenten kunnen aanvullende vestigingscriteria vastleggen in het lokale coffeeshopbeleid, specifiek gericht op de lokale situatie.
- Wat betreft het beleid dat gemeenten voeren is er in 2020, blijkens de tweejaarlijkse monitor met betrekking tot de aantallen coffeeshops en aantallen gemeenten die een coffeeshopbeleid voeren, nauwelijks iets veranderd ten opzichte van de vorige meting over 2018 [1,2]. Zie voor aantallen coffeeshops § 3.8.1.
- In 2020 lieten 102 van de 355 gemeenten (29%) coffeeshops toe, dat zijn er evenveel als in de voorgaande meting over 2018. Daarbij is het wel zo dat het aantal gemeenten in Nederland is afgenomen (van 380 in 2018 tot 355 in 2019 en 2020), dus relatief gezien zijn er meer coffeeshopgemeenten. Eind 2020 voerde 69% van de gemeenten een 'nulbeleid' (verkooppunten worden niet gedoogd), 29% voerde een gedoogbeleid, waarin het maximum aantal coffeeshops is vastgelegd, en 2% gaf aan geen formeel beleid te voeren (er zijn in die gemeenten geen coffeeshops gevestigd, maar er zijn ook geen concrete afspraken dat ze niet gedoogd zouden worden).
- Veel coffeeshopgemeenten die een gedoogbeleid voeren hebben net als in voorgaande jaren ten minste één lokaal vestigingscriterium naast de landelijk geldende AHOJGI-criteria in hun coffeeshopbeleid opgenomen, veelal een afstandscriterium (afstand van de coffeeshop tot een onderwijsinstelling). Het vestigingscriterium waarbij er een minimale onderlinge afstand tussen coffeeshops moet zijn is in 2020 in 28% van de gemeenten opgenomen in het beleid.
- Gemeenten kunnen ook criteria opnemen die zeer specifiek gericht zijn op de lokale situatie. Dat is eind 2020 in 28% van de gemeenten het geval. Dat zijn er vijf meer dan bij de vorige

meting.
- Gemeenten kunnen het ingezetenencriterium (het I-criterium, geen toegang tot coffeeshops voor en verkoop van softdrugs aan anderen dan ingezetenen van Nederland) wel of niet in hun beleid opnemen. In vijf gemeenten die het I-criterium in hun beleid hebben opgenomen, wordt het met hoge prioriteit gehandhaafd. Dat waren er zeven in 2018. In de andere gemeenten wordt er in de praktijk niet gehandhaafd.
- In Amsterdam deed de burgemeester begin 2021 het voorstel een ander beleid te gaan voeren inzake coffeeshops [3]. Het beleid was er toentertijd op gericht het aanbod van cannabis te verkleinen door het aantal coffeeshops geleidelijk te verminderen. Maar de vraag verminderde niet, en nam juist sterk toe, door de komst van steeds meer toeristen. Het voorstel was om het Ingezetenecriterium in te voeren, zodat toeristen geen cannabis in coffeeshops meer zouden kunnen kopen. In september 2022 heeft de meerderheid van de gemeenteraad dit voorstel afgewezen [4]. In februari 2023 is duidelijk geworden dat een stadsdeel van Amsterdam deel zal nemen aan het experiment van een gesloten coffeeshopketen. (Zie voor meer informatie onder het kopje 'Experiment gesloten coffeeshopketen').
- Gegevens in verband met overlast van coffeeshops en drugstoerisme zijn beschreven in § 17.3.2.

Bestrijding van criminele praktijken in relatie tot coffeeshops

- De wet Bibob (Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur), die tevens van toepassing is op coffeeshops, biedt de overheid de mogelijkheid om de achtergrond van een persoon of bedrijf te (laten) screenen in het kader van een vergunning- of subsidieverlening. Zo kan voorkomen worden dat de overheid door het verlenen of in stand houden van vergunningen onverhoopt meewerkt aan het ontstaan of voortbestaan van criminele praktijken. In het geval van coffeeshops gaat het om vergunningverlening door de gemeente. Als het gevaar bestaat dat de coffeeshophouder (of zijn zakelijke omgeving) crimineel vermogen aanwendt of andere strafbare feiten gaat plegen in het licht van zijn bedrijfsvoering, kan de burgemeester weigeren hem de vergunning te verlenen.
- Gemeenten kunnen zich bij het nemen van beslissingen daarover laten adviseren door het landelijk Bureau Bibob. Sinds 2013 kunnen zij ook zelf politie- en justitiële informatie opvragen in het kader van een Bibob-onderzoek en beter afwegen of ze een advies aanvragen bij het Bureau Bibob.
- Sinds 1 augustus 2020 hebben overheden de mogelijkheid om ook justitiële gegevens op te vragen over de *zakelijke relaties* van degene die een aanvraag tot een vergunning of subsidie doet [5,6]. Met zakelijke relaties worden bedoeld beheerders, bestuurders, aandeelhouders, of financiers. Er kan namelijk sprake zijn van een zogeheten stroman-constructie, of een poging van een financier om crimineel geld wit te wassen. De wet Bibob tweede tranche, die onder andere voorziet in een verruiming van de mogelijkheden tot informatiedeling tussen het landelijk bureau Bibob en bestuursorganen en tussen bestuursorganen onderling, is grotendeels in werking getreden per 1 oktober 2022 [7].

2.1.1.3 Coffeeshopbeleid: experiment gesloten coffeeshopketen

Zoals eerder vermeld, wordt de verkoop van cannabis in coffeeshops gedoogd, maar is de illegale teelt strafbaar volgens artikel 3, onder B, van de Opiumwet. Politie en Openbaar Ministerie geven prioriteit aan de opsporing en vervolging van de grootschalige en beroeps- of bedrijfsmatige teelt.

Andere teelt, die niet beroeps- of bedrijfsmatig is en een geringe hoeveelheid voor eigen gebruik betreft, heeft geen prioriteit in de opsporing en vervolging (Aanwijzing Opiumwet, 2015; zie ook NDM Jaarbericht 2016) [8].

De verkoop van cannabis in coffeeshops wordt dus gedoogd (voordeur), maar teelt en aanvoer (achterdeur) zijn strafbaar en worden opgespoord en vervolgd. Dit levert problemen op, zowel voor gemeenten als voor de rechtspraak [9].

Experiment gesloten coffeeshopketen

De voorbereidingen voor het 'experiment gesloten coffeeshopketen' dat in het regeerakkoord van oktober 2017 is opgenomen, en volgens het coalitieakkoord van december 2021 wordt voortgezet, nemen meer tijd in beslag dan verwacht.

Hieronder wordt ingegaan op een aantal aspecten van het experiment (zie voor een uitgebreidere beschrijving en de voorwaarden waaraan telers en coffeeshops moeten voldoen het Jaarbericht NDM 2019 [10] en de website van de Rijksoverheid [11].

Een 'gesloten coffeeshopketen' houdt in dat aangewezen telers hun cannabis uitsluitend leveren aan de coffeeshops in de aan het experiment deelnemende gemeenten en dat die coffeeshops uitsluitend de door de aangewezen telers geteelde cannabis mogen verkopen. Het doel van het experiment is om te kijken of en hoe telers op kwaliteit gecontroleerde cannabis aan coffeeshops kunnen leveren en wat de effecten daarvan zijn, in een situatie waarin dat gedoogd wordt.

Het experiment heeft vanaf de feitelijke start een looptijd van vier jaar. Het bestaat uit drie fases: de voorbereidingsfase, waarin gemeenten en telers geselecteerd worden, de overgangsfase, waarin coffeeshops in de deelnemende gemeenten kunnen beginnen met de verkoop van cannabis afkomstig van aangewezen telers (naast de gedoogde verkoop), en de experimenteerfase. De experimenteerfase kan pas beginnen op het moment dat verwacht wordt dat de kwaliteit en diversiteit van de door de aangewezen telers geteelde cannabis voldoende is om de deelnemende coffeeshops volledig en permanent te kunnen voorzien, en aan de eisen van geslotenheid kan worden voldaan. Als begonnen zou worden terwijl nog niet aan deze eisen voldaan is, is er het risico dat de coffeeshops onvoldoende in voorraad hebben, dat de prijzen extreem zullen stijgen, en/of dat consumenten niet tevreden zijn, met het risico dat zij zich tot illegale markten zullen wenden.

Om het experiment mogelijk te maken zijn de 'Wet experiment gesloten coffeeshopketen', het bijbehorende besluit, en de ministeriële regeling op 1 juli 2020 in werking getreden [12]. Het besluit en de ministeriële regeling werden gewijzigd, wegens enkele gebleken onduidelijkheden, vooral van technische aard [13,14].

Tien gemeenten gaan deel nemen aan het experiment, namelijk Arnhem, Almere, Breda, Groningen, Heerlen, Hellevoetsluis, Maastricht, Nijmegen, Tilburg en Zaanstad [15]. In het coalitieakkoord 2021-2025 wordt voorgesteld dit uit te breiden met een grote stad [16]. In februari 2023 heeft Amsterdam aangegeven te willen deelnemen met een stadsdeel en te onderzoeken welk stadsdeel daarvoor in aanmerking komt. Dat vindt de regering een goede ontwikkeling, hoewel eerder steeds de voorwaarde gesteld werd dat alle coffeeshops is een gemeente mee zouden moeten doen. Uit gesprekken is echter gebleken dat het eigenlijk niet mogelijk is met een complete grote stad mee te

doen aan het experiment [17,18].

Wat betreft telers is de stand van zaken eind februari 2023 dat er negen telers zijn aangewezen die hun teeltbedrijf kunnen opzetten en beginnen met het telen en de productie van cannabis; één teler is ook echt begonnen. Nadat de aanwijzing van een tiende teler is ingetrokken, is de volgende op de wachtlijst benaderd voor deelname. Het selecteren van de telers en de benodigde Bibob screening duurden langer dan verwacht. De voorbereidingen door de telers bleken ook problemen op te kunnen leveren, zoals aankoop van een locatie, aanvragen van een lokale vergunning en het verkrijgen van een bankrekening [19]. Het streven om in de loop van de tweede helft van 2022 te beginnen met de 'overgangsfase' bleek dus niet haalbaar zodat deze verschoven werd naar het tweede kwartaal van 2023. Echter, een meerderheid van de telers geeft aan dat zij meer tijd nodig hebben, voor lokale vergunningsprocedures, interne bedrijfsprocessen en door een toename van de investeringskosten door de inflatie en de verhoogde energie- en bouwkosten. Op grond daarvan lijkt het eerste kwartaal van 2024 het eerste moment te zijn dat kwantiteit, kwaliteit en diversiteit voldoende is [18].
In februari 2023 is door de ministers van VWS en J & V besloten tot het introduceren van een aanloopfase in het experiment. In die fase kan in twee gemeenten, Breda en Tilburg, eerder begonnen worden met de levering van cannabis aan coffeeshops, terwijl coffeeshops ook nog mogen inkopen bij hun oude leveranciers. Het doel van die aanloopfase is om de geslotenheid van de keten en alle processen en systemen die erbij komen kijken, op kleine schaal te testen, zodat de start in alle tien gemeenten soepeler kan verlopen. Voorwaarde daarbij is een beperkte maximale handelsvoorraad van de gereguleerde producten, namelijk 500 gram per coffeeshop, en een beperkte duur, namelijk maximaal zes maanden, waarna alle andere gemeenten ook starten. Om met de aanloopfase te starten, moeten er minimaal drie telers gereed zijn, zodat er voor die twee gemeenten voldoende continue aanvoer zal zijn wat betreft kwaliteit, diversiteit en volume[18] .

Een onafhankelijke commissie, bestaande uit wetenschappers en deskundigen onder voorzitterschap van professor Knottnerus heeft de regering geadviseerd over het opzetten van het experiment en over de evaluatie ervan. [15,20].

Het was de bedoeling om bij de uitwerking van de criteria op grond waarvan in 2024 een kabinetsstandpunt zou worden bepaald over hoe verder na het experiment, zoveel mogelijk aan te sluiten bij de resultaten van het wetenschappelijk evaluatie-onderzoek. Omdat de voorbereiding langer duurde dan de toentertijd verwachte tijdsperiode van een jaar en de experimenteerfase dus ook later begon dan het voorziene jaar 2019 of 2020, zal de rapportage over het eerste experimenteerjaar dan nog niet klaar zijn. Daarom zal in 2024 worden bezien welke conclusies getrokken kunnen worden op grond van de dan beschikbare informatie, zoals kennis die is opgedaan tijdens de aanloopfase, in de voorbereidende fase en tijdens het eerste experimenteerjaar.

Om bij te dragen aan het voorkomen van een eventuele stijging van cannabisgebruik ten tijde van het experiment heeft het Trimbos-instituut een advies uitgebracht [21]. Het advies is besproken met een werkgroep die de experimentgemeenten ondersteunt bij het ontwikkelen van een lokale preventieaanpak. Op basis van het advies wordt een aantal preventieve instrumenten gevormd [22]. Zo is een conceptmodel Preventie en handhavingsplan Cannabis ontwikkeld. Het gaat daarbij om het verzamelen en analyseren van gegevens door een aantal sleutelfiguren op lokaal niveau teneinde goed zicht te krijgen op veranderingen in de lokale situatie door het coffeeshopexperiment. Het wordt in twee experimentgemeenten als pilot getest [19]. Ook is voorlichtingsmateriaal over het experiment

voor allerlei doelgroepen ontwikkeld en worden online zelfhulpinterventies voor verschillende doelgroepen met verschillende problematiek geïmplementeerd.

Voordat er sprake was van een experiment, was een initiatief wetsvoorstel om een gesloten coffeeshopketen te verwezenlijken in behandeling bij de Eerste Kamer. In maart 2017 was de verdere behandeling daarvan aangehouden in verband met het experiment gesloten coffeeshopketen. In 2021 zou de behandeling echter weer worden voortgezet omdat het kamerlid dat het overgenomen heeft van de initiatiefneemster van het wetsvoorstel vond dat het traject voor het experiment gesloten coffeeshopketen erg veel vertraging had opgelopen [23]. De behandeling zou voortgezet worden ondanks het bezwaar van de regering dat het stelsel van de initiatiefwet niet logisch aansluit op het stelsel van het experiment: in het ene stelsel wordt gereguleerd, in het andere gedoogd [24,25]. Feitelijk is de verdere behandeling niet voortgezet.

1. 1.
   Mennes R, Schoonbeek I, Van der Molen J, Bieleman B. Coffeeshops in Nederland 2018: Aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2018 [Internet]. Groningen-Rotterdam/Den Haag: Breuer&Intraval/WODC; 2019. Available from: http://www.intraval.nl/pdf/b134_MCN15.pdf
2. 2.
   Mennes R, Pieper R, Schoonbeek I, Bieleman B. Coffeeshops in Nederland 2020. Aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2020. Breuer en Intraval onderzoek en advies; 2021.
3. 3.
   Halsema F. Beheersbare cannabismarkt: 8 januari 2021. Amsterdam: Gemeente Amsterdam ; 2021.
4. 4.
   Concept verslag van de openbare vergadering van de Raadscommissie voor Algemene Zaken van de Gemeente Amsterdam op 29 september 2022. Amsterdam: Gemeente Amsterdam; 2022.
5. 5.
   Stb.2020-278. Wet van 1 juli 2020 tot wijziging van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur in verband met diverse uitbreidingen van de toepassingsmogelijkheden daarvan alsmede enkele overige wijzigingen . Den Haag: Rijksoverheid; 2020.
6. 6.
   Stb.2020-279. Besluit van 15 juli 2020, houdende wijziging van het Besluit justitiële en strafvorderlijke gegevens in verband met de verstrekking van justitiële gegevens over de zakelijke omgeving van betrokkene ten behoeve van het eigen onderzoek door bestuursorganen op grond van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur, tot wijziging van het Besluit Bibob en tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet van 1 juli 2020 tot wijziging van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur in verband met diverse uitbreidingen van de toepassingsmogelijkheden daarvan alsmede enkele overige wijzigingen (Stb. 2020, 278) 22-7-2020. Den Haag: Rijksoverheid; 2020.
7. 7.
   Stb. 2022-304. Wet van 6 juli 2022 tot wijziging van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur in verband met informatiedeling tussen bestuursorganen en rechtspersonen met een overheidstaak en enige overige wijzigingen. Den

Haag: Rijksoverheid ; 2022.
8. 8.
Van Laar MW, Van Ooyen-Houben M, Meijer R, Croes E, Ketelaars A, van der Pol P. Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2016. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
9. 9.
T.K.34997-3. Regels inzake een uniform experiment met teelt en verkoop van hennep en hasjiesj voor recreatief gebruik in een gesloten coffeeshopketen (Wet experiment gesloten coffeeshopketen): Memorie van toelichting. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.
10. 10.
Van Laar MW, Cruts AAN, Van Miltenburg CJA, Strada L, Ketelaars APM, Croes EA, et al. Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2019 [Netherlands National Drug Monitor: 2019 Annual Report]. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC; 2020.
11. 11.
Rijksoverheid. Experiment gesloten coffeeshopketen (wietexperiment) [Internet]. 2022. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/experiment-gesloten-coffeeshopketen-wietexperiment
12. 12.
Stb. 2020-216. Besluit van 17 juni 2020, houdende vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet experiment gesloten coffeeshopketen en het Besluit experiment gesloten coffeeshopketen. Den Haag: Rijksoverheid; 2020.
13. 13.
Stb. 2022-219. Besluit van 25 mei 2022, houdende wijziging van het Besluit experiment gesloten coffeeshopketen in verband met de aanpassing en verduidelijking van enkele eisen voor coffeeshophouders en aangewezen telers. Den Haag: Rijskoverheid; 2022.
14. 14.
Stc. 2022-14996. Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Justitie en Veiligheid van 20 mei 2022, kenmerk 3354207-1027909-WJZ, houdende wijziging van de Regeling experiment gesloten coffeeshopketen, in verband met het stellen van regels omtrent de handelsvoorraad van coffeeshophouders, het THC-symbool, het bewaren en vernietigen van monsters en de gebruikersinformatie . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
15. 15.
T.K.34997-29. Bijlage: Tweede rapportage van de adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
16. 16.
T.K. 35788-77. Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst, Coalitieakkoord 2021 – 2025 VVD, D66, CDA en ChristenUnie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
17. 17.
T.K. 24077-506. Drugbeleid; Brief regering; Stand van zaken Experiment Gesloten Coffeeshopketen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
18. 18.
Concept-verslag van een commissiedebat 22 februari 2023, commissie drugbeleid . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
19. 19.

T.K. 34997-489. Voortgang experiment gesloten coffeeshopketen; Brief regering . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.

20. 20.
Een experiment met een gesloten cannabisketen. Den Haag: Adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen; 2018.
21. 21.
Möhle M, Spronk D, Van Leeuwen L. Advies preventieaanpak Experiment gesloten coffeeshopketen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
22. 22.
T.K.24077-472. Drugbeleid; Brief regering; Stand van zaken Experiment gesloten coffeeshopketen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
23. 23.
E.K.34165-D. Voorstel van wet van het lid Bergkamp tot wijziging van de Opiumwet teneinde de teelt en verkoop van hennep en hasjiesj via een gesloten coffeeshopketen te gedogen (Wet gesloten coffeeshopketen); Memorie van antwoord. Den Haag: Eerste Kamer der Staten-Generaal; 2021.
24. 24.
E.K.34165-G. Voorstel van wet van de leden Sneller en Sjoerdsma tot wijziging van de Opiumwet teneinde de teelt en verkoop van hennep en hasjiesj via een gesloten coffeeshopketen te gedogen (Wet gesloten coffeeshopketen); Brief van de initiatiefnemers over de voortzetting van de behandeling van dit wetsvoorstel. Den Haag: Eerste Kamer der Staten-Generaal; 2021.
25. 25.
E.K. 34165-J. Voorstel van wet van de leden Sneller en Sjoerdsma tot wijziging van de Opiumwet teneinde de teelt en verkoop van hennep en hasjiesj via een gesloten coffeeshopketen te gedogen (Wet gesloten coffeeshopketen); Brief van de minister van J&V over de voortgang van het experiment gesloten coffeeshopketen. Den Haag: Eerste Kamer der Staten-Generaal; 2021.

2.1.4 Medicinale cannabis

Zie ook § 3.2.4 en § 3.8.4.

In Nederland bestaat de (legale) mogelijkheid om op doktersrecept medicinale cannabis te verkrijgen via de apotheek. Veel mensen gebruiken echter cannabisproducten voor medicinaal gebruik zonder recept. Zie § 3.2.4 en hieronder onder thuiskweek.
De productie en levering van cannabis voor medicinale en wetenschappelijke doeleinden valt onder verantwoordelijkheid van het Bureau voor Medicinale Cannabis (BMC) van het Ministerie van VWS. De door een professioneel bedrijf geteelde medicinale cannabis wordt gecontroleerd en vervolgens getest in laboratoria. Daarna kan de gecontroleerde medicinale cannabis geleverd worden aan apotheken in Nederland. Het kan ook aan instellingen en instanties in het buitenland geleverd worden, als daar toestemming voor is van de Nederlandse overheid en de autoriteiten van die landen. Ook voorziet het BMC patiënten en professionals, zowel proactief als op verzoek, van informatie over medicinale cannabis [1]. Het medicinale cannabissysteem is strikt gescheiden van het recreatieve cannabissysteem van coffeeshops. Medicinale cannabis in Nederland is van farmaceutische kwaliteit en voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

Er zijn vijf varianten medicinale cannabis beschikbaar. Deze worden geleverd door één teler die in opdracht van de Nederlandse overheid medicinale cannabis teelt. In juli 2019 is een nieuwe Europese aanbesteding uitgezet waarbij het de bedoeling is om twee telers te contracteren [2]. Deze aanbesteding kon niet worden voortgezet omdat er vragen waren over de proportionaliteit van deze aanbesteding. Dat leverde vertraging op. Naar verwachting is de Europese aanbestedingsprocedure in maart 2023 afgerond [3]. Deze verdubbeling van het aantal telers heeft te maken met het feit dat het Bureau medicinale cannabis zo meer variëteiten kan bieden en dat daardoor meer aan de behoeften van de patiënten tegemoet kan worden gekomen. Bovendien wordt zo het risico verkleind op het niet beschikbaar zijn van medicinale cannabis. Voor de kweek voor medische doeleinden is een ontheffing verleend door de Minister van VWS.

De meeste medicinale cannabisproducten zijn niet geregistreerd als geneesmiddel, vallen onder de Opiumwet, en zijn alleen op recept af te halen bij de apotheek. Zij worden niet vergoed door de zorgverzekering, dus de patiënt moet deze zelf betalen, hoewel er ook verzekeraars waren die uit coulance in individuele gevallen wel vergoedden. Op grond van het advies van het Zorginstituut Nederland [4] dat stelde dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs was voor pijnreductie of verbetering van kwaliteit van leven, zag de Minister voor medische zorg geen reden dit te veranderen [5]. Inmiddels geldt voor een kleine groep patiënten echter dat zij wél in aanmerking komen voor een vergoeding van een geneesmiddel op basis van cannabis: sinds 1 december 2022 is voor patiënten met het syndroom van Lennox-Gastaut (LGS) of het syndroom van Dravet (DS), die onvoldoende reageren op andere behandelopties, een geregistreerd geneesmiddel op basis van cannabidiol in combinatie met clobazam opgenomen in het basispakket [6]. Dit omdat uit onderzoek is gebleken dat het werkt.

Om de kennis omtrent de werking van medicinale cannabis te vergroten is het beleid van het Ministerie van VWS er op gericht onderzoek hiernaar te stimuleren [7,8]. Als dan uit onderzoek blijkt

dat een bepaalde cannabissoort voor een bepaalde aandoening werkt, kan het als medicijn worden geregistreerd en in productie worden genomen [8,9]. Voor toenemend bewijs dat medicinale cannabis en THC/CBD preparaten een gunstig effect kunnen hebben bij allerlei aandoeningen zie § 3.8.4. Er loopt een onderzoeksprogramma naar het pijnstillende effect van medicinale cannabis bij patiënten met zenuwpijn [10]. Verder is het de bedoeling om onderzoeksinstellingen en bedrijven meer ruimte te bieden voor onderlinge handel en samenwerking ten behoeve van onderzoek en geneesmiddelenontwikkeling.

Het merendeel van de gebruikers die cannabis gebruiken om medicinale redenen, doet dit zonder doktersrecept. Zij kopen de cannabis in de coffeeshop, of kweken het zelf. Om meer te weten te komen over de behoeften en wensen van deze gebruikers, doet het Trimbos instituut onderzoek naar hun ervaringen. Het gaat dan o.a. om de redenen waarom zij dat doen, de aard van de klachten waarvoor zij cannabis gebruiken, welk soort ze gebruiken, en hoe goed dat werkt. Doel is op grond van die kennis de toegang tot en het aanbod van medicinale cannabis te verbeteren [1].

Cannabidiol (CBD) producten worden steeds meer gebruikt. Ze worden in veel verschillende vormen verkocht en zijn verkrijgbaar via het internet of de drogist. Het gaat dan om producten met een laag CBD-gehalte, en niet om om producten met een hoger CBD-gehalte die als medicinale cannabis via de apotheek verkocht worden. De regeling rondom CBD-producten leidt tot verwarring. Formeel zijn vrijwel alle producten die in Nederland worden verkocht nog verboden, maar er wordt niet tegen opgetreden. De stof CBD heeft geen psychoactieve werking en is als zodanig niet verboden. CBD-concentraten die worden verkregen uit de hennepplant vallen echter onder de Opiumwet. Synthetisch gemaakte CBD is legaal. Het Hof van Justitie van de Europese Unie heeft in november 2020 in een internationale handelszaak geoordeeld dat CBD geen verdovend middel is onder de internationale verdragen, als het geëxtraheerd is uit de volledige cannabisplant en niet enkel uit de vezels en het zaad daarvan. In dat laatste geval is het al geen verdovend middel: vezels en zaden van de cannabisplant mogen in de betreffende lidstaat verhandeld worden [11].

CBD- producten worden als voedingssupplementen beschouwd, als ‘novel food’, nieuw voedingsmiddel. Om het op de markt te brengen is dan wel een goedkeuringsprocedure bij de EU commissie noodzakelijk, omdat CBD-producten nog geen geschiedenis van veilig gebruik hebben. In Nederland moeten de gevolgen voor wetgeving en beleid nog uitgewerkt worden.

Recente ontwikkelingen medicinale cannabis

- In 2021 is het Instituut Medicinale Cannabis Nederland (IMC) opgericht. Het doel is kennis te vergroten door betere informatievoorziening aan patiënten en voorschrijvers, en door het versterken van samenwerking op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Het instituut is een particulier initiatief, en komt voort uit informele samenwerking tussen verschillende partijen zoals zorgaanbieders, wetenschappers en bedrijven.
- Cannabis is door de Commissie voor verdovende middelen van de Verenigde Naties (CND) geschrapt van lijst IV van het Verdrag van 1961 inzake verdovende middelen (waar stoffen op staan die zeer verslavend zijn en weinig of geen medische waarde hebben). Daardoor kan wetenschappelijk onderzoek naar het therapeutische effect van cannabis vergemakkelijkt worden. Cannabis blijft wel op lijst I van het Verdrag staan [12].
- Rol en taken van het BMC worden herzien. Dit naar aanleiding van internationale ontwikkelingen, namelijk een grote vraag vanuit het buitenland naar Nederlandse medicinale

cannabis, en het meer doen van wetenschappelijk onderzoek. Bedrijven zouden handel willen drijven in medicinale cannabis, of in (tussen)producten van cannabis (bijvoorbeeld extracten waaraan behoefte is voor wetenschappelijk onderzoek). Dat mag nu niet. Bij een verkleinde rol van het BMC bij handel in medicinale cannabis en ten aanzien van wetenschappelijk en klinisch onderzoek en geneesmiddelenontwikkeling, zou samenwerking en handel tussen farmaceutische bedrijven en onderzoeksinstellingen in binnen- en buitenland vergemakkelijkt worden, en zou de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, veiligheid en beschikbaarheid van de productie en het product primair bij deze partijen belegd worden. Om de rol van het BMC te veranderen zal de Opiumwet moeten worden gewijzigd. Het BMC behoudt wel diens controlerende rol, namelijk het verlenen van Opiumwetontheffingen met betrekking tot medicinale cannabis [13].
Het BMC was met het oog hierop geëvalueerd. De eerste taak van het BMC, het voorzien van goede kwaliteit medicinale cannabis aan apotheken voor verstrekking aan patiënten, loopt goed, zij het dat niet alle patiënten bereikt worden, waarschijnlijk wegens de kosten en een onvoldoende gevarieerd aanbod. Het uitvoeren van de tweede taak, het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek naar de geneeskundige werking van medicinale cannabis, komt sinds 2018 beter op gang [14].

Thuiskweek van cannabis voor medicinaal gebruik

Cannabis voor eigen medicinaal gebruik wordt ook thuis gekweekt, bijvoorbeeld omdat medicinale cannabis niet wordt vergoed door de zorgverzekering, of omdat de medicinale cannabis van de apotheek volgens sommige patiënten niet bij hen werkt. Bij deze thuiskweek spelen twee aspecten een rol:
- Ten eerste: het telen van cannabisplanten is strafbaar op grond van de Opiumwet, maar het kweken van maximaal vijf planten wordt niet vervolgd (Richtlijn strafvordering softdrugs); planten kunnen wel in beslag genomen worden.
- Ten tweede: van het kweken van medicinale cannabis is alleen sprake als er een ontheffing is van de Minister van VWS. Het telen van cannabis door particulieren is niet aan te merken als het kweken van medicinale cannabis; thuisteelt geldt voor de wet als teelt voor recreatief gebruik [9]. Het bezit en het telen van cannabisplanten voor eigen medicinaal gebruik blijft dan ook wettelijk verboden [15].

Bovenstaande is duidelijk geworden naar aanleiding van pogingen van een patiëntenvereniging om op gemeentelijk niveau (via de burgemeester) kweek van medicinale cannabis voor eigen gebruik toe te staan, onder strikte voorwaarden. Er zou bij gemeenten een stijgende behoefte zijn aan het versoepelen van regels [15]. De burgemeester kan wel met de politie en het Openbaar Ministerie afspraken maken dat de politie geen planten en/of kweekmateriaal in beslag zal nemen, maar zij of hij kan juridisch gezien geen toestemming geven voor het thuis kweken van cannabis voor eigen niet officieel medicinaal gebruik, en zo in strijd te handelen met de Opiumwet c.q. de aanwijzing Opiumwet [15]. Het beleid dienaangaande wordt lokaal bepaald, en dat betekent dat gemeenten er verschillend mee om kunnen gaan. Zo is bijvoorbeeld in de gemeente Tilburg door de lokale driehoek besloten dat onder strikte voorwaarden afgezien kan worden van handhaving bij thuisteelt van vijf planten of minder [1].

Overigens zijn er in de loop der jaren gevallen geweest waarin de strafrechter heeft geoordeeld dat het kweken van wietplanten voor eigen medicinaal gebruik niet werd bestraft, omdat er sprake was van een uitzonderlijke situatie waarin het beroep op overmacht-noodtoestand slaagde.

Er wordt ook gekeken of het mogelijk is het BMC monsters van cannabisplanten te laten analyseren die aangetroffen zijn bij verdachten in een strafzaak wegens thuisteelt. Dit als deze verdachten stellen dat zij wel baat hebben bij de thuis geteelde cannabis en niet bij de officiële medicinale cannabis. Dit op aanvraag van politie, OM of burgemeester. De stoffen in de monsters zouden dan vergeleken kunnen worden met die van de door het BMC geleverde soorten [16].

Het thuis telen van cannabis brengt risico's voor de omgeving met zich mee, zoals o.a. brand, wateroverlast, schade aan woningen. Het gebruik van niet-medicinale cannabis voor medicinaal gebruik (thuis geteeld, of van de coffeeshop) brengt ook gezondheidsrisico's met zich mee, omdat de kwaliteit niet gecontroleerd is (inhoudsstoffen per plan en per oogst verschillen en kunnen daardoor niet gedoseerd worden, zoals het geval is bij een geneesmiddel) [1].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. T.K. Aanhangsel-1586. Antwoord op vragen van leden Paulusma en Sneller over medicinale cannabis en ontoereikend beleid op maatschappelijk behoefte Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
2. Bureau voor Medicinale Cannabis. Bureau Medicinale Cannabis publiceert aanbesteding voor teler(s) [Internet]. 2019. Available from: https://www.cannabisbureau.nl/actueel/nieuws/2019/07/09/bmc-publiceert-aanbesteding-voor-telers
3. T.K. 36100-XVI-1. Jaarverslag en slotwet 2021 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
4. T.K.29477-470. Brief Zorginstituut betreffende ' Verkenning pakketwaardigheid cannabisproducten''.' Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2017.
5. Bourgonje AR, Abdulle AE, Timens W, Hillebrands J, Navis GJ, Gordijn SJ, et al. Angiotensin-converting enzyme-2 (ACE2), SARS-CoV -2 and pathophysiology of coronavirus disease 2019 (COVID -19) . Vol. 2, The Journal of Pathology. 2020.
6. Stc. 2022-32004. Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 21 november 2022, kenmerk 3467994-1039665-Z, houdende wijziging van de bijlagen 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering in verband met de maandelijkse wijziging van de aanspraak op geregistreerde geneesmiddelen. Den Haag: Rijksoverheid; 2022.
7. T.K.29477-508. Geneesmiddelenbeleid: Brief regering: Stand van zaken inzake uitvoering moties over medicinale cannabis (Kamerstuk 29477-484-485-486). Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.
8. T.K.29477-532. Geneesmiddelenbeleid: Brief regering: Voortgangsbrief geneesmiddelenbeleid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
9. T.K.Aanhangsel-2228. Antwoord op vragen van de leden Van Nispen, Bergkamp en Buitenweg over het kweken van wiet als medicijn. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
10. T.K. 29477-776. Geneesmiddelenbeleid; verslag van een commissiedebat gehouden op 9 juni 2022 over geneesmiddelenbeleid/hulpmiddelenbeleid/pakketbeheer. Den Haag: Tweede Kamer; 2022.
11. Europese Unie H van Justitie van de. CDB Uitspraken Hof van Justitie van de Europese Unie op InfoCuria [Internet]. 2022. Available from: https://curia.europa.eu/juris/documents.jsf?num=C-663/18

12. T.K.26150-191. Algemene Vergadering der Verenigde Naties; Brief regering; Reactie op verzoek commissie inzake Reactie op voorstel voor een besluit van de raad over de toevoeging van een stof aan tabel I bij het Verdrag van de VN tegen de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
13. T.K. 29477-755. Geneesmiddelenbeleid; Brief regering; Beleidsinzet Medicinale Cannabis. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
14. Blokzijl L, De Groot E., Van Dijke T. Evaluatie Bureau voor medicinale cannabis. Utrecht: Bureau Berenschot; 2021.
15. T.K.Aanhangsel-1554. Antwoord op vragen van het lid Bergkamp over het bericht dat wietolie zo populair is dat gemeenten soepeler regels overwegen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.
16. T.K.Aanhangsel-357. Antwoord op vragen van het lid Kuiken over de inbeslagname van twee wietplanten voor medicinale cannabis. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.

2.1.5 Precursoren

Drugsprecursoren zijn stoffen die middels een chemische reactie in drugs omgezet kunnen worden (‘grondstoffen’). Sommige stoffen kunnen ook voor legale doelen worden gebruikt, andere worden alleen voor het vervaardigen van drugs gebruikt. De handel, en de in– en uitvoer van drugsprecursoren is in Nederland geregeld in de Wet voorkoming misbruik chemicaliën (Wvmc), de Opiumwet en de Wet op de economische delicten (WED).

- Precursoren die ook voor legale doeleinden kunnen worden aangewend moeten 'geregistreerd’ worden en zijn vergunningplichtig. De Wvmc verwijst daarbij naar twee Europese verordeningen, waarin lijsten zijn opgenomen van geregistreerde stoffen (Verordeningen 273/2004 en 111/2005). Er worden telkens nieuwe stoffen voor de productie van synthetische drugs geïmporteerd, waartegen niet kan worden opgetreden als zij legaal zijn. Een probleem is dat op grond van artikel 10a van de Opiumwet alleen opgetreden kan worden als er voldoende bewijs is dat de stoffen gebruikt gaan worden voor de vervaardiging van drugs, maar dat dan ook bewezen moet worden dat de persoon bij wie ze aangetroffen zijn dat ook wist.
- Meer dan 100 precursoren die alleen voor het vervaardigen van drugs worden gebruikt zijn per 1 april 2023 verboden. Deze stoffen zijn aangewezen in een ministeriële regeling op grond van art. 4a tweede lid van de Wvmc [1] . De Wvmc is namelijk zodanig gewijzigd dat de in- en uitvoer, en het voorhanden hebben van bepaalde chemische stoffen waarvan geen legale toepassingen bekend zijn en die kunnen worden gebruikt voor de illegale productie van psychotrope stoffen en drugs sinds 1 januari 2022 strafbaar zijn. De wijziging van de Wvmc gebeurde middels de Wet versterking strafrechtelijke aanpak ondermijnende criminaliteit die per 1 januari 2022 in werking is getreden. Het betreft stoffen die niet op grond van de Europese verordeningen zijn geregistreerd en evenmin zijn geplaatst op een lijst van niet-geregistreerde stoffen in de zin van artikel 9, tweede lid, van Verordening 273/2004 dan wel artikel 10, tweede lid, van Verordening nr. 111/2005. Dit is zo geregeld om het probleem van deze niet-geregistreerde drugsprecursoren op te lossen in afwachting van regelgeving in Europees verband.
- Er is een Expertgroep precursoren ingesteld om de lijst drugsprecursoren bij te houden met nieuwe opkomende chemische stoffen. Deze bestaat uit deskundigen van Openbaar Ministerie (OM), de politie, Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), Nederlands Forensisch Instituut (NFI), de Douane, de Koninklijke Vereniging van de Nederlandse Chemische Industrie en het Verbond van Handelaren in Chemische Producten.
  Door de lijst en het bijhouden ervan hoeft niet meer telkens bewezen te worden dat een persoon bij wie de stoffen aangetroffen worden wist dat het ging om grondstoffen voor drugs [2].

Aanvullende informatie

1. 1.
   Stc. 2023-9472. Regeling van de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister Volksgezondheid, Welzijn en Sport, houdende de aanwijzing van verboden drugsprecursoren (Aanwijzingsregeling drugsprecursoren) . Den Haag: Rijksoverheid ; 2023.

2. 2.
Stc. 2023-9473. Besluit van de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van, houdende de instelling van de Expertgroep drugsprecursoren (Instellingsbesluit Expertgroep drugsprecursoren). Den Haag: Rijksoverheid; 2023.

2.1.6 Lachgas

Om het recreatieve gebruik van lachgas terug te dringen en het aanbod te beperken is lachgas per 1 januari 2023 geplaatst op lijst II van de Opiumwet [1]. Lachgas wordt namelijk in toenemende mate gebruikt als roesmiddel en partydrug (zie § 13.3). Dit brengt gevaren voor de volksgezondheid en de samenleving met zich mee, blijkend uit een risicobeoordeling van het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring Nieuwe Drugs (CAM) [1]. Het is vanaf 1 januari 2023 verboden lachgas te importeren of te exporteren, het te verkopen en het aanwezig te hebben (artikel 3 Opiumwet). Lachgas heeft echter ook andere toepassingen dan het recreatieve gebruik, namelijk professioneel gebruik voor medische en technische doeleinden, en als voedingsadditief. Dat blijft wel toegestaan. Wat betreft technische doeleinden of als voedingsadditief is dat geregeld onder artikel 15a van het Opiumwetbesluit. In de nota van toelichting is uiteengezet wanneer lachgas bestemd is voor technische doeleinden of als voedingsadditief. Wat betreft medische doelen geldt dat fabrikanten en groothandelaren van lachgas dat bestemd is voor gebruik in de (dier)geneeskunde een ontheffing aan moeten vragen op grond van artikel 6 en 8 van de Opiumwet. Gebruikers van een geneesmiddel of medisch hulpmiddel dat op één van de lijsten bij de Opiumwet staat, zoals artsen, apothekers en ziekenhuizen, zijn op grond van artikel 5, tweede lid, Opiumwet en artikel 16, onderdeel a, van het Opiumwetbesluit al vrijgesteld van de ontheffingsplicht. Verkoop van gasflessen aan particulieren wordt verboden. Kleine ampullen met lachgas voor bereiding van voedsel mogen door de detailhandel aan particulieren verkocht worden, maar maximaal 10 ampullen, aan particulieren van 18 jaar of ouder. Ampullen die bij de detailhandel zijn gekocht, mogen niet doorverkocht worden aan derden.

- De Raad van State had afgeraden een algemeen lachgasverbod in te voeren, omdat lachgas veel legale toepassingen kent en er dus veel uitzonderingen op het verbod gemaakt moeten worden. Volgens de Raad van State zouden die uitzonderingen in nadere regelgeving moeten worden geregeld [2]. Het kabinet heeft er toch voor gekozen om het recreatief gebruik van lachgas te verbieden door het te plaatsen op lijst II van de Opiumwet. Een snelle invoering van het lachgasverbod werd belangrijk geacht vanwege de grote gezondheidsrisico’s. Het kabinet is van mening dat in de toelichting duidelijk is omschreven in welke gevallen gebruik van lachgas wel toegestaan is en in welke gevallen niet.
- Er is structureel 14 miljoen euro beschikbaar gesteld voor de handhaving van het lachgasverbod door de politie uit de ondermijningsgelden [3].
- Het plaatsen van lachgas op lijst II van de Opiumwet werd nodig geacht, omdat er geen regeling meer was om het recreatieve gebruik ervan tegen te gaan. Voorheen viel recreatief gebruik van lachgas onder de Geneesmiddelenwet, maar sinds een arrest van het Europees Hof van Justitie dd. 10 juli 2014 (ECLI:EU:C:2014:2060) en een uitspraak van de Hoge Raad dd. 9 februari 2016 (ECLI:NL:HR2016:218) kon het recreatief gebruik van lachgas niet meer als onrechtmatig gebruik van een geneesmiddel aangemerkt worden, en kon er dus op die grond niet meer tegen opgetreden worden. Verkoop van lachgas voor recreatief gebruik (in ballonnen, of in patronen of gasflessen die met dat specifieke doel verkocht worden), viel sindsdien onder de Warenwet. De verkoop van lachgas voor gebruik in de voedingsindustrie (in patronen voor slagroomspuiten) valt nog steeds onder de Warenwet. Deze wet stelt dat een product geen bijzondere gevaren voor gezondheid of veiligheid mag opleveren, gezien het te verwachten gebruik dat uiteraard samenhangt met de bestemming van het product.
- Het verbod op lachgas is ook goed voor het tegengaan van lachgasgebruik in het verkeer. Een

probleem is namelijk dat het gebruik van lachgas in het verkeer moeilijk kan worden aangetoond: het gebruik van lachgas is niet aantoonbaar in bloed, urine adem of speeksel van de bestuurder en het directe effect is kortdurend. Maar op basis van het verbod kan wel op het bezit van lachgas worden gehandhaafd, als bijvoorbeeld gasflessen of ampullen in de auto worden aangetroffen [4].
Er wordt verkend of het mogelijk is het vaststellen van middelengebruik in het verkeer te verbeteren. Voor lachgas wordt een onderzoek naar het vaststellen van lachgas in de ademlucht uitgevoerd door TNO, Maastricht Universitair Medisch Centrum en Leiden Universiteit Medisch Centrum. Daarnaast is er is er aandacht voor voorlichting. Zo werd de campagne «Rij Ballonvrij» in november 2020, 2021 en in 2022 uitgevoerd [5].

- Het inwerkingtreden van het nieuwe verbod in de Opiumwet heeft gevolgen voor sommige gemeentelijke bepalingen, die in afwachting van een landelijke regeling opgesteld waren. Dit omdat het gebruik van lachgas overlast in gemeenten veroorzaakte (bijvoorbeeld door het wegwerpen van lachgaspatronen en lege ballonnen, geluidsoverlast, overlast door hangjongeren, openbare ordeproblemen op straat). Met het nieuwe verbod is er namelijk geen ruimte meer voor verbods- en strafbepalingen die hetzelfde zijn als de voorschriften uit de Opiumwet. Die vervallen dan van rechtswege, of zijn onverbindend. Dit geldt bijvoorbeeld voor een gemeentelijk verbod dat zich specifiek richt op verkoop in aangewezen delen van de gemeente. Sommige bepalingen, bijvoorbeeld algemene voorschriften ter voorkoming van overlast, gevaar of schade en strafbaarstelling van gedragingen samenhangend met straathandel of het gebruik van lachgas, kunnen wel blijven gelden. Zie daarvoor de nota van toelichting [1].
- Er is voorlichtings- en preventiemateriaal opgesteld voor jongeren om hen te wijzen op de risico’s van het gebruik van lachgas [6]. Er zijn allerlei informatieproducten ontwikkeld (flyer, factsheet, video, website) gericht op speciale doelgroepen, zoals ouders en docenten, uitgaanders, professionals, maar ook op het algemene publiek. Voor gemeenten, handhavers, en preventieprofessionals heeft het Trimbos-instituut daarnaast een handreiking opgesteld. Extra aandacht is uitgegaan naar het ontwikkelen van voorlichtings- en preventiemateriaal voor twee specifieke aandachtsgebieden: lachgasgebruik onder jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond en lachgasgebruik in het verkeer. Zie ook Trimbos.nl | Lachgas.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Stb. 2022-461. Besluit van 17 november 2022, houdende wijziging van het Opiumwetbesluit en lijst II, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing van distikstofmonoxide (lachgas) op deze lijst . Den Haag: Rijksoverheid; 2022.
2. Advies Raad van State; Wijziging van het Opiumwetbesluit en lijst II, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing van distikstofmonoxide (lachgas) op deze lijst . Den Haag: Raad van State ; 2022.
3. T.K. 35925 XVI-14. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2022; Verslag houdende een lijst van vragen en antwoorden; Verslag houdende een lijst van vragen en antwoorden. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2021.
4. T.K. 29398- 1006. Maatregelen verkeersveiligheid; Brief regering; Handhaving op lachgasgebruik in het verkeer. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.

5. T.K.35954-3. Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Opiumwetbesluit en lijst II, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing van distikstofmonoxide (lachgas) op deze lijst; Verslag van een schriftelijk overleg; Verslag van een schriftelijk overleg inzake het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Opiumwetbesluit en lijst II, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing van distikstofmonoxide (lachgas) op deze lijst. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
6. T.K.24077-465. Drugbeleid: Brief regering: Lachgas voorlichting en preventie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.

2.1.7 Beleid ter bestrijding van drugsgerelateerde criminaliteit

2.1.7.1 De bestrijding van drugsgerelateerde criminaliteit

Zie voor meer informatie ook § 16.2.

Ondermijnende criminaliteit

Politie en justitie geven bij de opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten (de illegale productie, smokkel, handel en bezit van stoffen die op lijst I of lijst II van de Opiumwet staan) prioriteit aan de grootschalige en georganiseerde drugsproductie en –handel in relatie tot heroïne, cocaïne, synthetische drugs en cannabis/hennepteelt [1].

- Het beleid inzake de bestrijding van deze illegale drugsindustrie maakt in toenemende mate onderdeel uit van de bestrijding van de ‘georganiseerde ondermijnende criminaliteit’, dat wil zeggen criminaliteit die een bedreiging vormt voor de integriteit van onze samenleving en waarbij vaak verwevenheid is van de onderwereld met de bovenwereld. Het gaat dan niet alleen om productie, vervoer, en verkoop van drugs, en de directe gevolgen daarvan, zoals het gevaar van drugslabs in woonwijken en het dumpen van giftig chemisch drugsafval in de natuur, maar ook om de ondermijnende werking daarvan zoals het witwassen van de criminele winsten, criminele investeringen in vastgoed, gebruik van geweld in het openbaar, bedreiging en corruptie onder lokale bestuurders.
- De aandacht wordt behalve op de delicten en de daders in de drugsindustrie ook gericht op de criminele dienstverleners en de onderliggende gelegenheidsstructuren. De zwaarste zaken worden op landelijk niveau opgepakt, maar de meeste zaken worden op regionaal niveau aangepakt. Er wordt gestreefd naar een brede geïntegreerde aanpak met zowel strafrechtelijke opsporing en vervolging als bestuurlijke sancties en fiscale en privaatrechtelijke maatregelen. Verschillende instanties, onder andere het Openbaar Ministerie, de politie, de douane, de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, provincies, Koninklijke Marechaussee, de Immigratie- en Naturalisatiedienst, gemeenten en de belastingdienst, werken samen en worden ondersteund door tien Regionale Informatie- en Expertise Centra (RIEC's), die op hun beurt ondersteund worden door het Landelijk Informatie- en Expertise Centrum (LIEC). Het RIEC-netwerk is landelijk dekkend.
- Sinds 2017 zijn er meer financiële middelen beschikbaar gekomen. In 2017 is een eenmalige investering van 100 miljoen euro in het Ondermijningsfonds gedaan. Eind 2019 kwam 110 miljoen incidenteel beschikbaar voor een breed offensief tegen ondermijnende criminaliteit. Dit bedrag is vervolgens in het voorjaar van 2020 bijgesteld naar een structurele reeks die oploopt tot €150 miljoen per jaar (vanaf 2022). In het najaar van 2021 is vervolgens voor 2022 €524 miljoen beschikbaar gesteld, waarvan €434 miljoen structureel [2]. Volgens het Coalitieakkoord 2021-2025 ‘Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst’ van 15 december 2021 wordt het beleid aangaande georganiseerde ondermijnende criminaliteit voortgezet en verstevigd. Hiervoor wordt nogmaals €100 miljoen structureel beschikbaar gesteld.

Breed offensief tegen de georganiseerde ondermijnende criminaliteit (BOTOC)

- Om de aanpak te versterken is het Ministerie van Justitie en Veiligheid in 2017 gestart met een Breed offensief tegen de georganiseerde ondermijnende criminaliteit (BOTOC) [3]. De plannen voor het brede offensief werden neergelegd in een Contourenplan [4,5] en verder uitgewerkt in een brief aan de Tweede Kamer in juni 2020 [6]. Zij behelsden naast bewaking en beveiliging o.a. de inrichting van een multidisciplinair interventie team (MIT), het tegengaan van normalisering van drugsgebruik en preventie van drugsgebruik, en het versterken van maatschappelijke weerbaarheid [6]. Het streven is een samenhangende aanpak, van een als één optredende overheid waarbij alle betrokken (private) partijen samenwerken. De doelen zijn: voorkomen, verstoren van het verdienmodel en doorbreken van criminele machtsstructuren, bestraffen en beschermen [8].
- Deze versterkingsaanpak van druggerelateerde georganiseerde criminaliteit in de periode 2019-2022 is geëvalueerd, waarbij de nadruk lag op het proces [7]. Daaruit bleek dat er in relatief korte tijd veel in gang is gezet om ondermijnende criminaliteit te bestrijden en om slimmere interventies te ontwikkelen en uit te voeren. Samenwerking tussen instanties blijkt een lastig punt; het idee van één overheid, een gezamenlijk front is moeilijk waar te maken. De resultaten breder beschouwend zijn de onderzoekers van mening dat er fundamenteel andere keuzen in de aanpak van georganiseerde (drugs)criminaliteit gemaakt zouden moeten worden. Zij pleiten er onder andere voor het fenomeen ondermijnende criminaliteit niet alleen op druggerelateerde criminaliteit te betrekken, maar ook op andere delicten. En zij pleiten er voor de term ondermijning niet meer te gebruiken omdat die term als zodanig weinig toevoegt, en daarin verwezen wordt naar enerzijds specifiek de drugsindustrie met alle illegale activiteiten daaromheen en anderzijds naar een breed fenomeen, criminaliteit die een bedreiging vormt voor de integriteit van onze samenleving.
- Er werden gelden beschikbaar gesteld voor projecten waar allerlei partijen plannen voor konden indienen, op landelijk en op regionaal niveau. Er werden nieuwe projecten gestart of al lopende trajecten versterkt. Zie voor een beschrijving daarvan onder andere de brief aan de Tweede Kamer van november 2019 inclusief de bijlage [8,9]. Er zijn projecten die zich richten op de criminele geldstromen, en projecten die zich richten op het transport en logistieke knooppunten, zoals de (lucht)havens [17]. Er zijn bijvoorbeeld integrale plannen uitgewerkt voor de aanpak van uithalers van drugs, de inzet van technologische hulpmiddelen, het overnemen van risicopanden, beveiliging van terreinen, en het tegengaan van oneigenlijk (toegangs)pasgebruik [10]. Er zijn ook projecten die zich richten op het vergroten van de weerbaarheid tegen drugscriminaliteit van ondernemers, onder wie boeren [11].

- In 2020 is het Multidisciplinair Interventie Team (MIT) feitelijk opgericht, een geïntegreerd landelijk team voor de bestrijding van ondermijnende georganiseerde misdaad. De bedoeling was het uit te breiden tot 300-400 medewerkers eind 2023. De koers ervan is echter gewijzigd, en sinds 1 juli 2022 gaat het verder onder de naam Nationale Samenwerking tegen Ondermijnende Criminaliteit (NSOC), als een samenwerkingsverband tussen politie, Openbaar Ministerie, Douane, Belastingdienst, Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), Koninklijke Marechaussee en andere onderdelen van het Ministerie van Defensie. De kerntaak van het nieuwe samenwerkingsverband is het delen van informatie en het ontwikkelen van

nieuwe methoden om criminele structuren en hun verdienmodellen te ontwrichten. Het concrete uitvoerende opsporingswerk ligt bij de diensten zelf. Na een periode van 18 maanden wordt de nieuwe werkwijze geëvalueerd [12,13].

- Het tegengaan van normalisering van drugsgebruik en preventie van drugsgebruik is vooral een taak van het Ministerie van VWS wegens risico's voor de volksgezondheid (zie voor het beleid van het Ministerie van VWS ook § 2.4). De Minister van Justitie en Veiligheid benadrukt dat drugsgebruik de illegale drugsindustrie in stand houdt met alle misstanden die dat met zich mee brengt. Zonder vraag immers geen aanbod. Zowel de Minister van Justitie en Veiligheid als de Staatssecretaris van VWS vindt dat er een mentaliteitsverandering moet komen ten opzichte van het gebruik van (synthetische) drugs [14]. Dit betreft vooral uitgaansdrugs. Het terugdringen van drugsgebruik is één van de speerpunten van de kabinetsbrede aanpak [12] [15].
- De preventieve aanpak van het Ministerie van Justitie en Veiligheid [16] aangaande ondermijnende georganiseerde criminaliteit is vooral gericht op (kwetsbare) jongeren en hun leefomgeving (sociaaleconomisch zwakkere wijken) om te voorkomen dat zij bijvoorbeeld al op zeer jeugdige leeftijd geronseld worden voor drugsklusjes, en zo in een crimineel netwerk terechtkomen en daar vervolgens carrière in maken [6]. Deze jongeren komen veel te laat in beeld bij instanties, politie en justitie. Het gaat om een lokale aanpak, waarbij verschillende overheidspartners samenwerken met private partijen. Het kan daarbij gaan om dadergerichte interventies, inzet van wijkregisseurs maar bijvoorbeeld ook om preventie en voorlichting op scholen. Deze aanpak is eerst gestart met projecten in acht gemeenten, en is onderzocht. Dit om lerend te evalueren en de beste toepassingen in beeld te brengen. Het onderzoek leverde rapporten en kennisproducten op over ingroei- en rekruteringsmechanismen van jongeren in de georganiseerde criminaliteit. De inzichten worden gebruikt in het verder ontwikkelen van de aanpak [12] [17].
- In juli 2022 wordt deze preventieve aanpak uitgebreid tot 15 gemeenten. Het programma loopt dan onder de naam 'Preventie met gezag'. Naast preventieve gedragsinterventies, jongerenwerk en vroegsignalering, opleiding en toeleiding naar werk komt er meer nadruk te liggen op repressie. Het programma wordt onderdeel van de brede, domeinoverstijgende wijkaanpak van het interbestuurlijke programma Leefbaarheid en Veiligheid [18].
- Om Nederland onaantrekkelijk te maken als in- en doorvoerland van drugs wordt een aanpak toegepast die gericht is op de vijf logistieke knooppunten waar de smokkelproblematiek (of het risico daarop) het grootst is (de haven van Rotterdam, de havens van Zeeland/West Brabant, Schiphol, de havens in het Noordzeekanaalgebied en de bloemenveilingen) [19]. Er zijn bijvoorbeeld extra camera's en fysieke barrières geplaatst, en er is verdere biometrische toegangscontrole ingevoerd [12]. Er zijn daar publiek-private samenwerkingsverbanden actief waarin zowel overheidsdiensten deelnemen, als ook (lucht)haven-/veilingbedrijven en brancheorganisaties.
- De samenwerking in internationaal verband wordt op allerlei manieren en niveaus versterkt, van regeringsniveau tot uitvoerend niveau [12][20]. De aandacht richt zich vooral op de invoer van cocaïne vanuit Latijns-Amerika. Zo worden bijvoorbeeld extra liaison officers in bron- en transitlanden gestationeerd, en loopt er een samenwerking tussen de havens van Hamburg, Rotterdam en Antwerpen en de betrokken overheidsdiensten op het gebied van grootschalige cocaïnesmokkel.
  De ministers van Justitie van België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland en Spanje hebben in oktober 2022 een gezamenlijke verklaring getekend om samen te werken om de internationale

handel in illegale drugs, zoals de handel in cocaïne van Latijns-Amerika naar Europa, te verstoren. Een van de focuspunten is ‘weerbare logistieke knooppunten’.
- De strafrechtelijke aanpak wordt versterkt. Er wordt onderzocht of er mogelijkheden zijn om een bepaald type verdachten en veroordeelden anders te behandelen. Daarbij wordt gekeken of er iets geleerd kan worden van de maffia-aanpak in Italië en de wettelijke kaders die daar ontwikkeld zijn [12].

Ondersteuning BOTOC beleid

- Ter ondersteuning van het beleid is begin 2018 het Strategisch Beraad Ondermijning (SBO) ingesteld, waaraan landelijke, regionale en lokale partners deelnemen. Het kreeg tot maart 2021 ondersteuning van een aanjaagteam ondermijning (ATO). Daarna zijn de werkzaamheden overgenomen door het Landelijk Informatie-en expertisecentrum (LIEC) en het Programma Directoraat-Generaal Ondermijning (DGO) dat in 2020 bij het Ministerie van Justitie en Veiligheid opgericht is om de regie te voeren op de integrale aanpak van ondermijnende criminaliteit [21].
- Er is een ‘Kennisagenda Ondermijning’ (bij DGO) in het leven geroepen, waarbinnen onderzoek wordt gedaan dat zich vooral richt op systematische analyse en praktische toepassing van bestaande wetenschappelijke kennis. Zo is via het WODC onderzoek uitgevoerd naar de factoren die het vestigingsklimaat voor drugscriminaliteit in Nederland aantrekkelijk maken voor de productie en doorvoer van drugs [22], en zijn de al eerder genoemde projecten in gemeenten, naar het voorkomen dat jongeren in de criminaliteit terecht komen, onderzocht [17]. Daarnaast loopt er een meerjarig multidisciplinair onderzoeksprogramma naar de vraag welke mechanismen er aan bijdragen dat jongeren betrokken raken bij zware en georganiseerde criminaliteit, teneinde handvatten op te leveren om het probleem aan te pakken [6].
- Er is een verkennend onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om een periodieke monitor op het gebied van drugscriminaliteit en daarop gericht overheidsingrijpen in te stellen [23]. In het onderzoek is in kaart gebracht welke kwantitatieve indicatoren hiervoor geschikt zijn. Een groot deel van die indicatoren wordt reeds verzameld ten behoeve van de Nationale Drug Monitor (NDM), zodat daar aansluiting bij gezocht kan worden. Uit het onderzoek blijkt dat er geen geschikte indicatoren zijn om een causaal verband te leggen tussen het beleid en de effectiviteit daarvan [12]. Om dat te doen moeten kwantitatieve gegevens gecombineerd worden met kwalitatief, verdiepend onderzoek en duidingssessies met materiedeskundigen. Dan zou iets gezegd kunnen worden over de relatie tussen verschillende indicatoren en –alleen tot op zekere hoogte– over de relatie tussen beleid en geconstateerde ontwikkelingen [12]. Dit was ook al gebleken uit een overzichtsstudie naar het beleid inzake georganiseerde drugscriminaliteit in de jaren 1995-2020 [24]: er zijn wel cijfers, maar de interpretatie daarvan is lastig omdat de context vaak ontbreekt [25] [24]. Uit het onderzoek bleek ook dat het beleid in die tijd versnipperd was.
- In het fenomeenbeeld van de Nationale Politie is geprobeerd de 'narcostand' van Nederland in beeld te brengen: de stand van zaken voor wat betreft de omvang en de aard van de georganiseerde drugscriminaliteit, en de criminele netwerken die daarbij betrokken zijn [26].

Ondermijningswetgeving

Zoals afgesproken in het regeerakkoord van 2017 is er nieuwe speciale ‘Ondermijningswetgeving’.

Deze term wordt gebruikt als verzamelnaam voor wetgeving die geheel of mede als doel heeft om juridische knelpunten in de aanpak van georganiseerde en ondermijnende criminaliteit op te lossen, en is niet beperkt tot bestrijding van de illegale drugsindustrie [3]. Hier worden enkele voorbeelden genoemd:

- De wet '*Wet herwaardering strafbaarstelling actuele delictsvormen*' is per 1-1-2020 in werking getreden [27]. Hierin wordt een aantal zaken geregeld, zoals het verdubbelen van de strafmaat voor illegaal bezit van automatische vuurwapens, en het verhogen van de strafmaat voor daders die zware delicten plegen in georganiseerd verband (140 Sr).
- De wet '*Versterking strafrechtelijke aanpak ondermijnende criminaliteit*' is per 1 januari 2022 grotendeels in werking getreden [28,29]. Hierin worden verschillende zaken geregeld, zoals i) verhoging van de strafmaat voor bedreiging, van twee naar drie jaar gevangenisstraf (per 1-1-2022), ii) een extra strafverhoging voor bedreiging van burgemeesters en andere bestuurders en 'togadragers' (rechters, officieren van justitie en advocaten) tot vier jaar gevangenisstraf (per 1 maart 2022); iii) voorkomen dat misbruik wordt gemaakt van kwetsbare infrastructurele projecten: de strafbaarstelling van 'criminele binnendringers' om beter op te kunnen treden tegen personen die zich onbevoegd toegang verschaffen tot beveiligde terreinen (met name havens en luchthavens, spoorwegemplacementen) om daar (in containers) verstopte drugs op te halen (per 1 januari 2022); iv) een maatregel kostenverhaal, om kosten die ten laste komen van de Staat wegens het vernietigen van inbeslaggenomen goederen, waaronder die afkomstig uit opgerolde drugslabs, te kunnen verhalen op de veroordeelde (nog geen datum inwerkingtreding); v) het bestrijden van het importeren, exporteren, voorhanden hebben van precursoren (per 1-1-2022) (zie § 2.1).

Bestellingen via internet

Zie voor meer informatie ook § 16.2.2.

Drugs worden in toenemende mate digitaal besteld en in postpakketten verstuurd. Om dit probleem aan te pakken wordt onderzocht of een gezamenlijk postteam kan worden opgezet om de samenwerking tussen douane en politie te intensiveren. Het krijgt geen zelfstandige bevoegdheden of taken. De politie, het Post Interventie Team, is al actief bezig met de aanpak van illegale handel op internet, het dark web en illegale handel via postpakketten. De politie heeft samenwerkingsverbanden met post- en pakketdiensten, die zullen geïntensiveerd worden. Het Post Interventieteam van de politie werkt ook intensief samen met het de Douane [30]. De Douane werkt nauw samen met diverse bestemmingslanden van uitgaande post met (synthetische) drugs uit Nederland. Ook is de Douane in gesprek met de Verenigde Staten om een liaison bij de Amerikaanse Douane te plaatsen. Ook tussen de Nationale Politie en buitenlandse politiediensten bestaan goede samenwerkingsverbanden [31].
Er is nog geen controle door de Douane op de stroom van postpakketten binnen de EU, omdat daar het vrij verkeer van goederen geldt. Er wordt gekeken naar manieren om deze controle toch te kunnen doen. De Douane heeft het toezicht op post in 2021 fors geïntensiveerd. Door samenwerkingsnetwerken binnen de EU is een project begonnen om in samenwerking met afgevaardigden uit Duitsland, België, Luxemburg en Nederland (waaronder ook enkele private postbedrijven) te komen tot een barrièremodel met betrekking tot de distributie van drugs door post- en koeriersdiensten. Daartoe wordt bekeken op welke plaatsen in het proces barrières kunnen worden opgeworpen [31].

Een probleem bij het opsporen is de vertrouwelijkheid van de post: het openen van een brief of pakje om te zien wat erin zit mag alleen met toestemming van een rechter-commissaris. Dit zal wat betreft pakketten veranderen als de modernisering van het Wetboek van Strafvordering ingevoerd wordt: dan mogen opsporingsambtenaren pakketten openen zonder machtiging van de rechter-commissaris. In verband met het briefgeheim is voor post nog wel toestemming nodig [31].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. T.K.29911-79. Bestrijding georganiseerde criminaliteit: Brief regering: Nationaal Dreigingsbeeld Georganiseerde Criminaliteit 2012 en Vierde rapportage op basis van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2013.
2. T.K. 29911-329. Extra investeringen in het breed offensief tegen ondermijnende criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Statwen generaal ; 2021.
3. T.K.29911-180. Bestrijding georganiseerde criminaliteit: Brief Regering: Actie-agenda aanpak ondermijning. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2017.
4. T.K.29911-256. Bestrijding georganiseerde criminaliteit: Brief regering: Contouren breed offensief tegen georganiseerde ondermijnende criminaliteit, najaarsnota. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
5. T.K.29911-254. Bestrijding georganiseerde criminaliteit: Brief regering: Contouren breed offensief tegen georganiseerde ondermijnende criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
6. T.K.29911-281. Bestrijding georganiseerde criminaliteit: Brief regering: Uitwerking breed offensief tegen georganiseerde ondermijnende criminaliteit, 18 juni 2020. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
7. Nelen H, van Wingerde K, Bisschop L, Moerland R. Koers bepalen. Over de lessen van de versterking aanpak georganiseerde drugscriminaliteit; eindrapportage . Den Haag: Boom criminologie; 2023.
8. T.K.29911-259. Bestrijding georganiseerde criminaliteit: Brief regering: Voortgang aanpak georganiseerde ondermijnende criminaliteit, 11 november 2019. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
9. T.K.29911-292. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Voortgang aanpak ondermijnende criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
10. T.K.29911-309. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Extra ondersteuning logistieke knooppunten. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
11. T.K.33173-20. Prestaties in de strafrechtketen; Verslag van een commissiedebat; Verslag van een commissiedebat, gehouden op 16 juni 2021, over Criminaliteitsbestrijding en georganiseerde criminaliteit/ondermijning. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
12. T.K. 29911-379. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Najaarsbrief georganiseerde, ondermijnende criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
13. T.K. 29911-350. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Aanpassingen samenwerkingsverband MIT naar NSOC: Nationale Samenwerking tegen Ondermijnende

Criminaliteit Kamerstuk 29911, nr. 350 . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
14. T.K.24077-427. Brede aanpak synthetische drugs: Brief van de Minister van Justitie en Veiligheid, 9 juli 2019. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
15. TK 29911-379. Beleidsreactie onderzoek drieluik preventie (georganiseerde en ondermijnende) jeugdcriminaliteit: Bijlage 5 bij Najaarsbrief georganiseerde, ondermijnende criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
16. T.K.24077-456. Drugbeleid: Brief regering: Voortgangsbrief drugspreventie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
17. T.K. 29911-375. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Onderzoeksdrieluik naar ingroei- en rekruterings-mechanismen van jongeren in de georganiseerde criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
18. TK 28741-86. Jeugdcriminaliteit; Brief regering; Brede preventieaanpak (georganiseerde en ondermijnende) jeugdcriminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten Generaal; 2022.
19. T.K. 24077-504. Drugbeleid; Brief regering; Plan van aanpak drugssmokkel via mainports. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
20. T.K. 29911-355. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Toekomstagenda internationaal offensief tegen georganiseerde criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
21. T.K.29911-286. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Programmadirecteur-generaal Ondermijning en regie op de afpakketen . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
22. T.K.29911-315. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Themastudie georganiseerde criminaliteit en Nationale Veiligheid . Den Haag:Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
23. Abraham, M. Nauta, O. Hofstra, D. Pluijm, M. . Indicatoren drugscriminaliteit: Verkenningsstudie naar een monitor drugscriminaliteit en daarop gerichte overheidsinterventies. Amsterdam: DSP; 2022.
24. Abraham M, Van Dijk B, Hofstra D, Spapens T. Aanpak georganiseerde drugscriminaliteit. Een terugblik op 25 jaar beleid en uitvoering. Amsterdam &Tilburg DSP-groep Tilburg University ; 2021.
25. T.K.29911-329. Reactie op het rapport 25 jaar bestrijding drugscriminaliteit; Bijlage bij kamerstuk . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
26. De narcostand van Nederland: Fenomeenbeeld drugs 2021. Nationale politie, Afdeling Analyse en Onderzoek, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, Landelijke Eenheid ; 2022.
27. Stb.2019-311. Wet van 27 september 2019 tot wijziging van onder meer het Wetboek van Strafrecht in verband met de herwaardering van de strafbaarstelling van enkele actuele delictsvormen (herwaardering strafbaarstelling actuele delictsvormen). Den Haag: Rijksoverheid; 2019.
28. T.K.35564-2. Voorstel van wet: Wijziging van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering en enige andere wetten in verband met versterking van de strafrechtelijke aanpak van ondermijnende criminaliteit , 10 september 2020. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
29. Stb. 2021-544. Wet van 4 november 2021 tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering en enige andere wetten in verband met versterking van de strafrechtelijke aanpak van ondermijnende criminaliteit (versterking strafrechtelijke aanpak ondermijnende criminaliteit). Den Haag: Rijksoverheid; 2021.

30. T.K.31934-35. Douane; Brief regering; Stand van zaken Douane. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
31. T.K. Aanhangsel-3913. Antwoord op vragen van het lid Michon-Derkzen over het bericht “Drugs per post neemt vlucht: ‘Overal ter wereld meer dancefeesten.’” Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.

2.1.7.2 Aanpak van drugsdumpingen

Het dumpen van drugsafval levert twee problemen op: het veroorzaakt milieuverontreiniging en het duidt op overtredingen van de Opiumwet. Om te trachten dumpingen te voorkomen vindt toezicht en controle plaats door het bestuurlijk bevoegd gezag (provincies, gemeenten, waterschappen) en opsporing en vervolging door politie, bijzondere opsporingsdiensten en het OM.

- Bij het ontdekken van een drugsafvaldumping moet er zo snel mogelijk opgeruimd worden om de schade voor de volksgezondheid en het milieu te beperken. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij provincies en gemeenten. Er is geen landelijke aanpak, omdat de problematiek per regio verschilt, en er verschillende lokale ketenpartners, provincies en gemeenten bij betrokken zijn.
- Als het niet mogelijk is om de kosten voor de dumping op de dader te verhalen kan door gedupeerden een beroep worden gedaan op een subsidieregeling via de provincies, om het op te ruimen. Per 1 maart 2023 wordt deze subsidieregeling verruimd [1]. Voor private partijen wordt het maximum subsidiebedrag voor het opruimen van drugsafval en bodemherstel verhoogd tot 200.000 euro. Tot dit bedrag kunnen zij hun kosten volledig vergoed krijgen. Voor decentrale overheden geldt dat projectkosten tot 50.000 euro voor 50% vergoed kunnen worden, eventuele kosten daarbovenop worden volledig vergoed tot maximaal 200.000 euro. De regeling wordt sinds 1 januari 2021 uitgevoerd door BIJ12, een uitvoeringsorganisatie voor de provincies, en wordt gefinancierd door het Ministerie van Justitie en Veiligheid [2].
- De huidige subsidieregeling geldt tot 2025. Deze wordt vervangen door een nieuwe Rijksregeling vanaf 2025. Strikt juridisch bezien heeft de rijksoverheid geen verantwoordelijkheid voor het opruimen van drugsafval, maar is er ook geen andere partij of bestuurslaag die de verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke- en milieuschade van drugsdumpingen volledig kan dragen. Behalve de problematiek van kleinschalige drugsdumpingen, zullen ook de problematiek van grootschalige lozingen én de opruimkosten van ontmantelde drugslaboratoriums meegenomen worden. Als gedupeerden eerder zicht hebben op (ruimere) compensatie van hun kosten en er tijdig met het saneren van de bodem en grondwater kan worden begonnen, kan verdere schade aan de bodem en vervuiling van het grondwater worden beperkt [1].
- Net als bij de huidige regeling gaat ook de toekomstige Rijksregeling uit van het principe van cofinanciering met medeoverheden. De wijze waarop de kosten tussen Rijk en overheden worden verdeeld, is nog onderwerp van gesprek. Drie uitzonderlijke gevallen met grootschalige bodemschade en grondwaterverontreiniging in Noord-Brabant, krijgen een aparte behandeling. De kosten van het opruimen zijn namelijk veel hoger dan het plafond van de verruimde regeling. Het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat zal de kosten op zich nemen, in samenwerking met de betrokken partijen. Dit gebeurt zonder het aanvragen van subsidie, omdat de geraamde (sanering)kosten en verspreidingsrisico’s verbonden aan de verontreiniging in deze gevallen om een oplossing buiten de subsidieregeling vragen [1].
- Als de dader bekend is, zijn er andere mogelijkheden om schadevergoeding te krijgen. Een mogelijkheid is het zich als benadeelde voegen in het strafproces tegen een verdachte die vervolgd wordt voor het dumpen van drugsafval. Ook zijn er mogelijkheden in het civiel recht [3]. De vervuiler betaalt, blijft het uitgangspunt.

Zie voor cijfers met betrekking tot drugsdumpingen § 16.3.

Aanvullende informatie

Bronnen

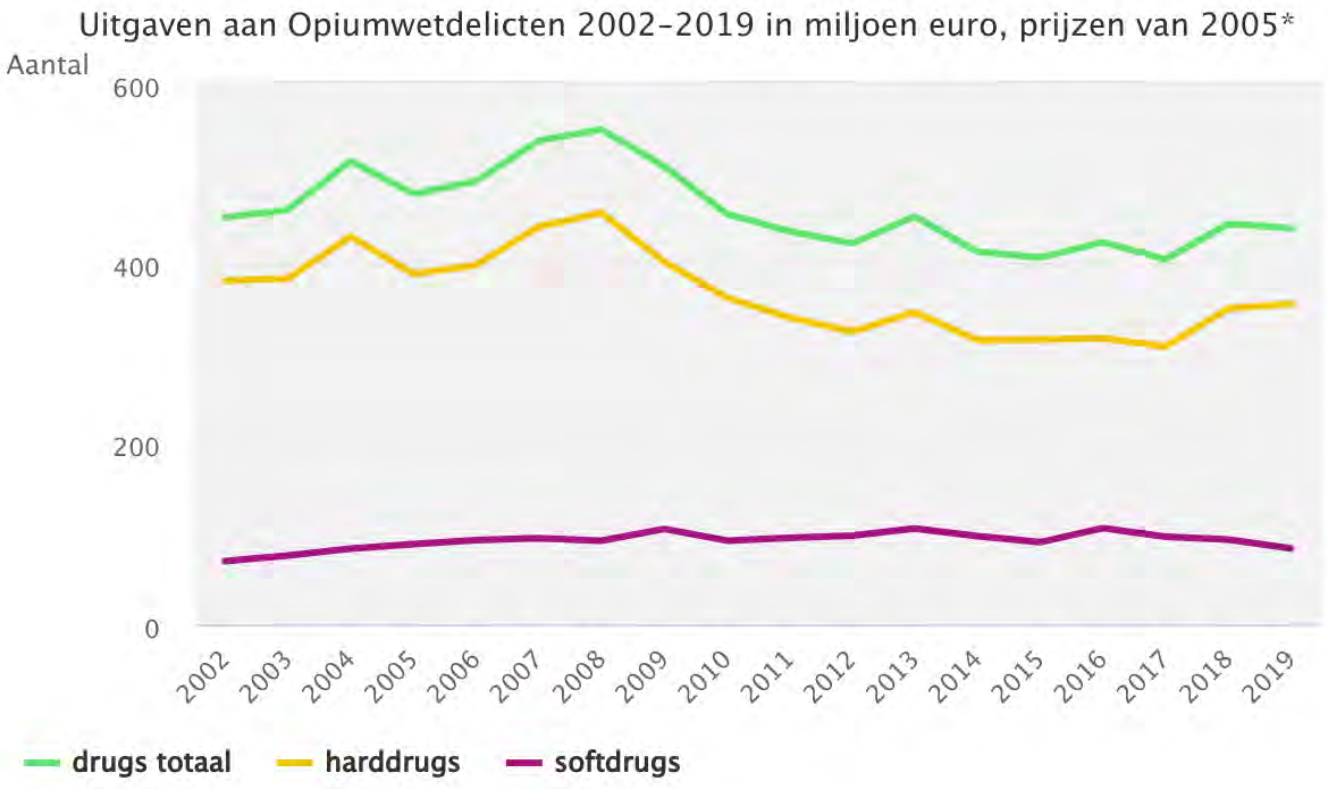
1. T.K. 24077-503. Drugbeleid; Brief regering; opvolging toezeggingen en moties drugsbeleid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
2. E.K.35564-C. Wijziging van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering en enige andere wetten in verband met versterking van de strafrechtelijke aanpak van ondermijnende criminaliteit (versterking strafrechtelijke aanpak ondermijnende criminaliteit); Memorie van antwoord. Eerste Kamer der Staten-Generaal; 2021.
3. T.K. Aanhangsel-1479. Antwoord op vragen van het lid Van Toorenburg over het bericht ‘crimineel hoeft niet te betalen voor opruimen eigen drugsafval’ 1479 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.

2.1.7.3 Uitgaven aan Opiumwetdelicten

In 2021 is in totaal 642 miljoen euro uitgegeven aan de bestrijding van Opiumwetdelicten[1] Dit omvat de uitgaven voor alle activiteiten (preventie, opsporing, vervolging, berechting, tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen, rechtsbijstand en slachtofferondersteuning) die tot doel hebben ondermijnende criminaliteit, overlast en verloedering in relatie tot Opiumwetdelicten (smokkel, handel, productie en bezit van drugs) te bestraffen en in de toekomst te voorkomen. Zowel activiteiten van de overheid (Rijk, provincies, gemeenten, douane) als van de particuliere sector (particulieren en bedrijven, ook de speciale beveiligings- en opsporingsbedrijven) worden meegenomen. Aan preventie van Opiumdelicten wordt door verschillende partijen geld uitgegeven. Uitgaven gedaan inzake preventie van druggebruik vallen onder het Ministerie van VWS en zijn hier niet meegenomen. Bij opsporing gaat het vooral om uitgaven aan de politie en de bijzondere opsporingsdiensten, bij vervolging zijn het Openbaar Ministerie en de reclasseringsorganisaties de belangrijkste spelers en bij berechting de rechtbanken en gerechtshoven. De tenuitvoerlegging van diverse straffen en maatregelen is verspreid over een groot aantal uitvoeringsorganisaties, maar het meeste geld gaat naar de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) die verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen.

- De uitgaven aan Opiumwetdelicten vormen 4% van de totale (nominale) uitgaven aan veiligheid in 2021. Deze delicten zijn hiermee een kleine kostenpost in vergelijking met vermogensmisdrijven (37%), vernieling en misdrijven tegen de openbare orde (16%) en gewelds- en seksuele misdrijven (23%). De bestrijding van verkeersmisdrijven kostte iets meer dan die van drugsmisdrijven (7%).
- Bij de Opiumwetdelicten is steviger ingezet en geprioriteerd op de bestrijding van harddrugsmisdrijven dan de bestrijding van softdrugsmisdrijven (85% tegenover 15%).
- Om een beeld te krijgen van de trend in de uitgaven zijn in onderstaand figuur de bedragen opgenomen, die gecorrigeerd zijn voor loon- en prijsstijgingen (prijzen van 2015). Er is te zien dat de totale uitgaven voor Opiumwetdelicten en ook die voor harddrugsmisdrijven in de periode 2008 t/m 2017 gedaald zijn, maar sinds 2018 weer stijgen. De uitgaven voor het bestrijden van softdrugsmisdrijven dalen sinds 2016.

Figuur 2.4.1 Uitgaven aan Opiumwetdelicten 2002-2019 in miljoen euro, prijzen van 2005*



I. Cijfers 2019 zijn voorlopig. Bron: Moolenaar & Van Dijk (2020).

NDM

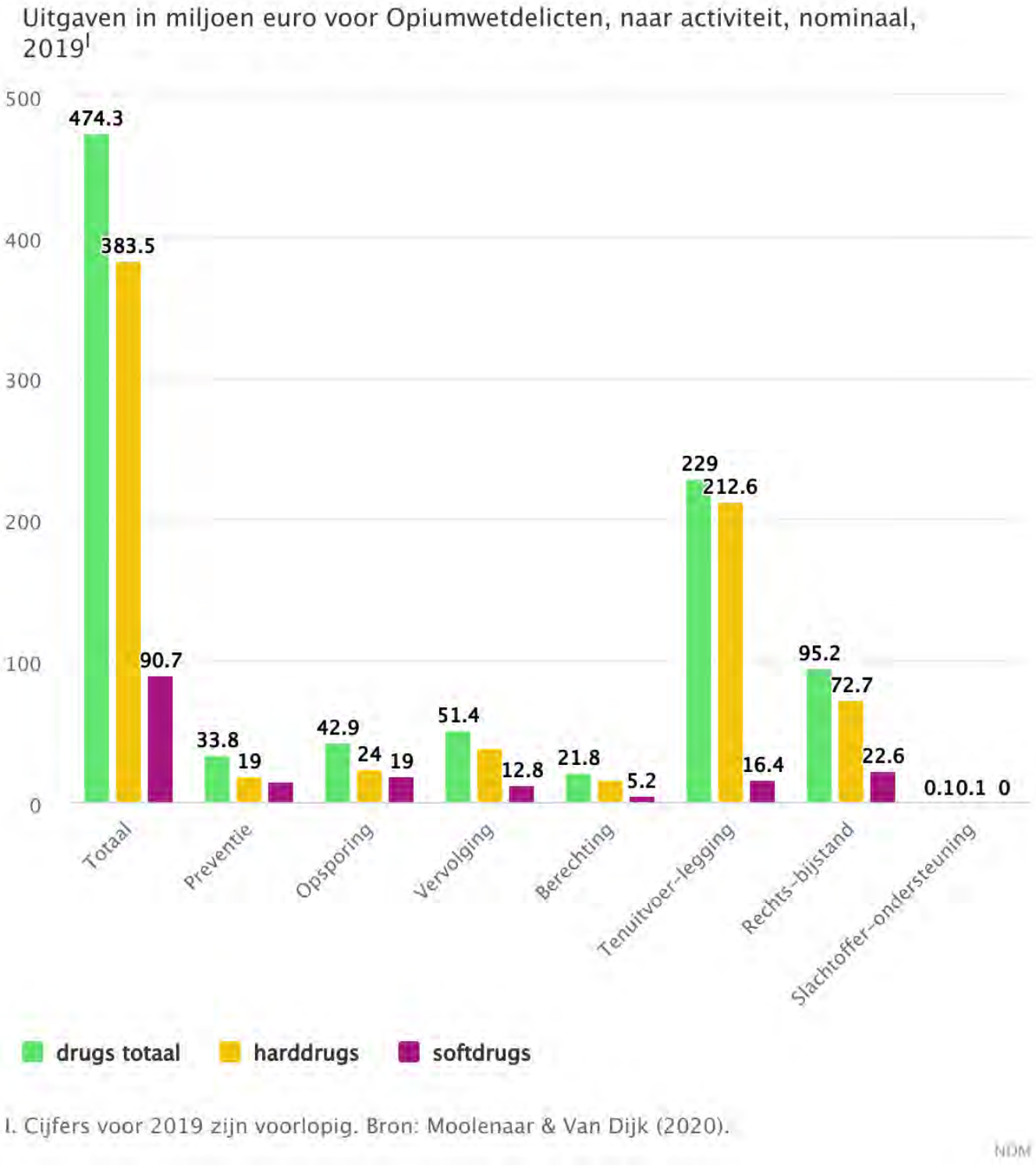
Categories	drugs totaal	harddrugs	softdrugs
2002	451,3	381,1	70,1
2003	459,8	383,4	76,4
2004	513,9	430,2	83,7
2005	477,4	388,6	88,8
2006	491,5	398,3	93,2
2007	536,5	441,1	95,4
2008	549	456,4	92,6

Categories	drugs totaal	harddrugs	softdrugs
2009	508	402,3	105,7
2010	455,2	362,4	92,8
2011	436	340,3	95,8
2012	422,4	324,3	98,2
2013	452,4	346,1	106,3
2014	413	315,2	97,8
2015	406,7	315,7	91
2016	424	317,3	106,7
2017	404,9	307,8	97,1
2018	444,3	350,3	94
2019	439,4	355,3	84,2

- Bij de Opiumwetdelicten is het meeste geld uitgegeven aan de tenuitvoerlegging van straffen voor harddrugsmisdrijven (zie onderstaand figuur). Dit aandeel neemt de laatste jaren toe. De uitgaven voor preventie door justitie blijven achter. De kosten voor preventie van druggebruik zijn hier niet meegenomen, omdat de verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij het ministerie van VWS. Opiumwetdelicten zijn meestal 'slachtofferloze delicten' in de zin dat er meestal geen aangifte wordt gedaan, bijvoorbeeld door kopers tegen dealers; er zijn dan ook weinig tot geen kosten geweest voor ondersteuning van slachtoffers.
- Opiumwetdelicten maken 13% van de totale kosten van tenuitvoerlegging uit en staan bij deze kostenposten op de derde plaats na gewelds- en seksuele misdrijven (39%) en vermogensmisdrijven (29%).
- Tegenover de uitgaven staan overigens ook ontvangsten uit de veiligheidszorg. Het gaat daarbij

om boetes, transacties, strafbeschikkingen, ontnemingsmaatregelen en overige ontvangsten, zoals aan de burger doorberekende kosten voor aanvragen bij de screeningsautoriteit JUSTIS, buitenlandse boetes en bestuurlijke boetes. Deze zijn niet gespecificeerd naar type delict.

Figuur 2.4.2 Uitgaven in miljoen euro voor Opiumwetdelicten, naar activiteit, nominaal, 2019[I]



I. Cijfers voor 2019 zijn voorlopig. Bron: Moolenaar & Van Dijk (2020).

	drugs totaal	harddrugs	softdrugs
Totaal	474,3	383,5	90,7
Preventie	33,8	19,0	14,8
Opsporing	42,9	24,0	19,0
Vervolging	51,4	38,6	12,8
Berechting	21,8	16,6	5,2
Tenuitvoer-legging	229,0	212,6	16,4
Rechts-bijstand	95,2	72,7	22,6
Slachtoffer-ondersteuning	0,1	0,1	0,0

[1] Zie voor de wijze waarop tot deze bedragen is gekomen: [1]Criminaliteit en Rechtshandhaving 2021, ed. R.F. Meijer D.E.G. Moolenaar R. Choenni S.W. van den Braak. Den Haag, WODC; 2022. Bijlage 3 Bronnen en methoden., pp. 156-158.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Moolenaar DEG. Uitgaven aan sociale veiligheid. In: Criminaliteit en Rechtshandhaving 2021, ed. R.F. Meijer D.E.G. Moolenaar R. Choenni S.W. van den Braak. Den Haag, WODC; 2022.

2.1.8 Wetgeving en beleid ten aanzien van drugsgebruik en drugsgebruikers bij justitie

Zie voor meer informatie ook § 17.2.

Het beleid ten aanzien van problematische gebruikers in het strafrechtssysteem gaat uit van het principe dat problematische gebruikers niet alleen bestraft moeten worden, maar ook en vooral zorg nodig hebben, wil criminele recidive voorkomen worden.

- In de 25 veiligheidsregio's zijn er Zorg- en Veiligheidshuizen waar verschillende organisaties, als de politie, het Openbaar Ministerie (OM), de reclassering, de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en soms nog andere organisaties zoals verslavingszorg, bijeenkomen om tot een integrale aanpak te komen van criminele of ernstige overlast veroorzakende personen. Dit zijn vaak personen met een complexe problematiek - vaak (ook) verslavingsproblematiek.
- Forensische zorg is zorg die beschikbaar is voor justitiabelen in het strafrechtelijk systeem, die psychische problemen, verslavingsproblemen of een licht verstandelijke beperking hebben. Er zijn zorgvormen met een hoger niveau van beveiliging (tbs-klinieken) en zorgvormen met een lager beveiligingsniveau, zoals beschermd wonen, of ambulante zorg. Het beleidsuitgangspunt is 'GGZ tenzij': de problematische justitiabelen moeten naar zorginstellingen buiten detentie worden doorgeleid, tenzij er contra-indicaties zijn. Hun herstel en re-integratie wordt daardoor namelijk gestimuleerd en op die manier wordt hun criminele recidive teruggedrongen [1]. De verslavingsreclassering kan worden ingeschakeld voor voorlichtende, ondersteunende en toezichthoudende taken. In de penitentiaire inrichtingen is (geestelijke) gezondheidszorg en op verslaving gerichte zorg beschikbaar.

Wet forensische zorg

Voor verbetering van de forensische zorg is de Wet forensische zorg vastgesteld (Stb. 38, 2018). Deze is per 1 januari 2019 in werking getreden [2] (zie ook het NDM Jaarbericht 2016 [3]). De wet regelt de brede stelselherziening van de forensische zorg, die al in 2007 was ingezet en heeft mede als doel bij te dragen aan doorverwijzingen vanuit justitie naar zorg.

- Er is één uniforme plaatsingsprocedure waarbij de indicatiestelling en de justitiële titel de basis vormen voor het plaatsingsbesluit en het bepalen van het type forensische zorg dat een persoon zal ontvangen. De aansluiting tussen het strafsysteem (bijvoorbeeld gevangenisstraf) en de GGZ- zorg wordt daardoor verbeterd.
- Door de stelselherziening werd het Ministerie van Justitie en Veiligheid verantwoordelijk voor de inkoop van de zorg voor verslaafden met een strafrechtelijke titel (dat was voorheen het Ministerie van VWS). Voor verslavingszorginstellingen die van oudsher al zorg aan cliënten verlenen die met politie en justitie te maken hebben, kwam de nadruk te liggen op het terugdringen van strafrechtelijke recidive in plaats van op de traditionele doelen van de verslavingszorg (o.a. het werken aan abstinentie of gecontroleerd middelengebruik). Bovendien werden er andere eisen gesteld ten aanzien van beveiliging, registratie van zorg en risicotaxatie.

Wet straffen en beschermen

Op grond van de Wet straffen en beschermen [4] die op 1 juli 2021 voor het grootste deel in werking is getreden, wordt de voorwaardelijke invrijheidstelling (VI) niet meer automatisch verleend na twee derde van de straf, maar gaat gedrag tijdens detentie zwaarder meewegen, ook bij het geven van verlof. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor het binnenbrengen en het bezit van smokkelwaar, zoals drugs [5]. Ketenpartners kunnen meer informatie over re-integratie en risico's met elkaar delen.

De persoonsgerichte aanpak, waarbij meer nadruk ligt op de eigen verantwoordelijkheid van de gedetineerde voor zijn gedrag, is in de wet vastgelegd. Een gedetineerde is zelf verantwoordelijk voor zijn leven en moet, rekening houdend met zijn mogelijkheden, werken aan verandering van zijn gedrag om herhaling te voorkomen [6] [7]. In het bestuurlijk akkoord "Kansen bieden voor re-integratie" hebben het gevangeniswezen, de reclassering en gemeenten afgesproken om de gedetineerde al vanaf het begin van de detentie te ondersteunen bij zijn of haar (voorbereiding op) terugkeer naar de samenleving. Door middel van screening en intake worden mogelijkheden, beperkingen, behoeften en eventuele problematiek in kaart gebracht en wordt een programma opgesteld dat toegesneden is op de problematiek van de individuele gedetineerde, bijvoorbeeld op verslavingsproblematiek [8] [9]. Aan het einde van de detentie vindt een afsluitend trajectgesprek plaats, en informeert het gevangeniswezen de opvolgende ketenpartner, zoals reclassering, over wat er is bereikt en wat nog zou moeten gebeuren. De integrale intake is inmiddels bij alle penitentiaire inrichtingen ingevoerd: rondom elke penitentiaire inrichting is nu een regionaal team actief, bestaande uit vertegenwoordigers van DJI, de reclassering en regioadviseurs Zorg en Veiligheid. Deze teams ondersteunen de regio's bij de re-integratie [10].

Er is bij justitie (in gevangenissen en door reclassering) een interventie beschikbaar die een wetenschappelijk bewezen effectieve bijdrage kan leveren aan re-integratie en/of vermindering van recidive voor volwassenen met een verslavingsproblematiek. Deze is als evidence-based erkend door de Erkenningscommissie Justitiële Interventies. Dat is Leefstijl 24/7. Het doel daarvan is dat gedetineerden inzicht krijgen in de patronen die leiden tot middelengebruik en delictsgedrag, dat zij gemotiveerd worden tot (gedrags)verandering, adequaat leren omgaan met hun verslaving- en delictsgedrag, en controle hierover krijgen. In penitentiaire inrichtingen wordt ook een daarop gebaseerde interventie gegeven, die niet erkend is. Het aanbod van het programma is verschillend per penitentiaire inrichting. Dit blijkt uit een inventarisatie-onderzoek naar aanleiding van een motie in de Tweede Kamer, van justitiële programma's voor recidivevermindering en naar randvoorwaarden voor het ruimer toepassen daarvan [11] [12].

De wet zal geëvalueerd worden. Om de evaluatie voor te bereiden is een vooronderzoek gedaan waarbij gekeken is naar de beschikbaarheid van te gebruiken indicatoren (op grond van de onderliggende beleidstheorie die ook door de onderzoekers nagegaan is). Hierbij is ook verslaving/gebruik van alcohol en drugs meegenomen als indicator. Bovendien is een nulmeting gedaan [13].

Inrichting voor stelselmatige daders (ISD; zie ook § 17.2.5)

De maatregel plaatsing in een Inrichting voor stelselmatige daders (ISD) is bedoeld voor veelplegers,

oftewel plegers van veel delicten, die vaak complexe, meervoudige problematiek hebben zoals verslaving en andere psychische ziektebeelden. Het doel is de recidive terug te dringen door hen gedurende een langere periode in te sluiten (maximaal twee jaar), en hen behandeling en interventies te geven gericht op gedragsverandering.

- De capaciteit voor het uitvoeren van de ISD-maatregel in de penitentiaire inrichtingen is in de loop van 2020 uitgebreid met 56 extra plaatsen in PI Alphen aan den Rijn. In totaal zijn er dan tien inrichtingen die de ISD ten uitvoer leggen met een totale capaciteit van 467 ISD-plaatsen. Daarna is de capaciteit verminderd tot 455 plaatsen, gezien de lage bezetting op de ISD.
- De capaciteit werd mede uitgebreid omdat uit een effectmeting van het WODC [14] opnieuw gebleken is dat de ISD-maatregel recidive effectiever vermindert dan een reguliere sanctie, zoals een kortdurende gevangenisstraf. ISD-ers die forensische zorg hebben gehad recidiveren significant minder dan ISD-ers die geen forensische zorg hebben gehad (waaronder verslavingszorg).
  Er wordt nader kwalitatief onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de uitvoering van de maatregel. Dit om te bepalen of en welke verbeterpunten er zijn om de recidive verder omlaag te brengen en om te achterhalen welke rol het verlenen van forensische zorg daarbij speelt. Een belangrijke vraag is namelijk of het reduceren van recidive van ISD'-ers daadwerkelijk toe te schrijven is aan het geven van forensische zorg. Het onderzoek wordt gedaan door het IVO (Instituut voor onderzoek naar leefwijzen en verslaving) [10].

Drugontmoedigingsbeleid in Penitentiaire inrichtingen

In de Nederlandse penitentiaire inrichtingen wordt een drugsontmoedigingsbeleid gevoerd. Om te voorkomen dat drugs de inrichting binnenkomen, omvat het drugsontmoedigingsbeleid zowel preventieve als repressieve maatregelen, daarbij rekening houdend met het leefklimaat in de inrichtingen. Het uitgangspunt is dat bij een geconstateerd strafbaar feit altijd aangifte wordt gedaan. Het binnenbrengen van drugs in de inrichting is strafbaar. Er wordt ook ingezet op gedragsverandering. Het beleid omvat maatregelen zoals toegangscontrole bij iedereen die een inrichting binnenkomt, cel-inspecties, fouillering, visitatie en de inzet van drugshonden, urinecontroles en een zodanige inrichting van bezoekersruimten van gesloten inrichtingen dat er goed toezicht is op de gedetineerde en het bezoek. Het drugsontmoedigingsbeleid is onderdeel van het veiligheidsbeleid in gevangenissen.

- Het veiligheidsbeleid is niet alleen gericht op het tegengaan van het binnensmokkelen van drugs maar ook van andere voorwerpen, die in de samenleving legaal zijn maar waarvan het bezit of gebruik de orde en de veiligheid van de inrichting in gevaar brengen en die bijvoorbeeld gebruikt kunnen worden voor wat genoemd wordt 'voortgezet crimineel handelen tijdens detentie' (bijvoorbeeld het leiden van een criminele organisatie die in drugs handelt). Om dit tegen te gaan is per 1 november 2019 een wet in werking getreden waarmee het binnenbrengen van verboden voorwerpen in justitiële inrichtingen door derden of personeel strafbaar wordt gesteld (aan de gedetineerde die contrabande in zijn bezit heeft, kunnen al disciplinaire straffen worden opgelegd) [15].
- In 2019 is het veiligheidsbeleid aangescherpt. Zo wordt er extra geïnvesteerd in hekwerken en camera's. Om drugs en telefoons op te sporen wordt het aantal speurhonden verdubbeld van 10 begeleiders met 20 honden naar 20 begeleiders met 40 honden. Dat zou eind 2022 gerealiseerd moeten zijn. Er worden nieuwe methoden gebruikt om drugs te ontdekken bij

binnenkomst in een gevangenis, zoals apparatuur om drugssporen op kleding en voorwerpen te herkennen. Ook worden alle penitentiaire inrichtingen uitgerust met dronedetectie en worden daarnaast proeven gedaan met droneverstoring [10].

- Alle gevangenissen hebben een analyse uitgevoerd van risico's op de aanwezigheid van smokkelwaar en de maatregelen die kunnen worden getroffen. Door de Dienst Justitiële Inrichtingen wordt sinds begin 2019 een registratie van vondsten van contrabande bijgehouden. De registratie wordt nog verbeterd [5]. Zie voor gegevens op basis van deze registratie § 17.2.2.
- Disciplinaire straffen binnen de inrichting wegens contrabande moeten persoonsgerichter worden en er komen zwaardere straffen op te staan. Dat past in het beleid om binnen inrichtingen persoonsgerichter te straffen binnen de kaders die de wet biedt [5].
- Om te voorkomen dat gedetineerden uit de hogere risicocategorie vanuit de gevangenis doorgaan met hun criminele activiteiten en georganiseerde criminaliteitsnetwerken actief kunnen zijn vanuit de gevangenis worden er kleinschalige afdelingen onder intensief toezicht opgericht, afgezonderd van de rest van de inrichting. Op die afdelingen kan verhoogd toezicht op gedragingen en contacten van gedetineerden worden gehouden. In april 2021 zijn het er twee, in 2022 wordt een derde geopend. Daarnaast is er in alle penitentiaire inrichtingen een Bureau inlichtingen en veiligheid operationeel, een centraal punt in de inrichting waar alle signalen en informatie rondom veiligheid en voortgezet crimineel handelen tijdens detentie bij elkaar worden gebracht en geanalyseerd. Als dat nodig is kunnen dan maatregelen worden genomen [10]. Het regime in de Extra Beveiligde Inrichting wordt standaard strenger voor alle gedetineerden die er geplaatst zijn wegens zware georganiseerde misdaad of ondermijnend/levensbedreigend voortgezet crimineel handelen. Er komt wetgeving die extra beperkingen mogelijk maakt, zoals het standaard verbieden van communicatie tussen bepaalde gedetineerden of visueel toezicht op gesprekken in de Extra Beveiligde inrichting tussen een gedetineerde en zijn advocaat [16].

Bronnen

1. T.K.32398-3. Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in andere wetten (Wet forensische zorg): Memorie van toelichting. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2010.
2. Stb.2018-498. Besluit van 11 december 2018 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet forensische zorg. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.
3. Van Laar MW, Van Ooyen-Houben MMJ, Cruts AAN, Meijer RF, Croes EA, Ketelaars APM, et al. Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2016. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC; 2016.
4. Stb.2020-224. Wet van 24 juni 2020 tot wijziging van de Penitentiaire beginselenwet, het Wetboek van Strafrecht en enige andere wetten in verband met de wijziging van de regeling inzake detentiefasering en voorwaardelijke invrijheidstelling (Wet straffen en beschermen). Den Haag: Rijksoverheid; 2020.
5. T.K.24587-748. Justitiële Inrichtingen: Brief regering: Maatregelen tegen contrabande en voortgezet crimineel handelen tijdens detentie (VCHD) in het gevangeniswezen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
6. T.K.29279-439. Rechtsstaat en Rechtsorde: Brief regering: Visie op gevangenisstraffen: 'Recht doen, kansen bieden. Naar effectievere gevangenisstraffen', 17 juni 2018. Den Haag: Tweede

Kamer der Staten-Generaal; 2018.
7. T.K.29279-603. Rechtsstaat en Rechtsorde: Brief regering: Voortgang Visie “Recht doen, kansen bieden”, 29 juni 2020. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
8. T.K.Handelingen-2019-96. Plenaire verslagen: 96e vergadering, donderdag 20 juni 2019: Wet straffen en beschermen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
9. T.K.35122-C. Brief van de minister voor Rechtsbescherming van 5 november 2019 aan de Tweede Kamer met de beleidsreactie op het WODC-rapport “Zucht naar vrijheid” . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2020.
10. T.K. 29279-719. Rechtsstaat en Rechtsorde; Brief regering; Vierde voortgangsbrief Recht doen, kansen bieden - effectieve gevangenisstraffen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-General; 2022.
11. Ljulic V, Homburg G, Zoetelief I. Evidence-based interventies tijdens detentie. Amsterdam: Regioplan ; 2021.
12. T.K. 35122-20. Wijziging van de Penitentiaire beginselenwet, het Wetboek van Strafrecht en enige andere wetten in verband met de wijziging van de regeling inzake detentiefasering en voorwaardelijke invrijheidstelling (Wet straffen en beschermen); motie van het lid van Wijngaarden c.s. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
13. Homburg G, Verbeek E, Van de Grift M, Kuin M, Schuyt P. Voorbereiding evaluatie Wet straffen en beschermen . Amsterdam: Regioplan; 2021.
14. Tollenaar N, Beerthuizen MGC, Drieschner JKH, Van der Laan AM. Effectiviteit van de ISD-maatregel. 2de replicatie. Den Haag: WODC ; 2019.
15. Stb, 2019-358. Besluit van 11 oktober 2019 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet van 22 mei 2019 tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafrecht BES in verband met de strafbaarstelling van het in justitiële inrichtingen binnenbrengen van verboden voorwerpen (Stb. 2019, 200). Den Haag: Rjksoverheid; 2019.
16. T.K. 29911-374. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Aanvullende maatregelen tegen georganiseerde criminaliteit tijdens detentie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.

2.2 Tabak

Snel naar:

- Tabaks- en rookwarenwet
- Tabaksontmoedigingsbeleid
- Tabaksmarketing
- Prijsbeleid tabak

2.2.1 Wettelijke kaders en beleid: tabak

Tabaks- en rookwarenwet

Het belangrijkste nationale wettelijke kader voor het reguleren van het gebruik van tabak is de Tabaks- en rookwarenwet. De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) houdt toezicht op de naleving van de regels in de Tabaks- en rookwarenwet. Deze paragraaf rapporteert primair informatie die in 2020 en 2021 beschikbaar is gekomen. Voor meer informatie over de periode daarvoor zie de NDM Jaarberichten 2012-2019.

Tabaksontmoedigingsbeleid

Tabaksontmoediging is een van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid. De belangrijkste doelstellingen van het tabaksontmoedigingsbeleid zijn:

- het aantal rokers omlaag brengen,
- voorkomen dat jongeren gaan roken,
- de schade door meeroken beperken en het stoppen met roken stimuleren [1,2].

Roken is één van de drie thema’s van het Nationaal Preventieakkoord (NPA) dat op 23 november 2018 met meer dan 70 partijen werd afgesloten [3].

De belangrijkste beleidswijzigingen van het afgelopen decennium waren de verhoging van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten van 16 naar 18 jaar (2014), de implementatie van de Europese tabaksproductenrichtlijn (TPD) (2016), het rookverbod in openbare ruimten en de horeca (2016), het rookverbod op het werk (2016), het verbod op tabaksreclame (2016), het verbod op sponsoring door de tabaksindustrie (2016), het reguleren van de nieuwere elektronische dampwaren (2017) [1,2], en de maatregelen in het kader van het Nationaal Preventieakkoord.

De belangrijkste overheidsmaatregelen die in 2021 en 2022 zijn ingevoerd zijn het invoeren van een uitstalverbod van tabaksproducten, neutrale verpakkingen op tabaksproducten en een verbod op sigarettenautomaten. Ook is er een verbod ingevoerd op rookruimten in semipublieke gebouwen, openbare gebouwen en bedrijfspanden. In de praktijk komt dit erop neer dat rookruimten nergens meer zijn toegestaan. Al deze maatregelen zijn genomen in het kader van het Nationaal Preventieakkoord.

Tabaksmarketing

Alle vormen van tabaksreclame richting het algemeen publiek zijn verboden. Enkel binnen een tabakspeciaalzaak mag reclame gemaakt worden voor tabak.

Prijsbeleid tabak

De regering verhoogde in 2020 de accijns van een pakje sigaretten (20 stuks) zodat de prijs van een pakje sigaretten met 1 euro steeg [4]. In 2021 verhoogde de Rijksoverheid de accijns, zodat een pakje sigaretten 12 cent en een pakje shag 30 cent duurder werd. Het kabinet heeft plannen om op termijn de prijs van een pakje sigaretten te verhogen naar ongeveer 10 euro [5]. Een pakje shag van 50g zal ongeveer 20 euro gaan kosten.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. T.K.32793-584. Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Preventiebrief t.b.v. Leefstijldebat 24 maart 2022 [Internet]. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022. Available from: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32793-584.html
2. T.K.32011-92. Tabaksbeleid; Brief regering; Onderzoek beperken tabaksverkoop tot tabaksspeciaalzaken [Internet]. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022. Available from: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32011-92.html
3. Ministerie van VWS. Nationaal Preventieakkoord: Een gezonder Nederland [Internet]. Den Haag: Ministerie van VWS; 2018. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord/nationaal-preventieakkoord.pdf
4. Rijksoverheid.nl. Maatregelen overheid om roken te ontmoedigen [Internet]. 2022. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/roken/roken-ontmoedigen#:sim:text=Accijns verhogen,en heatsticks de accijns verhoogd.
5. Rijksoverheid.nl. Plannen kabinet om roken duurder te maken [Internet]. 2022. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/belastingplan/gezondheid/tabaksaccijns#:sim:text=Het kabinet wil de belasting,1 april 2024 € 10.

2.2.2 Nationaal Preventieakkoord

Snel naar:

- 1. Een rookvrije omgeving
- 2. Effectieve en toegankelijke stoppen-met-rokenzorg
- 3. Rookvrije zorg
- 4. Rookvrije organisaties

1. Een rookvrije omgeving

Uitstalverbod

De regering heeft wetten ingevoerd waardoor rookwaren uit het zicht worden gehaald (uitstalverbod), de rookwaren worden verpakt in neutrale verpakkingen (plain packaging) en reclame in en aan de voorgevel van verkooppunten wordt verboden [1].

Voortgang: Per 2020 zijn rookwaren bij supermarkten uit het zicht gehaald en per 2021 ook bij andere verkooppunten. Het uitstallen van tabaksproducten in verkooppunten, inclusief alle online verkooppunten, is dus niet langer toegestaan. Uitgezonderd van het uitstalverbod zijn speciaalzaken die uitsluitend rookwaren, rookaccessoires, loten en dagbladen verkopen en speciaalzaken met een jaaromzet van maximaal €700.000 die meer dan 75% van hun jaaromzet uit rookwaren halen [2].

Neutrale verpakkingen

In Nederland hebben alle verpakkingen van sigaretten en shag hetzelfde uiterlijk. Op de donkergroen-bruine pakjes mag naast de gebruikelijke waarschuwende teksten en afschrikwekkende foto’s alleen nog de naam van de fabrikant en informatie over de soort sigaret staan in een standaard lettertype.

Voortgang: De invoering van neutrale verpakkingen is ingegaan per 1 oktober 2020. Vanaf die datum hebben verpakkingen een donkergroen-bruine kleur en zijn ze ontdaan van alle merkuitingen. Bij de uitwerking van de criteria voor standaardverpakkingen van sigaretten en shag is aangesloten bij de Europese regels voor standaardverpakkingen [3]. Volgens de regering is de invoering van neutrale verpakkingen niet in strijd met relevante internationale verdragen en afspraken [3].

Beperking verkooppunten

De komende jaren wordt het aantal verkooppunten van tabak verminderd [1].

Voortgang: Sinds 2022 is de verkoop via sigarettenautomaten verboden en per 2023 wordt ook de online verkoop verboden. De verkoop in supermarkten zal per 2024 verboden worden en de verkoop in gemakswinkels en tankstations op een nog te bepalen moment rond 2030. In 2025 wordt de verkoop van e-sigaretten voorbehouden aan speciaalzaken. In 2032 zal de verkoop alleen nog maar zijn toegestaan in speciaalzaken die alleen dagbladen, loten en tabaks- en aanverwante producten mogen verkopen.

Rookverbod op schoolterreinen

Vanaf 1 augustus 2020 zijn de terreinen van de onderwijsinstellingen rookvrij [4,5]. Dat was al eerder afgesproken [6]. Uit onderzoek blijkt dat het welslagen van een rookvrij schoolplein sterk afhangt van de wijze waarop dit beleid wordt ingevoerd [7].

Voortgang: Uit onderzoek van het Mulier Instituut naar de stand van zaken eind 2020 bleek dat 98% van de primaire onderwijs-scholen, 97% van de voortgezette onderwijs-scholen en 95% van de mbo-instellingen een geheel rookvrij schoolterrein had [8].

2. Effectieve en toegankelijke stoppen-met-rokenzorg

Stoppogingen

Het Nationaal Preventieakkoord had als doelstelling dat in 2020 50% van de rokers een serieuze stoppoging zou doen en ten minste 20% daarbij gebruik maakte van effectieve zorg.

Voortgang: In 2020 deed 36% van de rokers een stoppoging, waarvan geschat werd dat 26% gebruik maakte van effectieve zorg [9].

Toegankelijke stoppen-met-rokenzorg

In 2020 is er voor iedereen die wil stoppen toegankelijke stoppen-met-rokenzorg en ondersteuning zonder financiële drempels voor eerstelijnszorg programma’s.

Voortgang: Vanaf 1 januari 2020 brengen zorgverzekeraars het eigen risico voor eerstelijns stoppen-met-rokenzorg niet meer in rekening van de cliënt, waardoor de zorg zonder financiële drempels beschikbaar is gekomen voor alle verzekerden [10].

Training van zorgverleners

In 2020 zijn meer zorgverleners toegerust om motiverende gesprekken te voeren, vaker stopadvies te geven en iemand door te verwijzen.

Voortgang: Om deze doelstelling te bereiken zal onder andere een e-learning voor zorgverleners voor het voeren van motiverende gesprekken worden ontwikkeld. Hiermee was in 2019 nog niet gestart [10].

Stopadvies voor zwangere vrouwen

In 2020 krijgen alle zwangere vrouwen die roken een stopadvies van de verloskundig zorgverlener op basis van motiverende gespreksvoering.

Voortgang: In 2021 heeft 47% van de zwangere vrouwen die op enig moment tijdens de zwangerschap rookten, een stopadvies gekregen van een professional [9].

Zorgpad stoppen met roken

In 2020 is er in elke regio een ‘zorgpad stoppen met roken’ voor de verloskundige en medisch specialistische zorg.

Voortgang: In 2021 had 33 van de 51 ondervraagde VSV’s een zorgpad voor stoppen met roken voor zwangere vrouwen, 14 voor vrouwen die gestopt zijn, 5 voor partners en huisgenoten en 13 voor paren met een zwangerschapswens. Er zijn in totaal 71 VSV’s in Nederland.

3. Rookvrije zorg

Rookvrije verslavingszorg

Doelstelling: In 2020 zijn alle instellingen voor verslavingszorg (aangesloten bij VKN) rookvrij; zij beschikken over beleid dat aansluit bij de gouden status volgens het Global Network for Tobacco Free Health Care.

Voortgang: In 2019 is het percentage instellingen voor verslavingszorg met een bronzen status (58%) ruim verdubbeld. Ook is het percentage met een zilveren status (33%) toegenomen. Het percentage met een gouden status (8%) is gelijk gebleven [10].

Rookvrije GGZ

Doelstelling: In 2025 zijn alle GGZ-instellingen (aangesloten bij GGZ Nederland) rookvrij: zij beschikken over beleid dat aansluit bij de gouden status.

Voortgang: In 2019 hebben de eerste GGZ-instellingen een bronzen status (3%) behaald volgens de systematiek van het Global Network For Tobacco Free Health Care [10].

Rookvrije ziekenhuizen

Doelstelling: Alle ziekenhuizen (aangesloten bij NFU of NVZ) zijn in 2025 rookvrij.

Voortgang: In 2019 is zowel het percentage rookvrije ziekenhuizen aangesloten bij Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (41%) als het percentage rookvrije academische ziekenhuizen (71%) gestegen [1][10]. In 2022 was 73% van de NVZ-leden rookvrij [11]. Nog eens 5% gaf aan in de loop van 2022 rookvrij te worden.

4. Rookvrije organisaties

Grootste bedrijven in Nederland

Doelstelling: In 2020 zijn ten minste 10 van de top 100 grootste bedrijven in Nederland op weg naar een Rookvrije Generatie.

Voortgang: In 2019 zijn 16 bedrijven uit de top 100 op weg naar een Rookvrije Generatie. Dat kan betekenen dat zij rookvrij beleid invoeren, stoppen met de verkoop van tabaksproducten en/of stoppen met investeren in de tabaksindustrie [10].

Bedrijfsartsen

Doelstelling: In 2020 nemen bedrijfsartsen roken mee in elk contact, door roken te ontmoedigen en tools aan te bieden om te stoppen met roken.

Voortgang: In 2019 was er een toename van het percentage contactmomenten (tot 24%) waarin stoppen-met-roken werd meegenomen [10].

Sluiting rookruimtes

Gebouwen in de horeca, de (semi)-publieke sector en in openbare gebouwen mogen geen rookruimte hebben. Ook bedrijfspanden mogen geen rookruimte meer hebben.

Voortgang: Eind september 2019 werden door een uitspraak van de Hoge Raad de rookruimtes in de horeca per direct verboden. Vanaf 1 april 2020 wordt het verbod op rookruimtes in de horeca gehandhaafd. Het rookverbod wordt per 2020 uitgebreid voor de e-sigaret met en zonder nicotine [12]. Daarnaast is in 2021 wetgeving ingegaan waarmee rookruimtes in (semi-)publieke en openbare gebouwen zijn verboden" [1]. Per 2022 zijn ook rookruimtes in bedrijfspanden niet meer toegestaan [12].

Stoppen met investeren in tabaksindustrie

Doelstelling: In 2020 zijn ten minste 16 van de 20 grootste institutionele beleggers in Nederland gestopt met het investeren in de tabaksindustrie.

Voortgang: Deze doelstelling is gehaald [10].

Bronnen

1. T.K.35570-XVI-2. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2021, memorie van toelichting, 15 september 2020. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
2. T.K.32011-66. Tabaksbeleid: Brief regering: Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Tabaks- en rookwarenbesluit ter regeling van een uitzondering voor verkooppunten op het verbod te koop aangeboden tabaksproducten en aanverwante producten. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.
3. T.K.32011-69. Tabaksbeleid: Brief regering: Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Tabaks- en rookwarenbesluit in verband met invoering van standaardverpakking voor sigaretten en shagtabak. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
4. Stb.2020-218. Wijziging van het Tabaks- en rookwarenbesluit ter introductie van de verplichting een rookverbod in te stellen, aan te duiden en te handhaven op de terreinen die horen bij gebouwen en inrichtingen die worden gebruikt voor onderwijs. Den Haag: Rijksoverheid; 2020.
5. T.K.32011-74. Wijziging van het Tabaks- en rookwarenbesluit ter introductie van de verplichting een rookverbod in te stellen, aan te duiden en te handhaven op de terreinen die horen bij gebouwen en inrichtingen die worden gebruikt voor onderwijs. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
6. T.K.34234-30. Wijziging van de Tabakswet ter implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake

de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2016.
7. Rozema AD, Mathijssen JJP, Van Oers HAM, Jansen MWJ. Evaluation of the Process of Implementing an Outdoor School Ground Smoking Ban at Secondary Schools. Vol. 88, Journal of School Health. 2018. p. 859–867.
8. Slot-Heijs J, Singh A, Dellas V, Huiberts I. Rookvrije onderwijsterreinen in 2020 [Internet]. Utrecht, the Netherlands: Mulier Instituut; 2021. Available from: https://www.poraad.nl/system/files/themas/school_kind_omgeving/mulier_instituut_-_rijkvrije_onderwijsterreinen_in_2020.pdf
9. Boer J, Kuijpers T, Edens J, Eykelenboom M, Nawijn E, Koopman N, et al. Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2021 [Internet]. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2022. Available from: https://open.overheid.nl/repository/ronl-c51c2441e9b68223adad4fb20f9fdef56f6c8562/1/pdf/rivm-voortgangsrapportage-nationaal-preventieakkoord-2021.pdf
10. Van Giessen A, Boer J, Van Gestel I, Douma E, Du Pon E, Blokstra A, et al. Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2019. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2020.
11. Nvz-ziekenhuizen.nl. Bijna driekwart van NVZ-leden rookvrij [Internet]. 2022. Available from: https://nvz-ziekenhuizen.nl/actualiteit-en-opinie/bijna-driekwart-van-nvz-leden-rookvrij
12. NVWA.nl. NVWA ziet toe op verbod tabaksautomaten horeca en rookverbod bedrijfsleven [Internet]. 2021. Available from: https://www.nvwa.nl/nieuws-en-media/nieuws/2021/12/01/nvwa-ziet-toe-op-verbod-tabaksautomaten-horeca-en-rookverbod-bedrijfsleven

2.2.3 Lokaal tabaksbeleid

Rol van gemeenten

In het Nationaal Preventieakkoord spelen gemeenten een belangrijke rol op weg naar een Rookvrije Generatie. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en gemeenten met beleid voor de Rookvrije Generatie waren mede-ondertekenaars van het Nationaal Preventieakkoord. De GGD GHOR Nederland heeft een eigen ondersteuningstraject waarin GGD'en subsidie hebben aangevraagd ter ondersteuning van gemeenten in het komen tot rookvrije omgevingen. Inmiddels zetten acht op de tien Nederlandse gemeenten zich in voor een Rookvrije Generatie [1]. Zij doen dit door kindomgevingen rookvrij te maken, lokale stoppen-met-rokenhulp te versterken en door lokaal de Rookvrije Generatie onder de aandacht te brengen.

Gemeenten en GGD'en die aan de slag gaan met de Rookvrije Generatie kunnen handige materialen vinden op de website van de Rookvrije Generatie en het Loket Gezond Leven [2,3].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rookvrijegeneratie.nl. 8 op de 10 gemeenten zetten zich in voor een Rookvrije omgeving [Internet]. 2022. Available from: https://www.rookvrijegeneratie.nl/artikelen/8-op-de-10-gemeenten-zetten-zich-voor-een-rookvrije-omgeving
2. Rookvrijegeneratie.nl. Gemeente [Internet]. 2022. Available from: https://www.rookvrijegeneratie.nl/gemeente
3. Loketgezondleven.nl. Roken [Internet]. 2022. Available from: https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/roken

2.2.4 Campagnes en andere preventieve activiteiten

Snel naar:

- Stoptober en PUUR rookvrij
- Jongeren en ouders

De publiekscampagnes en preventieactiviteiten gericht op het roken, die door de rijksoverheid geïnitieerd of ondersteund worden en die gedeeltelijk bij het Nationaal Preventieakkoord (NPA) zijn ondergebracht, waren ook in 2022 gericht op de algemene bevolking, op jongeren en hun ouders en op zwangere vrouwen.

Stoptober en PUUR rookvrij

De jaarlijkse campagne Stoptober, in 2022 voor de negende keer gehouden, wordt door de overheid gesteund.

Stoptober daagt rokers uit om 28 dagen niet te roken. Tijdens deze 28 dagen biedt Stoptober hulp en ondersteuning, onder andere via een app en tips via Facebook, Twitter en e-mail.

Uit onderzoek blijkt dat Stoptober inderdaad helpt om zowel het rookgedrag te veranderen als de overtuigingen ten aanzien van het roken te veranderen [1]. Op de eerste dag van Stoptober 2020, op donderdag 1 oktober 2020, had ProRail op de treinstations in Nederland alle rookpalen verwijderd [2]. Ambassadeurs van Stoptober 2022 waren de zangeres Eva Simons, de musicalacteur Tommie Christiaan, de autocoureur Tim Coronel en de journalist Arno Kantelberg [3].

Op 29 oktober 2020 lanceerde de Rijksoverheid de campagne ‘PUUR rookvrij’ [4].

- Met deze campagne worden rokers op een positieve manier aangezet tot het doen van een serieuze en effectieve stoppoging, om te zorgen dat als de roker stopt, de roker ook gestopt blijft [5].
- Hulp vragen in de omgeving en bij zorgprofessionals staat hierin centraal. De combinatie van hulpmiddelen met begeleiding wordt vaak vergoed door de zorgverzekeraar vanuit de basisverzekering [5].
- De doelgroep van de campagne zijn rokers vanaf 18 jaar, die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken.

Jongeren en ouders

Sinds de verhoging van de minimumleeftijd in 2014 voor de verkoop van alcohol en tabak van 16 naar 18 jaar, is in opdracht van het Ministerie van VWS een meerjarige publiekscampagne gestart onder de naam NIX18. De campagne wordt elk jaar herhaald en bestaat soms uit deelcampagnes. De campagne wil de sociale norm ‘niet roken en niet drinken onder de 18’ neerzetten en stimuleren [6].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Ministerie van VWS. Nationaal Preventieakkoord: Een gezonder Nederland [Internet]. Den Haag: Ministerie van VWS; 2018. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord/nationaal-preventieakkoord.pdf
2. Stoptober.nl. Inschrijven voor Stoptober 2020 is mogelijk vanaf 3 september [Internet]. 2020. Available from: https://stoptober.nl/.
3. Stoptober.nl. Stoptober in de media 2022 [Internet]. 2023. Available from: https://stoptober.nl/stoptober-in-de-media/
4. Willemsen M. Start PUUR rookvrij campagne goed nieuws: massamediacampagnes helpen rokers te stoppen: 29 oktober 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20201101073638/https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/start-puur-rookvrij-campagne-goed-nieuws-massamediacampagnes-helpen-rokers-te-stoppen.
5. Puurrookvrij.nl. PUUR rookvrij: Jouw 2023 is PUUR rookvrij [Internet]. 2023. Available from: https://www.puurrookvrij.nl/
6. Nix18.nl. NIX18 = Niet voor niks [Internet]. 2023. Available from: https://www.nix18.nl/

2.2.5 Internationaal tabaksbeleid

De recente ontwikkelingen rondom tabaksontmoediging bij de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Europese Unie worden hier kort besproken.

- Het Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)-verdrag van de WHO werd op 27 februari 2005 van kracht. Momenteel zijn 182 landen partij bij het verdrag, dat gericht is op het verminderen van tabaksgebruik [1]. Nederland heeft in 2005 het FCTC-kaderverdrag geratificeerd. Elke twee jaar komen de verdragslanden bijeen om de voortgang van het FCTC-verdrag te bespreken tijdens de zogenaamde “Conference of the Parties (COP)”.
- Het WHO Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products is het eerste verdrag dat de internationale smokkel van tabaksproducten wil bestrijden [2]. Het werd opgesteld in 2012. Aan de aanbodzijde wordt er onder andere een wereldwijd volg- en traceersysteem ontwikkeld. Het Protocol is op 25 september 2018 in werking getreden. Het wereldwijde volg- en traceersysteem van het Protocol sluit aan bij de artikelen 15 en 16 van de Europese Tabaksproductenrichtlijn (TPD), de enige maatregelen van de TPD die nog niet in 2016 geïmplementeerd waren. Alle vanaf 20 mei 2019 geproduceerde tabaksproducten moeten vanaf die datum in de EU voorzien zijn van unieke identificatiemarkeringen (ten behoeve van een volg- en traceersysteem) en veiligheidskenmerken [3]. Momenteel zijn 66 landen partij bij dit protocol.
- Het tweejaarlijkse voortgangsrapport uit 2021 van de WHO over de implementatie van het FCTC-verdrag geeft aan dat wereldwijd de volgende maatregelen het meest succesvol zijn geïmplementeerd: het beschermen tegen de blootstelling aan tabaksrook, het stellen van eisen aan de verpakking, het geven van voorlichting en communicatie en het stellen van leeftijdsgrenzen voor het kopen van tabakswaren [4]. De grootste barrière bij de implementatie wordt gevormd door de inmenging van de tabaksindustrie en de ontwikkeling van nieuwe tabaksproducten zoals de e-sigaret.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. WHO. WHO Framework Convention on Tobacco Control: Parties [Internet]. 2023. Available from: https://fctc.who.int/who-fctc/overview/parties
2. WHO. Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products [Internet]. 2023. Available from: https://fctc.who.int/protocol/overview
3. T.K.35204-3. Wijziging van de Tabaks- en rookwarenwet houdende implementatie van de artikelen 15 en 16 van Richtlijn 2014/40/EU inzake de procedure en de verkoop van tabaksproducten; Memorie van toelichting. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
4. WHO. 2021 global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2022.

2.2.6 Handhaving

Handhaving en naleving van het rookverbod in de horeca

Of het rookverbod in de horeca op de verschillende locaties wordt nageleefd, wordt op verschillende wijzen gecontroleerd of onderzocht. Alleen de NVWA kan bij een geconstateerde overtreding boetes opleggen of waarschuwingen afgeven [1–6]. Voor de opgelegde boetes zie § 12.7.2.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. T.K.32011-28. Tabaksbeleid; Brief regering; Nalevings- en handhavingscijfers rookverbod horeca. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2014.
2. NVWA. De hoogte van de bestuurlijke boete [Internet]. 2022. Available from: https://www.nvwa.nl/over-de-nvwa/hoe-de-nvwa-werkt/toezicht-maatregelen-en-boetes/bestuurlijke-boete/de-hoogte-van-de-bestuurlijke-boete
3. NVWA. Inspectieresultaten leeftijdsgrens tabak 2021: Inspectieresultaat 17-03-2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.nvwa.nl/documenten/consument/eten-drinken-roken/roken/publicaties/inspectieresultaten-leeftijdsgrens-tabak-2021
4. NVWA. Inspectieresultaten rookverbod 2021: Inspectieresultaat 17-03-2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.nvwa.nl/documenten/consument/eten-drinken-roken/roken/publicaties/inspectieresultaten-rookverbod-2021
5. NVWA. Verbod op sigarettenautomaten [Internet]. 2022. Available from: https://www.nvwa.nl/onderwerpen/roken-en-tabak/verbod-tabaksautomaten
6. NVWA. Inspectieresultaten rookverbod op onderwijsterreinen 2021-2022: Inspectieresultaat 19-09-2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.nvwa.nl/documenten/consument/eten-drinken-roken/roken/publicaties/inspectieresultaten-rookverbod-op-onderwijsterreinen-2021-2022

2.2.7 Internationale ontwikkelingen

Tobacco Control Scale

De Tobacco Control Scale (TCS) meet op zes beleidsindicatoren de inspanningen van een land om het gebruik van tabak te ontmoedigen [1]. De TCS is ontwikkeld door de Association of European Cancer Leagues en werd voor het eerst toegepast in 2004. De TCS-score van een land wordt gebaseerd op objectieve indicatoren en op inschattingen van experts. Een studie uit 2015 in 13 Europese landen laat zien dat een hogere score op de TCS samenhangt met een lagere prevalentie van dagelijks roken onder jongeren [2].

- Momenteel worden 37 landen gescoord op de Tobacco Control Scale (TCS) [1]. Tussen 2019 en 2021 steeg Nederland van de veertiende naar de vierde plaats [1]. Nederland steeg op de TCS door het invoeren van neutrale verpakkingen, het uitstalverbod, de accijnsverhoging, de ratificatie van het WHO verdrag tegen illegale handel en het verbod op rookruimtes op het werk en in de horeca [1].
- Net als bij de vorige meting uit 2019, stond ook in 2021 het Verenigd Koninkrijk op de eerste plaats, zij het nu op een gedeelde eerste plaats met Ierland [1]. Onderaan, op plaats 34 tot en met 37, stonden de landen Duitsland, Servië, Zwitserland en Bosnië-Herzegovina [1].

Global Tobacco Industry Interference Index

Vanaf 2018 weert de Nederlandse overheid actief de inmenging van de tabaksindustrie. De Global Tobacco Industry Interference Index geeft daarbij aan in hoeverre een land actief de inmenging van de tabaksindustrie tegengaat. Aan dit onderzoek werd in 2021 deelgenomen door 80 landen [3].

- Wereldwijd stond Nederland in 2021 op de zesde plaats, waarmee er wereldwijd slechts vijf landen waren die het in 2021 beter deden dan Nederland [3]. Binnen Europa gekeken, stond Nederland in 2021 op de derde plaats en deden alleen Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk het beter. Wereldwijd stond het Verenigd Koninkrijk op de derde plaats en stond Frankrijk op de vierde plaats. Op de eerste plaats stond Brunei Darussalam en op de tweede plaats stond Nieuw-Zeeland [3].
- Nederland heeft er vooral goed aan gedaan om de tabaksindustrie actief buiten de beleidsvorming over het Nationaal Preventieakkoord (NPA) te houden. Er zijn met name twee dingen die Nederland toch nog beter kan doen. In de eerste plaats dient de samenwerking tussen de douane en de tabaksindustrie te worden beperkt. In de tweede plaats dient er via het transparantieregister meer transparantie te komen over de contacten tussen de regering en de tabaksindustrie [4].

Bronnen

1. Joossens L, Olefir L, Feliu A, Fernandez E. The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. Brussels: Smoke Free Partnership, Catalan Institute of Oncology; 2022.
2. Kuipers MA, Monshouwer K, Van Laar MW, Kunst AE. Tobacco Control and Socioeconomic Inequalities in Adolescent Smoking in Europe. Vol. 49, American Journal of Preventive Medicine. 2015. p. e64–e72.

3. Assunta M. Global Tobacco Industry Interference Index 2021. Bangkok: Global Center for Good Governance in Tobacco Control (GGTC); 2021.
4. Willemsen M. De overheid moet alert blijven op de tabakslobby [Internet]. 2021. Available from: https://web.archive.org/web/20211102112733/https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/de-overheid-moet-alert-blijven-op-de-tabakslobby

2.3 Alcohol

Snel naar:

- Alcoholwet
- Alcoholbeleid in het verkeer
- Alcoholmarketing
- Prijsbeleid alcohol

2.3.1 Wettelijke kaders en beleid alcohol

Het voorkomen en terugdringen van problematisch alcoholgebruik vormt één van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid, uitgewerkt in het Nationaal Preventieakkoord (NPA) [1]. In Nederland zijn er verschillende (nationale) wettelijke kaders die direct invloed hebben op het nationale alcoholbeleid:

- De Alcoholwet;
- De Wegenverkeerswet: voor straffen voor het rijden onder invloed van alcohol;
- De Mediawet: voor de regulering van alcoholreclame en -marketing op de radio en de televisie;
- Accijnsheffing op alcoholhoudende dranken (door het Ministerie van Financiën).

Andere belangrijke beleidsinstrumenten zijn preventie, voorlichting en verslavingszorg.

In het Nationaal Preventieakkoord Problematisch Alcoholgebruik zijn concrete doelstellingen en acties afgesproken om problematisch alcoholgebruik terug te dringen in samenwerking met vele verschillende partijen (zie § 2.3.2).

Onder problematisch alcoholgebruik wordt verstaan in het NPA [1]:

1) al het alcoholgebruik door jongeren onder de 18 jaar;
2) al het alcoholgebruik door zwangere vrouwen;
3) overmatig drinken: meer dan 14 glazen per week voor vrouwen en 21 voor mannen;
4) zwaar drinken: minstens één keer per week 4 glazen voor vrouwen en 6 voor mannen op één gelegenheid;
5) regelmatig binge drinken: minstens 5 glazen bij één gelegenheid minstens 1 keer per maand; en
6) een drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke klachten en/of psychische of sociale problemen en dat een adequate aanpak van bestaande problemen verhindert.

De belangrijkste wettelijke kaders en het beleid dat eruit voortvloeit worden hier kort beschreven. De tekst bevat steeds de meest recente ontwikkelingen.

Alcoholwet

Op 1 juli 2021 is de Alcoholwet (voorheen de Drank- en Horecawet) in werking getreden die eisen stelt aan verkopers van alcohol en de plaatsen waar alcohol mag worden verkocht [2,3]. De volgende wijzigingen zijn in de Alcoholwet, voor verkopers van alcohol en voor particulieren, in werking

getreden [4]:

- *Verbod op bepaalde prijsacties*. Prijsacties op alcoholhoudende dranken voor gebruik elders dan ter plaatse van meer dan 25% korting zijn verboden. Voor gebruik ter plaatse, zoals happy hours in de horeca, heeft de gemeente de mogelijkheid om beperkingen aan prijsacties te stellen.
- *Strafbaarstelling van volwassenen die alcohol doorgeven aan minderjarigen (wederverstrekking)*. Met dit wetsvoorstel wordt het strafbaar als een volwassene, in de publieke ruimte, alcoholhoudende drank geeft aan een minderjarige.
    - Uitzondering strafbaarstelling 16- en 17-jarige testkopers in het kader van toezicht.
    - Uitzondering strafbaarstelling 14- en 15-jarige vmbo-leerlingen in het kader van horecastage.
- *Regels voor de verkoop van alcohol op afstand, dat is, het aanbieden en de aankoop van alcoholhoudende dranken via internet of telefoon, met verstrekking van de alcoholhoudende drank op het adres van de geadresseerde of bij een bedrijfsmatig ophaalpunt*. Naast de wettelijke plicht om op het moment van verstrekking vast te stellen of de koper 18 jaar is, gelden de volgende nieuwe regels:
    - Ook bij het opgeven van bestellingen van alcoholhoudende dranken dient de leeftijd van de koper geverifieerd te worden. De verkoper dient de leeftijd van de koper na te vragen én de koper dient voor afronding van het aankoopproces zijn/haar leeftijd aan te vinken of een andere actieve handeling te verrichten om de leeftijdsvraag te beantwoorden.
    - De verkoper van de alcoholhoudende drank dient te zorgen voor een geborgde werkwijze waarin wordt beschreven hoe op het moment van verstrekking van de alcoholhoudende drank de leeftijd van de ontvanger wordt geverifieerd.
    - Bestellingen van alcoholhoudende dranken kunnen alleen worden afgeleverd op het adres van de geadresseerde waarvoor de alcoholhoudende drank is bestemd of bij een bedrijfsmatig ophaalpunt.
    - Bestellingen van sterk alcoholhoudende dranken en producten behorende tot het slijtersbedrijf, mogen alleen worden gedaan op een website die geen andere producten aanbiedt.
    - Voor het toezicht op de leeftijdsgrens bij verkoop op afstand mag gebruik worden gemaakt van een fictieve identiteit.
    - Het toezicht wordt gecentraliseerd bij de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA).
- *Toestaan van betaalde proeverij in slijterijen.* De Alcoholwet maakt het mogelijk om een specifieke vorm van blurring toe te staan, namelijk het schenken van alcoholhoudende dranken in slijterijen. Dit maakt het mogelijk voor slijterijen om betaalde proeverijen in hun zaak te organiseren. Bij een gemeentelijke verordening mogen betaalde proeverijen plaatsvinden op dagen en tijden waarop de desbetreffende slijterij normaal gesproken gesloten is en de Winkeltijdenwet opening wel toestaat.
- *Aanwijzing alcoholoverlastgebied*. Bij een gemeentelijke verordening kan bij ernstige aantasting van de volksgezondheid, leefomgeving of openbare orde een gebied worden aangewezen als alcoholoverlastgebied. In die gemeentelijke verordening kan dan worden bepaald dat:
    - de verstrekking van zwakalcoholhoudende drank vanuit bepaalde verkooppunten beperkt of verboden wordt;
    - aanvragen voor een vergunning op grond van de Alcoholwet geweigerd kunnen worden;

    - er bepaalde beperkingen of verboden worden opgelegd, zoals happy hours in de horeca.
- *Regels voor de verstrekking van alcoholhoudende dranken op vervoersmiddelen.* Middels een gemeentelijke verordening kan bepaald worden dat op vervoersmiddelen – bestemd voor het vervoer van personen en waarop bedrijfsmatig of anders dan om niet alcoholhoudende drank wordt verstrekt – een medewerker met voldoende kennis en inzicht in sociale hygiëne aanwezig dient te zijn. Dit, om de risico's op overlast, zoals door commerciële bierfietsen, partybussen en op kleinere boten die door de binnenstad varen, te verkleinen.
- *Overbodige inrichtingseisen horeca en slijterijen zijn vervallen*. Inrichtingseisen voor horeca en slijterijen die grotendeels onnodig aanvullend zijn op de algemene eisen uit het Bouwbesluit zijn vervallen, zoals eisen over elektriciteit en ventilatie in de horeca.

Meer informatie over de Alcoholwet, zie het Expertisecentrum Alcohol

Alcoholbeleid in het verkeer

In de Wegenverkeerswet staat een verbod op Rijden Onder Invloed (ROI) van alcohol en/of drugs. In Nederland mag een ervaren bestuurder (≥ 5 jaar in het bezit van rijbewijs) maximaal 0,5‰ (promille) alcohol in zijn bloed hebben tijdens verkeersdeelname. Voor beginnende bestuurders en brom- en snorfietsers geldt een maximum van 0,2‰.

ROI van alcohol levert een gevaar op voor de verkeersveiligheid. Naar schatting van het Instituut voor Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) vielen er in 2015 tussen de 75 en 140 verkeersdoden als gevolg van het rijden onder invloed. In 2017 was bij 10% van de dodelijke ongelukken op de snelweg te veel alcohol gedronken [5–7]. In 2022 zijn opnieuw metingen uitgevoerd naar het rijden onder invloed van alcohol, daaruit bleek een forse stijging tussen 2017 en 2022 van het aandeel automobilisten dat rijdt onder invloed op weekendnachten (2017: 1,4%, 2022: 2,6%) [8,9]. Zie voor meer informatie hierover § 17.2.4 onder Rijden onder invloed.

In het Strategisch Plan Verkeersveiligheid 2030 (SPV 2030) heeft de regering samen met alle mede-overheden en veel maatschappelijke partijen een nieuwe visie ontwikkeld om ROI van alcohol en/of drugs te verminderen [10]. Het SPV 2030 beschrijft negen beleidsthema's met de belangrijkste risico's voor verkeersveiligheid. Eén van die thema's is het Rijden Onder Invloed (ROI) van alcohol en/of drugs. Het doel voor 2030 is om significant minder middelengebruik te bereiken in het verkeer.

In het Landelijk Actieplan Verkeersveiligheid 2019-2021 staan per beleidsthema de maatregelen voor de jaren 2019-2021 ter uitvoering van SPV 2030. Enkele maatregelen zijn:

- Stroomlijnen van het duale stelsel van straf- en bestuursrecht voor de aanpak van ROI van alcohol;
- Verlaging van de grens voor geschiktheidsonderzoek voor alle bestuurders naar 1,3‰;
- Verhoging van de strafmaat voor rijden onder invloed van alcohol;
- Onderzoek naar de mogelijkheid om data uit digitale blaastesten te gebruiken voor een landelijk dekkend alcoholmeetnet;
- Onderzoek naar bredere toepasbaarheid van de Alcoholmeter [11,12] .

De overheid werkt aan een nieuw Landelijk Actieplan Verkeersveiligheid 2022-2025 [13].

Sinds 2001 wordt de BOB-campagne gevoerd.

- De communicatiedoelstelling van de BOB-campagne is het vestigen en bestendigen van de sociale norm: geen alcohol drinken als je nog moet rijden.
- Uit het campagne-effectonderzoek naar de campagne ‘BOB winter 2018-2019’ blijkt dat bijna iedereen weet wat met de term BOB bedoeld wordt en circa negen op de tien vinden dat een BOB helemaal geen alcohol moet drinken als hij of zij nog moet autorijden. Deze norm is ook al geruime tijd stabiel. De meerderheid staat sinds 2015 positief tegenover ‘zeggen dat je BOB bent’ [14].

Voor meer informatie over alcoholbeleid in het verkeer, zie het Expertisecentrum Alcohol

Alcoholmarketing

Alcoholmarketing is een verzamelnaam voor de manier waarop alcoholhoudende drank in de markt wordt gezet. Alcoholreclame is één van vele mogelijke marketingacties. Blootstelling aan alcoholreclame leidt ertoe dat jongeren die (nog) geen alcohol drinken eerder beginnen met het drinken van alcohol en jongeren die al drinken, gaan meer drinken [15–17]. Een beperking of verbod op alcoholmarketing is één van de drie best buys of (kosten)effectieve maatregelen voor het verminderen van schadelijk alcoholgebruik [2,15–18]. In de herziene versie van de Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen (MKBA) is berekend dat een totaal verbod op alcoholreclame tot een gemiddelde reductie van 4% in het alcoholgebruik leidt [19]. Een beperking van alcoholmarketing komt expliciet in het Nationaal Preventieakkoord (NPA) Problematisch Alcoholgebruik aan de orde (zie § 2.3.2b).

Voor meer informatie over alcoholreclame en alcohol in de media, zie het Expertisecentrum Alcohol

In Nederland wordt alcoholreclame grotendeels gereguleerd door de alcoholindustrie zelf in de Reclamecode voor Alcoholhoudende Dranken. Bij zelfregulering leggen alcoholproducenten zelf in gedragscodes vast wat volgens hen goede marketingstandaarden zijn voor alcoholreclame en dragen zelf verantwoordelijkheid voor de naleving van deze codes. Daarnaast zijn er twee bepalingen opgenomen in de Mediawet voor uitzendtijden voor alcoholreclame via de traditionele mediakanalen (radio en televisie) (artikel 2.94 en 3.7), productplaatsing (artikel 2.94 en 3.7) en (alcohol)sponsoring (artikel 2.107) én is er één bepaling opgenomen in de Alcoholwet, die de minister van VWS de bevoegdheid heeft om bij algemene maatregel van bestuur beperkingen te stellen aan alcoholreclame (artikel 2).

Er is in Nederland geen wetgeving voor de regulering van online alcoholreclame. Een beperking of een verbod op online alcoholreclame, specifiek via sociale media-kanalen, wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) als een grote uitdaging gezien. Dit, aangezien online alcoholreclame de landsgrenzen overstijgt en er een verschuiving plaatsvindt van traditionele commerciële uitingen naar nieuwe advertentietechnieken [20].

Reclamecode voor Alcoholhoudende dranken (RvA)

De Reclamecode voor Alcoholhoudende dranken (RvA) is in opdracht van het Ministerie van VWS en Stichting Verantwoorde Alcoholconsumptie (STIVA) geëvalueerd om de effectiviteit te onderzoeken als het gaat om verantwoorde alcoholmarketing. Bij STIVA werken Nederlandse producenten en importeurs van bier, wijn en gedistilleerde dranken samen om een bijdrage te leveren aan het

bevorderen van verantwoorde alcoholconsumptie en verantwoorde alcoholreclame. De onderzoekers zien ruimte voor verbetering waar het gaat om de bescherming van minderjarigen en doen aanbevelingen gericht op onder andere de versterking van de actualiteit, de uitvoerbaarheid, de naleving en de handhaving van de RvA [21].

Reclamecode voor Alcoholvrij en Alcoholarm Bier (RvAAB)

Op 15 oktober 2020 is de Reclamecode voor Alcoholvrij en Alcoholarm Bier (RvAAB) in werking getreden [22]. Met het opstellen van de RvAAB is één van de afspraken die Nederlandse Brouwers en de STIVA maakten in het kader van het NPA Problematisch Alcoholgebruik, afgerond. In de code is onder andere vastgelegd dat reclame voor alcoholvrij en alcoholarm bier niet gericht mag worden op jongeren onder de 18 jaar en dat reclame voor alcoholarm bier niet gericht mag worden op zwangere vrouwen en op actieve verkeersdeelname.

Voor meer informatie over zelfregulering en wetgeving van alcoholmarketing en alcoholvrije dranken, zie het Expertisecentrum Alcohol

Prijsbeleid alcohol

De prijs van alcoholhoudende drank heeft invloed op de hoeveelheid drank die mensen kopen. Een prijsverhoging van alcoholhoudende drank is één van de drie best buys of (kosten)effectieve maatregelen voor het verminderen van schadelijk alcoholgebruik [18]. De prijs van alcoholhoudende drank kan verhoogd worden door het heffen van accijns. Dat is vastgelegd in Wet op de accijns. De laatste generieke verhoging van de accijns was in 2014, sindsdien is alleen de accijns van bier in het laagste platotarief verhoogd op 1 januari 2016. De aanpassing van de accijns op wijn en sterkedrank op 1 januari 2017 betrof een budgetneutrale aanpassing van de categorieën [23]. Zie voor een internationale vergelijking van accijns § 11.8.3. Daarnaast zijn er twee bepalingen opgenomen in de Alcoholwet (zie § 2.3.1a) over de prijs van alcohol: een verbod op bepaalde prijsacties (artikel 2a) en een mogelijkheid voor gemeenten om een verbod op happy hours op te leggen (artikel 25d).

Voor meer informatie over prijsbeleid van alcohol, zie het Expertisecentrum Alcohol

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Ministerie van VWS. Nationaal Preventieakkoord: Een gezonder Nederland [Internet]. Den Haag: Ministerie van VWS; 2018. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord/nationaal-preventieakkoord.pdf
2. Alcoholwet [Internet]. 2021. Available from: https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0002458&z=2021-07-01&g=2021-07-01
3. Overheid.nl. Drank- en horecawet [Internet]. 2017. Available from: wetten.nl - Regeling - Drank- en Horecawet - BWBR0002458 (archive.org)
4. Rijksoverheid. Overzicht veranderingen door Alcoholwet [Internet]. 2021. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/alcohol/documenten/publicaties/2021/07/01/overzicht-veranderingen-door-alcoholwet

5. SWOV. Rijden onder invloed van alcohol: SWOV-factsheet. Den Haag: SWOV; 2018.
6. T.K.29398-588. Maatregelen verkeersveiligheid: Brief regering: Aanpak rijden onder invloed van alcohol. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.
7. Davidse, R.J.; Louwerse, W.J.R.; Van Duijvenvoorde, K. Dodelijke verkeersongevallen op rijkswegen in 2017 : analyse van ongevals- en letselfactoren en daaruit volgende aanknopingspunten voor maatregelen. Den Haag: SWOV; 2019.
8. Aarts LT, Wijlhuizen GJ, Gebhard SE, Goldenbeld Ch, Decae RJ, Bos NM, et al. Achtergronden bij De Staat van de verkeersveiligheid 2021: De jaarlijkse monitor: R-2021-21A. Den Haag: SWOV – Instituut voor Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid; 2021.
9. SWOV. Rijden onder invloed van alcohol: SWOV factsheet [Internet]. Den Haag: SWOV; 2022. Available from: https://swov.nl/nl/factsheet/rijden-onder-invloed-van-alcohol
10. Waterstaat M van Infrastructuur en, Veiligheid M van Justitie en, Overleg I, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Amsterdam V, Rotterdam M. Veilig van deur tot deur: Strategisch Plan Verkeersveiligheid 2030. Den Haag: Ministerie van IenW; 2018.
11. T.K.29398-639. Maatregelen verkeersveiligheid: Brief regering: Strategisch Plan Verkeersveiligheid 2030 en Landelijk Actieplan Verkeersveiligheid 2019-2021. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.
12. Waterstaat M van Infrastructuur en. Landelijk Actieplan Verkeersveiligheid 2019-2021: Veilig van deur tot deur. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
13. T.K.29398-936. Voortgangsrapportage Strategisch Plan Verkeersveiligheid [Internet]. Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021. Available from: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2021Z08579&did=2021D18898
14. Van Kalmthout R. Bob winter 2018-2019: Eindrapportage campagne-effectonderzoek. Den Haag: Kantar Public; 2019.
15. Van Hoof J, Hendriks H, Noort P, Van Eck M, Basemans S, Pieterse M, et al. Kennissynthese Alcoholmarketing. Universiteit van Twente; Universiteit van Amsterdam; Tactus Verslavingszorg; 2020.
16. Noel, J.K., Sammartino, C.J., & Rosenthal, S.R. Exposure to digital alcohol marketing and alcohol use: A systematic review. Vol. Mar, Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2020. p. 57–67.
17. Jernigan D, Noel J, Landon J, Thornton N, Lobstein T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. Vol. 112, Addiction. 2017. p. 7–20.
18. Health Organization W. Saving lives, spending less: the case for investing in noncommunicable diseases. 2021.
19. De Wit GA, Van Gils PF, Over EAB, Suijkerbuijk AWM, Lokkerbol J, Smit F, et al. Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen [Internet]. Bilthoven: RIVM; 2016. Available from: https://assets.trimbos.nl/docs/1ce2d5c6-c32a-48cd-b876-05f23c269cc6.pdf
20. Health Organization W. WHO HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 68: What is the current alcohol labelling practice in the WHO European Region and what are barriers and facilitators to development and implementation of alcohol labelling policy? World Health Organization European Union; 2020.
21. Bureau voor de Statistiek C. Verkooppunten alcoholhoudende drank, oktober 2019 [Internet]. 2020. Available from: http://web.archive.org/web/20201109142256/https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/20/verkoo

ppunten-alcoholhoudende-drank-oktober-2019
22. Reclame Code S. Reclamecode voor Alcoholvrij en Alcoholarm Bier (RvAAB) [Internet]. 2020. Available from: http://web.archive.org/web/20201026170747/https://www.reclamecode.nl/nrc/reclamecode-voor-alcoholvrij-en-alcoholarm-bier-rvaab/
23. Belastingdienst.nl. Tarievenlijst Accijns en verbruiksbelastingen.

2.3.2 Nationaal Preventieakkoord

Snel naar:

- Nationaal Preventieakkoord Problematisch Alcoholgebruik: ambities en doelstellingen
- Alcohol en de school- en studieomgeving
- Marketing van alcoholhoudende drank
- Bewustwording en vroegsignalering
- Een gezonde sportomgeving
- Naleving en handhaving bij leeftijdsgrens en dronkenschap
- Wijziging alcoholbeleid tijdens de coronacrisis

Nationaal Preventieakkoord Problematisch Alcoholgebruik: ambities en doelstellingen

In het Nationaal Preventieakkoord (NPA) Problematisch Alcoholgebruik worden de volgende ambities en doelstellingen voor 2040 geformuleerd [1]:

- *Geen alcoholgebruik tijdens de zwangerschap.* Het percentage zwangere vrouwen dat alcohol drinkt daalt van 8,9% in 2017 naar nog maximaal 4% in 2040. Daarnaast is het aandeel moeders dat heeft gedronken, terwijl zij wisten dat ze zwanger waren, gedaald van 4,6% naar nog maximaal 2%. Uiteindelijk is het streven om tot 0% alcoholgebruik te komen onder zwangeren.
- *Geen alcoholgebruik onder de 18 jaar*. Het aandeel scholieren (12-16 jaar) dat ooit alcohol heeft gedronken, daalt van 45% in 2017 naar nog maximaal 25% in 2040. Daarnaast daalt het aandeel scholieren dat de afgelopen maand alcohol heeft gedronken van 25% naar 15% in 2040; onder jongeren die de afgelopen maand hebben gedronken, is het aandeel binge drinkers gedaald van 71% naar 45% in 2040. Uiteindelijk is het doel dat geen van de jongeren onder de 18 jaar alcohol gebruiken.
- *Minder overmatig en zwaar alcoholgebruik.* Het percentage Nederlanders van 18 jaar en ouder dat overmatig drinkt daalt van 8,8% in 2017 naar 5% in 2040, met vooral aandacht voor overmatige drinkers van 50+. Daarnaast daalt het aandeel van het totaal aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat zwaar drinkt van 8,5% naar 5% in 2040, met vooral aandacht voor het aandeel zware drinkers onder jongvolwassenen (18-30 jaar).
- *De bewustwording van het eigen drinkgedrag en de effecten daarvan neemt toe.* De ambitie is dat, in 2040, 80% van de bevolking van 12 jaar en ouder de belangrijke (gezondheids)effecten van alcoholgebruik kent. Daarbij is een specifiek onderdeel voor vrouwen die zwanger willen worden, de aandacht voor de invloed van alcohol op de foetus. Voor mannen is daarbij een specifiek onderdeel de verhoging van de bewustwording over de mogelijke impact van hun drinkgedrag op hun vruchtbaarheid.

Voortgang NPA Problematisch Alcoholgebruik

De belangrijkste doelstellingen en afspraken van het NPA Problematisch Alcoholgebruik richten zich

op vijf thema's. Voor deze thema's brengt het RIVM jaarlijks de voortgang in kaart [2,3]. Hieronder wordt de voortgang van de doelstellingen per thema kort weergegeven.

Voor de uitgebreide voortgang van de doelstellingen én de afspraken per thema, zie Expertisecentrum Alcohol.

Alcohol en de school- en studieomgeving

Er zijn vier doelstellingen binnen het thema 'Alcohol en de school- en studieomgeving' voor 2021 geformuleerd. Drie doelstellingen zijn volledig bereikt, één doelstelling gedeeltelijk.

Zo heeft 26% van alle po-, vo-, en mbo-scholen van Nederland gebruik gemaakt van het Ondersteuningsaanbod Gezonde School. Het doel was 25% in 2020 en is met 26% in 2021 alsnog behaald. Daarnaast is er in 2021 een evidence-based aanbod van alcoholpreventie in po, vo en mbo beschikbaar, evenals een op maat gemaakt en integraal aanbod van alcoholpreventie voor het Praktijkonderwijs en het Voortgezet Speciaal Onderwijs (vso). Deze doelstellingen waren al in 2020 behaald, maar er zijn nog twee erkende interventies in 2021 bijgekomen. Bovendien heeft in 2021 33% van de steden met universiteiten plannen 'Alcoholpreventie & Studie' ontwikkeld en uitgevoerd. Er zijn nog geen steden met hogescholen waar plannen 'Alcoholpreventie & Studie' zijn ontwikkeld, maar ze zijn er wel mee gestart. Deze doelstelling is dus gedeeltelijk behaald.

Voor meer informatie over alcohol en jongeren, alcohol en studenten en alcoholvrije dranken, zie het Expertisecentrum Alcohol

Marketing van alcoholhoudende drank

Er zijn twee doelstellingen binnen het thema 'Marketing van alcoholische drank' geformuleerd, maar deze zijn niet concreet en hebben geen streefdatum. Het is daarom niet na te gaan of de twee doelstellingen zijn bereikt.

Voor meer informatie over alcoholreclame en alcohol in de media en alcohol en sport, zie het Expertisecentrum Alcohol

Bewustwording en vroegsignalering

Er zijn twee doelstellingen binnen het thema 'Bewustwording en vroegsignalering' voor 2021 geformuleerd. Eén doelstelling is volledig bereikt, één doelstelling gedeeltelijk.
In 2019 is het platform Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA) opgericht. De eerste doelstelling was het starten met het platform vroegsignalering om te zorgen voor agendasetting, verspreiding van opgedane kennis en implementatie van screening en kortdurende interventie in 2019 en is dus in 2021 behaald. Daarnaast a) biedt de website Allesoverdrinken.nl een keten van matched care (online) interventies; b) zijn 80% van zorgpaden ontwikkeld; c) is het onbekend hoeveel vrijwilligers zijn getraind in vroegsignalering van problematisch alcoholgebruik; d) zijn enkele mogelijke modellen voor de op- en inrichting van het steunpunt uitgewerkt en e) zijn: 11 verslavingszorginstellingen getraind in evidence based naasteninterventies; 65 professionals getraind in 'CRAFT', 9 in de '5-Stappenmethode' en 20 in 'Help, mijn kind kan niet zonder!'. Hiermee is de tweede doelstelling gedeeltelijk behaald.

Voor meer informatie over voorlichting en educatie, zie het Expertisecentrum Alcohol

Een gezonde sportomgeving

Er zijn geen doelstellingen binnen het thema ‘Een gezonde sportomgeving’ geformuleerd die in 2021 behaald moeten zijn.

Naleving en handhaving bij leeftijdsgrens en dronkenschap

Er zijn twee doelstellingen binnen het thema ‘Naleving en handhaving bij leeftijdsgrens en dronkenschap’ geformuleerd, maar in 2021 is er geen onderzoek gedaan om na te gaan of deze doelstellingen zijn bereikt.

Voor meer informatie over het NPA Problematisch Alcoholgebruik, zie het Expertisecentrum Alcohol

Wijziging alcoholbeleid tijdens de coronacrisis

Sinds de start van de coronacrisis zijn perioden van strenge en minder strenge maatregelen en perioden met bijna geen maatregelen. Zo waren van 19 december 2021 tot 26 januari 2022 restaurants, cafés en veel andere publiek toegankelijke locaties gesloten [4]. Van 26 januari 2022 tot 24 maart 2022 mochten zij geopend zijn tot 22:00 uur. Vanaf 24 maart 2022 gelden er geen maatregelen meer voor horeca- en uitgaansgelegenheden.

Voor meer informatie over Alcohol en het coronavirus, zie het Expertisecentrum Alcohol

Voor informatie over de invloed van de coronacrisis op het gebruik van alcohol in Nederland zie § 11.1.2.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. T.K.32793-339. Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Nationaal Preventieakkoord. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.
2. Van Giessen A, Boer J, Van Gestel I, Douma E, Du Pon E, Blokstra A, et al. Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2019. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2020.
3. Van Giessen A, Boer J, Van Gestel I, Pees S, Douma E, Kuijpers T, et al. Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2020. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2021.
4. RIVM. Tijdlijn van coronamaatregelen [Internet]. RIVM. 2022. Available from: https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/tijdlijn-maatregelen-covid

2.3.3 Lokaal alcoholbeleid

Snel naar:

- Rol van gemeenten
- Preventie- en handhavingsplan alcohol

Rol van gemeenten

Het nationale alcoholbeleid wordt op gemeentelijk niveau verder uitgewerkt en in praktijk gebracht. Gemeenten volgen in hun lokale beleidsplannen grotendeels de landelijke kaders en prioriteiten, maar hebben ook veel vrijheid om het lokale alcoholbeleid aan te passen aan de plaatselijke situatie.

Preventie- en handhavingsplan alcohol

Gemeenten hebben vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) de verantwoordelijkheid om elke vier jaar een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid op te stellen, maar de Alcoholwet is voor het lokale alcoholbeleid het belangrijkste kader. De Alcoholwet verplicht gemeenten om elke vier jaar een Preventie- en handhavingsplan alcohol op te stellen met hoofdpunten van het beleid voor de preventie van alcoholgebruik en voor de handhaving van de Alcoholwet. Het plan dient gelijk te lopen met de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid.

Voor meer informatie over lokaal alcoholbeleid, zie het Expertisecentrum Alcohol

2.3.4 Campagnes en alcoholetikettering

In de afgelopen jaren zijn diverse activiteiten en projecten uitgevoerd om problematisch alcoholgebruik te voorkomen en/of terug te dringen. Deze activiteiten liepen over het algemeen al vóór het NPA Problematisch Alcoholgebruik. Wel is in het NPA Problematisch Alcoholgebruik afgesproken dat bepaalde campagnes worden voortgezet, waaronder IkPas en NIX18.

Landelijke campagnes zijn o.a. NIX18, IkPas/'40 dagen geen druppel' en de BOB-campagne. Zie voor meer informatie over deze campagnes § 2.3.2 Bewustwording en vroegsignalering.

Voor meer informatie over voorlichting en educatie, zie het Expertisecentrum Alcohol

Alcoholetikettering

Het verplicht vermelden van productinformatie (ingrediënten en voedingswaarde) en gezondheidsinformatie en -waarschuwingen over de risico's van alcohol op etiketten van alcoholhoudende dranken (dat wil zeggen: alcoholetikettering) is een middel om bewustwording over de schadelijkheid van alcohol te vergroten en daarmee schadelijk alcoholgebruik terug te dringen.

- Alcohol-etikettering is momenteel niet verplicht in de Europese Unie (EU), maar het wordt wél aangeraden in de wereldwijde strategie van de WHO om schadelijk alcoholgebruik te verminderen [1].
- Eén van de 27 EU-landen (Ierland) en acht van de 53 landen uit de WHO Europese Regio (Armenië, Israël, Kazachstan, Kirgizië, Moldavië, Noorwegen, Rusland en Wit-Rusland) hebben verplichte alcoholetikettering ingevoerd. Sommige landen hebben één onderdeel van verplichte alcohol-etikettering ingevoerd [1]. Bovendien voldoet de etikettering van alcoholhoudende dranken meestal niet aan de aanbevelingen van de WHO.
- In Nederland wordt alcohol-etikettering overgelaten aan de producenten (zelfregulering). Verschillende experts onderstrepen het belang van verplichte alcohol-etikettering door te wijzen op het recht van consumenten om te weten wat er in een product zit, en welke risico's het gebruik ervan met zich mee brengt [2]. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat verplichte alcohol-etikettering door de overheid effectiever is dan zelfregulering door de alcoholindustrie. Uit onderzoek blijkt dat verplichte alcoholetikettering mogelijk is in Nederland [2]. Indien alcohol-etikettering in Nederland ingevoerd wordt, is het belangrijk om lering te trekken uit de ervaringen van de landen die dit beleid al wettelijk hebben ingevoerd, en om EU- en WHO-richtlijnen te volgen over de inhoud en de vormgeving van de etiketten [2].

Voor meer informatie over alcoholetikettering, zie het Expertisecentrum Alcohol

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Health Organization W. WHO HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 68: What is the current alcohol labelling practice in the WHO European Region and what are barriers and facilitators to development and implementation of alcohol labelling policy? World Health

Organization European Union; 2020.
2. Voogt C, Smit K. Etikettering van alcoholhoudende dranken: Onderzoek naar de mogelijkheid van verplichte etikettering van alcoholhoudende dranken in Nederland [Internet]. Trimbos-instituut; 2021. Available from: https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1927-etikettering-van-alcoholhoudende-dranken/

2.3.5 Internationaal alcoholbeleid

Hoewel er geen internationale verdragen zijn over alcoholgebruik, zoals voor drugs of tabak, komt dit thema wel regelmatig op de agenda van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Europese Commissie (EC) van de Europese Unie (EU). De WHO bundelt kennis en adviseert over effectieve beleidsmaatregelen en interventies. Voor de komende jaren heeft de WHO een nieuw actieplan ontwikkeld voor de implementatie van de internationale strategie om schadelijk alcoholgebruik terug te dringen [1]. De Europese Commissie (EC) ondersteunt en faciliteert lidstaten bij gezondheidsbevordering, waar preventie van schadelijk alcoholgebruik een onderdeel van is [2]. De nationale overheden bepalen hierbij zelf in welke mate ze de adviezen en instrumenten van de WHO en de EC overnemen voor hun nationale alcoholbeleid. Op Europees niveau is er de laatste jaren steeds meer aandacht voor het terugdringen van problematisch alcoholgebruik.

- In december 2022 heeft de Europese afdeling van de WHO het *Evidence into Action Alcohol (EVID)*-project gelanceerd met steun van de Europese Commissie. In dit project wordt € 10 miljoen uitgetrokken om de implementatie van effectief en wetenschappelijk onderbouwd alcoholbeleid in de landen van de Europese Unie, Noorwegen, IJsland en Oekraïne te ondersteunen. Het project richt zich onder andere op verbetering van de etikettering van alcoholhoudende dranken en verbetering van de kennis over de schadelijkheid van alcoholgebruik, in het bijzonder de vergroting van het risico op kanker [3,4].
- Op 27 mei 2022 is het ‘Global alcohol action plan 2022-2030’ van de WHO in werking getreden [1]. Dit is een vervolg op het WHO ‘European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020’. De actieplannen van de WHO hebben geen kracht van wet, maar de lidstaten van de WHO kunnen wel zelf besluiten deze actieplannen te implementeren [1,5–10].
- Het Europees Kankerbestrijdingsplan (Europe’s Beating Cancer Plan) van de Europese Commissie bevat afspraken om de ziektelast door kanker te verminderen [2]. Het terugdringen van problematisch alcoholgebruik in de landen van de Europese Unie is een van de belangrijke actiepunten in dit plan vanwege het vergrote risico op kanker door alcoholgebruik.
- Eind 2018 presenteerde de WHO het actiepakket SAFER om overheden te ondersteunen het schadelijk alcoholgebruik met 10% te verminderen voor het einde van 2025 [7]. Het actiepakket bestaat uit vijf ‘high-impact’ strategieën:
    - Beperken van de beschikbaarheid van alcohol;
    - Maatregelen nemen tegen het rijden onder invloed van alcohol;
    - Bieden van toegang tot screening, kortdurende interventies en behandeling;
    - Verbieden of beperken van alcoholreclame, sponsoring en promotie;
    - Verhogen van alcoholprijzen via accijnzen en prijsbeleid.
- In het SAFER actiepakket wordt ook aangegeven dat de invloed van de industrie op het alcoholbeleid idealiter wordt beperkt [7]. De samenwerking zou zich moeten richten op het beperken van de rol van de industrie, vooral als het gaat om het beleid rondom de beschikbaarheid van alcohol, alcoholreclame, sponsoring en het prijsbeleid, om zo het problematisch alcoholgebruik terug te dringen [8].
- In 2019 heeft de WHO een statusrapport gepubliceerd met de conclusie dat Europese landen een strenger alcoholbeleid moeten hanteren wat betreft alcoholconsumptie, alcoholschade en de al dan niet genomen beleidsmaatregelen in 30 Europese landen [9].
- Eind 2019 zijn door de WHO bevindingen gepubliceerd [10] over de implementatie van de

internationale strategie om schadelijk alcoholgebruik te verminderen. Naar aanleiding van dit rapport is door de WHO het Actieplan voor 2022-2030 ontwikkeld, om op een effectieve manier het schadelijk alcoholgebruik te verminderen [1].
- De alcoholstrategie binnen de EU maakt ook onderdeel uit van een bredere gezondheidsstrategie: het EU Health Programme 2014-2020. Eén van de vier doelstellingen heeft betrekking op alcohol: “Promote health, prevent diseases and foster supportive environments for healthy lifestyles”. Eén van de risicofactoren voor een ongezonde leefstijl is schadelijk alcoholgebruik [11].

Voor meer informatie over internationaal alcoholbeleid, zie het Expertisecentrum Alcohol.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. WHO. Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. Geneva: WHO; 2021.
2. EC. Europe’s Beating Cancer Plan. Brussels: European Commission; 2021.
3. WHO. Turning down the alcohol flow. Background document on the European framework for action on alcohol, 2022–2025 [Internet]. Copenhagen: WHO; 2022. Available from: https://www.who.int/europe/publications/i/item/EUR-RC72-BG-4
4. WHO. New €10 million WHO–EU project will translate evidence into action to reduce alcohol consumption and harms [Internet]. 2023. Available from: https://www.who.int/europe/news/item/07-12-2022-new--10-million-who-eu-project-will-translate-evidence-into-action-to-reduce-alcohol-consumption-and-harms#:sim:text=EVID-ACTION is a €,alcohol consumption and cancer risks.
5. WHO. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO; 2012.
6. Health Organization W. WHO to accelerate action to reduce the harmful use of alcohol [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20201126143625/https:/www.who.int/news/item/28-03-2020-who-to-accelerate-action-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol
7. WHO. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels [Internet]. World Heal. Geneva; 2019. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/the-safer-technical-package
8. WHO. Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol: First draft [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/global-action-plan-on-alcohol-1st-draft
9. Alcohol E. WHO: Europese landen moeten een strenger alcoholbeleid hanteren. 2019.
10. Health Organization W. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. WHO; 2019.
11. Möhle, M.;Nijkamp, L.; De Greeff, J.; Miulder, J. STAD in Europe: a manual for communities preventing alcohol related harm. Utrecht: STAD in Europe; 2019.

2.3.6 Internationaal alcoholbeleid

[DEZE KOMT TE VERVALLEN]

Hoewel er geen internationale verdragen zijn over alcoholgebruik, zoals voor drugs of tabak, komt dit thema wel regelmatig op de agenda van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Europese Commissie (EC) van de Europese Unie (EU). De WHO bundelt kennis en adviseert over effectieve beleidsmaatregelen en interventies. Voor de komende jaren heeft de WHO een nieuw actieplan ontwikkeld voor de implementatie van de internationale strategie om schadelijk alcoholgebruik terug te dringen [1]. De Europese Commissie (EC) ondersteunt en faciliteert lidstaten bij gezondheidsbevordering, waar preventie van schadelijk alcoholgebruik een onderdeel van is [2]. De nationale overheden bepalen hierbij zelf in welke mate ze de adviezen en instrumenten van de WHO en de EC overnemen voor hun nationale alcoholbeleid.

- In de loop van 2022 gaat naar verwachting het 'Global alcohol action plan 2022-2030' van de WHO in werking [1]. Dit is een vervolg op het WHO ‘European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020’. De actieplannen van de WHO hebben geen kracht van wet, maar de lidstaten van de WHO kunnen wel zelf besluiten deze actieplannen te implementeren [1,3–8]. Tussen 2010 en 2015 werd gemiddeld de meeste vooruitgang geboekt met de community-based interventies, inclusief de werksetting, en met de aanpak van het rijden onder invloed van alcohol.
- Eind 2018 presenteerde de WHO het actiepakket SAFER om overheden te ondersteunen het schadelijk alcoholgebruik met 10% te verminderen voor het einde van 2025 [4]. Het actiepakket bestaat uit vijf ‘high-impact’ strategieën:
    - Beperken van de beschikbaarheid van alcohol;
    - Maatregelen nemen tegen het rijden onder invloed van alcohol;
    - Bieden van toegang tot screening, kortdurende interventies en behandeling;
    - Verbieden of beperken van alcoholreclame, sponsoring en promotie;
    - Verhogen van alcoholprijzen via accijnzen en prijsbeleid.
- In het SAFER actiepakket wordt ook aangegeven dat de invloed van de industrie op het alcoholbeleid idealiter wordt beperkt [4]. De samenwerking zou zich moeten richten op het beperken van de rol van de industrie, vooral als het gaat om het beleid rondom de beschikbaarheid van alcohol, alcoholreclame, sponsoring en het prijsbeleid, om zo het problematisch alcoholgebruik terug te dringen [5].
- In 2019 heeft de WHO een statusrapport gepubliceerd met de conclusie dat Europese landen een strenger alcoholbeleid moeten hanteren wat betreft alcoholconsumptie, alcoholschade en de al dan niet genomen beleidsmaatregelen in 30 Europese landen. Acht jaar na de implementatie van het Europese Actieplan voor Alcohol, heeft Europa de grootste prevalentie (problematische) drinkers en de laagste prevalentie geheelonthouders in vergelijking met andere WHO regio’s. In het rapport is ook te lezen dat 1 op de 4 doden onder jongvolwassenen van 20-24 jaar veroorzaakt wordt door alcohol en dat in Europa elke dag 800 mensen sterven aan de gevolgen van alcohol. De WHO geeft aan dat het grootste deel hiervan te voorkomen is door het implementeren van de volgende drie ‘best buys’ om alcoholgebruik te verminderen: hogere prijzen, beperking van de beschikbaarheid van alcohol en een verbod op alcoholreclame [6].

- Eind 2019 zijn door de WHO bevindingen gepubliceerd [7] over de implementatie van de internationale strategie om schadelijk alcoholgebruik te verminderen. Naar aanleiding van dit rapport is door de WHO het Actieplan voor 2022-2030 ontwikkeld, om op een effectieve manier het schadelijk alcoholgebruik te verminderen [1].
- De alcoholstrategie binnen de EU maakt tegenwoordig ook onderdeel uit van een bredere gezondheidsstrategie: het EU Health Programme 2014-2020. Een van de vier doelstellingen heeft betrekking op alcohol: “Promote health, prevent diseases and foster supportive environments for healthy lifestyles”. Eén van de risicofactoren voor een ongezonde leefstijl is schadelijk alcoholgebruik. In het Health Programme worden projecten en samenwerkingsverbanden van lidstaten gefinancierd om schadelijk alcoholgebruik terug te dringen. Een voorbeeld van een project waar Nederland bij betrokken is, is STAD in Europe [9].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. WHO. Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. Geneva: WHO; 2021.
2. EC. Europe’s Beating Cancer Plan. Brussels: European Commission; 2021.
3. WHO. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO; 2012.
4. WHO. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels [Internet]. World Heal. Geneva; 2019. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/the-safer-technical-package
5. WHO. Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol: First draft [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/global-action-plan-on-alcohol-1st-draft
6. EA. WHO: Europese landen moeten een strenger alcoholbeleid hanteren [Internet]. 2019. Available from: https://expertisecentrumalcohol.trimbos.nl/nieuws/bericht/who-europese-landen-moeten-een-strenger-alcoholbeleid-hanteren.
7. WHO. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. WHO; 2019.
8. WHO. WHO to accelerate action to reduce the harmful use of alcohol [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20201126143625/https:/www.who.int/news/item/28-03-2020-who-to-accelerate-action-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol
9. Möhle M, Nijkamp L, De Greeff J, Mulder J. STAD in Europe: a manual for communities preventing alcohol related harm. Utrecht: STAD in Europe; 2019.

2.4 Preventie en zorg

2.4.1 Beleidsontwikkelingen in preventie en voorlichting

Doel van preventie op het terrein van de volksgezondheid

Het doel van het preventiebeleid is om ervoor te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen [1]. In het overheidsbeleid worden verschillende vormen van preventie onderscheiden al naar gelang de doelgroep: universele preventie (richt zich op de gehele bevolking), selectieve preventie (richt zich op groepen met een verhoogd risico op het ontstaan van ziektes), geïndiceerde preventie (richt zich op individuen die nog geen ziekte hebben, maar daar wel een verhoogd risico op lopen), en zorggerelateerde preventie (richt zich op individuen die reeds een ziekte hebben). Samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) bereidt het Ministerie van VWS momenteel een nieuw bestuurlijk akkoord voor, namelijk het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) [2]. Het GALA "bouwt voort op de beweging die reeds gaande is, namelijk van zorg naar meer focus op gezondheidsbevordering en preventie" [2].

Voor preventiebeleid specifiek gericht op tabak zie § 2.2.2 en voor alcohol zie § 2.3.4.

Beleidsverantwoordelijkheid

In het Nederlandse stelsel van zorg en welzijn is het Ministerie van VWS beleidsverantwoordelijk voor preventie. De zorgverzekeraars (Zorgverzekeringswet), de zorgkantoren (Wet Langdurige zorg) en de gemeenten (Wet Publieke Gezondheid, Wet Maatschappelijke Ondersteuning, en de Jeugdwet) zijn verantwoordelijk voor de daadwerkelijke uitvoering van het preventiebeleid.

Speerpunten Nationaal Preventieakkoord

In 2017 heeft het kabinet Rutte-III 170 miljoen euro extra vrijgemaakt voor diverse preventiedomeinen. Het Nationaal Preventieakkoord (NPA) vormt daarvan een belangrijk focuspunt [3]. In het NPA, dat in november 2018 gesloten is tussen het Ministerie van VWS en meer dan 70 maatschappelijke organisaties, wordt aangesloten bij de door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) genoemde speerpunten [4]. Het is een samenhangend pakket van maatregelen, acties en ambities die bijdragen aan het gezonder maken van Nederland in 2040.

In haar coalitieakkoord voor 2021-2025 heeft het kabinet Rutte-IV aangekondigd de doelen van het Preventieakkoord door te zetten, "met als doel een gezonde generatie in 2040 met een focus op de jeugd door sport, voeding en bewegen" [5]. Volgens het coalitieakkoord vereist dit "een brede aanpak, met stimulering van gezonde keuzes en ontmoedigen van ongezonde keuzes, zonder mensen in hun vrijheid te beperken" [5]. Het Preventieakkoord werd daarbij uitgebreid met "mentale weerbaarheid", en er was besloten een "Nationaal Rapporteur Verslavingen" in te stellen, "die periodiek rapporteert over de omvang en ontwikkeling van verslavingsproblematiek" [5]. De Nationaal Rapporteur Verslavingen (NRV) werd vervolgens ingesteld op 4 november 2022 [6].

Roken, alcohol en overgewicht

Er is gekozen voor een aanpak op de onderwerpen roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht, omdat deze drie de grootste oorzaak voor ziektelast in Nederland zijn, met 35.000 sterftegevallen en 9 miljard aan zorguitgaven per jaar. De doelen en maatregelen voor roken en problematisch alcoholgebruik zijn beschreven in respectievelijk § 2.2.1 en § 2.2.2.

Nieuw paradigma voor preventiebeleid

In het rapport “Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen” stelt de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) voor om het preventiebeleid een nieuwe impuls te geven. Deze nieuwe impuls kan worden gegeven door niet langer de gezondheidsverschillen centraal te stellen maar het gezondheidspotentieel [7]. In deze aanpak wordt eerst gekeken hoe zoveel mogelijk gezondheidswinst kan worden behaald, en hoe gezondheidsverlies zoveel mogelijk kan worden voorkomen. Gezondheidswinst is het aantal extra jaren levensverwachting, respectievelijk extra aantal jaren gezonde levensverwachting, dat in een bepaalde periode wordt gerealiseerd. Deze actualisering van het kader voor preventieve gezondheidszorg sluit aan op de bredere ontwikkeling naar een sociale investeringsstaat, die in de plaats is gekomen van de klassieke verzorgingsstaat.

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) formuleert drie prioriteiten [7]:

- Nadruk op de aanpak in het begin van de levensloop (van de periode van vlak voor de zwangerschap tot en met het 18^{e} levensjaar).
- Extra aandacht voor degenen met de grootste gezondheidsachterstand (zoals mensen met een lage sociaaleconomische status).
- Keuze voor drie bekende speerpunten die de oorzaak zijn van een groot deel van de ziektelast in Nederland: roken, overgewicht en een ongezond eet- en beweegpatroon, en problematisch alcoholgebruik.

Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024

In de “Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024” worden de landelijke prioriteiten voor de periode van 2020 tot en met 2024 op het gebied van publieke gezondheid geformuleerd [8].

- Een van de doelstellingen is dat gepoogd gaat worden om meer preventieve interventies (deels of geheel) vanuit de Zorgverzekeringswet te bekostigen.
- Een van de gezondheidsvraagstukken die met voorrang worden aangepakt is het verkleinen van de gezondheidsachterstanden. Hierbij wordt aangesloten bij de conclusies uit het WRR-rapport “Van verschil naar potentieel”. De ambitie is dat in 2024 de levensverwachting van mensen met een lage SES is toegenomen en dat het aantal jaren in goede ervaren gezondheid voor de mensen met lage én een hoge SES eveneens is toegenomen.
- Een andere ambitie is dat vanaf 2024 gezondheidsbevordering via de leefomgeving met voorrang in wijken en buurten met gezondheidsachterstanden wordt toegepast. Op termijn wordt in alle wijken en buurten een leefomgeving ontwikkeld die een gezonde leefstijl mogelijk en gemakkelijk maakt [8].

Programma Preventie in het Zorgstelsel

In 2016 heeft het Ministerie van VWS maatregelen aangekondigd op het gebied van preventie voor risicogroepen [9,10].

- Tot de risicogroepen behoren onder andere mensen met overgewicht, kwetsbare ouderen en mensen met een lage sociaaleconomische status.
- Hierbij is samenwerking tussen het sociale en het curatieve domein nodig binnen het programma “Preventie in het zorgstelsel”. Daarbij worden zorgverzekeraars en gemeenten gestimuleerd om beter met elkaar samen te werken [9,10].
- Preventie van middelengebruik is in deze analyse niet als apart thema opgenomen.
- In 2019 heeft de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangegeven het programma “Preventie in het zorgstelsel” te willen verbreden. De focus moet komen te liggen op een interventiegerichte aanpak, versnelling van de implementatie van de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), betere benutting van de subsidieregeling Preventiecoalities en onderzoek naar leefstijlgeneeskunde [10].

Maatregelen Preventie in het Zorgstelsel

Voor preventie in het zorgstelsel zijn er vier maatregelen genomen, waarvan over de voortgang in mei 2019 en maart 2020 tussenevaluaties zijn verschenen [11,12]:

1. Stimuleren van preventie via Bestuurlijk Overleg.
2. Opzetten van een Digitaal Loket waar partijen terecht kunnen voor relevante informatie over preventie in de vijf stelselwetten en over de Subsidieregeling Preventiecoalities.
3. Instellen van het VWS Preventieteam, dat antwoord geeft op vragen waarop het Digitaal Loket geen antwoord heeft.
4. Uitvoeren van de subsidieregeling Preventiecoalities, waardoor gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk gedragen plannen voor effectieve preventie-activiteiten kunnen realiseren.

Evaluatie Preventie in het Zorgstelsel

In maart 2020 verscheen een tussentijdse evaluatie over met name de ontwikkeling van preventiecoalities tussen de gemeenten en de zorgverzekeraars rondom het opzetten van preventie voor risicogroepen [12]. In mei 2021 verscheen er een nieuwe evaluatie, waaruit bleek dat dat er steeds meer organisaties in samenwerkingsverbanden werkten aan preventie [13].

De resultaten voor 2019 waren als volgt [12]:

- In 2019 werden 95 netwerkinitiatieven gevonden die zich op een vorm van preventie richtten. De gemeente is bij 90% van deze initiatieven betrokken en de zorgverzekeraar bij 77%.
- Er werden 33 netwerkinitiatieven gericht op preventie met formele afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars gevonden, waarbij in 10 gevallen sprake was van formele preventiecoalities.
- In 77% van de netwerkinitiatieven werden een of meerdere interventies aangeboden die passen binnen de interventiegerichte aanpak. Een voorbeeld hiervan is een activiteit van Zorgverzekeraar Menzis. Op 15 oktober 2020 kwam in het nieuws dat deze verzekeraar een bijzondere driejarige afspraak had gemaakt met Verslavingszorg Noord Nederland: “Ernstig

verslaafde rokers kunnen behandeld of zelfs opgenomen worden in een verslavingskliniek van Verslavingszorg Noord Nederland" [14].

De resultaten voor 2020 waren als volgt [13]:

- Het aantal organisaties dat in samenwerkingsverbanden werkte aan preventie, steeg van 95 in 2019 naar 114 in 2020 [13].
- Van 114 netwerkinitiatieven was de mate van samenwerking bekend en het bleek dat bij 49 initiatieven sprake was van afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars [13].
- Bijna drie kwart (70%) van de netwerkinitiatieven bood een of meerdere interventies aan die benoemd worden binnen de interventiegerichte aanpak van VWS [13]. De focus is daarbij steeds meer komen te liggen op het bevorderen en het behouden van de gezondheid.

Verslavingspreventie

In de sociale wijkteams, die sinds 2015 in vele gemeenten zijn opgestart, is de verslavingspreventie maar moeizaam van de grond gekomen [15]. Op steeds meer plaatsen zijn wijkteams op het onderwerp "herkennen van overmatig middelengebruik" bijgeschoold, of worden preventiewerkers ingeschakeld [16]. Uit een inventarisatie komt naar voren dat sociaal werkers alcoholgebruik vaak ter sprake brengen en bij problematisch gebruik vaak direct naar de verslavingszorg doorverwijzen [17].

Wijkteams

Uit onderzoek blijkt dat in 2019 in 83% van de gemeenten sociale (wijk)teams actief waren [18]. In 46% van de gemeenten betrof het een breed integraal team voor alle hulpvragen. Nog steeds komen wijkteams onvoldoende toe aan preventief werken en vroegsignalering. Rondom het thema problematisch middelengebruik en verslaving maakte 64% van de wijkteams gebruik van externe specialisten, 20% gaf aan deze deskundigheid in het wijkteam zelf te hebben en 3% had een apart team voor deze problematiek. De taken die het meest opgepakt werden zijn: laagdrempelige ondersteuning bij vragen over middelengebruik, signalering van risicogroepen en samenwerking met de GGD.

Effectieve interventies

In de Interventiedatabank van het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) staan actuele leefstijlinterventies vermeld die door een gekwalificeerde erkenningscommissie zijn beoordeeld op theoretische onderbouwing en/of effectiviteit [19]. Het gaat om activiteiten en programma's die een gezonde leefstijl willen bevorderen. In 2022 waren er voor drugspreventie 11 interventies beoordeeld, voor alcoholpreventie 18, en voor tabakspreventie waren 10 interventies beoordeeld (zie onderstaande tabel). Een groot deel van de interventies past bij meerdere domeinen, met name voor zowel alcoholpreventie als drugspreventie. Kennis over de mate waarin deze interventies feitelijk worden uitgevoerd ontbreekt.

Aantal leefstijlinterventies[1] op het gebied van drugs, alcohol en tabak geordend naar kwalificatie door de erkenningscommissie van het Centrum Gezond Leven (CGL), 2021

Subtitle

	Drugs	Alcohol	Tabak
Sterke aanwijzingen voor effectiviteit (niveau IV)	-	-	2
Goede aanwijzingen voor effectiviteit (niveau III)	2	3	2
Eerste aanwijzingen voor effectiviteit (niveau II)	1	-	1
Goed onderbouwd (niveau I)	8	12	6
Totaal	11	15	11

Aantal beoordeelde interventies, dezelfde interventie kan bij verschillende categorieën worden ingedeeld. 1. Leefstijlinterventies zijn activiteiten of programma's die een gezonde leefstijl willen bevorderen. Bron: RIVM Centrum Gezond Leven (CGL).

Bronnen

1. T.K.25424-595. Verslag van een commissiedebat, gehouden op 9 november 2021, over GGZ / Maatschappelijke opvang / Suïcidepreventie, 22 november 2021. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
2. T.K.32793-646. Diverse onderwerpen leefstijl en preventie: Brief regering, 2 december 2022. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
3. T.K.32793-312. Preventief gezondheidsbeleid; Verslag van een algemeen overleg; Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 17 mei 2018, over Preventiebeleid / Alcohol- en tabaksbeleid / Infectiepreventie / Verslavingszorg/drugsbeleid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.
4. Ministerie van VWS. Nationaal Preventieakkoord: Een gezonder Nederland [Internet]. Den Haag: Ministerie van VWS; 2018. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord/nationaal-preventieakkoord.pdf
5. T.K.35788-77. Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst: Coalitieakkoord 2021 – 2025: VVD, D66, CDA en ChristenUnie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
6. T.K.36200-XVI-123. Instelling Nationaal Rapporteur Verslavingen: Brief regering, 4 november 2022. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
7. Broeders DWJ, Das HD, Jennissen RPW, Tiemeijer WR, De Visser M. Van verschil naar potentieel:

een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen: WRR policy brief 7. WRR Policy brief. Den Haag: WRR; 2018.
8. Ministerie van VWS. Gezondheid breed op de agenda: Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024. Den Haag: Ministerie van VWS; 2020.
9. T.K.32793-213. Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2016.
10. T.K.32793-403. Preventief gezondheidsbeleid: Brief regering: Tussenevaluatie maatregelen preventie in het zorgstelsel. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
11. Lemmens LC, Kemper PF, Baan CA. Tussenevaluatie maatregelen Preventie in het Zorgstelsel: ontwikkelingen rondom maatregelen en samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars periode maart 2016 t/m maart 2019. Bilthovern: RIVM; 2019.
12. Kemper PF, Lemmens LC, Scheepens MJ, Baan CA. Evaluatie Preventie in het Zorgstelsel: Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van preventie in 2019. Bilthoven: RIVM; 2020.
13. Kemper PF, Lemmens LC, De Bekker A. Evaluatie Preventie in het Zorgstelsel: Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van preventie in 2020. Bilthoven: RIVM; 2021.
14. Van Wijngaarden A. Zorgverzekeraar Menzis vergoedt behandeling verstokte roker: 15 oktober 2020, 08:15 [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/*/https://www.dvhn.nl/groningen/Zorgverzekeraar-Menzis-vergoedt-behandeling-verstokte-roker-26111708.html?harvest_referrer=https%3A%2F%2Fwww.tabaknee.nl%2F.
15. Bransen E, Collard P, Van der Poel A, Boon B. Sociale wijkteams en verslavingspreventie: Tijdige signalering en interventie bij problematisch gebruik van alcohol en drugs: Strategische verkenning. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
16. VPN. Werkconferentie 'Verslavingspreventie en de sociale wijkteams'': 20 september 2016.' Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
17. Bolier L, Conijn B, Van Doesum T, Bransen E. Sociaal werker helpt mee alcoholproblematiek terug te dringen: een inventarisatie van ervaringen en knelpunten. Vakblad sociaal werk. 2019. p. 19–22.
18. Van Arum S, Broekroelofs R, Van Xanten H. Sociale (wijk)teams: Vijf jaar later: Vierde landelijke peiling onder gemeenten: Zomer 2019. Utrecht: Movisie; 2020.
19. RIVM. Loketgezondleven.nl: Interventies zoeken: Alcohol, Drugs, Roken [Internet]. 2022. Available from: https://www.loketgezondleven.nl/interventies-zoeken#/Overview

2.1.9 Preventiebeleid voor drugs

Op 22 februari 2023 voerde de Tweede Kamer een debat over het drugsbeleid met zowel de Minister van Justitie en Veiligheid (JenV) alsook de Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) [1]. De Minister van Justitie en Veiligheid (JenV) benadrukte in dit debat dat de regering het beleid voortzet om de normalisering van drugsgebruik terug te dringen. Dit volgde op een verklaring van april 2019 door de Staatssecretaris van VWS dat het drugspreventiebeleid van de regering gericht is op het tegengaan van het gebruik van drugs en de toenemende normalisering van het drugsgebruik [2,3]. Onder normalisering verstaat de regering dat in Nederland onder verschillende lagen van de bevolking het drugsgebruik steeds normaler wordt gevonden en daarmee een geaccepteerd onderdeel vormt van iemands leefstijl [4].

Extra maatregelen

Om de normalisering van het drugsgebruik tegen te gaan werden vanaf 2015 tien extra maatregelen geïmplementeerd, die in 2018 werden geëvalueerd, en in de jaren daarna werden gecontinueerd en aangevuld [2,4]. De tien extra maatregelen zijn als volgt:

1. **Ontwikkeling van een campagne**: In opdracht van het Ministerie van Justitie en Veiligheid werd op 6 november 2020 een campagne gelanceerd, waarin wordt gewezen op de negatieve gevolgen van drugsgebruik voor het milieu. De campagne kreeg de naam de Bijtende Bende en hiervoor is een speciale website opgericht (https://bijtendebende.nl).
2. **Ondersteuning gericht op ouders**: De speciale website voor ouders (https://www.drugsinfo.nl/opvoeding) werd uitgebouwd en kreeg een groot bereik onder ouders uit de verschillende lagen van de bevolking. Het doel is dat ouders het gesprek met hun kinderen aangaan over de risico’s van drugsgebruik.
3. **Voorlichting gericht op jongeren**: Het schoolprogramma “Helder op School” is grondig vernieuwd en geïmplementeerd in een groot deel van het voortgezet onderwijs. Er is een speciale aanpak voor HBO en universiteiten ontwikkeld, omdat voor de doelgroep studenten nog weinig interventies beschikbaar waren. Het “persona-onderzoek” is inmiddels uitgevoerd [5]. Het doel van dit onderzoek was om verschillende subgroepen gebruikers en niet-gebruikers van middelen (persona’s) te identificeren op basis van variabelen zoals motivatie, leefstijl, sociale omgeving of ervaring, specifiek binnen de groep jongeren in de leeftijd van 18 tot en met 25 jaar. Met behulp van de uitkomsten kan nu de voorlichting gericht worden ingezet.
4. **Meer lokale samenwerking**: Er wordt meer ingezet op de samenwerking tussen gemeenten, horeca en evenementen, en instellingen voor verslavingszorg, zodat preventieve interventies en materialen de doelgroepen beter bereiken. Met burgemeesters wordt onderzocht hoe de evenementenvergunningen beter kunnen worden ingezet bij de bestrijding van harddrugs. Tijdens de coronamaatregelen waren evenementen echter niet meer toegestaan [6]. Op evenementen die weer zijn toegestaan, worden incidenten door alcohol en drugs gemonitord door de Monitor Drugsincidenten [7].
5. **IJslandse preventie-aanpak**: Sinds de introductie van het IJslands preventiemodel, twintig jaar geleden, is het gebruik van alcohol en tabak onder de IJslandse jeugd sterk gedaald. Inmiddels behoren de IJslandse jongeren tot de minst gebruikende jongeren in Europa. De Nederlandse pilot van dit preventiemodel loopt sinds eind 2018 in zes gemeenten. Parallel

daaraan loopt er een verkenning waarin bekeken wordt hoe deze aanpak het beste in Nederland geïmplementeerd kan worden. Het IJslandse model werkt met een jaarlijkse cyclus van monitoring, terugkoppeling, beleidsvorming en uitvoering. Uit de eindevaluatie is gebleken dat het IJslandse preventiemodel goed implementeerbaar is in Nederlandse gemeenten [8]. Gemeenten die in 2022 wilden gaan deelnemen aan het IJslandse preventiemodel, konden zich daarvoor inschrijven tot 4 oktober 2021 [9]. Het IJslandse preventiemodel wordt momenteel uitgevoerd als "Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO)" [10].

6. **Monitoring**: De testcapaciteit van drugstesten voor consumenten is uitgebreid met nieuwe apparatuur bij het DIMS-bureau in Utrecht en de testlocatie in Amsterdam. Het DIMS-bureau beschikt nu over apparatuur om een FT-IR-analyse uit te voeren [11]. Bij de testlocaties wordt met gebruikers die hun drugs laten testen altijd een preventiegesprek gevoerd.
7. **Innovatieve interventie**: Er wordt een innovatieve interventie ontwikkeld gericht op het voorkomen van het eerste gebruik van drugs [12]. Het doel hiervan is om de positieve houding van jongeren ten aanzien van niet-gebruiken te versterken en het vermogen om eigen keuzes te maken te verhogen. Binnen het project kunnen maximaal zes concept-interventies getest worden onder jongvolwassenen. Ook is er een strategische verkenning naar cocaïne uitgevoerd [13].
8. **Platform**: Er wordt een “Platform Tegengaan Stijging Drugsgebruik” opgericht. Binnen dit platform zullen experts en stakeholders van instellingen voor verslavingszorg, GGD-en, kennisinstituten en studentenverenigingen vier keer bij elkaar komen om een notitie op te stellen. De notitie zal aangeven waar er nog kansen liggen om tot betere preventie in het drugsdomein te komen.
9. **Lachgas**: Met ingang van 1 januari 2023 is lachgas (distikstofmonoxide, N2O) geplaatst op Lijst II van de Opiumwet [14]. Lachgas wordt steeds vaker en in grotere hoeveelheden gebruikt als drug, met name door jongeren. Dit gebruik leidt tot grote risico’s voor hun eigen gezondheid, maar ook voor anderen, bijvoorbeeld in het verkeer. Hieraan vooraf, op 26 oktober 2020, informeerde de Staatssecretaris van VWS de Tweede Kamer over “de inzet op voorlichting en preventie rondom het gebruik van lachgas als recreatief roesmiddel” [15]. Al het bestaande voorlichtings- en preventiemateriaal over het recreatief gebruik van lachgas werd geactualiseerd. Naast de algemene inzet op voorlichting en preventie werd bovendien ingezet op twee specifieke aandachtsgebieden: “lachgas gebruik onder jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond en lachgasgebruik in het verkeer” [15]. In het debat met de Tweede Kamer op 22 februari 2023 benadrukte de Minister van Justitie en Veiligheid (JenV) dat er inmiddels handhaving plaatsvindt op het lachgasverbod [1].
10. **Wetgeving Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)**: Het wetsvoorstel “Wijziging Opiumwet vanwege nieuwe psychoactieve stoffen” is in maart 2020 ter internetconsultatie aangeboden en zal met de Tweede Kamer worden besproken [1]. Dit wetsvoorstel regelt een verbod op bepaalde, veel voorkomende, groepen van Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS), ook wel "designerdrugs" genoemd. Het wetsvoorstel beoogt daarmee de volksgezondheid te beschermen en de productie en handel in NPS te belemmeren. Het gaat om stoffen die qua werking sterk lijken op de reeds verboden drugs en die geproduceerd worden om de drugswetgeving te omzeilen. De Raad van State heeft inmiddels op het wetsvoorstel gereageerd [16] (zie ook § 2.1). De Raad van State adviseert om het wetsvoorstel aan te passen, aangezien nog niet duidelijk is welke stofgroepen precies verboden zullen worden [16].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. T.K.2023D08063. Conceptverslag Drugsbeleid, 22 februari 2023. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
2. T.K.24077-426. Drugbeleid: Brief regering: Drugspreventiebeleid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
3. T.K.24077-485. Drugbeleid: Brief regering: Informatie over ontwikkelingen op het terrein van preventie en aanpak van drugsgebruik, 16 november 2021. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
4. T.K.24077-456. Drugbeleid: Brief regering: Voortgangsbrief drugspreventie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
5. De Jonge MC. Persona's in middelengebruik: Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-insituut; 2021.
6. Rijksoverheid.nl. Coronaregels voor evenementen: 28 november 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/cultuur-uitgaan-en-sport/regels-voor-evenementen
7. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
8. Smeets L, De Wilde EJ, Vercoulen E, Tuenter T, Monshouwer K, Den Hollander W, et al. Het IJslandse preventiemodel in Nederland: Eindevaluatie van het beleidsvormend leertraject voor de aanpak van middelengebruik onder jongeren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
9. Trimbos.nl. Het IJslandse preventiemodel: Aanmelding 2022 nu mogelijk [Internet]. 2021. Available from: https://www.trimbos.nl/kennis/ijslands-preventie-model
10. Trimbos.nl. Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO) [Internet]. 2023. Available from: https://www.trimbos.nl/aanbod/opgroeien-in-een-kansrijke-omgeving/
11. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2020 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
12. Sannen, A.; Jansen, S.; Smeets, L.; De Kort, G.; Goossens; F.X. Quick scan naar het bereik en gebruik van maatregelen om het gebruik van uitgaansdrugs te verminderen. Utrecht: Trimbos-insituut; 2018.
13. Spronk D, van Gelder N, Nabben T, De Jonge M. Cocaïne: wie gebruikt het en waarom? Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
14. Overheid.nl. Opiumwet [Internet]. 2023. Available from: https://wetten.overheid.nl/BWBR0001941/2023-01-01
15. T.K.24077-465. Drugbeleid: Brief regering: Lachgas voorlichting en preventie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
16. T.K.2022Z14042. Advies Afdeling advisering Raad van State inzake wijziging van de Opiumwet, 4 juli 2022. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.

2.4.2 Verslavingszorg

Inleiding

In deze paragraaf wordt het wettelijke kader waarbinnen de verslavingszorg zich beweegt geschetst. Ook wordt ingegaan op het netwerk Verslavingskunde Nederland (VKN), de nieuwe bekostigingssystematiek voor de GGZ inclusief de verslavingszorg, en nieuw beleid voor de verslavingszorg.

Wetgeving

Voor de GGZ, inclusief de verslavingszorg, zijn sinds 1 januari 2015 de volgende wetten van belang: de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een transitie, die al eerder is ingezet, betreft de ambulantisering van de GGZ. Voor meer informatie hierover zie het NDM Jaarbericht 2017 [1].

Drie nieuwe wetten

In 2019 en 2020 zijn drie nieuwe wetten van kracht geworden met grote gevolgen voor de GGZ inclusief de verslavingszorg:

- De Wet forensische zorg (Wfz): Deze wet beoogt de forensische zorg te laten plaatsvinden binnen het strafrechtelijk kader, maar buiten de penitentiaire inrichting. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, of verstandelijke gehandicaptenzorg als onderdeel van een straf of maatregel. Het is de bedoeling dat deze wet de door- en uitstroom richting de GGZ gaat verbeteren. Deze wet is per 1 januari 2019 in werking getreden [2]. Op 26 november 2021 kon de Minister voor Rechtsbescherming de Tweede Kamer berichten dat tussen 2018 en 2020 het aantal plekken voor forensisch beschermd wonen met ruim 24% was gestegen [3].
- De Wet verplichte ggz (Wvggz): Deze wet beoogt verplichte behandeling mogelijk te maken voor mensen met ernstige psychische problemen, inclusief verslaving, ook in de thuissituatie. Op 4 november 2021 kon de toenmalige Staatssecretaris van VWS de Tweede Kamer berichten dat de ketenpartners voor de uitvoering van de Wvggz inmiddels de nodige ketenafspraken hadden gemaakt [4].
- De Wet zorg en dwang (Wzd): Deze wet beoogt de vrijwillige en de (onder voorwaarden) onvrijwillige zorg te regelen voor psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.

De Wet verplichte ggz (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) zijn op 1 januari 2020 in werking getreden [5], evenals het wetsartikel 2.3 van de Wet forensische zorg (Wfz) [6]. Dit artikel 2.3 van de Wfz regelt dat de strafrechter tijdens een proces kan kiezen voor verplichte psychiatrische zorg volgens de Wvggz, in plaats van (gevangenis)straf. Een verdachte van een strafbaar feit komt dan terecht op een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis, in plaats van in een penitentiaire inrichting. Wel waarschuwen behandelaars in de reguliere GGZ ervoor dat hierdoor het risico op ernstige incidenten in de psychiatrische ziekenhuizen toeneemt.

Cijfers verslavingszorg

Sinds 2016 voldoet het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) volgens de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) niet meer aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). De AP stelt namelijk dat gepseudonimiseerde gegevens ook persoonsgegevens zijn. Hierdoor zijn er op landelijk niveau geen actuele cijfers meer beschikbaar over het aantal personen dat in de verslavingszorg behandeld wordt.

Via de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is er echter een nieuwe wettelijke grondslag ontwikkeld voor het verwerken van persoonsgegevens van cliënten uit de verslavingszorg. Op 12 oktober 2021 is de Eerste Kamer akkoord gegaan met de wetswijziging en op 13 oktober 2021 werd de vernieuwde Wkkgz afgekondigd in het Staatsblad [7]. Via een algemene maatregel van bestuur werd vervolgens geregeld welke gepseudonimiseerde gegevens door de instellingen voor verslavingszorg zullen worden aangeleverd aan het nieuwe Landelijk Alcohol en Informatie Systeem (LADIS) [7]. In juli 2022 had een instelling voor verslavingszorg als eerste instelling haar gegevens gepseudonimiseerd aangeleverd aan het nieuwe LADIS. Het ging daarbij om de gegevens over de afgelopen tien jaar [8].

Instellingen voor verslavingszorg

In Nederland wordt verslavingszorg aangeboden door reguliere regionale instellingen die òf als aparte instelling voor verslavingszorg òf als onderdeel van een grotere GGZ-instelling georganiseerd zijn. Daarnaast zijn er ook particuliere organisaties die verslavingszorg aanbieden. Een voordeel van hulp zoeken bij een particuliere organisatie kan zijn dat er vaak geen wachtlijsten zijn en dat opname direct mogelijk is. Instellingen voor verslavingszorg kunnen lid worden van de vereniging “de Nederlandse ggz” (voorheen GGZ Nederland). In totaal zijn 102 instellingen aangesloten bij de Nederlandse ggz [9]. De lidinstellingen van de Parnassia Groep zijn daarbij geteld als één afzonderlijke instelling, aangezien zij juridisch een zelfstandige instelling zijn.

Impact coronacrisis op de GGZ

Toen half maart 2020 de coronacrisis uitbrak, had dit grote gevolgen voor de GGZ-sector. Behandelingen konden niet meer face-to-face plaatsvinden en organisaties moesten razendsnel hun weg zien te vinden in een veranderende wereld. Voor zover mogelijk werd er overgestapt naar behandelingen via beeldbellen en online groepstherapie (Zie ook: 1. Inleiding - GGZ en corona (richtlijn) | GGZ Standaarden.)

- Uit een analyse naar de gevolgen van de coronacrisis voor de GGZ komen de NZa en het Trimbos-instituut tot de conclusie dat zorg op afstand niet altijd mogelijk was. Zo geven patiënten met een ernstige psychische aandoening in een representatief patiënten-panel aan dat slechts 26% van hen face-to-face contact heeft gehad, waar dat normaal 83% was.
- Soms werd zorg uitgesteld. Ook is er minder zorg geleverd, doordat zich minder patiënten bij de huisarts meldden en de huisarts mede hierdoor minder patiënten doorverwees naar een GGZ-aanbieder.
- Daarnaast zegt 1 op de 3 Nederlanders dat de psychische gezondheid verslechterd is sinds COVID-19, terwijl instellingen aangeven dat het aantal patiënten dat zich meldt juist terug is gelopen [10].

Toegang tot de verslavingszorg

De toegang tot de verslavingszorg werd de afgelopen jaren verbeterd door de introductie van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk. Een POH-GGZ is een praktijkondersteuner huisartsenzorg voor de geestelijke gezondheidszorg. Via een POH-GGZ kan daarmee in de eerstelijnszorg meer aandacht ontstaan voor verslavingsproblematiek [11,12]. Wel heeft daarbij de coronacrisis vanaf 2020 de toegang tot de verslavingszorg onder druk gezet.

- De campagne “Hey, het is oké”, die tot doel heeft de bespreekbaarheid van psychische aandoeningen te vergroten en de schaamte te verminderen, wordt voortgezet met ook aandacht voor verslavingsproblemen. De campagnes van de stichting Samen Sterk zonder Stigma, waarbij stigma in de GGZ en ook stigma van verslavingen worden bestreden, krijgen subsidie van de rijksoverheid [11,12].
- In de GGZ wachten ruim 75.000 mensen op Basis GGZ of Specialistische GGZ [13]. Voor ruim 20.000 mensen is de wachttijd voor een intake langer dan de norm die hiervoor staat, de zogenaamde "Treeknorm". Volgens de Treeknorm ligt de maximaal aanvaardbare wachttijd voor de GGZ op vier weken voor de aanmeldwachttijd, tien weken voor de behandelwachttijd en op veertien weken voor de totale wachttijd. Bij een te lange wachttijd gaat het vaak om patiënten met complexe zorgvragen. Voor een deel is de wachttijd toe te schrijven aan de organisatie van de zorg en voor een deel aan personeelstekorten. Er zijn extra financiële middelen beschikbaar gesteld om meer personeel op te leiden. Dat geldt ook voor de verslavingszorg [14]. Bij het Ministerie van VWS functioneert een “Unit Complexe Zorgvragen”, waar patiënten met een complexe zorgvraag terecht kunnen. De Staatssecretaris stelt dat marktwerking in de GGZ voor "complexe patiënten" niet werkt. Deze groep is voor veel instellingen, die financieel gezond willen blijven, niet interessant. Complexe patiënten zijn namelijk niet aantrekkelijk voor de bedrijfsvoering [15]. Op 1 december 2022 informeerde de Staatssecretaris van VWS de Tweede Kamer dat, binnen het kader van het Integraal Zorg Akkoord (IZA), 12 partijen in de zorg, waaronder ook de VNG, zich hebben gecommitteerd aan "het versterken van de samenwerking tussen het sociaal domein, huisartsen en de ggz" [16].
- Patiënten met een verslavingsprobleem horen in de GGZ vaak tot de groep complexe patiënten. De zorgverzekeraars en de zorgaanbieders hebben op aandringen van de Staatssecretaris een plan van aanpak ontwikkeld om dit probleem op te lossen. De kern van het plan is dat patiënten met een complexe GGZ zorgvraag met prioriteit een behandelaanbod op maat krijgen, dit door middel van een verbeterde toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg voor deze doelgroep [15].

Nieuwe bekostigingssystematiek: zorgprestatiemodel

Op 1 januari 2022 zijn de GGZ en de forensische zorg overgeschakeld op de nieuwe bekostigingssystematiek volgens het zorgprestatiemodel [3]. In april 2019 presenteerde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dit nieuwe zorgprestatiemodel [17]. Het zorgprestatiemodel zal de huidige diagnose-behandelcombinaties (dbc-systeem) en diagnose-behandel-beveiligingscombinaties (dbbc-systeem) vervangen. Het dbc-systeem en het dbbc-systeem bevatten namelijk verkeerde prikkels voor strategisch declaratiegedrag.

In hoofdlijnen bestaat het door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geadviseerde zorgprestatiemodel uit vier onderdelen:

- consulten: gesprekken van 15 tot 75 minuten met een (BIG)-hulpverlener;
- verblijfsprestaties: opnamedagen met verschillende verzorgingsgraden;
- overige prestaties en
- toeslagen.

Het nieuwe zorgprestatiemodel zou naar verwachting een deel van de bestaande knelpunten gaan oplossen. De prestaties zouden herkenbaar zijn voor de patiënt, en zouden de daadwerkelijk geleverde zorg weerspiegelen. Ook was de verwachting dat de tarieven directer zouden aansluiten bij de behandelinzet en behandelsetting. De Staatssecretaris van VWS wilde het zorgprestatiemodel alleen overnemen als uit de uitwerking zou blijken dat het voorgestelde bekostigingsmodel ook een vergoeding op maat zou faciliteren voor de zorg van personen met een ernstige psychiatrische aandoening [18]. In november 2022 informeerden 24 van de 28 grote GGZ-instellingen de Tweede Kamer dat, vanwege problemen rond het zorgprestatiemodel, al bijna een jaar geen facturen konden worden verstuurd en er daardoor miljoenenverliezen dreigen [19].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Laar MW, Van Gestel B. Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2017. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC; 2017.
2. Stb.2018-498. Besluit van 11 december 2018 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet forensische zorg. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.
3. T.K.2021Z21795. Voortgang forensische zorg: Brief regering, 26 november 2021. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
4. T.K.25424-594. Geestelijke gezondheidszorg: Brief regering: Ontwikkelingen in de ggz, waaronder aanpak wachttijden, 4 november 2021. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
5. Stb.2019-437. Besluit van 21 november 2019, houdende vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding. Den Haag: Rijksoverheid; 2019.
6. Stb.2019-453. Besluit van 26 november 2019 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet forensische zorg. Den Haag: Rijksoverheid; 2019.
7. Stb.2021-496. Wet van 13 oktober 2021 tot wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in verband met het creëren van grondslagen voor het verwerken van gepseudonimiseerde persoonsgegevens. Den Haag: Rijksoverheid; 2021.
8. Sivz.nl. Eerste volledige hernieuwde aanlevering LADIS is een feit: Juli 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.sivz.nl/nl/nieuws
9. De-Nederlandse-ggz. Ggz-aanbieders, 2 december 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://www.denederlandseggz.nl/over-de-ggz/ggz-instellingen
10. NZa. Aantal verwijzingen naar ziekenhuis en ggz verder gedaald: Nieuwsbericht | 22-10-2020 | 14:00 [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20201024141415/https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/10/22/aantal-verwijzingen-naar-ziekenhuis-en-ggz-verder-gedaald.
11. T.K.24077-450. Drugbeleid: Verslag van een algemeen overleg over Verslavingszorg/Drugsbeleid, gehouden op 10 oktober 2019. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.

12. T.K.24077-456. Drugbeleid: Brief regering: Voortgangsbrief drugspreventie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
13. T.K.25424-590. Geestelijke gezondheidszorg: Brief regering: Stand van zaken wachttijden GGZ, 12 juli 2021. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
14. T.K.25424-524. Geestelijke gezondheidszorg: Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 29 januari 2020, over GGZ. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
15. T.K.25424-525. Geestelijke gezondheidszorg: Brief regering: Plan van aanpak toegankelijkheid en beschikbaarheid hoogcomplexe ggz. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
16. T.K.29325-138. Voortgang maatschappelijke opvang en beschermd wonen: Brief regering, 1 december 2022. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
17. NZa. Advies zorgprestatiemodel ggz en fz. Utrecht: NZa; 2019.
18. T.K.25424-522. Geestelijke gezondheidszorg: Brief regering: Nadere uitwerking advies NZa over de nieuwe bekostiging voor de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg en voorlopige resultaten van de pilot Zorgclustermodel. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
19. Kiers B. GGZ: 21 NOV 2022: Zorgprestatiemodel duwt ggz-aanbieders richting miljoenenverliezen [Internet]. 2022. Available from: https://www.zorgvisie.nl/zorgprestatiemodel-duwt-ggz-aanbieders-richting-miljoenenverliezen/

2.4.2.1 Richtlijnen, standaarden en netwerken in de verslavingszorg

Richtlijnen en standaarden

In de afgelopen jaren zijn er op initiatief van het Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO) voor de meeste psychische aandoeningen, inclusief middelenmisbruik en verslaving, kwaliteitsstandaarden ontwikkeld. Hieronder vallen zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen [1].

- In november 2017 werd de nieuwe zorgstandaard Opiaatverslaving geautoriseerd. Het gaat hierin voornamelijk om de diagnostiek, behandeling en organisatie van de zorg van (problematisch) gebruik van heroïne, methadon en buprenorfine. Het gaat in deze zorgstandaard in mindere mate om medicinale opioïden zoals oxycodon [2].
- In november 2017 werd ook de zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving gepubliceerd [3]. Problematisch alcoholgebruik is het drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen. Zodra dit problematische patroon leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, spreken we van een verslaving. In de standaard komt aan de orde: vroege onderkenning en preventie, diagnostiek, behandeling en organisatie van de zorg.
- Aanvullend aan de reeds beschikbare Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Stoornissen in het gebruik van alcohol, de MDR Opiaatverslaving en de Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning, is in maart 2018 een MDR voor de overige – niet-opioïde – drugs gepubliceerd: de Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines [4].
- Op 8 september 2020 werd de generieke module gepubliceerd getiteld “Zorg voor ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek en hun (volwassen) kinderen (KOPP/KOV)” [5]. Deze generieke module werd onder andere ontwikkeld, omdat verslavingsproblemen van ouders ingrijpende gevolgen kunnen hebben voor hun kinderen. Het doel van de generieke module is om via preventie, vroege opsporing en gepaste interventies ernstige problemen bij de kinderen te voorkomen.

Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (Akwa GGZ)

In de zomer van 2017 bereikten de vertegenwoordigers van partijen in de GGZ een akkoord over de doorontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de GGZ. Voor een adequate en effectieve inzet van kwaliteitsinstrumenten is besloten tot de inrichting van een kwaliteitsinstituut van en voor de geestelijke gezondheidszorg. Hieruit is Akwa GGZ geboren: de Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg [6]. Akwa GGZ is per 1 januari 2019 operationeel. In Akwa GGZ is (een deel van) de activiteiten en de infrastructuur van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO) en de voormalige Stichting Benchmark GGZ (SBG) ondergebracht. Onder regie van patiënten, hun naasten en zorgprofessionals werken partijen binnen Akwa GGZ gezamenlijk aan een betere kwaliteit van zorg.

- Akwa GGZ ondersteunt de GGZ bij de (door)ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden, kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten. Ook ondersteunt Akwa GGZ bij de uitwisseling over de opbrengsten hiervan. Alle zorgstandaarden, richtlijnen en generieke

modules van de GGZ zijn bij Akwa GGZ ondergebracht [6].
- Samen met patiëntenvereniging MIND, de Nederlandse ggz en Zorgverzekeraars Nederland heeft Akwa GGZ de Consumer Quality index (CQi) voor de kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in 2020 herzien. De herziene vragenlijst is makkelijker in te vullen voor cliënten. De vernieuwde CQi kan gebruikt worden voor het leren en verbeteren in het GGZ Dataportaal van Akwa GGZ, maar alleen als de patiënt hier toestemming voor geeft [6] .

Verslavingskunde Nederland (VKN)

In 2017 is Verslavingskunde Nederland (VKN) opgericht [7]. VKN is een netwerk waarin instellingen voor verslavingszorg, cliëntenvertegenwoordigers, kenniscentra (Resultaten Scoren en het Trimbos-instituut) en de Nederlandse GGZ (de brancheorganisatie) samenwerken. Het doel van VKN is om het behandelbereik van de verslavingskunde te vergroten. Onder verslavingskunde wordt verstaan: de ontwikkeling en verbetering van professionele-, wetenschappelijke- en cliëntenkennis en cliëntenervaring over preventie, herstel en reclassering van verslavingsproblematiek. De ambitie is om meer mensen met een verslavingsproblematiek sneller, beter en effectiever te behandelen en zo bij te dragen aan een gezonde en veilige samenleving.

Programmalijnen

Om de doelen te bereiken heeft VKN zeven programmalijnen ontwikkeld: (1) Datamanagement; (2) Uniforme werkwijzen; (3) Preventie en vroegsignalering; (4) Jeugdverslavingszorg; (5) Sociale inclusie; (6) Innovatie; en (7) Zorg en veiligheid [8]. VKN beschikt daarbij over een open netwerk structuur, waarbij relevante stakeholders en samenwerkingspartners actief betrokken worden.

- Het eerste product van VKN was de Factsheet Stigma en Verslaving, waarin kort wordt aangegeven wat stigma is, hoe stigma werkt en hoe hulpverleners er het beste mee kunnen omgaan om het te verminderen [9]. Deze factsheet werd gevolgd door de Factsheet Herstel en Verslaving [10], de Factsheet Rookvrije Toekomst [11], en het Uitvoeringsprotocol voor de Opiaatonderhoudsbehandeling bij heroïneverslaving met medische heroïne, methadon en buprenorfine [12].
- Het project "Versterken van de preventie en vroegsignalering- en zorgketen" wordt door VKN gecoördineerd [13]. Dit project richt zich erop om een samenhangend systeem te ontwikkelen van verschillende online en offline vroegsignalering- en (preventieve) interventies waar probleemdrinkers, naasten en professionals gebruik van kunnen maken.
- VKN is één van de ondertekenaars van het Nationaal Preventieakkoord (NPA). In het NPA is afgesproken dat alle instellingen voor verslavingszorg die zijn aangesloten bij Verslavingskunde Nederland al vanaf 2020 rookvrij zullen zijn. Alle instellingen die zijn aangesloten bij de Nederlandse ggz zullen in 2025 rookvrij zijn [14]. Het bereiken van een rookvrije instelling berust op acht pijlers: (1) Bestuur, beleid en commitment; (2) Communicatie; (3) Opleiding en training; (4) Stoppen-met-roken-zorg; (5) Rookvrije omgeving; (6) Gezonde werkplek; (7) Maatschappelijke betrokkenheid; en (8) Monitoring en evaluatie [15].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. GGZ-Standaarden. Meer over GGZ standaarden, 2 december 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://www.ggzstandaarden.nl/pagina/toelichting-ggz-standaarden
2. GGZ-Standaarden. GGZ Zorgstandaard Opiaatverslaving [Internet]. 2020. Available from: https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/opiaatverslaving/samenvatting.
3. GGZ-Standaarden. Alcohol: Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving [Internet]. 2021. Available from: https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving/introductie
4. Hendriks V, Blanken P, Croes E, Schippers G, Schellekens A, Stollenga M, et al. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz; 2018.
5. GGZ-Standaarden. Generieke module: Zorg voor ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek en hun (volwassen) kinderen (KOPP/KOV) [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20201116204538/https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/zorg-voor-ouders-met-psychische-en-of-verslavingsproblematiek-en-hun-volwassen-kinderen-kopp-kov/introductie.
6. Akwaggz.nl. Wij ondersteunen continue kwaliteitsverbetering in de ggz [Internet]. 2021. Available from: https://akwaggz.nl/over-akwa-ggz/
7. VKN. Verslavingskunde Nederland: Expertise gebundeld [Internet]. 2021. Available from: https://www.verslavingskundenederland.nl/
8. VKN. Thema's [Internet]. 2022. Available from: https://verslavingskundenederland.nl/themas/
9. Van Erp N, Van der Meulen A. Factsheet Stigma en Verslaving: Een uitgave van Verslavingskunde Nederland. Amersfoort: VKN; 2017.
10. Van Erp N, Verbrugge C. Factsheet Herstel en Verslaving: Een uitgave van Verslavingskunde Nederland. Amersfoort: VKN; 2018.
11. VKN. Factsheet Rookvrije toekomst. Amersfoort: VKN; 2018.
12. Dijkstra B, Van Straaten B, Van Tongeren M, Wits E. Uitvoeringsprotocol: Opiaatonderhoudsbehandeling bij heroïneverslaving met medische heroïne, methadon en buprenorfine. Amersfoort: VKN; 2019.
13. VKN. Preventie en vroegsignalering [Internet]. 2021. Available from: https://www.verslavingskundenederland.nl/programmalijnen/preventie-en-vroegsignalering/
14. Denederlandseggz.nl. Rookvrije GGZ [Internet]. 2022. Available from: https://www.denederlandseggz.nl/campagnes/rookvrije-ggz
15. Rookvrijezorg.com. Toolkit Rookvrije Zorg [Internet]. 2022. Available from: https://www.rookvrijezorg.com/toolkit

Cannabis

3.0 Laatste feiten en trends

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

- Het laatste-jaar-gebruik van cannabis in de algemene volwassen bevolking bleef in 2021 op hetzelfde niveau als in 2020. Tussen 2015 en 2021 steeg het laatste-jaar-gebruik onder zowel mannen als vrouwen (§ 3.2).
- Onder 25-29 jarigen lag het laatste-jaar-gebruik van cannabis in 2021 hoger dan in 2020. In de overige leeftijdsgroepen bleef het gebruik ten opzichte van 2020 stabiel (§ 3.2).
- Het percentage (bijna) dagelijkse cannabisgebruikers steeg tussen 2017 en 2018, en bleef daarna op hetzelfde niveau (§ 3.2).
- Bijna een op de vijf laatste-jaar-gebruikers voldeed in 2020 aan de criteria voor riskant cannabisgebruik (§ 3.4).
- Tussen 2007-2009 en 2019-2022 was er een toename in het vóórkomen van een cannabisstoornis in de afgelopen 12 maanden bij volwassenen van 18-64 jaar (§ 3.4).
- Het percentage laatste-jaar-gebruikers van cannabis in Nederland ligt onder volwassenen (15-64 jaar) en onder jongvolwassenen (15-34 jaar) iets boven het gemiddelde van de Europese Unie (§ 3.5).
- Onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs is het laatste-jaar-gebruik van cannabis vrijwel onveranderd sinds 2015. Het gebruik ligt wel lager dan in 2003 (§ 3.3).
- Het cannabisgebruik ligt onder jongeren in de (residentiële) jeugdzorg hoger dan onder jongeren uit het regulier voortgezet onderwijs (§ 3.3).
- Het percentage ooit- en laatste-maand-gebruikers onder 15-16-jarige scholieren lag in 2019, evenals in 2015, boven het Europese gemiddelde (§ 3.5).
- Sinds 2015 zijn geen nieuwe cijfers beschikbaar voor het aantal primaire cannabiscliënten in de verslavingszorg (§ 3.6).
- Tussen 2015 en 2018 steeg het aantal patiënten met een cannabisproblematiek in de algemene ziekenhuizen van 1.190 naar 1.660 (§ 3.6).
- Het wegvallen van het toerisme leidde tot een afname in het aantal gemelde cannabisincidenten in 2020 en 2021 bij de Monitor Drugsincidenten, vooral in de regio Amsterdam, waar toeristen doorgaans een groot deel van de patiëntenpopulatie beslaan (§ 3.6).
- Het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet (de meest populaire variant) steeg van 14,6% in 2021 naar 17,2% in 2022 (§ 3.8).
- De prijs van een gram van alle cannabissoorten bleef in 2022 gelijk ten opzichte van vorig jaar, met uitzondering van de geïmporteerde hasj. De gemiddelde prijs voor een gram geïmporteerde hasj is met meer dan een euro gedaald (§ 3.8).

3.1 Over cannabis (en corona)

3.1.1 Over cannabis

Soorten cannabis

Cannabis is afkomstig van hennepplanten, zoals *Cannabis sativa* en *Cannabis indica*, en wordt gebruikt voor recreatieve en medicinale doeleinden. Cannabis omvat wiet, hasj, en hennep in diverse vormen. Wiet bestaat uit de gedroogde bloemtoppen en bladeren van de hennepplant. Hasj is een vast mengsel van de afgescheiden hars verkregen van de hennepplant. Het wordt geproduceerd door het THC-rijke materiaal van de cannabisplant te verzamelen en samen te persen. Hennep verwijst normaal gesproken naar cannabis die 0,2% of minder THC bevat en voor industrieel gebruik geoogst wordt (bijv. kleding, touw, bouwmaterialen). In de Nederlandse Opiumwet wordt de term hennep echter ook gebruikt om naar wiet te verwijzen. Cannabis (wiet en hasj) staat op lijst II van de Opiumwet. Cannabisolie, een concentraat van hennepplanten, al dan niet vermengd met olie**,** staat op lijst I.

Synthetische cannabinoïden (synthetische cannabis, bijv. ‘Spice’) zijn nieuwe psychoactieve stoffen die de effecten van THC nabootsen. De effecten zijn echter sterker en kunnen onvoorspelbaar en gevaarlijk zijn (zie hoofdstuk NPS § 8.1). Dit hoofdstuk gaat primair over wiet en hasj (samen, tenzij anders aangegeven) en het gebruik van cannabis als illegale drug.

Gebruikswijze

In Nederland wordt cannabis meestal gerookt in een joint: een sigaret met daarin tabak en verkruimelde cannabis (zie § 3.2). Cannabis kan ook puur (zonder tabak) worden gerookt, verdampt, of oraal worden ingenomen (bijv. in de vorm van een spacecake) (zie § 3.2 en § 3.3).

THC en CBD

Consumenten ervaren cannabis meestal als rustgevend, ontspannend, en geestverruimend, maar het middel kan ook angst en psychotische symptomen veroorzaken. THC (Delta-9-tetrahydrocannabinol) is het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis en verantwoordelijk voor de ‘high’. CBD (cannabidiol) is een cannabinoïde waar je niet 'high' van wordt en die sommige negatieve effecten van THC lijkt tegen te gaan (zie § 3.7 en § 3.8). Nederwiet bevat doorgaans nauwelijks CBD, hasj uit het buitenland bevat meer CBD.

Experiment gesloten coffeeshopketen

Momenteel wordt de verkoop van cannabis door coffeeshops gedoogd, terwijl de productie en toelevering van cannabis aan coffeeshops illegaal is. Het doel van het ‘experiment gesloten coffeeshopketen’, oftewel het wietexperiment, is om te kijken of en hoe telers op kwaliteit gecontroleerde wiet en hasj gedecriminaliseerd aan coffeeshops kunnen leveren [1]. Een onafhankelijke adviescommissie heeft de regering geadviseerd over zowel de vormgeving en de inrichting van het experiment (productie, distributie en verkoop, preventie, toezicht en handhaving), als over de evaluatie van het experiment [2]. De voorbereidingsfase van het experiment is in juli 2020

begonnen. Voor meer informatie, zie § 2.1 wettelijke kaders.

Medicinaal gebruik van cannabis

Naast het illegale gebruik is cannabis in Nederland ook erkend als medicijn (zie § 2.1, § 3.2 en § 3.8). Er is enig bewijs dat cannabis en THC/CBD-preparaten een gunstig effect kunnen hebben bij chronische pijn, epilepsie en andere aandoeningen (zie § 3.8). Het is echter vaak lastig om conclusies te trekken uit klinische studies, omdat ze verschillende cannabissoorten en doseringen gebruiken en een breed scala aan aandoeningen onderzoeken [3].

Vrij verkrijgbare CBD-producten

CBD-olie valt niet onder de Opiumwet. Begin 2019 keurde de Europese Commissie een wet goed waardoor CBD-producten voortaan als nieuwe voedingsmiddelen (‘novel foods’) worden beschouwd. Dat betekent dat de producten kwaliteitscontroles moeten ondergaan voordat ze op de markt worden toegelaten. Voor meer informatie, zie § 2.1 en § 3.8.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rijksoverheid.nl. Aanleiding en opzet experiment gesloten coffeeshopketen [Internet]. 2019. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/experiment-gesloten-coffeeshopketen-wietexperiment/aanleiding-en-opzet-experiment-gesloten-coffeeshopketen.
2. Adviescommissie. Een experiment met een gesloten cannabisketen. Den Haag: Adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen; 2018.
3. Zorginstituut-Nederland. Verkenning naar mogelijke herbeoordeling medicinale cannabis. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2017.

3.1.2 Effect van de coronamaatregelen op het gebruik van cannabis

In deze paragraaf vatten wij gegevens samen uit onderzoeken onder de algemene bevolking, studenten in het hoger onderwijs en specifieke studies naar de impact van de coronacrisis op het cannabisgebruik.

De coronamaatregelen hebben verschillende effecten gehad op het gebruik van cannabis. Sommigen zijn minder gaan gebruiken, maar anderen zijn juist meer gaan gebruiken. Verschillende onderzoeken suggereren dat het aandeel cannabisgebruikers in Nederland dat méér cannabis is gaan gebruiken groter is dan het aandeel gebruikers dat minder is gaan gebruiken, maar dat blijkt niet uit alle onderzoeken (zie onderstaande tabel). Uit een trendspotteronderzoek in Europa blijkt dat sommige incidentele gebruikers minder cannabis zijn gaan gebruiken of tijdelijk zijn gestopt tijdens de lockdown-periode, terwijl frequente cannabisgebruikers vaak meer cannabis gingen gebruiken [1]. De resultaten van de onderzoeken dienen voorzichtig te worden geïnterpreteerd, vanwege de verschillende onderzoekspopulaties en meetmomenten. De corona-maatregelen veranderen doorlopend en kunnen op verschillende wijze invloed hebben op het gebruik van cannabis.

Studenten in Nederland

De Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs onderzocht in 2021 voor het eerst de mentale gezondheid en het middelengebruik onder studenten in het Hoger Beroepsonderwijs (HBO) en het wetenschappelijke onderwijs (universiteit) [6]. Het gaat om een landelijk onderzoek waaraan 28.442 studenten deelnamen, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs. Studenten werden ook bevraagd over de verandering in hun cannabisgebruik ten gevolge van de coronapandemie. De meeste studenten (57%) gaven aan dat de vraag voor hen niet van toepassing was, vermoedelijk omdat zij geen cannabis gebruikten. Van diegenen die wel cannabis gebruikten gaf de helft (49%) aan dat hun cannabisgebruik niet veranderd was, 23% gaf aan minder cannabis te gebruiken en 28% gaf aan vaker cannabis te gebruiken dan voor de coronapandemie.

Cannabisgebruikers

Via social media werd een enquête uitgezet door het Trimbos-instituut onder 1.563 cannabisgebruikers [2]. Respondenten gebruikten vóór de lockdown cannabis maandelijks of meer frequent (67,9% gebruikte cannabis (bijna) dagelijks), en hun gemiddelde leeftijd was 33 jaar. Na invoering van de coronamaatregelen gaf 49,1% aan even vaak cannabis te gebruiken als daarvoor, 41,3% gaf aan vaker te gebruiken, slechts een klein deel van de respondenten gaf aan minder vaak te gebruiken (6,6%) of (tijdelijk) te zijn gestopt (2,8%). Alle deelnemers samengenomen rookten per gebruiksdag gemiddeld 0,7 joint meer dan vóór ingang van de coronamaatregelen (van 3,0 naar 3,7 joints). Onder degenen die méér joints waren gaan gebruiken, ging het om een toename van gemiddeld 2,8 naar 4,6 joints per dag.

Veruit de belangrijkste reden om vaker te gebruiken was verveling (78,4% van degenen die meer zijn gaan gebruiken). Daarna volgden stress (36,3%), mentale gezondheid (30,1%) en eenzaamheid (29,6%). Het verminderen van stress, angst of eenzaamheid werd ook in ander onderzoek genoemd

als reden voor gebruik [3].

Uitgaanders in Nederland

In het kader van het Grote Uitgaansonderzoek 2020 (HGU 2020) zijn de effecten van de coronacrisis op het middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen (16 t/m 35 jaar) twee keer in kaart gebracht. Het eerste onderzoek werd uitgevoerd in april en mei 2020, tijdens de eerste lockdown [4]. De resultaten zijn samengevat in de tabel hieronder.

In september en oktober is een tweede onderzoek uitgevoerd [5]. In dit vervolgonderzoek is teruggekeken op zowel de periode van de eerste lockdown (15 maart – 1 juni 2020) als de periode van de versoepelingen van de coronamaatregelen (1 juni – 1 september 2020). In de periode van de lockdown is een grotere groep cannabisgebruikers op meer dagen cannabis gaan gebruiken (39,6%) dan op minder dagen (27,0%) vergeleken met 2019. Tijdens de periode van de versoepelingen gebruikten even veel cannabisgebruikers cannabis op meer dagen (32,2%) als op minder dagen (32,6%) vergeleken met 2019. Rond een derde gebruikte tijdens de lockdown en tijdens de versoepelingen evenveel als in 2019.

Cannabisgebruikers uit de Global Drug Survey (GDS)

Op 4 mei 2020 startte de Global Drug Survey (GDS), een online onderzoek naar de impact van corona op het gebruik van alcohol en drugs [7]. De eerste resultaten werden gepubliceerd op 2 juni 2020. Er deden meer dan 40.000 respondenten mee aan dit wereldwijde internationale onderzoek, waarvan 3.300 uit Nederland. Voor Nederland werd gevonden dat onder laatste-jaar-cannabisgebruikers het aantal dagen waarop men cannabis gebruikte was gedaald bij 15,2%, gelijk gebleven bij 39,1%, en gestegen bij 45,7%.

Studenten van de Wageningen University & Research

In mei 2020 vulden 1.484 studenten van de Wageningen University & Research een digitale vragenlijst in over hun welzijn tijdens de coronacrisis [8]. Studenten rapporterden of er verandering was in de frequentie van hun cannabisgebruik in een gemiddelde week. Er werd geen verandering gevonden in het gebruik van cannabis vóór en na de eerste coronamaatregelen onder deze studenten.

Professionals voor psychische hulp

Op een landelijke vragenlijst die werd uitgezet onder professionals in de frontlinie van de psychische hulp werd gereageerd door 1.862 respondenten (gemiddelde leeftijd 43,7 jaar) [9]. In dit onderzoek werden de hulpverleners ondervraagd en niet de cliënten. De gegevens werden verzameld van 23 juni tot en met 20 juli 2020. Van de totale steekproef hulpverleners voor psychische hulp was sinds de start van de coronacrisis 1,3% meer cannabis gaan gebruiken en was 0,5% minder cannabis gaan gebruiken.

Samenvatting van de resultaten van onderzoek naar de impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op het gebruik van cannabis [I]

Doelgroep	Monitor/instelling	-Leeftijd -Methode -Aantal respondenten	Periode	Maat	Impact corona op cannabisgebruik		
					Daling (%)	Gelijk (%)	Stijging (%)
Jongvolwassenen	Global Drugs Survey	-Mediaan 24 jaar -Online vragenlijst -3.300 respondenten	4 mei tot 2 juni 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen waarop men cannabis gebruikte in een gemiddelde week) onder laatste-jaar-cannabisgebruikers	15,2	39,1	45,7
Jongvolwassenen	Trimbos-instituut	-Gemiddeld 33 jaar -Online vragenlijst -1.563 respondenten	14 april tot en met 28 april 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder deelnemers die vóór de eerste lockdown regelmatig cannabis hadden gebruikt	9,4	49,1	41,3
Uitgaanders [II]	Het Grote Uitgaansonderzoek	-16 t/m 35 jaar -Online vragenlijst -4.460 respondenten	28 april tot en met 19 mei 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer cannabis hadden gebruikt tijdens de eerste lockdown	15,9	38,6	45,5
Uitgaanders [II]	Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek	-16 t/m 35 jaar -Online vragenlijst -3.765 respondenten	18 september tot en met 19 oktober 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer cannabis hadden gebruikt tijdens de lockdown en dezelfde periode in 2019	27,0	33,4	39,6
				Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer cannabis hadden gebruikt tijdens de versoepelingen en dezelfde periode in 2019	32,6	35,2	32,2
Studenten	Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs	-16 jaar en ouder -Online vragenlijst -28.442 respondenten	maart 2021 tot en met half mei 2021	Verandering in mate van gebruik (minder, niet veranderd, meer) ten tijde van invullen vragenlijst ten opzichte van voor corona onder studenten die een verandering rapporteerde	23	49	28
Studenten	Wageningen University & Research	-Mediaan 22 jaar	mei 2020	Verandering in frequentie van gebruik vóór en na de eerste coronamaatregelen onder de totale steekproef		Geen verandering	

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe: EMCDDA trendspotter briefing: June 2020. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
2. Van Laar M, Oomen P, Van Miltenburg C, Vercoulen E, Freeman T, Hall W. Cannabis and COVID-19: reasons for concern. Frontiers. 2020.
3. Jellinek.nl. ANTENNE NL Corona special: nieuwe resultaten: 21 augustus 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.jellinek.nl/antenne-nl-corona-special-resultaten-ronde-2.
4. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Beek R. Factsheet: De impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op alcohol-, tabak- en drugsgebruik onder uitgaanders. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
5. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar M. Factsheet: Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
6. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–123.
7. Globaldrugsurvey.com. GDS special edition on Covid-19 interim report global 02/06/2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/themes/globaldrugsurvey/assets/GDS_COVID-19-GLOBAL_Interim Report-FINAL.pdf.
8. Super S, Van Disseldorp L. Covid-19 International Student Well-being Study (C19 ISWS): Data from Wageningen University & Research: June 2020. Wageningen: Wageningen University & Research, Department of Social Sciences, Subdivision Health and Society; 2020.
9. Van Bon-Martens M, Van Doesum T, Leone S, De Beurs D, Kroon H, Shields-Zeeman L. Impact van de coronacrisis op het werk en welzijn van professionals voor psychische hulp: Eindrapport. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

3.2 Gebruik: algemene bevolking

3.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: In 2021 had 8,0% van de bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar cannabis gebruikt, dit komt neer op 1,1 miljoen volwassenen. Cannabisgebruik komt vaker voor onder mannen, 18-19-jarigen en twintigers, hoog- en middelbaar opgeleiden en mensen met een westerse of niet-westerse migratieachtergrond. Het laatste-jaar-gebruik van cannabis in de algemene volwassen bevolking bleef in 2021 op hetzelfde niveau als in 2020, wel is het gebruik tussen 2015 en 2021 toegenomen. Onder 25-29 jarigen lag het laatste-jaar-gebruik van cannabis in 2021 hoger dan in 2020. In de overige leeftijdsgroepen bleef het gebruik ten opzichte van 2020 stabiel.

Snel naar:

- Kerncijfers 2021
- Trends in cannabisgebruik

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Naast gegevens over het gebruik van cannabis in de algemene bevolking en demografische verschillen in Nederland, worden gegevens gepresenteerd uit rioolwateranalyses, zie § 3.5.1. Gegevens uit rioolwateranalyses moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat ze maar beperkt inzicht kunnen geven in de mate van drugsgebruik in de algemene bevolking of in regionale verschillen (zie Bijlage B7) [1].

Kerncijfers 2021

Evenals in andere westerse landen is cannabis in Nederland de meest gebruikte illegale drug. Ongeveer een kwart (24,6%) van de bevolking van 18 jaar en ouder had in 2021 ooit in het leven cannabis (hasj of wiet) gebruikt. Het percentage gebruikers in het afgelopen jaar en in de afgelopen maand ligt met respectievelijk 8,0% en 5,1% beduidend lager. Naar schatting gebruikt 1,7% van de volwassenen cannabis dagelijks of bijna dagelijks.

Dit komt neer op 3,4 miljoen volwassenen die ooit in hun leven cannabis gebruikten, 1,1 miljoen volwassenen die het afgelopen jaar cannabis gebruikten, 700 duizend die dat de afgelopen maand deden en circa 240 duizend die (bijna) dagelijks gebruikten.

Percentage en absoluut aantal cannabisgebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2021

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% Betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	24,6	3.410.000	3.240.000 - 3.570.000
Laatste jaar	8,0	1.110.000	1.000.000 - 1.220.000
Laatste maand	5,1	700.000	610.000 - 790.000
(Bijna) dagelijks	1,7	240.000	180.000 - 290.000

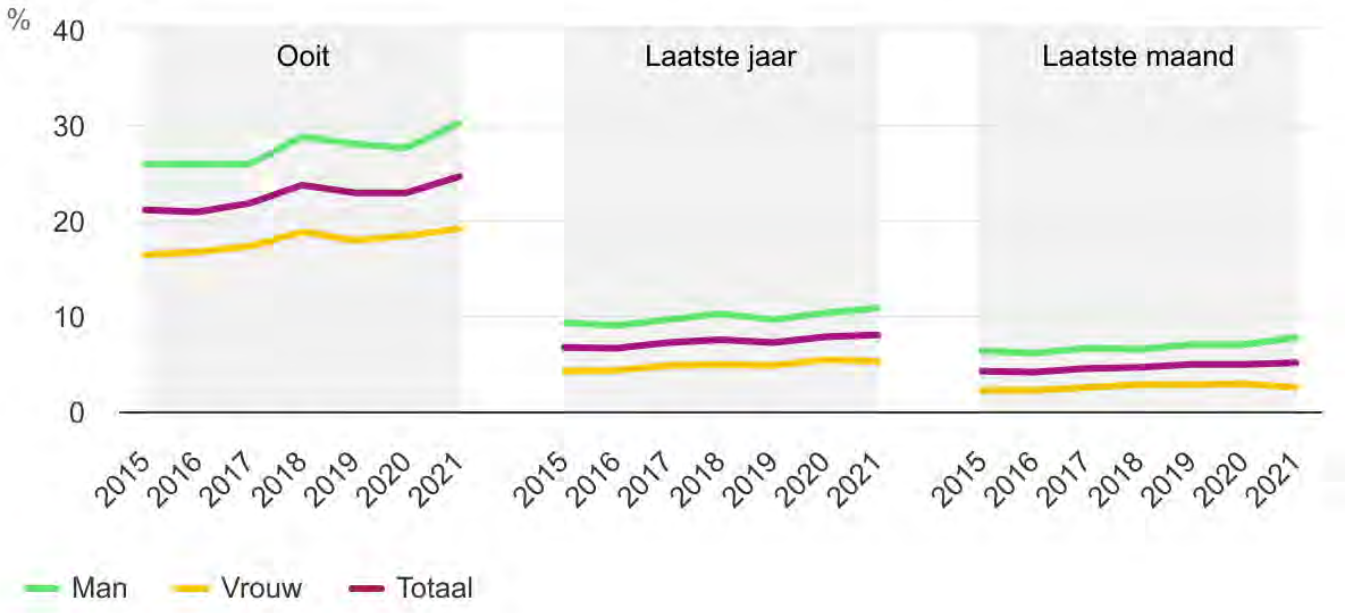
Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, in de laatste maand, en (bijna) dagelijks gebruik. Het geschatte aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat cannabis gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Trends in cannabisgebruik

Vanaf 2015 zijn jaarlijks vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van cannabis in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder (zie ook bijlage A1).

- Het percentage volwassenen dat ervaring heeft met cannabis is toegenomen van 22,9% in 2020 naar 24,6% in 2021, en is daarmee weer op hetzelfde niveau als in 2018 (23,7%).
- Het laatste-jaar-gebruik van cannabis (een indicator die een beter beeld geeft van recente ontwikkelingen) bleef in 2021 (8,0%) op hetzelfde niveau als in 2020 (7,8%). Tussen 2015 en 2021 steeg het laatste-jaar-gebruik van cannabis onder zowel mannen (van 9,3% naar 10,8%) als vrouwen (van 4,2% naar 5,2%).
- Het laatste-maand-gebruik bleef in 2021 (5,1%) op hetzelfde niveau als in 2020 (4,9%). Het laatste-maand-gebruik steeg geleidelijk in de algemene volwassen bevolking van 4,2% in 2015 naar 5,1% in 2021. Deze stijging vond met name plaats onder mannen. Onder vrouwen bleef het laatste-maand-gebruik van cannabis tussen 2015 en 2021 op hetzelfde niveau.
- Het percentage (bijna) dagelijkse cannabisgebruikers (20 dagen of meer in de afgelopen maand) steeg tussen 2017 (1,0%) en 2018 (1,6%) en bleef sindsdien op hetzelfde niveau (1,7% in 2021). De stijging van het percentage (bijna) dagelijks gebruikers tussen 2017 en 2018 betekent niet zozeer dat er in die periode meer volwassenen cannabis zijn gaan gebruiken, maar dat er binnen de groep cannabisgebruikers een toename was in het aandeel dat frequent gebruikt.

Gebruik van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2015, totaal en naar geslacht



Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Man	Vrouw	Totaal
2015	25,9	16,4	21,1
2016	25,9	16,7	20,9
2017	25,9	17,3	21,8
2018	28,8	18,8	23,7
2019	28,0	17,9	22,9
2020	27,6	18,4	22,9
2021	30,2	19,1	24,6

	Man	Vrouw	Totaal
2015	9,3	4,2	6,7
2016	9,0	4,3	6,6
2017	9,6	4,8	7,2
2018	10,2	4,9	7,5
2019	9,6	4,8	7,2
2020	10,3	5,4	7,8
2021	10,8	5,2	8,0
2015	6,3	2,2	4,2
2016	6,1	2,2	4,1
2017	6,6	2,5	4,5
2018	6,5	2,8	4,6
2019	7,0	2,8	4,9
2020	7,0	2,9	4,9
2021	7,7	2,5	5,1

Aanvullende informatie

1. 1.
EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: March 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#source-data

3.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Migratieachtergrond
- Stedelijkheid
- Regionale verschillen in het gebruik van cannabis

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

De cijfers over het gebruik van cannabis (wiet en hasj) kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid.

Geslacht

Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis. Het laatste-jaar-gebruik is onder mannen twee keer hoger dan onder vrouwen (zie tabel hieronder). Het verschil is nog groter bij het laatste-maand-gebruik, 7,7% van de mannen gebruikte in de afgelopen maand cannabis tegenover 2,5% van de vrouwen. Het verschil is het grootst voor (bijna) dagelijks gebruik: 2,7% van de mannen gebruikt (bijna) dagelijks cannabis tegenover 0,8% van de vrouwen.

Gebruik van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2021.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Man	30,2	10,8	7,7
Vrouw	19,1	5,2	2,5

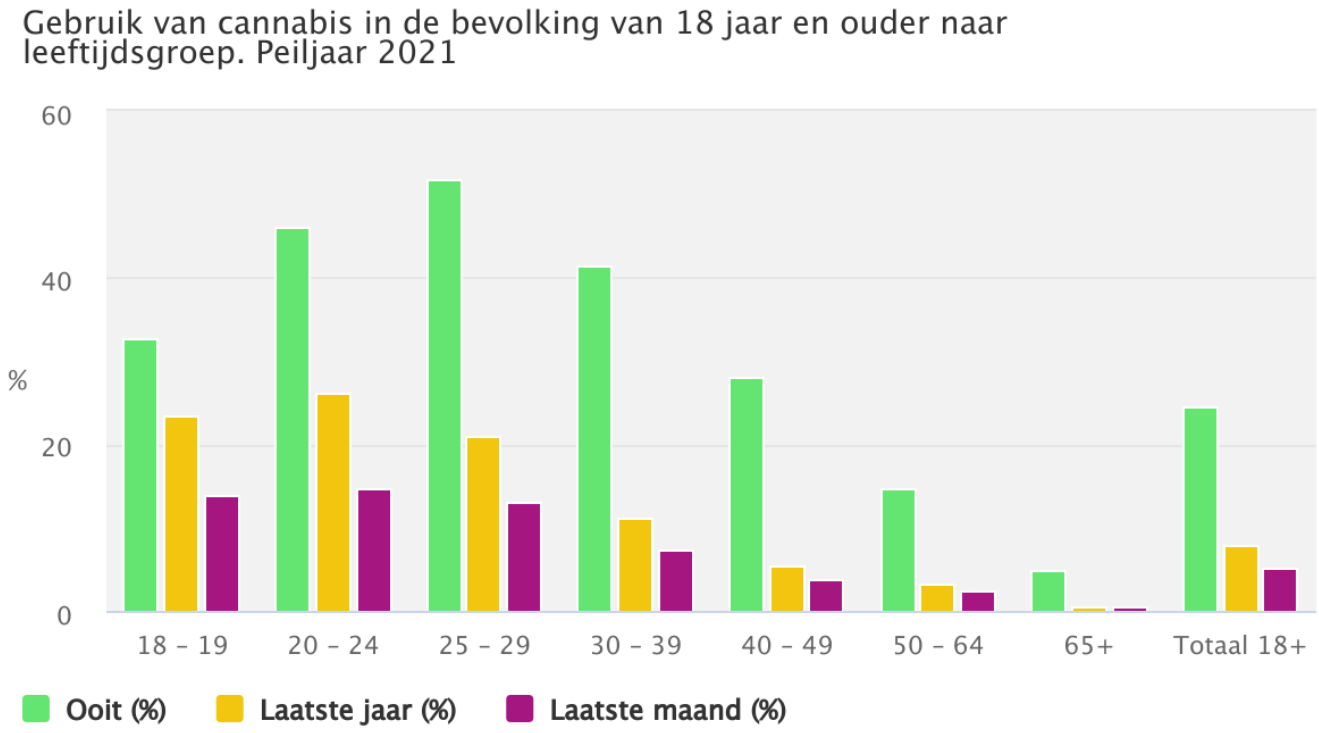
Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquete/ Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Leeftijd

Gebruik van cannabis komt het meest voor onder jongvolwassenen.

- Ongeveer de helft van de twintigers heeft ervaring met cannabis, vergeleken met ongeveer een derde van de 18-19-jarigen.
- Het laatste-jaar-gebruik is het hoogst in de jongste groepen, met ongeveer een kwart van de 18-19-jarigen en de 20-24-jarigen. In de oudere leeftijdsgroepen ligt het cannabisgebruik veel lager, zie figuur hieronder.
- Onder 25-29 jarigen steeg het laatste-jaar-gebruik van 15,9% in 2020 naar 21,1% in 2021. In de overige leeftijdsgroepen bleef het gebruik ten opzichte van 2020 stabiel.
- De gemiddelde leeftijd van alle laatste-jaar-gebruikers is 32,0 jaar.

In de LSM-A 2020 werd aan laatste-jaar-gebruikers van cannabis gevraagd op welke leeftijd zij dit middel voor het eerst namen. De helft van de volwassenen die in het afgelopen jaar cannabis gebruikte, gebruikte dit middel tussen hun 16e en 20e levensjaar voor het eerst. Een kwart van de cannabisgebruikers was jonger toen ze voor het eerst gebruikten, en een kwart was ouder. De gemiddelde startleeftijd van alle cannabisgebruikers is 19,5 jaar. Voor mannen (19,3 jaar) is de gemiddelde startleeftijd iets lager dan voor vrouwen (20,0 jaar).



Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
18 - 19	32,6	23,5	14,0
20 - 24	46,1	26,1	14,6
25 - 29	51,9	21,1	13,1
30 - 39	41,5	11,3	7,3
40 - 49	28,2	5,4	3,8
50 - 64	14,8	3,3	2,4
65+	4,9	0,6	0,5
Totaal 18+	24,6	8,0	5,1

Opleidingsniveau

Meer hoog- dan laagopgeleiden gebruiken cannabis (ooit, laatste-jaar, en laatste-maand). Hoogopgeleide personen hebben bijna drie keer zo vaak ervaring met cannabisgebruik en ruim een twee keer hoger laatste-jaar-gebruik dan laagopgeleiden. Middelbaaropgeleiden zitten daar tussenin.

Gebruik van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[1]. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Laag opgeleid	11,7	3,9	3,1
Middelbaar opgeleid	24,7	8,7	6,2
Hoog opgeleid	32,4	9,8	5,2

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. 1. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Migratieachtergrond

Cannabisgebruik komt meer voor onder mensen met een westerse of niet-westerse migratieachtergrond dan onder mensen met een Nederlandse achtergrond. Het ooitgebruik is het hoogst bij mensen met een westerse migratieachtergrond. Het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik is hoger bij mensen met een westerse en niet-westerse migratieachtergrond.

Gebruik van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[I]. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Nederlandse achtergrond	24,0	7,1	4,3
Westerse migratieachtergrond	31,1	11,9	8,1
Niet-westerse migratieachtergrond	22,1	10,0	7,3

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. I. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage D: "Migratieachtergrond"). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Stedelijkheid

Gebruik van cannabis komt meer voor in de grote steden dan elders. In (zeer) stedelijke gebieden ligt het percentage ooit-, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik anderhalf tot ruim twee keer hoger dan in matig- of weinig/niet stedelijke gebieden.

Gebruik van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[I]. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
(Zeer) sterk stedelijk	29,5	10,6	6,9
Matig stedelijk	21,0	5,8	2,8
Weinig/niet stedelijk	16,9	4,1	2,6

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. I. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Regionale verschillen in het gebruik van cannabis

Voor cannabis is van 2017 tot en met 2019 de gezamenlijke Gezondheidsmonitor van de GGD'en, het

CBS en het RIVM uitgevoerd onder volwassenen van 18 jaar en ouder [1]. Het percentage gebruikers van cannabis is niet gelijk verdeeld over Nederland.

- In de GGD-regio Amsterdam is het percentage volwassenen dat aangeeft in de afgelopen 12 maanden cannabis te hebben gebruikt, significant het hoogst (16,9%).
- In de GGD-regio's Noord- en Oost-Gelderland, Zuid-Holland Zuid, Twente, Zeeland en Gelderland-Midden is het percentage volwassenen dat cannabis gebruikt, significant lager (minder dan 5%) dan in de rest van Nederland.
- In de periode 2017-2019 geeft gemiddeld 7,3% van de volwassenen aan in de afgelopen 12 maanden voorafgaande aan de gezondheidsenquête cannabis te hebben gebruikt.

In 2021 analyseerde het EMCDDA gegevens van rioolwateranalyses uit 80 Europese steden, waaronder Amsterdam, Utrecht en Eindhoven. De resultaten worden in § 3.5.1 beschreven, ook deze resultaten suggereren dat er regionale verschillen bestaan in het gebruik van cannabis. Het is echter nog onduidelijk in hoeverre rioolwateranalyses gebruikt kunnen worden om een goede vergelijking te maken van het cannabisgebruik in verschillende regio's (zie Bijlage B7) [2].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. 1.
   Volksgezondheidenzorg.info. Cannabisgebruik 2017-2019: Per GGD-regio, bevolking 18 jaar of ouder: 15-10-2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/drugsgebruik/regionaal-internationaal/regionaal#node-cannabisgebruik-volwassenen-ggd-regio
2. 2.
   EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: March 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#source-data

3.2.3 Gebruikspatronen en wijze van verkrijgen

Snel naar:

- Mate van consumptie
- Frequentie van gebruik onder laatste-jaar-gebruikers
- Gebruikswijzen
- Wijze van verkrijgen

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft cijfers over het gebruik van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

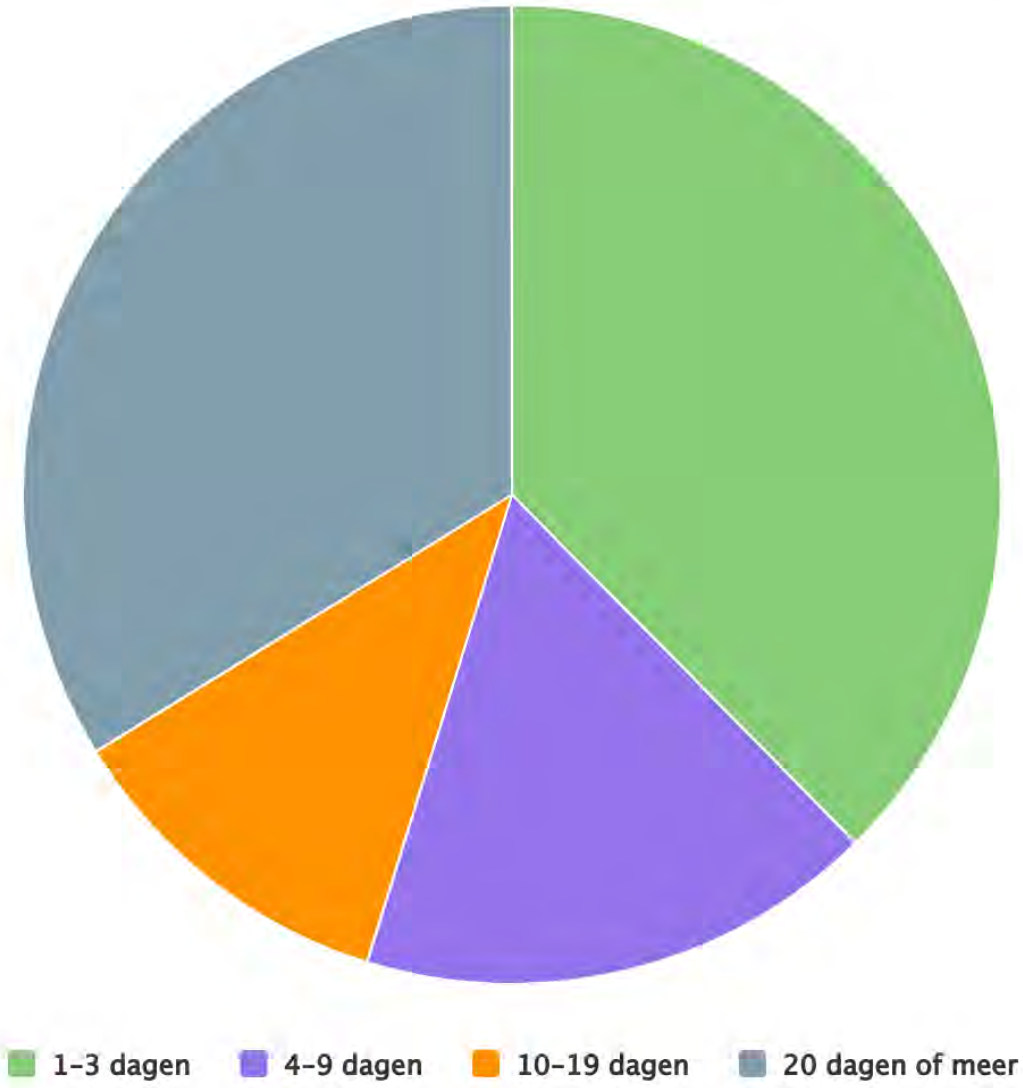
Mate van consumptie

In de Gezondheidsenquête is in 2021 gevraagd naar het gemiddeld aantal joints dat gebruikers roken. Van de laatste-jaar- en laatste-maand-cannabisgebruikers roken de meesten niet meer dan 1 joint op een ‘typische blowdag’ en hun favoriete cannabisvariant is wiet.

- Cannabis wordt vaak met tabak gerookt in een joint (ook wel ‘blowen’ genoemd). Het gemiddeld aantal joints dat op een ‘typische blowdag’ wordt gerookt is onder laatste-jaar-gebruikers 1,5 joints, onder de laatste-maand-gebruikers 1,8 joints en onder de (bijna) dagelijkse gebruikers 2,7 joints.
- Van de laatste-jaar-gebruikers rookt 63,5% niet meer dan 1 joint, vergeleken met 56,2% van de laatste-maand-gebruikers en 35,9% van de (bijna) dagelijkse gebruikers.
- Wiet is veruit de meest favoriete cannabisvariant. Ongeveer 60% van de laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers rookt meestal wiet, rond een kwart rookt meestal hasj, en een op de zeven geeft aan beide even vaak te gebruiken.

Aan laatste-maand-gebruikers werd ook gevraagd op hoeveel dagen zij in de afgelopen maand cannabis gebruikten. In 2021 gebruikte een derde (33,8%) van de laatste-maand-gebruikers cannabis (bijna) dagelijks (zie figuur hieronder). Dat is 1,7% van de totale volwassen bevolking van 18 jaar en ouder.

Frequentie cannabisgebruik onder laatste-maand-gebruikers. Peiljaar 2021



Percentage van de laatste-maand-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van gebruik (aantal dagen in de afgelopen maand). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

Aantal dagen	%
1-3 dagen	37,6
4-9 dagen	17,2
10-19 dagen	11,4

Aantal dagen	%
20 dagen of meer	33,8

Frequentie van gebruik onder laatste-jaar-gebruikers

Andere indicatoren van gebruikspatronen zijn geïnventariseerd in de aanvullende module Middelen van de Leefstijlmonitor 2020 (LSM-A) onder de laatste-*jaar*-cannabisgebruikers. In deze groep zijn ook gebruikers opgenomen die sporadisch (minder dan maandelijks) gebruiken.

- Van degenen die in het afgelopen jaar cannabis één of meer keren gebruikten, deed meer dan de helft dit weinig frequent: 19,7% blowde één keer en 32,8% deed dit minder dan maandelijks. Daarnaast gebruikte 7,3% maandelijks cannabis, 13,2% twee tot vier keer per maand, 9,8% twee tot drie keer per week en 17,1% (bijna) dagelijks. (Let op: In de Gezondheidsenquête is de frequentie van gebruik alleen aan de laatste-maand-gebruikers uitgevraagd).
- Vergeleken met andere drugs wordt cannabis vaak (ook) doordeweeks gerookt, ook al rookt een meerderheid meestal op weekenddagen. Bijna twee derde van de laatste-jaar-gebruikers (64,0%) gebruikt cannabis meestal op weekenddagen, ruim een derde (33,1%) gebruikt zowel op weekenddagen als doordeweekse dagen en 2,9% gebruikt meestal op doordeweekse dagen. In 2016 en 2018 was dit vergelijkbaar.

Gebruikswijzen

In 2020 werd in de LSM-A naar de wijze van cannabisgebruik gevraagd. De meeste cannabisgebruikers gebruiken het middel via joints.

- De meerderheid (82,4%) rookte in 2020 cannabis wel eens (dus zelden, soms, meestal of altijd) via een joint (sigaret van cannabis vermengd met tabak). Andere gebruikswijzen komen minder voor (bijv. cannabis puur roken of dampen) en worden door minder dan één op de twintig gebruikers meestal of altijd toegepast.
- In 2020 gebruiken minder mensen cannabis altijd in een joint (50,8%) dan in 2016 (66,1%), en meer mensen gebruiken nooit (17,5%) of zelden (13,6%) cannabis in een joint dan in 2016 (9,6% nooit; 8,1% zelden). Bij de andere gebruikswijzen zijn de veranderingen niet significant. Het lijkt er op dat een deel van de gebruikers van joints naar andere (minder schadelijke) gebruikswijzen is overgestapt.
- Voor informatie over de schadelijkheid van de verschillende gebruikswijzen van cannabis zie § 3.7.

Gebruikswijze van cannabis onder laatste-jaar-gebruikers. Peiljaar 2020

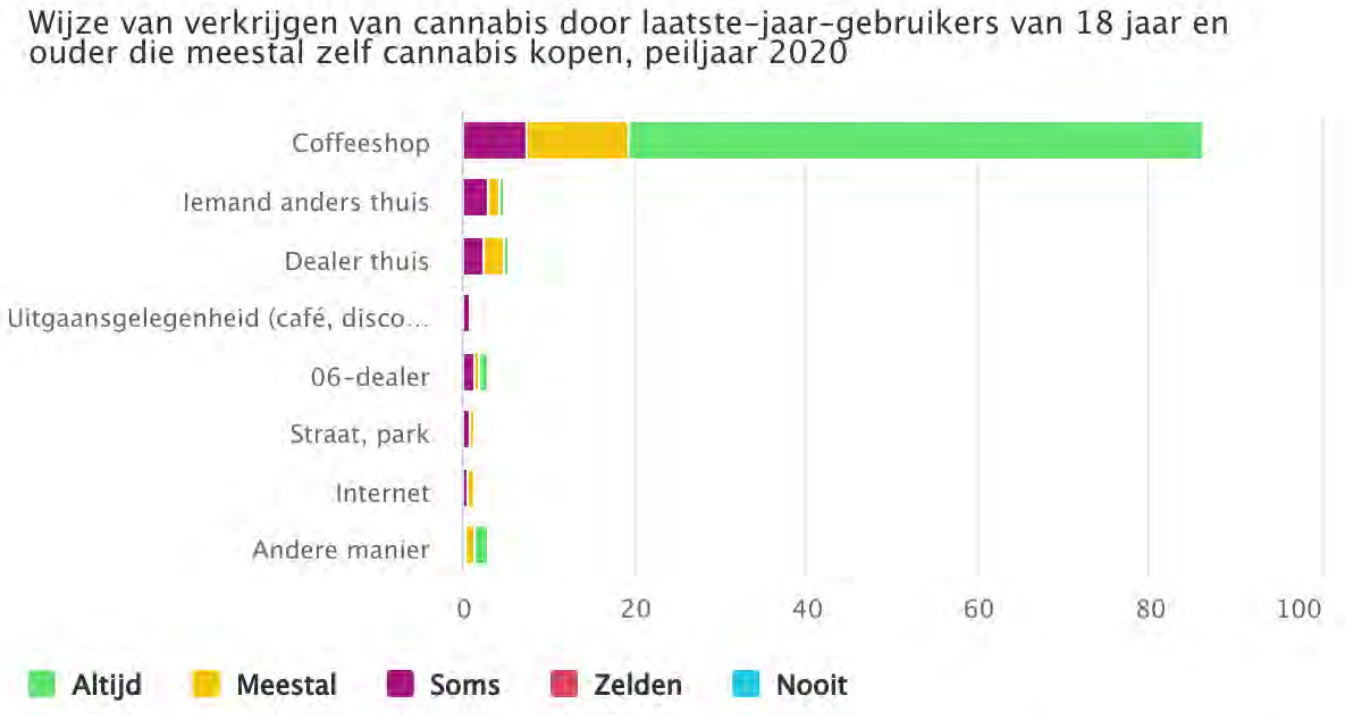
	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
Joint	50,8	12,0	6,1	13,5	17,6
Puur als sigaret	4,1	3,0	4,9	11,5	76,5
Puur in een pijpje, chillum of bong	1,2	1,1	2,7	7,1	87,8
Vaporizer	1,0	2,5	2,1	3,2	91,1
Waterpijp	0,5	0,6	1,8	4,6	92,5
Voedsel, drank	1,3	0,7	4,9	11,1	81,9
Andere manier	2,6	0,7	1,5	2,9	92,3

Percentage van de laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van toepassing gebruikswijze (in het afgelopen jaar). Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

Wijze van verkrijgen

In de LSM-A 2020 is gevraagd hoe volwassenen hun cannabis verkrijgen. De meeste cannabisgebruikers kopen het middel meestal zelf.

- Het grootste deel van de laatste-jaar-gebruikers geeft aan cannabis meestal zelf te kopen (46,9%) of het meestal te krijgen of met anderen mee te roken (37,7%); 13,4% zegt het soms te kopen en soms te krijgen; 2,1% geeft aan zelf cannabis te kweken. Deze percentages verschillen niet van die van 2018.
- Van degenen die (soms) cannabis kopen, had in het afgelopen jaar bijna iedereen (wel eens) cannabis in een coffeeshop gekocht. Aankoop via andere wijzen kwam veel minder vaak voor.



Wijze van verkrijgen onder de laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder die meestal cannabis zelf kopen. Dezelfde gebruiker kan cannabis op meerdere wijzen aanschaffen, daardoor tellen de percentages op tot meer dan 100%. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

NDM

Categories	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
Coffeeshop	66.8	11.9	7.5		
Iemand anders thuis	0.5	1.5	2.8		
Dealer thuis	0.5	2.2	2.5		
Uitgaansgelegenheid (café, disco, festival)		0.3	0.8		
06-dealer	0.9	0.5	1.4		
Straat, park		0.5	0.9		
Internet	0.4	0.6	0.6		

Categories	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
Andere manier	1.6	1	0.3		

3.2.4 Medicinaal gebruik

In Nederland is de medicinale cannabisverstrekking strikt gescheiden van de gedoogde verkoop van cannabis via coffeeshops (zie § 2.1.4). Medicinale cannabis wordt onder toezicht van het Bureau Medicinale Cannabis gekweekt volgens strikte richtlijnen en is alleen verkrijgbaar op doktersrecept. Daarnaast zijn ook tal van producten met CBD vrij te koop bij drogisterijen en via het internet. CBD is een niet-psychoactief component van cannabis die niet onder de Opiumwet valt. In de LSM-A 2020 zijn vragen gesteld over het gebruik van verschillende cannabis(producten) voor medicinale doeleinden, bijvoorbeeld als pijnstillend middel. Ook is gevraagd of de cannabis(producten) op doktersrecept zijn verkregen.

- Van alle volwassen gaf 3,5% aan cannabis of een cannabisproduct voor medicinale doeleinden te gebruiken. Bijna iedereen (3,3%) deed dat (ook) zonder een doktersrecept.
- Dat komt neer op 480 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval 420-540 duizend) volwassenen die cannabis voor medicinale doeleinden gebruiken en 460 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval 400-510 duizend) volwassenen die dat (ook) zonder doktersrecept doen.
- Van alle mensen die cannabis voor medicinale doeleinden gebruiken, deed 92,7% dit zonder doktersrecept; 4,7% gebruikte cannabis als medicijn uitsluitend op doktersrecept en de overige 2,6% gebruikte zowel met als zonder doktersrecept.
- Binnen de groep die ook 'recreatief' cannabis gebruikt, is de prevalentie van medicinaal gebruik van enige vorm van een cannabisproduct hoger. Onder deze mensen gebruikt 20,8% een of meerdere producten (ook) medicinaal.
- Er worden verschillende cannabisproducten gebruikt. Van alle mensen die cannabis voor medicinale doeleinden gebruiken, gebruikt de helft een CBD-olie (49,4%), meer dan een derde wiet (37,5%) en minder dan een vijfde THC-olie (18,7%). Overige vormen kwamen minder vaak voor: 2,3% gaf aan een cannabisolie te gebruiken zonder te weten wat er in zit en 1,6% gebruikte andere cannabisproducten voor medicinale doeleinden.

Percentage cannabisgebruikers van 18 jaar en ouder die cannabis (ook) als medicijn gebruiken met of zonder doktersrecept. Peiljaar 2020

	(%)
Zonder doktersrecept	92,7
Met doktersrecept	4,7
Zowel met als zonder doktersrecept	2,6

Percentage cannabisgebruikers van 18 jaar en ouder die cannabis (ook) als medicijn gebruiken met of zonder doktersrecept. Bron: Leefstijlmonitor/Gezondheidsenquête, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2020.

Het aantal verstrekkingen van medicinale cannabis door openbare apotheken nam van 2008 tot 2017

toe. In 2018 en 2019 daalde het aantal verstrekkingen [1].

- In 2016 was er nog een flinke stijging in het aantal verstrekkingen, mogelijk doordat toen naast de cannabis flos (gedroogde cannabis bloem) ook medicinale cannabisolie beschikbaar kwam.
- In 2018 daalde het aantal verstrekkingen van medicinale cannabis met 4% van 53.300 naar 51.000. De afname betrof vooral de flos variant (daling van 19%). Het aantal verstrekkingen van cannabisolie steeg nog steeds met 4% en vormde in 2018 ongeveer de helft van alle medicinale cannabis verstrekkingen.
- In 2019 daalde het aantal verstrekkingen van medicinale cannabis verder met 5% van 51.000 naar 48.000.
- De daling houdt waarschijnlijk verband met het advies van juni 2018 van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) om terughoudend te zijn met het voorschrijven van medicinale cannabis en dit alleen bij palliatieve patiënten te overwegen.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. SFK. Medicinale cannabis minder dan 50.000 keer verstrekt [Internet]. Pharmaceutisch Weekblad. 2019. Available from: https://www.pw.nl/vaste-rubrieken/sfk/2019/medicinale-cannabis-minder-dan-50-000-keer-verstrekt

3.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

3.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

In het kort: Het ooitgebruik van cannabis is onder scholieren van het voortgezet onderwijs sinds 2011 ongeveer gelijk gebleven. Het laatste-jaar-gebruik is vrijwel onveranderd sinds 2015. Zowel het ooitgebruik als het laatste-jaar-gebruik liggen in 2021 wel lager dan in 2003.

Snel naar:

- Kerncijfers 2021
- Trends in gebruik van cannabis

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). In 2021 werd de HBSC-studie uitgevoerd in het voortgezet onderwijs in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van 5.733 leerlingen, waaronder 5.243 scholieren van 12 tot en met 16 jaar [1]. In de HBSC-studie wordt het laatste-jaar-gebruik niet gerapporteerd, voor de NDM is het-laatste-jaar-gebruik op hoofdniveau geanalyseerd. Bij de uitsplitsingen naar schoolniveau, migratieachtergrond, gezinsvorm en gezinswelvaart rapporteert de NDM net zoals de HBSC-studie uitsluitend het ooitgebruik en het laatste-maand-gebruik. De HBSC-studie bevat minder vragen over middelengebruik dan het Peilstationsonderzoek scholieren. Daarom kan maar een deel van de gegevens geüpdatet worden naar 2021 en hebben de overige gegevens nog betrekking op 2019.

Kerncijfers 2021

In 2021 heeft een op de tien scholieren (10,2%) van het voortgezet onderwijs ooit cannabis gebruikt. Het percentage gebruikers in het afgelopen jaar is bijna even groot (8,9%); 5,7% van de scholieren gebruikte cannabis in de laatste maand (zie tabel hieronder).

Cannabisgebruik in het voortgezet onderwijs, 12 t/m 16 (%). Peiljaar 2021

	(%)
Ooit	10,2
Laatste jaar	8,9
Laatste maand	5,7

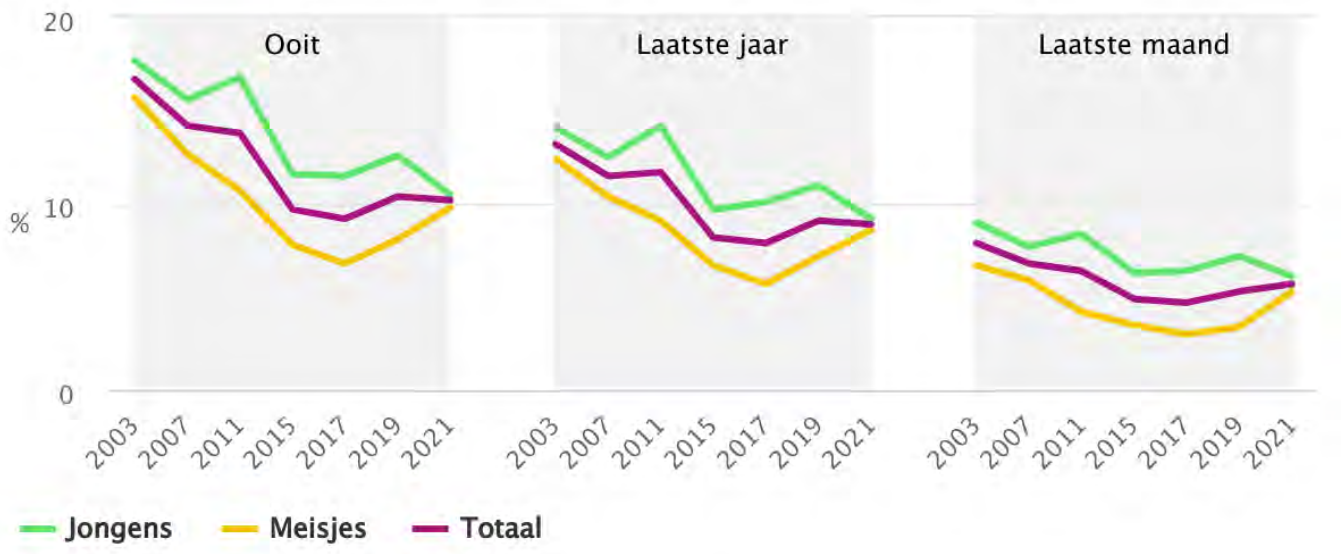
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM.

Trends in gebruik van cannabis

De figuur hieronder laat de trend in het cannabisgebruik zien tussen 2003 en 2021.

- In 2021 heeft 10,2% van de scholieren van het voortgezet onderwijs ervaring met cannabis. Het ooitgebruik is daarmee sinds 2011 ongeveer gelijk gebleven. Op de langere termijn is sprake van een daling, in 2003 lag het percentage nog op 16,7%. Deze trend zien we ook voor meisjes. Voor jongens lag het gebruik in 2011 nog hoger (16,8%) waarna het in 2015 daalde tot 11,6% en in de daaropvolgende jaren ongeveer gelijk bleef.
- Ook het laatste-jaar-gebruik is in 2021 (8,9%) vrijwel onveranderd sinds 2015, maar wel lager dan in 2003 (13,2%). Deze trend zien we ook voor de jongens. Voor de meisjes is het laatste-jaar-gebruik tussen 2015 en 2019 lager dan in 2003, maar in 2021 gestegen en weer op hetzelfde niveau als in 2003.
- Het laatste-maand-gebruik verschilt in 2021 (5,7%) bijna niet van de voorgaande metingen. In de periode 2015-2019 lag het percentage wel lager dan in 2003, maar deze afname lijkt zich dus in 2021 niet voort te zetten. Deze trend zien we ook als we alleen naar de meisjes kijken. Onder de jongens is het laatste-maand-gebruik sinds 2003 niet significant veranderd.

Trends in cannabisgebruik in het voortgezet onderwijs, naar geslacht, 12 t/m 16 jaar (%)



Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM (2017, 2021) en Peilstationsonderzoek scholieren / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM (2003, 2007, 2011, 2015, 2019).

NDM

	Jongens	Meisjes	Totaal
2003	17,7	15,7	16,7
2007	15,6	12,7	14,2
2011	16,8	10,7	13,8
2015	11,6	7,8	9,7
2017	11,5	6,8	9,2
2019	12,6	8,1	10,4
2021	10,5	9,8	10,2

	Jongens	Meisjes	Totaal
2003	14,1	12,4	13,2
2007	12,5	10,4	11,5
2011	14,2	9,1	11,7
2015	9,7	6,7	8,2
2017	10,1	5,7	7,9
2019	11,0	7,2	9,1
2021	9,2	8,6	8,9
2003	9,0	6,7	7,9
2007	7,7	5,9	6,8
2011	8,4	4,2	6,4
2015	6,3	3,5	4,9
2017	6,4	3,0	4,7
2019	7,2	3,4	5,3
2021	6,1	5,3	5,7

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.

3.3.2 Demografische kenmerken scholieren regulier onderwijs

In het kort: Er zijn geen verschillen in cannabisgebruik tussen jongens en meisjes van het voortgezet onderwijs. Cannabisgebruik hangt wel samen met leeftijd, migratieachtergrond, gezinswelvaart en gezinsvorm.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Schoolniveau
- Migratieachtergrond
- Gezinswelvaart
- Gezinsvorm
- Regionale verschillen in cannabisgebruik

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). In 2021 werd de HBSC-studie uitgevoerd in het voortgezet onderwijs in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van 5.733 leerlingen, waaronder 5.243 scholieren van 12 tot en met 16 jaar [1]. In de HBSC-studie wordt het laatste-jaar-gebruik niet gerapporteerd, voor de NDM is het-laatste-jaar-gebruik op hoofdniveau geanalyseerd. Bij de uitsplitsingen naar schoolniveau, migratieachtergrond, gezinsvorm en gezinswelvaart rapporteert de NDM net zoals de HBSC-studie uitsluitend het ooitgebruik en het laatste-maand-gebruik. De HBSC-studie bevat minder vragen over middelengebruik dan het Peilstationsonderzoek scholieren. Daarom kan maar een deel van de gegevens geüpdatet worden naar 2021 en hebben de overige gegevens nog betrekking op 2019.

Geslacht

In 2021 waren er geen verschillen in cannabisgebruik (ooit, laatste-jaar, laatste-maand) tussen jongens en meisjes van het voortgezet onderwijs.

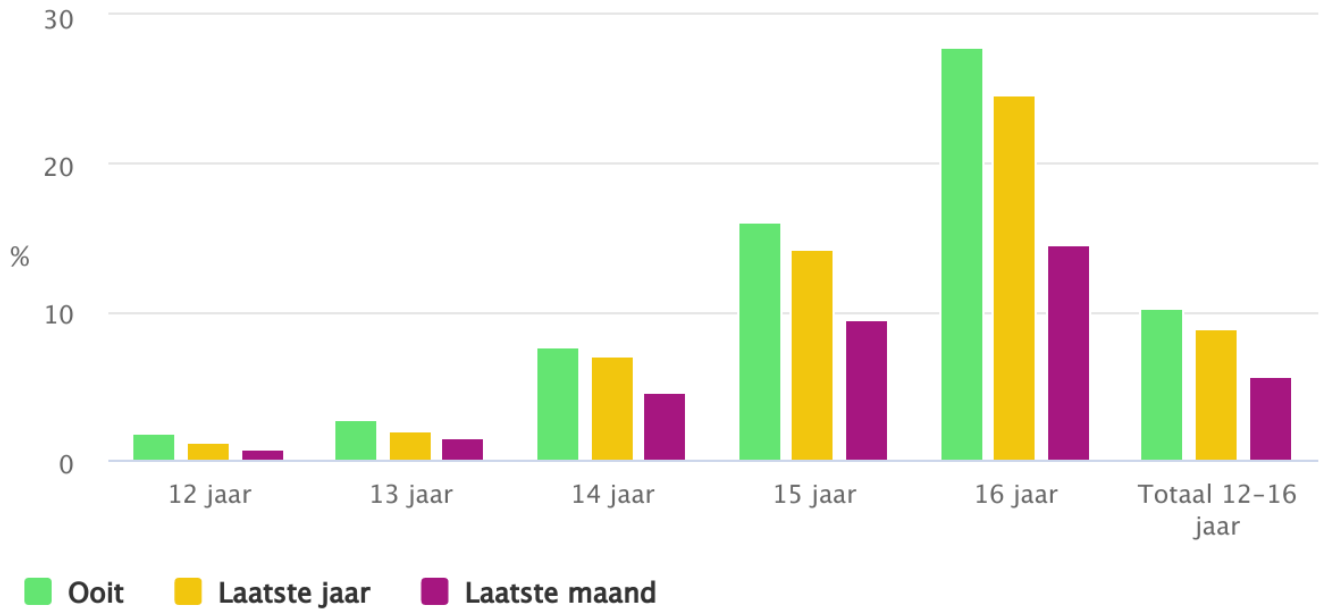
Leeftijd

Onder de scholieren neemt het gebruik van cannabis vanaf 13 jaar toe met de leeftijd.

- Minder dan 2% van de leerlingen van 12 jaar had in 2021 ervaring met cannabis, oplopend naar

meer dan een kwart van de 16-jarige scholieren (zie figuur hieronder).
- De gemiddelde startleeftijd onder 12-16-jarige scholieren die ervaring hebben met cannabis steeg tussen 2003 en 2019 van 13,7 jaar naar 14,2 jaar [2]. Voor 2021 zijn geen gegevens over de gemiddelde startleeftijd beschikbaar.

Cannabisgebruik in het voortgezet onderwijs, naar leeftijd, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021



Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

NDM

	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
12 jaar	1,8	1,2	0,7
13 jaar	2,7	2,0	1,6
14 jaar	7,6	7,0	4,6
15 jaar	16,0	14,3	9,5
16 jaar	27,9	24,6	14,6
Totaal 12-16 jaar	10,2	8,9	5,7

Schoolniveau

De schoolniveaus verschillen niet veel van elkaar wat betreft de prevalentie van cannabisgebruik, zie tabel hieronder.

Cannabisgebruik in het voortgezet onderwijs, naar schoolniveau, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste maand (%)
VMBO-b	10,7	6,6
VMBO-t	10,3	6,3
HAVO	10,4	5,7
VWO	9,4	4,2

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

Migratieachtergrond

Cannabisgebruik hangt samen met migratieachtergrond.

- Scholieren met een migratieachtergrond hadden in 2021 vaker cannabis gebruikt in de afgelopen maand dan scholieren zonder migratieachtergrond, zie tabel hieronder. Er was geen verschil in het ooitgebruik van cannabis.

Cannabisgebruik in het voortgezet onderwijs, naar migratieachtergrond, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

Migratieachtergrond	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Zonder migratieachtergrond	9,8	5,2
Met migratieachtergrond	11,5	7,3

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. I. Jongeren zonder migratieachtergrond = in Nederland geboren evenals beide ouders. Jongeren met een migratieachtergrond = zelf en/of ten minste één van beide ouders is niet in Nederland geboren. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

Gezinswelvaart

Cannabisgebruik hangt samen met gezinswelvaart.

- Cannabisgebruik kwam in 2021 vaker voor onder jongeren met een lage gezinswelvaart, dan onder jongeren met een midden of hoge gezinswelvaart. Dit geldt zowel voor gebruik ooit in het leven, als voor gebruik in de laatste maand (zie tabel hieronder).

Cannabisgebruik in het voortgezet onderwijs, naar gezinswelvaart, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

Gezinswelvaart	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Laag	16,9	10,9
Midden	10,1	5,4
Hoog	9,7	5,1

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Gezinswelvaart is vastgesteld aan de hand van vragen over o.a. concrete bezittingen en kenmerken van het huis, voor meer informatie zie rapport HBSC 2021 Nederland. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

Gezinsvorm

Cannabisgebruik hangt ook samen met gezinsvorm.

- Het cannabisgebruik was in 2021 hoger onder jongeren die niet bij beide ouders wonen, dan onder jongeren die wel bij beide ouders wonen. Dit geldt zowel voor gebruik ooit in het leven, als voor gebruik in de laatste maand (zie tabel hieronder).

Cannabisgebruik in het voortgezet onderwijs, naar gezinsvorm, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Woont niet bij beide ouders in één huis	14,9	9,0
Woont bij beide ouders in één huis	8,6	4,6

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

Regionale verschillen in cannabisgebruik

In 2021 is de derde gezamenlijke Gezondheidsmonitor Jeugd van de GGD'en, GGD GHOR Nederland en het RIVM gehouden onder tweede- en vierdeklassers van het voortgezet onderwijs: de Corona Gezondheidsmonitor Jeugd [3]. Hierin is gevraagd naar het ooitgebruik en laatste-maand-gebruik van hasj of wiet. Er zijn regionale verschillen in het gebruik.

- Het percentage tweede- en vierdeklassers dat ooit hasj of wiet had gebruikt lag het hoogst in de GGD regio's Gooi en Vechtstreek (11,9%) en Amsterdam (13,4%) en lag het laagst in de GGD regio's Haaglanden (5,6%) en IJsselland (5,7%).
- Ook het percentage laatste-maand-gebruikers lag het hoogst in de GGD regio's Gooi en Vechtstreek (6,3%) en Amsterdam (7,8%). Het percentage laatste-maand-gebruikers lag het laagst in de GGD regio's Brabant-Zuidoost (3,0%), Limburg-Noord (3,0%) en Haaglanden (2,6%).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.
2. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht:

Trimbos-instituut; 2020.
3. RIVM, GGD'en. Corona Gezondheidsmonitor Jeugd 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50092NED/table?ts=1653398979958

3.3.3 Gebruikspatronen en wijze van verkrijgen

Snel naar:

- Mate van consumptie
- Wijze van verkrijgen
- Blowen onder schooltijd
- Opvattingen en rol van ouders

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). In 2021 werd de HBSC-studie uitgevoerd in het voortgezet onderwijs in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van 5.733 leerlingen, waaronder 5.243 scholieren van 12 tot en met 16 jaar [1]. In de HBSC-studie wordt het laatste-jaar-gebruik niet gerapporteerd, voor de NDM is het-laatste-jaar-gebruik op hoofdniveau geanalyseerd. Bij de uitsplitsingen naar schoolniveau, migratieachtergrond, gezinsvorm en gezinswelvaart rapporteert de NDM net zoals de HBSC-studie uitsluitend het ooitgebruik en het laatste-maand-gebruik. De HBSC-studie bevat minder vragen over middelengebruik dan het Peilstationsonderzoek scholieren. Daarom kan maar een deel van de gegevens geüpdatet worden naar 2021 en hebben de overige gegevens nog betrekking op 2019.

Mate van consumptie

In 2021 gebruikte ongeveer 1 op de 20 scholieren (5,7%) van 12-16 jaar in de laatste maand cannabis.

- Bijna de helft van de laatste-maand-gebruikers blowde niet meer dan één of twee keer. Ongeveer een kwart blowde frequent (meer dan negen keer in de afgelopen maand).

Scholieren die cannabis gebruiken (gebruikt in de laatste maand). Aantal keren cannabisgebruik in de laatste maand naar geslacht, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Jongens (%)	Meisjes (%)	Totaal (%)
Frequentie			
1-2	41,6	50,5	45,6
3-9	28,0	29,8	28,8
>9	30,4	19,7	25,6

Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

In het Peilstationsonderzoek van 2019 is gevraagd naar het aantal joints dat per keer wordt gerookt [2].

- Gemiddeld wordt 1,4 joint per keer gerookt, jongens en meisjes verschillen hierin niet (zie ook tabel hieronder).

Scholieren die cannabis gebruiken (gebruikt in de laatste maand). Aantal joints per keer naar geslacht, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

Aantal joints per keer	Jongens	Meisjes	Totaal
<1	52,8	42,0	49,3
1 of 2	34,0	48,1	38,6
>3	13,2	9,9	12,1

Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2019

Wijze van verkrijgen

In het Peilstationsonderzoek van 2019 is gevraagd waar jongeren hun cannabis verkrijgen [2].

- Het grootste deel (46%) van de laatste-maand-gebruikers krijgt hun cannabis meestal of rookt het met anderen mee, 16% zegt het meestal door vrienden of anderen te laten kopen, en 16% koopt het zelf. Vijftien procent van de cannabisgebruikers noemt alle drie de opties (zelf kopen, krijgen, en laten kopen).
- Wanneer naar het kopen van cannabis gevraagd wordt, geeft meer dan twee derde van de laatste-maand-gebruikers aan nooit zelf te kopen; meisjes vaker dan jongens. De rest koopt wel eens zelf cannabis.
- De meesten kopen hun wiet of hasj ‘bij een dealer thuis’ en ‘op straat, park, etc.’. Zes procent van de laatste-maand-gebruikers van 12-16 jaar zegt de cannabis (weleens) in een coffeeshop to kopen. Dit is opvallend aangezien de leeftijdsgrens voor toegang tot een coffeeshop 18 jaar is. Jongens rapporteren vaker dan meisjes en 16-jarigen vaker dan jongere scholieren dat ze wiet of hasj (weleens) in een coffeeshop kopen.
- Het aandeel dat zegt zijn cannabis in de coffeeshop te kopen is dalende. In 2015 gaf 15% van de laatste-maand-gebruikers aan cannabis (ook) in de coffeeshop te kopen.

Wijze van verkrijgen van cannabis door scholieren van 12-16 jaar die de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, naar leeftijdsgroep, geslacht en totaal. Peiljaar 2019

	Leeftijd			Geslacht[1]		Totaal[1]
	14 jaar (%)	15 jaar (%)	16 jaar (%)	J (%)	M (%)	12-16 jaar (%)
Ik koop het nooit	65	69	75	67	81	71
Coffeeshop	3	6	9	7	3	6
Bij een dealer thuis	15	13	18	16	12	15
Bij iemand anders thuis	3	3	2	3	1	2
Op of rond school	3	3	3	4	1	3
Op straat, park etc.	15	14	10	15	6	12
Anders	4	8	3	6	4	5

Wijze van verkrijgen van de leerlingen van 12-16 jaar van middelbare scholen die in de afgelopen maand cannabis hadden gebruikt. Leerlingen konden meer antwoorden aankruisen. De percentages tellen daarom niet op tot 100%. I. Vanwege de kleine aantallen zijn de resultaten van de 12- en 13-jarigen niet apart vermeld in de tabel, maar wel meegenomen in de totalen. J = jongens, M = meisjes. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM, 2019.

Blowen onder schooltijd

In het Peilstationsonderzoek 2019 is gevraagd of jongeren wel eens blowen onder schooltijd [2].

- Van alle scholieren die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, antwoordt bijna de helft (44%) dat zij dit in de afgelopen maand wel eens onder schooltijd (tijdens tussenuren of in de

pauze) hebben gedaan.
- Berekend als percentage van alle scholieren gaat het om 2,3% van alle leerlingen [2]. In 2011 was dit 3,0% van alle scholieren; 31% van de laatste-maand-gebruikers [3].

Opvattingen en rol van ouders

In de oudermodule van het HBSC-onderzoek 2021 zijn de opvattingen en het opvoedgedrag van de ouders van de middelbare scholieren met betrekking tot middelengebruik onderzocht (zie bijlage B1) [4].

- In 2021 gaven bijna alle ouders (90%) aan dat zij denken dat cannabisgebruik door jongeren onder de 18 jaar erg schadelijk is.
- De meeste ouders gaven aan dat hun kind niet mag blowen. Ruim acht op de tien ouders (82%) gaven in 2021 aan dat hun kind zeker geen trekje van een joint mag nemen. Dit is ongeveer gelijk met het percentage in in 2019 (83%), maar lager dan in 2011 (88%) en 2015 (88%).
- In 2021 dachten acht op de tien ouders (78%) dat maatregelen die zij nemen of zouden nemen om ervoor te zorgen dat hun kind geen cannabis gaat gebruiken, effectief zijn. Dit is vergelijkbaar met 2019 (78%) maar iets lager dan in 2015 (82%).
- Bijna twee derde (64%) van de ouders denkt dat zij hun kind ervan kunnen weerhouden om cannabis te proberen. Dit is vergelijkbaar met het percentage in 2015 (66%) en 2019 (63%), maar wel hoger dan in 2011 (44%).
- Ouders van jongeren van 12 t/m 14 jaar stellen strengere regels als het gaat om blowen dan ouders van 15- t/m 16-jarigen. Van de ouders van 12 t/m 14-jarigen gaf 85% aan dat hun kind zeker geen trekje van een joint mag nemen tegenover 78% van de ouders van 15 t/m 16-jarigen. Ook gaf een groter percentage van de ouders van 12 t/m 14 jarigen aan te denken dat zij hun kind er van kunnen weerhouden om cannabis te gebruiken vergeleken met ouders van 15 t/m 16 jarigen (67% versus 61%).
- Er waren geen verschillen tussen ouders van jongeren van verschillende schoolniveaus als het gaat om het stellen van regels over cannabisgebruik.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.
2. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
3. Verdurmen JE, Monshouwer K, Van Dorsselaer S, Vermeulen-Smit E, Lokman S, Vollebergh WAM. Jeugd en riskant gedrag 2011. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
4. Rombouts M, Monshouwer K, Van Dorsselaer S. Ouders over middelengebruik, sociale mediagebruik en gamen door jongeren: Cijfers uit het HBSC-onderzoek 2021 onder ouders. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.

3.3.4 Studenten

In het kort: Het gebruik van cannabis is onder 16 t/m 18-jarige MBO- en HBO-studenten sinds 2015 stabiel gebleven. In 2021 gebruikte ongeveer een op de acht MBO- en HBO-studenten in de afgelopen maand. Er zijn signalen dat het gebruik van cannabis hoger is onder WO-studenten dan onder HBO-studenten.

Snel naar:

- Studenten van het MBO en HBO
- Studenten van het HBO en de universiteit
- MBO-studenten in Amsterdam

Gegevensbronnen

Om een beeld te krijgen van het middelengebruik onder jongeren van 16 t/m 18 jaar, onderzoekt het Trimbos-instituut sinds 2015 elke twee jaar het middelengebruik onder MBO- en HBO-studenten in deze leeftijdsgroep met de Middelenmonitor MBO-HBO [1–4]. Deze monitor onderzocht in 2015, 2017, 2019 en 2021 het cannabisgebruik onder 16-18 jarige studenten van het MBO en het HBO. Het gaat om een landelijk onderzoek. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [4].

Daarnaast is in 2021 voor het eerst een grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (HBO en WO). Ook deze monitor zal iedere twee jaar worden uitgevoerd. Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs is ontwikkeld en uitgevoerd door een consortium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de brancheorganisatie van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en het Trimbos-instituut (zie bijlage B9). Deze monitor is gestart vanwege zorgen over de mentale gezondheid, het middelengebruik en de interactie tussen die twee factoren onder studenten [5]. In 2021 namen 28.442 studenten deel, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs [6]. Het middelengebruik werd vergeleken tussen studenten in het HBO en studenten op de universiteit.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse MBO-scholen (bijlage B8) [7,8] . De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 MBO-studenten (> 16 jaar) van acht MBO-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Cijfers over middelengebruik zijn gebaseerd op gewogen data [8].

Studenten van het MBO en HBO

De Middelenmonitor MBO-HBO gaf voor het cannabisgebruik in 2015, 2017, 2019 en 2021 het volgende beeld [1–4].

- Ongeveer een derde (30%) van de 16 t/m 18-jarige MBO en HBO-studenten had in 2021 ervaring met cannabis. Eén op de acht (13%) gebruikte cannabis in de afgelopen maand.
- Het gebruik van cannabis is onder de MBO- en HBO studenten sinds 2015 stabiel.
- Onder 16-jarigen lijkt het ooit-gebruik en laatste-maand-gebruik van cannabis onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (respectievelijk 27,8% en 14,4%) iets hoger dan onder MBO-studenten (respectievelijk 21,4% en 11,2%), maar het verschil is niet significant.
- Onder 17-jarigen is het ooit-gebruik en het laatste-maand-gebruik van cannabis hoger onder scholieren van het voortgezet onderwijs (respectievelijk 36,6% en 17,3%) dan onder studenten van het HBO (respectievelijk 23,1% en 8,0%).
- Onder 18-jarigen zijn er geen verschillen in het cannabisgebruik (ooit en laatste maand) tussen MBO- en HBO-studenten.
- MBO- en HBO-studenten die in de afgelopen maand cannabis gebruikten, rookten gemiddeld 1,5 joint per keer. Ongeveer een derde van de laatste-maand-gebruikers (34%) gaf aan wel eens cannabis te gebruiken onder schooltijd.
- Hoewel jongeren onder de 18 jaar officieel geen toegang hebben tot de coffeeshop, gaf 19% van de 16-jarige en 27% van de 17-jarige laatste-maand-gebruikers aan wel eens cannabis in de coffeeshop te kopen. Onder de 18-jarigen was dit 77%.

Studenten van het HBO en de universiteit

- De helft (53,2%) van de studenten gebruikte cannabis ooit in het leven [6]. Dit percentage ligt op de universiteit (60,7%) hoger dan op het HBO (47,8%).
- Een kleiner deel (33,5%) gebruikte cannabis in het afgelopen jaar; ook hier lag het gebruik bij studenten op de universiteit (40,9%) hoger dan bij studenten op het HBO (28,1%).
- Het gebruik in de laatste maand kwam voor onder 16,8% van de ondervraagde studenten, met meer gebruikers onder studenten op de universiteit (21,0%) dan onder studenten op het HBO (13,8%).
- Van de ondervraagde studenten gebruikte 8% in het afgelopen jaar tenminste wekelijks cannabis, dit kan worden beschouwd als frequent gebruik. Meer mannen (11,9%) dan vrouwen (5,2%) gebruikte frequent cannabis, dit verschil tussen mannen en vrouwen is op het HBO (10,5% vs. 4,3%) ongeveer even groot als op de universiteit (13,8% vs. 6,3%).
- Frequent cannabisgebruik ligt hoger onder studenten die zelfstandig wonen (12,0%) dan onder studenten die wonen bij hun ouders/verzorgers (4,2%). Dit verschil is groter onder studenten op de universiteit (12,5% vs. 3,5%) in vergelijking met studenten op het HBO (11,3% vs. 4,5%).
- Frequent cannabisgebruik komt vaker voor onder studenten van 26-29 jaar dan onder studenten van 21 jaar en jonger, komt voor vaker voor bij studenten met een migratieachtergrond dan bij studenten zonder migratieachtergrond, komt vaker voor bij studenten die zichzelf als LHBTQ+ identificeren dan bij studenten die zichzelf niet als LHBTQ+ identificeren en komt vaker voor bij bachelor studenten dan bij master- of andere studenten.
- Daarnaast komt frequent cannabisgebruik vaker voor bij studenten met een concentratie-, lees- of rekenproblemen dan bij studenten zonder dit soort problemen en komt vaker voor bij studenten met een belemmerende psychische aandoening zoals een depressie, angst- of eetstoornis dan bij studenten zonder belemmerende psychische aandoening.
- Frequent cannabisgebruik hangt ook samen met meer ervaren stress, prestatiedruk, slaapproblemen en eenzaamheid.
- Studenten met een studieschuld die hoger is dan €10.000,- gebruiken vaker frequent cannabis dan studenten die minder dan €5.000,- studieschuld hebben.

MBO-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het cannabisgebruik van MBO-studenten uitgevraagd [8]. Het is van belang om op te merken dat het hier om een oudere leeftijdsgroep (gemiddeld 19,0 jaar) gaat dan in de hierboven genoemde MBO-HBO monitor (gemiddeld 17,3 jaar). De percentages zijn daarom niet een op een vergelijkbaar.

- In 2021 had vier op de tien (41%) Amsterdamse MBO-studenten ervaring met cannabis [8]. Ongeveer een derde (31%) gebruikte cannabis in het afgelopen jaar en een op de vijf (20%) gebruikte cannabis in de afgelopen maand.
- Van de laatste-maand-gebruikers gaf een op de vijf (21%) aan dagelijks te gebruiken. Bijna een kwart van de laatste-maand-gebruikers gaf aan dat zij zelf vinden dat ze te veel of te vaak gebruiken en dat zij zouden willen minderen of stoppen.
- In vergelijking met 2016 daalde in 2021 het percentage ooit- en laatste-jaar-gebruikers onder de Amsterdamse MBO-studenten. Het percentage laatste-maand-gebruikers bleef ongeveer gelijk.

Percentage cannabisgebruikers onder studenten

	Locatie	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO	Nederland	2021	MBO + HBO	16-18 jaar	30,3	-	13,2
		2019			28,5	-	12,5
		2017			34,3	-	14,8
		2015			33,1	-	14,3
Studenten van het HBO en de universiteit[1]	Nederland	2021	Totaal HBO + WO	16 jaar en ouder	53,2	33,5	16,8
			HBO		47,8	28,1	13,8
			WO		60,7	40,9	21
Studenten van het MBO	Amsterdam	2021	MBO	16 jaar en ouder (19,0 gemiddeld)	40,8	30,5	19,5
		2016	MBO	15 jaar en ouder (18,9 gemiddeld)	49,3	34,3	22,0

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. 1. Alle HBO- en WO-studenten die ouder waren dan 16 jaar werden geïncludeerd in dit onderzoek. Door verschillen in leeftijd en meetmethoden is een directe vergelijking tussen de onderzoeken niet mogelijk. Bronnen: Middelenmonitor MBO-HBO; Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs, Antenne Amsterdam.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

2. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
3. Verdurmen JE, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Factsheet: Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
4. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
5. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport I Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–116.
6. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–123.
7. Nabben T, Luijk SJ, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
8. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.

3.3.5 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Het algemene beeld dat uit onderstaande onderzoeken naar voren komt is dat het gebruik van cannabis onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen hoger ligt dan onder scholieren op reguliere middelbare scholen en de algemene bevolking. Hoewel cannabis geen typische uitgaansdrug is, wordt het wel vaak gebruikt door jongeren en jongvolwassenen die uitgaan. Uit verschillende landelijke en lokale studies blijkt dat het gebruik van cannabis in de afgelopen jaren stabiel is gebleven.

Snel naar:

- Uitgaanders in Nederland
- Uitgaanders in Amsterdam en in Gooi en Vechtstreek
- Uitgaanders in Den Haag

Gegevensbronnen

In het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar, die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht . De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld via een online vragenlijst. Om vertekening door de impact van de eerste coronamaatregelen te voorkomen, werd aan de respondenten gevraagd naar hun middelengebruik in de periode vóór 13 maart 2020, de dag van het invoeren van de eerste coronamaatregelen. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie Bijlage B2). Voor het vergelijken van de resultaten met die uit een eerdere peiling uit 2016 zijn aanvullende analyses uitgevoerd [1].

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik onder uitgaande jongeren in Amsterdam en in de Gooi en Vechtstreek middels vragenlijsten onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen. In de Antenne monitor Amsterdam van 2019 zijn ook kwalitatieve gegevens van sleutelfiguren uit het uitgaansleven verzameld [8].

In het Haags Uitgaansonderzoek (HUO) 2019 van GGD Haaglanden is het middelengebruik van 519 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar op vier Haagse uitgaanslocaties in kaart gebracht [9]. Deze studie combineert eveneens een survey met panelinterviews met sleutelfiguren uit het Haagse uitgaansleven. Dit onderzoek werd ook in 2017 [10] en 2014 [11] uitgevoerd.

De tabel op deze pagina vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij ‘op locatie’ of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders.

De situatie is in 2020 door de coronacrisis mogelijk veranderd. In § 3.1.2 beschrijven we bevindingen uit onderzoeken sinds het begin van de coronacrisis in maart 2020.

Uitgaanders in Nederland

In het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar, die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht [1].

- In HGU 2020 was cannabis de meest gebruikte illegale drug. Van de jongeren had 74,6% ervaring met cannabis en 51,0% had cannabis in het afgelopen jaar gebruikt. Dat is meer dan het percentage laatste-jaar-gebruikers onder leeftijdsgenoten uit de algemene bevolking (§ 3.2).
- Van degenen die in het afgelopen jaar cannabis hadden gebruikt, deed iets minder dan de helft (45,4%) dat minimaal één keer per maand, 8,0% gebruikte (bijna) dagelijks.
- Cannabis wordt niet tot de typische uitgaansdrugs gerekend. Wiet of hasj worden het meest (bij anderen) thuis gebruikt (84,4%).
- Als uitgaanders blowen, is er weinig verschil in het gemiddeld aantal joints tussen een dag waarop wordt uitgegaan (1,6 joints) en een dag waarop niet wordt uitgegaan (1,4 joints).
- Het laatste-jaar-gebruik van cannabis (51,0%) ligt op hetzelfde niveau als in voorgaande jaren (52,8% in 2016, en 52,0% in 2013).
- Van de laatste-jaar-gebruikers zou 20,5% willen minderen en 16,3% zou willen stoppen met het gebruik van cannabis. Willen minderen of willen stoppen sloten elkaar niet uit, respondenten konden beide aangeven.

Uitgaanders in Amsterdam en in Gooi en Vechtstreek

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik onder uitgaande jongeren in Amsterdam en in de Gooi en Vechtstreek middels vragenlijsten onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen.

- In de Antenne monitor van 2018 werden cafébezoekers ondervraagd [2,3]. In 2018 had van de cafébezoekers in Amsterdam 27,0% in de laatste maand cannabis gebruikt en 1,3% deed dit dagelijks. Deze percentages liggen met respectievelijk 32,6% en 3,3% iets hoger onder de cafébezoekers in de Gooi en Vechtstreek. Het cannabisgebruik onder cafébezoekers in Amsterdam bleef op hetzelfde niveau als in 2014 [4].
- In de Antenne monitor survey van 2017 zijn bezoekers van clubs, raves en festivals onderzocht. In 2017 had van deze uitgaanders in Amsterdam 43,0% in de afgelopen maand cannabis gebruikt [5], vergeleken met 30,3% van de uitgaanders in Hilversum [6]. Het cannabisgebruik bleef op hetzelfde niveau als in 2013 (zie onderstaande tabel) [7].
- In voorgaande onderzoeken van de Antenne monitor daalde tussen 1995 en 2013 het percentage dat *tijdens* het uitgaan blowde zowel onder clubbers als ravers [7], net als tussen 2000 en 2014 onder Amsterdamse cafébezoekers [4]. Het percentage uitgaanders die tijdens het uitgaan blowden verschilt niet tussen 2013 en 2017 [5].

In de Antenne monitor Amsterdam van 2019 zijn ook kwalitatieve gegevens van sleutelfiguren uit het uitgaansleven verzameld [8].

- Sleutelfiguren signaleren dat, terwijl de meerderheid van de blowers nog steeds op de klassieke manier cannabis gebruikt (in een joint met tabak), het aantal vaporizers mondjesmaat lijkt toe te nemen. Vaporizers worden steeds populairder en worden als een minder schadelijk alternatief gezien. Sommigen voorspellen dat de doorbraak van het vapen pas komt als geen joints (met tabak) meer mogen worden gerookt in coffeeshops (vanaf 1 april 2020).
- In sommige kringen wordt nog stevig geblowd, maar er is over het algemeen sprake van een daling van het cannabisgebruik. Naast scherpere regelgeving zijn meer uitgaanders kritischer over gezondheidsrisico's van tabak.

Uitgaanders in Den Haag

In het Haags Uitgaansonderzoek (HUO) 2019 van GGD Haaglanden is het middelengebruik van 519 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar op vier Haagse uitgaanslocaties in kaart gebracht [9]. Deze studie combineert eveneens een survey met panelinterviews met sleutelfiguren uit het Haagse uitgaansleven. Dit onderzoek werd ook in 2017 [10] en 2014 [11] uitgevoerd.

- In 2019 had 87% van de deelnemers ervaring met cannabis, 63% gebruikte het in het laatste jaar en 33% gebruikte het in de laatste maand. Ten opzichte van 2017 is het laatste-jaar-gebruik gestegen en het laatste-maand-gebruik stabiel gebleven.
- Het laatste-maand-gebruik neemt af met het ouder worden. Van de uitgaanders van 20 jaar of jonger had de helft (49%) de afgelopen maand cannabis gebruikt; onder degenen van 30 jaar of ouder lag dit op 35%.
- Panelleden constateren dat cannabis makkelijk te verkrijgen is, dat het gebruik onder uitgaanders normaal is geworden en dat cannabis met 'alles' te combineren is. Het meest genoemd worden alcohol en ecstasy.
- De drempel om te blowen is laag. Cannabis wordt vooral thuis of op afterparty's gebruikt. Motieven om cannabis te gebruiken zijn onder meer dat het ontspannend, gezellig en sociaal is.
- In 2017 was de gemiddelde leeftijd waarop deelnemers voor het eerst wiet of hasj gebruikten 17 jaar.

Gebruik van cannabis onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde Leeftijd (jaar)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2020	-	51	-
	Landelijk	2016	22	53	32
Cafébezoekers[II]	Amsterdam	2018	27	52	27
	Hilversum, Bussum, Huizen	2018	24	59	33
	Amsterdam	2014	27	56	30
Bezoekers van clubs, raves[III] en festivals	Amsterdam	2017	26	64	43
	Amsterdam	2013	24	70	48
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum, Bussum, Huizen	2017	21	60	30
Uitgaanders	Den Haag	2019	-	63	33
	Den Haag	2017	24	51	32
	Den Haag	2014	24	52	42
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	25	98	91

Percentage gebruikers van cannabis ooit en in de laatste maand. 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. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via Facebook, online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. III. Raves zijn (semi-illegale) underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw" (Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves; per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). Om goede uitspraken te kunnen doen over de trends in middelengebruik, wordt er bij het Grote Uitgaansonderzoek en de Antenne monitor een aanvullende analyse gedaan die vergelijkingen tussen jaren mogelijk maakt. Voor de andere onderzoeken wordt deze analyse niet gedaan. Hier geldt dat bij kleine verschillen niet met zekerheid kan worden gezegd of er sprake is van een toe- of afname. Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016, 2020; Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2013, 2014, 2015, 2017, 2018, 2019; Het Haags Uitgaansonderzoek 2014, 2018, 2020.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.
3. Korf DJ, Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2018. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek.; 2019.
4. Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2014: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2015.
5. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.
6. Luijk SJ, Nabben T, Korf DJ, Van Bakkum F, Krouwel J, Noijen J. Antenne Gooi en Vechtstreek

2017: Het gebruik van alcohol, tabak en drugs onder jongeren en jongvolwassenen in de regio. Amsterdam: Bonger Instituut voor Criminologie; 2018.
7. Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2013: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2014.
8. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
9. Van Dijk A, Van der Meer R, Gerrits N, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L. HUO 2019/2020: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2020.
10. Van Dijk A, Keetman M, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L, Mohabir A. HUO 2018: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2018.
11. Van Dijk A, Reinerie P. Huo 2014: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken. Den Haag: GGD Haaglanden; 2015.

3.3.6 Kwetsbare groepen jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Cannabis wordt relatief veel gebruikt in bepaalde groepen kwetsbare jongeren. In tegenstelling tot uitgaanders gebruiken kwetsbare jongeren cannabis vaker om met problemen of stress om te gaan (‘coping’ motieven).

Snel naar:

- Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3
- Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen
- Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg
- Kwetsbare jongeren in de regio

Gegevensbronnen

Binnen de groep jongeren zijn bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

In 2019 is in een landelijk onderzoek (EXPLORE) het middelengebruik gemeten onder jongeren van het praktijkonderwijs (PrO), het cluster 4 van het speciaal voortgezet onderwijs (REC-4, leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen), en jongeren van het cluster 3 (REC-3, leerlingen met een licht verstandelijke beperking) [1]. Er deden 34 scholen van het praktijkonderwijs (1.118 leerlingen) mee en 34 cluster 4-scholen (1.032 leerlingen). Aan het onderzoek in cluster 3 namen 21 scholen deel (266 leerlingen). De cijfers zijn vergeleken met een steekproef van jongeren van het VMBO basis- en kaderberoepsgerichte leerweg (VMBO-b). De gegevens van het VMBO-b zijn afkomstig uit de Peilstationsonderzoeken uit 2007 en 2019 [2]. De cijfers zijn ook vergeleken met het eerdere EXPLORE onderzoek uit 2008, hierin is het cluster 3 onderwijs nog niet onderzocht. In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over cannabisgebruik onder jongeren (12-17 jaar) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) verzameld [3]. In 2008 is voor het laatst landelijk onderzoek gedaan naar middelengebruik onder deze doelgroep [4].

Daarnaast is in 2022 als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [5]. Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen (gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld.

Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd.

Daarnaast is in 2019 en 2021 de Antenne Regiomonitor uitgevoerd [6,7]. Deze monitor beoogt op

kwalitatieve wijze zicht te krijgen op het gebruik onder groepen kwetsbare jongeren uit verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt op basis van interviews met jongeren- en preventiewerkers die zicht hebben op verschillende (35 in 2021) jongerengroepen verspreid over het land. Begin 2021 werden via een kwalitatieve studie jongeren- en preventiewerkers ondervraagd over hun indruk van het middelengebruik van in totaal 35 groepen jongeren uit 10 provincies, waar deze professionals direct mee in contact staan. Deze groepen zijn niet representatief voor alle jongerengroepen in de regio. Van de 35 groepen jongeren kwamen er 23 uit een grotere of kleinere stad en kwamen er 12 uit een dorp. Het aantal jongeren per groep varieerde van 8 tot 90 personen, met gemiddeld 20 personen. In totaal hadden de professionals zicht op ongeveer 850 jongeren tussen 11 en 27 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar. Daarnaast zijn er vanuit de Antenne-monitor uit 2019 specifiek gegevens beschikbaar over cannabisgebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek. De ondervraagde jongeren waren merendeels 16-19 jaar oud (87%), de rest was 15 of tussen de 20 en 28 jaar. Vanwege de kleine steekproeven moeten bevindingen voorzichtig worden geïnterpreteerd (118 jongeren in Amsterdam en 23 jongeren in de Gooi en Vechtstreek).

De tabel onderaan deze pagina geeft een samenvatting van de resultaten uit uiteenlopende studies naar het cannabisgebruik in verschillende groepen kwetsbare jongeren. In het landelijke EXPLORE onderzoek zijn jongeren uit het praktijk- en het speciaal onderwijs geïncludeerd, en jongeren in de residentiële jeugdzorg. Ook zijn er enkele lokale en regionale studies uitgevoerd. De cijfers zijn onderling niet altijd vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3

In 2019 is in een landelijk onderzoek (EXPLORE) het middelengebruik gemeten onder jongeren van het praktijkonderwijs (PrO), het cluster 4 van het speciaal voortgezet onderwijs (REC-4, leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen), en jongeren van het cluster 3 (REC-3, leerlingen met een licht verstandelijke beperking) [1].

- Van de scholieren in cluster 4 heeft één op de vijf ooit cannabis gebruikt en één op de tien in de afgelopen maand. Dit is voor beide prevalentiematen tweemaal hoger dan in het VMBO-b en bijna drie keer zo hoog als in het praktijkonderwijs.
- In cluster 4 hebben meer meisjes dan jongens cannabis gebruikt. In het praktijkonderwijs en het VMBO-b is het andersom: meer jongens dan meisjes gebruiken cannabis.
- Cluster 4-leerlingen roken gemiddeld de meeste joints per keer (2,7 joints), gevolgd door leerlingen van het VMBO-b (2,1 joints) en praktijkonderwijs (1,7 joints).
- Ruim de helft van de cannabisgebruikers in het praktijkonderwijs en cluster 4 gebruikt wel eens wiet of hasj tijdens schooltijd of werk. Dit is vergelijkbaar met het VMBO-b.
- Het percentage leerlingen dat ooit cannabis heeft gebruik is in de periode 2008-2019 sterk gedaald. Dit geldt voor zowel het praktijkonderwijs als cluster 4. In cluster 4 is het laatste-maand-gebruik eveneens sterk gedaald. In het praktijkonderwijs was sprake van een lichte, niet significante daling, maar de percentages liggen daar veel lager dan in cluster 4.
- In het VMBO-b is tussen 2008 en 2019 eveneens sprake van een daling van het gebruik ooit in het leven. De maandprevalentie daalde in het VMBO-b licht, maar niet significant.
- Een op de tien cluster 3-scholieren (8%) heeft ooit cannabis gebruikt en 5% heeft dat vaker dan

één keer gedaan. In cluster 3 hebben minder leerlingen ervaring met cannabis dan in cluster 4 en VMBO-b, maar er is weinig verschil met het praktijkonderwijs. Het aantal cannabisgebruikers in de laatste maand is zeer laag en daarom niet vermeld.

Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn gegevens verzameld over het gebruik van cannabis onder jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen [5]. De vragenlijst is in vier JJI afgenomen bij in totaal 110 jongens. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder studenten van het mbo/hbo [8]. Deze vergelijking moet voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat de onderzoeken niet op dezelfde manier zijn uitgevoerd en de studenten gemiddelde iets jonger zijn (17,2 versus 18,2 jaar).

• Bijna negen op de tien jongeren (85%) hebben ooit cannabis gebruikt en bijna de helft (47%) deed dit in de afgelopen maand.
• Van de jongeren die in de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt (n = 52) heeft twee derde dit vier keer of vaker gedaan (67%). De rest van de jongeren deed dit twee of drie keer (19%) of één keer (14%).
• Bijna alle jongeren die in de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, deden dit in de inrichting (90%).
• Gemiddeld rookten de laatste maand gebruikers 5,5 joints per keer.
• Alle jongeren die in de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, deden dit al voordat ze in de inrichting werden geplaatst.
• Twee derde van deze jongeren (67%) gebruikt minder cannabis dan voordat ze in de inrichting werden geplaatst. Eén op de vijf (19%) geeft aan dat ze sinds de plaatsing meer cannabis zijn gaan gebruiken.
• Gevraagd naar de motieven voor gebruik noemen de laatste maand gebruikers vooral ‘omdat het gevoel lekker is’ (87%), ‘om minder stress te hebben’ (77%) en ‘tegen de verveling’ (77%).
• Van de jongeren die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, vindt bijna de helft (48%) dat zij dit (soms) te veel doen.
• Het gebruik van cannabis is onder jongeren in de JJI duidelijk hoger dan onder studenten van het MBO/HBO (ooit 85% vs. 30% en afgelopen maand 47% vs. 13%) [8].

Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over cannabisgebruik onder jongeren (12-17 jaar) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) verzameld [3]. In 2008 is voor het laatst landelijk onderzoek gedaan naar middelengebruik onder deze doelgroep [4].

- Het gebruik van cannabis verschilt in 2020 niet van 2008. Net als in 2008 ligt het gebruik van cannabis in 2020 onder jongeren in de RJZ veel hoger dan onder leeftijdgenoten in het regulier onderwijs.
- Ruim zes op de tien jongeren (62%) heeft ooit cannabis gebruikt en bijna vier op de tien (39%) heeft de afgelopen maand cannabis gebruikt. Jongens en meisjes verschillen hierin niet.
- Het gebruik ligt ook op jonge leeftijd hoog: ruim de helft (52%) van de 12- t/m 15-jarigen heeft ooit cannabis gebruikt en bijna een derde (31%) heeft dit de afgelopen maand nog gedaan. De jongeren die in de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, roken gemiddeld 3,5 joint per

keer.
- Van de jongeren die in de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, antwoordt iets meer dan de helft (54%) dat zij dit in de afgelopen maand wel eens onder schooltijd hebben gedaan (tussenuren of pauze).
- Gevraagd naar motieven voor gebruik valt op dat voor cannabis ‘tegen de stress’ (79%) en ‘om rustiger te worden’ (89%) relatief vaak wordt genoemd.

Daarnaast zijn er vanuit de Antenne-monitor uit 2019 specifiek gegevens beschikbaar over cannabisgebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek. De ondervraagde jongeren waren merendeels 16-19 jaar oud (87%), de rest was 15 of tussen de 20 en 28 jaar [6]. Vanwege de kleine steekproeven moeten bevindingen voorzichtig worden geïnterpreteerd (118 jongeren in Amsterdam en 23 jongeren in de Gooi en Vechtstreek).

- In 2019 heeft 41,5% van de jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam in de laatste maand cannabis gebruikt en een vijfde (17,8%) deed dit dagelijks. Deze percentages liggen met respectievelijk 26,1% en 0,0% lager onder de jongeren in de jeugdzorg in de Gooi en Vechtstreek.
- Het cannabisgebruik van jeugdzorgcliënten in Amsterdam bleef op hetzelfde niveau als dertien jaar geleden (45,0% in 2006).
- Van de laatste-maand-gebruikers gebruikte 30,6% cannabis op 1 dag per week of meer, er werd gemiddeld 4,1 joints per dag gerookt. In de Gooi en Vechtstreek gebruikten jongeren in de jeugdzorg vaker cannabis (83,3% op 1 dag per week of meer) maar ze rookten minder per dag (3,3 joints).
- Twee derde (67,3%) van de jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam vertoont riskant blowgedrag, en de helft van de jongeren in de Gooi en Vechtstreek (50,0%). Volgens de Antenne-monitor is een riskante blower iemand die dagelijks blowt, of meer dan 2 dagen per week meer dan één joint per dag.
- De meeste jongeren in de jeugdzorg gebruiken cannabis (weleens) in een joint met tabak (91,8% en 83,3% in respectievelijk Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek). Andere gebruikswijzen komen minder vaak voor.
- In tegenstelling tot alcohol zijn bij hasj en wiet sociale redenen niet de belangrijkste redenen om te gebruiken. Blowen wordt vaker gedaan voor de opwinding (om je lekker te voelen) (47%) en voor coping (37%). Coping wordt in verband gebracht met problematisch cannabisgebruik [6].
- Riskant blowgedrag omvat blowen onder school- of werktijd. Blowen onder school of werktijd is eerder regel dan uitzondering bij de huidige blowers; meer dan de helft (55%) deed dit het afgelopen jaar [6].

Kwetsbare jongeren in de regio

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen kwetsbare jongeren in diverse regio’s van Nederland [7]. Deze monitor probeert zicht te krijgen op groepen jongeren waarin sprake is van problematisch drugsgebruik, meervoudige problematiek in de directe, institutionele of sociale omgeving, of het veroorzaken van overlast.

- In elk van de 35 groepen werd volgens waarnemingen van de professionals cannabis gebruikt; in twee derde van de groepen gebruikte een grote meerderheid tot iedereen.
- Het cannabisgebruik is volgens de professionals in het afgelopen jaar in twee derde van de

groepen toegenomen (22 van de 35), in 9 groepen stabiel gebleven en in 3 groepen afgenomen. De professionals signaleren dat de coronacrisis tot een toename van gebruik heeft geleid.
- De professionals zien dat er vaak al op jonge leeftijd geblowd wordt.
- Het is makkelijk om aan cannabis te komen, ook voor jongeren onder de 18 jaar (bijv. illegale wiettaxi, straatdealers, of de oudere jongeren nemen cannabis mee voor de minderjarigen).
- In het illegale circuit liggen de prijzen vaak lager dan in de coffeeshops.
- Professionals noemen verschillende motieven waarom jongeren blowen: voor ontspanning of sociaal zijn, maar ook om te ontsnappen aan de stress van alledag.

Gebruik van cannabis in kwetsbare groepen jongeren

Groep	Locatie	Peiljaar	Leeftijd	Ooit-gebruik (%)	Laatste jaar gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Praktijkonderwijs	Nederland	2019	12-16 jaar	7,4	-	4,1
		2008	12-16 jaar	12,5	-	5,2
Cluster 4	Nederland	2019	12-16 jaar	19,5	-	12,4
		2008	12-16 jaar	36,5	-	21,9
Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen	Nederland	2022	14-24 jaar	85,0	-	47,0
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Nederland	2020	12-15 jaar	52	-	31
		2008	12-15 jaar	57		52
		2020	16-17 jaar	65		43
		2008	16-17 jaar	73		38
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2019	16+	58,5	50,0	41,5
	Gooi en Vechtsreek	2019	16+	60,9	39,1	26,1
	Amsterdam	2012	16 jaar (gemiddeld)	50,0	41,6	28,7

Percentage ooitgebruikers, laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. - = niet gemeten. Bronnen: EXPLORE; Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Scheffers-van Schayck T, Van Dorsselaer S, Kleinjan M, Onrust S, Monshouwer K. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen in het praktijkonderwijs en cluster 4-onderwijs: Resultaten van het EXPLORE-onderzoek 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
3. Möhle M, van Gelder N, Rombouts M, Schayck TS van, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek. Trimbos-insituut; 2021.
4. Kepper A, Van Dorsselaer S, Monshouwer K, Vollebergh W. Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg: Resultaten meting oktober - december 2008. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
5. Möhle M, Rombouts M, van Gelder N, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de Justitiële Jeugdinrichtingen. Het EXPLORE-onderzoek 2022. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
6. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
7. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
8. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.

3.4 Problematisch gebruik

3.4.1 Problematisch gebruik algemene bevolking

Snel naar:

- Definitie problematisch gebruik van cannabis
- Vóórkomen van cannabisstoornissen
- Riskant gebruik van cannabis
- Risico op cannabisstoornissen
- Stoppen en minderen van cannabis

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over de aard en omvang van stoornissen in het gebruik van cannabis op basis van NEMESIS-3. NEMESIS-3 is een longitudinale studie naar de psychische gezondheid van de Nederlandse algemene bevolking en veranderingen daarin. Het belangrijkste doel van de studie is het verkrijgen van actuele informatie over de prevalentie (vóórkomen), incidentie (nieuw ontstaan) en het beloop van psychische aandoeningen. Ook risico-indicatoren en de gevolgen van psychische aandoeningen in termen van functioneren en gebruik van zorg worden onderzocht. Daarnaast worden trends in de tijd in het vóórkomen van psychische aandoeningen bestudeerd.

Sinds 1996 zijn er drie NEMESIS-studies uitgevoerd onder de algemene volwassen bevolking. NEMESIS-1 werd uitgevoerd van 1996-1999 met 3 meetmomenten, NEMESIS-2 werd uitgevoerd van 2007-2018 met 4 meetmomenten [1,2]. De eerste meting van NEMESIS-3 is uitgevoerd van november 2019 tot en met maart 2022 [3]. Aan elke NEMESIS-studie namen zo'n 6.000-7.000 mensen deel. In NEMESIS-3 wordt ongeveer drie jaar na het vorige interview opnieuw met iemand gesproken over haar of zijn psychische gezondheid en welzijn. Daarom is in januari 2023 de tweede meting bij dezelfde groep mensen gestart.

Daarnaast beschrijft deze paragraaf gegevens over riskant gebruik van cannabis onder volwassenen op basis van de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A). Ook geven een aantal Nederlandse studies, zoals Het Grote Uitgaansonderzoek 2020, informatie over het aantal gebruikers dat zelf vindt dat zij te veel of te vaak gebruiken, of willen stoppen of minderen.

Definitie problematisch gebruik van cannabis

De term problematisch middelengebruik kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie bijlage D en bijlage B12). Bij de verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd staat centraal dat er een gebruikspatroon is dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen. In de klinische praktijk of onderzoek wordt een 'stoornis in het gebruik van middelen' vastgesteld volgens de criteria van het internationaal psychiatrisch classificatiesysteem de DSM-5. In de DSM-IV werd er nog onderscheid gemaakt in misbruik en afhankelijkheid, waarbij met name sociale

problemen kenmerkend waren voor misbruik. Bij afhankelijkheid (of ‘verslaving’) stonden controleverlies en hunkering om te blijven gebruiken centraal.

Er is sprake van een stoornis in het gebruik van cannabis (hierna: cannabisstoornis) als iemand een patroon van problematisch cannabisgebruik heeft. Dit blijkt dan uit het voldoen aan twee of meer kenmerken uit een lijst van 11 (zie bijlage B13), die binnen een periode van een jaar optreden.

Naast de DSM worden er in algemene bevolkingsonderzoeken screeningsinstrumenten gebruikt om problematisch cannabisgebruik te meten. Een veelgebruikt instrument hiervoor is de CAST (zie bijlage A2), deze is sinds 2016 opgenomen in de LSM-A. In aanvulling op deze informatie worden er in verschillende studies gegevens verzameld die eveneens zicht kunnen geven op (veranderingen in) problematisch gebruik. Dit betreft bijvoorbeeld het aantal aantal uitgaanders dat zelf vindt dat ze te veel of vaak cannabis gebruiken. Ook deze gegevens zijn indicatief voor problematisch cannabisgebruik.

Vóórkomen van cannabisstoornissen

De meest recente gegevens over het vóórkomen van een cannabisstoornis onder de volwassen Nederlandse bevolking zijn afkomstig uit het NEMESIS-3-onderzoek uit 2019-2022 [3]. Hiervoor zijn de diagnostische criteria van de DSM-5 gehanteerd, zie bijlage B15.

- Volgens het NEMESIS-3-onderzoek uit 2019-2022 heeft naar schatting 3,9% van de volwassenen van 18-75 jaar ooit in het leven een cannabisstoornis gehad [3]. Van de mensen die ooit in het leven een cannabisstoornis hadden, had 40% een milde, 30% een matige en 30% een ernstige cannabisstoornis.
- Een cannabisstoornis ooit in het leven komt vaker voor onder mannen dan onder vrouwen. Van de mannen had 5,9% ooit in het leven een cannabisstoornis en van de vrouwen 1,9%.
- Van de volwassenen had naar schatting 1,3% een cannabisstoornis in de afgelopen 12 maanden. Dat komt neer op 159.600 volwassenen.
- Een cannabisstoornis in de afgelopen 12 maanden vaker komt voor onder mannen (versus vrouwen), onder jongere leeftijdsgroepen (versus oudere leeftijdsgroepen), onder mensen die zonder partner wonen (versus met partner), onder mensen met een niet-Nederlandse herkomst (versus Nederlandse herkomst) en onder mensen in de stad (versus platteland), zie tabel hieronder.
- Daarnaast komt een cannabisstoornis in de afgelopen 12 maanden vaker voor onder vrouwen met laag opleidingsniveau dan onder vrouwen met een middelbaar of hoog opleidingsniveau. Bij mannen is er geen verschil in het voorkomen van een cannabisstoornis in de afgelopen 12 maanden naar opleidingsniveau.

Voor uitsplitsingen naar woonsituatie, werksituatie, urbanisatiegraad, herkomst en inkomensniveau zie de website van het NEMESIS.

Trends in het vóórkomen van een alcoholstoornis tussen 2007-2009 (NEMESIS-2) en 2019-2022 (NEMESIS-3) zijn onderzocht met gewogen data van de eerste metingen van beide studies. Om te zorgen dat de cijfers van beide studies vergelijkbaar zijn, worden DSM-IV aandoeningen in de afgelopen 12 maanden bij volwassenen van 18-64 jaar met elkaar vergeleken.

- Tussen 2007-2009 en 2019-2022 was er een toename in het vóórkomen van een cannabisstoornis, van 0,6% naar 1,4% [4]. Dit verschil is significant, ook na correctie voor geslacht, leeftijd, opleidingscategorie, woonsituatie, werksituatie, en stedelijkheid. Dat betekent dat de toename in het vóórkomen niet komt door veranderingen in deze demografische kenmerken in de bevolking in dezelfde periode.

Vóórkomen van cannabisstoornissen in de afgelopen 12 maanden onder volwassenen (18–75 jaar) naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en totaal. Peiljaar 2019–2022

	Mannen (%) (95% BI)	Vrouwen (%) (95% BI)	Totaal (%) (95% BI)
Totaal	1,9 (1,3 – 2,6)	0,6 (0,3 – 0,9)	1,3 (0,8 – 1,7)
Leeftijd (jaar)			
18–24	5,8 (2,8 – 8,9)	1,8 (0,4 – 3,3)	3,9 (2,0 – 5,9)
25–34	3,7 (1,8 – 5,6)	0,7 (0,0 – 1,5)	2,2 (1,2 – 3,2)
35–44	2,3 (0,9 – 3,7)	0,8 (0,1 – 1,6)	1,5 (0,7 – 2,4)
45–54	0,4 (0,0 – 1,0)	0,6 (0,0 – 1,3)	0,5 (0,0 – 1,0)
55–64	0,1 (0,0 – 0,4)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,1 (0,0 – 0,2)
65+	0,5 (0,0 – 1,1)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,3 (0,0 – 0,5)
Opleiding			
Basisonderwijs, lbo, mavo, vmbo	1,7 (0,8 – 2,7)	1,6 (0,5 – 2,6)	1,6 (0,9 – 2,4)
Mbo, havo, vwo	2,4 (1,1 – 3,6)	0,3 (0,0 – 0,6)	1,3 (0,6 – 2,0)
Hbo, universiteit	1,6 (0,9 – 2,3)	0,3 (0,0 – 0,7)	0,9 (0,5 – 1,4)

95% BI = 95% Betrouwbaarheidsinterval. Bron: Nemesis 2019–2022 (Ten Have e.a., 2022).

Riskant gebruik van cannabis

Gegevens over het voorkomen van riskant cannabisgebruik in de volwassen Nederlandse bevolking zijn verzameld met behulp van de Cannabis Abuse Screening Test (CAST) screeningvragenlijst, die sinds 2016 is opgenomen in de tweejaarlijkse LSM-A (zie bijlage A2). Een positieve score (2 of hoger) op deze vragenlijst hangt samen met een verhoogd risico op problematisch cannabisgebruik, maar vormt geen klinische diagnose.

- In 2020 had 1,3% van de bevolking van 18 jaar en ouder een positieve CAST score. Dat komt (afgerond op tienduizendtallen) neer op naar schatting 180 duizend Nederlanders. Dit percentage is op hetzelfde niveau gebleven als in 2016 (1,4%) en 2018 (1,2%).
- Onder de laatste-jaar-gebruikers van cannabis heeft in 2020 19,0% een positieve CAST score. Voor mannen (23,0%) is dit hoger dan voor vrouwen (9,9%). Onder 18-24-jarigen zijn er relatief weinig riskant gebruikers, maar de aantallen zijn klein en verschillen moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd.
- Meer laagopgeleiden (37,4%) dan middelbaar- (19,7%) en hoogopgeleiden (15,1%) zijn riskant gebruikers.
- Een positieve CAST score hangt sterk samen met de frequentie van cannabisgebruik. Meer dan de helft (62,8%) van de riskant gebruikers zegt op 20 of meer dagen te hebben gebruikt in de afgelopen 30 dagen (d.w.z. (bijna) dagelijks gebruik) vergeleken met 37,2% onder de niet-riskant gebruikers.

Risico op cannabisstoornissen

Gebruikers kunnen afhankelijk worden van cannabis. Het risico op afhankelijkheid neemt toe bij langdurig frequent gebruik, een vroege startleeftijd en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen.

- In een Nederlandse studie uit 2013 is het risico op afhankelijkheid onder frequente cannabisgebruikers (3 gebruiksdagen of meer per week) onderzocht [5]. Na drie jaar had 37% van de frequente cannabisgebruikers cannabisafhankelijkheid ontwikkeld (DSM-IV criteria). Voorspellers voor het ontwikkelen van cannabisafhankelijkheid waren: alleen wonen, het aantal negatieve levenservaringen in het afgelopen jaar en cannabis gebruiken om problemen te vergeten (coping motieven). Ook uit andere internationale studies blijkt dat gebruik vanwege coping motieven samenhangt met een verhoogd risico op problematisch cannabisgebruik [6].
- Op basis van een meta-analyse [7], een bundeling van in totaal 21 (internationale) studies, wordt geschat dat er bij 13% van de cannabisgebruikers sprake is van cannabismisbruik en bij 13% van cannabisafhankelijkheid (volgens DSM-III of DSM-IV criteria). Daarnaast wordt op basis van één studie geschat dat 27% van de cannabisgebruikers een stoornis in het gebruik van cannabis volgens de DSM-5 criteria ontwikkelt [7]. Het risico op een stoornis in het gebruik neemt toe bij een vroege startleeftijd en bij frequent gebruik (wekelijks of vaker).
- Hoewel niet iedereen met een stoornis in het gebruik van cannabis hiervoor hulp zoekt [8], geeft het aantal mensen dat hulp zoekt in de verslavingszorg wel een indicatie van de omvang van problematisch gebruik in Nederland, deze gegevens staan beschreven in §3.6.1.
- Cannabisafhankelijkheid gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen, gedragsstoornissen en psychische stoornissen zoals bijvoorbeeld depressie en ADHD, zie voor meer informatie § 3.7.

Stoppen en minderen van cannabis

Een deel van de cannabisgebruikers geeft aan te willen minderen of stoppen met gebruik.

- In het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 is aan de laatste-jaar-gebruikers van cannabis gevraagd of zij vinden dat ze te veel of te vaak gebruiken en of zij zouden willen minderen of stoppen met het gebruik [9]. Ongeveer een vijfde (19,8%) van de laatste-jaar-gebruikers vond dat zij te veel of te vaak gebruikten. Daarnaast gaf 20,5% aan te willen minderen en 16,3% gaf aan te willen stoppen (er is enige overlap tussen het percentage deelnemers dat aangaf te willen minderen en het percentage dat aangaf te willen stoppen, omdat deelnemers beide mogelijkheden konden aangeven; de percentages kunnen dus niet bij elkaar worden opgeteld). Het percentage laatste-jaar-gebruikers dat aangeeft te willen minderen lag hoger onder frequente gebruikers (34,6%) dan niet-frequente gebruikers (8,9%). Frequent gebruik betekent dat de respondent het middel maandelijks of vaker gebruikt.
- In het Drug Use Persona's onderzoek uit 2019 gaf 29% van de jongvolwassen laatste-jaar-cannabisgebruikers aan dit jaar te gaan minderen of stoppen met het gebruik [10]. Ruim twee vijfde van de laatste-jaar-gebruikers (44%) gaf aan al meerdere keren te hebben geprobeerd om bewust een tijdje geen cannabis te gebruiken. De belangrijkste redenen om niet meer te gebruiken waren: 'ik heb geen reden (meer) om te gebruiken, 'het past niet bij mij/mijn leven', 'ik heb een negatieve ervaring gehad met cannabis' en 'ik verwacht dat ik klachten krijg door het gebruik van cannabis'.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. De Graaf R, Ten Have M, Van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten [Internet]. Trimbos instituut. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010. Available from: papers3://publication/uuid/EEF69096-A7E7-4ADC-B1FE-5499F0F8C7E9
2. De Graaf R, Ten Have M, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Incidentie van psychische aandoeningen: Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
3. ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., de Graaf, R. NEMESIS Kerncijfers psychische aandoeningen Tabellenbijlage https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/kerncijfers-psychische-aandoeningen/tabellenbijlage-kerncijfers/.
4. ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., de Graaf, R. NEMESIS Kerncijfers psychische aandoeningen Tabellenbijlage https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/nemesis-trends/tabellenbijlage-trends/.
5. Van der Pol P, Liebregts N, de Graaf R, Korf DJ, Van den Brink W, Van Laar MW. Three-year course of cannabis dependence and prediction of persistence. Vol. 21, European Addiction Research. 2015. p. 279–90.
6. Bresin K, Mekawi Y. Do marijuana use motives matter? Meta-analytic associations with marijuana use frequency and problems [Internet]. Vol. 99, Addictive Behaviors. Elsevier; 2019. Available from: https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106102

7. Leung J, Chan GCK, Hides L, Hall WD. What is the prevalence and risk of cannabis use disorders among people who use cannabis? a systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 109, Addictive Behaviors. 2020. p. 106479. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460320306092
8. Van der Pol P, Liebregts N, De Graaf R, Korf DJ, Van den Brink W, Van Laar M. Facilitators and barriers in treatment seeking for cannabis dependence. Vol. 133, Drug and Alcohol Dependence. 2013. p. 776–80.
9. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
10. De Jonge MC. Persona's in middelengebruik: Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-insituut; 2021.

3.4.2 Problematisch gebruik jongeren

Problematisch gebruik van cannabis onder jongeren

Onbekend is hoeveel jongeren (<18 jaar) in Nederland een cannabisstoornis hebben. Er zijn wel gegevens beschikbaar over cannabisstoornissen onder 18-20-jarigen uit Noord-Nederland [1]. Ook zijn er gegevens beschikbaar over het voorkomen van riskant cannabisgebruik onder 15-16-jarige scholieren op basis van de CAST vragenlijst, die is opgenomen in de ESPAD studie [2] (zie ook bijlage B1).

- TRAILS (TRacking Adolescents' Individual Lives Survey), een langlopend longitudinaal onderzoek waarin een groep jongeren in Noord-Nederland wordt gevolgd van de leeftijd 10 tot de leeftijd 24 jaar, laat zien dat van de jongeren die tussen 2001 en 2010 gevolgd werden 11% voldeed aan de criteria voor cannabismisbruik of -afhankelijkheid (DSM-IV criteria) [1].
- In Nederland wordt in 2019 van alle 15-16-jarige scholieren 5,1% aangemerkt als riskant gebruiker [2].
- Meer jongens (5,8%) dan meisjes (4,5%) zijn riskant cannabisgebruiker maar het verschil is relatief klein (en niet significant) vergeleken met de meeste andere Europese landen [2].
- Het percentage riskant gebruikers ligt in Nederland boven het Europese gemiddelde (5,1% versus 4,0%), maar in 10 van de 35 deelnemende landen is de prevalentie van riskant cannabisgebruik onder 15-16- jarige scholieren hoger. De hoogste prevalenties werden waargenomen in Frankrijk (7,3%), Duitsland (7,0%), Tsjechië (6,4%), Slovenië (6,3%) en Italië (6,2%) [2].
- Het percentage riskant cannabisgebruik onder Nederlandse scholieren lag in 2019 (5,1%) iets hoger dan in 2015 (4,3%) [2].

Risicofactoren problematisch cannabisgebruik in de adolescentie

Dagelijks cannabisgebruik op jonge leeftijd, gedragsproblemen en ervaringen met fysiek geweld en/of misbruik in de kindertijd worden geassocieerd met een verhoogd risico op cannabisafhankelijkheid in de adolescentie.

- In een Amerikaanse studie onder jongeren en jongvolwassenen van 12 t/m 20 jaar wordt geschat dat in 2014, 17,6% van de laatste-jaar-gebruikers en 23,4% van de laatste-maand-gebruikers voldeed aan de criteria DSM-IV voor cannabismisbruik en/of cannabisafhankelijkheid [3].
- Uit longitudinaal internationaal onderzoek blijkt dat (vooral dagelijks) cannabisgebruik op jonge leeftijd niet alleen het risico op afhankelijkheid vergroot, maar ook het risico op schoolverlaten, verminderde schoolprestaties, en werkloosheid [4–9].
- Uit onderzoek blijkt ook dat slechte academische schoolprestaties, deviant en opstandig gedrag in de adolescentie, en een slechte relaties met de ouders geassocieerd zijn met een hoger risico op cannabisafhankelijkheid [10,11].
- In een internationale studie waarin 816 personen van hun 16e tot hun 30e jaar zijn gevolgd, bleek dat adolescenten met een 'externaliserende' stoornis (bijv. gedragsproblemen, delinquent gedrag) in de kindertijd meer kans hebben op een cannabisstoornis. Dit was voor 'internaliserende' stoornissen (bijv. angst, depressie) niet het geval [12].

- Een internationale longitudinale studie laat zien dat cannabisgebruik in de adolescentie niet leidt tot meer gedragsproblemen. Jongeren die toenemend gedragsproblemen vertonen, hebben echter een grotere kans om cannabis te gaan gebruiken, en dit lijkt cannabisafhankelijkheid in de volwassenheid te voorspellen [13].
- Uit een bundeling van internationale studies blijkt dat jongeren die in hun jeugd fysiek geweld of seksueel misbruik mee maakten een groter risico lopen op het ontwikkelen van problematisch cannabisgebruik in de adolescentie [14].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Leeuwen A Prince van, Creemers HE, Verhulst FC, Vollebergh WAM, Ormel J, van Oort F, et al. Legal substance use and the development of a DSM-IV cannabis use disorder during adolescence: The TRAILS study. Vol. 109, Addiction. 2014. p. 303–311.
2. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
3. Richter L, Pugh BS, Ball SA. Assessing the risk of marijuana use disorder among adolescents and adults who use marijuana. Vol. 43, American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 2017. p. 247–260.
4. Stiby AI, Hickman M, Munafo MR, Heron J, Yip VL, Macleod J. Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16: birth cohort study. Vol. 110, Addiction. 2015. p. 658–668.
5. Danielsson AK, Falkstedt D, Hemmingsson T, Allebeck P, Agardh E. Cannabis use among Swedish men in adolescence and the risk of adverse life course outcomes: results from a 20 year-follow-up study. Vol. 110, Addiction. 2015. p. 1794–1802.
6. Curran HV, Freeman TP, Mokrysz C, Lewis DA, Morgan CJ, Parsons LH. Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. Vol. 17, Nat Rev Neurosci. 2016. p. 293–306.
7. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Psychosocial sequelae of cannabis use and implications for policy: findings from the Christchurch Health and Development Study. Vol. 50, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015. p. 1317–1326.
8. Silins E, Horwood LJ, Patton GC, Fergusson DM, Olsson CA, Hutchinson DM, et al. Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis [Internet]. Vol. 1, The Lancet Psychiatry. 2014. p. 286–293. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036614703074
9. Pacheco-Colón I, Ramirez AR, Gonzalez R. Effects of Adolescent Cannabis Use on Motivation and Depression: a Systematic Review. Vol. 6, Current Addiction Reports. 2019. p. 532–546.
10. Hall W, Degenhardt L. The adverse health effects of chronic cannabis use. Vol. 6, Drug Testing and Analysis. 2014. p. 39–45.
11. Anthony J. Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment. Roffman RA, Stephens RS, editors. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
12. Farmer RF, Seeley JR, Kosty DB, Gau JM, Duncan SC, Lynskey MT, et al. Internalizing and externalizing psychopathology as predictors of cannabis use disorder onset during adolescence and early adulthood. Vol. 29, Psychology of Addictive Behaviors. 2015. p. 541–551.
13. Defoe IN, Khurana A, Betancourt LM, Hurt H, Romer D. Disentangling longitudinal relations between youth cannabis use, peer cannabis use, and conduct problems: developmental

cascading links to cannabis use disorder. Vol. 114, Addiction. 2019. p. 485–493.
14. Lucia MM, Graciela JR, Tania HHO, Nayeli PM. Influence of the type of childhood violence on cannabis abuse and dependence among adolescents: a systematic review an meta-analysis. Vol. 32, Addicciones. 2020. p. 63–76.

3.5 Gebruik: internationale vergelijking

3.5.1 Algemene bevolking internationaal

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk, en Turkije [1]. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [2,3]. In Canada bestaat er hiervoor de Canadian Cannabis Survey (CCS) [4], en in Australië is er het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [5]. Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Van invloed is onder andere de leeftijdsgroep.

Voor het vergelijken van verschillende landen en regio's richt de NDM zich vooral op de resultaten van bevolkingsonderzoeken en wordt maar beperkt gebruik gemaakt van analyses van het rioolwater. Wel worden deze analyses hieronder genoemd. Voor deze analyses van het rioolwater is nog onduidelijk in hoeverre deze een goede vergelijking mogelijk maken tussen verschillende landen en regio's in de mate van het drugsgebruik (zie bijlage B7). Het gaat hieronder om de rioolwateranalyses met gegevens over het drugsgebruik in ongeveer tachtig Europese steden, waarbij voor cannabis gegevens beschikbaar waren uit 45 steden.

Vergelijking tussen landen in Europa

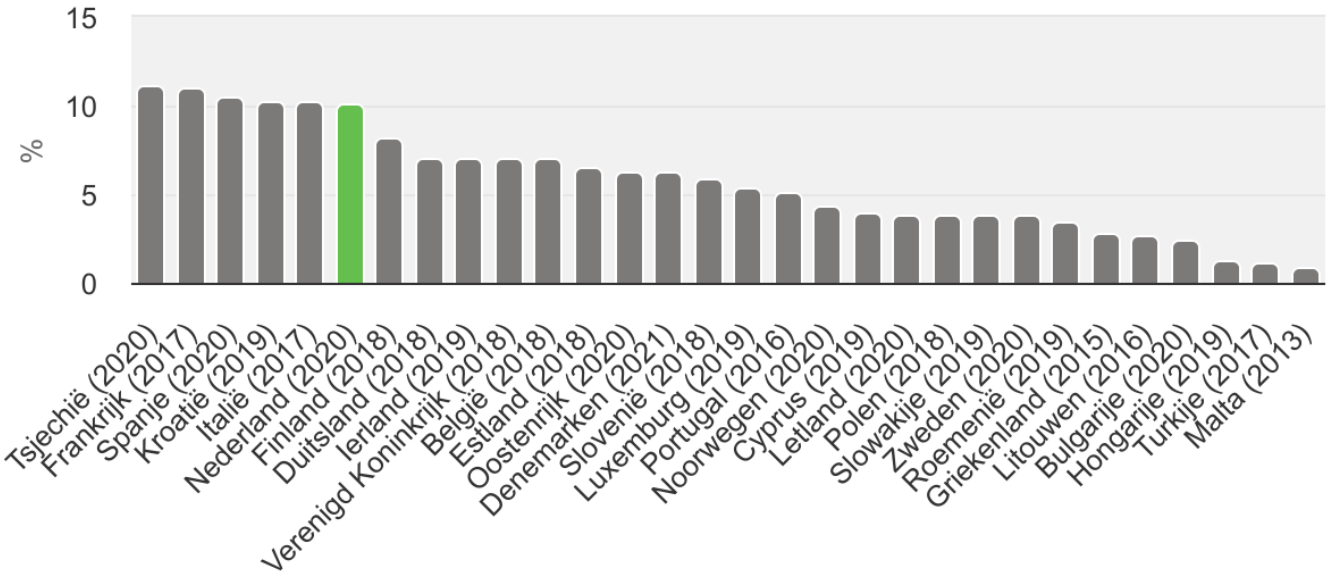
Onderstaande figuren en tabel presenteren gegevens over het gebruik van cannabis in een aantal lidstaten van de EU-14, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar), tenzij anders aangegeven. Gegevens voor Canada, de Verenigde Staten, en Australië staan in de tabel daaronder. Voor zover beschikbaar, zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in bijlage C vermeld. Het Europees gemiddelde zoals berekend door het EMCDDA is daarbij een schatting die is gewogen op basis van de bevolkingsomvang. Landen met veel inwoners tellen daardoor zwaarder mee. Voor dit Europees gemiddelde zijn voor Nederland de cijfers van 2020 gebruikt. De cijfers van 2021 voor Nederland waren nog niet beschikbaar voor het EMCDDA [1].

Het gebruik van cannabis onder volwassenen en jongvolwassenen ligt in Nederland net boven het gemiddelde van de Europese Unie.

- In 2020 had 27,3% van de bevolking van 15-64 jaar in alle EU-lidstaten samengenomen ervaring met cannabis. Het ooitgebruik is met 44,8% het hoogst in Frankrijk en met 2,7% het laagst in Turkije. In Nederland ligt dit percentage (27,8%) rond het EU-gemiddelde.
- Het percentage laatste-jaar-cannabisgebruik onder 15-64-jarigen wordt voor de Europese Unie geschat op gemiddeld 7,7%. In 2020 lag Nederland met 10,1% boven dit Europese gemiddelde.
- Het gebruik van cannabis is doorgaans het hoogst onder jongvolwassenen. Het laatste-jaar-cannabisgebruik onder 15-34-jarigen wordt voor de Europese Unie geschat op gemiddeld 15,5%, oftewel 15,8 miljoen jongvolwassenen. In Nederland ligt dat percentage iets hoger dan

het Europese gemiddelde, namelijk op 17,4%. In deze leeftijdsgroep is het percentage laatste-jaar-gebruikers het hoogst in Tsjechië (22,9%) en Frankrijk (21,8%) en het laagst in Turkije (1,8%).
- Het percentage laatste-maand-gebruikers van cannabis onder volwassenen is het hoogst in Spanje (8,0%) en Frankrijk (6,4%); de laagste percentages (<1%) zijn gevonden in Hongarije (0,9%), Turkije (0,8%), en Malta (0,4%). Het percentage laatste-maand-gebruikers in Nederland ligt ongeveer op het niveau van Frankrijk (6,2%).

Percentage laatste-jaar-gebruikers van cannabis in verschillende Europese landen. Leeftijdsgroep 15-64 jaar[I]



Het gebruik van cannabis in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk en Duitsland: 18–64 jaar; Denemarken, Zweden, en Noorwegen: 16–64 jaar. Bron: European Drug Report 2022, EMCDDA

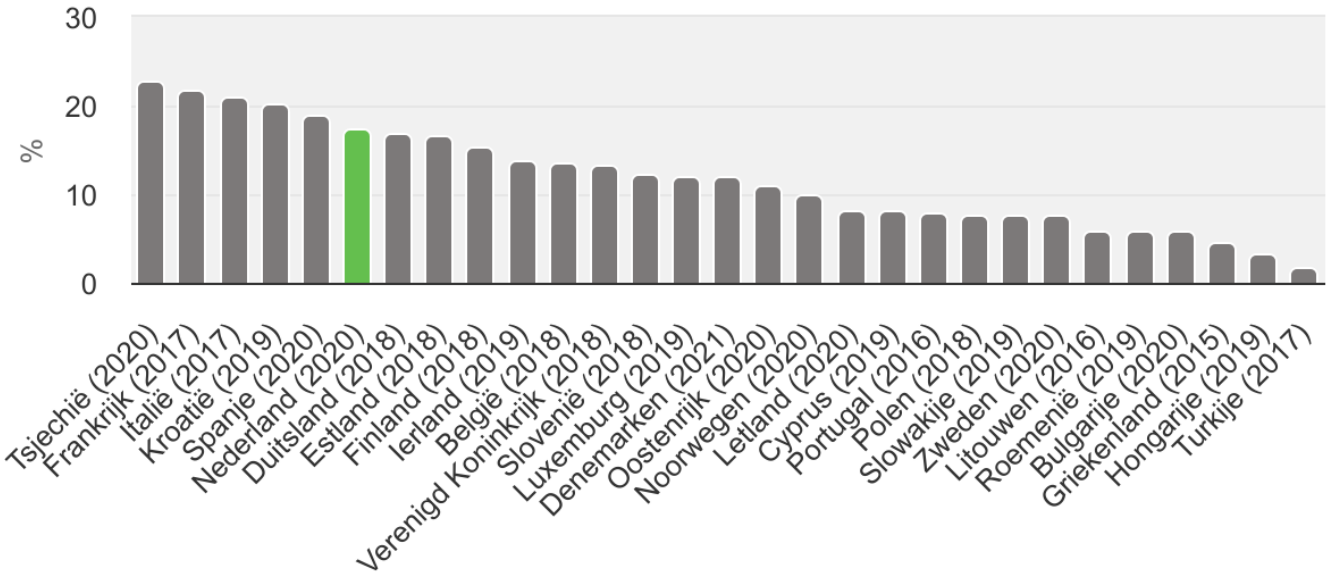
NDM

Land	Laatste jaar (%)
Tsjechië (2020)	11,1
Frankrijk (2017)	11,0
Spanje (2020)	10,5
Kroatië (2019)	10,2

Land	Laatste jaar (%)
Italië (2017)	10,2
Nederland (2020)	10,1
Finland (2018)	8,2
Duitsland (2018)	7,1
Ierland (2019)	7,1
Verenigd Koninkrijk (2018)	7,1
België (2018)	7
Estland (2018)	6,6
Oostenrijk (2020)	6,3
Denemarken (2021)	6,3
Slovenië (2018)	5,9
Luxemburg (2019)	5,4
Portugal (2016)	5,1
Noorwegen (2020)	4,3
Cyprus (2019)	4,0
Letland (2020)	3,9
Polen (2018)	3,8

Land	Laatste jaar (%)
Slowakije (2019)	3,8
Zweden (2020)	3,8
Roemenië (2019)	3,5
Griekenland (2015)	2,8
Litouwen (2016)	2,7
Bulgarije (2020)	2,4
Hongarije (2019)	1,3
Turkije (2017)	1,1
Malta (2013)	0,9

Percentage laatste-jaar-gebruikers van cannabis in verschillende Europese landen. Leeftijdsgroep 15-34 jaar[I]



Het gebruik van cannabis in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk en Duitsland: 18–34 jaar; Denemarken, Zweden, en Noorwegen:16–34 jaar. Bron: European Drug Report 2022, EMCDDA

NDM

Land	Laatste jaar (%)
Tsjechië (2020)	22,9
Frankrijk (2017)	21,8
Italië (2017)	20,9
Kroatië (2019)	20,3
Spanje (2020)	19,1
Nederland (2020)	17,4
Duitsland (2018)	16,9

Land	Laatste jaar (%)
Estland (2018)	16,6
Finland (2018)	15,5
Ierland (2019)	13,8
België (2018)	13,6
Verenigd Koninkrijk (2018)	13,4
Slovenië (2018)	12,3
Luxemburg (2019)	12,0
Denemarken (2021)	12,0
Oostenrijk (2020)	11,1
Noorwegen (2020)	10,1
Letland (2020)	8,2
Cyprus (2019)	8,1
Portugal (2016)	8,0
Polen (2018)	7,8
Slowakije (2019)	7,7
Zweden (2020)	7,6
Litouwen (2016)	6,0

Land	Laatste jaar (%)
Roemenië (2019)	6,0
Bulgarije (2020)	5,9
Griekenland (2015)	4,5
Hongarije (2019)	3,4
Turkije (2017)	1,8

Gebruik van cannabis in de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-14, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar (tenzij anders aangegeven)

		15-64 jaar				15-34 jaar		
Land	Jaar	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)	(Bijna) dagelijks gebruik (%)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	
Frankrijk	2017	44,8	11,0	6,4	2,0	58,2	21,8	
Denemarken	2021	37,9	6,3	2,9	0,9	42,6	12,0	
Spanje	2020	37,5	10,5	8,0	-	45,0	19,1	
Italië	2017	32,7	10,2	5,5	1,1	41,4	20,9	
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2018	29,0	7,1	3,7	0,9	33,3	13,4	
Duitsland	2018	28,2	7,1	3,0	-	40,7	16,9	
Nederland	2020	27,8	10,1	6,3	2,0	37,0	17,4	
Finland	2018	25,6	8,2	3,4	0,7	35,3	15,5	
Noorwegen	2020	25,0	4,3	1,6	0,2	30,5	10,1	
Ierland	2019	24,4	7,1	3,4	-	27,3	13,8	
Oostenrijk	2020	22,7	6,3	3,6	0,8	27,2	11,1	
België	2018	22,6	7,0	4,3	1,3	32,8	13,6	
Zweden	2020	17,4	3,8	1,0	-	24,4	7,6	
Portugal	2016	11,0	5,1	4,3	3,0	15,1	8,0	

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand, en (bijna) dagelijks (ten minste op 20 dagen in de afgelopen maand). De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers (15-64 jaar). I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. 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. Frankrijk en Duitsland: 18-64 jaar, 18-34 jaar; Denemarken, Zweden, en Noorwegen: 16-64 jaar, 16-34 jaar.
- = Gegevens ontbreken. Bron: EMCDDA. Voor de volledige bronvermelding: zie onderaan deze pagina.

Rioolwateranalyses in Europese steden

In 2021 analyseerde het EMCDDA gegevens van rioolwateranalyses uit ongeveer 80 Europese steden [6]. Het gebruik van cannabis werd vastgesteld via de stof THC-COOH, een afbraakproduct (metaboliet) van cannabis. Voor cannabis waren in 2021 gegevens beschikbaar uit 45 steden.

- In 2021 stond Amsterdam van de 45 Europese steden met cannabisgegevens op de tweede plaats met een gemiddelde dagelijkse load van 157,64 mg per 1.000 inwoners. Op de eerste plaats stond Barcelona met een gemiddelde dagelijkse load van 455,92 mg per 1.000 inwoners. Wel geeft dit voor Amsterdam een vertekend beeld, doordat de cannabisresten in het rioolwater voor een deel afkomstig zijn van zowel buitenlandse als binnenlandse toeristen, waarvoor in dit cijfer niet is gecorrigeerd. Naar verhouding komen er in Amsterdam veel toeristen. Door de diverse corona lockdowns kwamen er in 2020 en 2021 minder toeristen naar Amsterdam. In 2019 lag de load in Amsterdam dan ook hoger, namelijk op 260,78 mg per 1.000 inwoners.
- In de jaren waarvoor gegevens beschikbaar zijn tussen 2011 en 2020 stond Amsterdam steeds op de eerste plaats, en in 2021 daalde Amsterdam naar de tweede plaats. Tussen 2011 en 2019 was bovendien de gemiddelde dagelijkse load in Amsterdam gestegen van 191,77 naar 260,78 mg per 1.000 inwoners.
- In 2021 werd Amsterdam gevolgd door Ljubljana op de derde plaats en Zagreb op een vierde plaats. Eindhoven kwam op de negende plaats met een load van 112,60 en Utrecht kwam op de zeventiende plaats met een load van 89,53 mg per 1.000 inwoners. Hiermee kwam Eindhoven op 71% van de load van Amsterdam en kwam Utrecht op 57% van de load van Amsterdam.

Verenigde Staten

Het recreatief gebruik van cannabis is tussen 2012 en 2022 gelegaliseerd in 19 staten (Alaska, Arizona, Californië, Colorado, Connecticut, Illinois, Maine, Massachusetts, Michigan, Montana, Nevada, New Jersey, New Mexico, New York, Oregon, South Dakota, Vermont, Virginia en Washington) plus het District of Columbia. Nog eens 13 staten hebben het gebruik van cannabis gedecriminaliseerd [7].

- De evidentie is inconsistent en vaak niet eenduidig met betrekking tot de invloed van de legalisering van recreatieve cannabis op cannabisgebruik, cannabisgebruiksstoornissen, cannabisgerelateerde ziekenhuisopnames en vergiftigingen, en rijveiligheid [8,9]. Toch willen we enkele bevindingen presenteren.
- In de Verenigde Staten steeg het percentage laatste-jaar-gebruikers van cannabis in de bevolking van 26 jaar en ouder geleidelijk van 14,6% in 2015 naar 18,3% in 2019. Het percentage laatste-jaar gebruikers in de groepen 12-17-jarigen en 18-25-jarigen is tussen 2015 en 2019 stabiel gebleven [2,3].
- In de vier staten waar recreatief gebruik van cannabis het eerst is gelegaliseerd (Colorado, Washington, Oregon en Alaska) zijn na de legalisering geen veranderingen gevonden in de percentages cannabisgebruik bij jongeren [10].
- Na de legalisering van cannabis in Colorado en Washington werd (eveneens) voor jongeren

geen stijging in het aantal patiënten in behandeling voor cannabisproblematiek geconstateerd. Er was zelfs sprake van een daling in het aantal opnames in de verslavingszorg [11].
- Tot op heden lijkt het legaliseren van recreatieve cannabis dus geen verhoogd cannabisgebruik of daarmee samenhangende problemen bij jongeren te hebben [12]. Maar vanwege de ernstige potentiële gevolgen van vroeg cannabisgebruik voor de latere ontwikkeling, zijn meer studies nodig om de effecten van legalisering op jongeren te monitoren.
- Uit een analyse van cannabisintoxicaties tussen 2010 en 2017 bleek dat het legaliseren van cannabisgebruik (het opheffen van de straf voor bezit van cannabis) het aantal cannabisintoxicaties niet deed toenemen, terwijl de legalisering van commerciële cannabisverkoop (de verkoop van cannabis via commerciële winkels) dat wel deed [13]. Deze bevinding is aannemelijk, omdat de legalisering van commerciële cannabisverkoop er toe heeft geleid dat er sterkere cannabisproducten, zoals vape-oliën en edibles (voedsel met cannabis extracten), op de markt zijn verschenen [14].
- De markt in de VS verschilt nogal van Europa, omdat in de VS ook vape-oliën en een breder aanbod aan edibles worden verkocht. De producten in de VS kunnen ook een zeer hoge concentratie THC (tot 90%) bevatten. Vape-oliën en edibles worden steeds populairder en worden ongeveer net zoveel verkocht als het plantmateriaal [12].

Canada

Canada heeft op 17 oktober 2018 als eerste G7-land en tweede land ter wereld cannabis gelegaliseerd. Een belangrijke wijziging volgde in oktober 2019, toen de verkoop van een breder scala aan cannabisproducten werd toegestaan, waaronder extracten (bijvoorbeeld vape-oliën) en edibles [15].

- Het is nog te vroeg om conclusies te trekken over het effect van de legalisering op het gebruik van cannabis in Canada, omdat de Cannabis Act minder dan 4 jaar van kracht is en in de tussentijd nog meer veranderingen plaatsvonden. Er zijn echter enkele eerste gegevens beschikbaar.
- In 2020 hebben meer Canadezen van 16 jaar of ouder in de afgelopen 3 maanden cannabis gebruikt (20,0%) vergeleken met vóór de legalisering (14,0%) en de eerste maanden na de legalisering (17,5%). Tussen 2020 en 2021 daalde het laatste-jaar-gebruik echter weer van 27,0% naar 25,0% [4].
- De stijging in het cannabisgebruik vond plaats onder Canadezen van 25 jaar of ouder. In de groep van 18-24-jarigen bleef het cannabisgebruik in 2020 stabiel ten opzichte van 2018.
- Het cannabisgebruik nam meer toe bij vrouwen dan bij mannen, mogelijk door de introductie van een breder assortiment cannabisproducten die aantrekkelijk zijn voor vrouwen (zoals vape producten en edibles).
- Het percentage (bijna) dagelijkse cannabisgebruiker was in 2020 (7,9%) hoger dan vóór de legalisering (5,4%) en de eerste maanden na de legalisering (6,1%).

Australië

- Het ooitgebruik en het laatste-jaar-gebruik van cannabis in de Australische algemene bevolking van 14 jaar en ouder schommelen de afgelopen 20 jaar slechts enkele procenten [5]. In 2019 had 36,5% ooit cannabis gebruikt en 11,6% in het afgelopen jaar.

- Sinds 2001 is het laatste-jaar cannabisgebruik afgenomen onder de jongere leeftijdsgroepen, maar is het toegenomen onder de oudere leeftijdsgroepen.

Gebruik van cannabis in de algemene bevolking van de Verenigde Staten, Canada, en Australië: wisselende leeftijdsgroepen [I]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Canada	2020	16 en ouder	-	27,0	18,0
Verenigde Staten	2019	18 en ouder	49,2	18,0	11,9
Verenigde Staten	2019	12 en ouder	46,2	17,5	11,5
Australië	2019	14 en ouder	36,5	11,6	6,6
Verenigd Koninkrijk[II]	2018	16 - 59	29,0	7,1	3,7

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers. - = Niet gemeten. I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en de oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. II. Verenigd Koninkrijk: Engeland en Wales. Bronnen: EMCDDA, SAMHSA, AIHW, CTADS. Voor de volledige bronvermeldingen: zie onderaan deze pagina.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
2. SAMHSA. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2021.
3. SAMHSA. 2020 NSDUH Detailed Tables [Internet]. 2021. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2020-nsduh-detailed-tables
4. Health-Canada. Canadian Cannabis Survey 2021: Summary [Internet]. 2021. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/research-data/canadian-cannabis-survey-2021-summary.html
5. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2019. Canberra: AIHW; 2020.
6. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: March 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#source-data
7. DISA. MAP OF MARIJUANA LEGALITY BY STATE [Internet]. 2021. Available from: https://disa.com/map-of-marijuana-legality-by-state
8. Haffajee R, Mauri A. Cannabis legalization in the US: Population health impacts. Health Affairs Health Policy Brief. 2021.
9. Dills A, Goffard S, Miron J, Partin E. The effect of state marijuana legalizations: 2021 update. Vol. Policy Ana, CATO Institute.
10. Cerdá M, Mauro C, Hamilton A, Levy NS, Santaella-Tenorio J, Hasin D, et al. Association between Recreational Marijuana Legalization in the United States and Changes in Marijuana Use and

Cannabis Use Disorder from 2008 to 2016. Vol. 77, JAMA Psychiatry. 2020. p. 165–171.
11. Mennis J, Stahler GJ. Adolescent treatment admissions for marijuana following recreational legalization in Colorado and Washington [Internet]. Vol. 210, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier; 2020. p. 107960. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871620301253
12. Hasin D, Walsh C. Trends over time in adult cannabis use: A review of recent findings. Vol. 38, Current Opinion in Psychology. 2021. p. 80–85.
13. Shi Y, Liang D. The association between recreational cannabis commercialization and cannabis exposures reported to the US National Poison Data System. Vol. 115, Addiction. 2020. p. 1890–1899.
14. Hall W, Stepjanovic D. Commentary on Shi & Liang (2020): Has cannabis legalization increased acute cannabis-related harms? Vol. 115, Addiction. 2020. p. 1900–1901.
15. Health-Canada. Health Reports: Looking back from 2020, how cannabis use and related behaviours changed in Canada [Internet]. 2021. Available from: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2021004/article/00001-eng.htm

3.5.2 Jongeren

Cannabisgebruik onder scholieren

Internationale gegevens over het middelengebruik onder scholieren in het regulier onderwijs van 15 en 16 jaar zijn gebaseerd op het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), dat (sinds 2003) elke 4 jaar wordt uitgevoerd [1–6]. In 2019 deden 35 landen mee aan het onderzoek. De onderstaande tabel toont het gebruik van cannabis in een aantal landen van de EU en Noorwegen. De laatste peiling in 2019 laat zien dat het cannabisgebruik onder Nederlandse scholieren relatief hoog is in vergelijking met scholieren in anderen landen.

- Het percentage scholieren dat in 2019 ooit cannabis heeft gebruikt, was het hoogst in de Tsjechische Republiek (28,4%), gevolgd door Italië en Letland. Nederlandse scholieren staan met 22,4% ongeveer gelijk aan Duitsland (22,1%) en boven het (ongewogen) Europese gemiddelde van 15,6%.
- Ook het laatste-jaar-gebruik van cannabis lag het hoogst in de Tsjechische Republiek (23,2%), gevolgd door Italië en Letland. Nederlandse scholieren staan met 20,7% op de vierde positie en boven het (ongewogen) Europese gemiddelde van 12,9%.
- Bij het laatste-maand-gebruik ging Italië aan kop (14,9%), gevolgd door Frankrijk (13,4%) en Nederland (12,6%) op de derde positie. Het percentage laatste-maand-gebruikers lag in Nederland hoger dan het (ongewogen) Europeese gemiddelde van 7,1%.
- De waargenomen beschikbaarheid van cannabis was het hoogst in Nederland: 50,9% van de scholieren zei dat ze 'vrij gemakkelijk' of 'heel gemakkelijk' aan cannabis konden komen. Het gemiddelde percentage scholieren in Europa dat het ‘vrij gemakkelijk' of 'heel gemakkelijk' vond om aan cannabis te komen, was 32,0%.
- Meer jongens dan meisjes (18,0% versus 13,4%) hebben in Europa ervaring met cannabisgebruik. Dit was in bijna alle landen het geval, behalve in Nederland (22,8% jongens versus 21,9% meisjes), Bulgarije, Slowakije, Malta en Tsjechië, waar vrijwel geen verschil tussen jongens en meisjes is.

Het HBSC onderzoek (Health Behaviour in School-aged Children) laat een soortgelijk beeld zien [7]. Het HBSC onderzoek is een internationaal, representatief onderzoek naar de gezondheid en het welzijn van jongeren in 50 landen binnen de Europese regio van de WHO, evenals Canada, dat iedere 4 jaar wordt uitgevoerd.

- In 2017 werd onder Nederlandse 15-jarigen vaker cannabis gebruikt dan het internationale gemiddelde. Waar 16% van de Nederlandse 15-jarigen ooit cannabis had gebruikt, geldt dit gemiddeld gezien voor 13% van de 15-jarigen internationaal.

Trends in cannabisgebruik onder scholieren

Trends in het cannabisgebruik onder 15-16-jarige scholieren kunnen worden onderzocht met cijfers van de ESPAD van 2003 tot en met 2019.

- In Nederland was het ooitgebruik van cannabis onder scholieren relatief hoog en daalde het significant in 2015; in 2019 bleef het ooitgebruik op hetzelfde niveau als in 2015.

- Een soortgelijk patroon van een hoge prevalentie gevolgd door een afname in gebruik was te zien in Duitsland, Ierland, Spanje, Tsjechië en Estland; terwijl in Zweden, Finland en Portugal het gebruik laag lag en stabiel bleef. Over het algemeen toont het laatste-maand-gebruik dezelfde trends.
- In 2019 bleef het ooitgebruik van cannabis in de meeste landen stabiel ten opzichte van 2015. Zeven landen namen een afname waar en slechts in 2 landen (Denemarken en Noorwegen) was er een stijging. Bij het laatste-maand-gebruik namen echter slechts 2 landen een afname waar, terwijl 7 landen een toename zagen.

Gebruik van cannabis onder scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de EU en Noorwegen. Peiljaren 2003, 2007, 2011, 2015 en 2019.

	Ooitgebruik (%)					Laatste-maand-gebruik (%)				
Land	2003	2007	2011	2015	2019	2003	2007	2011	2015	2019
Tsjechië	44	45	42	37	28,4	19	18	15	13	11,6
Italië	27	23	21	27	26,9	15	13	12	15	14,9
Frankrijk	38	31	39	31	22,9	22	15	24	17	13,4
Nederland	28	28	27	22	22,4	13	15	14	12	12,6
Duitsland	28	20	19	22	22,1	12	6	7	-	10,5
Oostenrijk	21	17	-	20	20,9	10	6	-	9	11,4
Estland	23	26	24	25	20,5	6	6	6	8	6,6
Ierland	39	20	18	19	18,9	17	9	7	10	9,0
Denemarken	23	25	18	12	16,9	8	10	6	5	7,4
Portugal	15	13	16	15	12,8	7	6	9	8	6,2
Finland	11	8	11	9	11,3	3	2	3	2	4,1
Noorwegen	9	6	5	7	8,7	3	2	2	2	3,8
Griekenland	6	6	8	9	8,2	3	3	4	4	4,6
Zweden	7	7	9	7	8,0	1	2	3	2	2,9

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers in 2019. - = Niet gemeten. In 2019 werden voor het eerst gegevens gerapporteerd afgerond op 1 decimaal om met meer precisie uitspraken te kunnen doen. Voorgaande jaren werden de prevalentiecijfers afgrond op hele getallen. Dit heeft als gevolg dat de prevalentie in 2019 met voorzichtigheid vergeleken moet worden met de prevalentie van voorgaande jaren. Bron: ESPAD.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Kraus L, Leifman H, Vicente J. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. Available from: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
2. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
3. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN; 2009.
4. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: CAN; 2012.
5. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al. The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries Björn. Stockholm: CAN; 2004.
6. Hibell B, Molinaro S, Siciliano V, Kraus L. The ESPAD validity study in four countries in 2013. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
7. Stevens G, Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Ter Bogt T, et al. HBSC: Gezondheid en welzijn van Nederlandse jongeren in internationaal perspectief. Utrecht/Den Haag: Universiteit Utrecht/Trimbos-instituut/Sociaal en Cultureel Planbureau; 2020.

3.6 Hulpvraag en incidenten

Gegevensbronnen

Chronische cannabisproblematiek wordt onder andere gezien en behandeld in de verslavingszorg en in de algemene ziekenhuizen. De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat een schatting van het aantal klinische opnames met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose. Zie bijlage B5 voor de meest recente gegevens. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) rapporteerde tot en met 2015 over de hulpvraag in de verslavingszorg. De acute hulpvraag wordt geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten (MDI). Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen.

De meest recente cijfers van het LADIS zijn afkomstig uit registratiejaar 2015 en de meest recente cijfers over opnames in algemene ziekenhuizen uit registratiejaar 2018. Van belang is dat de situatie in 2020 door de coronacrisis mogelijk is veranderd. Zo lag het totaal aantal geregistreerde acute gezondheidsincidenten in de MDI in 2020 lager dan in voorgaande jaren, wat grotendeels verklaard kan worden door het uitblijven van feesten en festivals en het wegblijven van toeristen. Bovendien kunnen de stress en de psychologische last van de coronacrisis voor een deel van de gebruikers reden zijn om meer te gebruiken [1], met mogelijke gevolgen voor de hulpvraag op lange termijn. De impact van de coronamaatregelen is nog moeilijk in te schatten.

3.6.1 Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere niet-middelen gebonden gedragsverslaving hebben. De behandeling van cannabisverslaving valt onder de ‘Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines’ [2]. Voor een stoornis in het gebruik van cannabis adviseert de richtlijn een behandeling met cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering, of een behandeling met Contingency Management [2]. Er is geen evidentie voor een effectieve farmacologische behandeling [2,3]. Jongeren komen daarbij bovendien in aanmerking voor een gezinsbehandeling, bijvoorbeeld in de vorm van multidimensionale gezinstherapie.

LADIS

Verslavingszorginstellingen leverden tot en met 2015 gepseudonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem [4].

Let op: Tussen 2015 en 2022 zijn er geen nieuwe gegevens beschikbaar gekomen uit het LADIS (zie bijlage B6: LADIS), omdat deze niet meer verzameld konden worden in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag (een wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) geregeld voor het aanleveren van

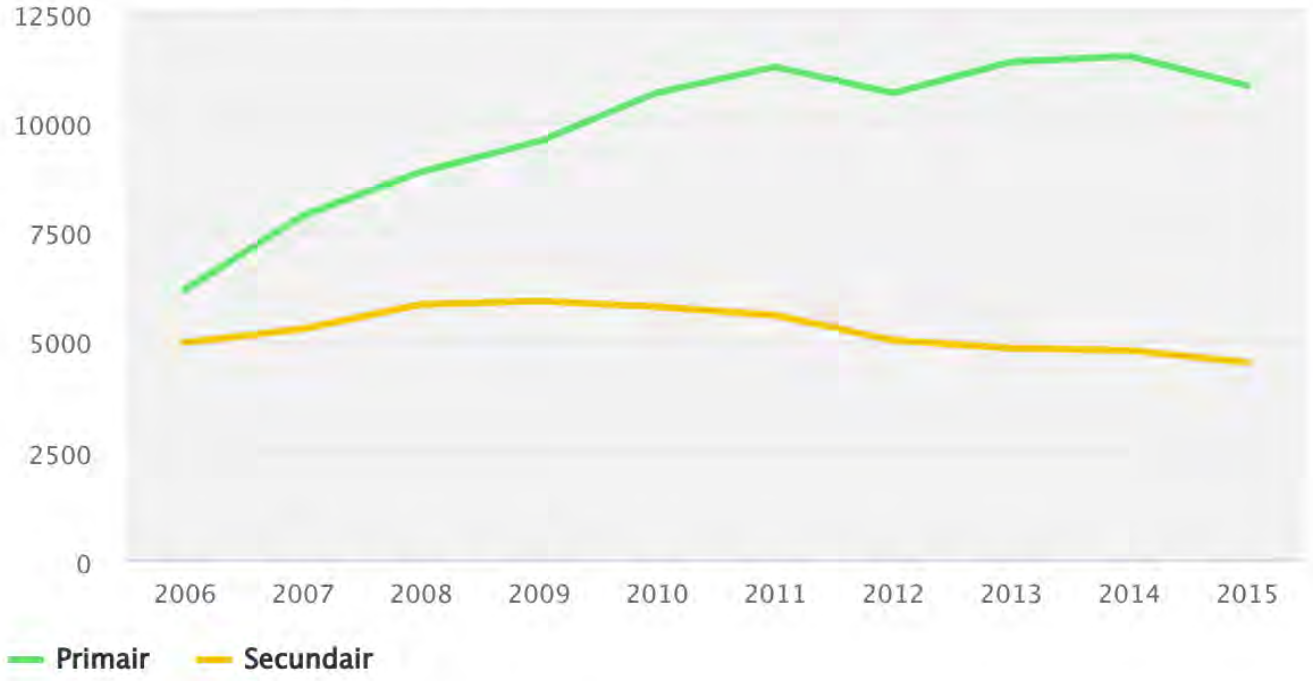
gegevens, waarna de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart kon worden. De ‘pauze’ heeft echter gezorgd voor een onderregistratie, waardoor de gegevens niet volledig zijn.
De Tussenrapportage Kerncijfers Verslavingszorg 2016-2021 geeft een voorlopig beeld van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. In het najaar van 2023 wordt een gedetailleerdere versie van deze rapportage verwacht, aangevuld met de gegevens van 2022. Deze gegevens worden daarom later dit jaar verwerkt in de Nationale Drug Monitor.

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

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

- Factoren zoals toegankelijkheid van de verslavingszorg, andere vormen van zorg en veranderingen in de registratie spelen mogelijk een rol, maar het zou deels ook kunnen wijzen op een stijging en stabilisering in problematisch gebruik.
- Laatsgenoemde zou dan weer het gevolg kunnen zijn geweest van de stijging en stabilisering van het THC-gehalte in nederwiet (zie § 3.8). In een 16-jarige retrospectieve studie werd een positieve associatie gevonden tussen de stijging in THC-gehalte in nederwiet en het optreden van eerste hulpvraag voor problematisch cannabisgebruik. Deze associatie is plausibel, maar de sterkte van de resultaten suggeert dat andere factoren ook belangrijk zijn [5].
- Een studie onder jongvolwassen frequente cannabisgebruikers (18-30 jaar) vond geen verband tussen de sterkte van de geconsumeerde cannabis of de mate van cannabisgebruik en het ontstaan en persisteren van cannabisafhankelijkheid van frequente gebruikers buiten de hulpverlening [6] (zie ook § 3.4). Wel consumeerden verslaafde gebruikers bij de verslavingszorg meer cannabis dan degenen die verslaafd waren maar geen hulp zochten, en hadden hulpzoekers vaker last van psychische problematiek en waren ernstiger verslaafd [7]. Het lijkt hier dus om een bepaalde kwetsbare groep probleemgebruikers te gaan die hulp zoekt.

Aantal cliënten bij de verslavingszorg in Nederland met primaire of secundaire cannabisproblematiek, vanaf 2006



Aantal cliënten. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

Categories	Primair	Secundair
2006	6156	4953
2007	7856	5264
2008	8849	5822
2009	9546	5902
2010	10657	5768
2011	11246	5575
2012	10650	5003

Categories	Primair	Secundair
2013	11359	4826
2014	11490	4775
2015	10816	4501

Cannabis hulpvraag in Europa

Hoewel het behandelaanbod binnen Europa sterk verschilt tussen de landen, is op Europees niveau (ook) een toename in de hulpvraag voor cannabis waarneembaar.

- Tussen 2006 en 2018 is in Europa het aantal nieuwe aanmeldingen bij de (verslavings)zorg voor een cannabisprobleem met 64% gestegen naar ongeveer 135.000 [8]. De stijging werd geconstateerd in 24 landen waarvoor gegevens beschikbaar waren. Naast Nederland werd de stijging ook waargenomen in onder andere, Italië, Frankrijk, Duitsland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk.
- Het aantal nieuwe aanmeldingen in Europa bereikte echter zijn piek in 2015 en lijkt sindsdien te zijn gestabiliseerd.
- Als mogelijke verklaringen voor de stijging in de cannabishulpvraag op Europees niveau worden genoemd: de stijging in het gebruik van cannabis in de algemene bevolking, de stijging in de sterkte van de cannabis, en in het toenemend besef van de risico's van het cannabisgebruik, evenals de uitbreiding van het hulpaanbod dat specifiek is gericht op cannabisproblemen, politieke ontwikkelingen die aansturen op meer hulpverlening, en de verbetering in de registraties [9].

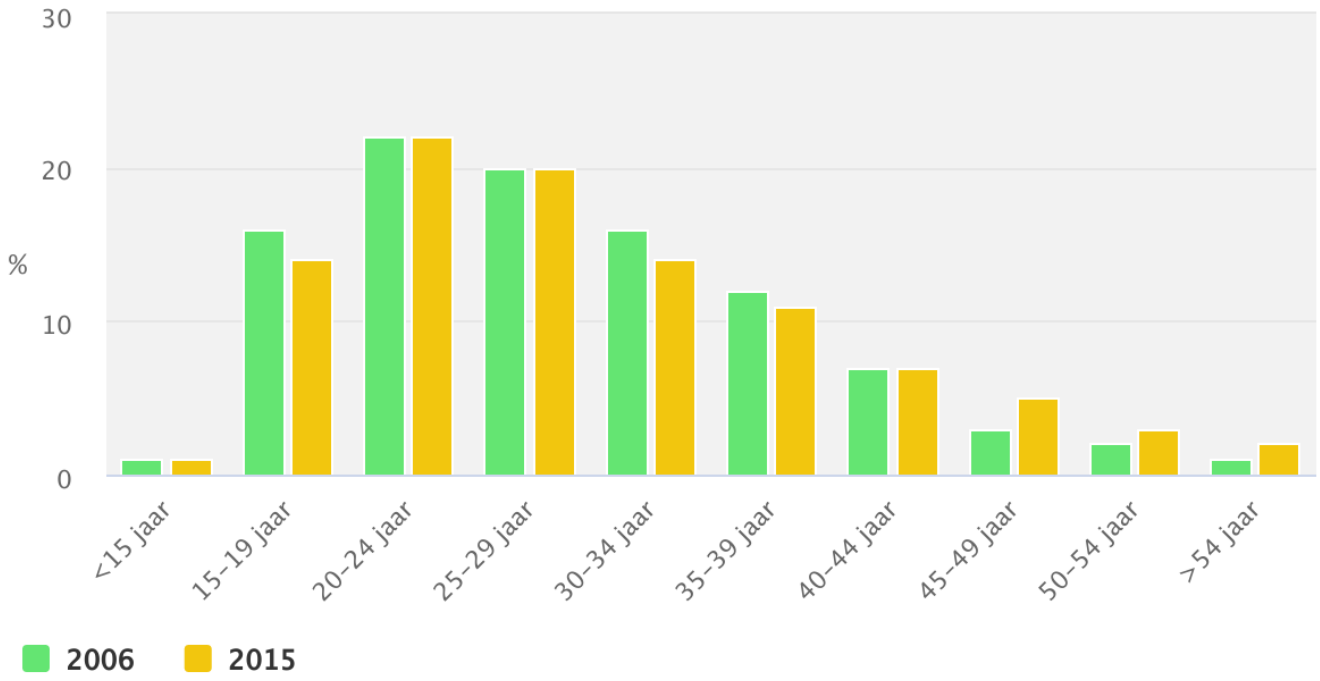
LADIS: leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

Cannabiscliënten in Nederland zijn veelal mannen en relatief jong.

- In 2015 was het merendeel van de primaire cannabiscliënten man (79%). Het aandeel mannen schommelt sinds 2006 maar enkele procenten.
- In 2015 was 37% jonger dan 25 jaar. De gemiddelde leeftijd was 30 jaar, ongeveer gelijk aan 2006 (29 jaar).
- De piek lag zowel in 2006 als in 2015 in de leeftijdsgroep van 20-24 jaar (zie figuur hieronder). Tussen 2006 en 2015 daalde het aandeel van de 30-39-jarigen en steeg het aandeel van de 45-plussers (zie figuur hieronder).

- In 2015 had van de primaire cannabiscliënten 44% geen of een lage opleiding afgerond, had 40% een middelbare opleiding afgerond en had 16% een hogere opleiding afgerond (zie bijlage D: Cliënt LADIS.)
- In de algemene bevolking is het cannabisgebruik (ooit en in het laatste jaar) juist hoger onder hoogopgeleiden. Hoogopgeleiden zijn dus ondervertegenwoordigd in de verslavingszorg.

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



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

Categories	2006	2015
<15 jaar	1,0	1,0
15-19 jaar	16,0	14,0
20-24 jaar	22,0	22,0
25-29 jaar	20,0	20,0
30-34 jaar	16,0	14,0

Categories	2006	2015
35-39 jaar	12,0	11,0
40-44 jaar	7,0	7,0
45-49 jaar	3,0	5,0
50-54 jaar	2,0	3,0
>54 jaar	1,0	2,0

Aanvullende informatie

Bronnen

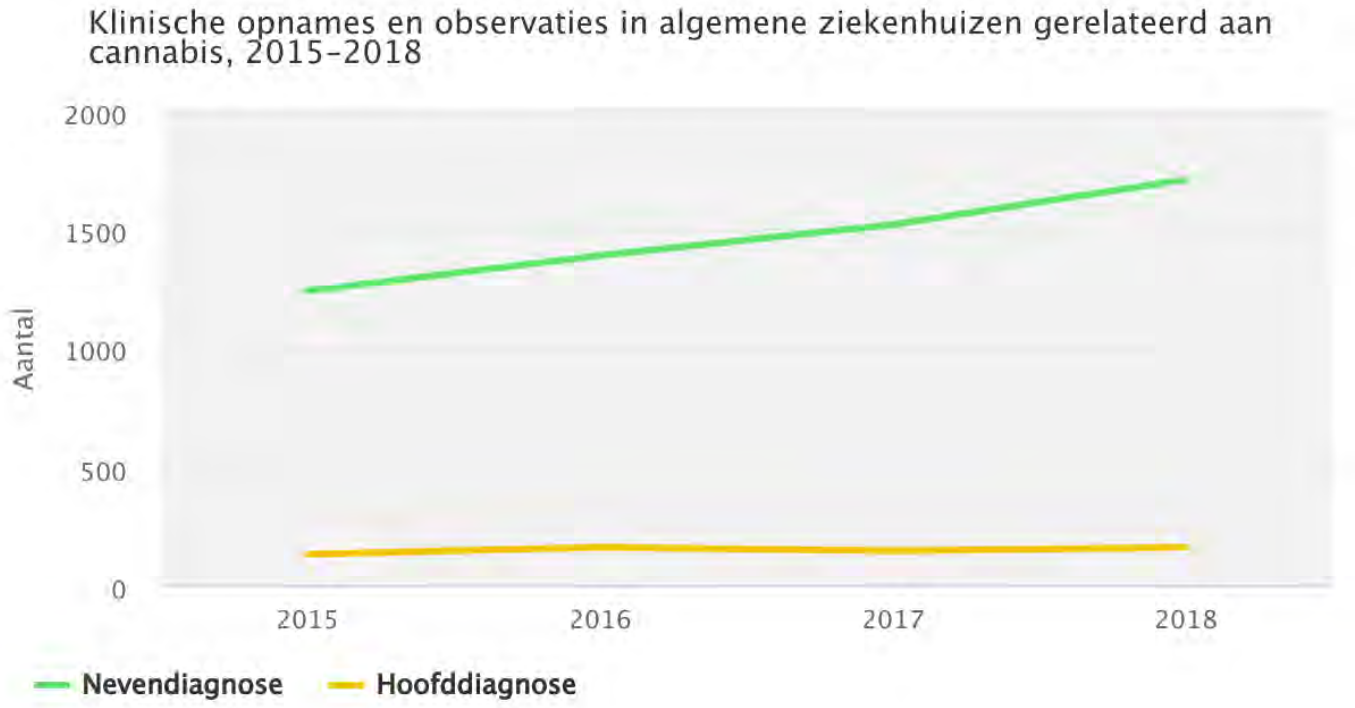
1. Vercoulen E, Van Miltenburg C, Rigter S, Van Laar M. Factsheet: De invloed van COVID-19 en de coronamaatregelen op cannabisgebruik. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Hendriks V, Blanken P, Croes E, Schippers G, Schellekens A, Stollenga M, et al. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz; 2018.
3. Nielsen S, Gowing L, Sabioni P, Le Foll B. Pharmacotherapies for cannabis dependence. Vol. 2019, Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019. p. Art. No.: CD008940.
4. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2015. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg; 2016.
5. Freeman TP, Van der Pol P, Kuijpers W, Wisselink J, Das R, Rigter S, et al. Changes in cannabis potency and first-time admissions to drug treatment: a 16-year study in the Netherlands. Vol. 48, Psychological medicine. 2018. p. 2346–2352.
6. Van der Pol P, Liebregts N, de Graaf R, Korf DJ, Van den Brink W, Van Laar MW. Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: A three-year prospective study. Vol. 133, Drug and Alcohol Dependence. 2013. p. 352–9.
7. Van der Pol P, Liebregts N, De Graaf R, Korf DJ, Van den Brink W, Van Laar M. Facilitators and barriers in treatment seeking for cannabis dependence. Vol. 133, Drug and Alcohol Dependence. 2013. p. 776–80.
8. EMCDDA. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
9. EMCDDA. European Drug Report 2018: Trends and Developments [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018. Available from:

http://www.emcdda.europa.eu/edr2015

3.6.2 Algemene ziekenhuizen

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft gegevens gepubliceerd over de opnames in de algemene ziekenhuizen gerelateerd aan drugs en alcohol voor de registratiejaren 2015 tot en met 2018 [1] (zie bijlage B5).

- Het aantal klinische opnames en observaties in de algemene ziekenhuizen waarbij een probleem met cannabis als hoofddiagnose werd gesteld schommelde tussen 2015 en 2018 tussen 130 en 160.
- Vaker speelt cannabisproblematiek een rol als nevendiagnose. Het aantal nevendiagnoses waarbij cannabis een rol speelde steeg van 1.240 in 2015 naar 1.710 in 2018.
- 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 2018 om 1.660 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een probleem gerelateerd aan cannabis als hoofd of nevendiagnose.
- Gecorrigeerd voor dubbeltellingen is het aantal cannabispatiënten tussen 2015 en 2018 gestegen van 1.190 naar 1.660 patiënten.
- De gemiddelde leeftijd van de cannabispatiënten steeg van 36 jaar in 2015 naar 38 jaar in 2018. Het percentage dat 35 jaar of ouder was steeg van 48% in 2015 naar 59% in 2018. Driekwart (73%) was man.

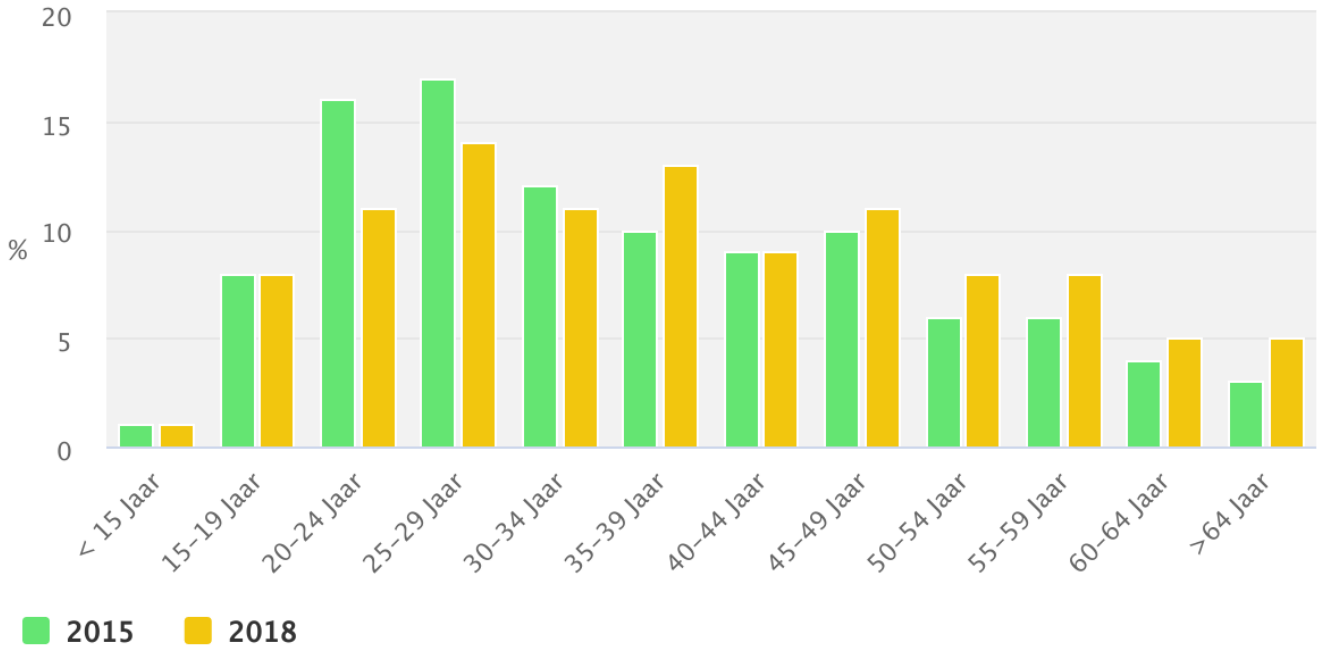


Aantal diagnoses afgerond op vijftallen, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-10 codes: F12 (psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis), T40.7 (vergiftiging door cannabis(derivaten)). Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020b).

NDM

Categories	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2015	1240	130
2016	1390	160
2017	1520	145
2018	1710	160

Leeftijdsverdeling van patiënten met een cannabisproblematiek (hoofd en nevendiagnoses samengenomen) in algemene ziekenhuizen. Peiljaren 2015 en 2018



Percentage patiënten per leeftijdsgroep. Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020b).

NDM

Categories	2015	2018
< 15 Jaar	1	1

Categories	2015	2018
15-19 Jaar	8	8
20-24 Jaar	16	11
25-29 Jaar	17	14
30-34 Jaar	12	11
35-39 Jaar	10	13
40-44 Jaar	9	9
45-49 Jaar	10	11
50-54 Jaar	6	8
55-59 Jaar	6	8
60-64 Jaar	4	5
>64 Jaar	3	5

Aanvullende informatie

1. CBS. Ziekenhuisopnamen voor middelengebruik, 2015-2018: 1-9-2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/36/ziekenhuisopnamen-voor-middelengebruik-2015-2018

3.6.3 Incidenten

Snel naar:

- Monitor Drugsincidenten
- Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
- Cannabisintoxicaties in Europa

In het kort: Het wegvallen van het toerisme leidde tot een afname in het aantal gemelde cannabisincidenten in 2020 en 2021 bij de Monitor Drugsincidenten, vooral in de regio Amsterdam, waar toeristen doorgaans een groot deel van de patiëntenpopulatie beslaan. Bij het NVIC was in 2021 cannabis de drug met het hoogste aantal telefonisch gemelde blootstellingen bij personen van 13 jaar en ouder. Het Euro-DEN Plus project verzamelt gegevens over drugsgerelateerde spoedgevallen van een netwerk van ziekenhuizen in 20 Europese landen. Na heroïne (22%) en cocaïne (19%) was cannabis (17%) de stof die het vaakst betrokken was bij acute drugsintoxicaties in deze landen.

Gegevensbronnen

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage B3) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende eerste hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door forensisch artsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) [1]. De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen. Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd. Tot slot verzamelt het Euro-DEN Plus project gegevens over drugsgerelateerde spoedgevallen van een netwerk van ziekenhuizen in Europa.

Monitor Drugsincidenten

In 2021 werden in totaal 3.984 drugsincidenten geregistreerd. Het gebruik van cannabis werd bij 861 (22%) van de incidenten gemeld, waarvan 67% als enige gebruikte drug (monogebruik) met of zonder alcohol. Bij de overige incidenten was cannabis in combinatie met één of meer andere drugs gebruikt, meestal met cocaïne (38%), amfetamine (16%), ecstasy (14%) en/of GHB (13%). Cannabis-incidenten worden doorgaans vooral gemeld in de regio Amsterdam, waar toeristen een groot deel van de patiëntenpopulatie beslaan.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van cannabis

- In 2021 werd 24% van de geregistreerde incidenten met cannabis gemeld door

ambulancediensten, 26% door MDI-ziekenhuizen, 28% door LIS-ziekenhuizen, 2% door EHBO-diensten en 16% door forensisch artsen.

- Incidenten die worden geregistreerd bij de MDI worden ingedeeld naar de mate van intoxicatie (licht, matig of ernstig). In het LIS wordt de mate van intoxicatie niet bijgehouden. In 2021 waren de meeste patiënten op de SEH (40%) ernstig onder invloed na het gebruik van cannabis. Veelvoorkomende klachten bij een ernstige intoxicatie zijn onder andere bewustzijnsverlies, psychoses en ernstige agitatie. Daarnaast was 28% matig onder invloed met klachten als paniekaanvallen die behandeling met rustgevende middelen behoeven en flauwvallen. Tot slot was 36% licht onder invloed waarbij klachten werden gerapporteerd als misselijkheid, duizeligheid en (lichte) angsttoestanden. In deze gevallen gingen de klachten vanzelf over.
- Bij 53% van de in 2021 geregistreerde incidenten met cannabis als enige gebruikte drug werd ook alcohol gebruikt.
- De mediane leeftijd van patiënten met een cannabis-intoxicatie bedroeg in 2021 27 jaar. Ter vergelijking: de mediane leeftijd van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie bedroeg 31 jaar.

Incidenten met cannabis als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2021

	Ambulances	SEH–MDI–ziekenhuizen	SEH–LIS–ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	140 (15)	149 (18)	163 (17)	93 (11)	13 (4)
Man (%)*	53	71	68	90	100
Leeftijd: <25 jaar* (%)	51	38	40	30	36
Ook alcohol gebruikt (%)*	54	43	56	65	69
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	32	36	–	48	50
Matig (%)[II]	28	28	–	35	12
Ernstig (%)[III]	40	40	–	17	38

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

Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [2].

- In 2021 was cannabis de drugs met het hoogste aantal telefonisch gemelde blootstellingen bij personen van 13 jaar en ouder (232 blootstellingen). Dit is vrijwel gelijk met het aantal telefonisch gemelde blootstellingen in 2020 (233 blootstellingen).
- Naast de telefonische raadplegingen kunnen ook risicoanalyses via de website www.vergiftigingen.info uitgevoerd worden. Deze website is vrij toegankelijk. Cannabisproducten stonden hier op de vierde plaats met 355 risicoanalyses, na MDMA, cocaïne en amfetamine.

Cannabisintoxicaties in Europa

Het Euro-DEN Plus project verzamelt gegevens over drugsgerelateerde spoedgevallen van een netwerk van ziekenhuizen in Europa. Gegevens werden verzameld over 23,947 geregistreerde acute intoxicaties aan 32 ziekenhuizen in 20 Europese landen (exclusief Nederland) over een periode van 4 jaar (2014-2017) [3]. Nederland is in 2018 begonnen gegevens in 2 centra te verzamelen.

- Na heroïne (22%) en cocaïne (19%) was cannabis (17%) de stof die het vaakst betrokken was bij acute drugsintoxicaties in deze 20 Europese landen.
- Vooral onder tieners was er een groot aantal drugsgerelateerde spoedgevallen waarbij cannabis een rol speelde (er kunnen meerdere middelen en rol spelen bij een drugsgerelateerd spoedgeval). In de jongste leeftijdsgroep (<19 jaar) was het percentage incidenten met cannabis (42%) hoger dan in de leeftijdsgroep 19-60 jaar (ongeveer 15%) als ook in de leeftijdsgroep van 60 en ouder (ongeveer 14%).
- Een trendanalyse toont aan dat het aantal cannabisintoxicaties tussen 2014 en 2016 licht afnam, maar vervolgens in weer 2017 toenam.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Van Velzen AG, Mulder-Spijkerboer HN, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2021: NVIC Rapport 01/2022. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2022.
3. EMCDDA. Drug-related hospital emergency presentations in Europe: update from the Euro-DEN Plus expert network: Technical report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

3.7 Ziekte en sterfte

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft uiteenlopende nationale en internationale studies naar het effect van cannabis op de gezondheid, evenals het risico op overlijden.

Ziekte

De lange-termijneffecten van cannabis op de lichamelijke en geestelijke gezondheid zijn nog steeds niet goed in kaart gebracht. Langdurig en hoogkwalitatief onderzoek naar de lange-termijneffecten van cannabis is beperkt, onder andere vanwege de illegale status van cannabis in de overgrote meerderheid van de wereld, ethische beperkingen, en het feit dat de meerderheid van de mensen cannabis met tabak rookt, waardoor het moeilijk wordt om het effect van cannabis te isoleren. De beschikbare evidentie geeft wel een beeld.

3.7.1 Lichamelijke gezondheid

Toxiciteit

De acute toxiciteit van cannabis is gering. De acute effecten van cannabis zijn onder andere een toename van de hartslag, daling van de bloeddruk en afname van cognitieve functies en motoriek [1]. Bij ernstige toxiciteit kan men ook last krijgen van misselijkheid, angst, of een delirium. De effecten zijn sterker naarmate de dosis THC hoger is [2]. Gezonde jonge mensen kunnen deze effecten zonder complicaties voor de gezondheid verdragen, maar mensen met een hart- of vaatziekte of een psychiatrische stoornis of aanleg daarvoor lopen een risico [3].

Onderzoekers hebben verschillende stoffen gerangschikt naar hun schade en hebben consequent gevonden dat alcohol, nicotine, cocaïne, en heroïne een hoog risico hebben en cannabis een laag risico. Deze bevindingen zijn gebaseerd op panel rankings op schade-indicatoren, zoals acute en chronische toxiciteit, verslavingspotentieel, en sociale schade [4–7]. Eén van die studies beoordeelde stoffen met betrekking tot sterfte en hieruit bleek dat cannabis 114 keer minder giftig is dan alcohol [4].

Luchtwegaandoeningen

De effecten van cannabisrook op de luchtwegen worden nog nader onderzocht.

- Cannabisrook en tabaksrook zijn chemisch vergelijkbaar en bevatten voor een groot deel dezelfde stoffen [8].
- Enerzijds is cannabisrook toxischer dan tabaksrook als hierbij de cannabis-specifieke inhalatiewijze wordt betrokken. Door de diepe inhalatie, het langer inhouden van de ingeademde rook, en door geen filter te gebruiken, laat het roken van cannabis meer teer achter in de longen dan het roken van een sigaret [9].
- Anderzijds blijkt uit epidemiologische gegevens dat cannabis roken minder schadelijke gevolgen op de langere termijn voor het lichaam lijkt te hebben dan het roken van tabak. Een mogelijke

verklaring is dat mensen minder cannabis roken dan tabak en dat minder vaak heel langdurig doen. Studies laten echter zelfs voor zware en dagelijkse cannabisgebruikers geen sterke effecten van cannabis op bijvoorbeeld longfunctie of kanker zien [10].
- Een andere mogelijke verklaring is dat er belangrijke verschillen zijn tussen cannabisrook en tabaksrook. (Sommige) cannabinoïden lijken eigenschappen te hebben die gunstig zijn voor de gezondheid (inclusief ontstekingsremmende eigenschappen) [11], terwijl nicotine de kans op schadelijke gevolgen voor de gezondheid vergroot (bijv. het risico op kanker) [12].
- Net als tabaksrook leidt cannabisrook tot symptomen van acute en chronische bronchitis, slijm, hoesten en kortademigheid [13]. Er is echter tot nu toe geen sterke evidentie dat het roken van cannabis aan tabak gerelateerde aandoeningen veroorzaakt, zoals longkanker, COPD, en verminderde longfunctie [3,11,13,14].

Verschillende gebruikswijzen van cannabis hebben verschillende effecten en gezondheidsriscio's [10].

- Cannabis puur roken (zonder tabak) is minder schadelijk dan het roken van cannabis met tabak. In Europa roken de meeste mensen cannabis met tabak in een joint [15]. Het toevoegen van tabak aan een cannabis joint verhoogt het risico op ademhalingsproblemen, net zoals het risico op cannabisafhankelijkheid.
- Minder schadelijke alternatieven dan cannabis roken zijn het dampen ('vapen') van het cannabis plantmateriaal en het oraal gebruik van cannabis (bijv. in een spacecake of via een tinctuur). Voor meer informatie hierover, zie het NDM Jaarbericht 2019 of de factsheet [10].

Kanker en cardiovasculaire problemen

Over het risico op verschillende soorten kanker en cardiovasculaire problemen zijn er tegenstrijdige onderzoeksbevindingen, vaak vanwege het verstorende effect van het (al dan niet gelijktijdig) roken van tabak.

- Tot nu toe hebben studies niet aangetoond dat cannabisrook het risico op kanker van de luchtwegen zoals longkanker, larynxkanker of mondkanker verhoogt [11,16,17].
- Studies wijzen op een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, met name beroerten, maar het is niet duidelijk in hoeverre andere factoren (zoals het roken van tabak) hierbij een rol spelen. Een causaal verband is tot nu toe niet aangetoond [18,19].
- Cannabisgebruik zou mogelijk geassocieerd zijn met enig risico op incidentele (zij het zeer zeldzame) cardiovasculaire incidenten. Sommige slachtoffers, vooral degenen met ernstige complicaties, hadden echter al ernstige cardiovasculaire aandoeningen en hadden maar een beperkte voorgeschiedenis van cannabisgebruik [20].

Zwangerschap

Resultaten van onderzoek naar de effecten van cannabis tijdens de zwangerschap zijn inconsistent of moeilijk te interpreteren vanwege methodologische tekortkomingen [21].

- Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van cannabis door zwangere vrouwen het risico op zwangerschapscomplicaties kan verhogen en verband houdt met een lager geboortegewicht [11,22].
- Verder kan prenatale blootstelling aan cannabis de ontwikkeling van de hersenen van de baby verstoren en is het in verband gebracht met verminderde cognitieve functies (bijv. leren,

geheugen), impulsiviteit en gedragsproblemen [19,23]. Een recente studie vond een verband tussen cannabisgebruik tijdens de zwangerschap en psychotische symptomen bij het nageslacht op 10-jarige leeftijd [24].
- Veel van deze studies betroffen echter vrouwen die ook tabak roken en alcohol drinken, waardoor het moeilijk is om de impact van alleen cannabis te identificeren [11,22].
- In 2021 rookte in Nederland 3,3% van de vrouwen wiet of hasj voor de zwangerschap en 0,9% tijdens de zwangerschap [25].

Andere aandoeningen

Het cannabinoïd-hyperemesis-syndroom (CHS) is een syndroom dat gekenmerkt wordt door hevige misselijkheid, excessief braken (‘hyperemesis’) en buikpijn als gevolg van cannabisgebruik [26].

- Deze symptomen kunnen tijdelijk verminderd worden door heet te douchen of baden. Het is mogelijk om last te krijgen van CHS na langdurig véél geblowd te hebben.
- Er is nog weinig bekend over deze aandoening en het onderliggende mechanisme is nog onduidelijk. Ook in Nederland zijn patiënten met het CHS bekend [27].

Vervuiling van cannabis

Cannabis kan verontreinigingen bevatten die schadelijk zijn voor de gezondheid, zoals pesticiden, schimmels, en zware metalen (zie ook § 3.8). Daarom zal tijdens het ‘experiment gesloten coffeeshopketen’ op de aanwezigheid van dergelijke stoffen in de door de geselecteerde telers geproduceerde wiet gecontroleerd worden.

- Het inhaleren van verontreinigingen kan vooral gevaarlijk zijn voor mensen met een longziekte (zoals COPD) of een aangetast immuunsysteem (bijv. door HIV). Maar het kan ook schadelijk zijn voor gezonde mensen. Verschillende studies suggereren een verband tussen vervuilde cannabis en longonstekingen. Wanneer schimmelsporen worden ingeademd en zich in de longen nestelen, kan dit een longinfectie veroorzaken [13,28].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Grotenhermen F. The pharmacokinetics and the pharmacodynamics of cannabinoids. Vol. 42, Clinical Pharmacokinetics. 2003. p. 327–360.
2. Hunault CC, Böcker KBE, Stellato RK, Kenemans JL, De Vries I, Meulenbelt J. Acute subjective effects after smoking joints containing up to 69 mg Δ9-tetrahydrocannabinol in recreational users: A randomized, crossover clinical trial. Vol. 231, Psychopharmacology. 2014. p. 4723–4733.
3. Hall W, Degenhardt L. The adverse health effects of chronic cannabis use. Vol. 6, Drug Testing and Analysis. 2014. p. 39–45.
4. Lachenmeier DW, Rehm J. Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. Vol. 5, Scientific Reports. 2015. p. 1–7.
5. Nutt D, King L, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Vol. 376, Lancet. 2007. p. 1558–1565.
6. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. Vol. 376,

The Lancet. 2010. p. 1558–1565.
7. Van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, Van Den Brink W. Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. Vol. 16, European Addiction Research. 2010. p. 202–207.
8. Melamede RJ. Cannabis and tobacco smoke are not equally carcinogenic. Vol. 2, Harm Reduction Journal. 2005. p. 1–4.
9. Gates P, Jaffe A, Copeland J. Cannabis smoking and respiratory health: Consideration of the literature. Vol. 19, Respirology. 2014. p. 655–662.
10. Strada L, Rigter S, Van Laar M, Bossong M. Gebruikswijzen van cannabis en hun effecten en gezondheidsrisico's. Utrecht: Trimbos-instituut. 2019.
11. The-National-Academies-of-Sciences-Engeneering-&-Medicine. The health effects of cannabis and cannabinoids. Washington, D.C.: National Academies Press; 2017.
12. Grando SA. Connections of nicotine to cancer. Vol. 14, Nature Reviews Cancer. 2014. p. 419–429.
13. Tashkin DP. Increasing cannabis use: What we still need to know about its effects on the lung. Vol. 19, Respirology. 2014. p. 619–620.
14. Pletcher MJ, Safford M, Sidney S, Lin F, Kertesz S. and Pulmonary Function Over 20 Years. Vol. 307, Current. 2012. p. 173–181.
15. Hindocha C, Freeman TP, Ferris JA, Lynskey MT, Winstock AR. No smoke without tobacco: A global overview of cannabis and tobacco routes of administration and their association with intention to quit. Vol. 7, Frontiers in Psychiatry. 2016. p. 1–9.
16. Park S, Myung SK. Cannabis Smoking and Risk of Cancer: A Meta-Analysis of Observational Studies. Vol. 4, Journal of Global Oncology. 2018. p. 196s–196s.
17. Hashibe M, Morgenstern H, Cui Y, Tashkin DP, Zhang ZF, Cozen W, et al. Marijuana use and the risk of lung and upper aerodigestive tract cancers: Results of a population-based case-control study. Vol. 15, Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention. 2006. p. 1829–1834.
18. Falkstedt D, Wolff V, Allebeck P, Hemmingsson T, Danielsson AK. Cannabis, Tobacco, Alcohol Use, and the Risk of Early Stroke: A Population-Based Cohort Study of 45 000 Swedish Men. Vol. 48, Stroke. 2017. p. 265–270.
19. WHO. The health and social effects of nonmedical cannabis use [Internet]. 2016. p. Chapter 1. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/publications/cannabis_report/en/index3.html
20. Drummer OH, Gerostamoulos D, Woodford NW. Cannabis as a cause of death: A review [Internet]. Vol. 298, Forensic Science International. Elsevier Ireland Ltd; 2019. p. 298–306. Available from: https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2019.03.007
21. Marroun H, Brown QL, Lund IO, Coleman-Cowger VH, Loree AM, Chawla D, et al. An epidemiological, developmental and clinical overview of cannabis use during pregnancy [Internet]. Vol. 116, Preventive Medicine. Elsevier; 2018. p. 1–5. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.08.036
22. Gunn JKL, Rosales CB, Center KE, Nuñez A, Gibson SJ, Christ C, et al. Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: A systematic review and meta-analysis. Vol. 6, BMJ Open. 2016. p. 1–8.
23. Huizink AC. Prenatal cannabis exposure and infant outcomes: Overview of studies [Internet]. Vol. 52, Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. Elsevier Inc.; 2014. p. 45–52. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2013.09.014
24. Bolhuis K, Kushner SA, Hillegers MH, Tiemeier H, El Marroun H. Maternal and paternal cannabis

use during pregnancy and risk of psychotic symptoms in the offspring. Vol. 44, Schizophrenia Bulletin. 2018. p. S231.
25. Scheffers-Van Schayck T, Thissen V, Errami F, Tuithof M. Monitor Middelengebruik en Zwangerschap 2021: Middelengebruik van vrouwen en hun partners vóór, tijdens en na de zwangerschap. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
26. Sorensen CJ, DeSanto K, Borgelt L, Phillips KT, Monte AA. Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment—a Systematic Review. Vol. 13, Journal of Medical Toxicology. 2017. p. 71–87.
27. Blanken MAJT, Peeters FPML. Een patiënt met acute buikpijn en braken veroorzaakt door het cannabinoïd-hyperemesissyndroom. Vol. 62, Tijdschrift voor Psychiatrie. 2020. p. 73–77.
28. Dryburgh LM, Bolan NS, Grof CPL, Galettis P, Schneider J, Lucas CJ, et al. Cannabis contaminants: sources, distribution, human toxicity and pharmacologic effects. Vol. 84, British Journal of Clinical Pharmacology. 2018. p. 2468–2476.

3.7.2 Mentale gezondheid

Psychose

Hoewel er een verband is tussen het gebruik van cannabis en psychose, is de precieze aard van de relatie nog steeds onduidelijk [1,2].

- Onderzoek toont aan dat er een consistente dosis-respons-relatie is tussen cannabisgebruik in de adolescentie en het risico op psychotische symptomen of schizofrenie op latere leeftijd [3].
- Onderzoekers betwisten of cannabis direct een psychose kan veroorzaken, of dat het vooral psychose veroorzaakt bij mensen met een aanleg ervoor. Veel onderzoekers zijn voorstander van de laatste theorie, die zou verklaren waarom het cannabisgebruik de afgelopen decennia dramatisch is gestegen, maar het percentage schizofrenie in de loop van de tijd niet veel is veranderd [2,4,5].
- Onderzoek laat zien dat genetische factoren veel maar niet alle associaties tussen cannabis en psychose verklaren [3]. Het gebruik van cannabis kan psychotische stoornissen veroorzaken bij mensen met een aanleg daarvoor [6–8].
- Andere onderzoeken suggereren dat mensen die al kwetsbaar zijn voor een psychose, ‘vatbaarder’ zijn voor het gebruik van cannabis. Dit is de zelf-medicatie theorie. In een recente studie toonden onderzoekers aan dat symptomen van schizofrenie causaal leiden tot een grotere kans op het gebruik van cannabis [9,10].
- Daarnaast lijken andere verstorende factoren een rol te spelen bij het veroorzaken van schizofrenie, zoals tabak roken en luchtvervuiling [11,12].
- Cannabis kan bij mensen die reeds een psychotische stoornis hebben, bepaalde (positieve) symptomen verergeren en negatieve gevolgen hebben voor het verloop van de ziekte [4].

Andere psychische stoornissen

Het verband tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen, zoals depressie en angststoornissen, is nog onduidelijk.

- Cannabisgebruikers hebben vaker last van psychische stoornissen. De richting van het effect is echter onduidelijk [3,13]. Veroorzaakt cannabisgebruik psychische stoornissen, gebruiken mensen met deze psychische stoornissen vaker cannabis, of beïnvloeden beide elkaar?
- Cannabisgebruik is hoger onder mensen met een ernstige depressie [14]. Of cannabisgebruik ook de depressie veroorzaakt is onduidelijk. Andere studies tonen zelfs geen verband tussen cannabisgebruik en depressie [15,16].
- Sommige studies suggereren dat cannabisgebruik invloed heeft op de ontwikkeling van angst symptomen (bijv. [17]), terwijl andere studies geen verband tonen (bijv. [15]).
- Hoewel cannabis angstsymptomen kan verergeren, kan het ook deze symptomen verminderen [3,18]. Cannabis is een complexe drug en veel variabelen hebben invloed op de effecten ervan, waaronder het THC-gehalte van cannabis, de THC/CBD verhouding, en persoonsgebonden factoren [19].

Langdurig cannabisgebruik kan leiden tot afhankelijkheid en wordt in verband gebracht met tal van psychische, lichamelijke, sociale en cognitieve problemen. Voor meer informatie over problematisch

gebruik van cannabis, zie § 3.4.

Cognitieve functies

Het is onduidelijk of langdurig cannabisgebruik een verslechtering van cognitieve functies veroorzaakt. Zwaar en langdurig cannabisgebruik wordt geassocieerd met leer- en geheugenstoornissen, maar een causaal verband is nog niet vastgesteld [20].

- De meest gemelde symptomen zijn een vermindering van leren, geheugen, en aandacht. Leer- en geheugenstoornissen lijken na abstinentie te herstellen, maar het is niet duidelijk of cognitieve functies *volledig* herstellen [20,21].
- Onderzoek suggereert dat sommige tekorten kunnen herstellen door abstinentie, terwijl andere tekorten lijken aan te houden, met name wanneer het cannabisgebruik begon in de adolescentie [22].
- Het lijkt er op dat chronisch cannabisgebruik geen daling van het IQ veroorzaakt, maar meer onderzoek is nodig [23,24]. Een studie, waaruit bleek dat chronisch cannabisgebruik geassocieerd was met een daling van het IQ, was gebrekkig in de methodologie en de conclusies [2,25,26].

De impact van cannabisgebruik op het cognitief functioneren van adolescenten is ook onduidelijk [2].

- Observationele studies suggereren dat het gebruik van cannabis bij adolescenten verband kan houden met langdurige schade, zoals cognitieve stoornissen. Maar de resultaten zijn niet doorslaggevend wat betreft de precieze aard en sterkte van dit verband. Studies worden vaak vertroebeld door mogelijke verstorende (confounding) factoren, zoals sociaaleconomische omstandigheden [2].
- Het is ook onduidelijk of cognitieve veranderingen door cannabisgebruik tijdelijk of onomkeerbaar zijn. Een aantal onderzoeken over dit onderwerp kon niet goed worden gerepliceerd [2].

Gehalte THC en CBD

De rol van hoge concentratie THC in cannabis bij het optreden van acute en chronische (gezondheids)problemen is niet duidelijk. Wel lijkt het erop dat het risico op afhankelijkheid groter is naarmate er sterkere wiet wordt gebruikt, dat geldt met name voor jongere gebruikers [27].

CBD kan sommige ongewenste psychische effecten van THC, zoals pychose-achtige effecten, paranoia en angst, tegengaan. De resultaten van onderzoek zijn echter niet eenduidig. CBD gaat niet alle negatieve effecten van THC tegen, de effecten hangen af van de dosering, en CBD kan in sommige gevallen de effecten van THC juist versterken [28–31].

- Mogelijk zijn de risico’s op een psychose groter bij het gebruik van cannabis met een hoog THC- en een laag CBD-gehalte, maar het onderzoek hiernaar is nog beperkt [24,31].
- Het gebruik van cannabis met een hoger THC-gehalte leidt niet automatisch tot meer acute en langetermijngevolgen. 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 [32], of door minder cannabis in een joint te stoppen [33].

- Een laboratoriumonderzoek liet zien dat zowel het vapen van cannabis met THC en CBD (ratio 1:1) als het vapen van cannabis met alleen THC de cognitieve prestaties en rijprestatie verslechterde. Op sommige taken presteerden de proefpersonen zelfs slechter met THC en CBD dan met alleen THC. De subjectieve drugseffecten (bijv. zich 'high' voelen) en het vertrouwen in de eigen rijvaardigheid verschilde echter niet met het CBD gehalte [34].
- Bovendien tonen de nieuwste bevindingen aan dat de hoeveelheid CBD invloed heeft op de effecten van THC. THC met lage doses CBD kan de 'intoxicerende' effecten van cannabis versterken, terwijl THC met hoge doses CBD de effecten kan verminderen. De toename van intoxicatie door een lage dosis CBD is met name bij niet-frequente cannabisgebruikers zichtbaar [35].
- Sommige onderzoeken suggereren dat CBD mogelijk ook therapeutische eigenschappen heeft, zoals het verbeteren van de cognitie [36].
- In nederwiet zit in tegenstelling tot geïmporteerde hasj vrijwel geen cannabidiol (CBD) (zie ook § 3.8). Het is (nog) niet aangetoond dat in de praktijk het gebruik van geïmporteerde hasj met een hoger gehalte aan CBD minder schadelijk zou zijn dan het gebruik van nederwiet (zie ook § 3.8).

Een literatuurstudie heeft de THC:CBD-verhoudingen onderzocht die in de afgelopen 10 jaar in onderzoeken zijn gebruikt [37]. Elf studies werden opgenomen in de literatuurstudie. In deze studies werden de redenen voor de geselecteerde ratio's vaak niet vermeld, of er werd gewoon gezegd dat dit de ratio's waren die beschikbaar waren. Er kan worden geconcludeerd dat de medische en wetenschappelijke gemeenschappen de THC:CBD-verhoudingen voor de "best practice"-behandeling van verschillende ziekten nog niet grondig hebben onderzocht. Er ontbreekt onderzoek naar standaardisatie van medicinaal cannabisgebruik.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Hamilton I, Monaghan M. Cannabis and Psychosis: Are We any Closer to Understanding the Relationship? Vol. 21, Current Psychiatry Reports. Current Psychiatry Reports; 2019. p. 19–22.
2. Shen H. Cannabis and the adolescent brain. Vol. 117, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2020. p. 7–11.
3. WHO. The health and social effects of nonmedical cannabis use [Internet]. 2016. p. Chapter 1. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/publications/cannabis_report/en/index3.html
4. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. Vol. 71, Drug and Alcohol Dependence. 2003. p. 37–48.
5. Gage SH, Zammit S, Hickman M. Stronger evidence is needed before accepting that cannabis plays an important role in the aetiology of schizophrenia in the population. Vol. 5, F1000 Medicine Reports. 2013. p. 1–5.
6. Power RA, Verweij KJH, Zuhair M, Grant W, Henders AK, Heath AC, et al. Genetic predisposition to schizophrenia associated with increased use of cannabis. Vol. 19, Mol.Psychiatry. 2014. p. 1201–1204.
7. Karcher NR, Barch DM, Demers CH, Baranger DA, Heath AC, Lynskey MT, et al. Genetic predisposition vs individual-specific processes in the association between psychotic-like experiences and cannabis use. Vol. 76, JAMA psychiatry. 2019. p. 87–94.

8. Hiemstra M, Nelemans SA, Branje S, van Eijk KR, Hottenga JJ, Vinkers CH, et al. Genetic vulnerability to schizophrenia is associated with cannabis use patterns during adolescence [Internet]. Vol. 190, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier; 2018. p. 143–150. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.024
9. Smith LL, Yan F, Charles M, Mohiuddin K, Tyus D, Adekeye O, et al. Exploring the link between substance use and mental health status: what can we learn from the self-medication theory? Vol. 28, Journal of health care for the poor and underserved. 2017. p. 113–131.
10. Pasman, J, Verweij, K. ... Vink, J. GWAS of lifetime cannabis use reveals new risk loci, genetic overlap with psychiatric traits, and a causal influence of schizophrenia. Vol. 21, Nature Neuroscience. 2018. p. 1161–1170.
11. Wootton RE, Richmond RC, Stuijfzand BG, Lawn RB, Sallis HM, Taylor GMJ, et al. Causal effects of lifetime smoking on risk for depression and schizophrenia: Evidence from a Mendelian randomisation study [Internet]. bioRxiv. 2018. p. 381301. Available from: https://www.biorxiv.org/content/10.1101/381301v2
12. Linnman C. High-potency cannabis and incident psychosis: correcting the causal assumption. Vol. 6, The Lancet Psychiatry. 2019. p. 465–466.
13. Boden JM, Monk NJ. Commentary on Pacek et al. (2020): Cannabis and major depression - a network theory proposal. Vol. 115, Addiction. 2020. p. 944–945.
14. Pacek LR, Weinberger AH, Zhu J, Goodwin RD. Rapid increase in the prevalence of cannabis use among people with depression in the United States, 2005-17: the role of differentially changing risk perceptions. Vol. 115, Addiction. 2020. p. 935–943.
15. Blanco C, Hasin DS, Wall MM, Flórez-Salamanca L, Hoertel N, Wang S, et al. Cannabis use and risk of psychiatric disorders: Prospective evidence from aUS national longitudinal study. Vol. 317, JAMA - Journal of the American Medical Association. 2017. p. 1070–1071.
16. Feingold D, Weiser M, Rehm J, Lev-Ran S. The association between cannabis use and mood disorders: A longitudinal study [Internet]. Vol. 172, Journal of Affective Disorders. Elsevier; 2015. p. 211–218. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.006
17. Duperrouzel J, Hawes SW, Lopez-Quintero C, Pacheco-Colón I, Comer J, Gonzalez R. The association between adolescent cannabis use and anxiety: A parallel process analysis [Internet]. Vol. 78, Addictive Behaviors. Elsevier; 2018. p. 107–113. Available from: https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.005
18. Crippa JAS, Zuardi AW, Martin-Santos R, Bhattacharyya S, Atakan Z, McGuire P, et al. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence [Internet]. Vol. 24, Human Psychopharmacology. 2009. p. 515–523. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200303000-00011%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2676262&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%5Cnhttp://dx.doi.org/10.2332/allergolint.O-07-525
19. The-National-Academies-of-Sciences-Engeneering-&-Medicine. The health effects of cannabis and cannabinoids. Washington, D.C.: National Academies Press; 2017.
20. Kroon E, Kuhns L, Hoch E, Cousijn J. Heavy cannabis use, dependence and the brain: a clinical perspective. Addiction. 2019.
21. Hall W, Degenhardt L. The adverse health effects of chronic cannabis use. Vol. 6, Drug Testing and Analysis. 2014. p. 39–45.
22. Crean RD, Crane NA, Mason BJ. An Evidence Based Review of Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use on Executive Cognitive Functions. Vol. 5, Journal of Addiction Medicine. 2011. p. 1–8.

23. Jackson NJ, Isen JD, Khoddam R, Irons D, Tuvblad C, Iacono WG, et al. Impact of adolescent marijuana use on intelligence: Results from two longitudinal twin studies. Vol. 113, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2016. p. E500–E508.
24. Curran HV, Freeman TP, Mokrysz C, Lewis DA, Morgan CJ, Parsons LH. Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. Vol. 17, Nat Rev Neurosci. 2016. p. 293–306.
25. Rogeberg O. Correlations between cannabis use and IQ change in the Dunedin cohort are consistent with confounding from socioeconomic status. Vol. 110, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2013. p. 4251–4254.
26. Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington HL, Houts R, Keefe RSE, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. Vol. 109, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2012.
27. Freeman TP, Winstock AR. Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. Vol. 45, Psychological Medicine. 2015. p. 3181–3189.
28. Hindocha C, Freeman TP, Schafer G, Gardener C, Das RK, Morgan CJA, et al. Acute effects of delta-9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and their combination on facial emotion recognition: A randomised, double-blind, placebo-controlled study in cannabis users [Internet]. Vol. 25, European Neuropsychopharmacology. Elsevier; 2015. p. 325–334. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.11.014
29. Englund A, Freeman TP, Murray RM, McGuire P. Can we make cannabis safer? Vol. 4, The Lancet Psychiatry. 2017. p. 643–648.
30. Freeman TP, Hindocha C, Green SF, Bloomfield MAP. Medicinal use of cannabis based products and cannabinoids [Internet]. Vol. 365, BMJ (Online). 2019. p. 1–7. Available from: http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.l1141
31. Niesink R, Van Laar M. THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
32. Van der Pol P, Liebregts N, Brunt T, van Amsterdam J, de Graaf R, Korf DJ, et al. Cross-sectional and prospective relation of cannabis potency, dosing and smoking behaviour with cannabis dependence: An ecological study. Vol. 109, Addiction. 2014. p. 1101–1109.
33. Freeman TP, Morgan CJ, Hindocha C, Schafer G, Das RK, Curran HV. Just say “know”: how do cannabinoid concentrations influence users’ estimates of cannabis potency and the amount they roll in joints? Vol. 109, Addiction. 2014. p. 1686–1694.
34. Arkell TR, Lintzeris N, Kevin RC, Ramaekers JG, Vandrey R, Irwin C, et al. Cannabidiol (CBD) content in vaporized cannabis does not prevent tetrahydrocannabinol (THC)-induced impairment of driving and cognition. Vol. 236, Psychopharmacology. 2019. p. 2713–2724.
35. Solowij N, Broyd S, marie Greenwood L, van Hell H, Martelozzo D, Rueb K, et al. A randomised controlled trial of vaporised Δ 9 -tetrahydrocannabinol and cannabidiol alone and in combination in frequent and infrequent cannabis users: acute intoxication effects [Internet]. Vol. 269, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. Springer Berlin Heidelberg; 2019. p. 17–35. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s00406-019-00978-2
36. Colizzi M, Ruggeri M, Bhattacharyya S. Unraveling the Intoxicating and Therapeutic Effects of Cannabis Ingredients on Psychosis and Cognition. Vol. 11, Frontiers in Psychology. 2020. p. 1–10.
37. Zeyl V, Sawyer K, Wightman RS. What Do You Know About Maryjane? A Systematic Review of the Current Data on the THC:CBD Ratio. Substance Use and Misuse. 2020.

3.7.3 Sterfte

De toxiciteit van cannabis is gering. Het merendeel van de intoxicaties met cannabis kent een mild verloop [1] (zie ook § 3.6). Er zijn geen epidemiologische studies waaruit geconcludeerd kan worden dat er een relatie is tussen het gebruik van cannabis en een toename van sterfte in de algemene bevolking of overlijden als gevolg van een overdosis cannabis [2].

- CB1-receptoren zijn slechts spaarzaam aanwezig in delen van de hersenen die verantwoordelijk zijn voor vitale functies, zoals hart- en ademhalingsfuncties, zodat men (door de zeer lage toxiciteit van cannabis) niet direct kan overlijden aan een overdoses cannabis [3]. Cannabis kan echter mogelijk worden beschouwd als een bijdragende doodsoorzaak in sommige gevallen van plotselinge of onverwachte sterfte, bijvoorbeeld door cardiovasculaire problemen te verergeren [4].
- De afgelopen twintig jaar stond acute directe sterfte door inname van cannabis niet genoteerd op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS [5].
- Alleen in het kader van een strafrechtelijk onderzoek, of wanneer de nabestaanden daarom vragen, doet het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) nader (toxicologisch) onderzoek naar drugs bij een overlijdensgeval. In de overlijdensgevallen die van 2012 tot en met 2016 door het NFI werden onderzocht op drugs, werd in géén van de gevallen cannabis aangewezen als een doodsoorzaak.
- Ook uit andere landen zijn geen acute directe sterfgevallen bekend die alleen aan cannabis te wijten zijn.
- Het aantal indirect met cannabisgebruik samenhangende sterfgevallen, bijvoorbeeld door verkeersongevallen onder invloed van cannabis, is onbekend.
- Synthetische cannabinoïden zijn doorgaans veel toxischer en het gebruik er van is in verband gebracht met tal van sterfgevallen [6] (zie ook § 8.7).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Dines AM, Wood DM, Galicia M, Yates CM, Heyerdahl F, Hovda KE, et al. Presentations to the Emergency Department Following Cannabis use—a Multi-Centre Case Series from Ten European Countries. Vol. 11, Journal of Medical Toxicology. 2015. p. 415–421.
2. NAS. The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research. Washington: NAS; 2017.
3. Herkenham M, Lynn AB, Little MD, Johnson MR, Melvin LS, De Costa BR, et al. Cannabinoid receptor localization in brain. Vol. 87, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 1990. p. 1932–1936.
4. Drummer OH, Gerostamoulos D, Woodford NW. Cannabis as a cause of death: A review [Internet]. Vol. 298, Forensic Science International. Elsevier Ireland Ltd; 2019. p. 298–306. Available from: https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2019.03.007
5. CBS. Alcohol- en drugssterfte, 2019: 14-10-2020 10:20 [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20201014130914/https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/42/alcohol-en-drugssterfte-2019.
6. EMCDDA. 5F-MDMB-PINACA: Report on the risk assessment of methyl 2-{[1-(5-fluoropentyl)-1H-

indazole-3- carbonyl]amino}-3,3-dimethylbutanoate in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances: Risk Assessments 25. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.

3.8 Aanbod en markt

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het aantal coffeeshops op basis van de coffeeshop monitor, en over de kwaliteit en prijs van wiet en hasj in Nederlandse coffeeshops op basis van de THC-monitor. Verdere gegevens over de markt en het aanbod van cannabis worden gepresenteerd van uiteenlopend onderzoek.

3.8.1 Coffeeshops, productie, export en soorten cannabis

Coffeeshops en overige verkooppunten

Cannabis wordt het meest gekocht in coffeeshops, de gedoogde verkooppunten. Recente schattingen van het aandeel cannabis dat via coffeeshops wordt verkocht ontbreken echter. Er zijn aanwijzingen dat illegale verkopers steeds vaker op bestellingen en via het internet werken.

- In 2014 is het marktaandeel van coffeeshops geschat op 55%-70% [1].
- Het merendeel van de cannabisgebruikers die hun cannabis zelf kopen, doet dit in een coffeeshop. Aankoop via illegale verkooppunten, zoals thuisdealers en straatdealers komt onder de algemene bevolking minder voor [2,3] (zie § 3.2).

Het aantal coffeeshops in Nederland nam het afgelopen decennium geleidelijk af. De meerderheid van de gemeentes heeft geen enkele coffeeshop [4].

- Eind 2020 telde Nederland 564 officieel gedoogde coffeeshops verspreid over 102 gemeenten. Het aantal coffeeshops en het aantal coffeeshopgemeenten is niet veranderd ten opzichte van eind 2019. De stabilisatie van het aantal coffeeshops, die al zichtbaar is sinds 2016, zet hiermee dus door.
- In 1999 waren er nog 846 coffeeshops. Sindsdien nam het aantal coffeeshops gedurende vele jaren geleidelijk af.
- Eind 2020 hadden 246 van de 355 gemeenten (69.3%) een nulbeleid en dus géén coffeeshop. Dit is vergelijkbaar met de vorige meeting, toen 70% een nulbeleid hadden. Binnen de landelijke kaders kunnen gemeenten zelf hun beleid bepalen rondom de vestiging van coffeeshops (zie ook § 2.1).
- Eind 2020 waren Amsterdam, Rotterdam en Den Haag de enige gemeenten met meer dan 20 coffeeshops. Amsterdam heeft 166, Rotterdam heeft 39 en Den Haag heeft 36 coffeeshops. Samen hebben zij 241 coffeeshops, hetgeen neerkomt op 42,7% van het totale aantal coffeeshops in Nederland.
- Ongeveer de helft (51%) van de coffeeshops bevond zich in 2020 in steden met meer dan 200.000 inwoners.

Aantal coffeeshops in Nederland naar inwonertal, vanaf 2009

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2019	2020
Totaal	666	660	651	617	605	591	573	567	564	564
Naar inwoneraantal in gemeente										
< 20.000	8	-	8	7	7	7	6	5	5	5
20 – 50.000	68	-	68	64	65	65	62	62	55	55
50 – 100.000	91	-	95	88	64	65	67	64	66	66
100 – 200.000	148	-	136	137	157	157	141	144	147	148
> 200.000	351	-	344	321	312	297	297	292	291	290

Aantal coffeeshops naar inwonertal. - = Gegevens onbekend. I. Bron: Monitor coffeeshops en gemeentelijk coffeeshopbeleid, Breuer&Intraval (Mennes et al., 2021).

Productie, consumptie en export van in Nederland geteelde cannabis

Het meest recente onderzoek naar de omvang van de cannabisteelt in Nederland dateert uit 2014 [1]. Het onderzoek was gericht op het schatten van de export. De schatting is gemaakt vanuit meerdere rekenmodellen voor productie en consumptie van in Nederland geteelde cannabis. Er worden onder- en bovengrenzen gerapporteerd in plaats van een ‘meest aannemelijke puntschatting’.

- De productie van nederwiet werd geschat op 171 tot 965 ton.
- De consumptie van in Nederland geteelde cannabis werd geschat op tussen de 28 en 119 ton, al naar gelang de consumptie door niet-ingezetenen als ‘binnenlandse consumptie’, dan wel als ‘export’ werd berekend.
- De gemiddelde consumptie per cannabisgebruiker per jaar werd geschat op 69-93 gram.
- Tussen de 80% en 95% van de consumptie zou nederwiet betreffen, dit is het leeuwendeel van de in Nederland geteelde cannabis.
- De export is in 2014 geschat op tussen de 53 en 937 ton (31%-97% van de productie).
- Een Monte Carlo-simulatie op de data resulteerde in een smaller, maar nog steeds breed bereik. De geschatte export komt volgens deze simulatie op 206-549 ton (78%-91% van de Nederlandse cannabisproductie) wanneer gebruik door niet-ingezetenen als binnenlandse consumptie wordt gedefinieerd, en de schatting komt op 231-573 ton (86%-95%) als dit gebruik als export wordt gedefinieerd.

Soorten hasj- en wietvariëteiten verkocht in de coffeeshop

In 2018 heeft het Trimbos-instituut een Quick scan uitgevoerd om te onderzoeken hoeveel soorten hasj en wietvariëteiten coffeeshops gemiddeld verkochten en om welke varianten dit vooral ging [5]. Het gaat in dit onderzoek om variëteiten en soorten die als zodanig onder een bepaalde naam worden verkocht. Deze naam garandeert niet een zelfde chemische samenstelling.

- Er staan gemiddeld 10 tot 12 variëteiten wiet en 6 tot 8 soorten hasj op menukaarten van coffeeshops.
- Sommige soorten worden al heel lang verkocht in veel coffeeshops, terwijl er ook coffeeshops zijn die hele aparte specifieke soorten verkopen, die niet veel andere coffeeshops verkopen.
- Er is een grote variatie in het aantal soorten dat op het menu staat tussen verschillende coffeeshops en regio's.
- De afgelopen 15 jaar is het aantal wietvariëteiten dat verkocht wordt in de coffeeshop meer dan verdubbeld, voor hasj geldt slechts een lichte stijging.
- Sinds 2016 wordt een nieuwe soort cannabis in coffeeshops verkocht, het betreft hasj die in Marokko gemaakt wordt van planten afkomstig uit Nederland.

Een schatting van het aantal soorten cannabis dat in Nederland verkrijgbaar is, komt van de website 'Greenmeister' [6].

- In 2021 waren er op deze website 577 coffeeshops geregistreerd met in totaal 5.933 soorten wiet en hasj.
- Het registreren op de website is gratis voor coffeeshops en bezoekers van de website kunnen gemakkelijk ontbrekende informatie invullen. Echter niet ieder menu van iedere coffeeshop is ingevuld, dus de daadwerkelijke aantallen in soorten wiet, en hasj liggen waarschijnlijk hoger.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van der Giessen M, Molenaar DEG, Van Ooyen-Houben MMJ. De export van in Nederland geteelde cannabis. WODC; 2014.
2. Mennes R, Snippe J, Sijtstra M, Bieleman B. Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid: meting 2015. Groningen-Rotterdam: Intraval; 2016.
3. Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2015: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2016.
4. Mennes R, Pieper R, Schoonbeek I, Bieleman B. Coffeeshops in Nederland 2020: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2020. Breuer & Intraval; 2021.
5. Rigter S, Niesink R. Analyse van het aanbod van hasjsoorten en wietvariëteiten in de Nederlandse coffeeshop: Een quickscan. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
6. Greenmeister. Coffeeshop Statistics [Internet]. 2020. Available from: https://en.greenmeister.nl/statistieken

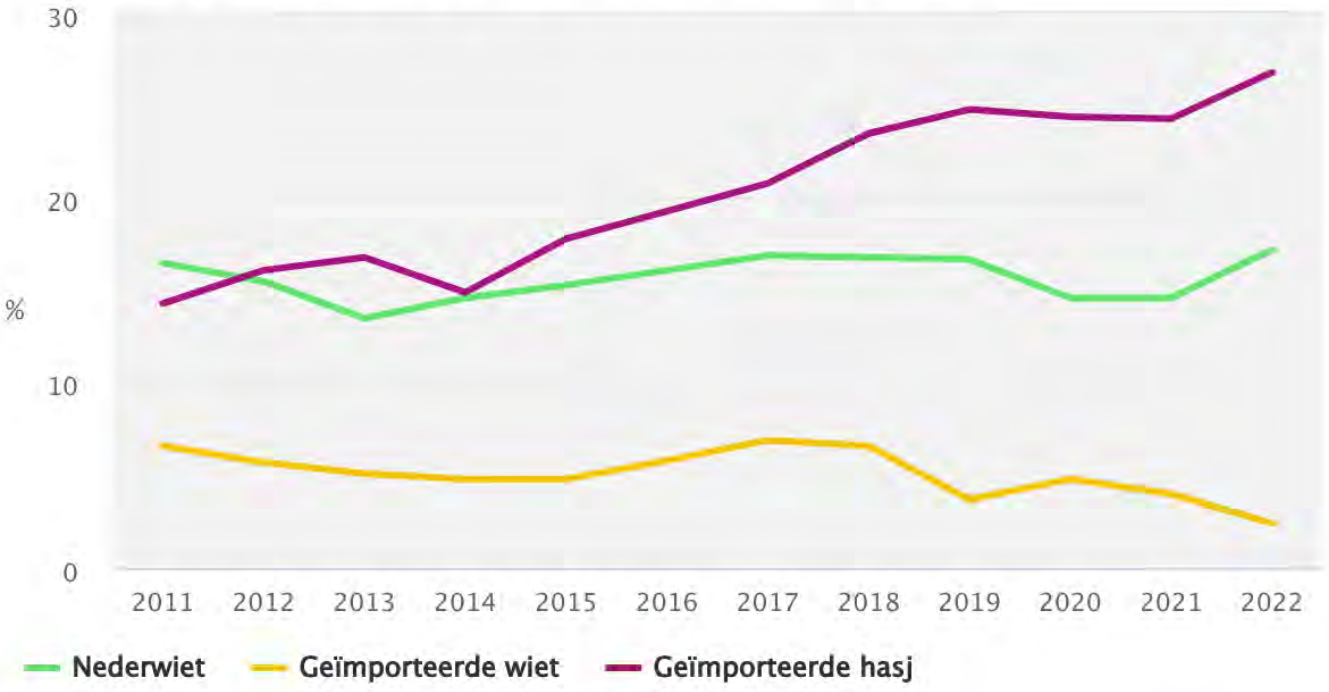
3.8.2 Samenstelling en prijs

THC-gehalte

Het Trimbos-instituut verzamelt via de jaarlijkse THC-monitor informatie over de sterkte van cannabis, dat wil zeggen de concentratie van werkzame bestanddelen, met name THC. Sinds 2000 worden geregeld monsters van verschillende cannabisvariëteiten aangekocht uit coffeeshops en chemisch geanalyseerd. De cannabis kan in Nederland gekweekt en/of gemaakt zijn of in het buitenland. In 2022 werden in 50 coffeeshops van de 565 coffeeshops cannabismonsters verzameld [1]. De 50 coffeeshops werden willekeurig geselecteerd.

- Het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet (de meest populaire variant) steeg van 14,6% in 2021 naar 17,2% in 2022. Het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet schommelde de afgelopen 15 jaar tussen de circa 15% en 18%.
- Naast de meest populaire wiet worden jaarlijks wietmonsters getest die als het ‘sterkste’ worden beschouwd. Het gemiddelde THC-gehalte in wiet die werd aangekocht als het ‘meest sterk’ bleef stabiel ten opzichte van vorig jaar (17,0% in 2021 en 17,5% in 2022). Ook het gemiddelde THC-gehalte in de ‘meest sterke’ wiet schommelde de afgelopen 15 jaar tussen de circa 15% en 18%.
- Het gemiddelde THC-gehalte in de als sterkst verkochte nederwiet (17,5%) was in 2022 ongeveer gelijk aan het gemiddelde THC-gehalte van de meest populaire nederwiet (17,2%).
- Geïmporteerde wiet bevat gemiddeld minder THC dan Nederwiet. Het gemiddelde THC-gehalte in geïmporteerde wiet bleef ten opzichte van vorig jaar stabiel (4,0% in 2021 versus 2,4% in 2022). Van alle cannabissoorten was het gemiddelde THC-gehalte in de geïmporteerde wiet tot 2007 het meest stabiel. In 2008 en 2009 was sprake van een lichte stijging maar sindsdien is het THC-gehalte in deze cannabisvariant weer iets gedaald. Geïmporteerde wiet is tegenwoordig nog maar in een zeer beperkt aantal coffeeshops verkrijgbaar.
- Het THC-gehalte in geïmporteerde hasj bleef stabiel ten opzichte van vorig jaar (24,3% in 2021 en 26,8% in 2022). In de afgelopen 10 jaar is het gemiddelde THC-gehalte van geïmporteerde hasj geleidelijk gestegen van circa 15% naar circa 25%.
- Het gemiddelde THC-gehalte in nederhasj steeg van 21,0% in 2021 naar 35,7% in 2022. Het gemiddelde THC-gehalte in nederhasj schommelde door de jaren tussen de circa 25% en 35%. Deze grote spreiding heeft waarschijnlijk te maken met het beperkt aantal samples dat in het verleden kon worden aangekocht. Dit jaar werd in 19 van de 50 coffeeshops nederhasj verkocht, vorig jaar in slechts 4 coffeeshops. Het flink gestegen gemiddelde gehalte van dit jaar is waarschijnlijk een betere reflectie van de werkelijkheid, omdat een groter aantal monsters is verzameld.

Gemiddeld percentage THC in cannabisproducten, vanaf 2011



Voor nederwiet zijn de gemiddelde percentages weergegeven voor de monsters die als 'meest populair' zijn aangeschaft. Bron: THC-monitor, Trimbos-instituut.

NDM

	Nederwiet	Geïmporteerde wiet	Geïmporteerde hasj
2011	16,5	6,6	14,3
2012	15,5	5,7	16,1
2013	13,5	5,1	16,8
2014	14,6	4,8	14,9
2015	15,3	4,8	17,8
2016	16,1	5,8	19,3
2017	16,9	6,9	20,8

	Nederwiet	Geïmporteerde wiet	Geïmporteerde hasj
2018	16,8	6,6	23,5
2019	16,7	3,7	24,8
2020	14,6	4,8	24,4
2021	14,6	4,0	24,3
2022	17,2	2,4	26,8

CBD-gehalte

Ook de concentratie van een ander bestanddeel van cannabis, namelijk cannabidiol (CBD), wordt in de THC-monitor gemeten. Het percentage CBD wordt uitgedrukt in de mediaan (vanwege de niet normale verdeling), de middelste waarde van alle gemeten percentages in de cannabismonsters.

- Nederwiet, geïmporteerde wiet en nederhasj bevatten nauwelijks CBD. Het mediane CBD gehalte van zowel de sterkste als de populairste nederwiet daalde van 0,1% in 2021, naar 0,0% in 2022. Dit wordt mede verklaard doordat dit jaar de varianten die verkocht werden als “CBD-wiet” niet meer geïncludeerd werden in de categorie sterkste of populairste nederwiet, in tegenstelling tot vorige jaren.
- Er zijn aanwijzingen dat CBD sommige effecten van THC tegengaat, zoals acute psychotische symptomen, angst, en verslechtering van het geheugen (zie ook § 3.7). Vooral de verhouding tussen THC en CBD lijkt belangrijk te zijn. De nederwiet bevat relatief veel THC en weinig CBD. Voor geïmporteerde hasj is deze verhouding ‘gunstiger’ (d.w.z. een lagere THC:CBD-ratio). Het mediane CBD-gehalte in geïmporteerde hasj is het afgelopen jaar significant gestegen vergeleken met de meting van vorig jaar (2,2% in 2021 versus 3,2% in 2022). Toch is dit nog altijd een stuk lager dan de mediane gehaltes van een aantal jaar geleden.

Prijs van cannabis

De THC-monitor verzamelt ook gegevens over de gemiddelde prijs van een gram van de verschillende cannabisproducten die aangeschaft zijn in coffeeshops. De prijs van een gram van alle cannabissoorten bleef in 2022 gelijk ten opzichte van vorig jaar, met uitzondering van de geïmporteerde hasj.

- In 2022 was de gemiddelde prijs voor een gram nederwiet 11,17 euro. De prijs is ten opzichte

van 2021 (11,70 euro) niet veranderd. De prijs is sinds 2007 wel sterk gestegen, van circa 7 euro naar circa 11 euro.
- Ook de prijs van de nederwiet die beschouwd wordt als sterkste wiet verschilde in 2022 (15,45 euro) niet van die in 2021 (14,21 euro). Voor de sterkste wiet werd ook een prijsstijging waargenomen sinds 2007, van circa 7 euro naar circa 14 euro.
- De gemiddelde prijs van een gram geïmporteerde wiet schommelde de afgelopen 10 jaar tussen de 4,00 en 6,00 euro per gram. In 2022 was de prijs gemiddeld 3,79 euro. De prijs voor geïmporteerde wiet bleef de afgelopen jaren stabiel.
- De gemiddelde prijs voor een gram geïmporteerde hasj is de afgelopen jaren geleidelijk gestegen, van 6,29 euro in 2000 naar 11,74 vorig jaar. De gemiddelde prijs voor een gram geïmporteerde hasj daalde echter van 11,74 euro in 2021 naar 10,55 in 2022.
- De gemiddelde prijs voor een gram nederhasj fluctueert in de loop van de tijd sterk; het gaat daarbij vaak om een beperkt aantal samples. De prijs verschilde in 2022 niet van de prijs in 2021 (12,53 euro versus 13,80 euro).
- In 2022 is er voor het eerst sinds de metingen geen verband gevonden tussen de prijs en het THC-gehalte van de cannabisproducten – dit geldt zowel voor hasj als wiet.

Gemiddelde prijs in euro's (€) per gram cannabisproduct in coffeeshops, vanaf 2011

Cannabisproduct	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nederwiet[1]	8,30	9,28	9,59	9,53	9,81	10,23	10,11	10,31	9,90	10,65	11,70	11,17
Geïmporteerde wiet	4,24	5,88	5,29	4,51	4,67	4,92	4,84	4,04	4,39	4,19	4,67	3,79
Geïmporteerde hasj	7,79	9,71	9,86	9,72	8,91	9,16	9,93	9,36	9,97	9,65	11,74	10,55

1. Meest populaire variant. De prijzen hebben betrekking op monsters die in december/januari in de betreffende jaren zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin de maand januari valt. Bron: THC-monitor, Trimbos-instituut.

Samenstelling en prijs van cannabis in het buitenland

In het buitenland wordt ook een toename in de sterkte en prijs van cannabis gerapporteerd.

- Een vergelijkbare stijgende trend in het THC-gehalte en de prijs van cannabis als in Nederland deed zich voor in Europa tussen 2006 en 2016. Elk jaar waren gegevens verzameld via het EMCDDA netwerk van national focal points in de 28 lidstaten van de Europese Unie. Het THC-gehalte van wiet is van gemiddeld 5,0% naar 10,2% gestegen, en van hasj van 8,1% naar 17,2%. De prijs voor een gram wiet is gestegen van 7,36 euro naar 12,22 euro, en voor een

gram hasj van 8,21 euro naar 12,27 euro. Er was een minimale verandering in het THC-gehalte en de prijs van hasj tussen 2006 en 2011, gevolgd door een grote stijging tussen 2011 en 2016 [2].

- Ook tussen 2010 en 2019 werd een stijgende trend waargenomen in Europa in het THC-gehalte van zowel wiet als hasj. Het THC-gehalte van wiet steeg van 6,9% in 2010 naar 10,6% in 2019. Het THC-gehalte van hasj steeg van 7,6% naar 24,1% [3].
- De stijging in de THC-concentratie in hasj in Europese landen, waaronder Nederland, hangt mogelijk samen met veranderingen in de cannabisteelt in Marokko. Planten met een hogere THC-concentratie en nieuwe productietechnieken zijn onlangs in Marokko geïntroduceerd [4].
- Sinds 2012 is de verkoop van cannabis in enkele staten van de VS gelegaliseerd (zie ook § 3.5). In de staat Washington werd van ruim 31 miljoen wietsamples, gekocht tussen oktober 2014 en september 2016, het THC-gehalte bepaald. De wiet bevatte gemiddeld 20,6% THC en er was een duidelijke correlatie tussen de prijs en het THC-gehalte [5]. De wiet die in Denver, Oakland, Sacramento en Seattle werd verkocht bevatte gemiddeld tussen de 13% en 19% THC [6].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Oomen P, Rigter S. THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2021-2022). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Freeman TP, Groshkova T, Cunningham A, Sedefov R, Griffiths P, Lynskey MT. Increasing potency and price of cannabis in Europe, 2006–16. Vol. 114, Addiction. 2019. p. 1015–1023.
3. Manthey J, Freeman TP, Kilian C, Hugo L. Public health monitoring of cannabis use in Europe : prevalence of use, cannabis potency, and treatment rates. Vol. 10. 2021.
4. EMCDDA. European Drug Report 2019: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
5. Smart R, Caulkins JP, Kilmer B, Davenport S, Midgette G. Variation in cannabis potency and prices in a newly legal market: evidence from 30 million cannabis sales in Washington state. Vol. 112, Addiction. 2017. p. 2167–2177.
6. Vergara D, Bidwell LC, Gaudino R, Torres A, Du G, Ruthenburg TC, et al. Compromised External Validity: Federally Produced Cannabis Does Not Reflect Legal Markets [Internet]. Vol. 7, Scientific Reports. Nature Publishing Group; 2017. p. 1–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1038/srep46528

3.8.3 Vervuiling van cannabis

Pesticiden, schimmels en meer

Cannabis kan verontreinigende stoffen bevatten, zoals pesticiden, schimmels en zware metalen, die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid. Cannabis die in het kader van het ‘experiment gesloten coffeeshopketen’ wordt verkocht, zal gecontroleerd worden op de aanwezigheid van dergelijke verontreinigingen (of contaminaties), om de volksgezondheid te beschermen.

Onderzoek naar vervuilingen van cannabis in Nederland is tot nu toe zeer beperkt. De bevindingen geven aan dat cannabis weliswaar vervuilende stoffen kan bevatten, maar in lage concentraties die geen risico vormen voor de gezondheid.

- In 2015 voerde het RIVM onderzoek uit naar vervuilingen van nederwiet. In nederwiet uit verschillende coffeeshops werden in meer dan 90% (23 van de 25 monsters) restanten van bestrijdingsmiddelen aangetroffen. In 44% (11 monsters) was de hoeveelheid bestrijdingsmiddel hoger dan de grens die in de kruidengeneesmiddelenrichtlijn wordt gesteld. Eén monster bevatte zelfs een verboden bestrijdingsmiddel. Volgens het RIVM zijn de hoeveelheden echter dermate laag dat deze geen risico vormen voor de gezondheid. Er zijn geen giftige plantenschimmels aangetroffen [1].
- In 2018 beoordeelde het RIVM op basis van literatuuronderzoek wat de mogelijke schade zou kunnen zijn van de aanwezigheid van gewasbeschermingsmiddelen of pesticiden in de cannabis [2]. Daarbij is uitgegaan van een ‘worst case’ scenario, waarbij 100% van in cannabismonsters gemeten resten van pesticiden, wordt opgenomen in het lichaam van een frequent cannabisgebruiker. De conclusie was dat de gevonden ‘vervuilingen’ geen extra risico vormen.

Hierbij moet worden opgemerkt dat verschillende drempelwaarden of ondergrenzen (‘thresholds’) gehanteerd kunnen worden om de gezondheidsrisico’s van vervuilingen te beoordelen. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld verschillen de ondergrenzen tussen verschillende staten. Californië heeft de strengste drempelwaarden voor allerlei vervuilingen, zoals pesticiden, schimmels, en zware metalen. Deze drempelwaarden zijn nog niet vergeleken met de Nederlandse.

Synthetische cannabinoïden

In 2020 en 2021 zijn er vervuilingen van cannabis met synthetische cannabinoïden vastgesteld in Nederland, evenals in verschillende andere landen in de EU. Het DIMS heeft in december 2020 gericht gewaarschuwd voor cannabis vervuild met de synthetische cannabinoïde MDMB-4en-PINACA [3]. Ook in 2021 heeft het DIMS gewaarschuwd voor cannabis vervuild met synthestische cannabinoïden [4].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Venhuis BJ, van Der Nobelen S. Cannabis Contaminanten. RIVM Briefrapport 2015-0205. 2015.
2. Kienhuis A, Mahieu K, Te Biesebeek JD, Venhuis B. RIVM informatiebrochure: Residuen van gewasbeschermingsmiddelen in cannabis: Extra risico voor de gebruiker? Bilthoven: RIVM;

2018.
3. Trimbos-instituut. Vervuilde hasj en wiet in omloop [Internet]. 2020. Available from: https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/vervuilde-hasj-en-wiet-in-omloop
4. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.

3.8.4 Medicinale cannabisproducten

Medicinale cannabisproducten op recept

In Nederland zijn verschillende cannabispreparaten verkrijgbaar op recept.

- Via apothekers wordt medicinale cannabis van farmaceutische kwaliteit verstrekt. Dit zijn op samenstelling en contaminatie gecontroleerde cannabisproducten met constante doseringen. Het gaat om vijf variëteiten met wisselende samenstelling van THC en/of CBD in verschillende toedieningsvormen: flos (gedroogde bloemtoppen), granulaat (vermalen bloemtoppen), olie (orale tinctuur) en zalf. Nationaal is de verdeling van variëteiten die worden gebruikt: 65% Bedrocan, 14% Bediol, 11% Bedica, 5% Bedrobinol, 5% Bedrolite.
- Er is enig bewijs dat medicinale cannabis en THC/CBD preparaten een gunstig effect kunnen hebben bij chronische pijn, slaapstoornissen, ontspanning, misselijkheid tijdens chemotherapie, epilepsie, spasticiteit gerelateerd aan multiple sclerose en andere aandoeningen [1–5].
- Niettemin concludeerde het Zorginstituut Nederland [6] dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor pijnreductie of verbetering van kwaliteit van leven door cannabis (zie ook § 2.1.2).
- Er is toenemend bewijs voor de effectiviteit van CBD voor bepaalde aandoeningen en symptomen [7–10]. Een CBD-medicijn (Epidiolex) is in Europa goedgekeurd voor de behandeling van epilepsie [11,12].

Hoewel medicinale cannabis in Nederland legaal is, lijken artsen niettemin terughoudend te zijn met het voorschrijven.

- Een arts kan een recept voor medicinale cannabis uitschrijven als de gangbare behandelingen en geregistreerde geneesmiddelen niet voldoende helpen of te veel bijwerkingen geven.
- In de praktijk zijn artsen echter terughoudend met het voorschrijven van medicinale cannabis. Mogelijk hangt dit onder meer samen met een gebrek aan opleiding en training over cannabis als medicijn. Sinds het negatieve advies van de NHG in 2018 is het aantal verstrekkingen van medicinale cannabis de afgelopen twee jaar met 9% gedaald van 53.3000 naar 48.000 (zie ook § 3.2.4).

Zelfkweek van cannabis voor medicinaal gebruik komt ook voor. Zie § 2.1.2 voor de wettelijke aspecten hiervan.

Vrij verkrijgbare CBD-producten

Verder zijn cannabidiol (CBD) producten ook vrij verkrijgbaar zonder recept.

- Via drogisterijen en het internet is een grote diversiteit aan CBD-producten verkrijgbaar. De doseringen in CBD-producten die in Europa vrij verkrijgbaar zijn, zijn echter meestal veel lager dan die in klinische studies worden toegepast. De effectiviteit van lage doseringen CBD is niet goed onderzocht.

Overige gegevens over de cannabismarkt

Voor gegevens over de inbeslagnames van cannabis, zie § 16.3. Voor gegevens over de geruimde hennepkwekerijen, zie § 16.3.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Campbell G, Stockings E, Nielsen S. Understanding the evidence for medical cannabis and cannabis-based medicines for the treatment of chronic non-cancer pain [Internet]. Vol. 269, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. Springer Berlin Heidelberg; 2019. p. 135–144. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s00406-018-0960-9
2. Ciccone CD. Medical Marijuana: Just the Beginning of a Long, Strange Trip? Vol. 97, Physical Therapy. 2017. p. 239–248.
3. Mouhamed Y, Vishnyakov A, Qorri B, Sambi M, Frank SS, Nowierski C, et al. Therapeutic potential of medicinal marijuana: an educational primer for health care professionals. [Internet]. Vol. 10, Drug, healthcare and patient safety. 2018. p. 45–66. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29928146%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC6001746
4. National Academies of Sciences Engeneering & Medicine T. The health effects of cannabis and cannabinoids. Washington, D.C.: National Academies Press; 2017.
5. Nugent SM, Morasco BJ, O'Neil ME, Freeman M, Low A, Kondo K, et al. The Effects of Cannabis Among Adults With Chronic Pain and an Overview of General Harms: A Systematic Review. Vol. 167, Annals of internal medicine. United States; 2017. p. 319–331.
6. T.K.29477-470. Brief Zorginstituut betreffende ' Verkenning pakketwaardigheid cannabisproducten''.' Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2017.
7. Shannon S, Lewis N, Lee H, Hughes S. Cannabidiol in Anxiety and Sleep: A Large Case Series. Vol. 23, The Permanente journal. 2019.
8. Burstein S. Cannabidiol (CBD) and its analogs: A review of their effects on inflammation [Internet]. Vol. 23, Bioorganic and Medicinal Chemistry. Elsevier Ltd; 2015. p. 1377–1385. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.bmc.2015.01.059
9. Parker LA, Rock EM, Limebeer CL. Regulation of nausea and vomiting by cannabinoids. Vol. 163, British Journal of Pharmacology. 2011. p. 1411–1422.
10. Crippa JAS, Nogueira Derenusson G, Borduqui Ferrari T, Wichert-Ana L, Duran FLS, Martin-Santos R, et al. Neural basis of anxiolytic effects of cannabidiol (CBD) in generalized social anxiety disorder: A preliminary report. Vol. 25, Journal of Psychopharmacology. 2011. p. 121–130.
11. O'Connell BK, Gloss D, Devinsky O. Cannabinoids in treatment-resistant epilepsy: A review [Internet]. Vol. 70, Epilepsy and Behavior. Elsevier Inc.; 2017. p. 341–348. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.11.012
12. Pharmaceuticals G. GW Pharmaceuticals receives European Commission approval for EPIDYOLEX (cannabidiol) for the treatment of seizures in patients with two rare, severe forms of childhood-onset epilepsy [Internet]. 2019. Available from: http://ir.gwpharm.com/node/10956/pdf



Cocaïne

4.0 Laatste feiten en trends

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

- Na een stabiele periode sinds 2017, is het ooitgebruik van cocaïne in 2021 gestegen. Het laatste-jaar-gebruik en het laatste-maand-gebruik van cocaïne onder volwassenen bleef stabiel tussen 2016 en 2021 (§ 4.2).
- Er zijn signalen voor een toename van cocaïnegebruik in subgroepen in de algemene bevolking (§ 4.2.2). Ook zijn er signalen uit lokale uitgaansonderzoeken (§ 4.3.4) en rioolwateronderzoek (§ 4.5) die wijzen op een toename in het gebruik van cocaïne op lokaal niveau.
- Het laatste-jaar-gebruik is het hoogst onder twintigers (§ 4.2.2).
- Het gebruik van cocaïne ligt in Nederland boven het Europese gemiddelde (§ 4.5).
- Onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs daalde het ooitgebruik en het laatste-maand-gebruik tussen 1999 en 2007 geleidelijk, maar is sindsdien tot 2019 stabiel gebleven (§ 4.3).
- De daling in het cocaïnegebruik onder MBO-HBO studenten lijkt een tijdelijke dip te betreffen. Cocaïnegebruik verschilt niet van leeftijdgenoten (16 en 17 jaar) in het reguliere voortgezet onderwijs. Er zijn aanwijzingen dat het cocaïnegebruik onder WO-studenten hoger is dan onder HBO-studenten (§ 4.3.3).
- Scholieren in het cluster 4-onderwijs (speciaal onderwijs) hebben vaker ervaring met cocaïne dan scholieren op het VMBO-b (§ 4.3.5).
- Jongeren in de residentiële jeugdzorg hebben vaker ooit cocaïne gebruikt dan jongeren in het regulier onderwijs. Er zijn geen verschillen in het laatste-maand-gebruik (§ 4.3.5).
- Het gebruik van cocaïne lijkt in bepaalde groepen kwetsbare jongeren meer geaccepteerd te raken (§ 4.3.5).
- Drie op de tien party- en clubgangers had in 2020 ooit cocaïne gebruikt (33,7%), ruim een kwart (26,2%) had in het afgelopen jaar gebruikt (§ 4.3.4).
- In de periodes van de lockdowns en versoepelingen tijdens de coronacrisis hebben relatief gezien meer uitgaanders die cocaïne gebruikten, minder vaak cocaïne gebruikt in plaats van vaker, in vergelijking met dezelfde periodes in 2019. Er werd wel meer cocaïne per keer gebruikt (§ 4.1.2).
- In vergelijking met hun Europese leeftijdgenoten, lag in 2019 het ooitgebruik onder Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar rond het gemiddelde, maar de verschillen tussen de landen waren klein. Dit was ook het geval in 2015 (§ 4.5.2).
- Tussen 2015 en 2018 steeg het aantal cocaïnepatiënten in de algemene ziekenhuizen (§ 4.6.2).
- Van de gemonitorde drugs wordt cocaïne relatief vaak in combinatie met andere drugs gebruikt, meer dan de helft van de cocaïnegebruikers met een gezondheidsincident heeft nog een andere drug gebruikt (meestal GHB of cannabis) (§ 4.6.3).
- De zuiverheid van cocaïnepoeders is in 2021 op recordhoogte, net als in 2019 en 2020 (§ 4.8).
- Het aandeel cocaïnepoeders met levamisol (een antiwormenmiddel voor dieren), is in 2021 opnieuw gedaald (§ 4.8).

Aanvullende informatie

4.1 Over cocaïne (en corona)

4.1.1 Over cocaïne

Effecten

Cocaïne werkt stimulerend. Sommige gebruikers van cocaïne weten deze drug in hun leven in te passen zonder in de problemen te komen [1]. Zij consumeren cocaïne voor recreatieve doeleinden. Toch kan de drug leiden tot verslaving.

Gebruikswijze

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 in de vorm van een “plofje”, wordt er gekauwd op een cocablad, of worden cocaïnesnoepjes gebruikt [2]. Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral de basevorm van cocaïne populair. Deze vorm van cocaïne wordt ‘basecoke’, ‘freebase’, ‘gekookte coke’, of ‘crack’ genoemd. Basecoke wordt verkregen na het verhitten (‘koken’) van een oplossing van cocaïnepoeder en een basisch middel, zoals natriumbicarbonaat of ammonia. Basecoke wordt gerookt in een pijpje of geïnhaleerd van aluminiumfolie. Beide gebruikswijzen noemen wij hier roken, tenzij anders vermeld. De internationaal gangbare benaming voor basecoke is ‘crack’. In de jaren tachtig maakten de gebruikers zelf de basecoke. Tegenwoordig wordt basecoke veelal kant-en-klaar op straat verkocht. Doordat basecoke wordt gerookt, is bij het gebruik van basecoke het risico op verslaving groter dan bij het gebruik van snuifcocaïne [3]. De gegevens in dit hoofdstuk gelden voor alle vormen van cocaïne samen, tenzij anders aangegeven.

Versnijdingsmiddel

In het afgelopen decennium bevatte het merendeel van de cocaïnepoeders ook geneesmiddelen als versnijdingsmiddel. Vooral het diergeneesmiddel levamisol wordt vaak aangetroffen, al is sinds 2015 een forse daling te zien, die in 2019 is gestagneerd, maar in 2020 ook weer gedaald. Bij frequente cocaïnegebruikers kan levamisol tot ernstige bloedziekten en afwijkingen van de bloedvaten leiden [4,5] (zie § 4.8).

Beschikbaarheid

Er al langere tijd sprake van een toename van de beschikbaarheid van cocaïne op de Europese drugsmarkt [6]. De toename van de beschikbaarheid blijkt uit meer inbeslagnames van cocaïne, zuivere cocaïne voor een relatief lage prijs, een steeds snellere bezorging aan de gebruikers op een concurrerende markt [6] en toenames in cocaïneresiduen op basis van rioolwateranalyses in een aantal Europese steden [7]. Er zijn daarnaast signalen dat de uitbreiding van de cocaïnemarkt aanhoudt, onder andere door een groeiend aantal aankoop- en leveringsmethoden zoals darknet, social-mediakanalen en versleutelde communicatiemiddelen [8]. Hoewel het aanbod niet altijd samenhangt met de beschikbaarheid signaleerde het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) in 2020 stijgende trends in het gebruik van cocaïne in een verschillende

Europese landen [6]. Mogelijk heeft de grote beschikbaarheid van cocaïne ook een bijdrage geleverd aan toenames in het gebruik van crack-cocaïne in het westen en zuiden van Europa [7] (zie ook § 4.5).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Marin AC, Kelly BC, Parsons JT. The Other Side of the Story: Knowledge Transfer and Advice-Giving in a Drug Subculture [Internet]. Vol. 38, Deviant Behavior. Routledge; 2017. p. 514–532. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/01639625.2016.1197030
2. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.
3. Niesink R, Van Laar MW. Cannabis en verslaving: feiten en misverstanden. Vol. 6, Verslaving. 2010. p. 84–96.
4. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. CAM Quick Scan rapportage levamisol. Bilthoven: RIVM; 2010.
5. Muñoz-Vahos CH, Herrera-Uribe S, Arbeláez-Cortés A, Jaramillo-Arroyave D, González-Naranjo LA, Vásquez-Duque G, et al. Clinical Profile of Levamisole-Adulterated Cocaine-Induced Vasculitis/Vasculopathy: A 30-Case Series. Vol. May 19, Journal of Clinical Rheumatology. 2018.
6. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
7. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
8. EMCDDA. EU Drug Market: Cocaine [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/cocaine_en#section1

4.1.2 Effect van de coronamaatregelen op het gebruik van cocaïne

In deze paragraaf vatten wij gegevens samen uit specifieke studies naar de impact van de coronacrisis op het cocaïnegebruik.

Er zijn verschillende onderzoeken en monitors die een beeld geven van het cocaïnegebruik tijdens de coronapandemie (§ 4.2, [1–3]). De onderzoeken suggereren in hoofdlijnen dat de coronamaatregelen verschillende effecten hebben gehad op het gebruik van cocaïne. Sommigen zijn minder gaan gebruiken, maar anderen zijn juist meer gaan gebruiken. Degenen die minder zijn gaan gebruiken, lijken echter in de meerderheid vergeleken met hen die meer zijn gaan gebruiken. Wel werd per keer meer cocaïne gebruikt. Van belang is ook dat de resultaten uit deze onderzoeken een momentopname zijn geweest. De coronamaatregelen zijn sinds de verschillende perioden van dataverzameling weer aangepast. De impact daarvan is nog niet bekend. Verder dienen de resultaten van de onderzoeken voorzichtig te worden geïnterpreteerd, vanwege de verschillende onderzoekspopulaties en meetmomenten.

Uitgaanders in Nederland

In het kader van het Grote Uitgaansonderzoek 2020 (HGU 2020) zijn de effecten van de coronacrisis op het middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen twee keer in kaart gebracht. Het eerste onderzoek werd uitgevoerd in april en mei 2020, tijdens de eerste lockdown [1]. De resultaten van het eerste onderzoek zijn samengevat te vinden in [1]. In september en oktober is een tweede onderzoek uitgevoerd [2]. In dit vervolgonderzoek is teruggekeken op zowel de periode van de eerste lockdown (15 maart – 1 juni 2020) als de periode van de versoepeling van de coronamaatregelen tijdens de zomer van 2020 (1 juni – 1 september 2020) [2].

- Het percentage uitgaanders dat cocaïne gebruikte lag tijdens de eerste lockdown lager dan in dezelfde periode in 2019 (18,9% vs. 21,8%), dit geldt ook voor de periode van versoepelingen van de coronamaatregelen in vergelijking met dezelfde periode in 2019 (20,9% vs. 23,5%).
- Onder degenen die in 2020 wel eens cocaïne hadden gebruikt, gebruikte tijdens de lockdown 39,7% van de respondenten cocaïne op minder dagen dan in 2019, 31,9% gebruikte cocaïne op meer dagen en 28,4% op evenveel dagen. Tijdens de versoepelingen bleven deze percentages min of meer gelijk (zie onderstaande tabel). Zowel tijdens de lockdown als tijdens de versoepelingen is het aandeel mensen dat op minder dagen is gaan gebruiken het grootst [2].
- Per keer dat cocaïne werd gebruikt was 16,4% een grotere hoeveelheid gaan gebruiken, had 48,1% dezelfde hoeveelheid gebruikt en de rest minder [1].
- Concluderend is het aandeel uitgaanders dat cocaïne gebruikt niet veranderd tijdens de lockdown en de versoepelingen, maar zijn relatief gezien meer mensen die cocaïne gebruiken minder vaak gaan gebruiken in plaats van vaker. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat cocaïne veelal in het uitgaansleven werd gebruikt.
- Tijdens de lockdown werd cocaïne voornamelijk gebruikt bij afspraken met vrienden binnenshuis (57,4%), thuis (54,6%) en op een huisfeest (47,1%). Ook tijdens de versoepelingen waren dit de top 3 locaties voor gebruik, hoewel er toen veel vaker in een café werd gebruikt (tijdens versoepelingen: 24,6%, tijdens lockdown: 5,4%) [2].

- De meest gerapporteerde ongewenste effecten na cocaïnegebruik waren zenuwachtigheid (19% van de uitgaanders die cocaïne hadden gebruikt), verstoorde coördinatie (15%) en een angst- of paniekaanval (15%) [2].
- De belangrijkste redenen om tijdens de lockdown minder cocaïne te gebruiken waren het minder uit kunnen gaan en geen interesse in het middel [2].

Cocaïnegebruikers uit de Global Drug Survey

Op 4 mei 2020 startte de Global Drug Survey (GDS) een online onderzoek naar de impact van corona op het gebruik van alcohol en drugs [3]. De eerste resultaten werden gepubliceerd op 2 juni 2020. Er deden meer dan 40.000 respondenten mee aan dit wereldwijde internationale onderzoek, waarvan 3.300 uit Nederland.

- Voor Nederland werd gevonden dat het aantal dagen waarop men cocaïne gebruikte sterk was gedaald bij 22,0% van de laatste-jaar-gebruikers van cocaïne, enigszins gedaald bij 12,8%, gelijk gebleven bij 39,5%, enigszins gestegen bij 17,9% en sterk gestegen bij 7,8%.

Samenvatting van resultaten van onderzoek naar de impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op het gebruik van cocaïne[I]

Doelgroep	Monitor/Instelling	- Leeftijd - Methode - Aantal respondenten	Periode	Maat	Impact corona op gebruik van cocaïne		
					Daling (%)	Gelijk (%)	Stijging (%)
Jongvolwassenen	Global Drugs Survey	- mediaan 24 jaar - online vragenlijst - 3.300 Nederlandse respondenten	4 mei tot en met 2 juni 2020	Van de mensen die cocaïne gebruikten, het percentage dat antwoordde dat het aantal dagen waarop men cocaïne gebruikte in een gemiddelde week was gedaald, gelijk gebleven of gestegen vergeleken met vóór de coronacrisis (februari 2020)	34,8	39,5	25,7
Uitgaanders[II]	Het Grote Uitgaansonderzoek 2020	-16 t/m 35 jaar - online vragenlijst - 4.460 respondenten	28 april tot en met 19 mei 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer cocaïne hadden gebruikt tijdens de lockdown	41,2	36	22,8
Uitgaanders[II]	Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek	-16 t/m 35 jaar -Online vragenlijst -3.765 respondenten;	18 september tot en met 18 oktober 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer cocaïne hadden gebruikt **tijdens de lockdown** en dezelfde periode in 2019	39,7	28,4	31,7
				Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer cocaïne hadden gebruikt **tijdens de versoepelingen** en dezelfde periode in 2019	38,7	29,4	31,9

I. Vanwege verschillen in de methoden en steekproeftrekkingen dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd. II. Deelnemers werden alleen geïncludeerd als zij minimaal een keer in het jaar voor corona (13 maart 2019 – 13 maart 2020) een club of festival hadden bezocht. Bronnen: Global Drug Survey, Het Grote Uitgaansonderzoek 2020, Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek 2020.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Beek R. Factsheet: De impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op alcohol-, tabak- en drugsgebruik onder uitgaanders. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar M. Factsheet: Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
3. Globaldrugsurvey.com. GDS 2020: Global Drug Survey Special Edition on COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: https://www.globaldrugsurvey.com/global-drug-survey-special-edition-on-covid-19/.

4.2 Gebruik: algemene bevolking

4.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: Ongeveer 1 op de 50 volwassen Nederlanders heeft in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt, dit komt neer op 280 duizend volwassenen. Cocaïnegebruik komt vaker voor onder mannen, jongvolwassenen, hoog- en middelbaar opgeleiden en mensen met een westerse migratieachtergrond (§ 4.2.2). Het percentage gebruikers (laatste jaar) in de algemene Nederlandse bevolking (18+) is sinds 2016 stabiel. Wel lijkt het laatste-jaar-gebruik onder mannen en onder mensen met een niet-westerse migratieachtergrond gestegen (§ 4.2.2).

Snel naar:

- Kerncijfers 2021
- Trends in cocaïnegebruik

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van cocaïne in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het cocaïnegebruik in de algemene bevolking. Op basis van de cijfers uit de Gezondheidsenquête kunnen hierover echter geen uitspraken worden gedaan. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2021 verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2020. Meer informatie over de impact van de coronapandemie op het gebruik van cocaïne is te vinden in § 4.1.2.

Naast gegevens over het gebruik van cocaïne in de algemene bevolking en demografische verschillen in Nederland, worden gegevens gepresenteerd uit rioolwateranalyses (zie § 3.5.1). Gegevens uit rioolwateranalyses moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat ze maar beperkt inzicht kunnen geven in de mate van drugsgebruik in de algemene bevolking of in regionale verschillen (zie Bijlage B7) [1,2].

Kerncijfers 2021

In 2021 had naar schatting ongeveer 1 op de 15 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit cocaïne gebruikt (zie onderstaande tabel). Het percentage gebruikers in het afgelopen jaar is 2,0% en minder dan 1% gebruikte cocaïne in de afgelopen maand. Dit komt neer op 900 duizend volwassen Nederlanders die ooit cocaïne gebruikten, 280.000 die in het afgelopen jaar cocaïne hebben gebruikt en 110 duizend die dat afgelopen maand deden.

Percentage en aantal cocaïnegebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2021

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval
Ooit	6,5	900.000	810.000-1.000.000
Laatste jaar	2,0	280.000	230.000-340.000
Laatste maand	0,8	110.000	70.000-140.000

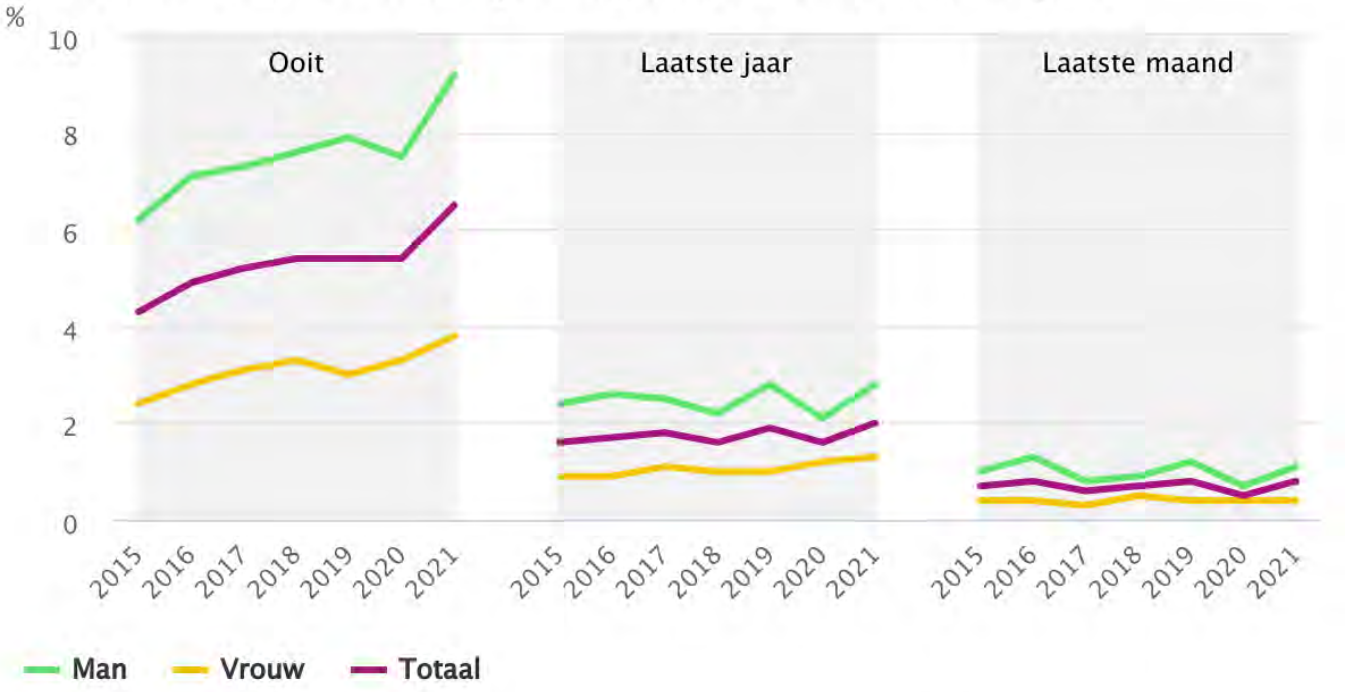
Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Het geschatte aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat cocaïne gebruikt is afgerond op tienduizendtallen.
Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Trends in cocaïnegebruik

Vanaf 2015 zijn jaarlijks vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van cocaïne in de algemene bevolking in de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder (zie bijlage A1).

- Het gebruik van cocaïne ooit in het leven lag tussen 2016 en 2020 op hetzelfde niveau, maar in 2021 is het ooitgebruik gestegen (zie onderstaande figuur).
- Het laatste-jaar-gebruik en laatste-maand-gebruik liggen sinds 2015 op hetzelfde niveau, er zijn in deze periode geen statistisch significante verschillen gevonden.
- Een beschrijving van de trends in cocaïnegebruik voor de leeftijdsgroep 15-64 jaar en 15-34 jaar (de internationale standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA) is in bijlage A3 te vinden.
- Hoewel landelijke cijfers uit de Gezondheidsenquête niet op een toename wijzen in de algemene bevolking (laatste jaar en laatste maand), is er mogelijk wel sprake van een toename in specifieke groepen (bijvoorbeeld onder mannen, hoogopgeleiden en mensen met een niet-westerse migratieachtergrond, zie § 4.2.2). Ook op basis van lokale onderzoeken onder uitgaanders [3,4] en rioolwateranalyses in drie grote steden [1,2] zijn er signalen dat het gebruik van cocaïne mogelijk is toegenomen.

Gebruik van cocaïne in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2015, naar geslacht



Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Man	Vrouw	Totaal
2015	6,2	2,4	4,3
2016	7,1	2,8	4,9
2017	7,3	3,1	5,2
2018	7,6	3,3	5,4
2019	7,9	3,0	5,4
2020	7,5	3,3	5,4
2021	9,2	3,8	6,5

	Man	Vrouw	Totaal
2015	2,4	0,9	1,6
2016	2,6	0,9	1,7
2017	2,5	1,1	1,8
2018	2,2	1,0	1,6
2019	2,8	1,0	1,9
2020	2,1	1,2	1,6
2021	2,8	1,3	2,0
2015	1,0	0,4	0,7
2016	1,3	0,4	0,8
2017	0,8	0,3	0,6
2018	0,9	0,5	0,7
2019	1,2	0,4	0,8
2020	0,7	0,4	0,5
2021	1,1	0,4	0,8

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: March 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#source-data
2. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multicity study: Page last updated: 22 March 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en
3. D.J. Korf, T. Nabben, A. Benschop. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Rozenberg Publishers; 2019.
4. Van Dijk A, Van der Meer R, Gerrits N, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L. HUO 2019/2020: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag. GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2020.

4.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Cocaïnegebruik komt vaker voor onder mannen, jongvolwassenen, hoog- en middelbaar opgeleiden en volwassenen met een westerse migratieachtergrond. Het laatste-jaar-gebruik lijkt onder mannen en onder mensen met een niet-westerse migratieachtergrond gestegen.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Migratieachtergrond
- Stedelijkheid

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van cocaïne in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het cocaïnegebruik in de algemene bevolking. Op basis van de cijfers uit de Gezondheidsenquête kunnen hierover echter geen uitspraken worden gedaan. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2021 verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2020. Meer informatie over de impact van de coronapandemie op het gebruik van cocaïne is te vinden in § 4.1.2.

De cijfers over het gebruik van cocaïne kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid. Het aantal laatste-maand-gebruikers van cocaïne is in de steekproef van de Gezondheidsenquête te laag om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Onderstaande tekst heeft daarom alleen betrekking op het gebruik ooit in het leven en in het laatste jaar.

Geslacht

Cocaïnegebruik onder mensen van 18 jaar en ouder kwam in 2021 ongeveer 2 keer zo vaak voor onder mannen dan onder vrouwen. Ten opzichte van 2020 is laatste-jaar-gebruik van cocaïne in 2021 onder mannen gestegen van 2,1% naar 2,8% en is daarmee weer op hetzelfde niveau als in 2019 (2,8%).

Gebruik van cocaïne in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Man	9,2	2,8
Vrouw	3,8	1,3

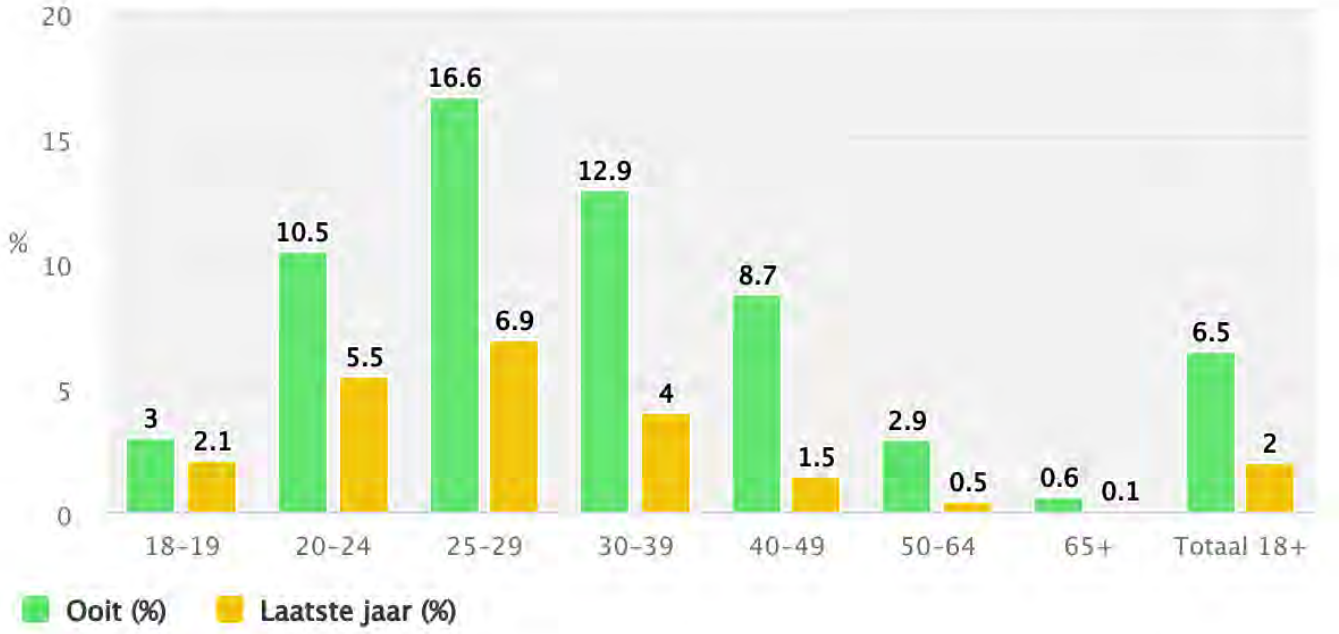
Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Leeftijd

Het gebruik van cocaïne komt het meest voor onder jongvolwassenen (zie onderstaande figuur).

- De gemiddelde leeftijd van de laatste-jaar-gebruikers van cocaïne was 31,6 jaar in 2021.
- In 2021 was het laatste-jaar-gebruik onder twintigers het hoogst: in de leeftijdsgroep 25-29 jaar heeft 6,9% in het laatste jaar gebruikt en in de leeftijdsgroep 20-24 jaar was dat 5,5%. Het laatste-jaar-gebruik van cocaïne is onder alle leeftijdsgroepen sinds 2015 over het algemeen redelijk stabiel gebleven, met uitzondering van de leeftijdsgroepen 20-29 jaar en 50-64 jaar, waar het laatste-jaar-gebruik tussen 2015 en 2021 zonder eenduidige richting schommelde.
- In de aanvullende LSM-A middelen werd aan cocaïnegebruikers gevraagd op welke leeftijd zij dit middel voor het eerst namen. De gemiddelde startleeftijd van alle gebruikers was 22,5 jaar in 2020, dit ligt iets hoger dan voor onder andere ecstasy en cannabis. De helft van de volwassen Nederlanders die in 2020 in het afgelopen jaar cocaïne gebruikte, gebruikte dit middel op de leeftijd van 20 tot 24 jaar voor het eerst. Een kwart van de gebruikers was jonger toen ze voor het eerst gebruikten en een kwart was ouder.

Cocaïnegebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2021



Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
18-19	3,0	2,1
20-24	10,5	5,5
25-29	16,6	6,9
30-39	12,9	4,0
40-49	8,7	1,5
50-64	2,9	0,5
65+	0,6	0,1

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Totaal 18+	6,5	2,0

Opleidingsniveau

Cocaïnegebruik kwam in 2021 meer voor onder hoog- en middelbaaropgeleiden dan onder laagopgeleiden (zie onderstaande tabel). Onder hoogopgeleiden lag het laatste-jaar-gebruik bijna 5 keer hoger dan onder laagopgeleiden: 3,4% van de WO opgeleiden heeft het laatste jaar gebruikt, vergeleken met 0,7% van de laagopgeleiden (basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1). Het ooitgebruik lag onder de hoogopgeleiden 2,1 maal hoger (8,5%) dan onder de laagopgeleiden (4,0%). Vergeleken met 2020 is het gebruik in 2021 alleen onder hoogopgeleiden toegenomen (van 2,3% naar 3,4%).

Gebruik van cocaïne in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Laagopgeleid	4,0	0,7
Middelbaar opgeleid	6,1	1,5
Hoogopgeleid	8,5	3,4

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 jaar en ouder hoogst behaald niveau: Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Migratieachtergrond

In 2021 lag het laatste-jaar-gebruik van cocaïne onder volwassenen zonder migratieachtergrond (2,0%) op hetzelfde niveau als volwassenen met een westerse (1,5%) of een niet-westerse migratieachtergrond (2,5%). Het ooitgebruik van cocaïne was in 2021 het hoogst onder volwassenen met een westerse migratieachtergrond (zie onderstaande tabel). Onder volwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond is het laatste-jaar-gebruik tussen 2020 en 2021 gestegen.

Gebruik van cocaïne in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[1]. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Nederlandse achtergrond	6,2	2,0
Westerse migratieachtergrond	10,1	1,5
Niet-westerse migratieachtergrond	5,3	2,5

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage D: "Migratieachtergrond"). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Stedelijkheid

Cocaïnegebruik kwam in 2021 het meest voor in (zeer) sterk stedelijke gebieden (zie onderstaande tabel). Mensen die in deze gebieden wonen, hebben ongeveer twee keer zo vaak ervaring met cocaïnegebruik als mensen in minder stedelijke gebieden: 8,6% vergeleken met 3,8%. Het gebruik in het laatste jaar ligt 3,5 keer hoger onder mensen die in (zeer) sterk stedelijke gebieden wonen dan onder mensen die in matig stedelijke gebieden wonen (2,8% versus 0,8%). Het gebruik van cocaïne naar stedelijkheid is onder alle groepen sinds 2015 stabiel.

Gebruik van cocaïne in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
(Zeer) sterk stedelijk	8,6	2,8
Matig stedelijk	3,8	0,8
Weinig/niet stedelijk	3,8	1,2

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent. (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

4.2.3 Gebruikspatronen

Mate van gebruik

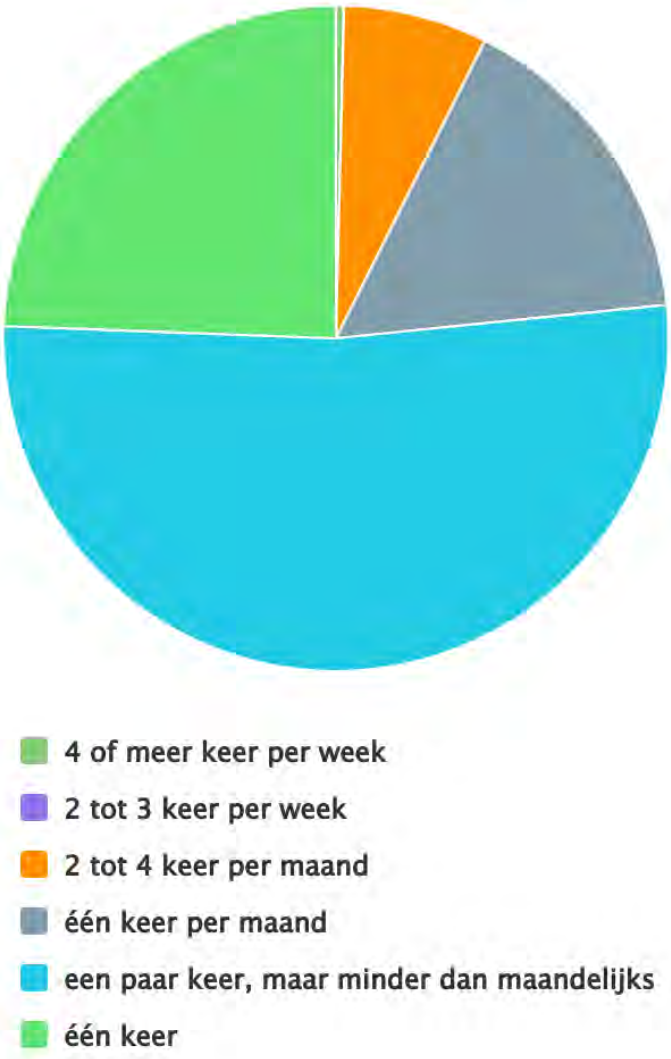
In de LSM-A 2020 is specifiek gevraagd naar het gebruik van snuifcocaïne en crack. Hieruit blijkt dat het merendeel van de gebruikers van cocaïne ervaring heeft met snuifcocaïne en een minderheid (ook) ervaring heeft met crack (zie hierna). In 2020 zijn ook gegevens beschikbaar over de gebruikspatronen van de laatste-jaar-gebruikers van snuifcocaïne van 18 jaar en ouder.

Snuifcocaïne

De meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers van cocaïne, snuift *incidenteel* cocaïne.

- Van de laatste-jaar-gebruikers had 1,4% de vraag naar mate van gebruik niet beantwoord. Van de mensen die de vraag wel hebben beantwoord, heeft 1 op de 4 laatste-jaar-gebruikers (24,4%) in het afgelopen jaar slechts één keer snuifcocaïne gebruikt, en ongeveer de helft (52,2%) een paar keer, maar minder dan maandelijks. Van de gebruikers rapporteert 16,0% maandelijks gebruik en 7,0% rapporteert meerdere keren per maand snuifcocaïne te gebruiken.
- Snuifcocaïne wordt meestal alleen in het weekend gebruikt (85,8% van laatste-jaar-gebruikers). Een kleiner deel gebruikt zowel op weekenddagen als doordeweekse dagen (12,4%). Slechts 1,9% gebruikt meestal op doordeweekse dagen.
- Bijna dagelijks gebruik van snuifcocaïne komt nauwelijks voor: 0,4%. Dit cijfer kan hoger liggen, doordat (probleem)gebruikers van harddrugs in onderzoek ondervertegenwoordigd kunnen zijn, zie hieronder.

Frequentie van snuifcocaïnegebruik onder laatste-jaar-gebruikers. Peiljaar 2020



Percentage van de laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van snuifcocaïnegebruik. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2020.

NDM

	%
4 of meer keer per week	0,4
2 tot 3 keer per week	
2 tot 4 keer per maand	7,0

	%
één keer per maand	16,0
een paar keer, maar minder dan maandelijks	52,2
één keer	24,4

Crack

In de LSM-A is afzonderlijk naar het gebruik van crack-cocaïne gevraagd. Het gebruik van dit middel wordt zelden gerapporteerd onder de algemene bevolking van 18 jaar en ouder: 0,4% heeft ooit crack gebruikt. Er werd geen laatste-jaar en laatste-maand-gebruik gemeten.

Dit cijfer is vermoedelijk een onderschatting, doordat (probleem)gebruikers van harddrugs zoals heroïne en crack in bevolkingsonderzoek ondervertegenwoordigd zijn, doordat een deel van hen geen vaste woon- of verblijfplaats heeft, in een (justitiële) instelling verblijft of anderszins moeilijk bereikbaar is. Deze groep kan in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie § 5.3 en § 5.4).

4.2.4 Speciale groepen in de algemene bevolking

Dakloze volwassenen

Het gebruik van (onder andere) cocaïne komt naar verhouding meer voor onder dakloze volwassenen (zie ook § 4.3, speciale groepen jongeren). De onderzoeken die in de verschillende gemeenten onder daklozen zijn uitgevoerd zijn onderling niet goed vergelijkbaar, maar geven wel een indicatie van het cocaïnegebruik in deze groep. Het merendeel van de daklozen in de winteropvang is man met een gemiddelde leeftijd rond de 40 jaar. Er zijn geen signalen dat het cocaïnegebruik onder daklozen sinds 2011 is veranderd.

Amsterdam

Tijdens de winterkouderegeling wordt in Amsterdam, voor alle daklozen die zich aanmelden en zelf geen onderdak kunnen regelen, een gratis plek gecreëerd in de nachtopvang. De winteropvang is opengesteld in verschillende periodes, de beschikbaarheid van gegevens over cocaïnegebruik in deze periodes wisselt.

- Tijdens de openstelling van de winteropvang in Amsterdam van 28 november 2016 tot en met 31 maart 2017 was de gemiddelde leeftijd van de bezoekers was 40 jaar, variërend van 15 jaar tot 81 jaar, 88% was man. Het middelengebruik werd in deze periode onderzocht onder 218 daklozen die gebruik hadden gemaakt van de winteropvang [1]. Cocaïne was in de afgelopen maand voor 8,7% van deze daklozen het ‘zwaarste’ middel dat werd gebruikt. In de voorafgaande winter van 2015-2016 werd een percentage gevonden van 3,4%.

Rotterdam

- In Rotterdam zijn in januari 2017 binnen het kader van de winterkouderegeling 160 daklozen geïnterviewd, hun gemiddelde leeftijd was 41 jaar, 90% was man [2]. Het percentage dat cocaïne gebruikte lag op 6%.
- Tussen juli en half september 2018 werden in totaal 109 volwassen dak- en thuislozen in Rotterdam geïnterviewd [3]. Van deze daklozen was 74% man en was 26% vrouw. Hun leeftijd varieerde van 21 tot 79 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 44 jaar. Van de volwassen daklozen had 55% ooit in het leven drugs gebruikt en 40% nog in het afgelopen jaar. Daarbij was cocaïne de meest gebruikte drug in het afgelopen jaar. Een verslaving aan alcohol, drugs, of gokken werd door 18% genoemd als de achterliggende factor voor het ontstaan van de daklоosheid.

Den Haag

- In Den Haag is in de winter van 2016-2017 de winterregeling in totaal 49 dagen van kracht geweest, met een bezetting van gemiddeld 216 personen per nacht [4]. Het middelengebruik werd in januari 2017 nagevraagd bij 118 daklozen, hun gemiddelde leeftijd was 43 jaar en 84% was man. De leeftijd varieerde van 18 jaar tot 69 jaar. Van de ondervraagde daklozen had 1% in de afgelopen maand cocaïne gebruikt, in de vorige winter van 2015-2016 was dit nog 10%.
- Binnen de Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden (Coda-G4), waren er in Den Haag

64 daklozen die van 2011 tot en met 2016 deelnamen aan alle vijf metingen [5]. Van deze daklozen was 80% man en 20% vrouw, hun gemiddelde leeftijd was 43 jaar binnen een range van 23-74 jaar. Het laatste-maand-gebruik van cocaïne was in deze groep tussen 2011 en 2016 niet veranderd.

- Tijdens de winterkouderegeling van 2018-2019 lag in Den Haag de bezetting op gemiddeld 326 personen per nacht [6]. Op 30 en 31 januari 2019 werden bij 158 daklozen enquêtes afgenomen, 85% van hen was man en hun gemiddelde leeftijd was 45 jaar. In de afgelopen maand had 5% cocaïne gebruikt.

Utrecht

- In Utrecht is in mei-juni 2016 een onderzoek gedaan naar de behoeften van 61 daklozen in de nachtopvang en 31 daklozen in de crisisopvang [7]. In de nachtopvang was de gemiddelde leeftijd van de deelnemers 43 jaar, 85% was man. In de crisisopvang was de gemiddelde leeftijd van de deelnemers 39 jaar en was 58% man. In de crisisopvang worden ook ouders met kinderen toegelaten. Aanwijzingen voor een verslaving aan alcohol of drugs werden gevonden bij 64% van de mensen in de nachtopvang en 13% van de mensen in de crisisopvang. In het afgelopen jaar had 13% van de mensen in de nachtopvang snuifcocaïne of crack gebruikt. In de crisisopvang had 13% ooit in het leven cocaïne gebruikt, maar dat was langer dan een jaar geleden.

Gebruik van cocaïne onder dakloze volwassenen

Locatie	Periode	Type onderzoek	Aantal respondenten	Gemiddelde leeftijd	Maat	Uitkomst
Amsterdam	28 november 2016 tot en met 31 maart 2017	Interviews	218	41	Laatste-maand-gebruik	8,7%
	2015-2016	Interviews	118	41	Laatste-maand-gebruik	3,6%
Rotterdam	Tussen juli en half september 2018	Interviews jongeren	80	18 - 25	Gebruik in het afgelopen jaar	voornamelijk cannabis
		Interviews volwassenen	109	21 - 79		merendeel van 40%
		Interviews gezinnen	34	18 - 53		nauwelijks
	januari 2017	Interviews	160	41	(Dagelijks) gebruik	6%
Den Haag	30 en 31 januari 2019	Interviews	158	45	Laatste-maand-gebruik	5%
	januari 2017	Interviews	118	43	Laatste-maand-gebruik	1%
	juni tot en met augustus 2016	Interviews	64	43	Laatste-maand-gebruik	Geen significante verandering sinds 2011
Utrecht	mei tot en met juni 2016	Interviews	61	43	Laatste-maand-gebruik nachtopvang	13%
		Interviews			Gebruik langer dan een jaar geleden crisisopvang	13%

Bron: (Buster & Oosterveer, 2017), (Mandos & Dujardin, 2017), (Kruize et al., 2019), (Donker et al., 2019), (Keetman et al., 2017), (Van Straaten, Van Gelder, Rodenburg, & Van de Mheen, 2016), (Van Everdingen, 2016).

Typen cocaïnegebruikers

In 2020 is een Nederlands onderzoek gedaan naar de kenmerken van mensen die snuifcocaïne gebruiken en redenen voor gebruik [8]. Hiertoe zijn gegevens geanalyseerd uit een vragenlijstonderzoek uit 2019 onder jongvolwassenen van 18 tot 25 jaar (Personastudie), waarin gevraagd werd naar hun alcohol- en drugsgebruik. Daarnaast zijn interviews gehouden in 2017 en is een literatuurstudie uitgevoerd. De interviews werden uitgevoerd met 10 gebruikers van cocaïne en 15 professionals die beroepsmatig in aanraking komen met mensen die cocaïne gebruiken (o.a. uit de verslavingszorg en gezondheidszorg, maar ook uit de evenementensector en de financiële en juridische sector).

Dit resulteerde in de identificatie van 6 groepen cocaïnegebruikers die verschilden in motieven voor gebruik, de (sociale) setting van gebruik en (ervaren) controle over het gebruik van cocaïne.

Categorie: Sociaal cocaïnegebruik in feest-en-vier-settingen

- Groep 1: Gebruikers (voornamelijk jongere) die controle ervaren over hun cocaïnegebruik. Dat de gebruikers controle ervaren, hoeft niet te betekenen dat ze die controle daadwerkelijk hebben.
- Groep 2: Gebruikers (voornamelijk oudere) met problematiek en geen of verminderde controle over hun cocaïnegebruik.

Categorie: Cocaïnegebruik gerelateerd aan werksettingen

- Groep 3: Sociaal gebruik van cocaïne met collega's (vlak) na werktijd.
- Groep 4: Functioneel gebruik van cocaïne, (veelal) solo en tijdens werktijd. Het cocaïnegebruik dient om de werkprestatie te verbeteren of met de werkdruk om te gaan.

Categorie: Cocaïnegebruik als coping bij psychische problematiek

- Groep 5: Cocaïnegebruik om met negatieve emoties (zoals stress, verdriet of angst) om te gaan.
- Groep 6: Cocaïnegebruik als onderdeel van bestaande emotionele of psychische problemen. Dit is een kleinere subgroep van gebruikers die in behandeling zijn of zijn geweest voor psychische problematiek of persoonlijkheidsproblematiek.

Gebruikers kunnen zich over de tijd in verschillende subgroepen 'bevinden'. Ook bestaat er enige overlap tussen de subgroepen wat betreft bepaalde kenmerken (leeftijden, settingen van gebruik, et cetera). Voor iedere groep gebruikers zijn aanknopingspunten voor preventie geformuleerd [8].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Buster M, Oosterveer T. Onderzoek Winteropvang 2016/17. GGD Amsterdam, Afdeling EGZ; 2017.
2. Mandos E, Dujardin M. Daklozenenquête Rotterdam 2016-2017. Rotterdam: Gemeente Rotterdam; 2017.

3. Kruize A, De Muijnck J, Schoonbeek I. Onderzoek Oorzaken dak- en thuisloosheid Rotterdam. Groningen-Rotterdam: Breuer&Intraval; 2019.
4. Keetman M, Beuker R, Van der Meer R. Winterkoudeonderzoek 2016/2017: Rapportage Den Haag. Den Haag: GGD Haaglanden; 2017.
5. Van Straaten B, Van Gelder N, Rodenburg G, Van de Mheen D. Dakloze mensen in Den Haag: veranderingen in leefsituatie over 5,5 jaar: Resultaten van een vervolgmeting in Den Haag van Coda-G4. Rotterdam: IVO; 2016.
6. Donker M, Gerrits N, Van Dijk A, Dekkers C. Winterkoudeonderzoek 2018/2019: Rapportage Den Haag. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2019.
7. Van Everdingen C. De Utrechtse nachtopvang en crisisopvang in beeld: Eindrapport van beeldvormend onderzoek in opdracht van de gemeente Utrecht. Sittard: Van Everdingen ZorgConsult; 2016.
8. Spronk D, van Gelder N, Nabben T, De Jonge M. Cocaïne: wie gebruikt het en waarom? Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

4.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

4.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

In het kort: Vergeleken met cannabis gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals cocaïne (1,1% ooit). Na een daling tussen 1999 en 2007, is het ooitgebruik van cocaïne onder scholieren (12-16 jaar) gestabiliseerd. Ook het laatste-maand-gebruik is sinds 2007 stabiel.

Snel naar:

- Kerncijfers 2019
- Trends in cocaïnegebruik

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend verzameld in het Peilstationsonderzoek scholieren (zie bijlage B1) en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. De HBSC-studie vraagt echter niet naar het gebruik van cocaïne, waardoor cijfers over het gebruik van cocaïne alleen in de jaren dat het Peilstationsonderzoek is uitgevoerd, beschikbaar zijn. Dit jaar zijn de kerncijfers gebaseerd op het Peilstationsonderzoek uitgevoerd in 2019.

De situatie is in 2020 door de coronacrisis mogelijk veranderd. De exacte impact is nog moeilijk in te schatten.

Kerncijfers 2019

Vergeleken met cannabis gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals cocaïne. Dit blijkt uit het Peilstationsonderzoek scholieren [1] (zie bijlage B1). Van de 12-16-jarige scholieren had 1,1% ooit in het leven cocaïne gebruikt (onderstaande tabel).

Cocaïnegebruik in het voortgezet onderwijs, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2019

	%
Ooit	1,1
Laatste jaar	0,8
Laatste maand	0,6

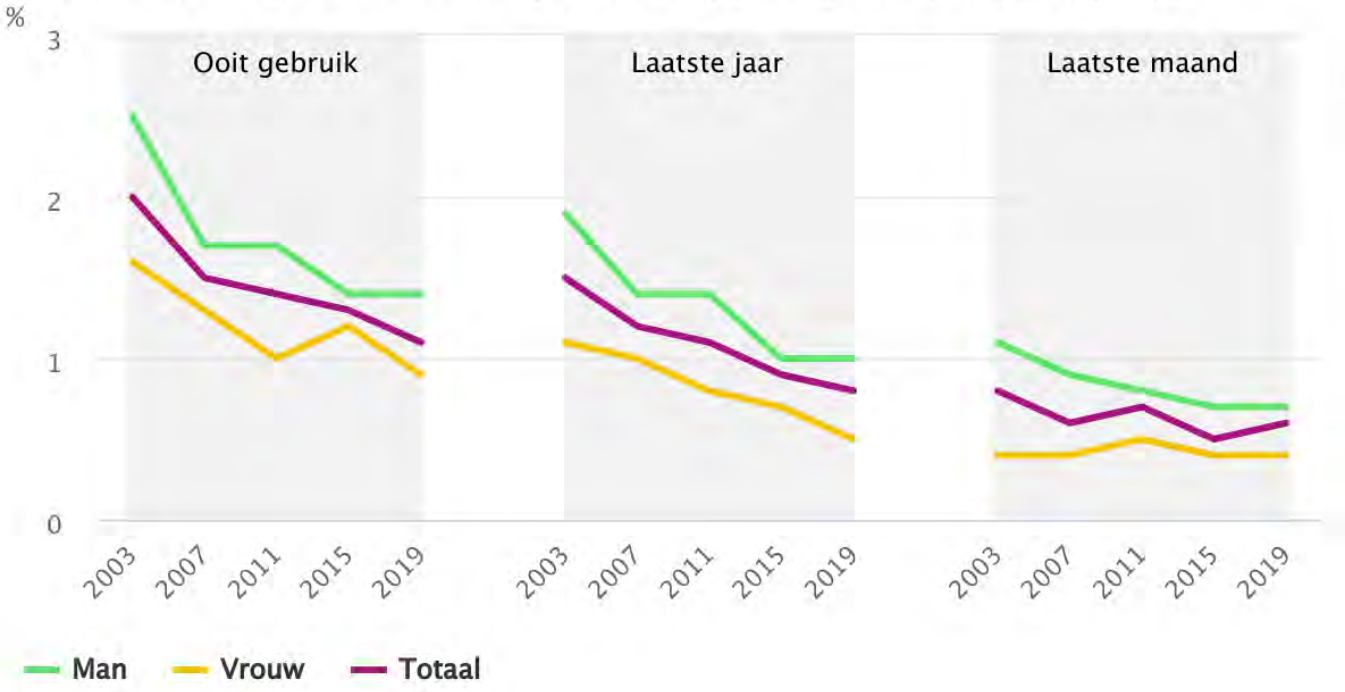
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM, 2019.

Trends in cocaïnegebruik

Het cocaïnegebruik onder scholieren wordt elke vier jaar gemeten in het Peilstationsonderzoek scholieren. De laatste meting vond plaats in 2019 [1].

- Onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs daalde het percentage dat ervaring had met cocaïne geleidelijk tussen 1999 en 2007, maar is sindsdien gestabiliseerd en ligt in 2019 op 1,1%.
- Het percentage dat in de afgelopen maand nog cocaïne had gebruikt (0,6%) is sinds 2007 stabiel (figuur 4.3.1).
- Er waren geen statistisch significante verschillen tussen 2015 en 2019.

Trends in cocaïnegebruik in het voortgezet onderwijs, naar geslacht, 12 t/m 16 jaar (%)



Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011, 2015, 2019)/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM, 2019.

NDM

	Man	Vrouw	Totaal
2003	2,5	1,6	2
2007	1,7	1,3	1,5
2011	1,7	1	1,4
2015	1,4	1,2	1,3
2019	1,4	0,9	1,1
2003	1,9	1,1	1,5

	Man	Vrouw	Totaal
2007	1,4	1	1,2
2011	1,4	0,8	1,1
2015	1	0,7	0,9
2019	1	0,5	0,8
2003	1,1	0,4	0,8
2007	0,9	0,4	0,6
2011	0,8	0,5	0,7
2015	0,7	0,4	0,5
2019	0,7	0,4	0,6

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

4.3.2 Demografische kenmerken scholieren regulier onderwijs

In het kort: In het voortgezet onderwijs hebben meer jongens dan meisjes ervaring met cocaïnegebruik, maar in het laatste-maand-gebruik zien we geen verschillen. Cocaïnegebruik hangt samen met leeftijd en schoolniveau.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Schoolniveau

Gegevensbronnen

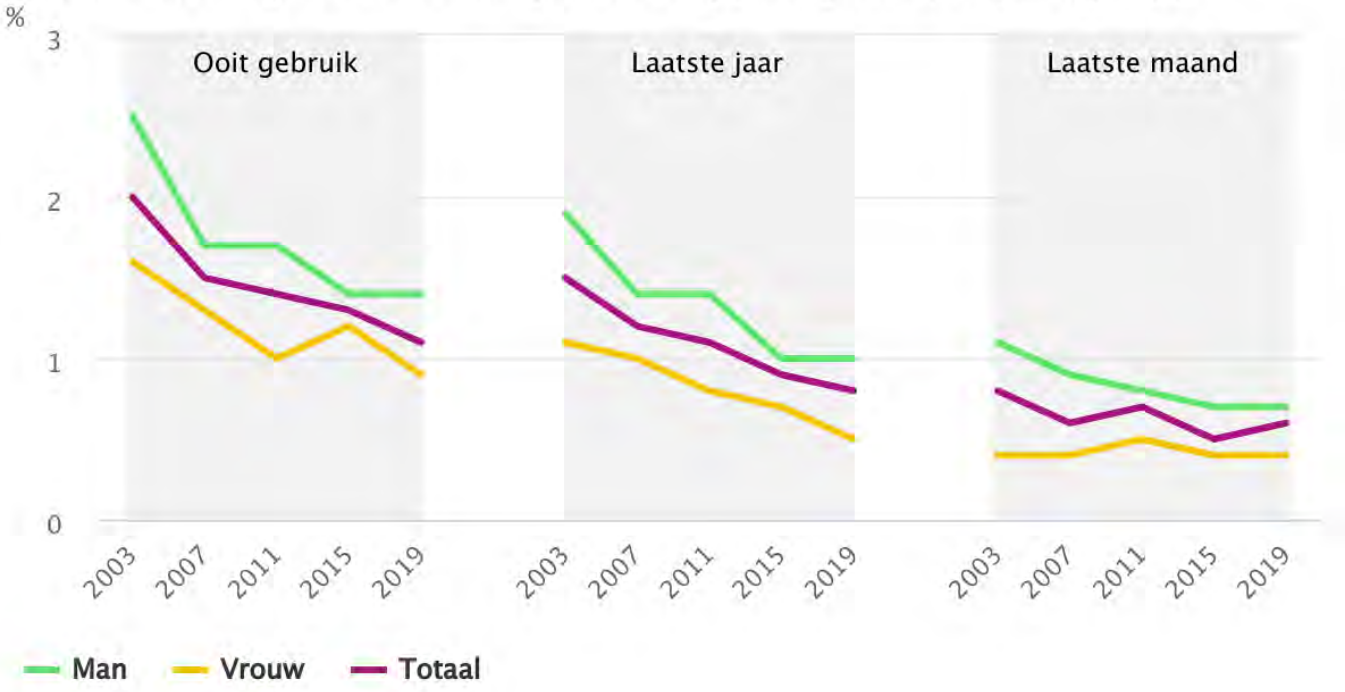
Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend verzameld in het Peilstationsonderzoek scholieren (zie bijlage B1) en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Dit jaar zijn de kerncijfers gebaseerd op het Peilstationsonderzoek uitgevoerd in 2019. De HBSC-studie vraagt echter niet naar het gebruik van cocaïne, waardoor cijfers over het gebruik van cocaïne alleen in de jaren dat het Peilstationsonderzoek is uitgevoerd, beschikbaar zijn.

De situatie is in 2020 door de coronacrisis mogelijk veranderd. De exacte impact is nog moeilijk in te schatten.

Geslacht

In 2019 hadden meer jongens (1,4%) dan meisjes (0,9%) ooit cocaïne gebruikt. Dit geldt ook voor het ooitgebruik van ecstasy, amfetamine en paddo’s. Er waren geen statistisch significante verschillen voor het laatste-maand-cocaïnegebruik [1].

Trends in cocaïnegebruik in het voortgezet onderwijs, naar geslacht, 12 t/m 16 jaar (%)



Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011, 2015, 2019)/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM, 2019.

NDM

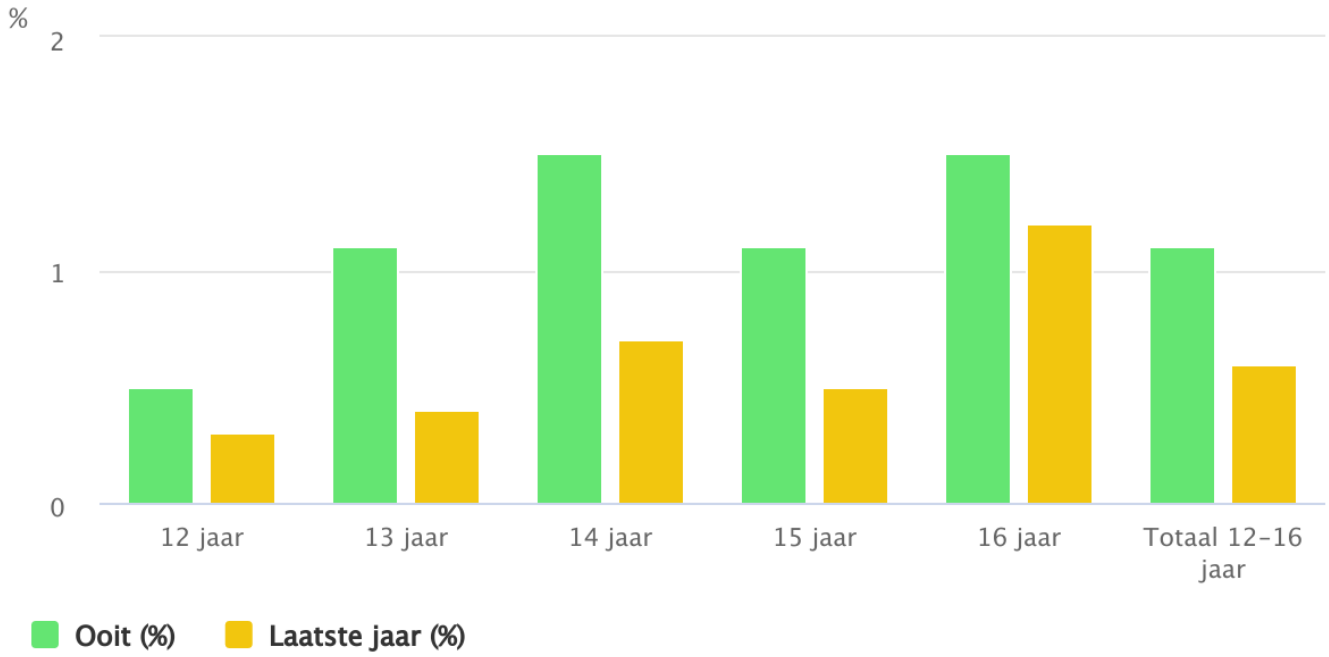
	Man	Vrouw	Totaal
2003	2,5	1,6	2
2007	1,7	1,3	1,5
2011	1,7	1	1,4
2015	1,4	1,2	1,3
2019	1,4	0,9	1,1
2003	1,9	1,1	1,5

	Man	Vrouw	Totaal
2007	1,4	1	1,2
2011	1,4	0,8	1,1
2015	1	0,7	0,9
2019	1	0,5	0,8
2003	1,1	0,4	0,8
2007	0,9	0,4	0,6
2011	0,8	0,5	0,7
2015	0,7	0,4	0,5
2019	0,7	0,4	0,6

Leeftijd

Het gebruik van cocaïne neemt toe met de leeftijd. In 2019 had 0,5% van de 12-jarigen ervaring met cocaïne; op 16-jarige leeftijd was dat 1,5%. Voor het laatste-maand-gebruik waren deze percentages respectievelijk 0,3% (12 jaar) en 1,2% (16 jaar) (zie onderstaande figuur) [1].

Cocaïnegebruik in het voortgezet onderwijs, naar leeftijd, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2019



Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM, 2019.

NDM

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
12 jaar	0.5	0.3
13 jaar	1.1	0.4
14 jaar	1.5	0.7
15 jaar	1.1	0.5
16 jaar	1.5	1.2
Totaal 12-16 jaar	1.1	0.6

Schoolniveau

Het percentage leerlingen dat ooit cocaïne heeft gebruikt, is het laagst op het VWO. Dit geldt ook voor het laatste-maand-gebruik [1].

Cocaïnegebruik in het voortgezet onderwijs, naar schoolniveau, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2019

	Ooit	Laatste maand
VMBO-b	1,5	0,7
VMBO-t	1,4	0,8
HAVO	1,2	0,7
VWO	0,5	0,2

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM, 2019.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

4.3.3 Studenten

In het kort: De daling in het cocaïnegebruik onder MBO-HBO studenten lijkt een tijdelijke dip te betreffen. Cocaïnegebruik verschilt niet van leeftijdgenoten (16 en 17 jaar) in het reguliere voortgezet onderwijs. Er zijn aanwijzingen dat het cocaïnegebruik onder WO-studenten hoger is dan onder HBO-studenten.

Snel naar:

- Studenten van het MBO en het HBO
- Studenten van het HBO en de universiteit
- MBO-studenten in Amsterdam

Gegevensbronnen

Om een beeld te krijgen van het middelengebruik onder jongeren van 16 t/m 18 jaar, onderzoekt het Trimbos-instituut sinds 2015 elke twee jaar het middelengebruik onder MBO- en HBO-studenten in deze leeftijdsgroep met de Middelenmonitor MBO-HBO [1–3]. Deze monitor onderzocht ook het cocaïnegebruik onder 16-18 jarige studenten van het MBO en het HBO. Het gaat om een landelijk onderzoek. In 2019 namen 4.167 studenten deel aan het onderzoek [3].

Daarnaast is in 2021 voor het eerst een grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (HBO en WO). Ook deze monitor zal iedere twee jaar worden uitgevoerd. Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs is ontwikkeld en uitgevoerd door een consortium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de brancheorganisatie van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en het Trimbos-instituut (zie bijlage B9). Deze monitor is gestart vanwege zorgen over de mentale gezondheid, het middelengebruik en de interactie tussen die twee factoren onder studenten [4,5]. In 2022 namen 28.442 studenten deel, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs [5]. Het middelengebruik werd vergeleken tussen studenten in het HBO en studenten op de universiteit, maar is voor cocaïne niet getoetst op statistische significantie.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse MBO-scholen (bijlage B8). De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 MBO-studenten (> 16 jaar) van acht MBO-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Cijfers over middelengebruik zijn gebaseerd op gewogen data [6].

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken, bijvoorbeeld HBO-studenten. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet vergelijkbaar.

De cijfers over het cocaïnegebruik uit deze verschillende onderzoeken zijn samengevat in de tabel onderaan de pagina.

Studenten van het MBO en het HBO

De Middelenmonitor MBO-HBO gaf voor het cocaïnegebruik onder 16-18 jarige MBO-HBO studenten in 2021 het volgende beeld [7]:

- In 2021 had 3,9% van de MBO- en HBO-studenten ooit in het leven cocaïne gebruikt. Het laatste-maand-gebruik lag op 1,1% (zie tabel hieronder).
- Cocaïne (laatste-maand-gebruik: 1,1%) is na cannabis (13,2%) en ecstasy (2,7%) de meest gebruikte drug onder MBO- en HBO-studenten.
- Het ooitgebruik van cocaïne onder MBO- en HBO-studenten daalde significant van 2017 (3,9%) tot 2019 (2,6%), maar steeg in 2021 (3,9%) weer naar hetzelfde niveau als in 2017.

Studenten van het HBO en de universiteit

- Eén op de acht (12,2%) studenten gebruikte cocaïne ooit in het leven. Dit percentage ligt op de universiteit (15,4%) aanzienlijk hoger dan in het HBO (9,9%) [4].
- Een kleiner deel (7,4%) gebruikte cocaïne in het afgelopen jaar; ook hier lijkt het gebruik bij studenten op de universiteit (9,9%) hoger te liggen dan bij studenten in het HBO (5,5%).
- Het gebruik in de laatste maand kwam voor onder 2,5% van de ondervraagde studenten, met een hoger percentage onder studenten op de universiteit (3,3%) dan onder studenten in het HBO (1,9%).

MBO-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het gebruik van MBO-studenten uitgevraagd [6]. Het is van belang om op te merken dat het hier om een oudere leeftijdsgroep (gemiddeld 19,0 jaar) gaat dan in de hierboven genoemde MBO-HBO monitor (gemiddeld 17,3 jaar). De percentages zijn daarom niet een op een vergelijkbaar.

- Het percentage Amsterdamse MBO-studenten dat in 2021 ervaring heeft met cocaïne is 5%. Het laatste-jaar-gebruik ligt op 2,8% en 1,6% had in de afgelopen maand cocaïne gebruikt.
- In vergelijking met 2016 (6,0%) daalde het percentage laatste-jaar-gebruikers in 2021 (2,8%). Ook het percentage Amsterdamse MBO-studenten dat ooit cocaïne had gebruikt (2016: 8,8%; 2021: 5,0%) of in de laatste maand (2016: 3,0%; 2021: 1,6%) was in 2021 lager dan in 2016.
- Minder dan 1 op de 5 studenten (16,6%) die in de afgelopen maand cocaïne hebben gebruikt gaf aan dat zij willen stoppen of minderen.

Percentage cocaïnegebruikers onder studenten

Groep	Locatie	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Studenten MBO en HBO	Nederland	2021	MBO + HBO	16-18 jaar	3,9	-	1,1
		2019			2,6	-	0,9
		2017			3,9	-	1,5
		2015			3,8	-	0,9
Studenten HBO en universiteit[1]	Nederland	2021	Totaal HBO + WO	16 jaar en ouder	12,2	7,4	2,5
			HBO		9,9	5,5	1,9
			WO		15,4	9,9	3,3
Studenten MBO	Amsterdam	2021	MBO	16 jaar en ouder (19,0 gemiddeld)	5,0	2,8	1,6
		2016		15 jaar en ouder (18,9 gemiddeld)	8,8	6,0	3,0

Percentage gebruikers van cocaïne ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. I. Alle HBO- en WO-studenten van 16 jaar en ouder werden geïncludeerd in dit onderzoek. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking niet mogelijk. Bronnen: Middelenmonitor MBO-HBO, Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

2. Verdurmen JE, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Factsheet: Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
3. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
4. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–123.
5. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport I Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–116.
6. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
7. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.

4.3.4 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Concluderend is cocaïne relatief populair in het uitgaansleven, hoewel het gebruik van dit middel ook vaak in privésettingen plaatsvindt. Het gaat daarbij vooral om het snuiven van cocaïne. In 2016 was amfetamine in het Amsterdamse uitgaansleven even populair geworden als cocaïne. Tussen 2016 en 2019 is de populariteit van amfetamine echter weer gedaald en in 2019 was amfetamine weer minder populair geworden dan cocaïne [1], al gaat ecstasy nog steeds onverminderd aan kop. Landelijke en lokale onderzoeken suggereren dat tussen de 19% en 40% van de uitgaanders in het afgelopen jaar cocaïne heeft gebruikt, vergeleken met 4,6% van de 15-34-jarigen in de algemene bevolking. In Amsterdam en Den Haag zijn er signalen voor een toename in het cocaïnegebruik, dit blijkt zowel uit de lokale vragenlijstonderzoeken als uit rioolwateranalyses (zie § 4.5).

Snel naar:

- Uitgaanders in Nederland
- Uitgaanders in Amsterdam en in Gooi en Vechtstreek
- Uitgaanders in Den Haag

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [2] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht. De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld via een online vragenlijst. Om vertekening door de impact van de coronamaatregelen te voorkomen, werd aan de respondenten gevraagd naar hun middelengebruik in de periode vóór 13 maart 2020, de dag van het invoeren van de coronamaatregelen. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie bijlage B2). Voor het vergelijken van de resultaten met die uit een eerdere peiling uit 2016 [3] zijn aanvullende analyses uitgevoerd.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven en sinds twee jaar ook in de Gooi en Vechtstreek [1,4–13]. Dit gebeurt door een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven en surveys onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen. Er lijkt in Amsterdam een stijgende trend te zijn in het gebruik van cocaïne, met name onder clubgangers en cafébezoekers.

In het Haags Uitgaansonderzoek (HUO) 2019, een uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden, is het middelengebruik van 519 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar op vier Haagse uitgaanslocaties in kaart gebracht [14]. Deze studie combineert eveneens een survey met panelinterviews met sleutelfiguren uit het Haagse uitgaansleven. Ook in 2014 en in 2017 werd dit onderzoek uitgevoerd [15,16].

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt het gebruik van cocaïne vrij vaak voor. De tabel onderaan deze pagina vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies

onder bezoekers van uitgaansgelegenheden. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders.

De situatie is in 2020 door de coronacrisis mogelijk veranderd. De exacte impact is nog moeilijk in te schatten. In § 4.1.2 beschrijven we bevindingen uit de meest recente onderzoeken sinds het begin van de coronacrisis in maart 2020.

Uitgaanders in Nederland

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [2] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht.

- Drie op de tien party- en clubgangers had in 2020 ooit cocaïne gebruikt (33,7%), ruim een kwart (26,2%) had in het afgelopen jaar gebruikt.
- Ruim twee derde (68,4%) van de laatste-jaar-gebruikers in dit onderzoek had in het afgelopen jaar één keer of een paar keer cocaïne gebruikt; 13,4% deed dat eens per maand, 13% een paar keer per maand, 3,6% eens per week, 1,3% een paar keer per week. (Bijna) dagelijks gebruik kwam nauwelijks voor (0,3%). Het merendeel is een 'incidentele snuiver'.
- Na alcohol, tabak en cannabis werd cocaïne het vaakst ten minste maandelijks gebruikt (32%).
- Cocaïne werd door de overgrote meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers meestal of altijd gecombineerd met alcohol (84,3%).
- Van de drugs kwam de combinatie met ecstasy het meest voor, namelijk onder 67% van de gebruikers die cocaïne wel eens combineert met andere drugs. Daarna volgen de combinaties met ketamine (35%), wiet/hasj (30%), speed/amfetamine (27%), lachgas (14%) en GHB (8%).
- Cocaïne werd het vaakst gebruikt in een club/disco (55%), huisfeest (50,9%) en op een feest/festival (50,4%). Ook thuis of bij vrienden (44,6%) en het café/de kroeg (42,5%) werden vaak als locatie voor cocaïnegebruik genoemd.
- Het laatste-jaar-gebruik van cocaïne verschilt nauwelijks tussen de uitgaanders die zijn geworven in 2016 en de uitgaanders in de steekproef van 2020, maar zoals aangegeven is een precieze vergelijking lastig te maken.
- Een groot deel van de gebruikers van cocaïne wil minderen (39,8%) en/of stoppen met het gebruik (34,2%). Van de frequente gebruikers (maandelijks of vaker) is het aandeel dat wil minderen nog hoger: namelijk 58,9%.
- Naar aanleiding van de discussie over de mate van normalisering van drugsgebruik onder uitgaanders is in HGU 2020 ook aandacht besteed aan de mate van acceptatie rondom het gebruik van cocaïne. Ongeveer de helft van de gebruikers van cocaïne keurt hun eigen gebruik goed (51,1%), een derde keurt het eigen gebruik af (31,1%) en de rest staat neutraal tegenover het eigen gebruik.
- Ongeveer de helft van de uitgaanders denkt dat het gebruik van cocaïne nu meer geaccepteerd is dan 5 jaar geleden (47%). Dit is minder dan voor ecstasy (83%), maar meer dan voor

alcoholgebruik (27%). Anders dan bij het gebruik van ecstasy en alcohol is er een grote groep gebruikers van cocaïne die denkt dat het gebruik van cocaïne niet door hun vrienden wordt geaccepteerd (47,6%).

Uitgaanders in Amsterdam en in Gooi en Vechtstreek

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven en sinds twee jaar ook in de Gooi en Vechtstreek [1,4–13]. Dit gebeurt door een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven en surveys onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen. Er lijkt in Amsterdam een stijgende trend te zijn in het gebruik van cocaïne, met name onder clubgangers en cafébezoekers.

- Onder Amsterdamse cafébezoekers steeg het percentage dat in de afgelopen maand cocaïne had gebruikt. Dit percentage steeg van 15% in 2014 naar 22% in 2018 [4]. In 2018 had 8% van de cafébezoekers in de samengenomen steden Hilversum, Bussum en Huizen in de afgelopen maand cocaïne gebruikt [5].
- Uit een inventarisatie onder netwerken van uitgaanders blijkt dat cocaïne niet gebonden is aan een setting en bij veel verschillende gelegenheden gebruikt wordt, zowel spontaan als van tevoren gepland [1].
- Het gecombineerd gebruik van alcohol en cocaïne komt veel voor volgens de panelleden, zoals ook blijkt uit HGU 2020. Als reden daarvoor wordt het opheffen van bepaalde effecten van de middelen genoemd. Zo zou alcohol kunnen helpen om het ‘gejaagde gevoel van cocaïne te dempen’ en kan het gebruik van cocaïne de ‘sloomheid’ na alcoholgebruik opheffen [1].
- In 2017 had van de bezoekers van clubs, raves, en festivals in Amsterdam 50% ooit cocaïne gebruikt en 26% nog in de afgelopen maand [6], vergeleken met respectievelijk 23% ooit en 9% in de afgelopen maand onder de uitgaanders in Hilversum [7] (zie onderstaande tabel).
- In 2017 wordt ook gesignaleerd dat het laatste-jaar-gebruik grotendeels een vergelijkbare trend laat zien als dat van ecstasy: een piek in 1998, gevolgd door een stabilisatie tot 2008, met tussen 2008 en 2013 weer een forse stijging [6]. Tussen 2013 en 2017 bleef het laatste-jaar-gebruik echter stabiel (in tegenstelling tot de daling voor ecstasy).
- Er zijn echter wel verschillen tussen uitgaanssettings. Opvallend is de verschuiving in het laatste-jaar-gebruik tussen clubgangers (forse toename) en festivalgangers (daling). Onder clubgangers steeg het laatste-jaar-gebruik van 27% in 2013 naar 45% in 2017, terwijl onder de festivalgangers het laatste-jaar-gebruik in deze periode daalde van 43% naar 34%. Al met al nam in de hele groep uitgaanders het laatste-maand-gebruik van cocaïne toe van 19% in 2013 naar 26% in 2017, maar ook deze toename komt alleen door een stijging van het laatste-maand-gebruik onder de clubgangers [6]. Dit patroon wordt echter voor de meeste uitgaansdrugs, behalve ecstasy, gevonden. Mogelijk speelt een verandering in de aard van de uitgaanssettings bij deze verschuivingen een rol, doordat er “meer ruigere clubs” zijn ontstaan in 2017.
- Eerder deed zich ook een toename voor onder coffeeshopbezoekers. In 2015 had van de Amsterdamse coffeeshopbezoekers 23% in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt en 9% had in de afgelopen maand nog cocaïne gebruikt [8]. Dit was hoger dan in 2009, met respectievelijk 14% laatste-jaar-gebruik en 5% laatste-maand-gebruik, maar alleen het verschil in het laatste-jaar-gebruik was statistisch significant.

Uitgaanders in Den Haag

In het Haags Uitgaansonderzoek (HUO) 2019, een uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden, is het middelengebruik van 519 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar op vier Haagse uitgaanslocaties in kaart gebracht [14]. Deze studie combineert eveneens een survey met panelinterviews met sleutelfiguren uit het Haagse uitgaansleven. Ook in 2014 en in 2017 werd dit onderzoek uitgevoerd [15,16].

- In 2019 heeft vier op de tien uitgaanders ooit cocaïne gebruikt, 26% in het afgelopen jaar en 13% in de afgelopen maand.
- Het verschil tussen mannen en vrouwen is het grootst in het ooitgebruik van cocaïne (47% versus 34%), maar in het laatste-maand-gebruik van cocaïne zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen klein (14% versus 11%).
- Hoe ouder de uitgaander, hoe groter de kans dat hij of zij ooit, in het laatste jaar of in de laatste maand cocaïne heeft gebruikt. Alleen het laatste-maand-gebruik is lager onder 25-29-jarigen dan onder 20-24-jarigen. Het laatste-jaar-gebruik en laatste-maand-gebruik zijn het hoogst in de leeftijdsgroep van 30 jaar en ouder (respectievelijk 32% en 19%) en het laagst onder uitgaanders jonger dan 20 jaar (respectievelijk 19% en 10%).
- De uitkomsten suggereren dat er sprake is van een toename in het ooitgebruik en laatste-jaar-gebruik van cocaïne tussen 2017 en 2019, maar geen stijging in het laatste-maand-gebruik.
- De stijging in ooitgebruik en laatste-jaar-gebruik van cocaïne vond later plaats in Den Haag dan in Amsterdam (in Den Haag tussen 2017 en 2019, in Amsterdam ook tussen 2014 en 2017). Daarnaast werd in Amsterdam een stijging in laatste-maand-gebruik gevonden, die we niet zien in Den Haag.
- Panelleden geven aan dat cocaïne makkelijk verkrijgbaar is en dat velen contact hebben met meerdere ‘dealers’. Het gebruik van cocaïne is niet gebonden aan een bepaald moment tijdens het uitgaan en wordt gezien als onderdeel van het uitgaan. Het wordt voornamelijk gecombineerd met alcohol.
- Redenen die werden genoemd om cocaïne te gebruiken waren de toename in energie en zelfvertrouwen, het minder dronken voelen. Cocaïne wordt geassocieerd met status. Nadelige kanten die worden genoemd zijn agressie, emotioneel ‘doorslaan’, tandbederf en breder het vermoeden dat het slecht is voor de gezondheid en verslavend.

Gebruik van cocaïne[I] onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatstejaar-gebruik (%)	Laatstemaand-gebruik (%)
Bezoekers van party's, festivals en clubs[II,VI]	Landelijk	2020	22	33,7	26,2	-
		2016	22	33	25	12
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	25	34	23	9
		2009	28	34	13	5
Cafébezoekers	Amsterdam[III]	2018	26	52	38	22
				3[IV]	1, 5[IV]	0,7[IV]
		2014	27	42	32	15
				7[IV]	4IV	1,7[IV]
		2010	27	34	24	12
				3[IV]	0,3[IV]	0,3[IV]
	Hilversum, Bussum, Huizen	2018	24	31	21	8
				3[IV]	0,5[IV]	0,5[IV]
Bezoekers van clubs, raves[V] en festivals	Amsterdam	2017	26	50	39	26
		2013	24	47	35	19
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum, Bussum, Huizen	2017	21	23	19	9
Uitgaanders	Den Haag	2019	-	41	26	13
		2017	24	30	21	13
		2014	24	35	11	11

Percentage ooitgebruikers, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers 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. - = Gegevens zijn niet beschikbaar. I. Snuifbare cocaïne in poedervorm, tenzij anders aangegeven. II. (Frequente) bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. III. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. IV. Rookbare cocaïne in de vorm van crack. V. Raves zijn

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.

2. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
3. Monshouwer K, Van der Pol P, Drost YC, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2016: Uitgaanspatronen, middelengebruik en preventieve maatregelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen [Internet]. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016. Available from: https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1494-het-grote-uitgaansonderzoek-2016
4. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.
5. Korf DJ, Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2018. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek.; 2019.
6. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.
7. Luijk SJ, Nabben T, Korf DJ, Van Bakkum F, Krouwel J, Noijen J. Antenne Gooi en Vechtstreek 2017: Het gebruik van alcohol, tabak en drugs onder jongeren en jongvolwassenen in de regio. Amsterdam: Bonger Instituut voor Criminologie; 2018.
8. Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2015: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2016.
9. Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2009: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdammes: Rozenberg; 2010.
10. Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2010: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2011.
11. Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2012: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2013.
12. Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2013: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2014.
13. Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2014: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2015.
14. Van Dijk A, Van der Meer R, Gerrits N, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L. HUO 2019/2020: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2020.
15. Van Dijk A, Reinerie P. Huo 2014: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken. Den Haag: GGD Haaglanden; 2015.
16. Van Dijk A, Keetman M, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L, Mohabir A. HUO 2018: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2018.

4.3.5 Kwetsbare groepen jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Samenvattend is cocaïne vaker ooit gebruikt in kwetsbare groepen vergeleken met jongeren uit het regulier onderwijs. Vooral in de residentiële jeugdzorg (RJZ) en in Justitiële Jeugdinrichtingen hebben relatief meer jongeren ervaring met cocaïne. Er lijkt minder verschil te zitten in het laatste-maand-gebruik van cocaïne. Er zijn geen aanwijzingen voor een toename over tijd in het gebruik van cocaïne onder kwetsbare groepen. Wel rapporteren preventiewerkers dat het gebruik van cocaïne meer geaccepteerd lijkt te raken in groepen kwetsbare jongeren in verschillende regio's.

Snel naar:

- Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3
- Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen
- Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg
- Kwetsbare jongeren in de regio

Gegevensbronnen

Binnen de groep jongeren zijn bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

De tabel onderaan de pagina geeft een samenvatting van de resultaten uit uiteenlopende studies naar het alcoholgebruik in verschillende groepen kwetsbare jongeren. In 2022 is als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [1]. Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen (gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld.

Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd.

In het landelijke EXPLORE-onderzoek zijn daarnaast jongeren uit het praktijk- en het speciaal onderwijs geïncludeerd [2], en jongeren in de residentiële jeugdzorg [3]. Ook zijn er enkele lokale en regionale studies uitgevoerd. De cijfers zijn onderling niet altijd vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

Ten slotte is in 2019 en 2021 de Antenne Regiomonitor uitgevoerd [4,5]. Deze monitor beoogt op kwalitatieve wijze zicht te krijgen op het gebruik onder groepen kwetsbare jongeren uit verschillende regio’s in Nederland. Dit gebeurt op basis van interviews met jongeren- en preventiewerkers die zicht

hebben op verschillende (35 in 2021) jongerengroepen verspreid over het land.

Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3

In 2019 is een landelijk onderzoek (EXPLORE) het middelengebruik gemeten onder jongeren van het praktijkonderwijs (PrO) en in het cluster 4 van het speciaal voorgezet onderwijs (REC-4, leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen) [2]. Jongeren van het cluster 3 (REC-3, leerlingen met een licht verstandelijke beperking) zijn ook voor het eerst onderzocht, maar in dit onderzoek is cocaïne niet uitgevraagd.

- Van de cluster-4 leerlingen heeft 4,2% ooit cocaïne gebruikt en 1,8% in de laatste maand. In het praktijkonderwijs is dat respectievelijk 2,3% en 1,1%. In het VMBO-b liggen deze percentages op 1,5% en 0,7%.
- Er zijn geen significante verschillen tussen jongens en meisjes gevonden in ooitgebruik en laatste-maand-gebruik van cocaïne in cluster 4 en het praktijkonderwijs.
- Tussen 2008 en 2019 is het ooitgebruik van cocaïne gelijk gebleven in het praktijkonderwijs. In het cluster 4-onderwijs is een niet-significante daling te zien in deze periode (van 6% naar 4,2%).
- Tegelijkertijd is het aantal leerlingen dat ooit enige harddrug (ecstasy, cocaïne, amfetamine, heroïne, GHB, crack, LSD) heeft gebruikt fors gedaald tussen 2008 en 2019, in zowel het praktijkonderwijs (van 10,4% naar 3,8%) als het cluster 4-onderwijs (van 16,9% naar 7,9%).
- Scholieren met een westerse migratieachtergrond hebben meer ervaring met harddrugs en paddo’s dan scholieren met een Nederlandse achtergrond of een niet-westerse migratieachtergrond.

Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn gegevens verzameld over het gebruik van cocaïne onder jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen [1]. De vragenlijst is in vier JJI afgenomen bij in totaal 110 jongens. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder studenten van het MBO en HBO. Deze vergelijking moet voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat de onderzoeken niet op dezelfde manier zijn uitgevoerd en de studenten gemiddelde iets jonger zijn (17,2 versus 18,2 jaar).

- Eén op de vijf jongeren (21%) heeft ooit cocaïne gebruikt en 2% deed dit in de afgelopen maand.
- Aan de jongeren die vaker dan één keer in hun leven cocaïne hebben gebruikt (n = 14) is gevraagd of ze dit wel eens hebben gebruikt in de inrichting. Drie jongeren geven aan dat ze dit wel eens hebben gedaan.
- Daarnaast hebben de meeste jongeren die cocaïne vaker dan één keer hebben gebruikt, dit al eens gedaan voordat zij in de inrichting kwamen.
- Ook geven zij allemaal aan dat zij minder zijn gaan gebruiken sinds ze in de inrichting zijn geplaatst.
- Jongeren in de JJI hebben aanzienlijk meer ervaring met het gebruik van cocaïne dan studenten op het MBO/HBO (21% vs. 3%)

Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over cocaïnegebruik onder jongeren (12-17 jaar) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) verzameld [3]. In 2008 is voor het eerst landelijk onderzoek gedaan naar middelengebruik onder deze doelgroep.

Jongeren verblijvend in de RJZ gebruiken even vaak cocaïne in de afgelopen maand als jongeren in het regulier onderwijs, maar hebben wel vaker ooit cocaïne gebruikt. Het cocaïnegebruik onder jongeren in de RJZ verschilde in 2020 niet van 2008.

- Van de jongeren verblijvend in de RJZ heeft 14% ervaring met cocaïnegebruik: 8% van de 12-15-jarigen en 15% van de 16-17-jarigen.
- Er zijn geen verschillen in laatste-maand-gebruik van cocaïne tussen 12-15-jarige jongeren in de RJZ (1%) en in het regulier onderwijs (1%) [6]. Het ooitgebruik van cocaïne ligt in de RJZ wel hoger (8% versus 1%).
- Het aandeel jongeren in de RJZ dat ooit of in de laatste maand cocaïne heeft gebruikt lijkt in 2020 lager dan in 2008, maar er is geen significant verschil (zie tabel).

Daarnaast zijn er vanuit de Antenne-monitor uit 2019 specifiek gegevens beschikbaar over cocaïnegebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam [7] en de Gooi en Vechtstreek [8]. De ondervraagde jongeren waren merendeels 16-19 jaar oud (87%), de rest was 15 of tussen de 20 en 28 jaar.

- Van de jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg heeft 6% ooit cocaïne gebruikt en 5% in de laatste maand.
- Het ooitgebruik van cocaïne is minder hoog dan voor ecstasy (23%) en amfetamine (9%). In het laatste jaar is vaker ecstasy (18%) gebruikt en is amfetamine (5%) ongeveer even vaak gebruikt. Een vergelijkbaar beeld wordt gezien in de jeugdzorg in de Gooi en Vechtstreek.
- De gemiddelde startleeftijd voor cocaïne ligt op 17 jaar onder jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg.

Kwetsbare jongeren in de regio

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve wijze en indirecte wijze onder groepen kwetsbare jongeren in diverse regio’s van Nederland [4,5]. Deze monitor probeert zicht te krijgen op groepen jongeren waarin sprake is van problematisch drugsgebruik, meervoudige problematiek in de directe, institutionele of sociale omgeving of het veroorzaken van overlast.

- Cocaïne wordt in een meerderheid van de jongerengroepen gebruikt (25 van de 35) volgens de professionals. In de meeste groepen gebruikt een klein deel van de leden cocaïne. In slechts enkele groepen (2 van de 35) gebruikt de meerderheid van de groep cocaïne. Het cocaïnegebruik lijkt het hoogst in de regio Zuid.
- Cocaïne zou populair zijn vanwege zijn oppeppende werking, omdat het zorgt dat er meer alcohol gedronken kan worden en omdat het een statusverhogend effect heeft op de gebruiker.
- Het gebruik van cocaïne is niet gebonden aan een bepaalde setting; het wordt in de horeca, op festivals, bij wedstrijden, bij vrienden thuis, op straat of in de auto gebruikt. Het lijkt vaak

samen te gaan met alcoholgebruik volgens de professionals.

- Het zicht op de frequentie en de hoeveelheid van het cocaïnegebruik is beperkt. Over groepen waar bij gelegenheid wordt gebruikt zijn er weinig zorgen, maar professionals maken zich wel zorgen over groepen waarin cocaïne wordt gecombineerd met alcohol of op jonge leeftijd al wordt gebruikt.
- Cocaïne is makkelijk te verkrijgen voor de jongeren, via iemand anders die gebruikt of iemand die handelt. Er zijn signalen van toegenomen (openlijke) cocaïnehandel in sommige regio's. In sommige plattenlandsdorpen wordt ook een normalisering van cocaïnegebruik gezien.
- In vergelijking met 2019, lijkt in 2021 bij 11 van de 25 groepen het cocaïnegebruik stabiel te zijn gebleven en bij 9 groepen zijn er signalen dat het cocaïnegebruik is afgenomen. Dit heeft mogelijk te maken met de sluiting van uitgaansgelegenheden en het niet kunnen bijwonen van voetbalwedstrijden. In een klein deel van de groepen (4 van de 25) lijken jongeren meer cocaïne te zijn gaan gebruiken.
- In 2 van de 35 groepen werd door een enkeling basecoke (crack) gebruikt.

Gebruik van cocaïne in kwetsbare groepen jongeren

Groep	Locatie	Peiljaar	Leeftijd	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik	Laatste-maand-gebruik (%)
Praktijkonderwijs	Nederland	2019	12-16 jaar	2,3	-	1,1
		2008	12-16 jaar	2,3	-	0,3
Cluster 4	Nederland	2019	12-16 jaar	4,2	-	1,7
		2008	12-16 jaar	5,6	-	1,5
Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen	Nederland	2021	14-24 jaar	21	-	2
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Nederland	2020	12-15 jaar	8	-	1
	Nederland	2008	12-15 jaar	14	-	3,2
	Nederland	2020	16-17 jaar	15	-	1,1
	Nederland	2008	16-17 jaar	21	-	3,2
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2019	16+	5,9	5,1	-
	Gooi en Vechtstreek	2019	16+	4,3	4,3	-
	Amsterdam[1]	2012	16 jaar (gemiddeld)	5	3,3	0,8

Percentage ooitgebruikers, laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. - = Niet gemeten. Bronnen: EXPLORE, Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Möhle M, Rombouts M, Van Gelder N, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de Justitiële Jeugdinrichtingen: Het EXPLORE-onderzoek 2022. Utrecht: Trimbos-insituut; 2022.
2. Rombouts M, Scheffers-van Schayck T, Van Dorsselaer S, Kleinjan M, Onrust S, Monshouwer K. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen in het praktijkonderwijs en cluster 4-onderwijs: Resultaten van het EXPLORE-onderzoek 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
3. Möhle M, van Gelder N, Rombouts M, Schayck TS van, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek. Trimbos-insituut; 2021.
4. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
5. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
6. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
7. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
8. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.

4.4 Problematisch gebruik

Snel naar:

- Definitie problematisch gebruik
- Risico op afhankelijkheid ('verslaving')
- Stoppen en minderen met het gebruik van cocaïne
- Groepen gebruikers met cocaïne-gerelateerde problematiek
- Problemen met agressie
- Combinatiegebruik van alcohol en cocaïne

Gegevensbronnen

Gegevens over de omvang van het problematisch gebruik van cocaïne in de Nederlandse bevolking zijn niet beschikbaar. Dat komt onder andere omdat het aantal chronisch harddrugsgebruikers of frequent gebruikers van cocaïne in algemene bevolkingsonderzoeken, zoals de LSM-A of NEMESIS, te klein is om betrouwbare schattingen te kunnen maken. Een aantal Nederlandse studies onder specifieke doelgroepen (zoals de Antenne-monitor onder wisselende populaties van jongeren en jongvolwassenen en Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) onder uitgaande jongvolwassenen) geeft echter wel informatie over indicatoren voor problematisch gebruik, zoals cijfers over de hulpvraag bij de verslavingszorg, de mate waarin mensen zelf vinden dat zij te veel of te vaak gebruiken, of willen stoppen en minderen.

Definitie problematisch gebruik

De term problematisch middelengebruik kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie bijlage D en bijlage B12). Bij verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd staat echter het volgende aspect centraal, namelijk een gebruikspatroon dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen. Het EMCDDA hanteert een definitie waarin niet de problematiek centraal staat maar de frequentie van gebruik, die als risico wordt gezien voor problematisch gebruik.

Risico op afhankelijkheid ('verslaving')

- Cocaïnegebruik kan vrij snel leiden tot geestelijke afhankelijkheid, maar cocaïne lijkt niet (of zelden) lichamelijk verslavend. Wel kunnen er bij het gebruik van crack acute tolerantie en heftige lichamelijke onttrekkingsverschijnselen optreden [1]. Volgens internationaal onderzoek ontwikkelt 16% van de ooit-gebruikers cocaïneafhankelijkheid [2]. Het risico op verslaving is groter bij het gebruik van crack en injecteerbare cocaïne, dan bij het gebruik van snuifcocaïne [3,4].
- Volgens het EMCDDA is iedereen die wekelijks of vaker cocaïne gebruikt een hoog-risicogebruiker. In de LSM-A Middelen en in HGU is gevraagd naar de frequentie van (snuif)cocaïnegebruik onder de laatste-jaar-gebruikers van cocaïne. In de LSM-A is niet specifiek gevraagd naar wekelijks gebruik, ter indicatie konden gebruikers wel aangeven of zij 2 tot 4

keer per maand, 2 tot 3 keer per week of 4 of meer keer per week gebruikten. De LSM-A liet zien dat van de laatste-jaar-gebruikers (1,6% in 2020) 7% 2 tot 4 keer per maand snuifcocaïne gebruikte, 0% gebruikte snuifcocaïne 2 tot 3 keer per week en 0,4% gebruikte 4 of meer keer per week snuifcocaïne. Uit HGU bleek dat 3,6% van de laatste-jaargebruikers van cocaïne (26,2% in 2020) eens per week gebruikte; 1,3% gebruikte een paar keer per week en 1,3% gebruikte (bijna) dagelijks [5]. Door de verschillende categorieën zijn de resultaten van de LSM-A en HGU lastig te vergelijken. Wel is bekend dat (probleem) gebruikers van harddrugs in algemeen bevolkingsonderzoek ondervertegenwoordigd zijn. Dit zal ook, maar naar verwachting in mindere mate, voor uitgaanders gelden. (zie ook § 4.2.3). Hoewel het merendeel van de uitgaanders een ‘incidentele snuiver’ is, valt waarschijnlijk ook een klein deel van de uitgaanders onder de groep ‘ontspoorde cocaïnesnuiver’ (zie ook hieronder). Bovendien is de groep laatste-jaar-gebruikers in HGU ook aanzienlijk groter dan in de LSM-A.

- Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral de basevorm van cocaïne (ook wel ‘crack’, ‘basecoke’, ‘freebase’ of ‘gekookte coke’ genoemd) populair (zie ook § 4.2.3). Op basis van een wat ouder veldonderzoek in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag uit 2013 wordt de prevalentie van crack-cocaïne verslaving in deze drie grote steden op ongeveer 0,5% geschat, hetgeen overeenkomt met ruim 6.600 personen [6].
- Hoewel niet iedereen met een stoornis in het gebruik van cocaïne hiervoor hulp zoekt, geeft het aantal mensen dat hulp zoekt in de verslavingszorg wel een indicatie van de omvang van problematisch gebruik in Nederland, deze gegevens staan beschreven in § 4.6.

Stoppen en minderen met het gebruik van cocaïne

In vergelijking met veel andere middelen is het aandeel cocaïnegebruikers dat aangeeft minder te willen gebruiken of hier helemaal mee wil stoppen relatief hoog, althans onder bepaalde groepen jongvolwassenen.

- Ruim een kwart van de laatste-jaargebruikers (27,6%) uit Het Grote Uitgaansonderzoek 2020 geeft aan dat zij vinden dat zij te veel of te vaak gebruiken. In vergelijking met andere drugs is cocaïne (‘snuifcoke’) een van de middelen waarvan laatste-jaargebruikers het vaakst aangeven dat ze zouden willen stoppen (34,2%) en/of zouden willen minderen (39,8%). Het percentage dat zou willen minderen met een middel, is na tabak, het hoogst onder frequente cocaïnegebruikers (58,9%). Toch wil ook bijna een derde (31,2%) van de niet-frequente cocaïnegebruikers minderen [5].
- Onder de laatste-jaar-gebruikers van cocaïne uit het Drug Use Persona’s onderzoek in 2019 zegt 42% het komende jaar te willen minderen of stoppen. 42% heeft al één of meerdere keren geprobeerd te stoppen. Van de ondervraagde middelen is cocaïne het enige middel waar de groep die denkt komend jaar te gaan stoppen of minderen groter is dan de groep die dat (nog) niet overweegt (22%). De belangrijkste redenen om te minderen of stoppen met cocaïne zijn ‘(ik heb) geen reden (meer) om cocaïne te gebruiken’ en ‘het past niet meer in mijn leven’. Barrières in het stoppen met gebruik van cocaïne zijn: ‘ik zie mensen om mij heen cocaïne gebruiken en krijg dan ook zin’ (61%), ‘ik vind het te duur' (54%) en ‘dan mis ik de effecten’ (47%). Cocaïne is de enige drug waar het gebruik van mensen om je heen een grotere barrière voor stoppen opwerpt dan het missen van de effecten van het middel [7].

Groepen gebruikers met cocaïne-gerelateerde problematiek

Volgens wat oudere veldstudies en registratiegegevens zijn er grofweg drie soorten groepen probleemgebruikers van cocaïne.

- De eerste groep bestaat uit de probleemgebruikers van opiaten (zie § 5.4), waarvan een groot deel óók cocaïne gebruikt, veelal de kant-en-klare rookbare vorm crack [1]. Ter illustratie: van de groep crackcocaïnegebruikers die hulp zoekt bij verslavingsinstanties, rapporteert een groot deel heroïne als secundaire problematiek en vice versa (zie § 4.6).
- De tweede groep bestaat uit probleemgebruikers in de harddrugsscene die frequent cocaïne, vooral crack, consumeren, zonder daarnaast heroïne te nemen. Kenmerkend voor deze groep zijn dwangmatige gebruikspatronen, welke resulteren uit negatieve gevoelens en het sterke verlangen om opnieuw te gebruiken wat opkomt als het plezierige effect na het roken van crack is uitgewerkt.
- De derde groep bestaat uit gebruikers bij wie het aanvankelijk ‘recreatief’ gebruik van (snuif)cocaïne is overgegaan in problematisch gebruik, ‘de ontspoorde cocaïnesnuivers’ [8]. In vergelijking met crackgebruikers zijn zij doorgaans begonnen met het gebruik van snuifcocaïne vanuit een meer maatschappelijk geïntegreerde positie. Deze groep vormt waarschijnlijk de grote meerderheid van degenen die in Europa in behandeling gaan voor poeder-cocaïne-gerelateerde problematiek [1].
- Zie Jaarbericht 2019 voor een verdere beschrijving van deze groepen.

Een verkennend onderzoek uit 2020, naar kenmerken van jongvolwassenen die snuifcocaïne gebruiken in Nederland, resulteerde in 6 gebruiksgroepen die zich onderscheiden op motieven voor gebruik, (sociale) setting van gebruik en (ervaren) controle over het gebruik van cocaïne (zie ook § 4.2.4) [9]. Deze studie richtte zich expliciet niet op probleemgebruikers en moeilijk bereikbare groepen die hierboven beschreven zijn. Desondanks werd onder gebruikers van snuifcocaïne een groep geïdentificeerd die cocaïne gebruikt als coping bij psychische problematiek. Volgens het Drug Use Persona’s (DUP) onderzoek hebben coping gedreven gebruikers een vergroot risico op afhankelijkheid: negatieve emoties worden verdoofd, maar niet verholpen. Bij het groeien van problemen, stijgt mogelijk ook het gebruik, wat vervolgens leidt tot meer problemen [7].

Geïnterviewde professionals en gebruikers van cocaïne benoemden daarnaast ook factoren die problematisch gebruik kunnen beïnvloeden [7]:

- De meeste respondenten uit de DUP studie die cocaïne gebruikten zagen zichzelf niet als problematische gebruikers die hulp nodig hebben.
- Professionals gaven echter aan dat problematische cocaïnegebruikers in grote mate hun eigen gebruik onderschatten en dat het heel lang duurt voordat de groep problematische cocaïnegebruikers hulp zoekt. Ook valt volgens hen problematisch gebruik minder snel op zolang het cocaïnegebruik niet tot financiële problemen leidt.
- Volgens de geïnterviewde professionals kunnen aandacht voor vroegsignalering en een sterk alcohol- en medicijnbeleid (ADM-beleid) de kans op problematisch gebruik van cocaïne verkleinen.

Problemen met agressie

Het problematisch gebruik van cocaïne wordt in verband gebracht met agressie en geweld.

- Problematisch gebruik van cocaïne kan ontstaan doordat zware cocaïnegebruikers meer moeite hebben hun agressie onder controle te houden [10,11]. Cocaïne kan in dit verband ook een rol spelen bij het in stand houden van huiselijk geweld in de vorm van partnergeweld [12].
- Voor de groep recreatieve cocaïnegebruikers is het verband echter niet zo duidelijk. Er is namelijk “geen consistent bewijs voor een oorzakelijk verband tussen recreatief cocaïnegebruik en agressiviteit”, zoals dat causale verband met agressie wel is gevonden voor alcohol [13,14]. Agressie in een onderzochte groep recreatieve cocaïnegebruikers werd meer bepaald door de karaktereigenschappen van de gebruikers zoals verstoorde impulsregulatie en antisociale persoonlijkheidskenmerken, dan door het gebruik van cocaïne [14].

Combinatiegebruik van alcohol en cocaïne

Het combineren van alcohol en cocaïne brengt extra risico’s met zich mee (zie ook § 4.7.1). Deze combinatie vergoot de kans op gewelddadig gedrag en kan het risico op afhankelijkheid voor zowel cocaïne als alcohol vergoten [15,16]. Daarnaast kan combinatiegebruik van cocaïne en alcohol leiden tot gezondheidsproblemen (zie ook § 4.4.3).

Meer informatie over gezondheidsrisico’s in relatie tot het chronisch gebruik van cocaïne is te vinden in § 4.7.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. Recent changes in Europe’s cocaine market: Results from an EMCDDA trendspotter study: December 2018: Rapid communication. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
2. Farrell M, Martin NK, Stockings E, Bórquez A, Cepeda JA, Degenhardt L, et al. Responding to global stimulant use: challenges and opportunities. Vol. 394, Lancet. 2019. p. 1652–1667.
3. Van Laar M, Cruts G. Epidemiologie van middelengebruik en stoornissen in het gebruik. In: Handboek verslaving: Tweede, geheel herziene druk. Amsterdam: De Tijdstroom/Boom uitgevers; 2019. p. 25–39.
4. Hatsukami DK, Fischman MW. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? Vol. 276, JAMA. 1996. p. 1580–1588.
5. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
6. Oteo Pérez A, Cruyff MJLF, Benschop A, Korf DJ. Estimating the prevalence of crack dependence using capture-recapture with institutional and field data: A three-city study in the Netherlands. Vol. 48, Substance Use & Misuse. 2013. p. 173–180.
7. De Jonge MC. Persona’s in middelengebruik: Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-insituut; 2021.
8. Nabben T, Luijk SJ, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
9. Spronk D, van Gelder N, Nabben T, De Jonge M. Cocaïne: wie gebruikt het en waarom? Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
10. Ferwerda H, Van Hasselt N, Van Ham T, Voorham L. De juiste snaar? Professionals met een

publieke taak en de omgang met overlast, agressie en geweld als gevolg van alcohol- en/of drugsgebruik. Den Haag: WODC; 2012.
11. Fonseca Pego AM, Oliveira SCW De Souza Eller Franco de, De Oliveira TF, Leyton V, Miziara I, Yonamine M. Cocaine toxicological findings in cases of violent death in Sao Paulo city - Brazil [Internet]. Vol. 60, Journal of Forensic and Legal Medicine. Elsevier; 2018. p. 3–8. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1752928X1830338X
12. Gilchrist G, Dennis F, Radcliffe P, Henderson J, Howard LM, Gadd D. The interplay between substance use and intimate partner violence perpetration: A meta-ethnography. Vol. 65, International Journal of Drug Policy. 2019. p. 8–23.
13. Kuypers KPC, Verkes RJ, Van den Brink W, Van Amsterdam JGC, Ramaekers JG. Intoxicated aggression: Do alcohol and stimulants cause dose-related aggression? A review [Internet]. Vol. June 22, European Neuropsychopharmacology. Elsevier B.V.; 2018. Available from: https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.06.001
14. Van Amsterdam J, Niesink R. Geweld door alcohol en drugs (II) Alcohol, cocaïne, amfetamine en agressie. Vol. 13, Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek. 2017. p. 189–197.
15. Pennings EJM, Leccese AP, de Wolff FA. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. Vol. 97, Addiction (Abingdon, England). 2002. p. 773–783.
16. Harris DS, Everhart ET, Mendelson J, Jones RT. The pharmacology of cocaethylene in humans following cocaine and ethanol administration. Vol. 72, Drug and alcohol dependence. 2003. p. 169–182.

4.5 Gebruik: internationale vergelijking

4.5.1 Algemene bevolking internationaal

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en Turkije [1]. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [2,3]. In Canada bestaat er hiervoor de Canadian Alcohol and Drugs Survey (CADS) [4] en in Australië is er het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [5]. Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Van invloed is onder andere de leeftijdsgroep.

Voor het vergelijken van verschillende landen en regio's richt de NDM zich vooral op de resultaten van bevolkingsonderzoeken en wordt maar beperkt gebruik gemaakt van analyses van het rioolwater. Wel worden deze analyses hieronder genoemd. Voor deze analyses van het rioolwater is nog onduidelijk in hoeverre deze een goede vergelijking mogelijk maken tussen verschillende landen en regio's in de mate van het drugsgebruik (zie bijlage B7). Het gaat hieronder om de rioolwateranalyses met gegevens over het drugsgebruik in ongeveer tachtig Europese steden, waarbij voor cocaïne gegevens beschikbaar waren uit 78 steden [6].

Vergelijking tussen landen

Onderstaande figuren en tabel presenteren gegevens over het gebruik van cocaïne in een aantal lidstaten van de EU-14, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar), tenzij anders aangegeven. Gegevens voor de Verenigde Staten, Canada en Australië staan in de tabel daaronder. Voor zover beschikbaar, zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in bijlage C vermeld. Het Europees gemiddelde zoals berekend door het EMCDDA is daarbij een schatting die is gewogen op basis van de bevolkingsomvang. Landen met veel inwoners tellen daardoor zwaarder mee. Voor dit Europees gemiddelde zijn voor Nederland de cijfers van 2020 gebruikt. De cijfers van 2021 voor Nederland waren nog niet beschikbaar voor het EMCDDA.

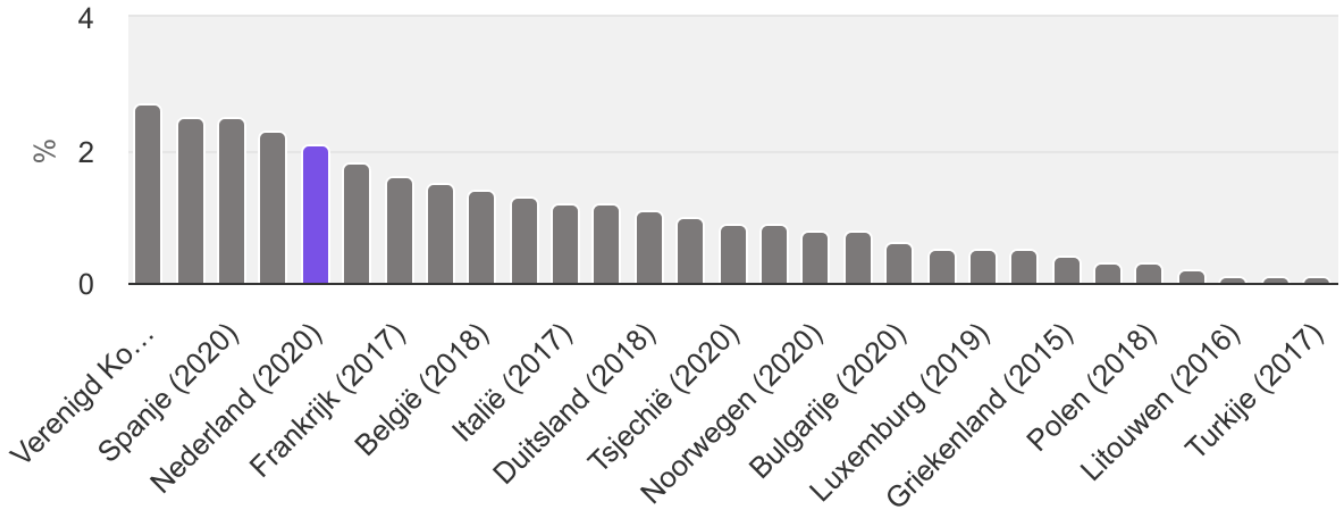
In de algemene bevolking van landen in Europa, Noord-Amerika en Australië is het aantal mensen dat harddrugs zoals cocaïne gebruikt, aanzienlijk lager dan het aantal mensen dat cannabis gebruikt. Wel is cocaïne in Europa de meest gebruikte stimulerende drug [1]. Het gebruik van cocaïne ligt hoger in het Westen en het Zuiden van Europa, in overeenstemming met de hogere cocaïne loads die in de rioolwateranalyses zijn aangetroffen.

- In 2020 had 5,0% van de bevolking van 15-64 jaar in alle EU-lidstaten samengenomen ervaring met cocaïne. Het ooitgebruik varieert van 0,2% in Turkije tot 11,2% in Spanje. In Nederland is dit percentage (6,6%) iets hoger dan het Europese gemiddelde van 5,0% [1].
- Het laatste-jaar-gebruik onder 15-64-jarigen wordt voor de Europese Unie geschat op 1,2%. In Nederland lag dit percentage hoger met 2,1%. Het percentage laatste-jaar-gebruikers was het laagst in Turkije, Slowakije, Litouwen en Tsjechië (0,1%) en het hoogst in het Verenigd

Koninkrijk (2,7%) [1].

- Het Europese gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik onder 15-34-jarigen lag op 2,2%. In Nederland was dit percentage in 2020 in deze leeftijdsgroep hoger, namelijk 3,5%. Het hoogste percentage werd gevonden in Oostenrijk (5,6%), gevolgd door het Verenigd Koninkrijk (5,3%) [1].
- Het EMCDDA signaleert cocaïnegebruik als een groeiend onderdeel van de Europese drugsproblematiek, gelet op de toegenomen zuiverheid, het toegenomen aanbod (op basis van recordinbeslagnames), toegenomen aantal eerste aanmeldingen in behandelcentra, toegenomen gebruik van crack cocaïne en cocaïnegerelateerde incidenten en sterfgevallen [1].

Percentage laatste-jaar-gebruikers van cocaïne in verschillende Europese landen.
Leeftijdsgroep 15-64 jaar[I]



Het gebruik van cocaïne in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk en Duitsland: 18–64; Denemarken, Zweden, en Noorwegen: 16–64. Bron: European Drug Report 2022, EMCDDA

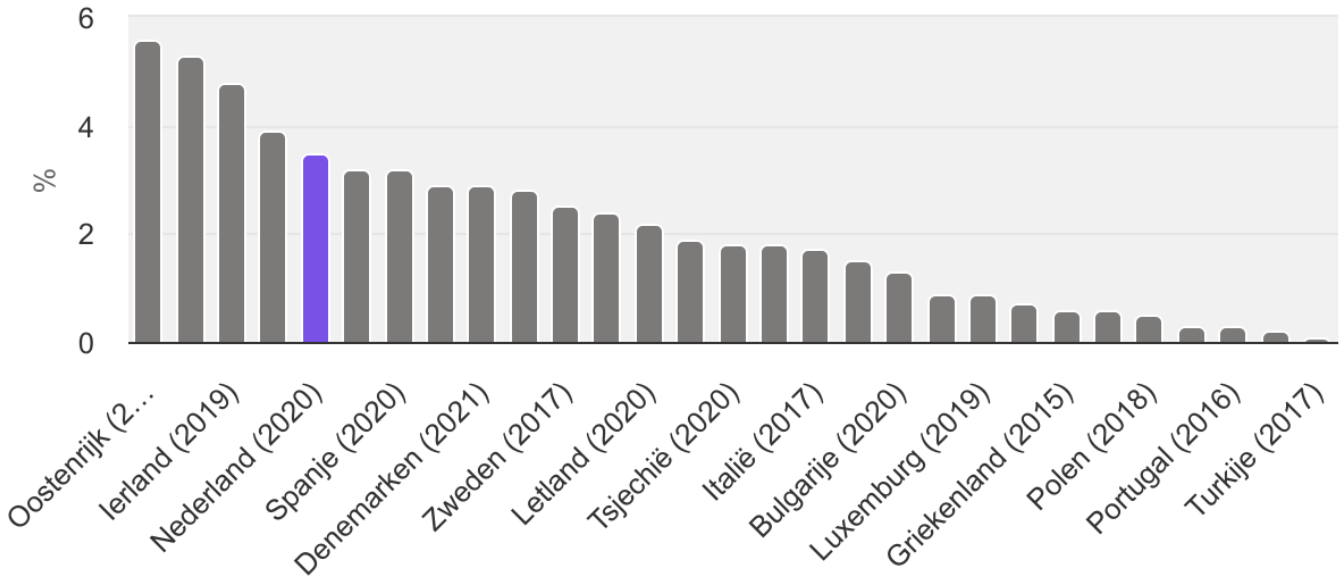
NDM

Land	Laatste jaar (%)
Verenigd Koninkrijk (2018)	2,7
Oostenrijk (2020)	2,5
Spanje (2020)	2,5
Ierland (2019)	2,3

Land	Laatste jaar (%)
Nederland (2020)	2,1
Kroatië (2019)	1,8
Frankrijk (2017)	1,6
Denemarken (2021)	1,5
België (2018)	1,4
Letland (2020)	1,3
Italië (2017)	1,2
Zweden (2017)	1,2
Duitsland (2018)	1,1
Estland (2018)	1,0
Tsjechië (2020)	0,9
Finland (2020)	0,9
Noorwegen (2020)	0,8
Slovenië (2018)	0,8
Bulgarije (2020)	0,6
Cyprus (2019)	0,5
Luxemburg (2019)	0,5

Land	Laatste jaar (%)
Roemenië (2019)	0,5
Griekenland (2015)	0,4
Hongarije (2019)	0,3
Polen (2018)	0,3
Portugal (2016)	0,2
Litouwen (2016)	0,1
Slowakije (2019)	0,1
Turkije (2017)	0,1

Percentage laatste-jaar-gebruikers van cocaïne in verschillende Europese landen.
Leeftijdsgroep 15-34 jaar[I]



Het gebruik van cocaïne in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk en Duitsland: 18–34 jaar; Denemarken, Zweden, en Noorwegen:16–34 jaar. Bron: European Drug Report 2022, EMCDDA

NDM

Land	Laatste jaar (%)
Oostenrijk (2020)	5,6
Verenigd Koninkrijk (2018)	5,3
Ierland (2019)	4,8
Kroatië (2019)	3,9
Nederland (2020)	3,5
Frankrijk (2017)	3,2
Spanje (2020)	3,2

Land	Laatste jaar (%)
België (2018)	2,9
Denemarken (2021)	2,9
Estland (2018)	2,8
Zweden (2017)	2,5
Duitsland (2018)	2,4
Letland (2020)	2,2
Noorwegen (2020)	1,9
Tsjechië (2020)	1,8
Slovenië (2018)	1,8
Italië (2017)	1,7
Finland (2018)	1,5
Bulgarije (2020)	1,3
Cyprus (2019)	0,9
Luxemburg (2019)	0,9
Roemenië (2019)	0,7
Griekenland (2015)	0,6
Hongarije (2019)	0,6

Land	Laatste jaar (%)
Polen (2018)	0,5
Litouwen (2016)	0,3
Portugal (2016)	0,3
Slowakije (2019)	0,2
Turkije (2017)	0,1

Gebruik van cocaïne in de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-14, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar (tenzij anders aangegeven)[1]

Land	Jaar	15-64 jaar			15-34 jaar		
		Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Spanje	2020	11,2	2,5	1,2	10,6	3,2	1,2
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2018	10,1	2,7	1	13,4	5,3	2
Ierland	2019	8,3	2,3	0,7	10,6	4,8	1,5
Denemarken[1]	2021	8,1	1,5	0,4	11	2,9	0,7
België	2018	-	1,4	-	-	2,9	-
Italië[1]	2017	6,9	1,2	0,4	6,4	1,7	0,5
Nederland	2020	6,6	2,1	0,7	7,9	3,5	1,1
Oostenrijk	2020	6,5	2,5	0,3	10,2	5,6	0,8
Frankrijk	2017	5,6	1,6	-	7,9	3,2	-
Zweden	2017	-	1,2	0,2	-	2,5	0,3
Noorwegen	2020	4,6	0,8	-	6,4	1,9	-
Duitsland[1]	2018	4,1	1,1	0,3	5,6	2,4	0,7
Finland	2018	3,2	0,9	0,2	4,4	1,5	0,3
Portugal	2016	1,2	0,2	0,1	1,1	0,3	0,2

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen de landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers (15-64 jaar). I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. 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. Het gaat om het Verenigd Koninkrijk (Engeland & Wales) (16-59, 16-34 jaar); Denemarken en Noorwegen (16-64, 16-34 jaar); Frankrijk en Duitsland (18-64, 18-34 jaar); en Zweden (17-34 jaar). - = Gegevens ontbreken. Bron: EMCDDA. Voor de volledige bronvermelding: zie onderaan deze pagina.

- Het percentage mensen in de algemene bevolking dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten, alhoewel de Verenigde Staten niet aan kop gaan in het percentage laatste-jaar-gebruik. Het hoogste percentage laatste-jaar-gebruik in de algemene bevolking werd gevonden in Australië in 2019, namelijk 4,5%.
- In de Verenigde Staten fluctueert het laatste-jaar-gebruik van cocaïne sinds 2002, waarbij het in de periode van 2015 tot 2018 lijkt te zijn gestabiliseerd [7,8]. In 2019 (2,0%) en in 2020 (1,9%) ligt het laatste-jaar-gebruik van cocaïne onder mensen van 12 jaar en ouder uiteindelijk wel lager dan in 2002 (2,5%) [2,3].
- In Australië is een stijgende trend te zien in het ooitgebruik, het laatste-jaar-gebruik en het laatste-maand-gebruik van cocaïne [5]. In 2019 ligt het laatste-jaar-gebruik onder Australische volwassenen op 4,5%, in 2016 lag het op 2,7% en in 2004 op 1,1%. De stijging was te zien in regio's met zowel hoge als lage sociaaleconomische klassen en is vooral zichtbaar onder mannen. Ook de frequentie van het gebruik steeg tussen 2016 en 2019 onder Australische gebruikers van cocaïne. De startleeftijd voor cocaïne ligt in Australië op gemiddeld 24 jaar (mediaan 22 jaar). In de regio's met een hogere sociaaleconomische klasse komt cocaïnegebruik vaker voor dan in de regio's met een lagere sociaaleconomische klasse (6,9% tegenover 2,5% onder Australiërs van 14 jaar en ouder).
- In Nederland is het ooitgebruik, het laatste-jaar-gebruik en het laatste-maand-gebruik van cocaïne gestabiliseerd sinds 2015 (zie § 4.2 en bijlage A3). Het laatste-jaar-gebruik onder Nederlandse volwassenen van 15-64 jaar lag in 2020 op 2,1% en in 2015 op 1,9% (geen significant verschil). Het lijkt daarmee meer op de trend die in de Verenigde Staten is te zien dan op de trend in Australië. In Nederland zien we in 2020 onder mensen van 18 jaar en ouder, vergelijkbaar met de hogere sociaaleconomische regio's in Australië, meer cocaïnegebruik onder mensen met een hoog opleidingsniveau (2,3%) dan onder mensen met een laag opleidingsniveau (0,6%) (zie § 4.2). Zoals eerder genoemd is het echter moeilijk om de bevolkingsonderzoeken precies te vergelijken vanwege verschillen in peiljaren, meetmethoden en steekproeven.

Gebruik van cocaïne in de algemene bevolking van de Verenigde Staten, Australië, en Canada: wisselende leeftijdsgroepen[1]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Verenigde Staten	2020	18 en ouder	15,5	2	0,7
		12 en ouder	14,2	1,9	0,7
Australië	2019	18 en ouder	11,8	4,5	-
		14 en ouder	11,2	4,2	-
Canada	2019	15 en ouder	8,5	2	-

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen de landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers. l. 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: SAMHSA, AIHW, CADS. Voor de volledige bronvermeldingen: zie onderaan deze pagina.

Rioolwateranalyses in Europese steden

In 2021 analyseerde het EMCDDA gegevens van rioolwateranalyses uit ongeveer tachtig Europese steden, waarbij voor cocaïne gegevens beschikbaar waren uit 78 steden [6].

- Voor cocaïne werd de hoogste dagelijkse load gevonden in Antwerpen-Zuid met een gemiddelde dagelijkse load van 1.581,88 mg per 1.000 inwoners. Amsterdam stond op de derde plaats met een gemiddelde dagelijkse load van 886,83 mg per 1.000 inwoners. Zoals aangegeven in de Bijlage (B7) kan niet worden bepaald in hoeverre buitenlandse en binnenlandse toeristen hierbij een rol spelen. Eindhoven stond op de tiende plaats met een gemiddelde dagelijkse load van 623,61 mg per 1.000 inwoners. Utrecht stond op de veertiende plaats met een gemiddelde dagelijkse load van 529,55 mg per 1.000 inwoners.
- In Nederlandse steden steeg de cocaïne load tussen 2011 en 2021. Tussen 2011 en 2021 was in Amsterdam de cocaïne load gestegen met 37,7% van 644,10 naar 886,83 mg per 1.000 inwoners. In Eindhoven steeg in diezelfde periode de cocaïne load met 42,6% van 437,42 naar 623,61 mg per 1.000 inwoners. In Utrecht steeg de cocaïne load tussen 2011 en 2021 met 48,6,% van 356,34 naar 529,55 mg per 1.000 inwoners.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
2. SAMHSA. 2020 NSDUH Detailed Tables [Internet]. 2021. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2020-nsduh-detailed-tables
3. SAMHSA. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2021.
4. CADS. Canadian Alcohol and Drugs Survey (CADS): summary of results for 2019 [Internet]. 2021. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-alcohol-drugs-survey/2019-summary.html
5. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2019. Canberra: AIHW; 2020.
6. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: March 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#source-data
7. SAMHSA. Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Rockville, MD: SAMHSA; 2020.
8. SAMHSA. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2020.

4.5.2 Jongeren internationaal

In de European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD, zie bijlage B1) onder 15- en 16-jarige scholieren in Europa werd in 2003, 2007, 2011, 2015 en 2019 gevraagd naar het ooitgebruik van cocaïne [1–5]. In 2003 is ook gevraagd naar het laatste-jaar-gebruik en in 2015 is apart gevraagd naar (snuif)cocaïne en crack.

De cijfers uit de ESPAD zijn beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking. Onderstaande tabel 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.

- In 2019 werden voor het eerst gegevens gerapporteerd afgerond op 1 decimaal om met meer precisie uitspraken te kunnen doen. Voorgaande jaren werden de prevalentiecijfers afgrond op hele getallen. Dit heeft als gevolg dat de prevalentie in 2019 met voorzichtigheid vergeleken moet worden met de prevalentie van voorgaande jaren.
- In 2019 lag Nederland iets onder het gemiddelde in ooitgebruik van (snuif)cocaïne (1,7%) en crack (0,6%), maar het verschil met de andere landen is klein. Het (ongewogen) gemiddelde voor 35 onderling vergelijkbare Europese landen lag op 1,9% voor (snuif)cocaïne en 1,1% voor crack.
- Het hoogste percentage ooitgebruik van (snuif)cocaïne werd in 2019 gevonden in Cyprus (3,8%) (niet in tabel), gevolgd door Ierland (3,3%) en Bulgarije (3,1%) (niet in tabel). Het ooitgebruik van crack lag eveneens het hoogst in Cyprus (3,1%), maar werd gevolgd door Frankrijk (2,1%) en Ierland (1,8%) (onderstaande tabel).

Gebruik 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 2007, 2011, 2015 en 2019

Land	2007	2011	2015		2019	
	Ooitgebruik (%)	Ooitgebruik (%)	Ooitgebruik cocaïne (%)	Ooitgebruik crack (%)	Ooitgebruik cocaïne (%)	Ooitgebruik crack (%)
Frankrijk	5	4	4	3	2,7	2,1
Italië	5	3	3	3	2,3	1,4
Ierland	4	3	3	2	3,3	1,8
België[II]	4	4	3	1	-	-
Spanje[IV]	4	2	2	3	2,1	0,9
Portugal	2	3	2	1	2,1	1,5
Nederland	3	2	2	1	1,7	0,6
Denemarken[IV]	3	2	2	-	1,9	0,9
Zweden	2	1	2	-	1,5	1,0
Griekenland	1	1	1	1	1,5	0,9
Noorwegen	1	1	1	1	1,6	-
Finland	1	1	1	-	0,9	-
Zwitserland	3	-	-	-	-	-
Duitsland[III]	3	3	-	-	1,3	0,3
Verenigd Koninkrijk[V]	5	-	-	-	-	-
Gemiddelde over alle deelnemende landen[VI]	3	2	2	1	1,9	1,1
Verenigde Staten[I]	5	3	-	-	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en, voor 2003, in het laatste jaar. In 2019 werden voor het eerst gegevens gerapporteerd afgerond op 1 decimaal om met meer precisie uitspraken te kunnen doen. Voorgaande jaren werden de prevalentiecijfers afgrond op hele getallen. Dit heeft als gevolg dat de prevalentie in 2019 met voorzichtigheid vergeleken moet worden met de prevalentie van voorgaande jaren. - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. België in 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland in 2007 voor 6 en in 2011 voor 5 van de 16 deelstaten en in 2019 alleen voor de deelstaat Beieren. IV. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). VI. In 2007 ging het om 33 landen, in 2011 en 2015 om 34 landen en in 2019 om 35 landen. Bron: ESPAD.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al. The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries Björn. Stockholm: CAN; 2004.
2. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN; 2009.
3. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: CAN; 2012.
4. Kraus L, Leifman H, Vicente J. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. Available from: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
5. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

4.6 Hulpvraag en incidenten

Gegevensbronnen

Chronische cocaïneproblematiek wordt onder andere gezien en behandeld in de verslavingszorg en in de algemene ziekenhuizen. De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat een schatting van het aantal klinische opnames met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose. Zie bijlage B5 voor de meest recente gegevens. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) rapporteerde tot en met 2015 over de hulpvraag in de verslavingszorg. De acute hulpvraag wordt geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten (MDI). Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen.

4.6.1 Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken of andere gedragsverslavingen. De pas verschenen Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van niet-opioïde drugs adviseert om bij een stoornis in het gebruik van cocaïne als eerste keus contingentie management aan te bieden. Mocht deze behandelingsvorm niet beschikbaar zijn, dan wordt aanbevolen om in plaats daarvan cognitieve gedragstherapie aan te bieden [2]. Bij cocaïneverslaving is ‘contingency management’, waarbij beloningen worden gegeven (zoals tegoedbonnen) voor het niet meer gebruiken van cocaïne, tot nu toe namelijk het meest effectief gebleken [3]. Bovendien is er voldoende bewijs voor de effectiviteit van een breed opgezet interventiepakket volgens de principes van de Community Reinforcement Approach (CRA), waarvan ‘contingency management’ vaak onderdeel is [4]. Het is niet bekend in hoeverre deze interventies in Nederland structureel worden toegepast voor de behandeling van cocaïneverslaving. Momenteel wordt onderzocht of het medicijn dexamfetamine een gunstig effect kan hebben bij gebruikers van cocaïne die behalve cocaïne ook opiaten gebruiken [5]. Er zijn indicaties gevonden dat dexamfetamine in deze groep niet alleen het gebruik van cocaïne kan terugdringen, maar ook een gunstig effect kan hebben op de lichamelijke en psychische gezondheid en het sociaal functioneren.

LADIS

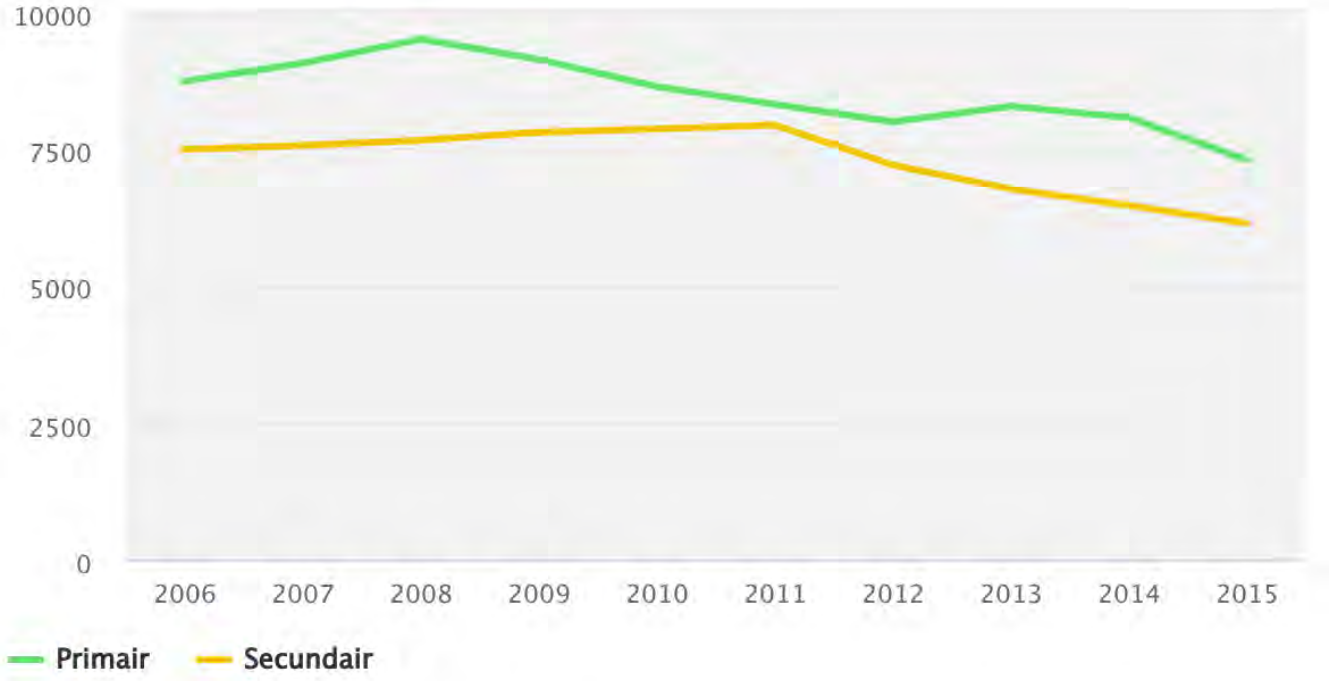
Verslavingszorginstellingen leverden tot en met 2015 gepseudonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) [6].

Let op: Tussen 2015 en 2022 zijn er geen nieuwe gegevens beschikbaar gekomen uit het LADIS (zie bijlage B6: LADIS), omdat deze niet meer verzameld konden worden in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag (een wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) geregeld voor het aanleveren van gegevens, waarna de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart kon worden. De ‘pauze’ heeft

echter gezorgd voor een onderregistratie, waardoor de gegevens niet volledig zijn.
De Tussenrapportage Kerncijfers Verslavingszorg 2016-2021 geeft een voorlopig beeld van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. In het najaar van 2023 wordt een gedetailleerdere versie van deze rapportage verwacht, aangevuld met de gegevens van 2022. Deze gegevens worden daarom later dit jaar verwerkt in de Nationale Drug Monitor.

- Het aantal cliënten met cocaïne als primair probleem is sinds 2008, met wat schommelingen, gedaald (zie onderstaande figuur). Tussen 2014 en 2015 vond er nog een daling plaats met 10%.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder daalde het aantal primaire cocaïnecliënten van 65 in 2006 naar 52 in 2015.
- Het aandeel van de primaire cocaïnecliënten in alle cliënten met een drugsprobleem lag in 2006 op 28% en lag in 2015 op 23%.
- Voor bijna de helft van de primaire cocaïnecliënten (45%) was in 2015 roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor iets meer dan de helft (54%) snuiven. Slechts 1% injecteerde de cocaïne. Ook in 2006 lag het percentage injecteerders op 1%, maar in dat jaar lag het percentage rokers hoger (52%) en lag het percentage snuivers lager (47%). Op lokaal niveau is ook in Den Haag, onder de cocaïnecliënten van Brijder Verslavingszorg, een daling geconstateerd in het percentage rokers. In de afgelopen vijf jaar daalde onder de cocaïnecliënten in Den Haag het percentage rokers van 68% naar 53% in 2017 [7].
- In 2017 werd in zes Europese steden onderzocht welke drugs aanwezig waren in naalden die waren gebruikt om drugs mee te injecteren [8]. Amsterdam was één van deze zes steden. Het onderzoek vond plaats binnen het kader van het ESCAPE-project. ‘ESCAPE’ staat daarbij voor ‘European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise’. In Amsterdam werd in 43% van de gebruikte drugsspuiten cocaïne aangetroffen. Daarbij gaat het echter ook om drugsspuiten die werden gebruikt om heroïne te injecteren in combinatie met cocaïne.
- In 2015 was 16% van de primaire cocaïnecliënten een nieuwkomer. Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg voor een drugsverslaving, een alcoholverslaving of een andere verslaving. In 2006 lag het percentage nieuwkomers op 21%.
- Van de 7.295 primaire cocaïnecliënten in 2015 stond bij 4.557 cliënten (62%) zowel een primaire als een secundaire problematiek geregistreerd. Bij deze cliënten ging het vooral om alcohol (33%), opiaten (28%) en cannabis (19%). In 4% van de gevallen ging het om een primaire verslaving aan crack en een secundaire verslaving aan snuifcocaïne en ging het omgekeerd in 1% van de gevallen om een primaire verslaving aan snuifcocaïne en een secundaire verslaving aan crack.
- Cocaïne werd ook vaak als secundair probleem genoemd (onderstaande figuur). Ook het aantal cliënten met cocaïne als secundair probleem is de afgelopen jaren gedaald. Voor deze groep was in 2015 het primaire probleem vooral opiaten (46%), gevolgd door alcohol (36%) en cannabis (11%).

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



Aantal cliënten. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

Categories	Primair	Secundair
2006	8736	7488
2007	9066	7560
2008	9503	7657
2009	9132	7802
2010	8636	7864
2011	8312	7934
2012	7992	7200

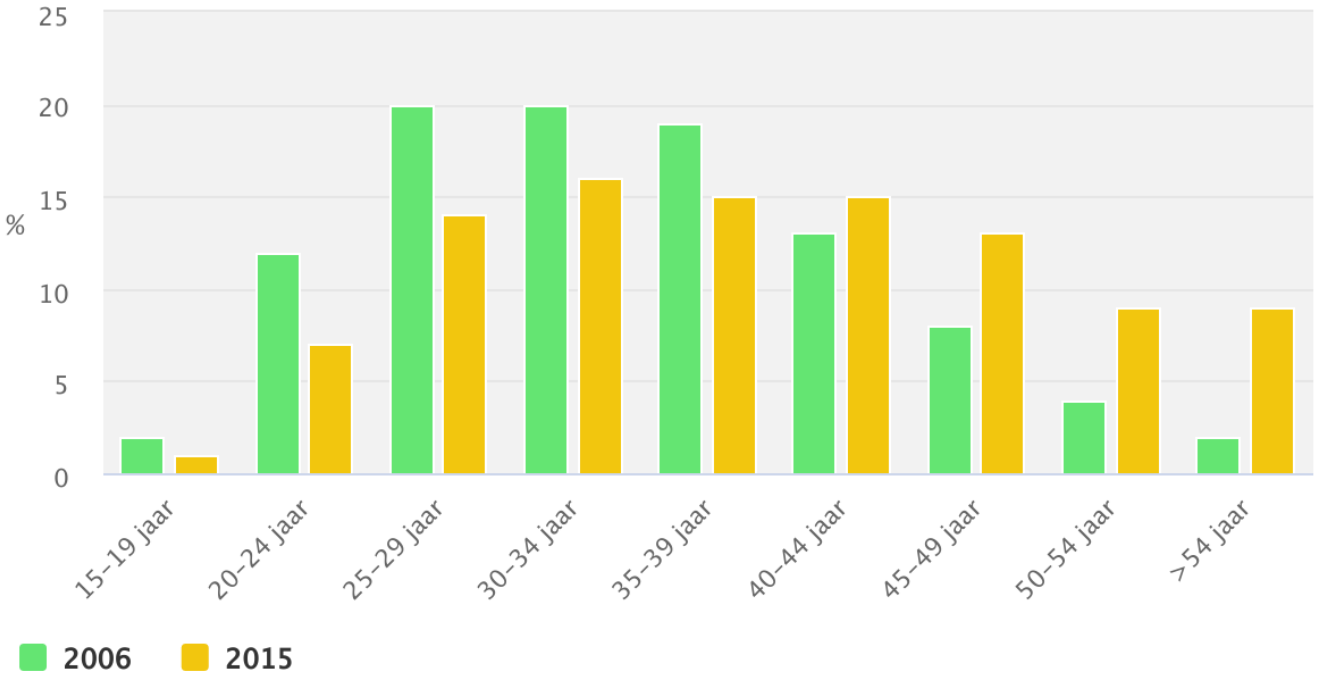
Categories	Primair	Secundair
2013	8277	6766
2014	8069	6463
2015	7295	6138

LADIS: Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

In 2015 waren 8 van de 10 primaire cocaïnecliënten man (82%).

- De gemiddelde leeftijd in 2015 was 39 jaar, vergeleken met 34 jaar in 2006. Daarmee zijn de primaire cocaïnecliënten jonger dan de opiaat-, en alcoholcliënten maar ouder dan de cannabis-, ecstasy-, amfetamine- en GHB-cliënten.
- Onderstaande figuur laat zien dat 60% van de primaire cocaïnecliënten in 2015 tussen de 25 en 44 jaar was. Het aandeel jonge cocaïnecliënten van 15-34 jaar is in de afgelopen tien jaren gedaald van 54% in 2006 naar 38% in 2015. Het aandeel van de cocaïnecliënten van 40 jaar en ouder is in deze periode gestegen van 27% in 2006 naar 46% in 2015.
- Deze veroudering komt grotendeels op conto van de crackverslaafden, van wie een deel ook problemen met opiaten heeft (zie § 5.6).
- In 2015 had van de primaire cocaïnecliënten 48% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 39% een middelbare opleiding afgerond en had 13% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage B6)
- Eerder (§ 4.2.2) werd er op gewezen dat in de algemene bevolking hoger opgeleiden meer ervaring hebben met cocaïne dan lager opgeleiden. Echter, onder de cocaïnecliënten in de verslavingszorg was slechts 13% hoger opgeleid en was 48% lager opgeleid.

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



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

Categories	2006	2015
15-19 jaar	2	1
20-24 jaar	12	7
25-29 jaar	20	14
30-34 jaar	20	16
35-39 jaar	19	15
40-44 jaar	13	15
45-49 jaar	8	13

Categories	2006	2015
50-54 jaar	4	9
>54 jaar	2	9

Aanvullende informatie

Bronnen

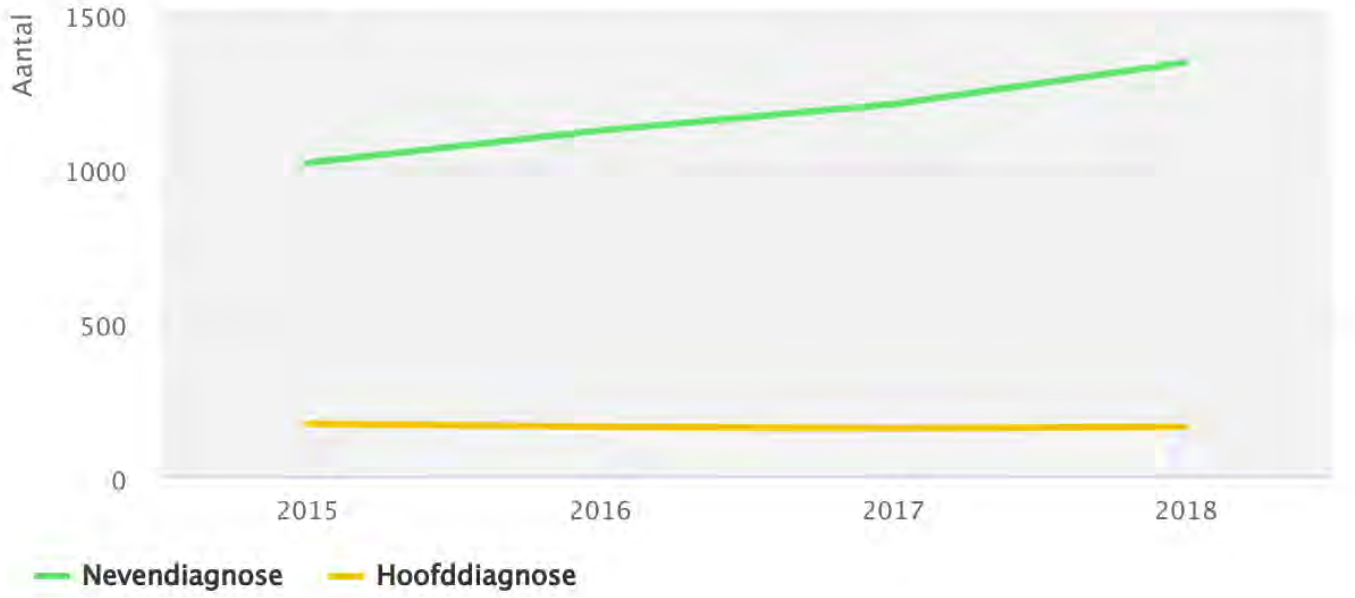
1. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar MW. Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie van maart tot september 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Hendriks V, Blanken P, Croes E, Schippers G, Schellekens A, Stollenga M, et al. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz; 2018.
3. Schierenberg A, Van Amsterdam J, Van Den Brink W, Goudriaan AE. Efficacy of Contingency Management for Cocaine Dependence Treatment: A Review of the Evidence. Vol. 5, Current Drug Abuse Reviews. 2012. p. 320–331.
4. Roozen HG, De Waart R, Van Der Kroft P. Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. Vol. 105, Addiction. 2010. p. 1729–1738.
5. Blanken P, Nuijten M, Van den Brink W, Hendriks VM. Clinical effects beyond cocaine use of sustained-release dexamphetamine for the treatment of cocaine dependent patients with comorbid opioid dependence: secondary analysis of a double-blind, placebo-controlled randomized trial. Vol. 115, Addiction. 2020. p. 917–923.
6. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Key figures addiction care 2015: LADIS: National Alcohol and Drugs Information System. Houten, the Netherlands: Stichting Informatie Voorziening Zorg; 2016.
7. Rigter R, Blanken P. Kerncijfers Brijder 2017 Den Haag. Den Haag: Parnassia Addiction Research Centre (PARC), Brijder, Parnassia Groep; 2018.
8. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

4.6.2 Algemene ziekenhuizen

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft gegevens gepubliceerd over de opnames in de algemene ziekenhuizen gerelateerd aan drugs en alcohol voor de registratiejaren 2015 tot en met 2018 [1].

- Het aantal klinische opnames en observaties in de algemene ziekenhuizen waarbij een probleem met cocaïne als hoofddiagnose werd gesteld, schommelde tussen 2015 en 2018 tussen 155 en 170 hoofddiagnoses (zie onderstaande figuur). Zie bijlage B5 voor uitleg over het verschil tussen klinische opnames en observaties.
- Vaker speelt cocaïneproblematiek een rol als nevendiagnose. Het aantal nevendiagnoses waarbij cocaïne een rol speelde steeg van 1.015 in 2015 naar 1.340 in 2018 (onderstaande figuur).

Klinische opnames en observaties[I] in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan cocaïne, 2015–2018



Aantal diagnoses afgerond op vijftallen, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-10 codes: F14 (psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne), T40.5 (vergiftiging door cocaïne). I. Zie bijlage B5 voor definities. Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020b).

NDM

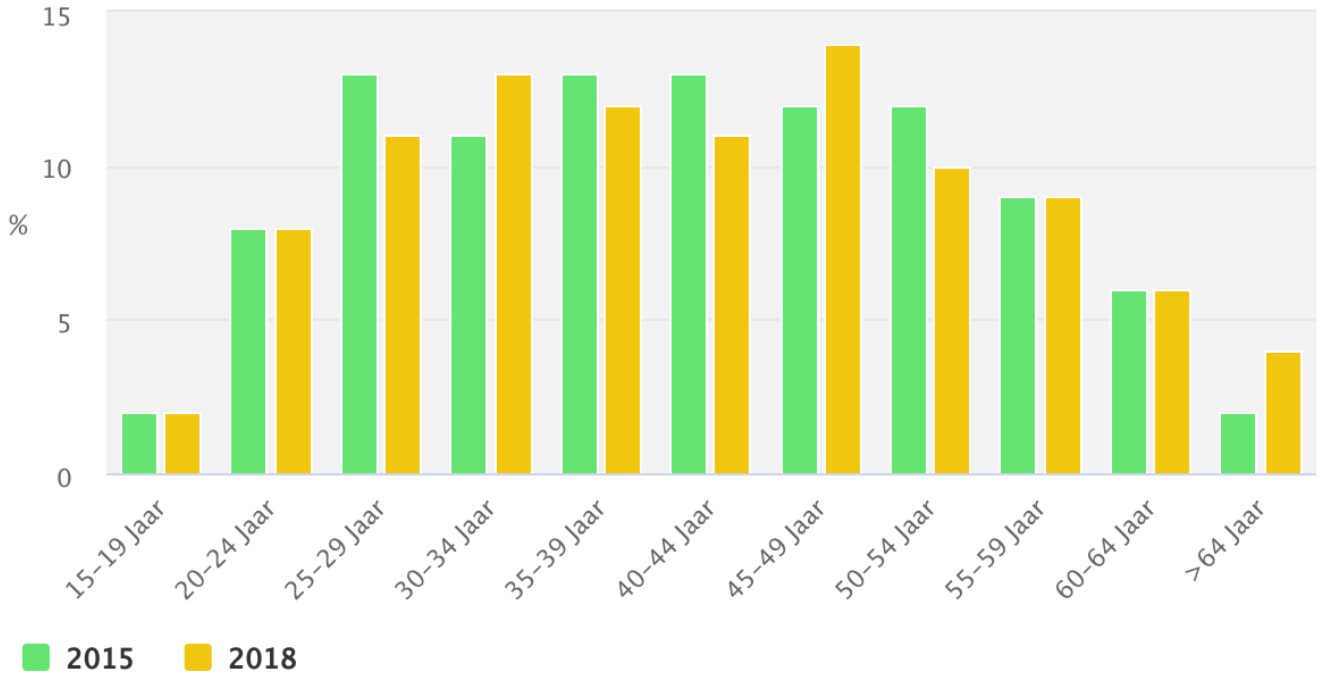
Categories	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2015	1015	170

Categories	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2016	1120	160
2017	1205	155
2018	1340	160

Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een probleem gerelateerd aan cocaïne als hoofd of nevendiagnose.

- Gecorrigeerd voor dubbeltellingen was het aantal cocaïnepatiënten tussen 2015 en 2018 gestegen van 1.040 naar 1.290 patiënten, 79% was man.
- De gemiddelde leeftijd van de cocaïnepatiënten steeg van 41 jaar in 2015 naar 42 jaar in 2018. Het percentage dat 45 jaar of ouder was steeg van 41% in 2015 naar 43% in 2018 (zie onderstaande figuur).

Leeftijdsverdeling van cocaïnepatiënten (hoofd en nevendiagnoses samengenomen) in algemene ziekenhuizen. Peiljaren 2015 en 2018



Percentage patiënten per leeftijdsgroep. Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020b).

NDM

Categories	2015	2018
15-19 Jaar	2	2
20-24 Jaar	8	8
25-29 Jaar	13	11
30-34 Jaar	11	13
35-39 Jaar	13	12
40-44 Jaar	13	11
45-49 Jaar	12	14

Categories	2015	2018
50-54 Jaar	12	10
55-59 Jaar	9	9
60-64 Jaar	6	6
>64 Jaar	2	4

Aanvullende informatie

Bronnen

1. CBS. Ziekenhuisopnamen voor middelengebruik, 2015-2018: 1-9-2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/36/ziekenhuisopnamen-voor-middelengebruik-2015-2018

4.6.3 Incidenten

Snel naar:

- Monitor Drugsincidenten
- Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

In het kort: Het wegvallen van het toerisme leidde tot een afname in het aantal gemelde cocaïne-incidenten in 2020 en 2021 bij de Monitor Drugsincidenten, vooral in de regio Amsterdam, waar toeristen doorgaans een groot deel van de patiëntenpopulatie beslaan. Bij een meerderheid van de cocaïne-incidenten werd ook alcohol gebruikt. Bij het NVIC was in 2021 cocaïne de drug met het op één na hoogste aantal telefonische en online raadplegingen rondom blootstelling bij personen van 13 jaar en ouder.

Gegevensbronnen

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage B3) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende eerste hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door forensisch artsen of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011). De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen. Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Monitor Drugsincidenten

In 2021 werden in totaal 3.984 drugsincidenten geregistreerd [1]. Het gebruik van cocaïne werd bij 708 (18%) van de incidenten gemeld, waarvan 47% als enige gebruikte drug (monogebruik) met of zonder alcohol. Bij de overige incidenten was cocaïne in combinatie met één of meer andere drugs gebruikt, meestal met GHB (30%), cannabis (29%), ecstasy (21%) en/of amfetamine (17%). 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 (24 gevallen) om als aparte groep te bespreken.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van cocaïne

- In 2021 werd 13% van de 333 geregistreerde incidenten met cocaïne als enige gebruikte drug (met of zonder alcohol) gemeld door ambulancediensten, 26% door MDI-ziekenhuizen, 29% door LIS-ziekenhuizen, 2% door EHBO-diensten en 29% door forensisch artsen.

- Incidenten die worden geregistreerd bij de MDI worden ingedeeld naar de mate van intoxicatie (licht, matig of ernstig). In het LIS wordt de mate van intoxicatie niet bijgehouden. In 2021 waren de meeste patiënten die werden behandeld door ambulancepersoneel (45%) ernstig onder invloed na het gebruik van cocaïne. Veelvoorkomende klachten bij een ernstige intoxicatie zijn onder andere cardiovasculaire complicaties (bijvoorbeeld een extreem hoge hartslag en bloeddruk), flauwvallen en ernstige agressie. Daarnaast was 16% matig onder invloed met klachten als paniekaanvallen die behandeling met rustgevende middelen behoeven. Tot slot was 39% licht onder invloed waarbij klachten werden gerapporteerd als hartkloppingen en pijn op de borst. In deze gevallen gingen de klachten vanzelf over.
- Bij 60% van de in 2021 geregistreerde incidenten met cocaïne als enige gebruikte drug werd ook alcohol gebruikt.
- Patiënten met een cocaïne-intoxicatie zijn relatief oud. De mediane leeftijd van patiënten met een cocaïne-intoxicatie bedroeg in 2021 35 jaar. Ter vergelijking: de mediane leeftijd van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie bedroeg 31 jaar.

Incidenten met cocaïne als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2021

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	44 (5)	85 (10)	98 (10)	98 (12)	8 (2)
Man (%)*	75	75	72	92	71
Leeftijd: <25 jaar (%)*	16	16	24	6	50
Ook alcohol gebruikt (%)*	60	59	56	66	75
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	39	42	-	55	67
Matig (%)[II]	16	24	-	34	17
Ernstig (%)[III]	45	33	-	11	17

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

Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [2].

Blootstellingen aan cocaïne worden relatief vaak gemeld vergeleken met andere drugs.

- Het aantal telefonisch gemelde blootstellingen aan cocaïne bij personen van 13 jaar en ouder was 182 in 2021 (ten opzichte van 169 in 2020). In de categorie drugs was alleen het aantal gemelde blootstellingen aan cannabisproducten (232) hoger.
- Naast de telefonische raadplegingen kunnen ook risicoanalyses via de website www.vergiftigingen.info uitgevoerd worden. Cocaïne stond hier op de tweede plaats met 672 van in totaal 3541 risicoanalyses, na MDMA (899 analyses).
- In 2021 was er een (lichte) stijging in het aantal telefonische meldingen en online risicoanalyses voor cocaïne vergeleken met 2020 (respectievelijk 169 en 568) en 2019 (respectievelijk 171 en 472). Cocaïne staat al jarenlang in de top 3 van drugs met de meeste telefonisch gemelde blootstellingen.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Van Velzen AG, Mulder-Spijkerboer HN, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2021: NVIC Rapport 01/2022. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2022.

4.7 Ziekte en sterfte

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft uiteenlopende nationale en internationale studies naar het effect van cocaïne op de gezondheid, evenals het risico op overlijden.

4.7.1 Ziekte

Het gebruik van cocaïne kan leiden tot lichamelijke ziekten, maar kan ook leiden tot psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Ook kunnen versnijdingen in de cocaïne ziekten veroorzaken.

Lichamelijke ziekten

Enkele lichamelijke ziekten die kunnen ontstaan door het gebruik van cocaïne zijn hart- en vaatziekten [1–6], hersenziekten waaronder met name hersenbloedingen [7,8], longziekten [7], beschadiging van de oogzenuw [9] en nierziekten [10]. Cocaïne kan op verschillende manieren leiden tot oververhitting, maar wordt cocaïne gebruikt terwijl het warm is, dan kan het gebruik nog eerder leiden tot oververhitting en sterfte [11]. Gebruik van cocaïne kan de weerstand verminderen, waardoor gebruikers sneller een infectie kunnen oplopen met het coronavirus en bovendien het risico lopen daarvan minder goed te herstellen [12].

Psychische stoornissen en gedragsstoornissen

Niet alleen kan het gebruik van cocaïne leiden tot misbruik en verslaving, ook kan het gebruik leiden tot een *excited delirium*, c.q. een opwindingsdelier [13,14]. Het opwindingsdelier is “een ernstig en acuut gezondheidsprobleem dat zich uit in ongerichte agressie” [15]. Het gaat om “een verstoorde geestelijke toestand, die gepaard gaat met een wisselend bewustzijnsniveau en hevige opwinding (agitatie), vecht- of gewelddadig gedrag”.

Ziekten door versnijdingen

Cocaïne versneden met levamisol (zie ook § 4.8) kan bij zware gebruikers op langere termijn aanleiding geven tot gezondheidsproblemen.

- Frequente gebruikers van cocaïne lopen het risico op cytopenie (vermindering van het aantal bloedcellen) en levamisolgeïnduceerde vasculopathie (LIV) [16,17]. LIV leidt tot het afsterven van bloedvaten in de huid, in week weefsel (neus, wangen, oorschelp) en in boteinden. Ook kan levamisol hersenbeschadigingen veroorzaken. Onbekend is hoe vaak dit in Nederland voorkomt. Bovendien kan levamisol leiden tot auto-immuun ziekten [18], waarbij het afweersysteem gezonde cellen van het eigen lichaam aanvalt, waardoor schade aan weefsels en organen kan ontstaan.

Ziekten door het combineren van alcohol en cocaïne

Het combineren van alcohol en cocaïne brengt extra risico’s met zich mee. Tijdens het gelijktijdig

gebruiken van deze middelen, wordt in de lever een nieuwe stof, cocaethyleen, aangemaakt [19]. Deze stof verhoogt mogelijk het risico op hart- en herseninfarcten, hartritmestoornissen en hersenbloedingen [20,21].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Arora S, Dodani S, Kaeley GS, Kraemer DF, Aldridge P, Pomm R. Cocaine Use and Subclinical Coronary Artery Disease in Caucasians. Vol. 06, Journal of Clinical & Experimental Cardiology. 2015. p. 1000386.
2. Bachi K, Mani V, Jeyachandran D, Fayad ZA, Goldstein RZ, Alia-Klein N. Vascular disease in cocaine addiction. Vol. 262, Atherosclerosis. 2017. p. 154–162.
3. Lucas GM, Atta MG, Fine DM, McFall AM, Estrella MM, Zook K, et al. HIV, Cocaine Use, and Hepatitis C Virus: A Triad of Nontraditional Risk Factors for Subclinical Cardiovascular Disease. Vol. 36, Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology. 2016. p. 2100–2107.
4. Manninger M, Perl S, Brussee H, Toth GG. Sniff of coke breaks the heart: Cocaine-induced coronary vasospasm aggravated by therapeutic hypothermia and vasopressors after aborted sudden cardiac death: A case report. Vol. 2, European Heart Journal - Case Reports. 2018. p. 1–4.
5. Pavarin RM, Sanchini S, Marani S, Turino E, Tadonio L, Cantarelli B. Mortality Risk among Cocaine Users before and after the Economic Recession: Results of a Longitudinal Study. Vol. 26, European Addiction Research. 2020. p. 10–19.
6. Santurtún A, Blanco AG, Fdez-Arroyabe P, Santurtún M, Zarrabeitia MT. Cocaine in Hospital Admissions for Diseases of the Circulatory System and as the Underlying Cause of Death: Analysis and Discussion. Vol. 20, Cardiovascular Toxicology. 2020. p. 20–27.
7. Pawlik E, Mahler H, Hartung B, Plässer G, Daldrup T. Drug-related death: Adulterants from cocaine preparations in lung tissue and blood. Vol. 249, Forensic Science International. 2015. p. 294–303.
8. Takayama M, Waters B, Fujii H, Hara K, Kashiwagi M, Matsusue A, et al. Subarachnoid hemorrhage in a Japanese cocaine abuser: Cocaine-related sudden death. Vol. 32, Legal Medicine. Elsevier; 2018. p. 43–47.
9. Siemerink MJ, Freling NJM, Saeed P. Chronic orbital inflammatory disease and optic neuropathy associated with long-term intranasal cocaine abuse: 2 cases and literature review [Internet]. Vol. 36, Orbit. Taylor & Francis; 2017. p. 350–355. Available from: https://doi.org/10.1080/01676830.2017.1337178
10. Novick T, Yang L, Alvanzo A, Zonderman AB, Evans MK, Crews DC. Lifetime Opiate and Cocaine Use and Chronic Kidney Disease. Vol. 44, American Journal of Nephrology. 2016. p. 447–453.
11. Auger N, Bilodeau-Bertrand M, Labesse ME, Kosatsky T. Association of elevated ambient temperature with death from cocaine overdose. Vol. 178, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier; 2017. p. 101–105.
12. Wei Y, Shah R. Substance Use Disorder in the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Vulnerabilities and Complications [Internet]. Vol. 13, Pharmaceuticals. 2020. p. 155. Available from: https://www.mdpi.com/1424-8247/13/7/155
13. Bond C, Morgenstern J, Heitz C, Milne WK. Hot Off the Press: SGEM #218. Excited Delirium: A Systematic Review. Vol. 26, Academic Emergency Medicine. 2019. p. 106–108.
14. Shields LBE, Rolf CM, Hunsaker JC. Sudden Death Due To Acute Cocaine Toxicity - Excited

Delirium in a Body Packer. Vol. 60, Journal of Forensic Sciences. 2015. p. 1647–1651.
15. Krul J, Sannen A. Factsheet: Opwindingsdelier: Informatie voor politie, beveiliging en hulpverlening. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
16. Brunt TM, Van den Berg J, Pennings EJM, Venhuis BJ. Adverse effects of levamisole in cocaine users: a review and risk assessment. Vol. 91, Archives of Toxicology. 2017. p. 2303–2313.
17. Vonmoos M, Hirsiger S, Preller KH, Hulka LM, Allemann D, Herdener M, et al. Cognitive and neuroanatomical impairments associated with chronic exposure to levamisole-contaminated cocaine [Internet]. Vol. 8, Translational Psychiatry. Springer US; 2018. p. 235. Available from: http://www.nature.com/articles/s41398-018-0279-3
18. Cascio MJ, Jen KY. Cocaine/levamisole-Associated autoimmune syndrome: A disease of neutrophil-mediated autoimmunity. Vol. 25, Current Opinion in Hematology. 2018. p. 29–36.
19. Jones AW. Forensic Drug Profile: Cocaethylene. Vol. 43, Journal of Analytical Toxicology. 2019. p. 155–160.
20. Knuepfer MM. Cardiovascular disorders associated with cocaine use: myths and truths. Vol. 97, Pharmacology & therapeutics. 2003. p. 181–222.
21. Williams JB, Keenan SM, Gan Q, Knuepfer MM. Hemodynamic response profile predicts susceptibility to cocaine-induced toxicity. Vol. 464, European journal of pharmacology. 2003. p. 189–196.

4.7.2 Sterfte

In het kort: Het gebruik van cocaïne kan leiden tot sterfte door de in § 4.7.1 genoemde lichamelijke ziekten en psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Ook kan het gebruik van cocaïne leiden tot sterfte door een overdosis of door een opwindingsdelier [1,2]. De hieronder gerapporteerde cijfers hebben voor het overgrote deel betrekking op sterfte door een overdosis.

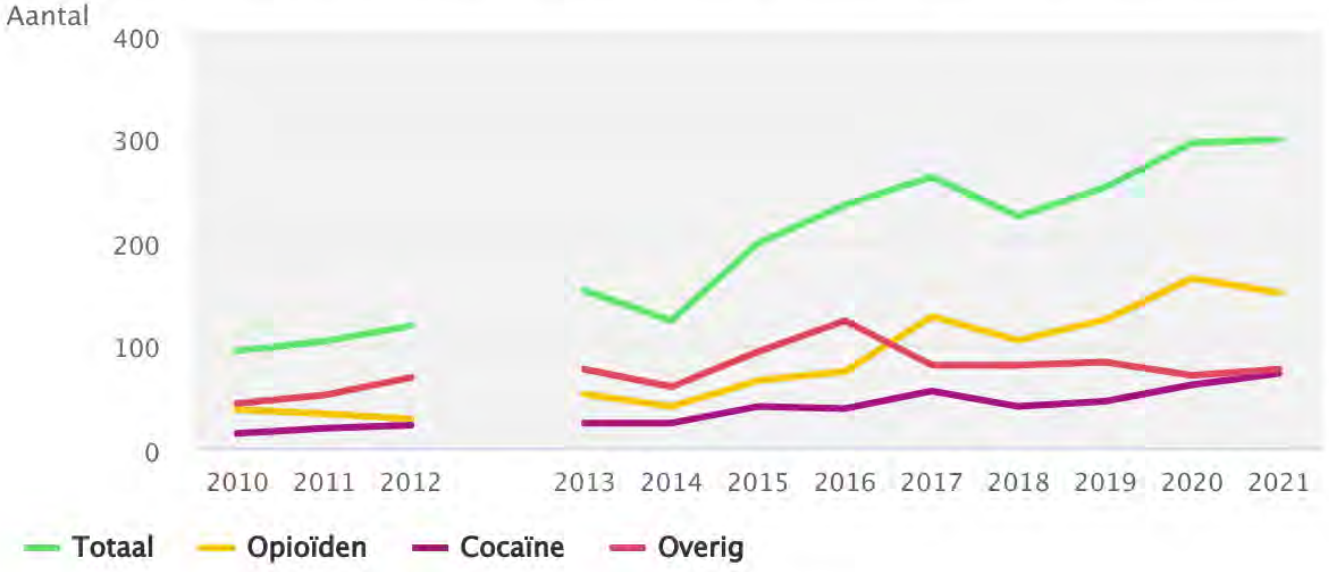
Doodsoorzakenstatistiek CBS

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland naar verhouding maar weinig mensen aan de directe acute gevolgen van cocaïnegebruik. Hierbij dient wel te worden aangetekend dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS niet specifiek is toegerust op het registreren van drugsgerelateerde sterfte (zie bijlage B4). Tal van factoren, waaronder wijzigingen in de registratie (zoals het elektronisch gaan aanleveren van de doodsoorzakenformulieren) en het detecteren van aan middelen geregistreerde sterfte (zoals een toename van kwantitatief of kwalitatief toxicologisch onderzoek door forensisch artsen) kunnen van invloed zijn geweest op de aantallen en de trends (zie bijlage B4). De cijfers moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd. Aanvullende informatie zal op termijn beschikbaar komen uit een Speciaal Register met forensische gegevens [3].

- In onderstaande figuur is het aantal geregistreerde sterfgevallen per jaar te zien waarbij cocaïnegebruik is aangewezen als de onderliggende doodsoorzaak. Deze cijfers omvatten dus niet sterfgevallen van ‘mengintoxicaties’ waarbij cocaïne samen met andere middelen tot het overlijden heeft geleid. Het komt namelijk voor dat cocaïne, in combinatie met andere middelen, zoals bijvoorbeeld opiaten en alcohol, wordt gecodeerd onder een andere (niet gespecificeerde of overige) code, als niet kan worden vastgesteld welk middel de doodsoorzaak was, of als een combinatie van middelen heeft geleid tot het overlijden. In 2013 schakelde de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS daarbij over op automatische codering, waardoor mogelijk meer gevallen zichtbaar zijn geworden. Er kan hierbij geen onderscheid worden gemaakt tussen gebruikers van crack en snuifcocaïne.
- In 2020 en 2021 ging het bij de 133 gevallen van aan cocaïne gerelateerde drugssterfte in 80% van de gevallen om accidentele vergiftiging, in 5% van de gevallen ging het om suïcide, en in 2% van de gevallen was de oorzaak van de vergiftiging onbekend. In de overige 14% van de gevallen werd de sterfte geregistreerd onder de diagnose “psychische stoornissen en gedragsstoornissen”. Ook deze categorie valt onder de directe drugsgerelateerde sterfte.
- Tussen 2010 en 2021 lag het aantal gevallen, waarbij een cocaïnestoornis of -vergiftiging expliciet als onderliggende doodsoorzaak was geregistreerd, op gemiddeld 38 per jaar. Het aantal gevallen waar cocaïne stond geregistreerd verdubbelde de afgelopen jaren van 24 gevallen in 2013 en 2014 naar 55 gevallen in 2017 en steeg in 2021 verder naar 72 gevallen.
- In hoeverre het om daadwerkelijke stijgingen gaat, is niet bekend. Mogelijk zijn cocaïnegerelateerde sterfgevallen die voorheen in de bredere niet gespecificeerde categorie ‘overig’ vielen nu als cocaïnegerelateerde sterfgevallen herkend.
- Het totale aantal in Nederland overleden ‘cocaïnebolletjesslikkers’ is niet bekend. Dit komt onder meer doordat de algemene Doodsoorzakenstatistiek personen uitsluit die niet in het Nederlandse bevolkingsregister staan ingeschreven.

- Behalve in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS, wordt een deel van de aan cocaïne gerelateerde sterfgevallen ook zichtbaar in de Monitor Drugsincidenten (MDI) en in het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL. De MDI baseert zich op gegevens van ambulancediensten, ziekenhuizen, en politieartsen in 8 regio's van Nederland en enkele landelijke EHBO-organisaties, terwijl de gegevens van het LIS afkomstig zijn van 14 afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) van enkele ziekenhuizen [4]. In 2020 werden door de MDI en het LIS in totaal 8 gevallen geconstateerd waarin snuifcocaïne een rol had gespeeld in het overlijden, en 1 geval crack.

Geregistreerde sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland, vanaf 2010[l]



Aantal geregistreerde sterfgevallen. Volgens ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X41*, X42*, X44*, X61*, X62*, X64*, Y11*, Y12*, Y14* (*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage E. I. Vanaf 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van natuurlijke doodsoorzaken, waardoor de gegevens vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken kunnen worden met de voorafgaande jaren. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut volgens de definitie van het EMCDDA.

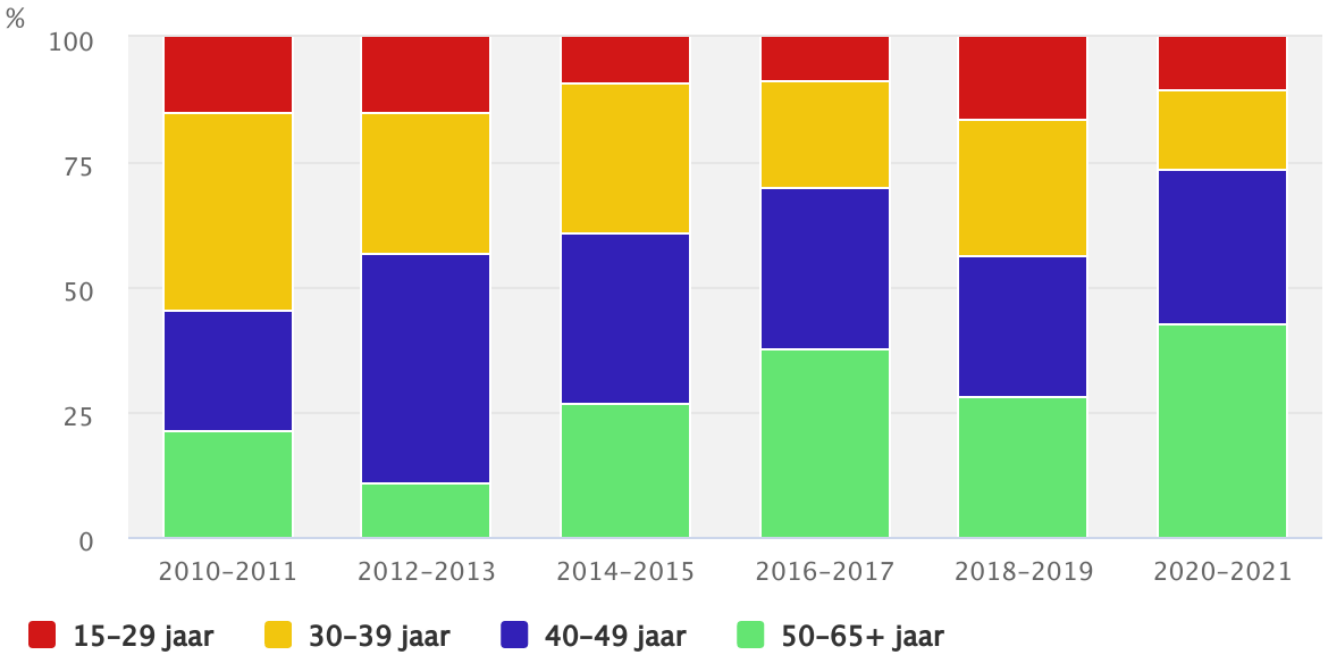
NDM

	Totaal	Opioïden	Cocaïne	Overig
2010	94	37	14	43
2011	103	33	19	51
2012	118	28	22	68

	Totaal	Opioïden	Cocaïne	Overig
2013	152	52	24	76
2014	123	40	24	59
2015	198	65	40	93
2016	235	74	38	123
2017	262	127	55	80
2018	224	104	40	80
2019	252	124	45	83
2020	295	164	61	70
2021	298	150	72	76

Onderstaande figuur geeft de verdeling naar leeftijdsgroep van de sterfgevallen vanwege cocaïne in de periodes van 2010 tot en met 2021. Hierbij zijn steeds 2 jaren samengenomen, omdat te kleine aantallen niet worden gerapporteerd. Het aandeel van de leeftijdsgroep van 40 jaar en ouder is gestegen van 45,4% in de periode van 2010-2011 naar 73,7% in de periode van 2020-2021. Tussen 2010 en 2021 schommelde het percentage mannen onder de cocaïneslachtoffers rond de 83%.

Leeftijdsverdeling van de geregistreerde sterftegevallen gerelateerd aan cocaïne van 2010-2021



Percentage overledenen per leeftijdsgroep. ICD-10 codes primaire doodsoorzaken: F14 en X42*, X44*, X62*, X64*, Y12*, Y14* (*in combinatie met code T40.5). Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

	15-29 jaar	30-39 jaar	40-49 jaar	50-65+ jaar
2010-2011	15,2	39,4	24,2	21,2
2012-2013	15,2	28,3	45,7	10,9
2014-2015	9,4	29,7	34,4	26,6
2016-2017	8,6	21,5	32,3	37,6
2018-2019	16,5	27,1	28,2	28,2
2020-2021	10,5	15,8	30,8	42,9

Internationale vergelijking

Volgens het EMCDDA [4,5] ligt in Europa de directe sterfte door cocaïne nog steeds lager dan de directe sterfte door opioïden. Zie voor meer informatie hierover § 5.7 over internationale vergelijking.

- Wel steeg in 2019 de sterfte gerelateerd aan cocaïne in die landen die hiervoor gegevens hadden aangeleverd aan het EMCDDA [4]. In meer dan de helft van de gevallen van drugsgerelateerde sterfte in Spanje speelde cocaïne een rol en in meer dan een kwart van de gevallen in Frankrijk. Meestal speelden opioïden hierin ook een rol.
- In 2020 speelde cocaïne een rol in 13,4% van de gevallen (tegenover 14,3% in 2019) van drugsgerelateerde sterfte in de 22 Europese landen die hierover data hebben aangeleverd. Ook hier speelden opioïden meestal een rol [5].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Jothee S, Shafie MS, Nor FM. Excited delirium syndrome from psychostimulant abuse can mimic a violent scene of death. Vol. 9, Egyptian Journal of Forensic Sciences. Egyptian Journal of Forensic Sciences; 2019. p. 64.
2. Śliwicka O, Szatner K, Borowska - Solonynko A. Three postmortem case reports of the excited delirium syndrome - A short comparison [Internet]. Vol. 66, Journal of Forensic and Legal Medicine. Elsevier; 2019. p. 134–137. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jflm.2019.06.013
3. Vercoulen E, Ceelen M, Dorn T, Buster M, Croes E, Van Laar M. Drugsgerelateerde sterfte in beeld: Onderzoek naar de praktijk van de detectie en registratie van drugsgerelateerde sterfte en ontwikkeling van een blauwdruk voor een speciaal register. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/GGD Amsterdam; 2021.
4. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
5. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022.

4.8 Aanbod en markt

In het kort: De zuiverheid van cocaïnepoeders is in 2021 op recordhoogte, net als in 2019 en 2020. Na een stagnatie in 2019, is het aandeel cocaïnepoeders met levamisol (een antiwormenmiddel voor dieren), in 2020 en 2021 opnieuw gedaald.

4.8.1 Samenstelling van cocaïnemonsters

Snel naar:

- Zuiverheid
- Versnijdingsmiddelen

Gegevensbronnen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van drugs [1]. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters wordt herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm, zoals cocaïne, worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

Zuiverheid

De zuiverheid van cocaïnepoeders is weer verder gestegen.

- In 2021 werden 782 poeders doorgestuurd naar het laboratorium die door de consument als cocaïne waren aangekocht. Het merendeel van deze poeders (96,9%) bevatte daadwerkelijk cocaïne. Vorig jaar werden er minder cocaïnemonsters ingeleverd bij het DIMS dan het jaar daarvoor: 810 in 2021 versus 892 in 2020. De daling in het aandeel cocaïnemonsters kan een indicatie zijn dat de populariteit van cocaïne wat afneemt, maar hierbij moet ook de kanttekening gemaakt worden dat cocaïnemonsters een relatief grote kans hebben om tijdens drukte door het DIMS of door een instelling tegengehouden te worden, iets wat voor de coronapandemie dan ook regelmatig gebeurde.
- Het gemiddelde gehalte cocaïne vertoonde een opvallende stijging van 49,2% in 2011 naar 68,9% cocaïne base in 2019 en 2020, met een tijdelijke daling in 2018 naar 65,4%. In 2021 is het gemiddelde cocaïnegehalte weer verder gestegen naar 71,3%, en is daarmee (nog steeds) op recordhoogte (zie onderstaande figuur). De cocaïne is zeer zuiver, ook vergeleken met andere Europese landen [2]. Daarbij is 89% het maximaal haalbare volumepercentage van cocaïne base in snuifcocaïne (cocaïne-HCL).

Percentage cocaïne[1] in poeders gekocht als cocaïne, vanaf 2010



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

NDM

	% cocaïne
2010	52,3
2011	49,2
2012	58,1
2013	61,4
2014	59,2
2015	64,0
2016	66,8

	% cocaïne
2017	68,3
2018	65,4
2019	68,9
2020	68,9
2021	71,3

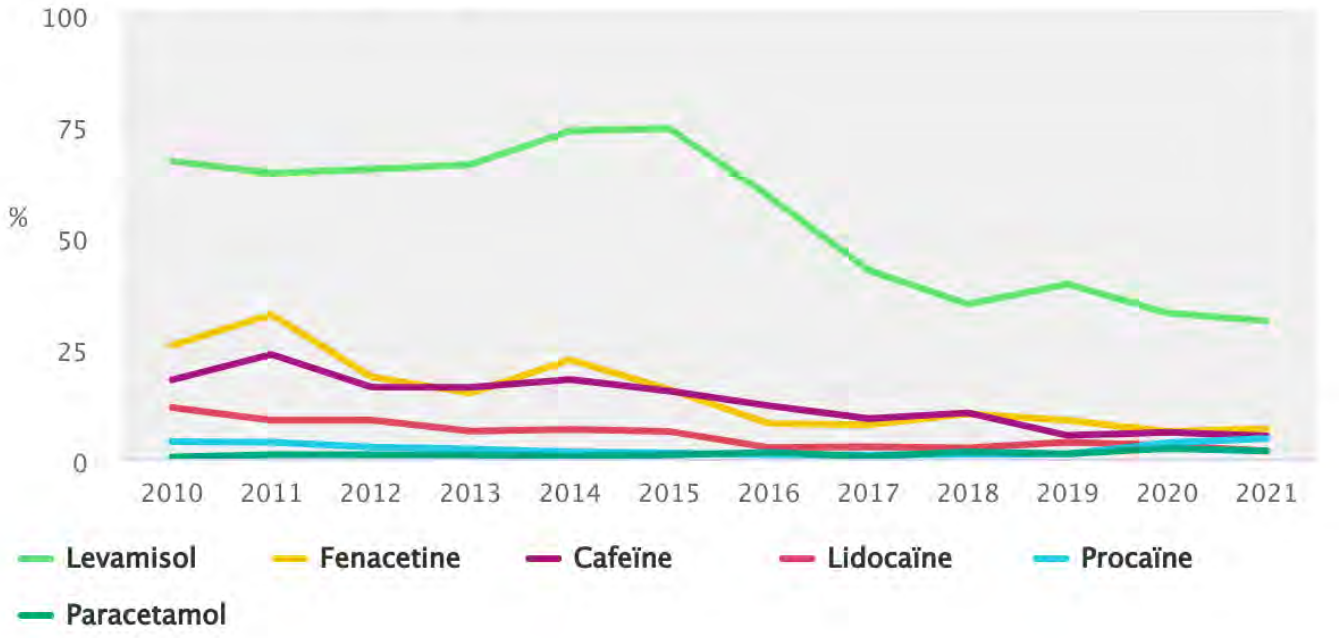
Versnijdingsmiddelen

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

- Vooral het versnijdingsmiddel levamisol laat tussen 2007 en 2010 een sterk stijgende trend zien en het aandeel cocaïnemonsters waarin dit middel zat bleef tot en met 2015 stabiel hoog. Opvallend is dat vanaf 2016 een daling te zien was in het aantal cocaïnemonsters dat dit versnijdingsmiddel bevatte, een trend die in 2019 leek te stagneren, maar in 2020 lag het gehalte levamisol voor het eerst onder het niveau van 2018. Ook in 2021 is het percentage cocaïnemonsters met levamisol licht gedaald.
- In 2021 bevatte 30,9% van de als cocaïne gekochte poeders levamisol, tegenover 74,1% in 2015.
- Het gemiddelde percentage levamisol in deze cocaïnepoeders schommelt gemiddeld genomen rond de 10%. In 2020 was de gemiddelde concentratie levamisol in cocaïnepoeders met 12,5% het hoogst in de afgelopen tien jaar, in 2021 is dit gemiddelde weer iets gedaald. Dat de gemiddelde concentratie levamisol sinds 2020 weer boven de 10% ligt is een zorgelijke ontwikkeling, omdat structureel gebruik van cocaïne met meer dan 10% levamisol een grote kans op onderdrukking van het immuunsysteem heeft.
- Frequente gebruikers van cocaïne lopen door het gebruik van levamisol een risico op ernstige bloed- en huidziekten (zie § 4.7). Levamisol werd gebruikt bij de behandeling van kanker, maar is in 2004 in Nederland voor humaan gebruik uit de handel gehaald. Levamisol wordt nog wel voor veterinaire doeleinden toegepast als antiwormenmiddel. Er zijn verschillende mogelijke redenen waarom levamisol als versnijdingsmiddel wordt gebruikt. Het is namelijk ruim beschikbaar, het lijkt veel op cocaïne, het valt niet op bij het maken van crack, het is goedkoop, en mogelijk versterkt levamisol ook nog eens het stimulerende effect van cocaïne [3,4].

- Naast levamisol zijn de meest voorkomende vervuilingen in cocaïne: fenacetine (6,7%), cafeïne (5,1%) en procaïne (4,5%).
- In 2009 bevatte nog 39% van de als cocaïne gekochte poeders fenacetine. In 2021 was dit aandeel dus gedaald tot 6,7%. 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. Procaïne is een stof met een lokaal verdovend effect.

Percentage als cocaïne gekochte poeders met naast cocaïne ook versnijdingsmiddelen[I], vanaf 2010



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

NDM

Category	Levamisol	Fenacetine	Cafeïne	Lidocaïne	Procaïne	Paracetamol
2010	66,8	25,4	17,7	11,5	3,8	0,4
2011	64,1	32,4	23,4	8,6	3,7	0,9
2012	65,0	18,4	16,1	8,7	2,6	0,9
2013	66,0	14,7	16,0	6,2	2,2	0,8

Category	Levamisol	Fenacetine	Cafeïne	Lidocaïne	Procaïne	Paracetamol
2014	73,6	22,2	17,8	6,6	1,5	0,6
2015	74,1	15,5	15,2	6,1	1,3	0,8
2016	58,9	7,9	11,9	2,5	0,9	1,4
2017	42,3	7,6	9,0	2,7	0,8	0,5
2018	34,7	10,1	10,3	2,4	1,0	1,5
2019	39,2	8,6	5,2	3,7	1,0	1,1
2020	32,7	6,1	5,9	3,0	3,6	2,3
2021	30,9	6,7	5,1	1,7	4,5	1,7

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
3. Brunt TM, Van den Berg J, Pennings EJM, Venhuis BJ. Adverse effects of levamisole in cocaine users: a review and risk assessment. Vol. 91, Archives of Toxicology. 2017. p. 2303–2313.
4. Kudlacek O, Hofmaier T, Luf A, Mayer FP, Stockner T, Nagy C, et al. Cocaine adulteration. Vols. 83–84, Journal of Chemical Neuroanatomy. 2017. p. 75–81.

4.8.2 Prijzen

Gegevensbronnen

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

- De prijs voor een gram cocaïne is in verhouding tot andere drugs behoorlijk hoog. In 2021 werd voor een gram cocaïne gemiddeld €51,80 betaald [1]. De helft van de bij het DIMS aangeleverde cocaïnepoeders kostte in 2021 tussen de 50 en de 60 euro (zie onderstaande tabel).
- Ondanks de toegenomen zuiverheid is de prijs van cocaïne niet gestegen, maar schommelt de gemiddelde prijs van cocaïnepoeders al sinds 2008 rond de 50 euro per gram (onderstaande tabel).
- In Amsterdam werd een daling gesignaleerd in de ‘groothandelsprijzen’ op kilo niveau, van 35.000 euro in 2014 naar 25.000 euro in 2017, hoewel deze daling niet werd doorgerekend aan de consument [2], maar sinds 2018 stijgen de prijzen weer. In 2019 was de kiloprijs gemiddeld 32.000 euro.
- In 2020 betaalden mensen in Amsterdam, volgens de Antenne-monitor, gemiddeld tussen de 50 en 60 euro voor een gram cocaïne [3,4]. In 2019 betaalden mensen uit de Gooi en Vechtstreek gemiddeld 48 euro voor een gram cocaïne [5].
- Uit het European Drug Report blijkt dat de gemiddelde prijs van een gram cocaïne in 2019 in Nederland één van de laagste was in Europa. Van de landen die in 2019 gegevens over de prijs hadden aangeleverd, was alleen in Portugal de prijs voor een gram cocaïne lager (34 euro) [6].
- Mogelijk duiden de stabiliteit van de prijs en de toename van de zuiverheid op een toegenomen beschikbaarheid van cocaïne. Dit is in lijn met waarnemingen van het EMCDDA [7–9].

Prijs (euro) per gram cocaïne op consumentenniveau, vanaf 2010

Subtitle

	2010[I]	2011[I]	2012[I]	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2
Aantal monsters (n)	1035	1107	1229	1341	1286	1540	1449	1442	1366	1334	8
Gemiddelde (€)	45	52	53	52	53	51	49	49	49	50	5
Interkwartiel (€)[II]	-	-	-	50-60	50-60	45-60	40-50	40-50	45-55	45-60	5 5

I. Vanaf 2013 hanteert DIMS een nieuwe rapportagemethode voor prijs. De prijscijfers van voor 2013 zijn daarom slechts beperkt vergelijkbaar met de data vanaf 2013. II. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit dus nog boven deze range, en 25% er onder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Meer informatie

- Voor de strafrechtelijke opsporingsonderzoeken naar cocaïne en heroïne, zie § 16.2.
- Voor de smokkelroutes van cocaïne, zie § 16.2.2.
- Voor de conflicten onder cocaïnehandelaren, zie § 16.2.3.
- Voor de inbeslagnames van cocaïne, zie § 16.3.
- Voor het effect van de coronamaatregelen op de cocaïnehandel, zie § 16.2.2.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Luijk SJ, Nabben T, Korf DJ, Van Bakkum F, Krouwel J, Noijen J. Antenne Gooi en Vechtstreek 2017: Het gebruik van alcohol, tabak en drugs onder jongeren en jongvolwassenen in de regio. Amsterdam: Bonger Instituut voor Criminologie; 2018.
3. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
4. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
5. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder

jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.
6. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
7. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
8. EMCDDA. EU Drug Market: Cocaine [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/cocaine_en#section1
9. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.



Opiaten

5.0 Laatste feiten en trends

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

- COVID-19 en de coronamaatregelen hebben geleid tot knelpunten in de voorzieningen voor harm reduction (zie § 5.1.2).
- Heroïnegebruik komt weinig voor in de algemene bevolking, het percentage volwassenen dat ooit heroïne heeft gebruikt lag in 2021 op 0,4% (§ 5.2). Dat geldt ook voor scholieren en studenten (§ 5.3).
- Tussen 2019 en 2020 is het aantal gebruikers van sterkwerkende medische opioïden opnieuw gedaald. Onbekend is in hoeverre oxycodon en andere (nieuwe) synthetische opioïden (zoals fentanylen) niet-medisch worden gebruikt (§ 5.2, § 5.7).
- Vergeleken met andere landen in de Europese Unie heeft Nederland een laag aantal probleemgebruikers van opiaten, althans volgens cijfers voor Nederland uit 2012, alweer enige tijd geleden (§ 5.5).
- Sinds 2015 zijn geen nieuwe cijfers beschikbaar voor het aantal primaire opiaatcliënten in de verslavingszorg. Hun aantal daalde gestaag tussen 2006 en 2015. Nog maar weinig opiaatcliënten waren jonger dan 30 jaar (§ 5.6).
- In de algemene ziekenhuizen steeg het aantal nevendiagnoses voor een probleem met opiaten van 940 in 2015 naar 1.085 in 2018 (§ 5.6).
- Het aandeel geregistreerde acute gezondheidsincidenten door heroïne of methadon blijft ook in 2020 laag; deze meldingen komen vooral van forensisch artsen (§ 5.6).
- Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) registreerde aanvankelijk in 2018 een toename van het aantal informatieverzoeken over een mogelijke intoxicatie met medische opioïden, met name oxycodon, maar deze stijging heeft zich in 2019 en 2020 niet verder voortgezet (§ 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). Nog lang niet alle drugsgebruikers met hepatitis C zijn echter opgespoord en/of krijgen de kosteneffectieve behandeling met Direct Acting Antivirals (DAAs).
- De stijging in het aantal geregistreerde sterftegevallen door (synthetische) opiaten tussen 2014 en 2017 had zich aanvankelijk in 2018 niet voortgezet, maar in 2019 en in 2020 vond er weer een stijging plaats die in 2021 is gestabiliseerd. De gemiddelde leeftijd bij overlijden blijft stijgen (§ 5.7).

5.1 Over opioïden (en corona)

5.1.1 Over opioïden

Soorten opiaten

De klasse van de opiaten telt vele middelen. Sommige opiaten staan bekend om het illegale gebruik ervan, zoals heroïne. Ook bestaan er synthetische opiaten. Deze worden ook wel ‘opioïden’ genoemd. Sommige opioïden worden medicinaal gebruikt als pijnstiller, zoals bijvoorbeeld oxycodon en fentanyl. In dit hoofdstuk wordt de term ‘opiaten’ als algemene term gebruikt, waarbij de ‘opioïden’ onder de opiaten vallen. Sommige opiaten zijn vervangers van heroïne, zoals methadon en buprenorfine. Verschillende opiaten zijn in eenzelfde mate verslavend. Het gaat in dit hoofdstuk vooral om heroïne en methadon.

Heroïne

Heroïne wordt in verschillende vormen toegediend. De meest gangbare gebruikswijze in Nederland is inhaleren (‘chinezen’, roken van folie). In Nederland wordt heroïne nauwelijks meer geïnjecteerd. Incidenteel en ‘recreatief’ gebruik van heroïne is gerapporteerd [1,2], 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 hier gesproken wordt over de verzamelterm ‘harddrugs’ is meestal minstens één opiaat in het geding en verder vooral (crack)cocaïne.

Behandeling en zorg voor opiaatgebruikers

Al sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw wordt er veel geïnvesteerd in de behandeling van en de zorg voor problematische opiaatgebruikers. Voorbeelden hiervan zijn de reguliere behandeling met methadon, de medische heroïneverstrekking, harm reduction via gebruikersruimten en spuitomruil en dagopvang, nachtopvang, hostels, beschermd wonen, Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT) en sociale wijkteams [3]. Door behandeling met methadon of medische heroïne daalt het gebruik van illegale heroïne, daalt de criminaliteit en is er minder sterfte [4]. Speciaal voor justitiabele opiaatgebruikers is in 2019 de forensische zorg uitgebreid. Meer in het algemeen valt in Nederland de behandeling van een stoornis in het gebruik van opiaten onder de Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving [5] en de GGZ Zorgstandaard Opiaatverslaving [6].

Nieuwe sterke opioïden

Volgens het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) verschijnen in de afgelopen jaren steeds vaker (nieuwe) zeer sterke opioïden op de Europese drugsmarkt, vooral fentanyl-achtigen [7]. Dit zijn stoffen die de werking van heroïne en morfine nabootsen, maar veel sterker werkzaam zijn, zodanig dat zij niet alleen voor de gebruiker maar ook voor anderen die hiermee in aanraking komen een gevaar vormen. Komen bijvoorbeeld gezondheidsprofessionals, politieagenten, of douanebeambten door onbedoelde inademing, of via de huid, in aanraking met deze stoffen, dan kan dat ook voor hen gevaar opleveren [8].

Extra risico

Vergeleken met heroïne is fentanyl 30 tot 50 maal zo sterk [9]. Bovendien zijn de fentanyl-achtigen extra risicovol doordat ze sneller een ademhalingsdepressie in gang zetten, de ademhalingsspieren verstijven, en minder goed reageren op het tegenmiddel naloxon [10,11]. Ook hebben gebruikers die al een tolerantie hebben opgebouwd voor opiaten en/of opioïden daarmee nog geen tolerantie opgebouwd voor fentanyl via een zogenaamde 'kruistolerantie'.

Zo leidde de opkomst vanaf 2003 van fentanyl op de opiatenmarkt in Estland tot een sterke stijging in het aantal gevallen van een dodelijke overdosis in dit land [12]. Het kan bij de fentanylen gaan om (illegaal gebruik van) geregistreerde geneesmiddelen maar ook om een designer fentanyl of Nieuwe Psychoactieve Stof (NPS), zoals bijvoorbeeld furanyl fentanyl. Vooralsnog worden deze stoffen in Nederland slechts sporadisch aangetroffen door het DIMS, maar een goed beeld ontbreekt [13]. Fentanyl werkt minder eufoor dan andere opioïden, maar desondanks wordt ook fentanyl als illegale drug gebruikt [9,14],[15].

In antwoord op Kamervragen heeft de Minister voor Medische Zorg en Sport aangekondigd dat er een landelijke aanpak komt voor de behandeling van oxycodonverslaving [16]. Ook is er een speciale "taakgroep opioïden" ingesteld ter preventie van het misbruik van medicinale opioïden [17]. Op 16 juni 2020 kon de Minister voor Medische Zorg de Tweede Kamer informeren dat het terugdringen van het onverantwoord voorschrijven van opioïden inmiddels effect heeft gehad: "De nieuwe cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) laten zien dat het aantal verstrekkingen in 2019 met ruim 6,4% is gedaald ten opzichte van het jaar daarvoor en per kwartaal zijn er tussen de 4 tot 7 procent minder gebruikers" [18]. In 2020 daalde het aantal gebruikers van sterkwerkende opioïden opnieuw met 3,7% naar ongeveer 560.000 gebruikers [19].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Caiata-Zufferey M. From danger to risk: Categorising and valuing recreational heroin and cocaine use. Vol. 14, Health, Risk and Society. 2012. p. 427–443.
2. Korf DJ, Van Ginkel P, Benschop A. How to find non-dependent opiate users: A comparison of sampling methods in a field study of opium and heroin users. Vol. 21, International Journal of Drug Policy. Elsevier B.V.; 2010. p. 215–221.
3. Bransen E, Collard P, Van der Poel A, Boon B. Sociale wijkteams en verslavingspreventie: Tijdige signalering en interventie bij problematisch gebruik van alcohol en drugs: Strategische verkenning. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
4. Nordt C, Wiessing L, Kuijpers W, Wisselink J, Espelt A, Brugal MT, et al. Long-Term Opioid Agonist Treatment Participation after First Treatment Entry is Similar across 4 European Regions but Lower in Non-Nationals. Vol. 24, European Addiction Research. 2018. p. 173–183.
5. Van den Brink W, Van de Glind G, Schippers G. Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
6. GGZ-Standaarden. GGZ Zorgstandaard Opiaatverslaving [Internet]. 2020. Available from: https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/opiaatverslaving/samenvatting.
7. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.

8. Chiu SK, Li JF, Nolte KB. Evaluating the Potential for Unintentional Occupational Exposure to Fentanyl and Fentanyl Analogues Among Medicolegal Death Investigators and Autopsy Technicians. Journal of Forensic Sciences. 2020. p. First published: 27 January 2020.
9. Niesink RJM. Opium, morfine en de farmacologie en toxicologie van fentanyl. Vol. 14, Verslaving. 2018. p. 79–85.
10. Gill H, Kelly E, Henderson G. How the complex pharmacology of the fentanyls contributes to their lethality. Vol. 114, Addiction. 2019. p. 1524–1525.
11. Torralva R, Janowsky A. Noradrenergic Mechanisms in Fentanyl-Mediated Rapid Death Explain Failure of Naloxone in the Opioid Crisis. Vol. 371, Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics. 2019. p. 453–475.
12. Uusküla A, Talu A, Vorobjov S, Salekešin M, Rannap J, Lemsalu L, et al. The fentanyl epidemic in Estonia: factors in its evolution and opportunities for a comprehensive public health response, a scoping review. International Journal of Drug Policy. 2020.
13. CAM. CAM Quick Scan rapportage van fentanyl en fentanyl-analoga. Bilthoven: CAM; 2018.
14. Fleiz C, Arredondo J, Chavez A, Pacheco L, Segovia LA, Villatoro JA, et al. Fentanyl is used in Mexico's northern border: current challenges for drug health policies. Vol. 115, Addiction. 2020. p. 778–781.
15. Meacham MC, Lynch KL, Coffin PO, Wade A, Wheeler E, Riley ED. Addressing overdose risk among unstably housed women in San Francisco, California: an examination of potential fentanyl contamination of multiple substances. Vol. 17, Harm Reduction Journal. Harm Reduction Journal; 2020. p. 17.
16. Ministerie-van-VWS. Antwoorden op de vragen van het Kamerlid Van Gerven (SP) over het bericht 'Jaarlijks 220 doden door het slikken van zware pijnstillers'' (2019Z16127), 10 oktober 2019.' Den Haag: Ministerie van VWS; 2019.
17. T.K.29477-617. Geneesmiddelenbeleid: Voortgang actie-agenda opioïden, 10 oktober 2019. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
18. T.K.29689-1056. Herziening Zorgstelsel: Brief regering: Monitor 'vitaminen, mineralen en paracetamol uit het pakket''.' Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
19. SFK. Opnieuw minder opioïdgebruikers: 6 mei 2021, Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 156 Nr 18 [Internet]. 2021. Available from: https://web.archive.org/web/20210922085445/https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2021/opnieuw-minder-opioidgebruikers-1.

5.1.2 Effect van de coronamaatregelen op het gebruik van opiaten

Er zijn verschillende onderzoeken en monitors die een beeld geven van het gebruik van diverse drugs, alcohol en tabak tijdens de coronapandemie [1–4]. Het gebruik van opiaten is in deze onderzoeken echter niet meegenomen. Ook zijn er geen gegevens beschikbaar over de invloed van de coronacrisis op het gebruik van opiaten in een representatieve steekproef van de algemene bevolking (zie § 5.2.1). In deze paragraaf vatten wij daarom gegevens samen uit andere specifieke studies naar de impact van de coronacrisis op het opiatengebruik.

Harm reduction

Met name de sociaal-gemarginaliseerde heroïnegebruikers zijn voor hun hulpverlening veelal aangewezen op harm reduction voorzieningen. Sinds half maart 2020 zijn het Harm Reduction Netwerk van het Trimbos-instituut, Stichting Mainline en de Belangenvereniging Druggebruikers MDHG gaan samenwerken om een beeld te krijgen van de effecten van de coronamaatregelen op de harm reduction in Nederland [5]. De volgende knelpunten werden gesignaleerd:

- Sommige instellingen namen geen nieuwe methadoncliënten meer aan, terwijl er wel nieuwe aanmeldingen waren. Sommigen hadden zich aangemeld voor methadon vanwege een tekort aan heroïne.
- Vanwege een gebrek aan heroïne en methadon verbleven sommige gebruikers met serieuze ontwenningsverschijnselen op straat.
- Sommige zieke patiënten kwamen toch nog steeds met het openbaar vervoer naar de heroïneverstrekking, met alle coronarisico’s van dien.
- In gebruiksruimtes waren niet genoeg voorzieningen om de hygiënemaatregelen op te volgen.
- In gebruiksruimtes kon men niet altijd 1,5 meter afstand van elkaar houden.
- Dakloze gebruikers gingen overdag meer op straat hangen, doordat overdag de voorzieningen gesloten waren. De meeste dagbestedingsprojecten hadden namelijk hun activiteiten gestaakt.
- In sommige steden werden voorzieningen om schone spuiten te krijgen minder toegankelijk.

Voor zover heroïne minder beschikbaar was geworden, leek dit vooral te komen doordat dealers hun bereikbaarheid aanpasten, of doordat de dagbesteding wegviel met de daaruit voortvloeiende vergoeding voor heroïnegebruikers [6]. Knelpunten in de voorzieningen voor harm reduction en slechtere verkrijgbaarheid van heroïne hebben zich overigens voorgedaan in de hele Europese Unie [7].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar M. Factsheet: Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Dopmeijer JM, Nuijen J, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs: Deelrapport II: Middelengebruik van studenten in het hoger

onderwijs. Utrecht: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021.
3. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
4. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2020 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
5. Van der Gouwe D, Woods S, Brendel L. Coronamaatregelen in harm reduction voorzieningen in Nederland: knelpunten, good practices en suggesties ter verbetering: 29 april 2020. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut, Harm Reduction Netwerk; Stichting Mainline; Belangenvereniging Druggebruikers MDHG; 2020.
6. Van der Gouwe D, Smit-Rigter L, Woods S. Coronamaatregelen en de impact op de drugsmarkten – update 5 juni 2020. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/Mainline/MDHG; 2020.
7. EMCDDA, Europol. EU Drug Markets: Impact of COVID-19. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

5.2 Gebruik: algemene bevolking

5.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: Ongeveer 0,4% van de volwassen Nederlanders heeft ooit heroïne gebruikt, dit komt neer op ongeveer 50 duizend mensen. Tussen 2015 en 2021 schommelde dit percentage tussen 0,3% en 0,5%.

Snel naar:

- Kerncijfers 2021
- Trends in heroïnegebruik

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van heroïne in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Kerncijfers 2021

Gebruik van heroïne komt niet veel voor onder de algemene bevolking. In 2021 rapporteerde 0,4% van de volwassen Nederlandse bevolking ooit heroïne te hebben gebruikt (zie onderstaande tabel). Dit komt neer op ongeveer 50 duizend mensen die ervaring hebben met heroïne. In 2021 had 0,6% van de mannen van 18 jaar en ouder ooit in het leven heroïne gebruikt, vergeleken met 0,1% van de vrouwen. Het aantal gebruikers van heroïne in de steekproef is te klein om uitsplitsingen te maken naar leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid.

Deze cijfers zijn vermoedelijk een onderschatting, doordat (probleem)gebruikers van harddrugs in bevolkingsonderzoek ondervertegenwoordigd zijn. Mensen die opiaten gebruiken op een illegale manier en methadoncliënten komen in mindere mate terecht in steekproeven uit de algemene bevolking. Dit komt doordat een gedeelte van deze groep rondzwerft, in een (justitiële) instelling verblijft, of anderszins uit beeld is. Deze groep kan in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie § 5.3 en § 5.4).

Percentage en aantal heroïnegebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2021

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval
Ooit	0,4	50.000	-
Laatste jaar	0,0	<10.000	-
Laatste maand	0,0	-	-

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Het geschatte aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat ooit heroïne heeft gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. - = Gegevens niet beschikbaar, aantal is te laag om betrouwbaarheidsintervallen te schatten. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Trends in heroïnegebruik

Vanaf 2015 zijn jaarlijks vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van heroïne in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder (zie ook bijlage A1).

- Het ooitgebruik van heroïne schommelde tussen 2015 en 2021 tussen 0,3% en 0,5%.
- Het percentage laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers lag in deze jaren nooit hoger dan 0,1%.

Het gebruik van heroïne werd in de afgelopen jaren ook in 2005, 2009 en 2014 gemeten. Vanwege herhaalde wijzigingen in de onderzoeksmethode zijn alleen gegevens vergelijkbaar die zijn verzameld vanaf 2014 (zie bijlage A1). In 2014 werd heroïnegebruik alleen onder 15-64-jarigen gemeten (de internationale standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA). De prevalenties van heroïne vanaf 2014 voor de 15-64-jarigen worden genoemd in bijlage A3.

5.2.2 Gebruik van (medische) opioïden

Trend in aantal patiënten

In 2021 waren er 595.000 gebruikers van sterkwerkende opioïden [1]. Er waren 450.000 gebruikers van oxycodon, 115.000 gebruikers van fentanyl en 55.000 gebruikers van morfine [1]. Op de huisartsenposten horen de opioïden bij de medicijnen die het vaakst worden voorgeschreven [2]. Op de huisartsenposten steeg het aandeel van de opioïden onder de voorgeschreven medicijnen van 8,2% in 2019 naar 9,7% in 2020 en 9,4% in 2021 [2].

Volgens het Instituut Verantwoord Medicijngebruik is tussen 2003 en 2018 het aantal patiënten dat sterkwerkende opioïden kreeg voorgeschreven met ruim 559.000 gestegen van 137.000 naar 697.000 patiënten [3]. Volgens een onderzoek van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) was het gebruik van opioïden gestegen door een wijziging in 2013 van de richtlijn voor het behandelen van postoperatieve pijn [4]. Met name oxycodon werd hierdoor sneller voorgeschreven. Het aantal gebruikers van sterkwerkende opioïden daalde weliswaar in 2019 en 2020, maar steeg weer tussen 2020 en 2021 met 8,7% naar in totaal 595.000 gebruikers [1].

Verslavingszorg

Een rondgang langs vijf instellingen voor verslavingszorg laat zien dat, bij deze vijf instellingen samengenomen, het aantal cliënten met een probleem met een zware pijnstiller tussen 2013 en 2018 verdrievoudigde van 92 naar 292 [5]. Zie verder § 5.7 voor een vergelijking tussen de Verenigde Staten en Nederland.

Aanvullende informatie

1. 1.
   SFK. Sterkwerkende opioïden vooral voor kort gebruik: 20 oktober 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2022/sterkwerkende-opioiden-vooral-voor-kort-gebruik
2. 2.
   Bes J, Van Waarden W, Van Beusekom S, Elffers B, Baarda E, Winckers M, et al. Zorg op de huisartsenpost: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2020-2021 en trendcijfers 2017-2021. Utrecht: Nivel; 2023.
3. 3.
   De Metz J, Lambooij A. Monitor Voorschrijven Opioïden 2018 - 2019. Utrecht: IVM; 2020.
4. 4.
   Bedene A, Lijfering WM, Niesters M, Van Velzen M, Rosendaal FR, Bouvy ML, et al. Opioid Prescription Patterns and Risk Factors Associated With Opioid Use in the Netherlands [Internet]. Vol. 2, JAMA Network Open. 2019. p. e1910223. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2749053
5. 5.
   Kuiper M. Klinieken zien aantal verslaafden aan pijnstillers verdrievoudigen [Internet]. 2019. Available from: https://www.nrc.nl/nieuws/2019/07/28/klinieken-zien-aantal-verslaafden-aan-pijnstillers-verdriev

oudigen-a3968477.

5.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

5.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

In het kort: Onder scholieren wordt heroïne maar weinig gebruikt.

Snel naar:

- Kerncijfers 2019
- Trends in heroïnegebruik

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren [1] en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie [2]. Om de vier jaar wordt het Peilstationsonderzoek Scholieren uitgevoerd, de laatste meting vond plaats in 2019 [1]. Het onderzoek wordt uitgevoerd op representatieve steekproeven van scholieren in groep 7 en 8 van het basisonderwijs en alle leerjaren van het regulier voortgezet onderwijs. In 2019 werd het Peilstationsonderzoek Scholieren in het basisonderwijs uitgevoerd in totaal 87 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van in totaal 1.790 leerlingen. In het voorgezet onderwijs werd de vragenlijst afgenomen in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van in totaal 6.118 scholieren, waaronder 5.587 scholieren in de leeftijd van 12 tot en met 16 jaar. Voor het gebruik van heroïne zijn gegevens beschikbaar tot en met het jaar 2019.

Kerncijfers 2019

Er zijn geen signalen dat heroïnegebruik in Nederland voorkomt in jonge leeftijdsgroepen zoals scholieren in het regulier onderwijs. Hoewel jongeren wel rapporteren ervaring te hebben met heroïne (zie onderstaande tabel), is het de vraag hoe betrouwbaar dat is, aangezien in veldwerk zelden wordt geconstateerd dat jongeren daadwerkelijk heroïne gebruiken.

- Op landelijk niveau in 2019 rapporteerde 0,3% van de leerlingen van 12-16 jaar ervaring te hebben met heroïne. De afgelopen maand zou 0,1% nog heroïne hebben gebruikt [1].

Percentage heroïnegebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2019

Subtitle

	(%)
Ooit	0,3
Laatste maand	0,1
Laatste maand	0,0

Percentage gebruikers ooit en in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2019 (zie bijlage B1).

Trends in heroïnegebruik

Sinds het midden van de jaren tachtig wordt middelengebruik onder scholieren gemonitord.

- Het percentage scholieren dat heroïnegebruik rapporteert, is in alle peiljaren gering en vertoont een dalende trend sinds 2003 (zie onderstaande tabel).

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

Subtitle

	2003 (%)	2007 (%)	2011 (%)	2015 (%)	2019 (%)
Ooit	1,1	0,6	0,6	0,4	0,3
Laatste maand	0,5	0,2	0,2	0,3	0,1

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM, 2019 (Rombouts et al., 2020).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.

5.3.2 Studenten

In het kort: Het gebruik van heroïne komt maar weinig voor onder studenten van het MBO en het HBO.

Snel naar:

- Studenten van het MBO en HBO
- MBO-studenten in Amsterdam

Gegevensbronnen

Om een beeld te krijgen van het middelengebruik onder jongeren van 16 t/m 18 jaar, onderzoekt het Trimbos-instituut sinds 2015 elke twee jaar het middelengebruik onder MBO- en HBO-studenten in deze leeftijdsgroep met de Middelenmonitor MBO-HBO [1–4]. Deze monitor onderzocht in 2015, 2017, en 2019 het heroïnegebruik onder 16-18-jarige studenten van het MBO en het HBO. Het gaat om een landelijk onderzoek. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek, maar werd het gebruik van heroïne niet meer onderzocht vanwege het geringe aantal gebruikers [4].

Daarnaast is in 2021 voor het eerst een grootschalig landelijk onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (HBO en WO). Ook deze monitor zal iedere twee jaar worden uitgevoerd. Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs is ontwikkeld en uitgevoerd door een consortium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de brancheorganisatie van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en het Trimbos-instituut. Deze monitor is gestart vanwege zorgen over de mentale gezondheid, het middelengebruik en de interactie tussen die twee factoren onder studenten [5,6]. In 2021 namen 28.442 studenten deel, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs [6]. Het middelengebruik werd vergeleken tussen studenten in het HBO en studenten op de universiteit. Het gebruik van heroïne is in deze monitor echter niet onderzocht vanwege het geringe aantal gebruikers.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse MBO-scholen (bijlage B8) [7,8]. De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 MBO-studenten (> 16 jaar) van acht MBO-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Cijfers over middelengebruik zijn gebaseerd op gewogen data [8].

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken, bijvoorbeeld HBO-studenten. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet vergelijkbaar, ook vanwege het geringe aantal gebruikers.

De cijfers over het heroïnegebruik uit deze verschillende onderzoeken zijn samengevat in de tabel onderaan de pagina.

Studenten van het MBO en HBO

De Middelenmonitor MBO-HBO gaf voor het heroïnegebruik onder 16-18 jarige MBO-HBO studenten in 2015, 2017, en 2019 het volgende beeld [1–3]:

- Het percentage studenten dat ooit heroïne had gebruikt, lag elk jaar onder de 1% (zie onderstaande tabel). Vanwege het lage aantal gebruikers is het gebruik van heroïne in 2021 niet meer uitgevraagd.

MBO-studenten in Amsterdam

- Het percentage Amsterdamse MBO-studenten dat in 2021 ervaring heeft met heroïne is 1,3%, en daarmee onveranderd ten opzichte van de meting in 2016 (zie onderstaande tabel) [8].
- Het laatste-jaar-gebruik van heroïne ligt op 0,2% [8].
- In 2021 had 5,0% van de Amsterdamse MBO-studenten in het afgelopen jaar zware medicinale opioïden zoals oxycodon of fentanyl gebruikt, waarbij 4,2% met recept van een arts had gebruikt en 1,0% zonder recept [8].

Percentage heroïnegebruikers onder studenten

	Locatie	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO	Nederland	2019	MBO + HBO	16-18 jaar	0,5	-	0,3
		2017			0,4	-	0,0
		2015			0,7	-	0,2
Studenten van het MBO	Amsterdam	2021	MBO	16 jaar en ouder (19,0 gemiddeld)	1,3	0,2	-
		2016		15 jaar en ouder (18,9 gemiddeld)	2,2	1,3	0,9

- = Gegevens niet beschikbaar. Door verschillen in meetmethoden en lage aantallen is een directe vergelijking niet mogelijk.
Bronnen: MBO-HBO Monitor, Antenne Amsterdam MBO-Survey.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Verdurmen JE, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Factsheet: Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
2. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
3. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
4. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
5. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs: Deelrapport I: Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021.
6. Dopmeijer JM, Nuijen J, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs: Deelrapport II: Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021.
7. Nabben T, Luijk SJ, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
8. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.

5.3.3 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Het gebruik van heroïne is de afgelopen jaren in vrijwel alle groepen van uitgaanders beperkt gebleven.

Snel naar:

- Uitgaanders in Nederland
- Uitgaanders in Amsterdam en Gooi & Vechtstreek

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht. De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld. Om vertekening door de impact van de coronamaatregelen te voorkomen, werd de respondenten gevraagd naar hun middelengebruik in de periode vóór 13 maart 2020, de dag van het invoeren van de coronamaatregelen. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie bijlage B2). Voor het vergelijken van de resultaten met die uit een eerdere peiling uit 2016 [2] zijn aanvullende analyses uitgevoerd.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in verschillende groepen jongeren in het uitgaansleven van Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek, zoals coffeeshops, cafés, trendy clubs, raves en festivals.

Bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen hebben vaker ervaring met het gebruik van drugs dan hun ‘doorsnee’ leeftijdsgenoten, maar het gebruik van heroïne is in vrijwel alle groepen beperkt. De tabel op deze pagina vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij ‘op locatie’ of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders.

Uitgaanders in Nederland

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht.

- In 2020 rapporteerde 0,7% van de uitgaanders dat ze ooit heroïne hadden gebruikt en rapporteerde 0,1% dat ze in het afgelopen jaar nog heroïne hadden gebruikt [1].

- Van de uitgaanders gaf 1,0% aan ooit fentanyl te hebben gebruikt en 0,3% rapporteerde in het afgelopen jaar nog fentanyl te hebben gebruikt [1]. Het is daarbij niet bekend of de fentanyl werd gebruikt op doktersrecept of zonder doktersrecept.

Uitgaanders in Amsterdam en Gooi & Vechtstreek

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in verschillende groepen jongeren in het uitgaansleven van Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek, zoals coffeeshops, cafés, trendy clubs, raves en festivals. In bepaalde kringen experimenteert een kleine minderheid met heroïne (zie onderstaande tabel). Het gebruik van heroïne is door de jaren heen in al deze groepen van uitgaanders echter beperkt gebleven.

- In 2017 had in Amsterdam 1,1% van de bezoekers van clubs, raves en festivals ooit heroïne gebruikt (geen statistisch significant verschil met 2008 en 2013) [3]. In 2018 lag het ooitgebruik onder cafébezoekers in Amsterdam op 0,2% [4]. In Hilversum werd in 2017 onder bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia een percentage gevonden van 1,9% ooitgebruik van heroïne [5]. In 2018 lag in de samengenomen gemeenten Hilversum, Bussum, en Huizen het ooitgebruik van heroïne onder cafébezoekers op 1% [6]. In Hilversum apart genomen lag het ooitgebruik onder de cafébezoekers op 1,6% (niet in tabel).
- In eerdere jaren en in verschillende groepen uitgaanders (cafébezoekers, coffeeshopbezoekers) schommelde het ooitgebruik om en nabij de 1% [7,8].

Ooitgebruik, laatste-jaar-gebruik en laatste-maand-gebruik van heroïne onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Subtitle

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik(%)	Laatste-maand-gebruik(%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen[I]	Landelijk[I]	2020	-	0.7	0.1	-
		2016	22	-	-	-
Cafébezoekers[II]	Amsterdam	2018	26	0,2	0,2	0,2
		2014	27	0,8	0,2	0,2
		2010	27	1,2	<0,1	<0,1
	Hilversum Bussum Huizen	2018	24	1,0	0,0	0,0
Bezoekers van clubs raves[III] en festivals	Amsterdam	2017	26	1,1	0,5	0,2
		2013	24	0,6	0,0	0,0
Bezoekers van feestcafe's clubs en poppodia	Hilversum	2017	21	1,9	1,3	1,3

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de 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. - = Niet gemeten. I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. Vanwege methodologische verschillen zijn deze gegevens niet vergelijkbaar met die van het landelijke onderzoek onder bezoekers van clubs, discotheken, party's en festivals. Om goede uitspraken te kunnen doen over de trends in middelengebruik, wordt er bij Het Grote Uitgaansonderzoek (landelijk) en de Antenne monitor (Amsterdam) een aanvullende analyse gedaan die vergelijkingen tussen de jaren mogelijk maakt. Voor de andere onderzoeken wordt deze analyse niet gedaan. Hier geldt dat bij kleine verschillen niet met zekerheid kan worden gezegd of er sprake is van een toe- of afname. II. Selecte steekproef van jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. III. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media" (Antenne 2017). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Antenne 2017). Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU), Antenne, Antenne Gooi en vechtstreek. Voor de volledige bronvermeldingen zie onderaan deze pagina.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Monshouwer K, Van der Pol P, Drost YC, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2016: Uitgaanspatronen, middelengebruik en preventieve maatregelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen [Internet]. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016. Available from: https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1494-het-grote-uitgaansonderzoek-2016
3. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.
4. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.
5. Luijk SJ, Nabben T, Korf DJ, Van Bakkum F, Krouwel J, Noijen J. Antenne Gooi en Vechtstreek 2017: Het gebruik van alcohol, tabak en drugs onder jongeren en jongvolwassenen in de regio. Amsterdam: Bonger Instituut voor Criminologie; 2018.
6. Korf DJ, Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2018. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek.; 2019.
7. Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2014: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2015.
8. Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2015: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2016.

5.3.4 Kwetsbare groepen jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Voor zover onderzocht, wordt heroïne maar weinig gebruikt in kwetsbare groepen jongeren. Wel wordt het gebruik van zware pijnstillers zoals oxycodon en fentanyl gesignaleerd.

Snel naar:

- Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen
- Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg
- Kwetsbare jongeren in de regio

Gegevensbronnen

Binnen de groep jongeren zijn bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik. Oudere studies lieten zien dat er onder hangjongeren, jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en in de jeugdzorg, zwerfjongeren en spijbelaars relatief veel laatste-maand-heroïnegebruikers waren (3 tot 6 op de 100) [1–3].

Het gebruik van heroïne is onderzocht onder jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam [4,5] en in de Gooi en Vechtstreek [6]. Daarnaast is in 2019 [7] en 2021 [8] de Antenne Regiomonitor uitgevoerd. Deze monitor beoogt op kwalitatieve wijze zicht te krijgen op het gebruik onder groepen kwetsbare jongeren uit verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt op basis van interviews met jongeren- en preventiewerkers die zicht hebben op verschillende (35 in 2021) jongerengroepen verspreid over het land [8]. Begin 2021 werden via een kwalitatieve studie jongeren- en preventiewerkers ondervraagd over hun indruk van het middelengebruik van in totaal 35 groepen jongeren uit 10 provincies, waar deze professionals direct mee in contact staan [8]. Deze groepen zijn niet representatief voor alle jongerengroepen in de regio. Van de 35 groepen jongeren kwamen er 23 uit een grotere of kleinere stad en kwamen er 12 uit een dorp. Het aantal jongeren per groep varieerde van 8 tot 90 personen, met gemiddeld 20 personen. In totaal hadden de professionals zicht op ongeveer 850 jongeren tussen 11 en 27 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar [8].

In 2021 zijn weer landelijke gegevens beschikbaar gekomen over het middelengebruik onder jongeren in de residentiële jeugdzorg (RJZ), maar daarbij is niet gevraagd naar het gebruik van heroïne [9]. In 2019 werd het gebruik van harddrugs in het algemeen, waaronder heroïne, onderzocht op het praktijkonderwijs, cluster 4 en het VMBO-b, maar het gebruik van heroïne werd daarbij niet apart onderzocht [9].

Daarnaast is in 2022 als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [10]. Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen (gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot

de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld.

Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd.

De tabel onderaan de pagina geeft een samenvatting van de resultaten uit uiteenlopende studies naar het gebruik van heroïne in verschillende groepen kwetsbare jongeren.

Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen

In het landelijke EXPLORE onderzoek zijn gegevens verzameld over het gebruik van heroïne onder jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen [10]. De vragenlijst is in vier JJI afgenomen bij in totaal 110 jongens.

- Geen van de jongeren gaf aan in de afgelopen maand heroïne te hebben gebruikt.

Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg

Het gebruik van heroïne is onderzocht onder jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam [4,5] en in de Gooi en Vechtstreek [6].

- In 2012 had 0,6% van de jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam ooit heroïne gebruikt [4], maar in 2019 werden in de jeugdzorg in Amsterdam geen jongeren meer aangetroffen die ooit heroïne hadden gebruikt (zie onderstaande tabel) [5]. Wel had 11,2% van deze jongeren ooit met recept de zware pijnstiller oxycodon of fentanyl gebruikt. Zonder recept had 4,1% ooit oxycodon of fentanyl gebruikt [5].
- Ook onder de jongeren in de jeugdzorg in de Gooi en Vechtstreek kwam heroïnegebruik niet voor (zie onderstaande tabel). Van deze jongeren had wel 9,1%, met recept, ooit de zware pijnstiller oxycodon of fentanyl gebruikt [6].

Kwetsbare jongeren in de regio

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen van kwetsbare jongeren in diverse regio’s van Nederland [7,8]. Deze monitor probeert zicht te krijgen op groepen jongeren waarin sprake is van problematisch drugsgebruik, meervoudige problematiek in de directe, institutionele of sociale omgeving, of het veroorzaken van overlast.

- In 2021 werden geen groepen meer gesignaleerd waarin heroïne werd gebruikt [8].

Gebruik van heroïne in kwetsbare groepen jongeren

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-maand-gebruik
Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen	Landelijk	2022	18	-	0,0
Jongeren in de jeugdzorg[1]	Amsterdam	2019	18	0,0	0,0
		2012	16	0,6	0,4
	Gooi en Vechtstreek	2019	17	0,0	0,0

1. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. - = Niet gemeten. Bronnen: EXPLORE, Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Kepper A, Van Dorsselaer S, Monshouwer K, Vollebergh W. Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg: Resultaten meting oktober - december 2008. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
2. Kepper A, Veen V, Monshouwer K, Stevens G, Drost W, De Vroome T, et al. Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen: Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel [Internet]. Universiteit Utrecht, departement Algemene Sociale Wetenschappen, in opdracht van Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Ministerie van Justitie. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2009. Available from: https://www.wodc.nl/images/volledige-tekst_tcm44-274863.pdf
3. Van Laar MW, Van Ooyen-Houben MMJ, Cruts AAN, Meijer RF, Croes EA, Ketelaars APM, et al. Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2016. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC; 2016.
4. Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2012: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2013.
5. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
6. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.
7. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam:

Hogeschool van Amsterdam; 2020.
8. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
9. Möhle M, Van Gelder N, Rombouts M, Scheffers-van Schayck T, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
10. Möhle M, Rombouts M, Van Gelder N, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de Justitiële Jeugdinrichtingen: Het EXPLORE-onderzoek 2022. Utrecht: Trimbos-insituut; 2022.

5.4 Problematisch gebruik

Snel naar:

- Definitie problematisch gebruik van opiaten
- Schattingen van problematisch gebruik van (illegale) opiaten in Nederland
- Veroudering van de groep heroïnegebruikers
- Gebruik van medicinale opioïden

Gegevensbronnen

Voor het schatten van de omvang van het (illegaal) problematisch gebruik van opiaten zijn speciale methoden ontwikkeld, omdat de vaak gemarginaliseerde gebruikers onvoldoende vertegenwoordigd zijn in algemene bevolkingsonderzoeken (zie bijlage D). In 2012 is de laatste schatting uitgevoerd voor Nederland [2]. Er is inmiddels een nieuwe schattingsstudie in voorbereiding, die vermoedelijk gepubliceerd zal worden in 2024.

Er zijn geen exacte gegevens bekend over het vóórkomen van het problematisch gebruik van medicinale opioïden in Nederland; wel zijn er initiatieven om het gebruik van deze verslavende middelen in te perken.

Definitie problematisch gebruik van opiaten

De term ‘problematisch gebruik van opiaten’ kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie bijlage D en bijlage B12). Bij de verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd, staat echter het volgende aspect centraal, namelijk een gebruikspatroon dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen (zie ook § 5.7 over ziekte en sterfte). Voor het schatten van de omvang van het (illegaal) problematisch opiaatgebruik (voornamelijk gebruikers van heroïne en methadon, die vaak ook andere middelen gebruiken, zoals crack) worden specifieke definities gehanteerd volgens het EMCDDA [1] of een variant daarvan (zie hieronder [2]).

Schattingen van problematisch gebruik van (illegale) opiaten in Nederland

De meest recente schatting van problematisch opiaatgebruik in Nederland is afkomstig uit een veldonderzoek uit 2012. In dit onderzoek werd een problematische opiatengebruiker gedefinieerd als "iemand die in de afgelopen maand op minimaal drie dagen in de week heroïne en/of methadon heeft gebruikt, waarbij ook sprake is van criminele activiteiten, een psychiatrisch ziektebeeld, een overlastgevende levensstijl, of een instabiele woonsituatie" [2]. Het ging hier voornamelijk om regelmatige gebruikers van illegale opiaten of van methadon, die doorgaans ook andere middelen gebruiken, zoals cocaïne (crack), alcohol en slaap- of kalmeringsmiddelen.

- Volgens deze laatste schatting uit 2012 bedroeg het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland ongeveer 14.000 [2].

- Per 10.000 inwoners van 15-64 jaar waren er in 2012 in Nederland uit deze groep ongeveer 13 probleemgebruikers van opiaten (0,13%).
- Tussen 2008/2009 en 2012 is het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland gedaald met ruim 20% van ongeveer 17.700 naar ongeveer 14.000.
- Er zijn geen recente trendcijfers. Echter, ook tussen 2012 en 2015 bleef het aantal opiatengebruikers in de verslavingszorg dalen, hetgeen als indirecte aanwijzing kan worden gezien voor de dalende trend in het aantal problematische opiatengebruikers (zie ook § 5.6 over hulpvraag en incidenten).

Veroudering van de groep heroïnegebruikers

De populatie heroïnegebruikers veroudert, zoals blijkt uit inmiddels oudere cijfers van de verslavingszorg (tot en met 2015, zie § 5.6.1), cijfers van de algemene ziekenhuizen (zie § 5.6.2) en cijfers over de sterfte onder opiaatgebruikers (zie § 5.7.3).

- In 2009 werd het aantal heroïnegebruikers in Amsterdam geschat op 3.023 [3]. Meer recente schattingen van het aantal heroïnegebruikers in Amsterdam zijn niet beschikbaar, doordat de schattingsmethode die hiervoor werd gebruikt niet meer goed kon worden toegepast. Tot en met 2018 blijkt echter het aantal methadonpatiënten bij de GGD Amsterdam te dalen. Ook blijkt het aantal arrestanten dat methadon krijgt op een Amsterdams politiebureau te dalen [4]. Verder is de gemiddelde leeftijd van de methadoncliënten gestegen van 29 jaar in 1985 naar 55 jaar in 2018 [4]. Dit zijn indicaties dat de populatie heroïnegebruikers kleiner wordt en veroudert.

- De verouderende opiaatgebruikers zullen door een zwakkere lichamelijke conditie minder snel overlast veroorzaken. Daar staat echter tegenover dat de veroudering gepaard gaat met toenemende lichamelijke en psychische gezondheidsklachten [5]. Verslaving aan heroïne, maar ook andere verslavingen, versnellen het verouderingsproces [6,7]. Het verouderingsproces leidt onder andere tot een verminderde weerstand tegen infectieziekten, waardoor gebruikers sneller een infectie oplopen, bijvoorbeeld met het coronavirus. Bovendien hebben ze een groter risico daarvan minder goed te herstellen (zie ook § 5.7 over ziekte en sterfte). Ook is er een groter risico op botontkalking (osteoporose), waardoor verouderende opiaatgebruikers sneller botbreuken kunnen oplopen [8].
- De veroudering van de opiaatgebruikers zal ook gevolgen hebben voor die gebruikers die, naast methadon, aanvullend worden behandeld met medicinale heroïne. Ook de deelnemers aan de medicinale heroïneverstrekking verouderen en worden steeds minder mobiel. Een rapport uit 2019 wees er daarom op dat naar verwachting binnen vijf tot tien jaar, na verschijnen van het rapport, de opzet en de uitvoering van de medicinale heroïneverstrekking dient te worden aangepast [9].

Gebruik van medicinale opioïden

Niet alleen het gebruik van illegale opiaten, zoals heroïne, kan leiden tot problematisch gebruik, maar ook het gebruik van medicinale opioïden, zoals oxycodon, omdat deze middelen een hoog verslavingsrisico hebben. Cijfers over de omvang van problematisch gebruik van medicinale opioïden in Nederland zijn niet beschikbaar. Eveneens is niet bekend in hoeverre deze middelen illegaal (niet op recept) worden gebruikt.

- In 2020 verstrekten de apotheken aan ongeveer een miljoen mensen een pijnstiller uit de groep zwakwerkende of sterkwerkende opioïden [10]. Hierbij is niet bekend in hoeverre er sprake is van problematisch gebruik. Wel was tussen 2010 en 2017 het aantal gebruikers van sterke en minder sterke opioïden fors gestegen van 650.864 naar 1.010.474 gebruikers [10].
- In Nederland is begin 2019 de "actie-agenda verantwoord gebruik opioïden" opgesteld "om de zorgelijke groei van het onnodig en problematisch gebruik van opioïden te stoppen" [11]. Waarschijnlijk heeft deze actie-agenda bijgedragen aan een daling van het aantal gebruikers met 4,9% tussen 2018 en 2019, en een verdere daling met 4,8% tussen 2019 en 2020. De actie-agenda wordt ondersteund door het onderzoeksproject “Tackling And Preventing The Opioid Epidemic (TAPTOE)”, waarin wordt onderzocht hoe het gebruik van opioïde pijnstillers zoveel mogelijk beperkt kan worden [12]. Ervaringsdeskundigen hebben de Stichting Opiaten Afbouwen opgericht die zich inzet “voor de belangen van mensen die stoppen met opioïde pijnstillers zoals Oxycodon, Fentanyl, Morfine of Tramadol” [13].
- In Zweden werd geconstateerd dat, tussen 2006 en 2018, de stijging in het aantal recepten voor oxycodon samenhing met een stijging in de sterfte gerelateerd aan oxycodon, voornamelijk onder oudere patiënten die oxycodon kregen voorgeschreven als pijnstiller [14]. Het is onbekend in hoeverre dit ook voor Nederland geldt. In Nederland zijn geen specifieke gegevens bekend over het aandeel van de medicinale opioïden in de opiatengerelateerde sterfte (zie § 5.7.3). Verder werd in Zweden gevonden dat de kans op problematisch (medisch) opioïdengebruik groter was voor mensen die eerder andere middelen problematisch hadden gebruikt, mensen met psychische of psychiatrische problemen, mensen met pijnklachten, alleenstaanden, en mensen met een lage sociaal-economische status [15].
- Vergeleken met de Verenigde Staten is het problematisch gebruik van medicinale opioïden in Europa beperkter gebleven [15–17]. Dit komt waarschijnlijk doordat in Europa het voorschrijven van opioïden beter is gereguleerd, illegale fentanylen minder worden gebruikt, geen op de gebruiker gerichte reclame mag worden gemaakt voor medicinale opioïden, pijn meer wordt bestreden met psychologische interventies, het bezit van pijnstillers voor persoonlijk gebruik niet strafbaar is, in het drugsbeleid de nadruk ligt op harm reduction, het uitschrijven van recepten wordt gemonitord, en er een betere toegang is tot de verslavingszorg [16].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. Statistical Bulletin 2021 — methods and definitions for problem drug use [Internet]. 2021. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/methods/pdu
2. Cruts G, Van Laar MW, Buster M. Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/GGD Amsterdam; 2013.
3. Buster M, Van Brussel G. De GGD Amsterdam en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: OGGZ-monitor 2010. Amsterdam: GGD Amsterdam; 2011.
4. Wijffels C, Buster M, Steenkamer I, Schaap A, Uitenbroek D, Verhagen C. Genotmiddelenmonitor Amsterdam 2020. Amsterdam: GGD Amsterdam, Afdeling Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorginnovatie (EGZ) / Jeugdgezondheidszorg (JGZ); 2020.
5. Carpentier PJ. Verslaving in ontwikkelingsperspectief: de rol van antisociale gedragsstoornis en ADHD in de ontwikkeling van problematisch middelengebruik. Vol. 56, Tijdschrift voor Psychiatrie. 2014. p. 95–105.
6. Bachi K, Sierra S, Volkow ND, Goldstein RZ, Alia-Klein N. Is biological aging accelerated in drug

addiction? Vol. 13, Current Opinion in Behavioral Sciences. 2017. p. 34–39.
7. Cheng GLF, Zeng H, Leung MK, Zhang HJ, Lau BWM, Liu YP, et al. Heroin abuse accelerates biological aging: a novel insight from telomerase and brain imaging interaction. Vol. 3, Translational Psychiatry. 2013. p. 1–10.
8. Groysman A, Neril R, Rubinova R. Spontaneous rib fractures in a 35 year old man: Prolonged cocaine and heroin addiction in association with osteoporosis. Vol. 25, Endocrine Practice. 2019. p. 76.
9. Van Wamel A, Planije M, Lempens A. Verkenning toekomstscenario's medische heroïnebehandeling Nijmegen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
10. Opiaten.nl. Gebruik [Internet]. 2022. Available from: https://opiaten.nl/cijfers-onderzoek/epidemiologie
11. T.K.29477-739. Geneesmiddelenbeleid: Voortgang van de uitvoering van de actie-agenda verantwoord gebruik van opioïden, 13 december 2021. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
12. Beerda E. Joining forces to prevent an opioid epidemic in the Netherlands: 3 August 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://www.nwo.nl/en/cases/joining-forces-prevent-opioid-epidemic-netherlands
13. Opiatenafbouwen.nl. Opiaten Afbouwen: Over ons [Internet]. 2022. Available from: https://www.opiatenafbouwen.nl/over-ons
14. Fugelstad A, Agren G, Ramstedt M, Thiblin I, Hjelmstrom P. Oxycodone-related deaths in Sweden 2006–2018. Vol. 234, Drug and Alcohol Dependence. 2022. p. 109402.
15. Kendler KS, Lönn SL, Sundquist J, Sundquist K. Predicting the Onset of Opioid Use Disorder in the Swedish General Population. Vol. 83, Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2022. p. 332–341.
16. Van den Brink W, Pierce M, Van Amsterdam J. What lessons from Europe's experience could be applied in the United States in response to the opioid addiction and overdose crisis? Vol. 117, Addiction. 2022. p. 1197–1198.
17. Kalkman GA, Van den Brink W, Pierce M, Atsma F, Vissers KCP, Schers HJ, et al. Monitoring Opioids in Europe: The Need for Shared Definitions and Measuring Drivers of Opioid Use and Related Harms. Vol. 28, European Addiction Research. 2022. p. 231–239.

5.5 Gebruik: internationale vergelijking

5.5.1 Algemene bevolking internationaal

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk, en Turkije [1,2]. Daarbij definieert het EMCDDA ‘probleemgebruik’ als injecterend drugsgebruik, of het langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetamine. De Europese Unie telde in 2020 naar schatting een miljoen probleemgebruikers van opiaten [1]. Dat zijn er circa 34 per 10.000 inwoners van 15-64 jaar.

Vergelijking tussen landen

Onderstaande tabel geeft de laagste en hoogste cijfers voor een aantal lidstaten van de EU-14, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk (alleen voor Engeland). Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

In onderstaande tabel met dertien landen uit de EU-14, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk (alleen Engeland) waarvoor nationale schattingen beschikbaar zijn, variëren de aantallen van 13 tot 77 probleemgebruikers van opiaten per 10.000 inwoners van 15-64 jaar [1]. Samen met Spanje en Griekenland staat Nederland (met de schatting uit 2012) onderaan in deze lijst. Finland, Italië en het Verenigd Koninkrijk (Engeland) gaan aan kop.

Probleemgebruikers van opiaten in een aantal lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk (alleen Engeland)

		Aantal per 10.000 inwoners 15-64 jaar	
Land	Jaar	Centrale schatting	Ondergrens - bovengrens[I]
Finland	2017	77	69 - 86
Italië[II]	2019	76	72 - 79
Verenigd Koninkrijk (alleen Engeland)	2016/2017	74	73 - 77
Ierland	2014	62	61 - 70
Oostenrijk[III]	2019	54	52 - 55
Frankrijk[IV]	2019	51	49 - 52
Portugal	2018	45	30 - 70
Luxemburg[V]	2019	33	-
Noorwegen[VI]	2013	27	20 - 42
Duitsland[VII]	2019	-	19 - 23
Griekenland[VIII]	2020	-	15 - 23
Spanje[IX]	2019	-	14 - 27
Nederland[X]	2012	13	11 - 15

Aantal probleemgebruikers van opiaten per 10.000 inwoners van 15-64 jaar. Vanwege verschillen in methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. - = Gegevens ontbreken. I. Uiterste waarden op basis van 95% betrouwbaarheidsintervallen of sensitiviteitsanalyse. II. Italië: heroïne. III. Oostenrijk: heroïne, methadon, buprenorfine, illegale fentanyl, en overige opiaten. IV. Frankrijk: heroïne, methadon, buprenorfine, illegale fentanyl, en overige opiaten in de afgelopen 30 dagen. V. Luxemburg: heroïne, methadon. VI. Noorwegen: heroïne. VII. Duitsland: heroïne, methadon, buprenorfine, en andere opiaten. VIII. Griekenland: voornamelijk heroïne. IX. Spanje: heroïne. X. Nederland: gebruiker die in de afgelopen maand op minimaal drie dagen in de week opiaten heeft gebruikt, waarbij tevens sprake is van minimaal één van de volgende problemen: criminele activiteiten, een psychiatrisch ziektebeeld, een overlast gevende levensstijl, of een instabiele woonsituatie. Bron: EMCDDA.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
2. EMCDDA. Statistical Bulletin 2021 —prevalence of drug use [Internet]. 2021. Available from: https://web.archive.org/web/20210905030911/https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021.

5.5.2 Jongeren internationaal

Volgens de ESPAD-peiling van 2019 lag in Nederland het percentage ooitgebruikers van heroïne onder 15- en 16-jarige scholieren op 0,5% [1]. Het Europese gemiddelde van de 35 landen die deelnamen aan de ESPAD lag op 0,9%. Ook bij deze lage prevalentie van 0,5% kan de vraag worden gesteld hoe betrouwbaar het is als jongeren rapporteren ervaring te hebben met heroïne. Er zijn namelijk geen andere signalen dat heroïnegebruik daadwerkelijk voorkomt in deze jonge leeftijdsgroepen.

In 2013 werd de validiteit van de ESPAD-peiling onderzocht op een steekproef van jongeren uit vier landen, namelijk IJsland, Italië, Moldavië en Oekraïne [2]. De vragen over drugs bleken over het algemeen valide te zijn, behalve voor sommige Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS). Er werd niet specifiek gerapporteerd over de validiteit van de vragen over het gebruik van heroïne.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
2. Hibell B, Molinaro S, Siciliano V, Kraus L. The ESPAD validity study in four countries in 2013. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.

5.6 Hulpvraag en incidenten

Gegevensbronnen

Chronische opiatenproblematiek wordt onder andere gezien en behandeld in de verslavingszorg en in de algemene ziekenhuizen. De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat een schatting van het aantal klinische opnames met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose. Zie bijlage B5 voor de meest recente gegevens. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) rapporteerde tot en met 2015 over de hulpvraag in de verslavingszorg. De acute hulpvraag wordt geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten (MDI). Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medische professionals over vermoede blootstellingen aan middelen.

5.6.1 Verslavingszorg

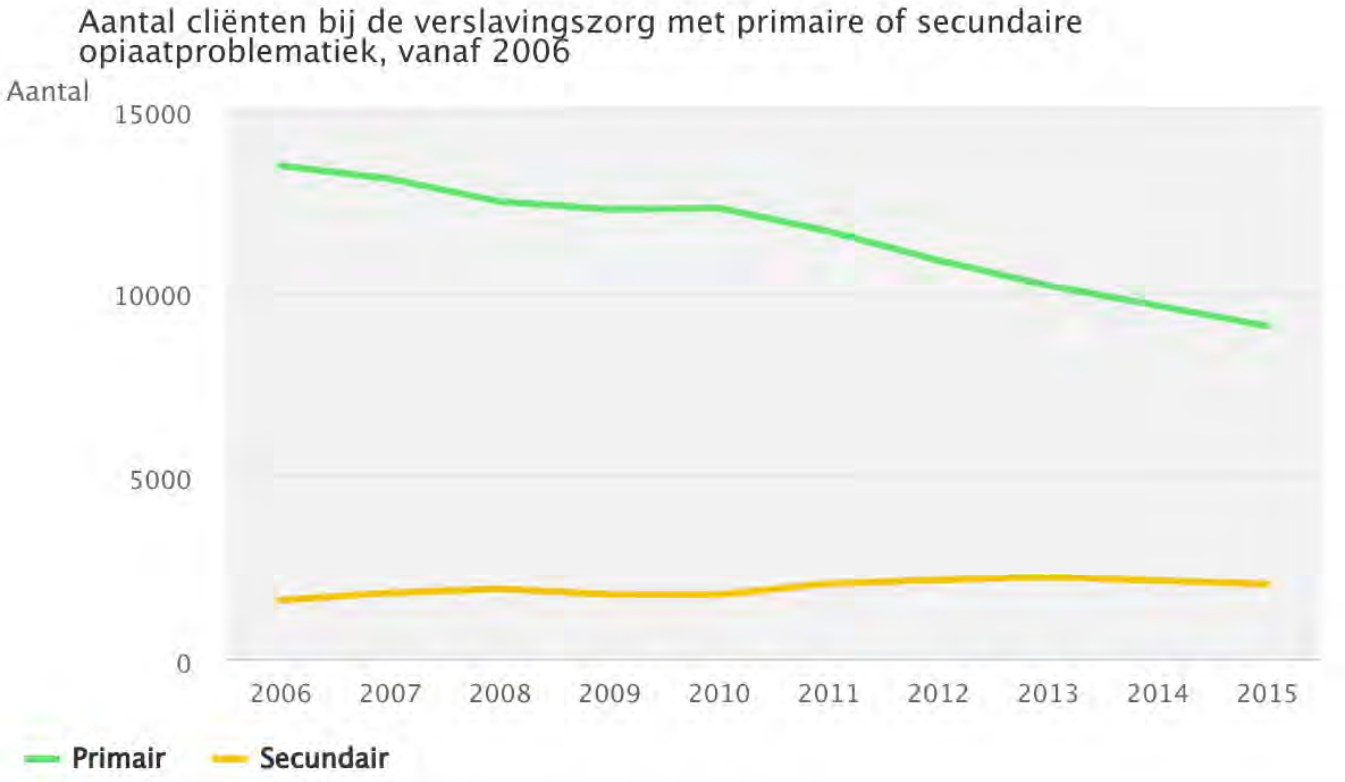
De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. Verslavingszorginstellingen leverden tot en met 2015 gepseudonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) [1].

Let op: Tussen 2015 en 2022 zijn er geen nieuwe gegevens beschikbaar gekomen uit het LADIS (zie bijlage B6: LADIS), omdat deze niet meer verzameld konden worden in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag (een wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) geregeld voor het aanleveren van gegevens, waarna de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart kon worden. De ‘pauze’ heeft echter gezorgd voor een onderregistratie, waardoor de gegevens niet volledig zijn.
De Tussenrapportage Kerncijfers Verslavingszorg 2016-2021 geeft een voorlopig beeld van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. In het najaar van 2023 wordt een gedetailleerdere versie van deze rapportage verwacht, aangevuld met de gegevens van 2022. Deze gegevens worden daarom later dit jaar verwerkt in de Nationale Drug Monitor.

- Er is een gestage daling waarneembaar van het aantal primaire opiaatcliënten. Hun aantal daalde in een periode van tien jaar met 32% van 13.468 primaire opiaatcliënten naar 9.093 primaire opiaatcliënten (zie onderstaand figuur).
- Het aandeel van opiaten in alle verzoeken om hulp vanwege drugs daalde van 44% in 2006 naar 29% in 2015. Dit komt mede door de groei in de afgelopen jaren van het aantal cliënten met een ander drugsprobleem, zoals cannabis.
- De meeste opiaatcliënten waren al eerder in behandeling bij de verslavingszorg. Slechts 3% van de opiaatcliënten die stonden ingeschreven in 2015 waren niet eerder ingeschreven. In 2006 lag het percentage nieuwkomers op 5%.
- In 2015 rookte een meerderheid van de primaire opiaatcliënten de opiaten (72%). In mindere mate werden de opiaten geslikt of gedronken (16%), gespoten (8%), of gesnoven (3%). In 2006

ging het om 77% rokers, 9% slikkers of drinkers, 11% spuiters en 4% snuivers.

- Van de 9.093 primaire opiaatcliënten in 2015 stond bij 5.954 cliënten (65%) zowel een primaire als een secundaire problematiek geregistreerd. Onder deze cliënten waren er 1.005 cliënten (17%) die een primair probleem hadden met heroïne en een secundair probleem met methadon. De overige cliënten in deze groep hadden naast een primair probleem met opiaten vooral een secundair probleem met cocaïne of crack (47%), alcohol (13%), of cannabis (8%). Van de primaire opiaatcliënten rapporteerde 35% geen problemen met het gebruik van een ander middel.
- Opiaten worden minder vaak als secundair probleem genoemd (zie onderstaand figuur). Voor deze groep was in 2015 het primaire probleem voornamelijk cocaïne of crack (62%), daarnaast alcohol (26%), medicijnen (4%), of cannabis (3%).
- In sommige gevallen is het arbitrair of opiaten als primaire of als secundaire problematiek worden geregistreerd. Dit wordt niet systematisch voor elke opiaatcliënt bijgehouden. Daarbij lijkt er een geringe verschuiving te zijn opgetreden van de registratie als primaire problematiek naar de registratie als secundaire problematiek. Echter, bij elkaar opgeteld daalt het totaal aantal primaire en secundaire opiaatcliënten met 26% van 15.078 opiaatcliënten in 2006 naar 11.146 opiaatcliënten in 2015.



Aantal cliënten. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

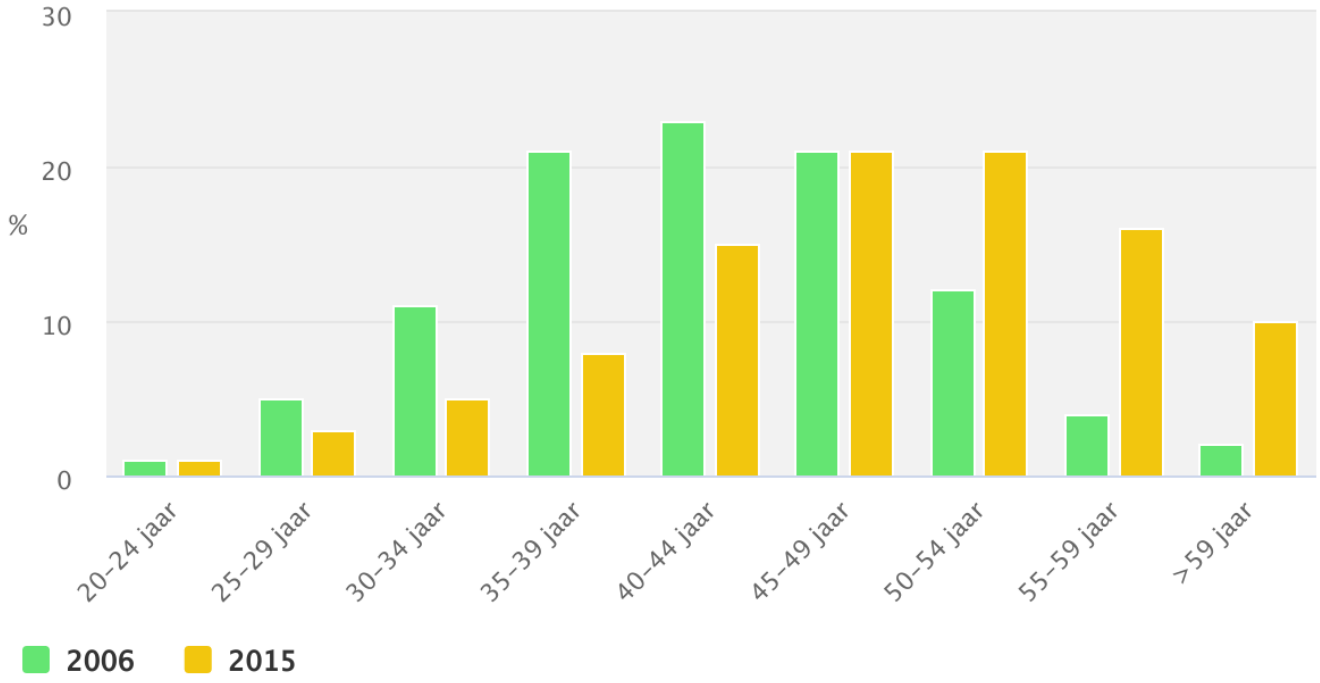
NDM

Categories	Primair	Secundair
2006	13468	1610
2007	13115	1809
2008	12492	1918
2009	12284	1770
2010	12315	1756
2011	11683	2065
2012	10886	2164
2013	10202	2248
2014	9651	2145
2015	9093	2053

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

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

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



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

Categories	2006	2015
20-24 jaar	1	1
25-29 jaar	5	3
30-34 jaar	11	5
35-39 jaar	21	8
40-44 jaar	23	15
45-49 jaar	21	21
50-54 jaar	12	21

Categories	2006	2015
55-59 jaar	4	16
>59 jaar	2	10

Aanvullende informatie

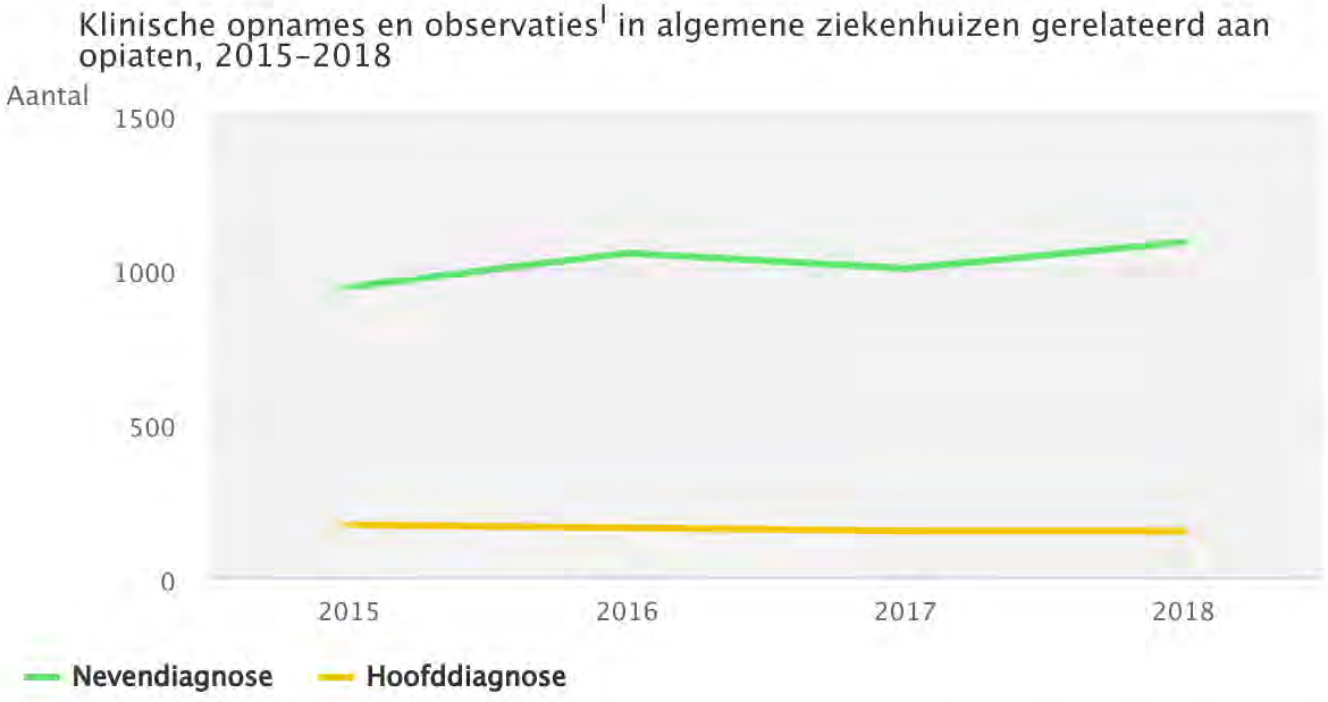
Bronnen

1. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Key figures addiction care 2015: LADIS: National Alcohol and Drugs Information System. Houten, the Netherlands: Stichting Informatie Voorziening Zorg; 2016.

5.6.2 Algemene ziekenhuizen

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft gegevens gepubliceerd over de opnames in de algemene ziekenhuizen gerelateerd aan drugs en alcohol voor de registratiejaren 2015 tot en met 2018 [1].

- Het aantal klinische opnames en observaties in de algemene ziekenhuizen waarbij een probleem met opiaten als hoofddiagnose werd gesteld, daalde tussen 2015 en 2018 van 170 naar 150 hoofddiagnoses (zie onderstaand figuur). Zie bijlage B5 voor een toelichting op het verschil tussen klinische opnames en observaties.
- Vaker speelt opiatenproblematiek een rol als nevendiagnose. Het aantal nevendiagnoses waarbij opiaten een rol speelden steeg van 940 in 2015 naar 1.085 in 2018 (zie onderstaand figuur).
- 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 2018 om 980 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een probleem gerelateerd aan opiaten als hoofd of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 52 jaar; 68% was man. De gemiddelde leeftijd van de opiatenpatiënten was daarmee gestegen van 51 jaar in 2015 naar 52 jaar in 2018. Het percentage dat 55 jaar of ouder was steeg van 40% in 2015 naar 46% in 2018 (zie onderstaand figuur). Gecorrigeerd voor dubbeltellingen was het aantal opiatenpatiënten tussen 2015 en 2018 gestegen van 880 naar 980 patiënten.

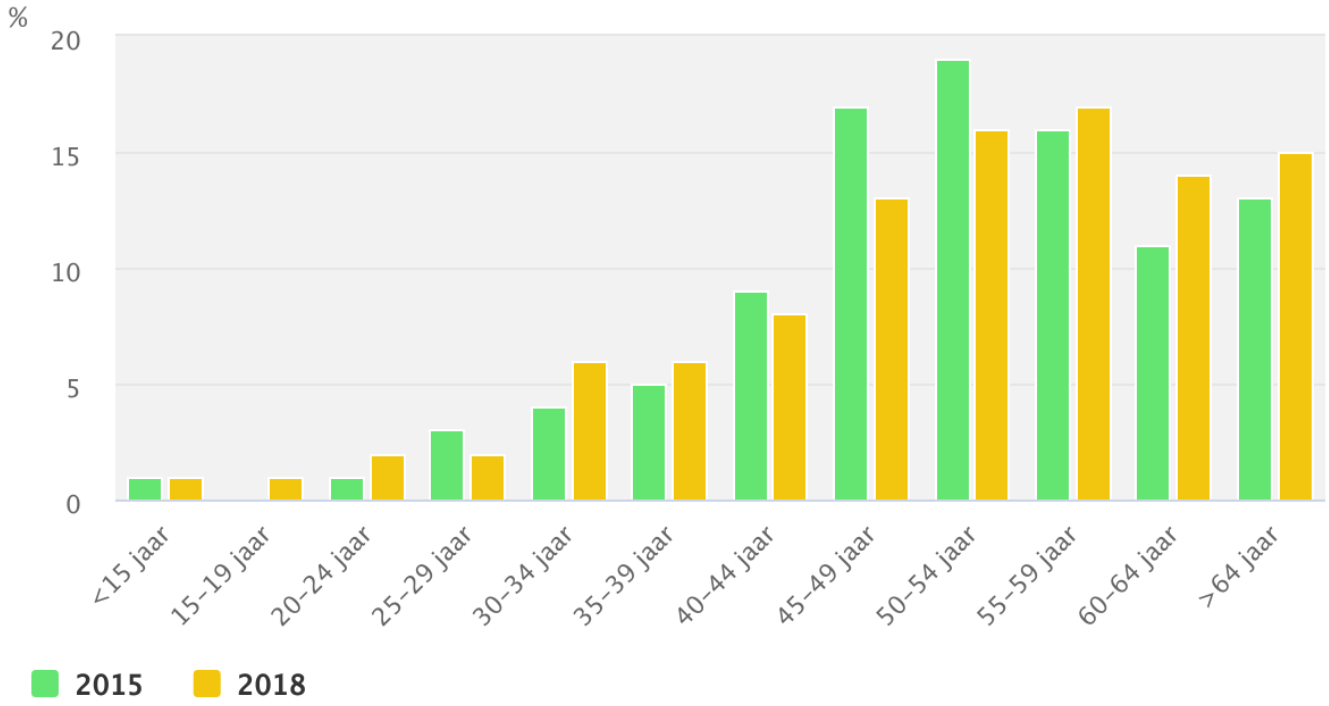


Aantal diagnoses afgerond op vijftallen, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-10 codes: F11 (psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten), T40.1 (vergiftiging door heroïne), T40.3 (vergiftiging door methadon). I. Zie bijlage B5 voor definities.
Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020b).

NDM

Categories	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2015	940	170
2016	1050	160
2017	1000	150
2018	1085	150

Leeftijdsverdeling van opiatenpatiënten (hoofd en nevendiagnoses samengenomen) in algemene ziekenhuizen. Peiljaren 2015 en 2018



Percentage patiënten per leeftijdsgroep. Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020b).

NDM

Categories	2015	2018
<15 jaar	1,0	1
15-19 jaar		1
20-24 jaar	1	2
25-29 jaar	3	2
30-34 jaar	4	6
35-39 jaar	5	6
40-44 jaar	9	8
45-49 jaar	17	13
50-54 jaar	19	16
55-59 jaar	16	17
60-64 jaar	11	14
>64 jaar	13	15

Aanvullende informatie

Bronnen

1. CBS. Ziekenhuisopnamen voor middelengebruik, 2015-2018: 1-9-2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/36/ziekenhuisopnamen-voor-middelengebruik-2015-2018

5.6.3 Incidenten

In het kort: In 2021 speelde heroïne/methadon een rol in 7% van de geregistreerde drugsincidenten. De patiënten waren relatief ouder en vaak ging het om arrestanten met een complexe verslavingsproblematiek.

Gegevensbronnen

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage B3) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende eerste hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door forensisch artsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) [1]. De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen [2]. Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Monitor Drugsincidenten

In 2021 werden in totaal 3.984 drugsincidenten geregistreerd. Het gebruik van heroïne/methadon werd bij 262 (7%) van de incidenten gemeld, waarvan 70% als enige gebruikte drug, met of zonder alcohol (monogebruik). Bij de overige incidenten was heroïne/methadon in combinatie met één of meer andere drugs gebruikt, meestal met cocaïne (47%), GHB (17%), en/of crack (rookbare cocaïne 12%).

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van heroïne of methadon

- In 2021 werd 12% van de geregistreerde incidenten met heroïne/methadon gemeld door ambulancediensten, 7% door MDI-ziekenhuizen, 4% door LIS-ziekenhuizen en 77% door forensisch artsen. EHBO-diensten meldden geen incidenten met heroïne/methadon.
- Bijna 80% van alle 262 meldingen van incidenten met heroïne en/of methadon in 2021 is gedaan door forensisch artsen. Vaak gaat het bij deze patiënten om arrestanten met een complexe verslavingsproblematiek die vanwege overlast zijn ingesloten. Bij ruim een derde van de in 2021 gemelde incidenten met heroïne en/of methadon hadden patiënten last van ontwenningsverschijnselen.
- Patiënten met een heroïne en/of methadon-intoxicatie (of ontwenning) zijn relatief ouder. De mediane leeftijd van de patiënten met een heroïne en/of methadon-intoxicatie in 2021 bedroeg 46 jaar. Ter vergelijking: de mediane leeftijd van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie bedroeg 31 jaar.

Incidenten met heroïne en/of methadon als enige drug (met of zonder alcohol) geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2021

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	31 (3)	19 (2)	10 (1)	202 (25)	0
Man (%)*	80	84	90	84	-
Leeftijd: <25 jaar (%)*	17	5	0	5	-
Ook alcohol gebruikt (%)*	32	32	20	24	-
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	12	0	-	61	-
Matig (%)[II]	27	20	-	24	-
Ernstig (%)[III]	61	80	-	15	-

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Wegens zeldzaamheid van incidenten met heroïne en/of methadon op de EHBO's op feesten is deze categorie niet in de tabel opgenomen. Bron: MDI, Trimbos-instituut.

Opioïde pijnstillers

- Sinds 2019 registreert de MDI ook opioïde pijnstillers. Nog niet alle diensten melden echter incidenten met opioïde pijnstillers, waardoor de aantallen nog steeds geen volledig beeld geven.
- In 2021 registreerde de MDI 61 intoxicaties met (onder andere) opioïde pijnstillers. De meeste patiënten werden behandeld voor een intoxicatie met oxycodon (36), met tramadol (18) en/of fentanyl (4). In de andere gevallen was sprake van een intoxicatie met morfine, abstral of een niet nader gespecificeerde opioïde pijnstiller. De werkzame stof in abstral is fentanyl.

Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [2]. Het NVIC registreert het aantal telefonisch gemelde blootstellingen aan diverse middelen en het aantal internet raadplegingen.

Aanvankelijk signaleerde het NVIC in 2018 een stijging in het aantal consulten over intoxicaties met opioïde pijnstillers [3,4], maar deze stijging heeft zich in 2019 [5] en in 2020 [6] niet verder voortgezet. Voor 2021 heeft het NVIC hier niet meer specifiek over gerapporteerd [2].

- In 2018 kreeg het NVIC 424 telefonische meldingen van blootstellingen aan oxycodon, vergeleken met 280 meldingen in 2017 en 43 meldingen in 2008 [3]. Het aantal telefonische meldingen over oxycodon is echter afgenomen in 2019 naar 343 meldingen en is verder gedaald naar 328 meldingen in 2020 [6].
- Wel steeg het aantal risicoanalyses via de website van 960 in 2018 naar 1.313 in 2019. Van deze internet raadplegingen is niet bekend hoe vaak er daadwerkelijk een vergiftigde patiënt betrokken was; artsen kunnen ook voor onderwijsdoeleinden de website raadplegen. Desalniettemin is het mogelijk dat artsen vaker informatie via internet zijn gaan opzoeken en minder zijn gaan bellen over oxycodon [5].
- Het aantal telefonisch gemelde blootstellingen aan fentanyl schommelde tussen 33 in 2017, 18 in 2018, en 29 in 2019. “Veel meldingen aan het NVIC betroffen medicatiefouten bij therapeutische gebruikers” [5]. Het ging hier voornamelijk om verkeerd gebruik van fentanyl pleisters.

Rijden onder invloed

Aan het rijden onder invloed van opiaten zijn risico’s verbonden (zie ook § 15.2).

- Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die worden verdacht van het gebruik van drugs of medicijnen. Het NFI let daarbij ook op opiaten. In 2013, 2014, 2015, en 2016 werden achtereenvolgens 928, 978, 966, en 1.211 bloedmonsters onderzocht op de aanwezigheid van drugs en medicijnen. Morfine werd aangetroffen in respectievelijk 43 bloedmonsters (5%), 30 bloedmonsters (3%), nog eens 30 bloedmonsters (3%), en 52 bloedmonsters (4%), waarbij het ook kan gaan om morfine afkomstig van medicinale opiaten (opioïden).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Van Velzen AG, Mulder-Spijkerboer HN, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2021: NVIC Rapport 01/2022. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2022.
3. Kan AA, Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, De Lange DW, Van Riel AJHP, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2018: NVIC Rapport 07/2019 [Internet]. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale

Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2019. Available from: https://www.umcutrecht.nl/getmedia/7f6543a2-6609-46f2-a043-a554bef36475/NVIC-Jaaroverzicht-2016.pdf.aspx?ext=.pdf

4. Kan AA, Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, De Lange DW, Van Riel AJHP, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2017. Utrecht: NVIC; 2018.
5. Nugteren–van Lonkhuyzen JJ, de Lange DW, van Riel AJHP, Vrolijk RQ, Ohana D, Hondebrink L. The Clinical Toxicology of 4-Bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine (2C-B): The Severity of Poisoning After Exposure to Low to Moderate and High Doses [Internet]. Vol. 76, Annals of Emergency Medicine. American College of Emergency Physicians; 2020. p. 303–317. Available from: https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.04.022
6. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Van Velzen AG, Mulder-Spijkerboer HN, Visser CC, Dijkman MA, Kan AA, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2020: NVIC Rapport 01/2021. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2021.

5.7 Ziekte en sterfte

5.7.1 Ziekte

Verschillende ziektes

Het gebruik van opiaten, in combinatie met de problematische context waarin het gebruik soms plaatsvindt, kan leiden tot verschillende ziektes en aandoeningen. Het gebruik van een te grote hoeveelheid opiaten kan al snel leiden tot een overdosis, die op zijn beurt weer snel kan leiden tot de dood doordat de ademhaling wordt onderdrukt [1]. Doet zich een overdosis voor door het gebruik van heroïne, dan kan er binnen een bepaalde tijd nog levensreddend worden ingegrepen. Echter, bij een overdosis door fentanyl-achtigen blijft daarvoor beduidend minder tijd beschikbaar [2]. Ook het gebruik van opiaten in combinatie met slaap- en kalmeringsmiddelen kan het stervensproces versnellen [1].

Snellere veroudering

Hiervoor werd reeds opgemerkt dat misbruik van heroïne het verouderingsproces kan versnellen [3]. Het verouderingsproces, de leefomstandigheden en een ongunstige leefstijl leiden onder andere tot een verminderde weerstand tegen infectieziekten. Problematische gebruikers van opiaten kunnen daardoor sneller een infectie oplopen, bijvoorbeeld een infectie met het coronavirus. Bovendien lopen zij het risico daarvan minder goed te herstellen.

Orgaanschade

Ook kan het gebruik van heroïne leiden tot orgaanschade, in extreme gevallen tot schade aan meerdere organen tegelijkertijd [4]. Met name kan het gebruik van opiaten leiden tot beschadigingen van de nieren [5] en beschadigingen en ziekten van de longen, vooral als naast de opiaten ook tabak wordt gebruikt [6]. Ook door het spuiten met besmette naalden of door onveilige seks lopen gebruikers van opiaten het gevaar om infectieziekten op te lopen.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Darke S, Duflou J. The toxicology of heroin-related death: estimating survival times. Vol. 111, Addiction. 2016. p. 1607–1613.
2. Torralva R, Janowsky A. Noradrenergic Mechanisms in Fentanyl-Mediated Rapid Death Explain Failure of Naloxone in the Opioid Crisis. Vol. 371, Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics. 2019. p. 453–475.
3. Cheng GLF, Zeng H, Leung MK, Zhang HJ, Lau BWM, Liu YP, et al. Heroin abuse accelerates biological aging: a novel insight from telomerase and brain imaging interaction. Vol. 3, Translational Psychiatry. 2013. p. 1–10.
4. Feng G, Luo Q, Guo E, Yao Y, Yang F, Zhang B, et al. Multiple organ dysfunction syndrome, an unusual complication of heroin intoxication: a case report and review of literature. Vol. 8, International Journal of Clinical and Experimental Pathology. 2015. p. 11826–11830.

5. Mallappallil M, Sabu J, Friedman EA, Salifu M. What Do We Know about Opioids and the Kidney? Vol. 18, International Journal of Molecular Sciences. 2017. p. 223.
6. Hulin J, Brodie A, Stevens J, Mitchell C. Prevalence of respiratory conditions among people who use illicit opioids: a systematic review. Vol. 115, Addiction. 2020. p. 832–849.

5.7.2 Infectieziekten

In Nederland zijn hiv, aids, en hepatitis B en C de belangrijkste drugsgerelateerde infectieziekten. Besmetting vond voornamelijk plaats in het verleden en nieuwe besmettingen komen slechts sporadisch voor.

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. Het spuiten met besmette naalden komt relatief het meeste voor onder gebruikers van heroïne en daarom wordt hiv behandeld in dit hoofdstuk over opiaten. De belangrijkste nationale bron voor informatie over het aantal hiv-infecties is de hiv/aids registratie van de Stichting HIV Monitoring (SHM). De dataverzameling binnen het cohort drugsgebruikers van de Amsterdamse Cohort Studies, waarin sinds 1985 gegevens over infectieziekten werden verzameld, is in 2016 gestopt. Het aantal nieuwe hiv-diagnoses in dit cohort was nagenoeg 0 sinds 2000, met uitzondering van twee gevallen in 2005. Ook de registratie van de SHM wijst op een zeer beperkte aanwas van nieuwe hiv-infecties onder (ooit) injecterende drugsgebruikers [1].

Hiv door injecterend drugsgebruik

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

- De afgelopen 5 jaar werd bij 5 personen een nieuwe hiv-infectie door injecterend drugsgebruik geregistreerd. In 2018 ging het om 2 van de 527 nieuwe infecties (tabel 5.7.1) [1]. De wijze van besmetting is daarbij niet altijd bekend. In 2019 ging het om 2 van de 482 nieuwe infecties [2].
- In 2018 waren er in totaal 20.181 patiënten onder behandeling bij de hiv-behandelcentra, waaronder 287 (ooit) injecterende drugsgebruikers [1]. In 2019 waren er in totaal 20.724 patiënten onder behandeling bij de hiv-behandelcentra, waaronder 271 (ooit) injecterende drugsgebruikers [2].

Aantal gediagnosticeerde hiv-infecties uitgesplitst naar vermoedelijke wijze van overdracht, 2018

Transmissiegroep	Hiv-patiënten gediagnosticeerd in 2018 (%)	Totaal aantal patiënten in behandeling (% van het totaal)
Totaal (aantal)	527	20.181
Injecterende drugsgebruikers	2	287
	(<1%)	(1,40%)
Mannen die seks hebben met mannen	363	12.737
	(68,90%)	(63,10%)
Heteroseksueel contact	109	5.747
	(20,70%)	(28,50%)
Overige categorieën[I]	53	1.410
	(10,10%)	(7,00%)

I. Inclusief ontvangers van bloedproducten, prikaccidenten, moeder-kind overdracht en overige/onbekende oorzaken. De aantallen worden steeds aangepast wegens vertraagde meldingen. Bron: RIVM (Slurink et al., 2019).

Internationale vergelijking HIV

Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) rapporteert over het vóórkomen van besmetting met hiv onder injecterende drugsgebruikers in lidstaten van de Europese Unie [3]. De gegevens, verzameld door het *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*, komen uit uiteenlopende bronnen en verschillen in dekkingsgraad. De situatie op lokaal niveau kan sterk verschillen van het algemene landelijke beeld. De cijfers zijn daarom niet goed vergelijkbaar en geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad.

- Sinds een aantal jaren blijft in de meeste landen van de Europese Unie het aantal nieuwe hiv-infecties gerelateerd aan injecterend drugsgebruik laag en stabiel [3]. In 2017 werden in de Europese Unie 1.046 nieuwe hiv-diagnoses onder injecterende drugsgebruikers gemeld, 5% van het totaal aantal gemelde hiv-gevallen met een geregistreerde besmettingsroute. Van deze groep was 83% man. Injecterend drugsgebruik is nog wel een belangrijke besmettingsroute in met name de landen Litouwen en Letland. In Litouwen wordt 62% van de nieuwe hiv-diagnoses toegeschreven aan injecterend drugsgebruik en in Letland 33%.
- In Dublin (2014-2015), Luxemburg (2014-2016), München (2015-2016) en Glasgow (2015-2018) werden onder gemarginaliseerde groepen van injecterende drugsgebruikers lokale uitbraken van hiv gedocumenteerd. Alle vier de uitbraken werden in verband gebracht met het injecteren van stimulerende middelen [4].
- Opvallend is dat de helft van de nieuwe hiv-diagnoses in de EU, toegeschreven aan injecterend drugsgebruik, pas in een laat stadium wordt gediagnosticeerd. Dit gaat gepaard met verlate anti-virale behandeling en een toename van morbiditeit en mortaliteit. Vroege diagnostiek en behandeling leidt tot een afname van de overdracht, dit is voornamelijk van belang in groepen

met risicovol gedrag zoals injecterend drugsgebruik.
- Het aantal nieuwe hiv-infecties in Nederland behoort al jaren tot de laagste in de EU-15, 482 in 2019.

Aids

Het jaarlijks aantal meldingen van aids (alle transmissieroutes) daalde vanaf 1995, onder meer doordat besmetting met hiv door de inzet van de effectieve anti-retrovirale geneesmiddelen (HAART) minder vaak of later leidde tot aids.

- De bijdrage van injecterend drugsgebruik aan het aantal gevallen van aids in Nederland is in al die jaren beperkt gebleven tot enkele per jaar.
- Ook in de EU neemt het aantal nieuwe gevallen van aids dat samenhangt met injecterend drugsgebruik al jaren af. In 2017 werden in Europa 379 nieuwe aids gevallen als gevolg van injecterend drugsgebruik gerapporteerd, 14% van het totaal. Dit is minder dan een kwart van het aantal dat 10 jaar geleden werd gerapporteerd [4].

Hepatitis B en C

Een chronische infectie met het hepatitis B of hepatitis C virus kan ernstige vormen van leverontsteking veroorzaken. Met name hepatitis C, maar ook hepatitis B infecties, zijn naar alle waarschijnlijkheid verantwoordelijk voor een toenemend aantal gevallen van cirrose, leverkanker en sterfgevallen onder injecterende drugsgebruikers. Hepatitis C is veel besmettelijker dan hiv en kan ook worden overgedragen door het delen van besmette (spuit)attributen anders dan naalden. Na migranten uit bepaalde gebieden behoren injecterende drugsgebruikers in Nederland tot de groepen met de grootste aantallen bestaande besmettingen met hepatitis C. Nieuwe besmettingen vinden onder drugsgebruikers momenteel echter nauwelijks plaats.

- Nederland kent ongeveer 49.000 chronisch geïnfecteerde hepatitis B patiënten en ongeveer 23.000 patiënten met chronische hepatitis C [5]. Hiv-positieve en hiv-negatieve drugsgebruikers samen vormen 15% van alle chronische hepatitis C patiënten en dat zijn ruim 3.400 gevallen.
- Sommige personen in Nederland zijn ooit in het verleden via drugsgebruik met hepatitis C besmet geraakt, maar zijn al jaren buiten beeld bij de verslavingszorg, doordat zij hun verleden van drugsgebruik hebben afgesloten. Het aantal is onbekend. Zij zitten in de hepatitis schattingen “verstopt” in de categorie “overig”, waar ongeveer 4.200 personen onder zouden vallen [5].

Hepatitis C

Al wat oudere schattingen van de prevalentie van hepatitis C onder drugsgebruikers 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 [6–10].

Behandeling

Een chronische hepatitis B infectie kan met behandeling worden onderdrukt, maar is niet te genezen. Hepatitis C kan met een goede behandeling wel genezen. De afgelopen jaren is voor zowel hepatitis B

als hepatitis C nieuwe medicatie op de markt gekomen die veel effectiever is dan de oude medicatie. Voor hepatitis C geldt dat met de nieuwe (dure) medicatie, de zogeheten Direct Acting Antivirals (DAAs), de genezingskans voor alle typen patiënten hoger is dan 90%-95%. Nederland is bovendien een van de eerste landen die deze middelen beschikbaar stelt voor alle hepatitis C patiënten, ongeacht de mate van hun leverschade. Een recente Nederlandse kosteneffectiviteitsanalyse concludeerde dat een hepatitis C behandeling met deze DAAs ook bij drugsgebruikers zeer kosteneffectief is [11].

Meldingsplicht

Acute en chronische hepatitis B en acute hepatitis C zijn meldingsplichtige ziekten.

- In 2018 werden 101 gevallen van acute hepatitis B gemeld. De belangrijkste besmettingsroute was seksueel contact. Het aantal acute hepatitis B gevallen gerelateerd aan drugsgebruik blijft al jaren beperkt tot nul of één. Ook het aantal acute of recente hepatitis C infecties is al jaren op één hand te tellen. Van de 62 acute hepatitis C gevallen in 2018 was de belangrijkste besmettingsroute onbeschermde seks tussen mannen [1].
- Sinds 1 januari 2012 worden drugsgebruikers niet meer aangemerkt als een hoogrisicogroep die in aanmerking komt voor een gratis hepatitis B vaccinatie vanuit het nationale hepatitis B vaccinatie- programma. Verslavingszorginstellingen zijn nu aangewezen om drugsgebruikers die bij hen in zorg zijn en risico lopen op het oplopen van een besmetting met hepatitis B, een vaccinatiereeks aan te bieden.

Internationale vergelijking Hepatitis B en C

- 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 [3].
- 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.
- De prevalentie van HCV-antilichamen in nationale steekproeven onder injecterende drugsgebruikers in 2016-2017 varieert van 15% tot 82%, waarbij 8 van de 14 landen die over nationale gegevens beschikken melden dat meer dan 50% van de onderzochte drugsgebruikers is besmet.
- In de Europese landen komen, net als in Nederland, infecties met hepatitis B minder vaak voor onder drugsgebruikers dan hepatitis C-infecties.
- Naar schatting varieert in 2016-2017 het percentage injecterende drugsgebruikers met een hepatitis B infectie (zowel acuut als chronisch) tussen de 1% en 9% in de zeven landen waarvoor nationale gegevens beschikbaar zijn.

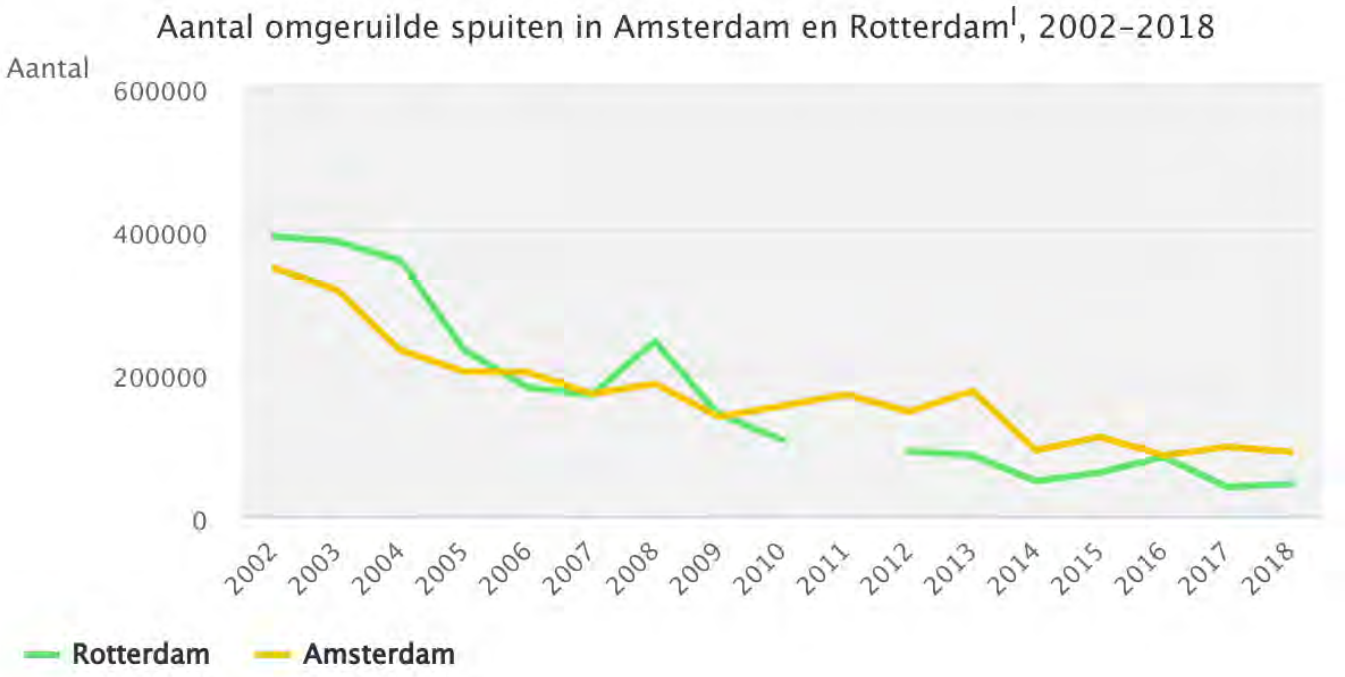
Daling injecteren

Zowel het lenen van gebruikte spuiten door injecterende drugsgebruikers, als het injecteren zelf, zijn sinds de jaren negentig van de vorige eeuw sterk afgenomen (zie ook § 5.4). Recente cijfers over het injecteren en het delen van gebruikte spuiten op landelijk niveau ontbreken.

- In 2015 was injecteren voor 8% van de opiaatcliënten in de verslavingszorg de gangbare wijze

van gebruik (LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut). In 2001 lag dit percentage nog op 12% en in 2006 op 10% [12].

- Cijfers van de spuitomruilprogramma's in Amsterdam en Rotterdam tonen een jarenlange daling van het aantal omgeruilde spuiten (figuur 5.7.1). Mogelijk hangt dit samen met een daling van het aantal injecterende drugsgebruikers. In 2018 werden in Amsterdam nog maar 89.650 spuiten omgeruild en in Rotterdam nog maar 45.000 spuiten. Het aantal van Amsterdam in 2018 lag daarmee op nog maar 8% van het aantal in 1991 [13].



Aantal omgeruilde spuiten maal 1.000 afgerond op duizendtallen. l. Voor Rotterdam ontbreken de cijfers van 2011 vanwege een verandering in het registratiesysteem. Het cijfer uit 2014 is minder betrouwbaar vanwege een registratieprobleem. Het cijfer uit 2017 en 2018 is voor een deel lager dan in voorgaande jaren, doordat een van de locaties zijn eigen materiaal is gaan inkopen.
Bronnen: GGD Amsterdam (Wijffels et al., 2020), GGD Rotterdam-Rijnmond.

NDM

Categories	Rotterdam	Amsterdam
2002	391000	347000
2003	384000	316000
2004	357000	232000
2005	232000	202000

Categories	Rotterdam	Amsterdam
2006	180000	201000
2007	169000	171000
2008	244000	185000
2009	143000	139000
2010	107000	154000
2011		170000
2012	91000	146000
2013	85000	175000
2014	49000	92000
2015	61000	111000
2016	83000	85000
2017	41000	97000
2018	45000	90000

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Slurink IAL, Van Aar F, Coul ELM Op de, Heijne JCM, Van Wees DA, Hoenderboom BM, et al. Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2018: RIVM report number: 2019-0007.

Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment, RIVM; 2019.
2. Staritsky LE, Van Aar F, Visser M, Coul ELM Op de, Heijne JCM, Götz HM, et al. Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2019. Bilthoven, The Netherlands: National Institute for Public Health and the Environment, RIVM; 2020.
3. EMCDDA. European Drug Report 2019: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
4. EMCDDA. European Drug Report 2018: Trends and Developments [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/edr2015
5. Koopsen J, Van Steenbergen J, Richardus JH, Prins M, Coul E Op de, Croes E, et al. Chronic hepatitis B and C infections in the Netherlands: estimated prevalence in risk groups and the general population. Vol. 68, Journal of Hepatology. 2018. p. S156–S157.
6. Breemer JN, De Jong WM, Krummacher N, Wolter R. Pilotproject Actief Testen in de GGZ en maatschappelijke opvang 2007-2008: evaluatierapport. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond; 2009.
7. Leemrijse CJ, Bongers M, Nielen M, Devillé W. Hepatits C in penitentiaire inrichtingen: Een onderzoek naar prevalentie. Utrecht: Nivel; 2010.
8. Lindenburg CE, Lambers FA, Urbanus AT, Schinkel J, Jansen PL, Krol A, et al. Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. Vol. 23, Eur J Gastroenterol Hepatol. 2011. p. 23–31.
9. Schreuder I, Van Veen MG. Prevalentie van hiv, hepatitis B en hepatitis C bij mannen in detentie in Sittard, 2010. Bilthoven: RIVM; 2010.
10. Schreuder I, Van der Sande MA, De Wit M, Bongaerts M, Boucher CA, Croes EA, et al. Seroprevalence of HIV, hepatitis b, and hepatitis c among opioid drug users on methadone treatment in the netherlands. Vol. 7, Harm Reduction Journal. 2010.
11. Van Santen DK, De Vos AS, Matser A, Willemse SB, Lindenburg K, Kretzschmar MEE, et al. Cost-Effectiveness of Hepatitis C Treatment for People Who Inject Drugs and the Impact of the Type of Epidemic; Extrapolating from Amsterdam, the Netherlands. Vol. 11, PLoS ONE. 2016. p. e0163488.
12. Ouwehand AW, Kuijpers WGT, Wisselink DJ, Van Delden EB. Kerncijfers Verslavingszorg 2006: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) [Internet]. IVZ, editor. Vol. ISBN 978-9. Houten: IVZ; 2007. p. 1–38. Available from: http://www.ladisonline.nl http://www.sivz.nl
13. Wijffels C, Buster M, Steenkamer I, Schaap A, Uitenbroek D, Verhagen C. Genotmiddelenmonitor Amsterdam 2020. Amsterdam: GGD Amsterdam, Afdeling Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorginnovatie (EGZ) / Jeugdgezondheidszorg (JGZ); 2020.

5.7.3 Sterfte in Nederland

In het kort: Tussen 2013 en 2020 steeg de geregistreerde drugssterfte, maar deze lijkt in 2021 te zijn gestabiliseerd. In 2021 ging het in de helft van de gevallen om opioïden, gevolgd door cocaïne. Bij de opioïden is nog onbekend in hoeverre het gaat om medicinale opioïden zoals oxycodon.

Doodsoorzakenstatistiek CBS

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland naar verhouding maar weinig mensen aan de directe gevolgen van het gebruik van opioïden. De Doodsoorzakenstatistiek van het CBS is echter niet specifiek toegerust op het registreren van drugsgerelateerde sterfte. De cijfers moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd (voor een toelichting, zie bijlage B4). Bij de cijfers over de geregistreerde drugssterfte kan zowel sprake zijn van onderrapportage als van overrapportage, maar de mate waarin verschilt vermoedelijk per drug. Bovendien kunnen tal van factoren van invloed zijn geweest op de *trends* in de aantallen sterfgevallen.

- In 2021 registreerde de Nederlandse Doodsoorzakenstatistiek 298 directe sterfgevallen door drugs. Dat zijn ongeveer evenveel sterfgevallen als het aantal van 295 uit 2020. In 2018 deed zich aanvankelijk een daling voor, maar in 2019 en 2020 vond er weer een stijging plaats, die in 2021 lijkt te zijn gestabiliseerd (zie onderstaand figuur). In 2021 was het gebruik van opioïden in 150 gevallen de doodsoorzaak (50%), in 72 gevallen ging het om cocaïne (24%), en in 26% van de gevallen ging het om andere middelen of een combinatie van middelen. De voormalige stijgingen tussen 2014 en 2017 en 2018 en 2020 deden zich voor een belangrijk gedeelte voor bij de opioïden, waarbij op grond van deze cijfers niet bekend is in hoeverre het ging om medicinale opioïden. Ook voor 2021 is op grond van deze cijfers niet bekend in hoeverre het ging om medicinale opioïden.
- In 2021 ging het bij de totale drugssterfte in 51% van de gevallen om accidentele vergiftiging, in 22% van de gevallen ging het om suïcide, en in 1% van de gevallen was de oorzaak van de vergiftiging onbekend. In de overige 26% van de gevallen werd de sterfte geregistreerd onder de diagnose “psychische stoornissen en gedragsstoornissen”. Ook deze categorie valt onder de directe drugsgerelateerde sterfte.
- Het aantal opioïdengerelateerde sterfgevallen verdrievoudigde van 40 in 2014 naar 127 gevallen in 2017, daalde aanvankelijk naar 104 gevallen in 2018, en steeg vervolgens weer naar 124 gevallen in 2019 en 164 gevallen in 2020. In 2021 lijkt het aantal opioïdengerelateerde sterfgevallen te zijn gestabiliseerd op 150.
- Grotendeels is ook onbekend om welke opioïden het precies gaat, bijvoorbeeld heroïne of medische opioïden, zoals oxycodon. Van de 150 gevallen in 2021 stond expliciet geregistreerd dat het in 15 gevallen ging om heroïne, en in 7 gevallen om methadon. In de overige gevallen stond alleen geregistreerd dat het in 26 gevallen ging om opioïden, in 91 gevallen om overige opioïden, en in 11 gevallen om overige synthetische narcotica.
- Momenteel is er een speciaal register in ontwikkeling om meer inzicht te verkrijgen in de drugsgerelateerde sterfte in Nederland [1]. Voor de ontwikkeling van het speciaal register zijn lijkschouwverslagen van GGD'en van april tot en met september 2018 geanalyseerd. Daarbij zijn 102 gevallen in beeld gekomen waarbij het overlijden vermoedelijk direct aan drugs was gerelateerd [1]. In 27 gevallen werden daarbij illegale opioïde drugs aangetroffen en in 36

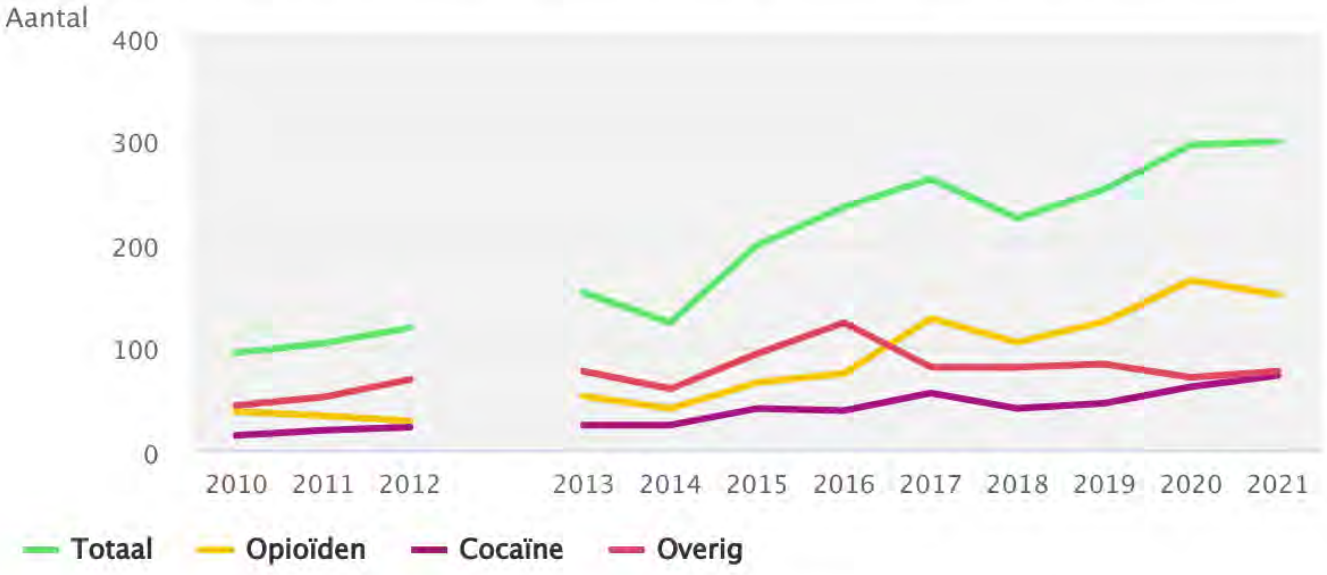
gevallen werd opioïde medicatie aangetroffen zoals oxycodon, methadon, morfine, tramadol, sufentanil, of diplodor. Dit is een indicatie dat opioïde medicijnen een belangrijke rol kunnen hebben gespeeld bij het overlijden gerelateerd aan opioïden.

- In 2021 ging het bij de opioïdengerelateerde sterfgevallen in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS in bijna de helft van de gevallen (45%) om accidentele vergiftiging, in 37% van de gevallen om suïcide, en in 17% van de gevallen om psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Waren er géén opioïden geregistreerd als doodsoorzaak, dan ging het in 6% van de gevallen om suïcide, en in 35% van de gevallen om psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Bij de opioïdengerelateerde sterfte gaat het daarmee naar verhouding vaker om suïcide en minder vaak om psychische stoornissen en gedragsstoornissen.
- Tussen 2020 en 2021 daalde het aantal gevallen van suïcide door overige opioïden van 42 naar 30 gevallen. Mogelijk kwam dit doordat mensen die suïcide pleegden minder vaak opioïden gebruikten, maar een ander middel gebruikten om daarmee suïcide te plegen.
- Overigens is naar verhouding een groot deel van de drugsgerelateerde sterfte geregistreerd onder de categorie ‘Overig’ (zie onderstaand figuur). In deze categorie vielen in 2021 in totaal 11 sterfgevallen door psychostimulantia, maar verder kan het ook om opioïden gaan of andere harddrugs, soms in diverse combinaties, maar het is hier niet altijd duidelijk welk middel de doodsoorzaak was.
- Bovengenoemde aantallen betreffen alleen sterfgevallen onder inwoners die officieel stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. In 2021 waren bij het CBS nog eens 24 gevallen bekend van drugssterfte onder mensen die wel in Nederland verbleven, maar niet als inwoner stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. In 2020 waren dit nog 30 gevallen.

Geen verklaring voor de stijgingen

Vooralsnog is er geen afdoende verklaring gevonden voor de toename in de geregistreerde drugsgerelateerde sterfte tussen 2014 en 2017 en tussen 2018 en 2020, evenmin voor de stabilisatie in 2021. Naast wijzigingen in de registratieprocedures en het toegenomen toxicologisch onderzoek bij het vaststellen van de doodsoorzaak, zijn er meer verklaringen mogelijk, zoals de veroudering van de drugsgebruikers en een toename in het gebruik van medicinale opioïden zoals oxycodon en fentanyl. Toekomstig onderzoek via het speciaal register dat momenteel in ontwikkeling is, kan hierover meer helderheid verschaffen [1].

Geregistreerde sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland, vanaf 2010[1]



Aantal geregistreerde sterfgevallen. Volgens ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X41*, X42*, X44*, X61*, X62*, X64*, Y11*, Y12*, Y14* (*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage E. I. Vanaf 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van natuurlijke doodsoorzaken, waardoor de gegevens vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken kunnen worden met de voorafgaande jaren. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut volgens de definitie van het EMCDDA.

NDM

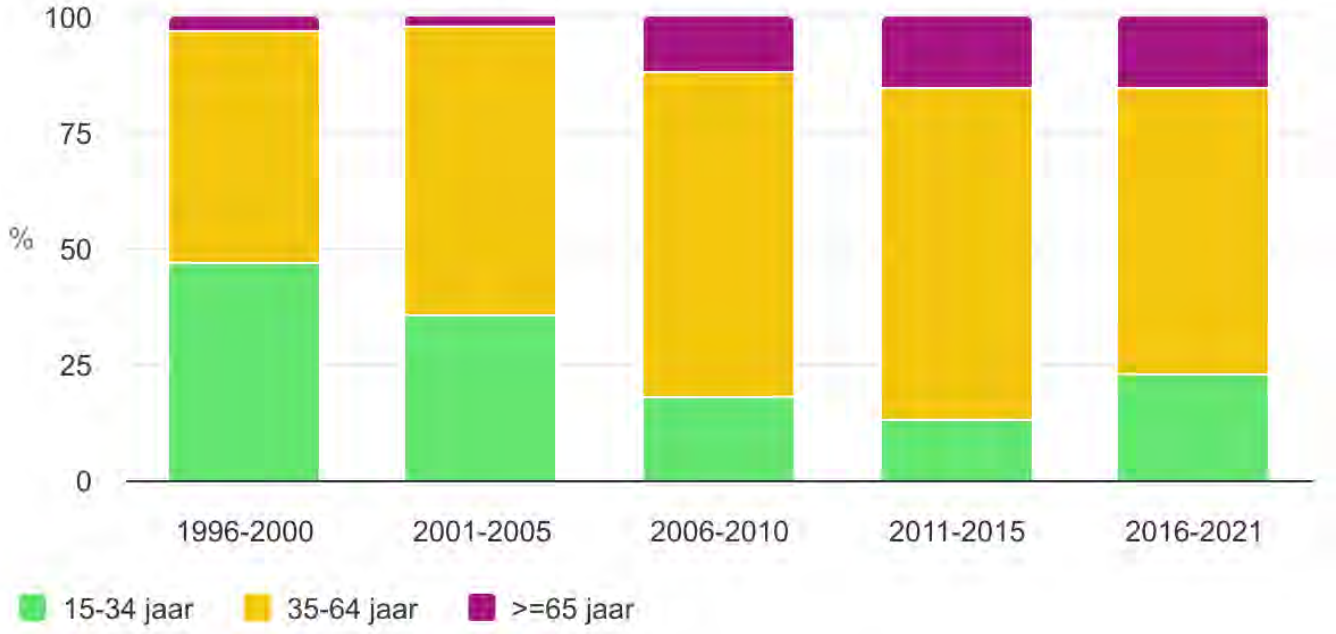
	Totaal	Opioïden	Cocaïne	Overig
2010	94	37	14	43
2011	103	33	19	51
2012	118	28	22	68
2013	152	52	24	76
2014	123	40	24	59
2015	198	65	40	93

	Totaal	Opioïden	Cocaïne	Overig
2016	235	74	38	123
2017	262	127	55	80
2018	224	104	40	80
2019	252	124	45	83
2020	295	164	61	70
2021	298	150	72	76

Veroudering

- Net zoals de gebruikers van opioïden steeds ouder worden, stijgt ook de leeftijd bij het overlijden aan een dodelijke overdosis opioïden. Het aandeel van de jonge opioïdengebruikers in de sterfte daalt respectievelijk. In de periode van 1996 tot en met 2000 was nog 47% jonger dan 35 jaar, vergeleken met nog maar 23% in de periode van 2016 tot en met 2021 (zie onderstaand figuur). Wel steeg het aandeel van de leeftijdsgroep van 15-34 jaar tussen de periode 2011-2015 en de periode 2016-2021 van 13% naar 23%.
- Tussen 2009 en 2021 schommelde het percentage mannen tussen 59% en 82%. Er is geen verklaring bekend voor deze schommeling. Mogelijk gaat het hier om een toevalsfluctuatie vanwege kleine aantallen.

Leeftijdsverdeling van de geregistreerde sterftegevallen door overdosering van opioïden in de periodes 1996-2000, 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015, en 2016-2021



Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut volgens de definitie van het EMCDDA.

NDM

Jaar	>=65 jaar	35-64 jaar	15-34 jaar
1996-2000	3	50	47
2001-2005	3	62	36
2006-2010	12	70	18
2011-2015	15	72	13
2016-2020	15	63	22

MDI en LIS

Behalve in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS, wordt een deel van de drugsgerelateerde sterftegevallen ook zichtbaar in de Monitor Drugsincidenten (MDI) en in het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL. De MDI baseert zich op gegevens van ambulancediensten, ziekenhuizen, en politieartsen in 8 regio's van Nederland en enkele landelijke EHBO-organisaties, terwijl de gegevens van het LIS afkomstig zijn van 14 afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) van enkele ziekenhuizen [2]. In 2020 werden door de MDI en het LIS in totaal 20 gevallen geregistreerd waarin drugs een rol kunnen hebben gespeeld bij het overlijden. In 12 gevallen werden meerdere drugs aangetroffen, waarvan in 4 gevallen heroïne, en in 1 geval synthetische opioïden. Er waren 2 personen overleden na het gebruik van heroïne/methadon als enige drug. In 2021 werden 13 sterfgevallen geregistreerd, waarbij in één geval de opioïde desmetramadol werd aangetroffen [3].

GGD Amsterdam

De GGD Amsterdam rapporteerde van 2013 tot en met 2017 in totaal 7 gevallen waarin fentanyl of een fentanyl-achtige, naast andere middelen, een rol hadden gespeeld bij het overlijden [4].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. 1.
   Vercoulen E, Ceelen M, Dorn T, Buster M, Croes E, Van Laar M. Drugsgerelateerde sterfte in beeld: Onderzoek naar de praktijk van de detectie en registratie van drugsgerelateerde sterfte en ontwikkeling van een blauwdruk voor een speciaal register. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/GGD Amsterdam; 2021.
2. 2.
   Schürmann L, Croes E, Vercoulen E, Valkenberg H. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
3. 3.
   Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
4. 4.
   CAM. CAM Quick Scan rapportage van fentanyl en fentanyl-analoga. Bilthoven: CAM; 2018.

5.7.4 Sterfte internationaal

Grotere kans op overlijden

Volgens het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) blijkt uit cohortstudies dat per jaar 1%-2% van de problematische harddrugsgebruikers komt te overlijden. Onder problematische opiatengebruikers is de sterfte 5 tot 10 keer hoger dan de verwachte basissterfte in de algemene bevolking [1–3]. Het gaat hier niet alleen om fatale overdoseringen, maar ook om de indirecte aan drugsgebruik gerelateerde doodsoorzaken, zoals ongevallen onder invloed van drugs, infectieziekten, geweld en suïcide (zie bijlage B4). Bij het problematisch gebruik van én cocaïne én opiaten is de kans op overlijden groter dan bij het problematisch gebruik van alleen cocaïne [4]. Naarmate methadoncliënten ouder worden, lopen ze een steeds hoger risico op sterfte door een overdosis methadon [5].

Vergelijking van Europese landen

De meeste landen-specifieke gegevens over de drugssterfte zijn beschikbaar voor overdoseringen (directe ‘acute’ drugssterfte). Een internationale vergelijking van de drugssterfte wordt bemoeilijkt door verschillen in de definitie van dit begrip en door verschillen in post-mortem onderzoek [3]. Wel is er een standaard van het EMCDDA voor drugssterfte (voor alle drugs samengenomen), gebaseerd op een specifieke selectie van ICD-9 codes en ICD-10 codes uit de doodsoorzakenstatistieken, of een specifieke selectie uit forensische registers. Hierboven werd deze standaard van het EMCDDA al toegepast op de gegevens voor Nederland uit de algemene doodsoorzakenstatistiek (zie § 5.7.3). Het speciale register voor de drugssterfte op basis van forensische gegevens in Nederland, op landelijk niveau, is nog in ontwikkeling [6].

EU-14, Noorwegen, en het Verenigd Koninkrijk

Onderstaand figuur toont voor een aantal landen van de EU-14, Noorwegen, en het Verenigd Koninkrijk het totaal aantal door drugs geïnduceerde sterftegevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar voor het meest recente jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn bij het EMCDDA [3]. Het gaat hier niet alleen om opiaten maar ook om andere drugs. Opiaten, vaak in combinatie met andere middelen, speelden voor zover bekend een rol in ongeveer drie kwart (76%) van de gevallen [3]. Bij de opiaten is het daarbij niet duidelijk in hoeverre het gaat om illegale opiaten zoals heroïne, of om medicijnen zoals fentanyl of oxycodon. Opiaten speelden vooral een rol in de landen Oostenrijk, Denemarken, Estland, Finland, Ierland, Luxemburg, Noorwegen, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Bulgarije, Kroatië en Roemenië. In Finland speelt buprenorfine daarbij een belangrijke rol en in andere landen spelen ook fentanyl en tramadol een belangrijke rol in de drugssterfte.

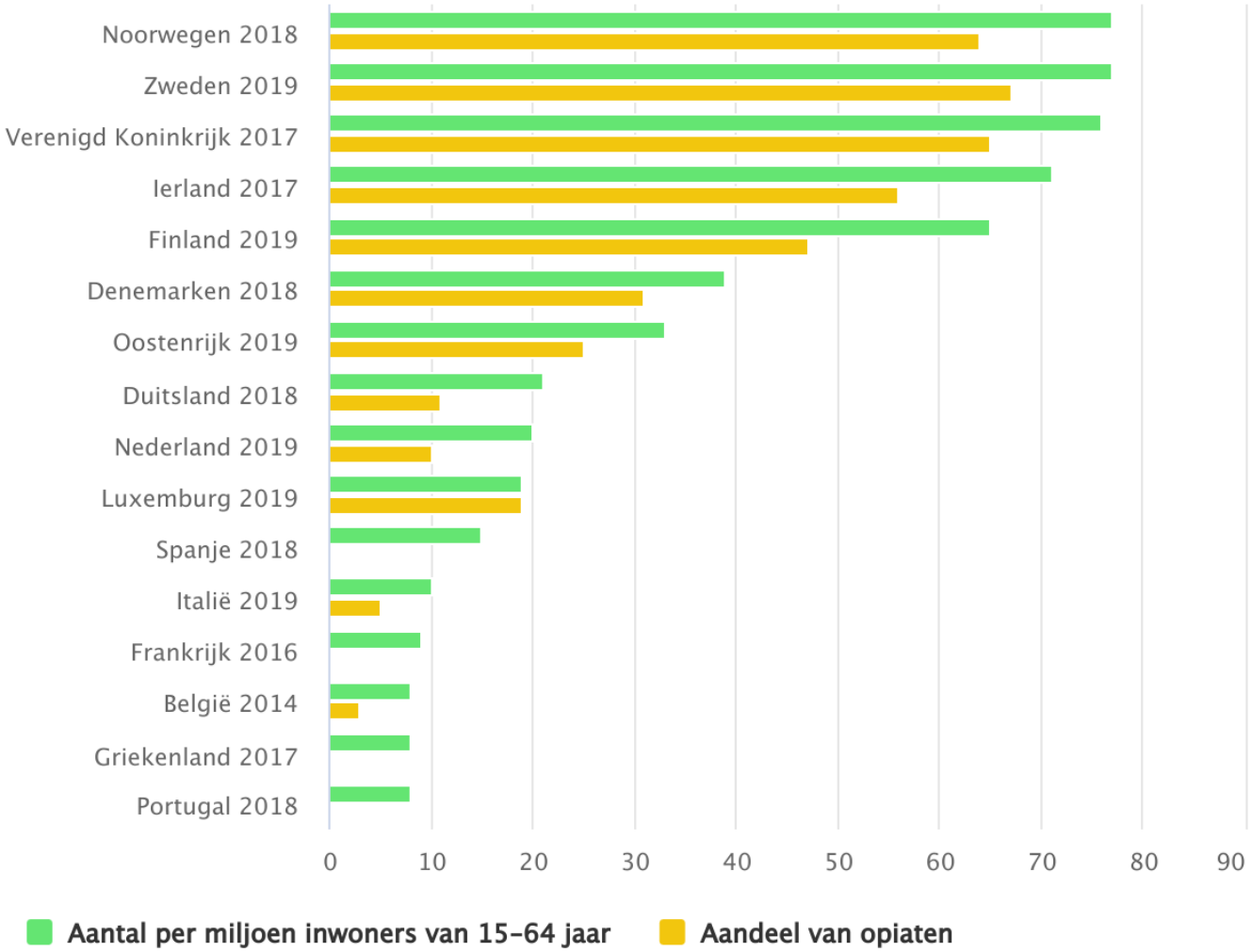
Om Europa voor te bereiden op een toename in het aanbod en gebruik van zeer gevaarlijke synthetische opioïden, waaronder fentanyl en fentanyl-achtigen, brengt het Trimbos-instituut momenteel de situatie rond deze drugs in kaart voor een aantal Europese landen [7]. Naar verwachting zal dit project van het Trimbos-instituut een belangrijke bijdrage gaan leveren aan het vergroten van de kennis over de risico’s van synthetische opioïden en het bewaken van het aanbod.

- In Noorwegen, Zweden, en het Verenigd Koninkrijk ligt de geregistreerde drugssterfte relatief

hoog. In België, Griekenland, en Portugal ligt de geregistreerde drugssterfte relatief laag. Van de landen die worden genoemd in onderstaand figuur, valt Nederland in de onderste helft.

- In 2019 ging het samengenomen in de Europese Unie om minstens 5.141 fatale overdoseringen, een stijging van 3% ten opzichte van 2018 [3].

Aantal door opiaten en andere drugs geïnduceerde sterftegevallen per miljoen inwoners van 15–64 jaar in een aantal landen van de EU–14, Noorwegen, en het Verenigd Koninkrijk voor het meest recente jaar[I]



Aantal sterftegevallen per miljoen inwoners van 15–64 jaar en het aandeel daarin van opiaten. I. Volgens het EMCDDA protocol voor geregistreerde drugssterfte voor het meest recente jaar waarover het EMCDDA beschikt, volgens EMCDDA–selectie B, of EMCDDA–selectie D, of een andere nationale definitie. Bron: EMCDDA.

NDM

	Aantal per miljoen inwoners van 15-64 jaar	Aandeel van opiaten
Noorwegen 2018	77	64

	Aantal per miljoen inwoners van 15-64 jaar	Aandeel van opiaten
Zweden 2019	77	67
Verenigd Koninkrijk 2017	76	65
Ierland 2017	71	56
Finland 2019	65	47
Denemarken 2018	39	31
Oostenrijk 2019	33	25
Duitsland 2018	21	11
Nederland 2019	20	10
Luxemburg 2019	19	19
Spanje 2018	15	
Italië 2019	10	5
Frankrijk 2016	9	
België 2014	8	3
Griekenland 2017	8	
Portugal 2018	8	

Verenigde Staten

In de Verenigde Staten steeg het aantal geregistreerde sterfgevallen door een overdosis drugs van 38.329 in 2010 naar 70.237 in 2017 [8]. In 2018 vond er een daling plaats naar 67.367 gevallen, maar in 2019 vond er weer stijging plaats naar 70.630 gevallen. Behalve om opiaten ging het daarbij met name ook om cocaïne en psychostimulantia. Inmiddels zijn er signalen dat in de Verenigde Staten, tijdens de coronacrisis van 2020, het aantal sterfgevallen door een overdosis drugs nog verder is gestegen [19].

- Per miljoen inwoners overleden in 2019 in de Verenigde Staten 44 mensen door een overdosis heroïne, 114 door synthetische opioïden zoals fentanyl en tramadol, 36 door semisynthetische opioïden zoals oxycodon en hydrocodon, en 8 door methadon [8].
- Bij de sterfte door heroïne speelt ook een rol dat in de Verenigde Staten en omliggende landen de heroïne nogal eens vervuild is met fentanyl-achtigen [9–16].
- In Canada is men inmiddels gestart met een experiment waarbij drugsgebruikers in een gebruikersruimte hun drugs kunnen laten testen op vervuilingen met fentanyl [17]. Van de nieuwe heroïnegebruikers in de Verenigde Staten waren ongeveer drie van de vier nieuwe gebruikers eerst begonnen met het gebruik van medicinale opioïden [18]. Daarbij is ook onderzocht welke mensen een grotere kans hebben om opioïden te gaan gebruiken. Het blijkt dat mensen die stressvolle levensomstandigheden meemaken en lijden aan een lage zelfwaardering, eerder opioïden gaan gebruiken. Ook is gebleken dat patiënten die voor chronische pijn worden behandeld met opioïden, een verhoogd risico hebben op misbruik en overdosis, als deze patiënten bovendien lijden aan een angst- of stemmingsstoornis [19].
- In de Verenigde Staten werden 568.612 patiënten gevolgd die na een operatie in het ziekenhuis een recept voor opiaten hadden gekregen. Binnen een periode van ongeveer twee en een half jaar was bij 0,6% van deze patiënten verslaving, misbruik, of een overdosis opgetreden, terwijl deze patiënten voor die tijd nog geen problemen hadden met opiaten [20,21].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2019: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
2. EMCDDA. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
3. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
4. Colell E, Domingo-Salvany A, Espelt A, Parés-Badell O, Brugal MT. Differences in mortality in a cohort of cocaine use disorder patients with concurrent alcohol or opiates disorder. Vol. 113, Addiction. 2018. p. 1045–1055.
5. Pierce M, Millar T, Robertson JR, Bird SM. Ageing opioid users' increased risk of methadone-specific death in the UK [Internet]. Vol. 55, International Journal of Drug Policy. Elsevier; 2018. p. 121–127. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.005
6. Vercoulen E, Ceelen M, Dorn T, Buster M, Croes E, Van Laar M. Drugsgerelateerde sterfte in beeld: Onderzoek naar de praktijk van de detectie en registratie van drugsgerelateerde sterfte en ontwikkeling van een blauwdruk voor een speciaal register. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-

instituut/GGD Amsterdam; 2021.
7. Kools J-P. Europa wil beter zicht op gevaarlijke en zeer verslavende synthetische opioïden: 19 februari 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/*/https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/europa-wil-beter-zicht-op-gevaarlijke-en-zeer-verslavende-synthetische-opioiden.
8. CDC. Drug Overdose Deaths in the United States, 1999–2019: NCHS Data Brief No. 394, December 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20210815225544/https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db394.htm.
9. D'Errico S. Commentary. Fentanyl-related death and the underreporting risk [Internet]. Vol. 60, Journal of Forensic and Legal Medicine. Elsevier; 2018. p. 35–37. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1752928X18305286
10. Green TC, Nyeong J, Gilbert M, Mckenzie M, Struth E, Lucas R, et al. An assessment of the limits of detection, sensitivity and specificity of three devices for public health-based drug checking of fentanyl in street-acquired samples [Internet]. Vol. 77, International Journal of Drug Policy. Elsevier; 2020. p. 102661. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102661
11. Karamouzian M, Johnson C, Kerr T. Public health messaging and harm reduction in the time of COVID-19. Vol. 7, The Lancet Psychiatry. 2020. p. 390–391.
12. McGowan CR, Harris M, Platt L, Hope V, Rhodes T. Fentanyl self-testing outside supervised injection settings to prevent opioid overdose : Do we know enough to promote it? [Internet]. Vol. 58, International Journal of Drug Policy. Elsevier; 2018. p. 31–36. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.017
13. McKnight C, Des Jarlais DC. Being "hooked up" during a sharp increase in the availability of illicitly manufactured fentanyl: Adaptations of drug using practices among people who use drugs (PWUD) in New York City [Internet]. Vol. 60, Int J Drug Policy. Elsevier; 2018. p. 82–88. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.08.004
14. Meacham MC, Lynch KL, Coffin PO, Wade A, Wheeler E, Riley ED. Addressing overdose risk among unstably housed women in San Francisco, California: an examination of potential fentanyl contamination of multiple substances. Vol. 17, Harm Reduction Journal. Harm Reduction Journal; 2020. p. 17.
15. Park JN, Weir BW, Allen ST, Chaulk P, Sherman SG. Fentanyl-contaminated drugs and non-fatal overdose among people who inject drugs in Baltimore, MD. Vol. 15, Harm Reduction Journal. Harm Reduction Journal; 2018.
16. Stone AC, Carroll JJ, Rich JD, Green TC. Methadone maintenance treatment among patients exposed to illicit fentanyl in Rhode Island: Safety, dose, retention, and relapse at 6 months [Internet]. Vol. 192, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier; 2018. p. 94–97. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.019
17. Karamouzian M, Dohoo C, Forsting S, McNeil R, Kerr T, Lysyshyn M. Evaluation of a fentanyl drug checking service for clients of a supervised injection facility, Vancouver, Canada. Vol. 15, Harm Reduction Journal. Harm Reduction Journal; 2018.
18. Hendy HM, Black P, Can SH, Fleischut A, Aksen D. Opioid Abuse as Maladaptive Coping to Life Stressors in U.S. Adults [Internet]. Vol. 48, Journal of Drug Issues. 2018. p. 560–571. Available from: https://doi.org/10.1177/0022042618783454
19. Dom G. Een gevaarlijke combinatie: chronische pijn, psychisch lijden en (iatrogeen) opioïdenmisbruik. Vol. 61, Tijdschrift voor Psychiatrie. 2019. p. 670–672.
20. Brat GA, Agniel D, Beam A, Yorkgitis B, Bicket M, Homer M, et al. Postsurgical prescriptions for

opioid naive patients and association with overdose and misuse: Retrospective cohort study. Vol. 360, BMJ (Online). 2018. p. j5790.
21. Van Eijsden P. Postoperatieve opiaten: Pas op met herhaalrecepten. Vol. 162, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2018. p. D3219.

5.8 Aanbod en markt

Geen systematische monitoring wel justitiële gegevens

De illegale markt voor heroïne, methadon en andere opiaten wordt niet systematisch gemonitord, zoals de markt voor synthetische drugs (zie § 6.8 en § 7.8). Systematische trendgegevens over deze markt zijn daarmee niet beschikbaar. Wel worden in hoofdstuk 14 justitiële gegevens genoemd over de opiatenhandel.

- Voor de strafrechtelijke opsporingsonderzoeken naar cocaïne en heroïne, zie § 16.2.
- Voor de smokkelroutes van heroïne, zie § 16.2.
- Voor de inbeslagnames van heroïne, zie § 16.3.



Ecstasy

6.0 Laatste feiten en trends

- Ecstasy is na cannabis de meest gebruikte drug in Nederland. Het laatste-jaar-gebruik van ecstasy in de algemene bevolking ligt sinds 2015 op ongeveer hetzelfde niveau (rond 3%) (§ 6.2).
- Ook het laatste-maand-gebruik ligt vanaf 2015 al op ongeveer hetzelfde niveau (1,0%) (§ 6.2).
- Het aantal Nederlanders dat ervaring heeft met ecstasy stijgt wel al jaren, van 7,0% in 2015 tot 9,8% in 2021 (§ 6.2).
- Volwassenen die ecstasy gebruiken, doen dat meestal één of een paar keer per jaar (§ 6.2.3).
- Onder scholieren van 12 - 16 jaar daalde het ooitgebruik van ecstasy tussen 2015 en 2017, en steeg daarna weer in 2019. Het lijkt in 2017 daarom om een tijdelijke dip te gaan en niet om een structurele daling (§ 6.3).
- Ten opzichte van 2008 is het gebruik van ecstasy in 2019 gelijk gebleven in het praktijk- en REC-4 onderwijs. Net als onder reguliere scholieren, is onder jongeren van deze speciale scholen ecstasy de meest gebruikte drug, na cannabis (§ 6.3).
- Meer dan de helft van jongeren in het uitgaansleven had in 2020 ooit ecstasy gebruikt, dit is ongeveer evenveel als in 2016. De meeste jongeren gebruiken ecstasy slechts een paar keer per jaar (§ 6.3).
- Onderzoek aan het begin van coronacrisis onder uitgaanders in 2020 suggereerde dat minder uitgaanders ecstasy gebruikte dan in 2019. Voor uitgaanders die nog wel ecstasy gebruikte, was het aandeel ecstasygebruikers dat op minder dagen gebruikte groter dan het aandeel dat op meer dagen ecstasy gebruikte (zie § 6.1.2). Ook op lokaal niveau werd onder kwetsbare jongeren het vaakst een daling van het gebruik waargenomen (zie § 6.3.5). Het is op dit moment nog niet duidelijk of het gebruik nu weer terug is op het niveau van voor de coronapandemie.
- Het percentage laatste-jaar-gebruikers van ecstasy onder jongvolwassenen (15-34 jaar) en onder 15-64-jarigen ligt in Nederland vier keer hoger dan het Europese gemiddelde (§ 6.5).
- Het gebruik van ecstasy onder Nederlandse 15-en 16-jarige scholieren lag in 2019 ook boven het Europese gemiddelde (§ 6.5).
- Sinds 2015 zijn geen nieuwe cijfers beschikbaar voor het aantal primaire ecstasycliënten in de verslavingszorg. Hun aantal is sinds 2006 gedaald en bleef stabiel laag, tot aan de meest recente gegevens uit 2015 (§ 6.6).
- Door de (tijdelijke) heropening van het uitgaansleven in zomer en najaar 2021 werden er in de Monitor Drugsincidenten (MDI) meer incidenten op feesten geregistreerd dan in 2020 (toen geen grote evenementen plaatsvonden), met name onder jonge ecstasy-gebruikers. Ook waren deze uitgaanders zwaarder onder invloed dan in voorgaande jaren (§ 6.6).
- Na een jarenlange stijging daalde de gemiddelde dosering MDMA in ecstasypillen voor het eerst in 2020 en deze daling zet in 2021 door (147,8mg).

6.1 Over ecstasy (en corona)

6.1.1 Over ecstasy

Benaming

De officiële benaming van ecstasy is 3,4-methyleendioxymethamfetamine (MDMA). Ook stoffen die chemisch op MDMA lijken – zoals 4-fluoramfetamine (4-FA/4-FMP), 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.

Effecten

Ecstasy heeft zowel een lichamelijk als geestelijk stimulerende werking. Ook heeft de drug ‘entactogene’ effecten, wat betekent dat gebruikers zich verbonden voelen met elkaar en gemakkelijk contact leggen. Deze combinatie van eigenschappen draagt bij aan de reputatie van ecstasy als love-, party- en dansdrug. Gebruik van ecstasy kan ook negatieve en onvoorspelbare gevolgen hebben, zoals blijkt uit bijvoorbeeld de Monitor Drugsincidenten. Ecstasy kan hartklachten veroorzaken, door onder andere een verhoogd zuurstofverbruik van het hart. De verslavende werking is vermoedelijk gering.

Onduidelijkheid over de schadelijkheid op lange termijn

Hoe schadelijk ecstasygebruik op de lange termijn is, blijft nog altijd onduidelijk (Müller et al., 2019). Uit de enkele studies die hiernaar zijn gedaan komen namelijk geen eenduidige resultaten. Uit sommige studies blijkt dat ecstasygebruikers minder goed scoren op sommige uitvoerende taken, maar in ander onderzoek worden tegenstrijdige resultaten gevonden.

Hoge concentratie MDMA in ecstasypillen

Ecstasy wordt doorgaans geslikt in de vorm van pillen, of als poeder, verpakt in een vloeitje of capsule, met wat drinken ingenomen. Ook kan MDMA opgelost worden in een drankje of gesnoven worden, maar dit gebeurt relatief weinig. Een zorgwekkende ontwikkeling is de inmiddels al jaren hoge concentratie MDMA in ecstasypillen. Tussen 2006 en 2019 steeg de gemiddelde hoeveelheid MDMA per ecstasy-pil van 76 mg naar 172 mg. In 2020 is voor het eerst sinds 2011 sprake van een daling (166 mg) [1].

Onderzoek naar toepassing van ecstasy bij psychische stoornissen

Recent is er toenemend interesse in de mogelijkheden die ecstasy biedt als geneesmiddel bij psychotherapie van onder andere een posttraumatische stressstoornis [2]. In binnen- en buitenland wordt steeds meer onderzoek gedaan naar de therapeutische mogelijkheden van ecstasy bij de behandeling van het posttraumatisch stresssyndroom (PTSS), [3–5] een psychische aandoening met paniekaanvallen die wordt veroorzaakt door onverwerkte emotionele trauma’s. De eerste resultaten zijn positief, maar er is meer onderzoek nodig. Onder invloed van ecstasy kunnen mensen makkelijker

praten over hun emotionele ervaringen en verschillende studies onderzoeken of het gebruik van ecstasy meerwaarde heeft bij psychotherapie in de behandeling van PTSS.

Preventie

In de drugspreventiebrief van april 2019 kondigde de Staatssecretaris aan normalisering van drugsgebruik tegen te willen gaan [6]. In de aanpak van normalisering en de aanpak van ondermijning is ook specifieke aandacht voor terugdringing van het ecstasygebruik [7].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Vrolijk R, Van der Gouwe D. Jaarbericht 2019 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Feduccia AA, Holland J, Mithoefer MC. Progress and promise for the MDMA drug development program. Vol. 235, Psychopharmacology. 2018. p. 561–571.
3. Mithoefer MC, Grob CS, Brewerton TD. Novel psychopharmacological therapies for psychiatric disorders: Psilocybin and MDMA [Internet]. Vol. 3, The Lancet Psychiatry. Elsevier Ltd; 2016. p. 481–488. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/
4. Sessa B, Higbed L, Nutt D. A Review of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-Assisted Psychotherapy [Internet]. Vol. 10, Frontiers in Psychiatry. Frontiers Media S.A.; 2019. p. 138. Available from: https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2019.00138/full
5. Vermetten E, Yehuda R. MDMA-assisted psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A promising novel approach to treatment. Vol. 45, Neuropsychopharmacology. Springer Nature; 2020. p. 231–232.
6. T.K.24077-426. Drugbeleid: Brief regering: Drugspreventiebeleid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
7. T.K.24077-456. Drugbeleid: Brief regering: Voortgangsbrief drugspreventie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.

6.1.2 Effect van de coronamaatregelen op het gebruik van ecstasy

In deze paragraaf vatten wij gegevens samen uit onderzoeken onder de algemene bevolking, studenten in het hoger onderwijs en specifieke studies naar de impact van de coronacrisis op het ecstasygebruik.

Er zijn verschillende onderzoeken en monitors die een beeld geven van het ecstasygebruik tijdens de coronapandemie [1–4]. In hoofdlijnen suggereren de bevindingen dat het ecstasygebruik als gevolg van de coronamaatregelen is afgenomen, althans tijdelijk. Deze afname hangt vermoedelijk samen met het wegvallen van festivals en sluiting van nachtclubs, waar ecstasy met name gebruikt wordt. Festivals hebben voor het grootste gedeelte van de coronapandemie niet plaats gevonden als gevolg van de coronamaatregelen. Nachtclubs zijn tijdens de coronapandemie doorlopend aan verschillende beperkingen onderhevig geweest. Na een korte volledige openstelling in juli 2021, zijn nachtclubs na 10 juli beperkt open geweest, aanvankelijk tot 0:00 uur en vanaf 13 november tot 20:00. Mogelijk is het gebruik hierdoor weer (tijdelijk) toegenomen, maar cijfers om dit te onderbouwen ontbreken. De toename in het aantal ecstasypillen die in nazomer van 2021 bij het DIMS werden ingeleverd zijn hier mogelijk een indicatie voor. Een recent beeld van het ecstasygebruik ontbreekt echter, de laatste data dateert alweer van mei 2021. Verder dienen de resultaten van de onderzoeken voorzichtig te worden geïnterpreteerd, vanwege de verschillende onderzoekspopulaties en meetmomenten. De corona-maatregelen veranderen doorlopend en met name maatregelen die invloed hebben op de nachtclubs en festivals hebben invloed op het gebruik van ecstasy.

Studenten in Nederland

De Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs onderzocht in 2021 voor het eerst de mentale gezondheid en het middelengebruik onder studenten in het Hoger Beroepsonderwijs (HBO) en het wetenschappelijke onderwijs (universiteit) [2]. Het gaat om een landelijk onderzoek waaraan 28.442 studenten deelnamen, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs. Studenten werden ook bevraagd over de verandering in hun ecstasygebruik ten gevolge van de coronapandemie. De meeste studenten (79%) gaven aan dat de vraag voor hen niet van toepassing was, vermoedelijk omdat zij geen ecstasy gebruikten. Van de overige studenten gaf meer dan de helft (54%) aan dat hun ecstasygebruik niet veranderd was, een derde (33%) gaf aan minder ecstasy te gebruiken en een kleinere groep (13%) gaf aan vaker ecstasy te gebruiken dan voor de coronapandemie.

Uitgaanders in Nederland

In het kader van het Grote Uitgaansonderzoek 2020 zijn de effecten van de coronacrisis op het middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen twee keer in kaart gebracht [5]. Het eerste onderzoek werd uitgevoerd in april en mei 2020, tijdens de eerste lockdown [6]. De resultaten zijn samengevat in de tabel hieronder.

In september en oktober is een tweede onderzoek uitgevoerd [1]. In dit vervolgonderzoek is teruggekeken op zowel de periode van de eerste lockdown (15 maart – 1 juni 2020) als de periode

van de versoepelingen van de coronamaatregelen (1 juni – 1 september 2020). In beide periodes was het percentage uitgaanders dat ecstasy gebruikte lager dan in dezelfde periode in 2019. In de periode van de lockdown hebben de meeste ecstasygebruikers op minder dagen ecstasy gebruikt (50,8%) vergeleken met dezelfde periode in 2019. Een derde (29,6%) gebruikte op evenveel dagen en een vijfde (19,6%) gebruikte dan op meer dagen vergeleken met 2019. Tijdens de periode van de versoepelingen gebruikten was het aandeel ecstasygebruikers dat minder gebruikte ten opzichte van 2019 zelfs nog groter (62,8%) en het aandeel dat meer was gaan gebruiken kleiner (14,4%). In die periode gebruikte een vijfde (22,7%) van de ecstasygebruikers even vaak ecstasy als in 2019.

Ecstasygebruikers uit de Global Drug Survey (GDS)

Op 4 mei 2020 startte de Global Drug Survey (GDS), een online onderzoek naar de impact van corona op het gebruik van alcohol en drugs [7]. De eerste resultaten werden gepubliceerd op 2 juni 2020. Er deden meer dan 40.000 respondenten mee aan dit wereldwijde internationale onderzoek, waarvan 3.300 uit Nederland. Voor Nederland werd gevonden dat onder laatste-jaar-ecstasygebruikers het aantal dagen waarop men cannabis gebruikte was gedaald bij 16,7%, gelijk gebleven bij 46,1%, en gestegen bij 37,2%.

Samenvatting van resultaten van onderzoek naar de impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op het gebruik van ecstasy[I]

Doelgroep	Monitorinstelling	Leeftijd / Methode / Aantal respondenten	Periode	Maat	Impact corona op gebruik van ecstasy: Daling (%)	Gelijk (%)	Stijging (%)
Jongvolwassenen	Global Drugs Survey	- mediaan 24 jaar - online vragenlijst - 3.300 Nederlandse respondenten	4 mei tot en met 2 juni 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen waarop men ecstasy gebruikte in een gemiddelde week) onder laatste-jaar-cannabisgebruikers	37,2	46,1	16,7
Uitgaanders[II]	Het Grote Uitgaansonderzoek 2020	-16 t/m 35 jaar - online vragenlijst - 4.460 respondenten	28 april tot en met 19 mei 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer ecstasy hadden gebruikt tijdens de lockdown	42,9	41,2	15,9
Uitgaanders[II]	Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut	-16 t/m 35 jaar -Online vragenlijst -3.765 respondenten	18 september tot en met 18 oktober 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer ecstasy hadden gebruikt **tijdens de lockdown** en dezelfde periode in 2019	50,8	29,6	19,7
				Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer ecstasy hadden gebruikt **tijdens de versoepelingen** en dezelfde periode in 2019	62,8	22,7	14,4
Studenten	Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs	-16 jaar en ouder -Online vragenlijst -28.442 respondenten	maart 2021 tot en met half mei 2021	Verandering in mate van gebruik (minder, niet veranderd, meer) ten tijde van invullen vragenlijst ten opzichte van voor corona onder studenten die ecstasy gebruikte	33	54	13

I. Vanwege verschillen in de methoden en steekproeftrekkingen dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd. II. Deelnemers werden alleen geïncludeerd als zij minimaal een keer in het jaar voor corona (13 maart 2019 – 13 maart 2020) een club of festival hadden bezocht. Bronnen: Global Drug Survey, Het Grote Uitgaansonderzoek 2020, Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek 2020, Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs.

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar MW. Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie van maart tot september 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–123.
3. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.

4. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2020 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
5. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
6. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Beek R. Factsheet: De impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op alcohol-, tabak- en drugsgebruik onder uitgaanders. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
7. Globaldrugsurvey.com. GDS 2020: Global Drug Survey Special Edition on COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: https://www.globaldrugsurvey.com/global-drug-survey-special-edition-on-covid-19/.

6.2 Gebruik: algemene bevolking

6.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: Ongeveer 1 op de 30 volwassen Nederlanders heeft in 2021 ecstasy gebruikt, dat komt neer op ongeveer 430 duizend volwassenen. Dit aantal ligt al sinds 2015 op ongeveer hetzelfde niveau. Het gebruik van ecstasy ligt het hoogst onder mannen, twintigers, hoogopgeleiden, en mensen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (§ 6.2.2).

Snel naar:

- Kerncijfers 2021
- Trends in ecstasygebruik

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van ecstasy (XTC) in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het ecstasygebruik in de algemene bevolking. Op basis van de cijfers uit de Gezondheidsenquête kunnen hierover echter geen uitspraken worden gedaan. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2021 verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2020. Meer informatie over de impact van de coronapandemie op het gebruik van ecstasy is te vinden in § 6.1.2.

Naast gegevens over het gebruik van ecstasy in de algemene bevolking en demografische verschillen in Nederland, worden gegevens gepresenteerd uit rioolwateranalyses (zie § 6.5.1). Gegevens uit rioolwateranalyses moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat ze maar beperkt inzicht kunnen geven in de mate van drugsgebruik in de algemene bevolking of in regionale verschillen (zie Bijlage B7). Het gaat hieronder om de rioolwateranalyses met gegevens over het drugsgebruik in 3 Nederlandse steden [1].

Kerncijfers 2021

Ecstasy is na cannabis de meest gebruikte drug in Nederland. Eén op de tien Nederlanders (9,8%) van 18 jaar en ouder heeft ooit in zijn of haar leven ecstasy gebruikt (zie onderstaande tabel). Dit komt neer op ongeveer 1,35 miljoen volwassen Nederlanders. Door 3,1% van de volwassenen werd in het afgelopen jaar ecstasy gebruikt. Dat komt neer op 430 duizend volwassen Nederlanders. Ongeveer een op de honderd volwassenen (1,0%) gebruikte ecstasy in de afgelopen maand.

Percentage en aantal ecstasygebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2021

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	9,8	1.350.000	1.240.000–1.470.000
Laatste jaar	3,1	430.000	360.000–490.000
Laatste maand	1,0	130.000	100.000–170.000

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Het geschatte aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat ecstasy gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

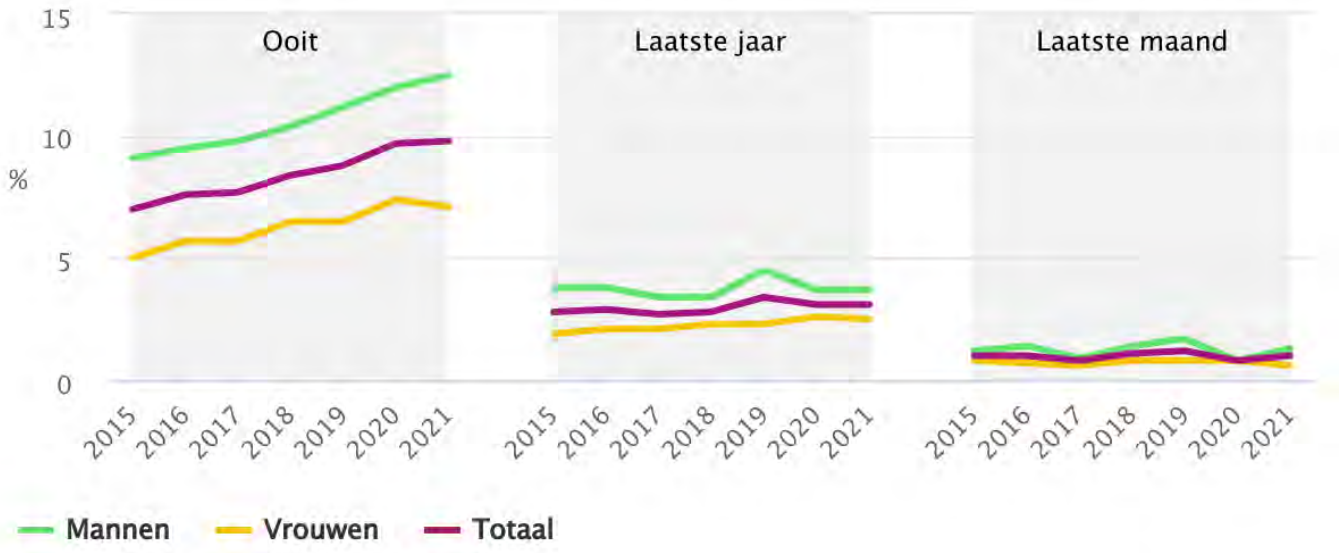
Trends in ecstasygebruik

Vanaf 2015 zijn jaarlijks vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van ecstasy in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder (zie ook bijlage A1).

- Het ooitgebruik van ecstasy onder volwassenen neemt al jaren gestaag toe van 7,0% in 2015 tot 9,8% in 2021 (zie figuur hieronder).
- Het laatste-jaar-gebruik van ecstasy onder de algemene bevolking ligt sinds 2015 ongeveer op hetzelfde niveau (rond de 3%), in 2021 gebruikte 3,1% van de volwassen Nederlanders ecstasy.
- Ook het laatste-maand-gebruik begeeft zich sinds 2015 al ongeveer op dit niveau (rond de 1%) (zie figuur hieronder).
- Het peiljaar 2021 was net als het peiljaar 2020 een jaar waarin - ten gevolge van de coronamaatregelen - uitgaansgelegenheden meerdere malen en voor langere tijd perioden gesloten zijn geweest. Uit een onderzoek aan het begin van de coronapandemie onder uitgaanders bleek dat minder uitgaanders ecstasy waren gaan gebruiken [2]. Deze daling van het gebruik onder uitgaanders tijdens de lockdown en de versoepelingen in 2020 vertaalde zich niet naar dalingen in de prevalenties in de twee coronajaren 2020 en 2021. Mogelijk is het gebruik slechts kortstondig gedaald, om daarna weer terug te keren naar het niveau van voor de coronapandemie.
- De rioolwateranalyses waarin de hoeveelheid MDMA in het rioolwater in drie Nederlandse

steden gemeten werd vertoonde een dalende trend tijdens de coronajaren. In Amsterdam en Eindhoven daalde de hoeveelheid MDMA in het rioolwater in de coronajaren 2020 en 2021 ten opzichte van 2019. In Utrecht daalde de hoeveelheid al eerder, namelijk vanaf 2018. Maar over een langere periode bezien schommelen de hoeveelheden die aangetroffen worden flink. Hierbij moeten wel de kanttekeningen in acht worden genomen zoals beschreven in de bijlagen (zie bijlage B7).

Ecstasygebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2015, naar geslacht



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
2015	9.1	5	7
2016	9.5	5.7	7.6
2017	9.8	5.7	7.7
2018	10.4	6.5	8.4
2019	11.2	6.5	8.8

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
2020	12	7.4	9.7
2021	12,5	7,1	9,8
2015	3.8	1.9	2.8
2016	3.8	2.1	2.9
2017	3.4	2.1	2.7
2018	3.4	2.3	2.8
2019	4.5	2.3	3.4
2020	3.7	2.6	3.1
2021	3,7	2,5	3,1
2015	1.2	0.8	1
2016	1.4	0.7	1
2017	0.9	0.6	0.8
2018	1.4	0.8	1.1
2019	1.7	0.8	1.2
2020	0.8	0.8	0.8

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
2021	1,3	0,6	1,0

1. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: March 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#source-data
2. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar MW. Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie van maart tot september 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.

6.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Migratieachtergrond
- Stedelijkheid

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van ecstasy (XTC) in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het ecstasygebruik in de algemene bevolking. Op basis van de cijfers uit de Gezondheidsenquête kunnen hierover echter geen uitspraken worden gedaan. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2021 verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2020. Meer informatie over de impact van de coronapandemie op het gebruik van ecstasy is te vinden in § 6.1.2.

Naast gegevens over het gebruik van ecstasy in de algemene bevolking en demografische verschillen in Nederland, worden gegevens gepresenteerd uit rioolwateranalyses (zie § 6.5.1). Gegevens uit rioolwateranalyses moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat ze maar beperkt inzicht kunnen geven in de mate van drugsgebruik in de algemene bevolking of in regionale verschillen (zie Bijlage B7). Het gaat hieronder om de rioolwateranalyses met gegevens over het drugsgebruik in 3 Nederlandse steden [1].

De cijfers over het gebruik van ecstasy (XTC) worden hieronder uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid.

Geslacht

Meer mannen (12,5%) dan vrouwen (7,1%) gebruikten ooit ecstasy in peiljaar 2021. Dit patroon is onveranderd sinds 2015. Voor mannen gold dat het gebruik ooit in het leven in 2019 hoger lag dan in 2015 en sinds 2019 op hetzelfde niveau ligt. Voor vrouwen was het gebruik ten opzichte van 2015 in 2018 gestegen en daarna op ongeveer hetzelfde niveau gebleven (zie figuur § 6.2.1). Bij het gebruik in het laatste jaar was sprake van een ander patroon, voor mannen schommelde het gebruik vanaf

2015 tussen 3,4% en 3,8% (met uitzondering van een hoger percentage in 2019). Voor vrouwen gold dat het percentage hoger lag in 2021 (2,5%) dan in 2015 (1,9%) maar verschillen tussen deze en de tussenliggende jaren waren niet significant (zie ook § 6.2.1).

Gebruik van ecstasy in de bevolking van 18 jaar en ouder naar geslacht. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Mannen	12,5	3,7	1,3
Vrouwen	7,1	2,5	0,6

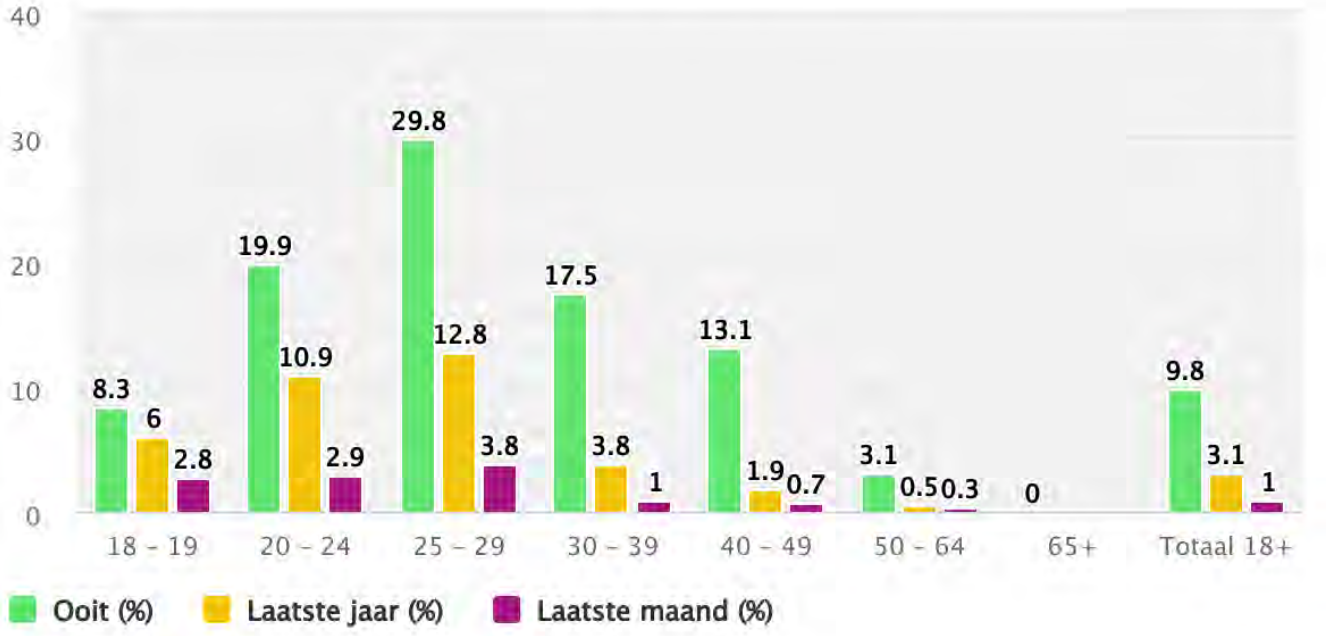
Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Leeftijd

Ecstasygebruik komt het meest voor onder twintigers (zie figuur hieronder). Het gebruik ooit in het leven lag in 2021 het hoogst onder de 25-29-jarigen, ongeveer een op de drie (29,8%) van hen had ervaring met het middel. Ook het laatste-jaar-gebruik was het hoogst onder de 25-29-jarigen gevolgd door 20-24-jarigen. Het laatste-jaar-gebruik onder de 25-29-jarigen was vier maal hoger dan het laatste-jaar-gebruik onder de gehele volwassen bevolking (3,1%). Onder deze leeftijdsgroep is het gebruik in 2021 (12,8%) ook gestegen ten opzichte van 2020 (8,7%), maar op hetzelfde niveau vergeleken met 2019.

In de LSM-A (bijlage A2) middelen uit 2020 werd aan ecstasygebruikers gevraagd op welke leeftijd zij ecstasy voor het eerst namen. De helft van de volwassen Nederlanders die in het afgelopen jaar ecstasy gebruikten, gebruikte dit middel tussen hun 18de en 24ste levensjaar voor het eerst. Een kwart van de ecstasygebruikers was jonger dan 18 jaar toen ze voor het eerst gebruikten, en een kwart was ouder dan 24 jaar. De gemiddelde startleeftijd van alle gebruikers is 21,9 jaar, dit is voor mannen (22,0 jaar) en vrouwen vrijwel gelijk (21,8 jaar).

Ecstasygebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2021



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

Jaar	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
18 - 19	8,3	6,0	2,8
20 - 24	19,9	10,9	2,9
25 - 29	29,8	12,8	3,8
30 - 39	17,5	3,8	1,0
40 - 49	13,1	1,9	0,7
50 - 64	3,1	0,5	0,3
65+	0,0		

Jaar	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Totaal 18+	9,8	3,1	1,0

Opleidingsniveau

Hoogopgeleiden zijn vaker ecstasygebruiker dan laagopgeleiden (zie tabel hieronder). Dit is onveranderd sinds 2015. Hoogopgeleiden hebben in 2020 ongeveer drie keer (13,5%) zo vaak ooit ecstasy gebruikt als laagopgeleiden (4,4%). Middelbaar opgeleiden zitten daar tussenin (9,4%). Bij het gebruik in het laatste jaar en in de laatste maand zien we hetzelfde beeld.

Gebruik van ecstasy in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[1]. Peiljaar 2021

Laagopgeleid	4,4	0,9	0,4
Middelbaar opgeleid	9,4	2,6	1,0
Hoogopgeleid	13,5	4,9	1,2

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. 1. opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 jaar en ouder hoogst behaald niveau. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Migratieachtergrond

Er zijn geen verschillen in het laatste-jaar-gebruik of laatste-maand-gebruik van ecstasy voor mensen met verschillende migratieachtergronden (zie 'migratieachtergrond' in bijlage D). Volwassenen met een westerse migratieachtergrond (13,9%) hebben wel vaker ooit ecstasy gebruikt, in vergelijking met volwassenen met een Nederlandse (9,5%) of niet-westerse (8,0%) migratieachtergrond.

Gebruik van ecstasy in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[1]. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Nederlandse achtergrond	9,5	3,1	0,9
Westerse migratieachtergrond	13,9	3,7	1,2
Niet-westerse migratieachtergrond	8,0	2,7	0,9

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage D "Migratieachtergrond"). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Stedelijkheid

Het gebruik van ecstasy ligt onder bewoners van zeer sterk stedelijke gebieden hoger dan in de matig stedelijke – en weinig/niet stedelijke gebieden (zie tabel hieronder). Uitzondering hierop is het laatste-maand-gebruik, waar matig stedelijke gebieden niet statistisch significant verschilde van zeer stedelijke gebieden of weinig/niet stedelijke gebieden.

Gebruik van ecstasy in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
(Zeer) sterk stedelijk	12,7	4,2	1,3
Matig stedelijk	6,2	1,8	0,6
Weinig/niet stedelijk	5,8	1,5	0,5

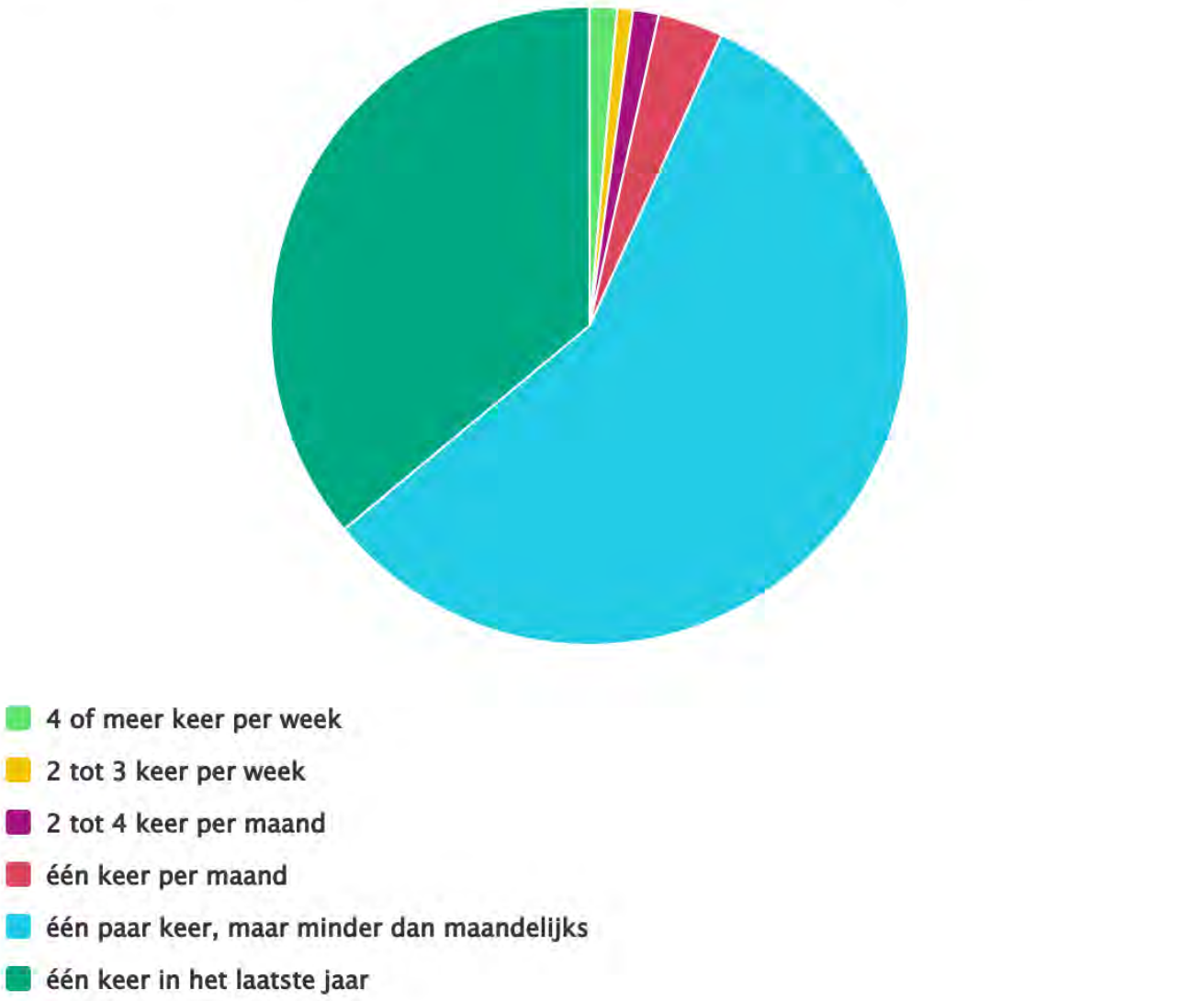
Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

6.2.3 Gebruikspatronen

In de LSM-A 2020 is gevraagd naar de mate van gebruik van ecstasy (XTC), het blijkt dat de meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers van ecstasy incidenteel ecstasy gebruikt.

- Ongeveer een derde (36,0%) heeft in het laatste jaar één keer ecstasy gebruikt en meer dan de helft (57,2%) een paar keer, maar minder dan maandelijks (zie figuur hieronder). Ongeveer één op de dertig gebruikers (3,3%) rapporteert maandelijks gebruik en 3,5% rapporteert meerdere keren per maand ecstasy te gebruiken.
- Negen op de tien laatste-jaar-ecstasygebruikers (91,7%) gebruiken meestal alleen in het weekend. Het overige deel van ecstasygebruikers gebruikt soms ook op doordeweekse dagen.
- Ongeveer vier op de tien (38,3%) ecstasygebruikers, die meestal pillen nemen en geen MDMA-poeder, neemt minder dan 1 pil per gelegenheid. Een op drie (32,0%) gebruikt 1 pil, een op de vier (27,9%) gebruikt tussen 1 en 2 pillen en een op de vijftig (1,9%) gebruikt meer dan 2 pillen. Gemiddeld komt dat neer op 1,1 pil per keer.
- Een op de twintig (6,0%) van de ecstasy gebruikers gebruikt ecstasy alleen in de vorm van poeder of kristal.

Frequentie ecstasygebruik onder laatste-jaar-gebruikers. Peiljaar 2020



Percentage van de laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van ecstasygebruik. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2020.

everviz.com

Gebruiksfrequentie	%
4 of meer keer per week	1.4
2 tot 3 keer per week	0.8
2 tot 4 keer per maand	1.3

Gebruiksfrequentie	%
één keer per maand	3.3
één paar keer, maar minder dan maandelijks	57.2
één keer in het laatste jaar	36

6.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

6.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

In het kort: Het percentage scholieren in Nederland dat ervaring heeft met ecstasy ligt al sinds 2003 op hetzelfde niveau, namelijk rond de 2%. Naarmate scholieren ouder worden stijgt het aandeel dat ervaring heeft met ecstasy (zie § 6.3.2). Jongens, havisten en scholieren met een migratieachtergrond hebben vaker ervaring met ecstasy dan meisjes, VMBO-ers, VWO-ers en scholieren zonder migratieachtergrond (zie § 6.3.2).

Snel naar:

- Kerncijfers 2021
- Trends in het gebruik van ecstasy

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). In 2021 werd de HBSC-studie uitgevoerd in het voortgezet onderwijs in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van 5733 leerlingen, waaronder 5243 scholieren van 12 tot en met 16 jaar [1]. In de HBSC-studie wordt het laatste-jaar-gebruik niet gerapporteerd, voor de NDM is het-laatste-jaar-gebruik op hoofdniveau geanalyseerd. Bij de uitsplitsingen naar schoolniveau, migratieachtergrond, gezinsvorm en gezinswelvaart rapporteert de NDM net zoals de HBSC-studie uitsluitend het ooitgebruik en het laatste-maand-gebruik.

Kerncijfers 2021

Na cannabis is ecstasy de meest gebruikte drugs onder leerlingen van het voortgezet onderwijs, hoewel het percentage leerlingen dat ervaring heeft met ecstasy veel lager ligt dan bij cannabis.

- In 2021 rapporteert 1,9% van de leerlingen ooit ecstasy gebruikt te hebben (tabel 6.3.1) [1].

Ecstasygebruik in het voortgezet onderwijs, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	(%)
Ooit	1,9
Laatste jaar	1,7
Laatste maand	0,8

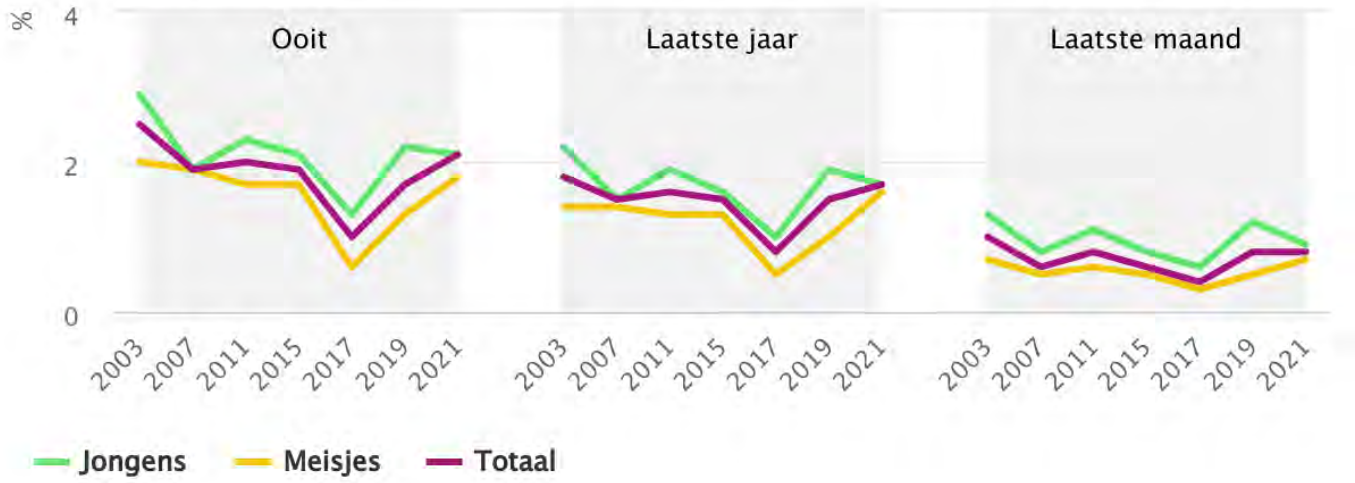
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM.

Trends in het gebruik van ecstasy

Sinds halverwege de jaren tachtig wordt middelengebruik onder scholieren gemonitord. Sinds 2017 zijn het Peilstationsonderzoek en de HBSC-studie met elkaar vergelijkbaar. Daarom zijn om de twee jaar nieuwe trendgegevens beschikbaar (zie figuur 6.3.1).

- Het ooit-gebruik van ecstasy is sinds 2003 stabiel rond de 2%. Uitzondering daarop is 2017 toen het ooit-gebruik op 1,0% lag. De afname in 2017 blijkt om een tijdelijke dip en niet om structurele daling [1].
- De trend voor het percentage leerlingen dat in het afgelopen jaar nog ecstasy had gebruikt vertoonde hetzelfde patroon en bevindt zich sinds 2003 ook al op ongeveer hetzelfde niveau, met uitzondering van het jaar 2017 (zie figuur hieronder).
- Het laatste-maand-gebruik schommelt tussen 0,5 en 1% maar verschilt tussen de verschillende jaren niet significant.

Trends in ecstasygebruik in het voortgezet onderwijs, naar geslacht, 12 t/m 16 jaar (%)



Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM (2017, 2021) en Peilstationsonderzoek scholieren / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM (2003, 2007, 2011, 2015, 2019).

NDM

Jaar	Jongens	Meisjes	Totaal
2003	2.9	2	2.5
2007	1.9	1.9	1.9
2011	2.3	1.7	2
2015	2.1	1.7	1.9
2017	1.3	0.6	1
2019	2.2	1.3	1.7
2021	2.1	1.8	2.1

Jaar	Jongens	Meisjes	Totaal
2003	2.2	1.4	1.8
2007	1.5	1.4	1.5
2011	1.9	1.3	1.6
2015	1.6	1.3	1.5
2017	1	0.5	0.8
2019	1.9	1	1.5
2021	1.7	1.6	1.7
2003	1.3	0.7	1
2007	0.8	0.5	0.6
2011	1.1	0.6	0.8
2015	0.8	0.5	0.6
2017	0.6	0.3	0.4
2019	1.2	0.5	0.8
2021	0.9	0.7	0.8

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.

6.3.2 Demografische kenmerken scholieren regulier onderwijs

In het kort: Er zijn geen verschillen in ecstasygebruik tussen jongens en meisjes van het voortgezet onderwijs. Ecstasygebruik hangt wel samen met leeftijd, migratieachtergrond, gezinswelvaart en gezinsvorm.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Schoolniveau
- Migratieachtergrond
- Gezinswelvaart
- Gezinsvorm

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). In 2021 werd de HBSC-studie uitgevoerd in het voortgezet onderwijs in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van 5733 leerlingen, waaronder 5243 scholieren van 12 tot en met 16 jaar [1]. In de HBSC-studie wordt het laatste-jaar-gebruik niet gerapporteerd, voor de NDM is het-laatste-jaar-gebruik op hoofdniveau geanalyseerd. Bij de uitsplitsingen naar schoolniveau, migratieachtergrond, gezinsvorm en gezinswelvaart rapporteert de NDM net zoals de HBSC-studie uitsluitend het ooitgebruik en het laatste-maand-gebruik.

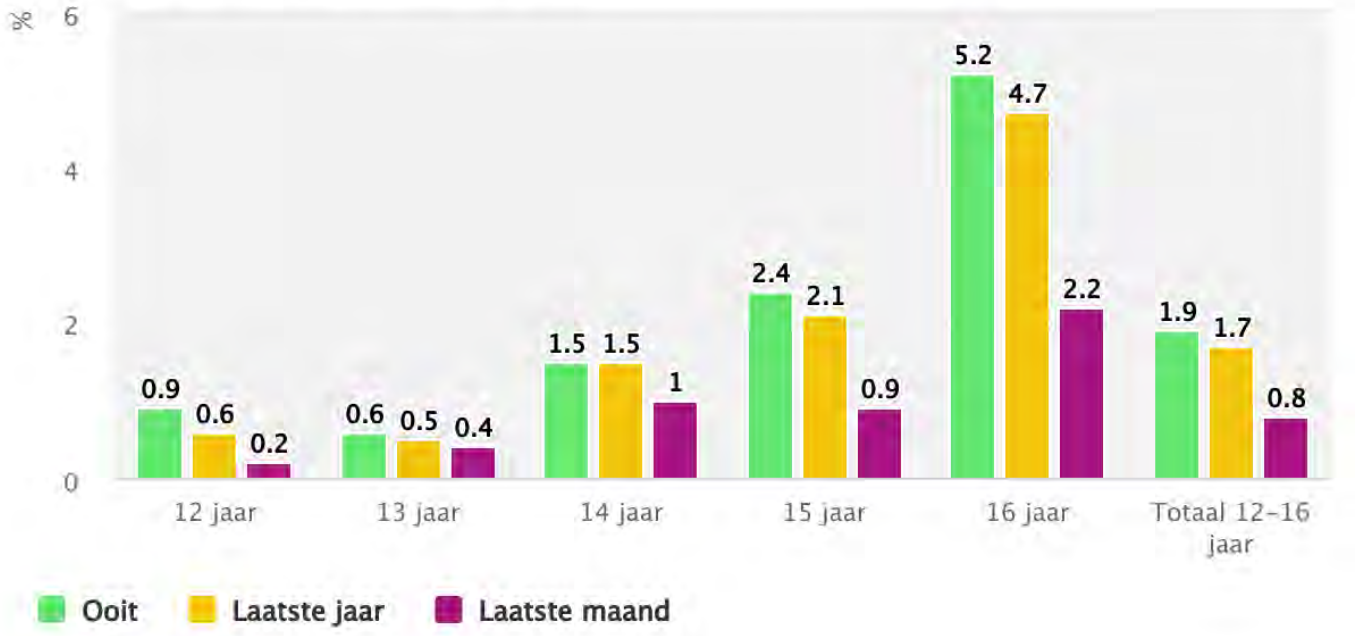
Geslacht

Er was in 2021 geen verschil in het ecstasygebruik van jongens en meisjes (zie figuur op pagina § 6.3) [1].

Leeftijd

Het gebruik stijgt met de leeftijd. Van de 12-jarigen heeft 0,9% ervaring met ecstasy, van de 16-jarigen heeft 5,2% ervaring met ecstasy (figuur 6.3.2)

Gebruik van ecstasy onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs naar leeftijd. Peiljaar 2021



Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM.

NDM

	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
12 jaar	0.9	0.6	0.2
13 jaar	0.6	0.5	0.4
14 jaar	1.5	1.5	1
15 jaar	2.4	2.1	0.9
16 jaar	5.2	4.7	2.2
Totaal 12-16 jaar	1.9	1.7	0.8

Schoolniveau

Hoewel het percentage leerlingen dat ervaring heeft met ecstasy het laagst ligt op het VWO, zijn de verschillen tussen de schoolniveaus niet significant.

Ecstasygebruik in het voortgezet onderwijs, naar schoolniveau, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste maand (%)
VMBO-b	2,1	1,0
VMBO-t	2,1	1,2
HAVO	2,5	0,8
VWO	1,0	0,4

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM.

Migratieachtergrond

Het percentage scholieren dat ecstasy gebruikt is hoger onder scholieren met een migratieachtergrond (westers of niet-westers) dan onder scholieren zonder migratieachtergrond (zie tabel hieronder).

Ecstasygebruik in het voortgezet onderwijs, naar migratieachtergrond[1], 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Maand (%)
Nederlands zonder migratieachtergrond	1,6	0,7
Nederlands met migratieachtergrond	3,0	1,4

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. 1. Jongeren zonder migratieachtergrond = in Nederland geboren evenals beide ouders. Jongeren met een migratieachtergrond = zelf en/of ten minste één van beide ouders is niet in Nederland geboren. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM.

Gezinswelvaart

Ecstasygebruik hangt samen met gezinswelvaart. Scholieren uit een gezin met een lage gezinswelvaart hebben vaker ervaring met ecstasy dan scholieren uit gezinnen met een gemiddelde of hoge gezinswelvaart [1].

Ecstasygebruik in het voortgezet onderwijs, naar gezinswelvaart, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

Gezinswelvaart	Ooit (%)
Laag	4,3
Midden	1,9
Hoog	1,7

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Gezinswelvaart is vastgesteld aan de hand van vragen over o.a. concrete bezittingen en kenmerken van het huis, voor meer informatie zie rapport HBSC 2021 Nederland. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

Gezinsvorm

De gezinsvorm hangt samen met ecstasygebruik, scholieren in een gezin zonder beide ouders hebben

vaker ervaring met ecstasy dan scholieren die nog bij beide ouders wonen [1].

Ecstasygebruik in het voortgezet onderwijs, naar gezinsvorm, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit (%)
Woont niet bij beide ouders in één huis	3,2
Woont bij beide ouders in één huis	1,5

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.

6.3.3 Studenten

In het kort: Het ecstasygebruik onder 16- tot 18-jarige MBO- en HBO-studenten is tussen 2015 en 2021 stabiel gebleven. Het aantal 17-jarige MBO-studenten dat ervaring heeft met ecstasy ligt hoger dan onder leeftijdgenoten (16 en 17 jaar) in het reguliere voortgezet onderwijs en het HBO. Onder studenten op de universiteit lag in 2020 het ecstasygebruik hoger dan onder HBO-studenten.

Snel naar:

- Studenten van het MBO en HBO
- Studenten van het HBO en de universiteit
- MBO-studenten in Amsterdam

Gegevensbronnen

Om een beeld te krijgen van het middelengebruik onder jongeren van 16 t/m 18 jaar, onderzoekt het Trimbos-instituut sinds 2015 elke twee jaar het middelengebruik onder MBO- en HBO-studenten in deze leeftijdsgroep met de Middelenmonitor MBO-HBO [1–4]. Deze monitor onderzocht in 2017, 2019 en 2021 het ecstasygebruik onder 16-18 jarige studenten van het MBO en het HBO. Het gaat om een landelijk onderzoek. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [3].

Daarnaast is in 2021 voor het eerst een grootschalig landelijk onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (HBO en WO). Ook deze monitor zal iedere twee jaar worden uitgevoerd. Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs is ontwikkeld en uitgevoerd door een consortium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de brancheorganisatie van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en het Trimbos-instituut (bijlage B9). Deze monitor is gestart vanwege zorgen over de mentale gezondheid, het middelengebruik en de interactie tussen die twee factoren onder studenten. In 2021 namen 28.442 studenten deel, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs [5]. Het middelengebruik werd vergeleken tussen studenten in het HBO en studenten op de universiteit, maar is voor ecstasy niet getoetst op statistische significantie.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse MBO-scholen (bijlage B8). De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 MBO'-studenten (> 16 jaar) van acht MBO-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek [6]. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Cijfers over middelengebruik zijn gebaseerd op gewogen data.

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken, bijvoorbeeld HBO-studenten. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet vergelijkbaar.

De cijfers over het ecstasygebruik uit deze verschillende onderzoeken zijn samengevat in de tabel onderaan de pagina.

Studenten van het MBO en HBO

De Middelenmonitor MBO-HBO gaf voor het ecstasygebruik onder 16-18 jarige MBO-HBO studenten in 2015, 2017, 2019 en 2021 het volgende beeld:

- In 2021 gebruikte minder dan eén op de tien MBO- en HBO-studenten gebruikte ecstasy ooit in het leven (9,1%).
- Het gebruik van ecstasy ooit is vrij constant sinds 2015. Het ooitgebruik van ecstasy is in 2021 (9,1%) wat hoger dan in 2019 (7,3%) maar het verschil is niet significant.
- Het gebruik van ecstasy onder MBO-HBO studenten in de afgelopen maand ligt sinds 2015 rond de 3%. met uitzondering van 2017 waar het gebruik op een lager niveau lag (2,1%) vergeleken met 2,7% in 2021.
- Het percentage 16-jarige MBO-studenten dat ooit ecstasy heeft gebruikt (5,5%) is niet verschillend van 16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (VMBO, HAVO, VWO) (5,2%).
- Onder 17- en 18-jarigen lijkt het gebruik van ecstasy onder mbo-studenten wat hoger dan onder hbo-studenten maar de verschillen zijn niet significant.

Studenten van het HBO en de universiteit

- Bijna een op de vier (22,5%) studenten gebruikte ecstasy ooit in het leven. Dit percentage ligt op de universiteit (27,7%) aanzienlijk hoger dan in het HBO (18,6%).
- Een kleiner deel (13,2%) gebruikte ecstasy in het afgelopen jaar; ook hier lag het gebruik bij studenten op de universiteit (17,2%) hoger dan studenten in het HBO (10,2%).
- Het gebruik in de laatste maand kwam voor onder 3,3% van de ondervraagde studenten, met meer gebruikers onder studenten op de universiteit (4,2%) dan onder studenten in het HBO (2,6%).
- Meer mannen (4,1%) dan vrouwen (2,5%) gebruikte in de laatste maand ecstasy, dit verschil tussen mannen en vrouwen werd zowel in het HBO (3,5 vs. 1,8%) als op de universiteit (5,0 vs. 3,5%) gevonden.
- Het gebruik in de laatste maand onder studenten die zelfstandig wonen (4,5%) ligt hoger dan onder studenten die wonen bij hun ouders/verzorgers (1,9%). Dit verschil is nog groter onder studenten op de universiteit (5,3% vs. 1,7%) in vergelijking met studenten in het HBO (3,6% vs. 2,0%).
- Het gebruik van ecstasy in de laatste maand hangt niet samen met het type opleiding (alfa, bèta of gamma), mentaal welbevinden, psychische klachten, ervaren stress, prestatiedruk, slaapproblemen, ervaren sociale steun of eenzaamheid. Voor sommige van deze indicatoren voor mentale gezondheid geldt dat zij wel samenhangen met alcoholgebruik (§ 11.3.5) of cannabisgebruik (§ 3.3.4).
- Het gebruik van ecstasy in de afgelopen maand komt vaker voor onder studenten jonger dan 30 jaar dan vergeleken met oudere studenten.
- Studenten met een studieschuld die hoger is dan €20.000,- gebruiken vaker maandelijks ecstasy dan studenten die minder dan €5.000,- studieschuld hebben.

MBO-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het ecstasygebruik van MBO-studenten uitgevraagd [6].

Het is van belang om op te merken dat het hier om een oudere leeftijdsgroep (gemiddeld 19,0 jaar) gaat dan in de hierboven genoemde MBO-HBO monitor (gemiddeld 17,3 jaar). De percentages zijn daarom niet een op een vergelijkbaar.

- Een op de acht MBO-studenten in Amsterdam heeft ervaring met het gebruik van ecstasy (13,0%).
- Bijna een op de tien heeft het afgelopen jaar ecstasy gebruikt (8,6%).
- Het gebruik van ecstasy in de laatste vier weken ligt op 2,9%.
- Het laatste-jaar-gebruik van ecstasy is sinds de laatste meting onder mbo-studenten in Amsterdam afgenomen van 15,1% in 2016 tot 8,6% in 2021.

Percentage ecstasygebruikers onder studenten

	Locatie	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO	Nederland	2021	MBO + HBO	16-18 jaar	9,1	-	2,7
		2019			7,3	-	2,9
		2017			8,4	-	2,1
		2015			9,9	-	3,5
Studenten van het HBO en de universiteit[1]	Nederland	2021	Totaal HBO + WO	16 jaar en ouder	22,5	13,2	3,3
			HBO		18,6	10,2	2,6
			WO		27,7	17,2	4,2
Studenten van het MBO	Amsterdam	2021	MBO	16 jaar en ouder (19,0 gemiddeld)	13,0	8,6	2,9
		2016		15 jaar en ouder (18,9 gemiddeld)	20,3	15,1	7,3

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand. - = Geen gegevens bekend. Door verschillen in leeftijd en meetmethoden is een directe vergelijking tussen beiden onderzoeken niet mogelijk. I. Alle HBO- en WO-studenten die ouder waren dan 16 jaar werden geïncludeerd in dit onderzoek. Bronnen: Middelenmonitor MBO-HBO, Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Verdurmen JE, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
2. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
3. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
4. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
5. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–123.
6. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.

6.3.4 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Ecstasy is na cannabis de meest gebruikte drug onder jongeren die uitgaan. Van de jongeren uit het Grote Uitgaansonderzoek heeft meer dan de helft heeft het middel ooit gebruikt. Dit aandeel ligt al minstens 5 jaar op dit niveau. Hoewel het gebruik al een aantal jaren op hetzelfde niveau ligt, lijkt er wel sprake van een hogere mate van acceptatie onder uitgaanders dan enkele jaren geleden. De meeste uitgaanders (meer dan 80%) gebruiken het middel enkele keren per jaar. Het middel wordt voornamelijk gebruikt festivals en in nachtclubs, hoewel ecstasy door sommige jongeren ook op andere locaties gebruikt wordt. Dit blijkt uit zowel landelijke surveys als lokale studies in de Randstad.

Snel naar:

- Uitgaanders in Nederland
- Uitgaanders in Amsterdam en Gooi en Vechtstreek
- Uitgaanders in Den Haag

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht. De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld via een online vragenlijst. Om vertekening door de impact van de coronamaatregelen te voorkomen, werd aan de respondenten gevraagd naar hun middelengebruik in de periode vóór 13 maart 2020, de dag van het invoeren van de coronamaatregelen. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie bijlage B2). Voor het vergelijken van de resultaten met die uit een eerdere peiling uit 2016 [2] zijn aanvullende analyses uitgevoerd.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven en in de regio Gooi en Vechtstreek via vragenlijsten onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen.

In het Haags Uitgaansonderzoek 2019, een uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden, is het middelengebruik van 519 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar op vier Haagse uitgaanslocaties in kaart gebracht [6]. Deze studie combineert eveneens een enquête met panelinterviews met sleutelfiguren uit het Haagse uitgaansleven.

De tabel op deze pagina vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij ‘op locatie’ of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders.

De situatie is in 2020 door de coronacrisis mogelijk veranderd. In § 6.1.2 beschrijven we bevindingen uit de meest recente onderzoeken sinds het begin van de coronacrisis in maart 2020.

Uitgaanders in Nederland

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht.

- Iets meer dan de helft (53,9%) van de uitgaanders had ooit ecstasy gebruikt en de meesten van hen (43,9%) gebruikten ook in het afgelopen jaar (tabel 6.3.5). Het percentage laatste-jaar-gebruikers in dit onderzoek niet veel lijkt te verschillen van dat in Het Grote Uitgaansonderzoek in 2016 (44,0% vs. 46,2%) (Monshouwer et al., 2016).
- Van de deelnemers die ecstasy in het afgelopen jaar hadden gebruikt, nam 15,3% het eenmalig in dat jaar, 65,7% nam het middel een paar keer per jaar maar minder dan maandelijks, 14,0% eens per maand. De overige 5% van de respondenten nam ecstasy een paar keer per maand of vaker.
- Op een uitgaansdag namen gebruikers gemiddeld 1,7 ecstasypil. Dat is gemiddeld meer dan het aantal pillen op een niet-uitgaansdag (1,2 pillen), maar het aantal respondenten dat ecstasy gebruikt op een dag dat men niet uitgaat is relatief klein (26,3% van het totale aantal gebruikers).
- Vrouwen gebruiken minder veel dan mannen, Op een uitgaansdag gebruikte ongeveer de helft (48%) van de vrouwen maximaal één pil, versus één op de drie mannen (29%). Zwaarder gebruik tijdens het uitgaan, meer dan twee pillen kwam vaker voor onder mannen (19%) dan onder vrouwen (7%).
- Ecstasy is een typische partydrug. Op de vraag waar ecstasygebruikers tijdens het uitgaan het jaar voor het begin van de coronacrisis het meest gebruikten, noemde 90% een festival, op afstand gevolgd door een club (32%), thuis of bij vrienden thuis (32%) of op een huisfeestje (31%).
- De frequentie van feest/festival- en clubbezoek hangt samen met de kans om ecstasy te gebruiken. Hoe vaker men een festival bezoekt, hoe groter de kans dat uitgaanders in het laatste jaar ecstasy gebruikten.
- In HGU 2020 is respondenten ook gevraagd of zij zelf vonden dat zij te vaak of teveel ecstasy gebruikten en of zij wilden minderen of stoppen met het gebruik van ecstasy. Een klein aandeel van uitgaanders die ecstasy in het afgelopen jaar gebruikte vond dat zij zelf te veel of te vaak gebruikte (16,1%), Het aandeel gebruikers dat wilde minderen (13,0%) of wilde stoppen (5,0%) lag echter nog lager. Meer frequente dan niet-frequente gebruikers wilden minderen (28,6% versus 9,4%). Dit verschil werd niet gevonden bij de vraag of gebruikers wilden stoppen: 4,0% van frequente gebruikers en 5,3% van niet-frequente gebruikers gaf aan te willen stoppen.
- Naar aanleiding van de discussie over de mate van normalisering van ecstasygebruik onder uitgaanders is in het Grote Uitgaansonderzoek 2020 ook aandacht besteed aan de mate van acceptatie rondom het gebruik van ecstasy. Het overgrote deel van de gebruikers van ecstasy keurt hun eigen gebruik goed (84,8%); slechts 6,7% van gebruikers keurt hun eigen gebruik van ecstasy af.
- De meeste uitgaanders denken dat het gebruik van ecstasy meer geaccepteerd is dan 5 jaar

geleden (83,1%), slechts 4,4% denk dat het gebruik van ecstasy minder geaccepteerd is. Uitgaanders die ecstasy gebruiken denken vaker dat ecstasy meer geaccepteerd in vergelijking met 5 jaar geleden dan uitgaanders die ecstasy niet gebruiken. Als het gaat om acceptatie in de Nederlandse samenleving denkt een groot deel van de uitgaanders dat ecstasy geaccepteerd is (62,6%), een veel kleiner aandeel denkt dat het niet geaccepteerd is (21,3%).

Uitgaanders in Amsterdam en Gooi en Vechtstreek

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven en in de regio Gooi en Vechtstreek via vragenlijsten onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen.

- In de Antenne-monitor van 2018 werden cafébezoekers ondervraagd [3,4]. In Amsterdam had de helft van de ondervraagde cafébezoekers ecstasy gebruikt in het afgelopen jaar en een kwart in de afgelopen maand, ongeveer even veel als in 2014. De helft van de laatste-jaar-gebruikers gebruikte niet meer dan viermaal per jaar; 10% verklaarde vaker dan tienmaal per jaar te gebruiken. Een achtste van de respondenten vond het eigen gebruik te veel. Etniciteit en bezigheid (werkend of studerend) bleken niet van invloed op gebruik. Wel hadden cafébezoekers woonachtig in Amsterdam ongeveer anderhalf keer vaker ooit of het afgelopen jaar ecstasy gebruikt dan mensen van buiten Amsterdam [3].
- Van de cafébezoekers uit de Gooi en Vechtstreek in 2018 gaf 32,5% aan ecstasy in het afgelopen jaar te hebben gebruikt en 14,1% deed dit in de afgelopen maand. Meer dan twee derde van de laatste-jaar-gebruikers gebruikten hooguit viermaal per jaar ecstasy; 8.3% verklaarde vaker dan tienmaal per jaar ecstasy te gebruiken. Een tiende van de respondenten vond het eigen gebruik te veel.

In de Antenne-monitor worden ook kwalitatieve gegevens van sleutelfiguren uit het uitgaansleven verzameld [5].

- In 2018 en 2019 signaleerden sleutelfiguren dat ecstasy nog steeds het meest populaire stimulerende middel is in het Amsterdamse uitgaansleven [3]. Wel is vanaf 2014 een licht dalende trend opgetreden in de populariteit van ecstasy, al laten cijfers uit de hiervoor genoemde surveys dit niet zien. Sleutelfiguren in Amsterdam merken op dat de belangstelling voor ecstasy onder langgebruikers geleidelijk afneemt. Bijwerkingen worden na langer gebruik heviger, terwijl de euforische effecten juist afnemen [3,5].
- In elk panelnetwerk in Amsterdam worden nog steeds regelmatige gebruikers van ecstasy aangetroffen. Het ecstasygebruik in Amsterdam hangt volgens sleutelfiguren sterk af van de setting. Op dance-feesten of massale festivals is gebruik normaler. Anonimiteit is daarbij van belang. In clubs of andere gelegenheden waar men dicht op elkaar staat, vinden jongeren hun uiterlijk belangrijk en gaat het om ‘’zien en gezien worden’’. Ecstasygebruik is daar minder goed mee te verenigen [3].
- In de regio Gooi en Vechtstreek wordt volgens sleutelfiguren ecstasy gebruikt op huisfeesten van vooral de bovenklasse. Ook onder jongeren die een avond uitgaan in Amsterdam is de drug populair [4].

Uitgaanders in Den Haag

In het Haags Uitgaansonderzoek 2019, een uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden, is het

middelengebruik van 519 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar op vier Haagse uitgaanslocaties in kaart gebracht [6]. Deze studie combineert eveneens een enquête met panelinterviews met sleutelfiguren uit het Haagse uitgaansleven. Volgens de panelleden in Den Haag is het gebruik van ecstasy het afgelopen jaar gelijk gebleven, maar is het gebruik wel steeds meer geaccepteerd.

- In 2019 had 61% van de deelnemers aan de vragenlijst ervaring met ecstasy en 50% gebruikte het in het afgelopen jaar.
- Ondanks het signaal van de panelleden dat het gebruik hetzelfde is gebleven, liggen de percentages echter hoger dan in 2014 en 2017. Ongeveer de helft van de deelnemers van de Haagse surveys in 2014 en 2017 had ooit ecstasy gebruikt. In 2017 lag het gebruik in het afgelopen jaar op 36%. Omdat het een iets andere doelgroep betreft kunnen de percentages echter niet een-op-een vergeleken worden.
- De uitgaanders in Den Haag zijn zich bewust van de negatieve gevolgen van ecstasy, maar die wegen volgens hen niet op tegen de positieve effecten.

Gebruik van ecstasy onder uitgaande jongeren en jongvolwassen[IV]

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2013	23	70	67	35
		2016	22	55	46	22
		2020	22	53,9	43,9	-
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	25	52	40	11
Bezoekers van cafés[II]	Amsterdam	2010	27	46	33	13
		2014	27	63	50	25
		2018	26	69	48	26
	Hilversum, Bussum, Huizen	2018	24	47	33	14
Uitgaanders	Den Haag	2014	24	48	19	16
		2017	24	50	36	18
		2019	-	61	50	24
Bezoekers van clubs, raves[III] en festivals	Amsterdam	2013	24	79	73	55
		2017	26	80	66	48
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum, Bussum, Huizen	2017	21	39	30	19
Studenten	Leiden	2015	22	20	-	-

Percentage ooit-, laatste-jaar en laatste-maand-gebruikers 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. I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via facebook, online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gaycafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. III. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media" (Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 en 2018 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 tot 1.000 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). IV. Om goede uitspraken te kunnen doen over de trends in middelengebruik, wordt er bij Het Grote Uitgaansonderzoek en de Antenne monitor een aanvullende analyse gedaan die vergelijkingen tussen jaren mogelijk maakt. Voor de andere onderzoeken wordt deze analyse niet gedaan. Hier geldt dat bij kleine verschillen niet met zekerheid kan worden gezegd of er sprake is van een toe- of afname. Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al., 2016); Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2013 (Nabben, Benschop, & Korf, 2014), Antenne 2014 (Benschop, Nabben, & Korf, 2015), Antenne 2015 (Nabben, Benschop, & Korf, 2016), Antenne 2017 (Nabben et al., 2018), Antenne Gooi en Vechtstreek 2017 (Luijk et al., 2018); Antenne 2018 (Korf, Nebben en Benschop, 2019); Antenne Gooi en Vechtstreek 2018 (Korf, Benschop en Nabben, 2019); Het Haags Uitgaansonderzoek 2014, 2017 & 2019, GGD Haaglanden (Van Dijk & Reinerie, 2015; Van Dijk et al., 2018; Van Dijk et al., 2020); Universiteit Leiden/Tilburg University (Kunst & Gebhardt, 2018).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Monshouwer K, Van der Pol P, Drost YC, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2016: Uitgaanspatronen, middelengebruik en preventieve maatregelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
3. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.
4. Korf DJ, Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2018. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek.; 2019.
5. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
6. Van Dijk A, Van der Meer R, Gerrits N, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L. HUO 2019/2020: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2020.

6.3.5 Kwetsbare groepen jongeren en jongvolwassenen

In het kort: De onderzoeken geven geen eenduidig beeld over het ecstasygebruik in de hier benoemde kwetsbare groepen jongeren. De prevalenties verschillen, afhankelijk van de onderzochte groep. Jongeren in het cluster 4 onderwijs en jongeren in de (residentiële) jeugdzorg hebben vaker ervaring met ecstasy dan jongeren uit het regulier voortgezet onderwijs, terwijl jongeren uit het cluster 3 nauwelijks ervaring hebben met ecstasy. Ook de trends verschillen per onderwijsgroep. In het algemeen lijkt het gebruik hoger te worden naarmate de leeftijd toeneemt.

Snel naar:

- Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3
- Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen
- Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg
- Kwetsbare jongeren in de regio

Gegevensbronnen

Binnen de groep jongeren zijn bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

In 2019 onderzocht EXPLORE het middelengebruik onder jongeren van het praktijkonderwijs, het cluster 4 van het speciaal voorgezet onderwijs (REC-4, leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen) en jongeren van het cluster 3 (REC-3, leerlingen met een licht verstandelijke beperking) [1]. Er deden 34 scholen van het praktijkonderwijs (1.118 leerlingen) mee en 34 cluster 4-scholen (1.032 leerlingen). De cijfers zijn vergeleken met die voor jongeren van het VMBO basis- en kaderberoepsgerichte leerweg (VMBO-b). De gegevens van het VMBO-b zijn afkomstig uit de Peilstationsonderzoeken uit 2007 en 2019 [2]. De cijfers zijn ook vergeleken met het eerdere EXPLORE onderzoek uit 2008 [3], hierin is het cluster 3 onderwijs nog niet onderzocht. In het landelijk EXPLORE-onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over ecstasygebruik onder jongeren (12-17 jaar) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) verzameld [4]. In 2008 is voor het eerst landelijk onderzoek gedaan naar middelengebruik onder deze doelgroep.

Daarnaast is in 2022 als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [5]. Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen (gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld. Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd.

Daarnaast is in 2019 en 2021 de Antenne Regiomonitor uitgevoerd [6,7]. Deze monitor beoogt op kwalitatieve wijze zicht te krijgen op het gebruik onder groepen kwetsbare jongeren uit verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt op basis van interviews met jongeren- en preventiewerkers die zicht hebben op verschillende (35 in 2021) jongerengroepen verspreid over het land. Begin 2021 werden via een kwalitatieve studie jongeren- en preventiewerkers ondervraagd over hun indruk van het middelengebruik van in totaal 35 groepen jongeren uit 10 provincies, waar deze professionals direct mee in contact staan [7]. Deze groepen zijn niet representatief voor alle jongerengroepen in de regio. Van de 35 groepen jongeren kwamen er 23 uit een grotere of kleinere stad en kwamen er 12 uit een dorp. Het aantal jongeren per groep varieerde van 8 tot 90 personen, met gemiddeld 20 personen. In totaal hadden de professionals zicht op ongeveer 850 jongeren tussen 11 en 27 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar. Vanuit de Antenne-monitor uit 2019 zijn daarnaast specifiek gegevens beschikbaar over ecstasygebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek [6]. De ondervraagde jongeren in Amsterdam waren merendeels 16-19 jaar oud (87%), de rest was 15 of tussen de 20 en 28 jaar. In de Gooi en Vechtstreek waren alle jongeren tussen de 16-19 jaar oud.

De tabel onderaan de pagina geeft een samenvatting van de resultaten uit uiteenlopende studies naar het ecstasygebruik in verschillende groepen kwetsbare jongeren. In het landelijke EXPLORE onderzoek zijn jongeren uit het praktijk- en het speciaal onderwijs geïncludeerd, en jongeren in de residentiële jeugdzorg. Ook zijn er enkele lokale en regionale studies uitgevoerd. De cijfers zijn onderling niet altijd vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3

In 2019 onderzocht EXPLORE het middelengebruik onder jongeren van het praktijkonderwijs, het cluster 4 van het speciaal voorgezet onderwijs (REC-4, leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen) en jongeren van het cluster 3 (REC-3, leerlingen met een licht verstandelijke beperking) [1].

- Cluster 4-leerlingen (6,2%) hebben vaker ervaring met ecstasy dan leerlingen van het praktijkonderwijs (2,6%) en VMBO-b leerlingen (2,3%) (tabel 6.3.6).
- Cluster 4-leerlingen hebben in de afgelopen maand drie keer zo vaak ecstasy gebruikt (3,0%) dan leerlingen van het VMBO-b (0,9%). Ook hebben ze bijna twee keer zo vaak gebruikt als leerlingen van het praktijkonderwijs (1,6%), maar deze verschillen zijn niet significant.
- Meisjes in cluster 4 hebben meer ervaring met ecstasy dan bij jongens. Twee keer zoveel meisjes (10%) als jongens (5%) in cluster 4 hebben ooit ecstasy gebruikt. In andere onderzoeken onder jongeren ligt het gebruik van ecstasy, en andere drugs, altijd hoger onder mannen. Er is geen verklaring voor dit verschil.
- Onder scholieren van het reguliere onderwijs daalde het gebruik van ecstasy in het afgelopen decennium. Echter, het ooitgebruik van ecstasy is in het praktijkonderwijs gelijk gebleven tussen 2008 en 2019. In cluster 4 is het percentage scholieren dat ervaring heeft met ecstasy tussen 2008 en 2019 licht gedaald (van 8,9% naar 6,2%), maar dit verschil is niet statistisch significant.

Jongeren met een licht verstandelijke beperking van het cluster 3 onderwijs blijken nauwelijks ecstasy te gebruiken.

- Het aandeel jongeren in het cluster 3 onderwijs dat ervaring heeft met ecstasy is te laag (< 0,1%) om uitspraken over te doen.
- Daarmee is het gebruik onder deze jongeren dus lager dan in alle andere (reguliere) onderwijstypen.

Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn gegevens verzameld over het gebruik van ecstasy onder jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen. De vragenlijst is in vier JJI afgenomen bij in totaal 110 jongens. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder studenten van het MBO/HBO [5]. Deze vergelijking moet voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat de onderzoeken niet op dezelfde manier zijn uitgevoerd en de studenten gemiddelde iets jonger zijn (17,2 versus 18,2 jaar).

- Een op de drie jongeren (35%) heeft ooit ecstasy gebruikt en bijna één op de tien (9%) deed dit in de afgelopen maand.
- De meeste jongeren die ecstasy in de laatste maand gebruikten, deden dit één keer.
- Van de jongeren die vaker dan één keer in hun leven ecstasy hebben gebruikt (n = 28), geeft de helft van aan ooit ecstasy in de inrichting hebben gebruikt.
- Daarnaast hebben de meeste jongeren (89%) die ecstasy vaker dan één keer hebben gebruikt, dit al eens gedaan voordat zij in de inrichting kwamen.
- Ook geeft de meerderheid van deze groep aan (76%, n = 19) dat zij minder zijn gaan gebruiken sinds ze in de inrichting zijn geplaatst.
- Het gebruik van ecstasy is onder jongeren in de JJI duidelijk hoger dan onder studenten van het MBO/HBO (ooit 35% vs. 7% en afgelopen maand 9% vs. 3%)

Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg

In het landelijk EXPLORE-onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over ecstasygebruik onder jongeren (12-17 jaar) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) verzameld [4]. In 2008 is voor het eerst landelijk onderzoek gedaan naar middelengebruik onder deze doelgroep.

- Van de jongeren verblijvend in de RJZ heeft 30% ervaring met ecstasygebruik: 18% van de 12-15-jarigen en 34% van de 16-17-jarigen.
- Het aandeel jongeren die in de RJZ verblijven en ecstasy in de laatste maand gebruikten (9%) is tienmaal zo groot als jongeren in het reguliere onderwijs die ecstasy gebruiken (0,8%) .
- Hoewel er in alle leeftijdsroepen sprake lijkt van een stijging, is alleen aandeel jongeren in de RJZ dat in de laatste maand ecstasy heeft gebruikt in 2020 (14%) significant gestegen ten opzichte van 2008 (4%) (zie tabel).

Daarnaast zijn er vanuit de Antenne-monitor uit 2019 specifiek gegevens beschikbaar over ecstasygebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek. De ondervraagde jongeren in Amsterdam waren merendeels 16-19 jaar oud (87%), de rest was 15 of tussen de 20 en 28 jaar. In de Gooi en Vechtstreek waren alle jongeren tussen de 16-19 jaar oud.

- Een kwart van de jongeren uit Amsterdam (22,9%) heeft ervaring met ecstasy. Het laatste-jaar-gebruik ligt daar dicht tegenaan, namelijk op 17,9%. In de Gooi- en Vechtstreek ligt het gebruik lager, 17,4% nam ooit ecstasy en 13,0% in het laatste jaar.
- Laatste-jaar-gebruikers namen gemiddeld 8,9 dagen per jaar ecstasy.
- Tussen 2012 en 2019 lijkt het percentage jongeren in de jeugdzorg dat ecstasy gebruikte in het afgelopen jaar te zijn toegenomen (11% versus 18%).
- Grofweg waren er twee grote groepen te onderscheiden in de jeugdzorg. De grootste groep bestond uit jongeren die in het laatste jaar drugs namen (39%), gevolgd door een groep die niet dronk, blowde of drugs gebruikte (34,7%). De groepen waarin alleen werd gedronken (11,0%) of alleen cannabis in werd gerookt (15,3%) waren kleiner.

Kwetsbare jongeren in de regio

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen van kwetsbare jongeren in diverse regio's van Nederland [7]. Deze monitor probeert zicht te krijgen op groepen jongeren waarin sprake is van problematisch drugsgebruik, meervoudige problematiek in de directe, institutionele of sociale omgeving, of het veroorzaken van overlast.

- In ruim twee derde van de groepen (26 van de 35) werd ecstasy gebruikt, in de overige negen groepen werd dus geen ecstasy gebruikt. Vooral de bevraagde netwerken in de drie noordelijke provincies (Friesland, Groningen en Drenthe) scoren hoog op het gebruik van ecstasy.
- In vergelijking met 2019, is het gebruik van ecstasy in bijna de helft (12 van de 26) van de groepen afgenomen volgens de professionals. In vijf jongerengroepen is het gebruik juist toegenomen en in acht groepen bleef het gebruik stabiel. Deze veranderingen in gebruik worden door professionals toegeschreven aan corona. De grootste afnames werden gerapporteerd in jongerengroepen in de drie noordelijke provincies (Friesland, Groningen en Drenthe).
- Het gebruik van ecstasy is sterk verbonden aan de elektronische muziekscene volgens de professionals.
- Professionals observeren dat als gevolg van de coronapandemie het ecstasygebruik zich niet alleen naar huissettingen heeft verplaatst, maar ook naar verschillende buitenlocaties.

Gebruik van ecstasy in kwetsbare groepen jongeren

Groep	Locatie	Peiljaar	Leeftijd	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik	Laatste-maand-gebruik (%)
Praktijkonderwijs	Nederland	2019	12-16 jaar	2,6	-	1,6
		2008	12-16 jaar	2,7	-	0,7
Cluster 4	Nederland	2019	12-16 jaar	6,2	-	2,2
		2008	12-16 jaar	8,9	-	3,0
Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen	Nederland	2021	14-24 jaar	35	-	9
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Nederland	2020	12-15 jaar	18	-	3
	Nederland	2008	12-15 jaar	13	-	3
	Nederland	2020	16-17 jaar	34	-	14
	Nederland	2008	16-17 jaar	28	-	4
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2019	16+	22,9	17,9	-
	Gooi en Vechtstreek	2019	16+	17,4	13,0	-
	Amsterdam[1]	2012	16 jaar (gemiddeld)	11,8	8,2	4,1

Percentage ooitgebruikers, laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. - = Niet gemeten. 1. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Bronnen: EXPLORE, Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Monshouwer K, Van Dorsselaer S, Rombouts M. Peilstationsonderzoek Ouders 2019. Trimbos-instituut; 2020.
3. Kepper A, Van Dorsselaer S, Monshouwer K, Vollebergh W. Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg: Resultaten meting oktober - december 2008. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
4. Möhle M, Van Gelder N, Rombouts M, Scheffers-van Schayck T, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
5. Möhle M, Rombouts M, Van Gelder N, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de Justitiële Jeugdinrichtingen: Het EXPLORE-onderzoek 2022. Utrecht: Trimbos-insituut; 2022.
6. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
7. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.

6.4 Problematisch gebruik

Snel naar:

- Definitie problematisch ecstasygebruik
- Risico op verslaving
- Acute gezondheidsproblemen
- Ziekte en sterfte
- Niet acute gezondheidsproblemen
- Sociale problemen
- Stoppen en minderen van ecstasygebruik

Gegevensbronnen

Een aantal Nederlandse studies en registraties geven echter wel informatie over indicatoren voor problematisch gebruik, zoals het aandeel ecstasygebruikers dat zich aanmeldt bij de verslavingszorg (§ 6.6.1), gebruikers die acute gezondheidsincidenten ondervinden (§ 6.6.2) en de mate waarin gebruikers van ecstasy zelf vinden dat zij te veel of vaak gebruiken, of willen stoppen en minderen (zie hieronder). Deze pagina besteedt kort aandacht aan de verschillende manieren waarop gebruikers van ecstasy problemen ten gevolge van hun gebruik van ecstasy ondervinden.

Definitie problematisch ecstasygebruik

De term problematisch middelengebruik kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie ‘problematisch gebruik’ in bijlage D). Bij de verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd staat echter het volgende aspect centraal, namelijk een gebruikspatroon dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen. Er is voor ecstasy (MDMA) geen schatting van de omvang van problematisch gebruik, het is dus onbekend hoeveel mensen die ecstasy gebruiken hiervan problemen ondervinden (bijlage B12). Bij ecstasy kan daarnaast ook sprake zijn van acute problemen na inname van het middel die in sommige gevallen aanhouden. Er kan echter ook sprake zijn van problemen op de middellange en lange termijn.

Risico op verslaving

Net als bij andere middelen nemen de door gebruikers gewenste effecten (zoals het euforische gevoel) van ecstasy snel af bij herhaalde inname, bij ecstasy lijkt dit effect echter nog groter dan bij veel andere middelen [1]. Dit leidt ertoe dat soms geconcludeerd wordt dat ecstasy niet verslavend zou zijn. Er zijn inderdaad onderzoeksgegevens die deze conclusie ondersteunen. Uit de literatuur blijkt namelijk dat ecstasy een minder verslavende stof is in vergelijking met andere stimulerende middelen, en daardoor als minder verslavend aangemerkt zou kunnen worden [2]. Verder lijkt er ook geen sprake van een duidelijk beeld wat betreft het optreden van lichamelijke onttrekkingsverschijnselen na het stoppen van MDMA-gebruik [2]. Hoewel uit ander onderzoek blijkt dat gebruikers wel afkickverschijnselen en ontwenning rapporten [3]. Hoewel het beeld omtrent

verslaving van ecstasy verschilt van sommige andere drugs, wil dat niet zeggen dat ecstasy helemaal niet verslavend is. Dit blijkt uit het aantal hulpvragen in de verslavingszorg. Er zijn ook gebruikers die zich melden in de verslavingszorg met ecstasygerelateerde problematiek, hoewel het aandeel in vergelijking met andere drugs gering is (zie voor meer informatie § 6.6).

Acute gezondheidsproblemen

Acute gezondheidsincidenten ten gevolge van het gebruik van ecstasy worden beschreven in § 6.6.2.

Ziekte en sterfte

Een uitgebreide beschrijving van de psychische en lichamelijke risico's ten gevolge van ecstasy staan beschreven in § 6.7.1. In § 6.7.2 wordt stilgestaan bij sterfte ten gevolge van ecstasy.

Niet acute gezondheidsproblemen

Het meest genoemde korte termijn risico van het gebruik van MDMA is de 'dinsdagdip' een periode na het gebruik van ecstasy waarin lethargie en een negatieve stemming centraal staan. Dit zou veroorzaakt worden door een laag niveau van de neurotransmitter serotonine in het brein [4]. Hoewel er ook andere oorzaken kunnen zijn voor dit lage serotonine niveau, zoals een slaaptekort, de fysieke inspanning van een avond dansen en een slecht dieet. Recent onderzoek wijst erop dat deze negatieve effecten niet optreden wanneer MDMA in een klinische setting wordt voorgeschreven [5]. Dit kan worden gezien als een aanwijzing dat de dinsdagdip voornamelijk veroorzaakt wordt door slaapdeprivatie, verstoring van dag- en nachtritme of het gebruik van andere middelen zoals alcohol. De lange termijn problemen ten gevolge van ecstasy staan beschreven in § 6.7.1 en hebben met name betrekking op executieve functies van de hersenen en verstoringen van de stemming.

Sociale problemen

Ecstasygebruik kan niet alleen directe schade bij de gebruiker zelf veroorzaken maar ook in de bredere sociale zin. Naast dat gebruikers soms zelf gedrag vertonen waar zij achteraf schaamte over kunnen voelen blijkt uit onderzoek ook dat mensen die ecstasy hebben gebruikt zich soms ziek melden voor school of werk [6]. Uit Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 bleek dat 40% van uitgaande jongeren zich ten minste een keer per jaar ziek meldt na een uitgaansavond [7]. Uit dit onderzoek werd echter niet duidelijk of dit verzuim samenhangt met het gebruik van ecstasy, hoewel ecstasy wel de meest gebruikte drugs in het uitgaansleven was. De omvang van de maatschappelijke kosten ten gevolge van deze ziekmeldingen is onbekend. Ook de omvang van de kosten die gemoeid zijn met de acute gezondheidsincidenten zoals beschreven worden in § 6.6.2 is onbekend.

Stoppen en minderen van ecstasygebruik

- Bijna een zesde (16,1%) van de laatste-jaar-gebruikers (43,9%) van ecstasy uit Het Grote Uitgaansonderzoek 2020 vindt dat hij of zij wel eens te veel of te vaak gebruikt (zie ook § 6.3.3). Het percentage laatste-jaar-gebruikers dat zou willen minderen (13,0%) ligt hoger dan het percentage laatste-jaar-gebruikers dat zou willen stoppen (5,0%). Frequente gebruikers (ten minste maandelijks gebruik) van ecstasy gaven vaker dan niet-frequente gebruikers van ecstasy aan te willen minderen (respectievelijk 28,6% en 9,4%). Andersom zouden niet-

frequente gebruikers (5,3%) van ecstasy iets vaker dan frequente (4,0%) gebruikers willen stoppen [8].

- Onder de laatste-jaar-gebruikers van ecstasy uit het Drug Use Persona's onderzoek in 2019 zegt 14% het komende jaar te willen minderen of stoppen; 47% heeft al één of meerdere keren geprobeerd te stoppen. De belangrijkste redenen daarvoor zijn '(ik heb) geen reden meer om ecstasy te gebruiken' en 'het past niet meer in mijn leven'. Barrières voor het stoppen met gebruik van ecstasy zijn: 'dan mis ik de effecten' (70%) en 'ik zie mensen om mij heen ecstasy gebruiken en krijg dan ook zin' (47%) [9].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Parrott AC. Chronic tolerance to recreational MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine) or Ecstasy. Vol. 19, Journal of Psychopharmacology. 2005. p. 71–83.
2. Degenhardt L, Bruno R, Topp L. Is ecstasy a drug of dependence? Vol. 107, Drug and Alcohol Dependence. 2010. p. 1–10.
3. Cottler LB, Womack SB, Compton WM, Ben-Abdallah A. Ecstasy abuse and dependence among adolescents and young adults: Applicability and reliability of DSM-IV criteria. Vol. 16, Human Psychopharmacology. 2001. p. 599–606.
4. Curran HV, Travill RA. Mood and cognitive effects of ±3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, 'ecstasy'): Week-end "high" followed by mid-week low. Vol. 92, Addiction. 1997. p. 821–831.
5. Sessa B, Aday JS, O'Brien S, Curran HV, Measham F, Higbed L, et al. Debunking the myth of 'Blue Mondays'': No evidence of affect drop after taking clinical MDMA.' Vol. 36, Journal of Psychopharmacology. 2022. p. 360–367.
6. Kunst LE, Gebhardt WA. Prevalence and Psychosocial Correlates of Party-Drug Use and Associated Problems among University Students in the Netherlands [Internet]. Vol. 53, Substance Use & Misuse. Taylor & Francis; 2018. p. 2077–2088. Available from: https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1455700
7. Goossens F, Frijns T, Van Hasselt NE, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2013: uitgaanspatronen, middelengebruik en risicogedrag onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
8. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
9. De Jonge MC. Persona's in middelengebruik: Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-insituut; 2021.

6.5 Gebruik: internationale vergelijking

6.5.1 Algemene bevolking internationaal

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk, en Turkije [1]. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [2,3]. In Canada bestaat er hiervoor de Canadian Alcohol and Drugs Survey (CADS) [4] en in Australië is er het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [5]. Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Van invloed is onder andere de leeftijdsgroep. Vergeleken met sommige andere landen, is het gebruik van ecstasy in Nederland meer geaccepteerd, waardoor gebruikers in een bevolkingsonderzoek mogelijk eerder zullen rapporteren ecstasy te gebruiken. Voor Nederland kunnen hierdoor hogere percentages worden gevonden, vergeleken met die landen waar het gebruik minder is geaccepteerd. De mate waarin dit een rol speelt is echter onbekend.

Voor het vergelijken van verschillende landen en regio's richt de NDM zich vooral op de resultaten van bevolkingsonderzoeken en wordt maar beperkt gebruik gemaakt van analyses van het rioolwater. Wel worden deze analyses hieronder genoemd. Voor deze analyses van het rioolwater is nog onduidelijk in hoeverre deze een goede vergelijking mogelijk maken tussen verschillende landen en regio's in de mate van het drugsgebruik (zie bijlage B7). Het gaat hieronder om de rioolwateranalyses met gegevens over het drugsgebruik in ongeveer tachtig Europese steden, waarbij voor ecstasy gegevens beschikbaar waren uit 76 steden [6].

Vergelijking tussen landen

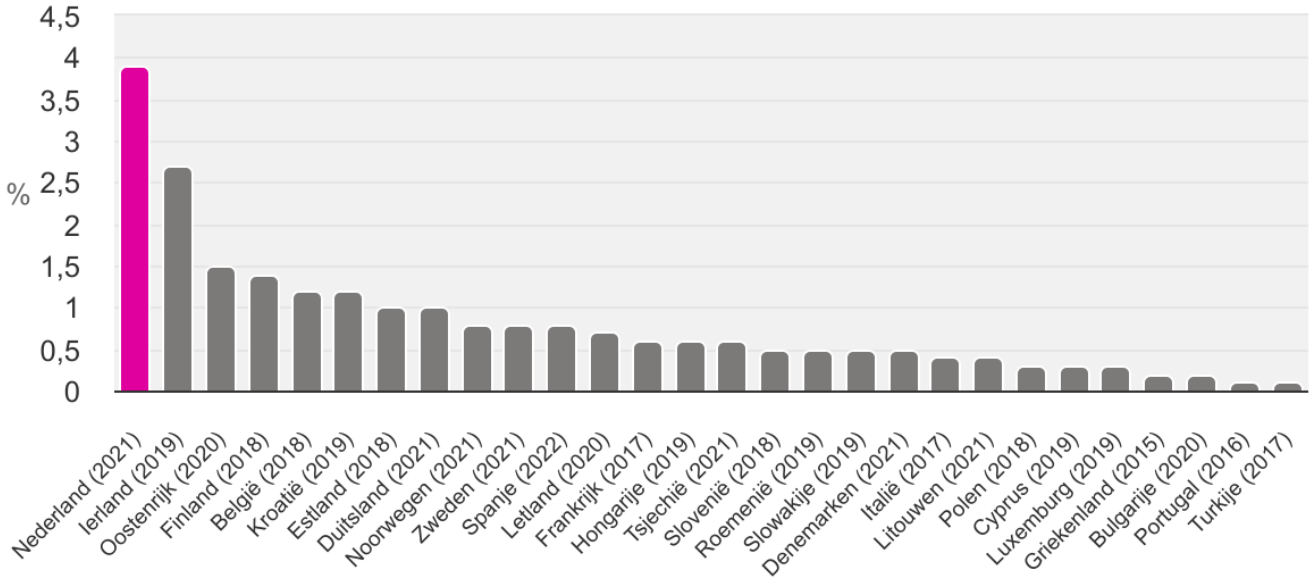
Onderstaande figuren en tabel presenteren gegevens over het gebruik van ecstasy in een aantal lidstaten van de EU-14, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar), tenzij anders aangegeven. Gegevens voor de Verenigde Staten, Canada en Australië staan in de tabel daaronder. Voor zover beschikbaar, zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in bijlage C vermeld. Het Europees gemiddelde zoals berekend door het EMCDDA is daarbij een schatting die is gewogen op basis van de bevolkingsomvang. Landen met veel inwoners tellen daardoor zwaarder mee. Voor dit Europees gemiddelde zijn voor Nederland de cijfers van 2020 gebruikt. De cijfers van 2021 voor Nederland waren nog niet beschikbaar voor het EMCDDA.

- In 2020 had in Nederland 11,9% van de bevolking van 15-64 jaar ervaring met ecstasy. Inclusief Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en Turkije, heeft het EMCDDA gegevens over het gebruik van ecstasy gepubliceerd voor in totaal 30 landen. Voor zover vergelijkbaar, komt Nederland met 11,9% ooitgebruik binnen deze landen op de eerste plaats gevolgd door Ierland (10,3%), en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales, 9,1%) (zie onderstaande tabel en bijlage C). De laagste percentages werden gevonden in Griekenland (0,6%) en Turkije (0,4%).
- Het percentage laatste-jaar-gebruik van ecstasy onder de 15-64-jarigen varieert in de 30 landen die het EMCDDA noemt van 0,1% in Portugal en Turkije tot 4,0% in Nederland, waarmee

Nederland ver uit steekt boven de andere landen. Hierna volgen Ierland met 2,7% en Tsjechië met 1,9%. Het EU-gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik onder 15-64-jarigen lag op 0,9% [1].

- Ook het gebruik van ecstasy onder de jongvolwassenen van 15-34 jaar is in Nederland het hoogst van de onderzochte landen. Het laatste-jaar-gebruik lag in Nederland onder de 15-34-jarigen op 7,7%. Het EU-gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik in deze leeftijdsgroep lag op 1,9% [1].
- In Europa is sprake van een gevarieerd beeld zonder een duidelijke trend. Voor veertien landen, waarvoor gegevens beschikbaar zijn, werd in zeven landen een stijging gezien, een stabilisering in zes landen en een daling in een land [1].
- De cijfers uit de overige landen suggereren dat vooral het gebruik in Australië hoog is. Australië rapporteert daarbij ook een toename in het gebruik van ecstasy tussen 2016 en 2019 [5].

Percentage laatste-jaar-gebruikers van ecstasy in verschillende Europese landen. Leeftijdsgroep 15-64 jaar[1]



Het gebruik van ecstasy in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk, Duitsland, Griekenland en Hongarije: 18–64 jaar; Denemarken, Estland en Noorwegen: 16–64 jaar. Bron: European Drug Report 2023, EMCDDA

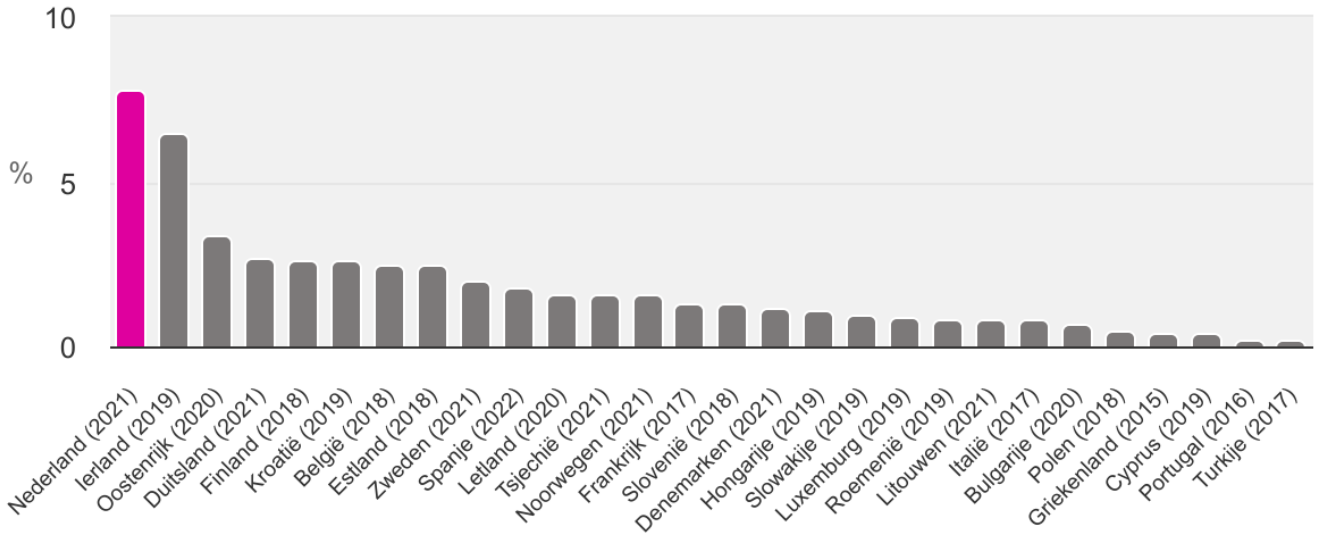
NDM

Land	Laatste jaar (%)
Nederland (2020)	4,0
Ierland (2019)	2,7
Tsjechië (2020)	1,9

Land	Laatste jaar (%)
Oostenrijk (2020)	1,5
Finland (2018)	1,4
Verenigd Koninkrijk (2018)	1,4
België (2018)	1,2
Kroatië (2019)	1,2
Duitsland (2018)	1,1
Estland (2018)	1,0
Noorwegen (2020)	0,9
Spanje (2020)	0,9
Zweden (2017)	0,9
Letland (2020)	0,7
Frankrijk (2017)	0,6
Hongarije (2019)	0,6
Denemarken (2021)	0,5
Roemenië (2019)	0,5
Slowakije (2019)	0,5
Slovenië (2018)	0,5

Land	Laatste jaar (%)
Italië (2017)	0,4
Litouwen (2016)	0,4
Cyprus (2019)	0,3
Luxemburg (2019)	0,3
Polen (2018)	0,3
Bulgarije (2020)	0,2
Griekenland (2015)	0,2
Portugal (2016)	0,1
Turkije (2017)	0,1

Percentage laatste-jaar-gebruikers van ecstasy in verschillende Europese landen. Leeftijdsgroep 15-34 jaar[I]



Het gebruik van ecstasy in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk, Duitsland, Griekenland en Hongarije: 18–34 jaar; Denemarken, Estland en Noorwegen: 16–34 jaar; Zweden: 17–34 jaar. Bron: European Drug Report 2023, EMCDDA

NDM

Land	Laatste jaar (%)
Nederland (2021)	7,8
Ierland (2019)	6,5
Oostenrijk (2020)	3,4
Duitsland (2021)	2,7
Finland (2018)	2,6
Kroatië (2019)	2,6
België (2018)	2,5

Land	Laatste jaar (%)
Estland (2018)	2,5
Zweden (2021)	2,0
Spanje (2022)	1,8
Letland (2020)	1,6
Tsjechië (2021)	1,6
Noorwegen (2021)	1,6
Frankrijk (2017)	1,3
Slovenië (2018)	1,3
Denemarken (2021)	1,2
Hongarije (2019)	1,1
Slowakije (2019)	1,0
Luxemburg (2019)	0,9
Roemenië (2019)	0,8
Litouwen (2021)	0,8
Italië (2017)	0,8
Bulgarije (2020)	0,7
Polen (2018)	0,5

Land	Laatste jaar (%)
Griekenland (2015)	0,4
Cyprus (2019)	0,4
Portugal (2016)	0,2
Turkije (2017)	0,2

Gebruik van ecstasy in de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-14, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar (tenzij anders aangegeven)

Land	Jaar	15-64 jaar			15-34 jaar		
		Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Nederland	2020	11,9	4,0	1,0	17,3	7,7	1,9
Ierland	2019	10,3	2,7	1,3	13,7	6,5	3,1
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2018	9,1	1,4	0,3	12,0	3,1	0,7
Finland	2018	5,0	1,4	0,2	8,1	2,6	0,5
Spanje	2020	5,0	0,9	0,3	5,4	1,6	0,6
Oostenrijk	2020	4,9	1,5	0,1	7,7	3,4	0,4
België	2018	-	1,2	-	-	2,5	-
Denemarken	2021	4,0	0,5	0,1	5,9	1,2	0,1
Duitsland	2018	3,9	1,1	0,3	6,2	2,8	0,8
Frankrijk	2017	3,9	0,6	-	5,6	1,3	-
Noorwegen	2020	3,1	0,9	-	5,6	2,4	-
Zweden	2017	-	0,9	0,2	-	2,0	0,3
Italië	2017	2,7	0,4	0,1	3,9	0,8	0,1
Portugal	2016	0,7	0,1	0,0	0,9	0,2	0,0

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen de landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers en vervolgens het percentage laatste-jaar-gebruikers (15-64 jaar). Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. 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. Het gaat om Frankrijk en Duitsland (18-64 jaar, 18-34 jaar), Denemarken en Noorwegen (16-64 jaar, 16-34 jaar), en Zweden (17-34 jaar). - = Gegevens ontbreken. Bron: EMCDDA. Voor de volledige bronvermelding: zie onderaan deze pagina.

.

Gebruik van ecstasy in de algemene bevolking van Australië, de Verenigde Staten en Canada: wisselende leeftijdsgroepen

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatstejaarsgebruik (%)	Laatstemaandgebruik (%)
Australië	2019	14 en ouder	12,5	3,0	-
Verenigde Staten	2020	18 en ouder	8,1	1,0	0,3
		12 en ouder	7,4	0,9	0,2
Canada	2019	15 en ouder	6,6	1,1	-

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers. I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en de oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Bronnen: AIHW, SAMHSA, CADS. Voor de volledige bronvermeldingen: zie onderaan deze pagina.

Rioolwateranalyses

In 2021 analyseerde het EMCDDA gegevens van rioolwateranalyses uit ongeveer tachtig Europese steden, waarbij voor ecstasy gegevens beschikbaar waren uit 76 steden [6].

- Voor ecstasy werd gevonden dat, van de 76 Europese steden met ecstasygegevens, Amsterdam bovenaan stond, gevolgd door Antwerpen-Zuid op de tweede plaats, Eindhoven op de derde plaats en Utrecht op de zesde plaats. In Amsterdam lag de gemiddelde dagelijkse load ecstasy op 125,00 mg per 1.000 inwoners. Eindhoven had een load van 82,63 mg per 1.000 inwoners, en Utrecht had een load van 48,10 mg per 1.000 inwoners.
- De rioolwateranalyses in Nederlandse steden vertoonde, in lijn met andere indicatoren, een dalende trend in de coronajaren. Op de lange termijn steeg de hoeveelheid aangetroffen MDMA in het rioolwater tussen 2011 en 2021 in Amsterdam, van 77,24 naar 125,00 mg. Echter, ten opzichte van de piek in 2019 (287,44 mg) daalde de load in 2020 (137,89 mg) en 2021 (125,00 mg). In Eindhoven steeg de load tussen 2011 (66,68 mg) en 2017 (165,08 mg), maar daalde net als in Amsterdam vanaf 2019 (119,67 mg) naar 101,21 mg in 2020 en 82,63mg in 2021. In Utrecht is in 2021 (48,10) de load per 1000 inwoners ten opzichte van 2012 (161,86 mg) juist lager, maar metingen in Utrecht vertoonde sterke schommelingen in de jaren daartussen. In Utrecht begon de daling in de hoeveelheid aangetroffen MDMA eerder dan in Amsterdam en Eindhoven, namelijk al in 2018 (160,32mg). De jaren hierna werd telkens minder MDMA aangetroffen. In 2020 en 2021 is het waarschijnlijk dat de loads zijn gedaald door de coronamaatregelen, waardoor sommige gebruikers door de sluiting van het nachtleven minder ecstasy zijn gaan gebruiken, en er minder toeristen waren.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
2. SAMHSA. 2020 NSDUH Detailed Tables [Internet]. 2021. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2020-nsduh-detailed-tables
3. SAMHSA. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2021.
4. CADS. Canadian Alcohol and Drugs Survey (CADS): summary of results for 2019 [Internet]. 2021. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-alcohol-drugs-survey/2019-summary.html
5. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2019. Canberra: AIHW; 2020.
6. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: March 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#source-data

6.5.2 Jongeren internationaal

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van 15 en 16 jaar in 35 Europese landen. Tabel 6.5.2 toont het gebruik van ecstasy in enkele landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten [1–5]. In 2019 werden voor het eerst gegevens gerapporteerd afgerond op 1 decimaal om met meer precisie uitspraken te kunnen doen. Voorgaande jaren werden de prevalentiecijfers afgrond op hele getallen. Dit heeft als gevolg dat de prevalentie in 2019 niet direct vergeleken kan worden met de prevalentie van voorgaande jaren, en dat daarom trendgegevens voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

Het gebruik van ecstasy onder de Nederlandse jongeren ligt in 2019 boven het gemiddelde van de deelnemende ESPAD landen.

- Van alle deelnemende landen aan de ESPAD, was het percentage leerlingen dat in 2019 wel eens ecstasy heeft geprobeerd het laagst in Spanje, Kosovo, Oekraïne, Griekenland, Malta, Noord-Macedonië, Roemenië, IJsland, Italië en Finland (ongeveer 1%). Van alle landen gingen Estland en Letland aan kop met respectievelijk 5,2 en 5,0% gevolgd door Nederland (3,5%).
- Van de landen weergeven in tabel 6.5.2 had Nederland de hoogste prevalentie van ecstasygebruik (3,5%).
- Het (ongewogen) gemiddelde van 35 onderling vergelijkbare landen lag op 2,3%. Het gebruik onder Nederlandse jongeren ligt dus boven dat gemiddelde.
- Wanneer alle landen worden samengenomen is er sinds 2011 een dalende trend zichtbaar in het gebruik van drugs anders dan cannabis. Er is geen trend voor alleen ecstasy gerapporteerd.

Gebruik van ecstasy onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 2003, 2007, 2011, 2015 en 2019

	2003 (%)		2007 (%)		2011 (%)		2015 (%)	2019 (%)
Land	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Ooit
Nederland	5	3	4	3	4	3	3	3,5
Portugal	4	2	2	1	3	3	2	3,0
Ierland	5	2	4	3	2	2	4	2,8
Oostenrijk	3	2	3	2	-	-	2	2,6
Duitsland[IV]	3	2	3	2	2	1	-	1,9
Zweden	2	1	2	2	2	1	1	1,8
Frankrijk	4	-	4	2	3	2	2	1,7
Noorwegen	2	1	1	1	1	1	1	1,7
Denemarken[II]	2	2	5	2	1	1	1	1,6
Italië	3	2	3	2	2	2	3	1,3
Finland	1	1	2	1	1	1	1	1,3
Griekenland	2	2	2	2	2	1	1	1,1
Spanje[II]	5	3	3	2	2	1	1	0,9
België[I]	4	3	5	4	4	3	3	-
Verenigde Staten[III]	6	3	5	3	7	5	-	-
Verenigd Koninkrijk[V]	5	3	4	3	-	-	-	-
Zwitserland	2	1	2	2	-	-	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers in 2019. Vanaf 2015 zijn geen gegevens meer verzameld over ecstasygebruik in het laatste jaar. In 2019 werden voor het eerst gegevens gerapporteerd afgerond op 1 decimaal om met meer precisie uitspraken te kunnen doen; - = Niet gemeten. I. België in 2007, 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen en in 2019 geen meting. II. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. III. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. IV. Duitsland in 2019 alleen eén deelstaat (Beieren), 2007 alleen voor zeven deelstaten en in 2011 alleen voor vijf deelstaten. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011, 2015 vanwege te lage respons. Deed in 2019 niet meer mee. Bron: ESPAD 2004-2020.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al. The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries Björn. Stockholm: CAN; 2004.
2. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN; 2009.
3. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: CAN; 2012.
4. Kraus L, Leifman H, Vicente J. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. Available from: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
5. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

6.6 Hulpvraag en incidenten

Gegevensbronnen

Problemen gerelateerd aan het gebruik van ecstasy worden onder andere gezien en behandeld in de verslavingszorg en in de algemene ziekenhuizen. De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat een schatting van het aantal klinische opnames met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose. Ecstasy behoort in deze registratie net als amfetamine tot de groep psychostimulantia, de cijfers uit de basisregistratie hebben dus betrekking op beide middelen. Deze cijfers zijn te vinden in § 7.6.2. Zie bijlage B5 voor de meest recente gegevens van de LBZ. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) rapporteerde tot en met 2015 over de hulpvraag in de verslavingszorg. De acute hulpvraag wordt geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten (MDI). Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen.

De meest recente cijfers van het LADIS zijn afkomstig uit registratiejaar 2015 en de meest recente cijfers over opnames in algemene ziekenhuizen uit registratiejaar 2018. Van belang is dat de situatie in 2020 door de coronacrisis mogelijk is veranderd. Zo lag het totaal aantal geregistreerde acute gezondheidsincidenten in de MDI in 2020 lager dan in voorgaande jaren, wat grotendeels verklaard kan worden door het uitblijven van feesten en festivals en het wegblijven van toeristen. Bovendien kunnen de stress en de psychologische last van de coronacrisis voor een deel van de gebruikers reden zijn om meer te gebruiken [1], met mogelijke gevolgen voor de hulpvraag op lange termijn. De impact van de coronamaatregelen is nog moeilijk in te schatten.

6.6.1 Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken of andere gedragsverslavingen. Verslavingszorginstellingen leverden tot en met 2015 gepseudonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) [2].

Let op: Tussen 2015 en 2022 zijn er geen nieuwe gegevens beschikbaar gekomen uit het LADIS (zie bijlage B6: LADIS), omdat deze niet meer verzameld konden worden in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag (een wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) geregeld voor het aanleveren van gegevens, waarna de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart kon worden. De ‘pauze’ heeft echter gezorgd voor een onderregistratie, waardoor de gegevens niet volledig zijn.
De Tussenrapportage Kerncijfers Verslavingszorg 2016-2021 geeft een voorlopig beeld van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. In het najaar van 2023 wordt een gedetailleerdere versie van deze rapportage verwacht, aangevuld met de gegevens van 2022. Deze gegevens worden daarom later dit jaar verwerkt in de Nationale Drug Monitor.

Richtlijn detoxificatie

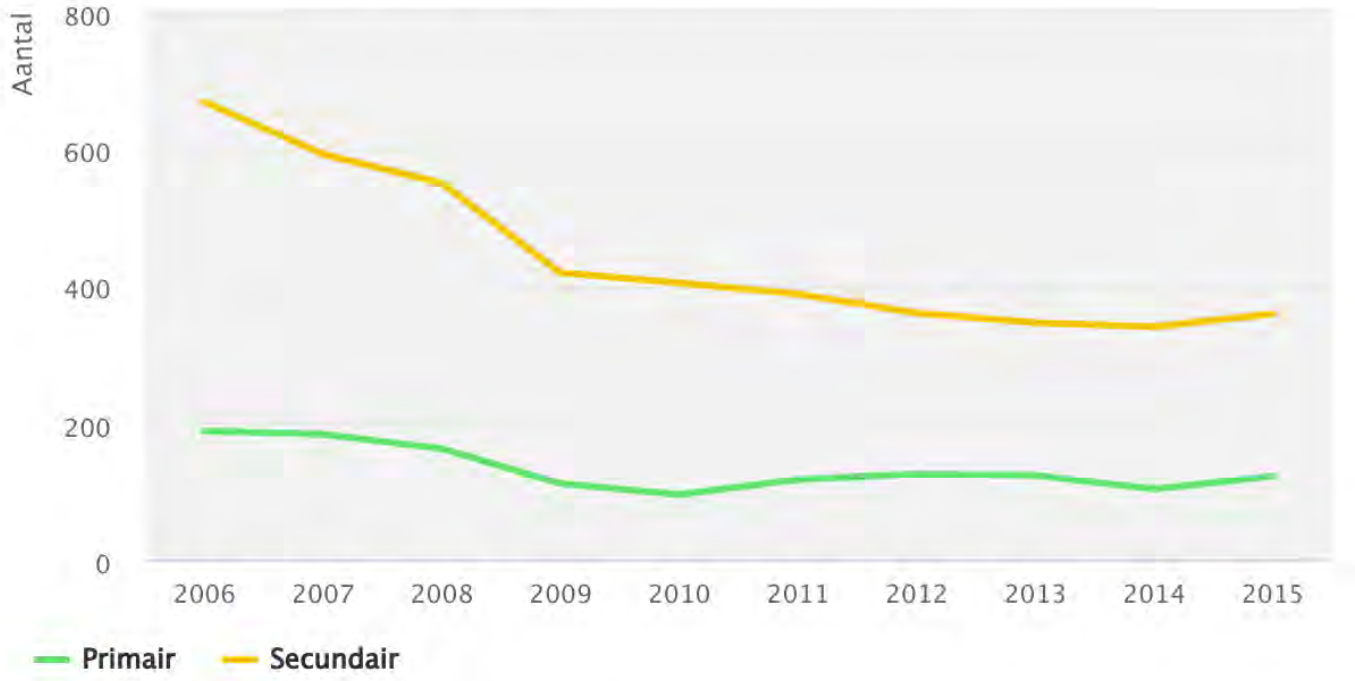
De detoxificatie en behandeling van chronische ecstasyproblematiek kunnen ambulant of intramuraal plaatsvinden en uitgevoerd worden in de huisartsenpraktijk, verslavingszorg of GGZ-instelling [3,4]. De richtlijn detoxificatie uit 2017 biedt een set van indicatiecriteria als leidraad voor professionals voor een geobjectiveerde bepaling voor de juiste behandelsetting. De richtlijn beschrijft ook de medisch farmacologische behandelmogelijkheden voor detoxificatie bij een stoornis in het gebruik van een van de middelen uit de groep stimulantia als geheel, waar ecstasy onder valt [3]. De multidisciplinaire richtlijn (MDR) 'stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines' uit 2018 beschrijft apart voor ecstasy de behandeling bij intoxicatie/overdosering, en detoxificatie/ontgifting, psychologische en farmacologische behandeling bij een stoornis in het gebruik van ecstasy.

Een belangrijke conclusie is dat er wegens gebrek aan wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis geen aanbevelingen gedaan kunnen worden voor een psychologische of farmacotherapeutische behandeling van (frequente) ecstasygebruikers of van patiënten met een stoornis in het gebruik van ecstasy [4].

Cliënten in de verslavingszorg

- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met ecstasy als primair probleem halveerde tussen 2006 en 2010 en bleef sindsdien stabiel op ongeveer 110 cliënten per jaar (figuur 6.6.1).
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2015 slechts één primaire ecstasycliënt, aanzienlijk minder dan voor de meeste andere drugs (77 voor cannabis, 52 voor cocaïne en 65 voor opiaten).
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in de afgelopen jaren gering: minder dan 1%.
- In 2015 was bijna de helft van alle primaire ecstasycliënten een nieuwkomer (48%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Van de 122 primaire ecstasycliënten in 2015 waren er 75 cliënten (61%) bij wie naast hun primaire ecstasyproblematiek ook nog een secundaire problematiek geregistreerd stond. Hun secundaire problematiek betrof vooral cannabis (27%), amfetamine of overige opwekkende middelen (23%), alcohol (20%), cocaïne of crack (16%) en GHB (5%).
- Er zijn meer cliënten die ecstasy als secundair dan als primair probleem noemen (figuur 6.6.1).
- Ook het aantal secundaire ecstasycliënten halveerde bijna tussen 2006 en 2010. Daarna zette de daling zich minder sterk voort. Voor de secundaire ecstasycliënten in 2015 was het primaire probleem vooral cannabis (34%), amfetamine (24%), cocaïne of crack (17%), alcohol (16%), of GHB (4%).

Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire ecstasyproblematiek, vanaf 2006



Aantal cliënten. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

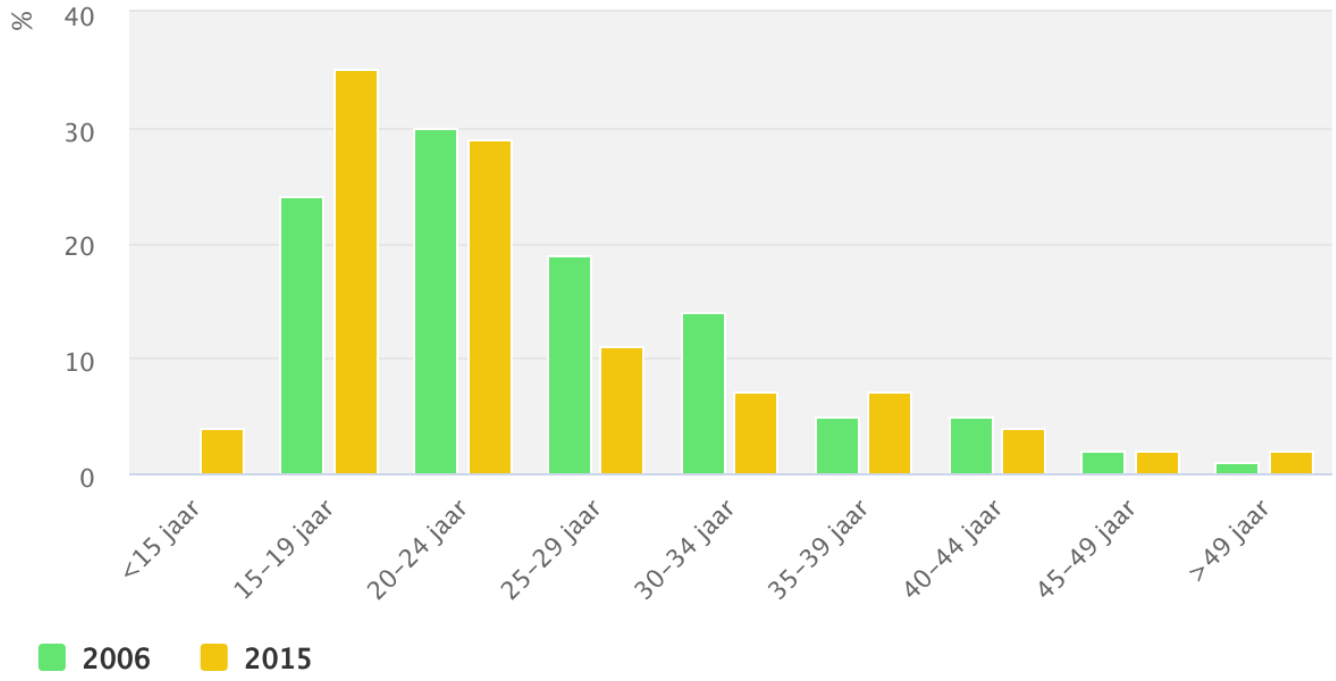
Categories	Primair	Secundair
2006	188	669
2007	183	592
2008	162	550
2009	111	419
2010	95	404
2011	117	388
2012	125	360

Categories	Primair	Secundair
2013	123	346
2014	103	340
2015	122	359

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

- In 2015 waren 6 van de 10 primaire ecstasycliënten man (61%) en 4 van de 10 waren vrouw (39%). Het percentage vrouwen lag alleen hoger bij de medicijncliënten (45%), maar lag lager bij de GHB-cliënten (32%), de alcoholcliënten (28%), de amfetaminecliënten (23%), de cannabiscliënten (21%), de opiatencliënten (19%) en de cocaïnecliënten (18%).
- De gemiddelde leeftijd van de primaire ecstasycliënten was 24 jaar. Daarmee zijn zij gemiddeld het jongst van alle drugscliënten. De piek lag in 2015 in de leeftijdsgroep 15-19 jaar (figuur 6.6.2). De ecstasycliënten zijn de afgelopen jaren jonger geworden. Tussen 2006 en 2015 is de piek verlaagd van de leeftijdsgroep 20-24 jaar naar de leeftijdsgroep 15-19 jaar.
- In 2015 had van de primaire ecstasycliënten 37% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 43% een middelbare opleiding afgerond en had 20% een hogere opleiding afgerond.

Leeftijdsverdeling van de primaire ecstasycliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

Categories	2006	2015
<15 jaar		4
15-19 jaar	24	35
20-24 jaar	30	29
25-29 jaar	19	11
30-34 jaar	14	7
35-39 jaar	5	7
40-44 jaar	5	4

Categories	2006	2015
45-49 jaar	2	2
>49 jaar	1	2

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Beek R. Factsheet: De impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op alcohol-, tabak- en drugsgebruik onder uitgaanders. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2015. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg; 2016.
3. Dijkstra B, Van Oort M, Schellekens A, De Haan H, De Jong C. Richtlijn detoxificatie van psychoactieve middelen: Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren; 2017.
4. Hendriks V, Blanken P, Croes E, Schippers G, Schellekens A, Stollenga M, et al. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz; 2018.

6.6.2 Incidenten

In het kort: Door de (tijdelijke) heropening van het uitgaansleven in zomer en najaar 2021 werden er in de Monitor Drugsincidenten (MDI) meer incidenten op feesten geregistreerd dan in 2020 (toen geen grote evenementen plaatsvonden), met name onder jonge ecstasy-gebruikers. Ook waren deze uitgaanders zwaarder onder invloed dan in voorgaande jaren. Bij informatieverzoeken aan het Nationale Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) in Utrecht is ecstasy ook na cannabis de meest genoemde drug.

Snel naar:

- Monitor Drugsincidenten
- Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Gegevensbronnen

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage B3) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende eerste hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door forensisch artsen of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) [1]. De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen. Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Monitor Drugsincidenten

- In 2021 werden in totaal 3.984 drugsincidenten geregistreerd. Het gebruik van ecstasy werd bij 583 (15%) van de incidenten gemeld, waarvan 61% als enige gebruikte drug (monogebruik) met of zonder alcohol.
- Ecstasy-incidenten worden doorgaans vooral gemeld door EHBO-diensten op (dance-)feesten. In 2021 zorgde ecstasy-monogebruik voor 54% van alle drugsgerelateerde zorgcontacten op EHBO's. Inclusief combinatiegebruik (gebruik van twee of meer drugs op dezelfde gelegenheid) was dit aandeel 67%. In 2019 (voor de COVID-pandemie) was dit respectievelijk 41% en 56%. In 2021 werden dus relatief meer patiënten op de EHBO behandeld voor een intoxicatie met ecstasy dan voorheen. Ecstasy werd met name gecombineerd met cocaïne (34%), GHB (24%) en amfetamine (21%).

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van ecstasy

- In 2021 werd 14% van de geregistreerde incidenten met ecstasy gemeld door

ambulancediensten, 12% door MDI-ziekenhuizen, 14% door LIS-ziekenhuizen, 55% door EHBO-diensten en 5% door forensisch artsen.

- Incidenten die worden geregistreerd bij de MDI worden ingedeeld naar de mate van intoxicatie (licht, matig of ernstig). In het LIS wordt de mate van intoxicatie niet bijgehouden. In 2021 waren de meeste patiënten op feesten (78%) licht onder invloed na het gebruik van ecstasy. Veelvoorkomende klachten bij een lichte intoxicatie zijn onder andere hoge hartslag en bloeddruk, angst en misselijkheid. Daarnaast was 11% matig onder invloed met klachten als opwinding en flauwvallen. Tot slot was 11% zwaar onder invloed waarbij klachten werden gerapporteerd als extreme opwinding, insulten, hyperthermie en bewusteloosheid. Ecstasy-patiënten die bij andere medische diensten worden behandeld zijn doorgaan zwaarder onder invloed (zie tabel hieronder).
- Bij 34% van de in 2021 geregistreerde incidenten met ecstasy als enige gebruikte drug werd ook alcohol gebruikt.
- Patiënten met een ecstasy intoxicatie zijn relatief jong. De mediane leeftijd van patiënten met een ecstasy-intoxicatie bedroeg in 2021 22 jaar. Ter vergelijking, de mediane leeftijd van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie bedroeg 31 jaar.

Incidenten met ecstasy als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2021

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	50 (5)	41 (5)	51 (5)	16 (5)	197 (54)
Man (%)*	36	54	49	81	49
Leeftijd: <25 jaar (%)*	78	59	61	50	70
Ook alcohol gebruikt (%)*	41	54	41	56	24
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	22	29	-	33	79
Matig (%)[II]	41	20	-	33	11
Ernstig (%)[III]	37	51	-	33	11

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

Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [2].

- Na cannabis (232 informatieverzoeken) was ecstasy (176 informatieverzoeken) de drug met het hoogste aantal telefonisch gemelde blootstellingen bij personen van 13 jaar en ouder.
- Naast de telefonische raadplegingen kunnen ook risicoanalyses via de website www.vergiftigingen.info uitgevoerd worden. Deze website is vrij toegankelijk. Ecstasy stond hier op de eerste plaats met 899 risicoanalyses.
- Het aantal telefonische raadplegingen bij het NVIC over ecstasy (MDMA) was in 2021 ongeveer gelijk aan het aantal in 2020 (176 ten opzichte van 173 in 2020).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Nugteren–van Lonkhuyzen JJ, Van Velzen AG, Mulder-Spijkerboer HN, Visser CC, Dijkman MA, Kan AA, et al. NVIC Jaaroverzicht 2021. Acute vergiftigingen bij mens en dier. Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum, Universitair Medisch Centrum Utrecht. 2021.

6.7 Ziekte en sterfte

6.7.1 Ziekte

Lichamelijke en psychische risico's

Hoewel de acute verschijnselen van MDMA-gebruik meestal gering zijn en na verloop van tijd verdwijnen, kunnen incidenteel ernstige complicaties optreden, die soms dodelijk zijn. De acute risico's hangen samen met de stimulerende effecten van ecstasy.

- Acute lichamelijke effecten zijn onder andere een verhoogde hartslag, verhoogde bloeddruk, spierspanning, knarsetanden (bruxisme), verhoogde lichaamstemperatuur (hyperthermie), zweten, droge mond, dorst, misselijkheid, hoofdpijn, duizeligheid, slapeloosheid, verminderde eetlust, vergrote pupillen, nystagmus (snel heen en weer draaien van de ogen) en tremor (trillen) [1].
- Acute psychische complicaties zijn flashbacks, angst, paniekaanvallen, psychosen, prikkelbaarheid en geheugenstoornissen. Op het moment dat de intoxicatie van MDMA is uitgewerkt kunnen slaapstoornissen, slaperigheid en depressie blijven bestaan [2,3]. Andere veel genoemde verstoringen na het gebruik van ecstasy zijn vermoeidheid, gebrek aan motivatie en gebrek aan eetlust [4]. De negatieve effecten die kunnen optreden nadat de ecstasy is uitgewerkt, worden ook wel de 'comedown' genoemd [1]. Deze klachten kunnen langere tijd aanhouden (zie bij: langetermijnrisico's).

Oververhitting, verstoorde zoutbalans, slecht functioneren van de lever en hartproblemen

De meest voorkomende acute lichamelijke complicaties door gebruik van ecstasy zijn oververhitting (lichaamstemperatuur boven 40°C; 'hyperthermie'), verstoorde zoutbalans (te weinig natriumionen (zout) in het bloed 'hyponatriëmie'), een slecht of niet functioneren van de lever (leverinsufficiëntie), en hartproblemen zoals ritmestoornissen.

- MDMA verstoort de temperatuurregulatie in de hersenen, terwijl de verhoogde spieractiviteit en de hitteproductie door het 'marathondansen' in een warme omgeving leiden tot een verhoging van de lichaamstemperatuur [5]. De kans op hyperthermie is groter bij hogere doses MDMA, maar de ernst hangt niet altijd af van de ingenomen dosis. Het is mogelijk dat sommige gebruikers genetisch gevoeliger zijn voor hyperthermie, of dat bij hen een afwijking in de afbraak van MDMA de oorzaak is van de acute hyperthermie.
- Hyperthermie wordt relatief vaak gerapporteerd bij sterfgevallen waarbij alleen MDMA is gebruikt en geen andere middelen zijn gebruikt [1,6]. Een Europese registratie van drugsincidenten bij SEH's in ziekenhuizen liet ook zien dat, bij de 3% van de ecstasygerelateerde gevallen waarbij een lichaamstemperatuur van 39°C of hoger werd geregistreerd, het beloop en klinisch beeld ongunstiger waren dan voor de andere gevallen [7].
- Begin jaren negentig werd geadviseerd om oververhitting te voorkomen door veel koud water te drinken, om zo af te koelen en uitdroging te voorkomen. Hoewel dit inderdaad kan helpen om af te koelen, kan te veel water drinken onder invloed van MDMA leiden tot een tekort aan natrium in het bloed (hyponatriëmie). Dit natriumtekort (of watervergiftiging) komt

vermoedelijk weinig voor, maar kan dodelijk zijn wanneer het niet tijdig wordt behandeld [1]. Mogelijk lopen vrouwen een verhoogd risico [8].
- Leverschade door ecstasy kan ernstige gevolgen hebben en zelfs een levertransplantatie noodzakelijk maken. Ook nierfalen door ecstasygebruik komt voor, veelal als gevolg van de afbraak van spierweefsel. De afbraak van spierweefsel kan ook oververhitting veroorzaken.
- Het effect van MDMA op de hartslag en de bloeddruk verhoogt het risico op hersenbloedingen en hersen-infarcten, hartritmestoornissen, hartfalen en longoedeem. Daarnaast heeft MDMA een direct vernauwend effect op de bloedvaten, waardoor het risico op een hersen- of hartinfarct verder toeneemt. Het meeste risico lopen mensen die al hart- en vaatproblemen hebben [1]. Een recente overzichtsstudie concludeerde dat ecstasy de hartfunctie kan veranderen, met als gevolg hartritmestoornissen, hartinfarct en zelfs acute hartdood [9].

Hoge doseringen

Over het algemeen geldt dat een hogere blootstelling leidt tot een grotere kans op bijwerkingen.

- Bij ecstasytabletten met meer dan 100 mg MDMA beginnen zelf-gerapporteerde ongewenste bijwerkingen de gewenste subjectieve effecten te overheersen [10]. Boven 180 mg hebben de bijwerkingen vaak geheel de overhand. In 2018 bevatte 94% van de ecstasytabletten die door het DIMS werden getest meer dan 105 mg MDMA (zie § 6.8).
- Mensen verschillen echter sterk van elkaar: de een krijgt al bijwerkingen bij lage doseringen, een ander ervaart bij dezelfde doseringen nog helemaal geen effect. Mogelijke verklaringen voor verschillen in deze gevoeligheid zijn genetische verschillen, bijvoorbeeld in afbraaksnelheid [11]. De effecten van ecstasy kunnen ook van keer tot keer verschillen, mogelijk spelen het gebruikspatroon en de omgeving een rol [12,13].
- Hoewel de kans op bijwerkingen toeneemt met hogere doseringen [6], kunnen zich ook ernstige incidenten voordoen die niet te koppelen zijn aan een hoge dosering. Plasmaconcentraties van MDMA bij fatale incidenten overlappen deels met de waarden die bereikt worden met een (lage) ‘recreatieve’ dosering. Het ontstaan van ernstige bijwerkingen na ecstasygebruik is daardoor onvoorspelbaar [1,14].

Combinatiegebruik

Ecstasygebruikers combineren de inname van ecstasy vaak met andere middelen (alcohol) of andere drugs, zoals amfetamine, cocaïne, 4-fluoramfetamine en GHB.

- De effecten van dergelijke combinaties zijn moeilijk vooraf voorspelbaar. Doorgaans is de ernst van acute gezondheidsincidenten ernstiger indien ecstasy wordt gecombineerd met andere middelen [1,15].
- In 2019 was er in 35% van de gemelde incidenten met ecstasy bij de MDI nog een ander middel in het spel [16], voornamelijk snuifcoke, GHB of amfetamine.

Langetermijnrisico’s

Ondanks tientallen jaren onderzoek is nog steeds niet duidelijk hoe schadelijk ecstasy precies is. Vermoedelijk leidt gebruik van ecstasy tot een (langdurige) verstoring van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming in zowel gebruikers als ex-gebruikers van ecstasy.

- Deze verstoring kan langer dan een jaar aanhouden na stopzetting van het gebruik. Onbekend is of volledig herstel optreedt [2,17–23]. Sommige studies vinden een klein tot groot effect van ecstasygebruik op geheugentaken [24]. Er zijn echter ook aanwijzingen dat incidenteel ecstasygebruik niet leidt tot verlies van de verbale geheugenfunctie op de lange termijn, dat wil zeggen 1-12 jaar na gebruik [25].
- De gerapporteerde effecten zijn doorgaans klein, met uitzondering van de afname van het werkgeheugen, en vallen binnen de ‘normale marge’. Ook bij het ontstaan van de gevonden afwijkingen kan niet met zekerheid worden vastgesteld wat de rol is geweest van andere factoren, zoals het gebruik van andere drugs of al aanwezige ziekten en kenmerken, omgevingsfactoren en een risicovolle leefstijl [22,26,27].
- Bovendien neigen studies die gebruik maken van beeldvormende technieken naar het includeren van deelnemers met een hoge ecstasyconsumptie, waardoor de gevonden effecten misschien een overschatting zijn in vergelijking met de dosering die een gemiddelde ecstasygebruiker (volgens de Global Drug Survey, de grootste bron over zelfgerapporteerd drugsgebruik in de wereld) neemt [28].
- Een overzichtsstudie van beeldvormend onderzoek bij chronisch ecstasygebruik concludeerde dat in verschillende hersengebieden een afname meetbaar is van de serotonine transporter, betrokken bij de overdracht van signalen in de hersenen [29]. Ook hier duidt het onderzoek erop dat de afname (gedeeltelijk) herstelt na het stoppen met gebruik. De veranderingen werden vooral gezien bij zware gebruikspatronen.
- In enkele gevallen zijn blijvende klachten na MDMA-gebruik beschreven, zoals depressiviteit, gevoelens van derealisatie, angst, verminderde concentratie, vermoeidheid, gevoel van schokken in het hoofd, tintelingen, spiertrekkingen, zichtproblemen en duizelingen. Soms zijn zulke klachten ernstig invaliderend. Ook wordt het gebruik van ecstasy in verband gebracht met het optreden van visuele waarnemingsstoornissen [17,30,31] (zie § 6.4 en 6.6).
- De veranderingen hangen waarschijnlijk voor een deel samen met afwijkingen aan serotonerge zenuwen in de hersenen. Bij proefdieren neemt de kans op hersenschade toe met een stijging van de lichaamstemperatuur na gebruik van MDMA. Bij de mens werkt dit waarschijnlijk ook zo. De kans op oververhitting en daardoor (langdurige) hersenschade neemt toe als een consument grotere hoeveelheden MDMA gebruikt in een warme omgeving (boven 18-20 graden).
- Onderzoek onder wat oudere ecstasygebruikers (40-55 jaar) laat zien dat de negatieve effecten van ecstasy op het verbale geheugen ‘optellen’ bij de normale leeftijdsgerelateerde achteruitgang van het geheugen [23]. Of ecstasygebruik op nog latere leeftijd (65+) het cognitieve verouderingsproces versnelt, is niet bekend. De hersenen van jonge gebruikers zijn nog in ontwikkeling en daardoor zijn jongeren mogelijk kwetsbaarder dan volwassenen [32].
- Misschien is er ook sprake van een genetische kwetsbaarheid voor de effecten van ecstasy op het verbale geheugen [23].
- Resultaten van onderzoeken uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam en de Universiteit Utrecht laten niet zien dat kortdurend of incidenteel gebruik van ecstasy (gemiddeld 1,8 tot 6 ecstasypillen) aanleiding geeft tot ernstige hersenschade en vermindering van hersenfuncties op langere termijn [18,20,23]. Toch kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat een lage dosis ecstasy veilig is.Het onderzoek hier naar is schaars en de studies zijn niet allemaal van goede kwaliteit [33].

Partyspreekuur

Gebruikers van ecstasy en andere partydrugs kunnen ook terecht bij een speciaal medisch spreekuur,

het “Landelijk Medisch Spreekuur Partydrugs” (LMSP) [15,30].

- Een recent dossieronderzoek van 126 patiënten die zich met langdurige klachten na ecstasygebruik tot dit LMSP hadden gewend, toonde dat de meest genoemde klachten pasten bij HPPD (zie § 6.4) en depersonalisatie of derealisatie, een gevoel van vervreemding van zichzelf en de wereld, samengevat als het depersonalisatiesyndroom, DPS. De helft van de patiënten (driekwart man, mediane leeftijd 24 jaar) had al een jaar of langer klachten [17]. De klachten waren zeer hinderlijk en hadden een grote impact op het leven.
- Ook hadden de hulpvragers last van depressiviteit, angst, verminderde concentratie, vermoeidheid, gevoel van schokken in het hoofd, tintelingen, spiertrekkingen, problemen met zicht en duizelingen [17,30,31].
- Deze verschijnselen kunnen gedeeltelijk op biologische gronden worden verklaard door ecstasygebruik, bijvoorbeeld omdat dit leidt tot uitputting van de voorraden signaalstof serotonine in de hersenen (serotonine heeft effect op stemming en emoties) of door effecten van ecstasy op het stresshormoon cortisol [17].
- De ervaring met ecstasy van deze 126 patiënten liep uiteen van één enkele ecstasytablet tot duizend tabletten totaal in het leven. Bij sommigen ontstonden de klachten na het doormaken van een bad trip. Er was over het algemeen in deze groep sprake van fors polymiddelengebruik.
- De aanwezigheid van al bestaande psychische klachten en karaktertrekken die gevoeligheid voor HPPD en DPS-symptomen kunnen vergroten, doet vermoeden dat er bij deze patiënten sprake is van een gevoeligheid of kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van chronische, negatieve effecten bij het gebruik van ecstasy (zeker in combinatie met andere middelen).
- De behandeling van HPPD en DPS na ecstasygebruik is vaak nog een kwestie van *trial and error*.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Niesink RJM, Vogels B, Koning R, Vreeker A, Wijers L, Vrolijk R, et al. Acute effecten van ecstasy: Een overzicht van de literatuur. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
2. Parrott AC. Human psychobiology of MDMA or ‘Ecstasy’’: an overview of 25 years of empirical research.’ Vol. 28, Hum Psychopharmacol Clin Exp. 2013. p. 289–307.
3. Ricaurte GA, McCann UD. Recognition and management of complications of new recreational drug use [Internet]. Vol. 365, Lancet. 2005. p. 2137–2145. Available from: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L40826972%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66737-2
4. Jones L, Reed P, Parrott AC. Mephedrone and 3, 4-methylenedioxy-methamphetamine: Comparative psychobiological effects as reported by recreational polydrug users [Internet]. Vol. 1, Journal of Psychopharmacology. 2016. Available from: https://www.researchgate.net/publication/316998233
5. Parrott AC. MDMA and temperature: A review of the thermal effects of “Ecstasy” in humans [Internet]. Vol. 121, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier Ireland Ltd; 2012. p. 1–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.08.012
6. Vreeker A, Croes E, Brunt T, Niesink R, Van Laar MW, Smink B, et al. MDMA-gerelateerde sterfgevallen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
7. Dines AM, Wood DM, Yates C, Heyerdahl F, Hovda KE, Giraudon I, et al. Acute recreational drug

and new psychoactive substance toxicity in Europe: 12 months data collection from the European Drug Emergencies Network (Euro-DEN). Vol. 53, Clinical Toxicology. 2015. p. 893–900.
8. Van Dijken GD, Blom RE, Hené RJ, Boer WH. High incidence of mild hyponatraemia in females using ecstasy at a rave party. Vol. 28, Nephrology Dialysis Transplantation. 2013. p. 2277–2283.
9. Bonsignore A, Barranco R, Morando A, Fraternali Orcioni G, Ventura F. MDMA Induced Cardiotoxicity and Pathological Myocardial Effects: A Systematic Review of Experimental Data and Autopsy Findings. Vol. 19, Cardiovascular toxicology. 2019. p. 493–499.
10. Brunt TM, Koeter MW, Niesink RJM, Van Den Brink W. Linking the pharmacological content of ecstasy tablets to the subjective experiences of drug users. Vol. 220, Psychopharmacology. 2012. p. 751–762.
11. Haufroid V, Hantson P. CYP2D6 genetic polymorphisms and their relevance for poisoning due to amfetamines, opioid analgesics and antidepressants. Vol. 53, Clinical Toxicology. 2015. p. 501–510.
12. Papaseit E, Torrens M, Pérez-Mañá C, Muga R, Farré M. Key interindividual determinants in MDMA pharmacodynamics. Vol. 14, Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology. 2018. p. 183–195.
13. Rietjens SJ, Hondebrink L, Westerink RH, Meulenbelt J. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA): interindividual differences due to polymorphisms and drug-drug interactions. Vol. 42, Critical Reviews in Toxicology. 2012. p. 854–876.
14. Patel MM, Belson MG, Wright D, Lu H, Heninger M, Miller MA. Methylenedioxymethamphetamine (ecstasy)-related myocardial hypertrophy: An autopsy study. Vol. 66, Resuscitation. 2005. p. 197–202.
15. Wijers L, Croes E, Gresnigt F, Vreeker A, Van Litsenburg R, Brunt T, et al. Kenmerken en klinische gegevens van patiënten met ernstige ecstasyintoxicaties: Analyse van registratiegegevens van de Monitor Drugsincidenten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
16. Schürmann L, Croes E, Vercoulen E, Valkenberg H. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
17. Croes E, Wijers L. Ernstige intoxicaties na ecstasygebruik: Gegevens uit de Monitor Drugsincidenten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
18. De Win MML. Neurotoxicity of ecstasy : causality, course, and clinical relevance [Internet]. 2007. Available from: http://dare.uva.nl
19. Halpin LE, Collins SA, Yamamoto BK. Neurotoxicity of methamphetamine and 3,4-methylenedioxymethamphetamine [Internet]. Vol. 97, Life Sciences. 2014. p. 37–44. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23892199
20. Jager G. Functional MRI studies in human ecstasy and cannabis users. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2006.
21. Kalechstein AD, De La Garza R, Mahoney JJ, Fantegrossi WE, Newton TF. MDMA use and neurocognition: a meta-analytic review [Internet]. Vol. 189, Psychopharmacology. 2007. p. 531–537. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17082969
22. Rogers G, Elston J, Garside R, Roome C, Taylor R, Younger P, et al. The harmful health effects of recreational ecstasy: a systematic review of observational evidence. Vol. 13, Health Technology Assesment. 2009. p. 1–315.
23. Schilt T. Thinking of ecstasy. Neuropsychological aspects of ecstasy use. University of Amsterdam; 2009.
24. Platt B, O'Driscoll C, Curran VH, Rendell PG, Kamboj SK. The effects of licit and illicit recreational

drugs on prospective memory: a meta-analytic review. Vol. 236, Psychopharmacology. 2019. p. 1131–1143.
25. Kuypers KPC, Theunissen EL, Van Wel JHP, De Sousa EB, Perna F, Linssen A, et al. Verbal Memory Impairment in Polydrug Ecstasy users: A Clinical Perspective [Internet]. Vol. 11, PLoS ONE. 2016. p. 1–15. Available from: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0149438
26. Halpern JH, Sherwood AR, Hudson JI, Gruber S, Kozin D, Pope HG. Residual neurocognitive features of long-term ecstasy users with minimal exposure to other drugs. Vol. 106, Addiction. 2011. p. 777–786.
27. Monshouwer K, Van der Pol P, Drost YC, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2016: Uitgaanspatronen, middelengebruik en preventieve maatregelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
28. Szigeti B, Winstock AR, Erritzoe D, Maier LJ. Are ecstasy induced serotonergic alterations overestimated for the majority of users? [Internet]. Vol. 32, Journal of Psychopharmacology. 2018. p. 741–748. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29733742 http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269881118767646
29. Müller F, Brandle R, Liechti ME, Borgwardt S. Neuroimaging of chronic MDMA (“ecstasy”) effects: A meta-analysis. Vol. 96, Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2019. p. 10–20.
30. Alderliefste G-J. DPS en HPPD: signalering, diagnostiek en behandeling van persistente waarnemingsstoornissen na partydrugs. Vol. 12, Verslaving. 2016. p. 172–184.
31. Litjens RPW, Brunt TM, Alderliefste G-J, Westerink RHS. Hallucinogen persisting perception disorder and the serotonergic system: A comprehensive review including new MDMA-related clinical cases [Internet]. Vol. 24, European Neuropsychopharmacology. Elsevier; 2014. p. 1309–1323. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.05.008
32. Klomp A, den Hollander B, de Bruin K, Booij J, Reneman L. The Effects of Ecstasy (MDMA) on Brain Serotonin Transporters Are Dependent on Age-of-First Exposure in Recreational Users and Animals [Internet]. Sensi SL, editor. Vol. 7, PLoS ONE. Public Library of Science; 2012. p. e47524. Available from: https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0047524
33. Mueller F, Lenz C, Steiner M, Dolder PC, Walter M, Lang UE, et al. Neuroimaging in moderate MDMA use: A systematic review. Vol. 62, Neuroscience and Biobehavioral Reviews. Elsevier Ltd; 2016. p. 21–34.

6.7.2 Sterfte

In het kort: In 2021 werden in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS 11 sterfgevallen met psychostimulantia geregistreerd, waarbij onbekend is of het ging om ecstasy, amfetamine, of andere stimulerende middelen.

Doodsoorzakenstatistiek van het CBS

Het precieze aantal sterfgevallen door het gebruik van ecstasy is niet bekend. Er bestaat nog geen landelijke of verplichte registratie specifiek voor drugsgerelateerde sterfgevallen. Sterfgevallen na ecstasygebruik in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS worden onder dezelfde code geregistreerd als andere stimulerende middelen, zoals amfetamine, cafeïne, efedrine en khat. Ook kunnen sterfgevallen waarin ecstasy een rol heeft gespeeld, gecodeerd worden onder meer algemene codes, zodat niet meer duidelijk is dat het hier ging om stimulerende middelen. De Doodsoorzakenstatistiek van het CBS is niet specifiek ingericht op het registreren van drugsgerelateerde sterfte (zie bijlage B4). De cijfers moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

In 2021 werden in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS 11 sterfgevallen met psychostimulantia geregistreerd, in 2020 waren dit 6 sterfgevallen gerelateerd aan psychostimulantia.

- Het totaal aantal geregistreerde sterfgevallen in deze categorie, volgens de strikte EMCDDA-definitie, varieerde tussen 2004 en 2013 van 1 tot 5 per jaar.
- In 2014 en 2015 werden 14 gevallen geregistreerd, dit waren bijna allemaal accidentele vergiftigingen, terwijl in 2013 geen enkel geval accidenteel was (er was sprake van suïcide of het was niet vastgesteld of de vergiftiging met opzet of niet met opzet had plaatsgevonden).
- In 2016 verdubbelde het aantal sterfgevallen vallend binnen de brede groep psychostimulantia naar in totaal 28; in 21 gevallen betrof het accidentele vergiftigingen. In hoeverre deze trend een daadwerkelijke toename reflecteert van het aantal sterfgevallen door psychostimulantia en/of samenhangt met de eerder genoemde wijzigingen in de detectie en registratie van doodsoorzaken is niet bekend (zie § 5.7.3).
- In 2017 daalde het aantal gevallen weer, naar 6, waarbij het in alle 6 gevallen ging om accidentele vergiftiging. De oorzaak van deze afname is onverklaard, maar is in lijn met de afname van het aandeel en ernst van ecstasy-intoxicaties op EHBO-posten volgens de Monitor Drugsincidenten (MDI) [1–3].
- In 2018 ging het om 4 gevallen waarin psychostimulantia stonden geregistreerd, in 2019 werden in totaal 4 gevallen geregistreerd, in 2020 waren er 6, en in 2021 waren er 11 gevallen.

Toxicologisch onderzoek bij sterfte

Meer gegevens over de aard en omstandigheden van ecstasy-gerelateerde sterfgevallen zijn afkomstig van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI). Van belang is dat deze gegevens (eveneens) geen representatief en geen landelijk dekkend beeld geven. Het NFI onderzoekt alleen een selectie van de sterfgevallen, namelijk wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, of de nabestaanden daarom vragen. Bovendien daalde het totale aantal gerechtelijke secties door het NFI (van 338 in 2013 naar 267 in 2016) en daalde ook het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond (van 250 in 2013 naar 184 in 2016). Er zijn geen gegevens meer vanaf 2017.

In een analyse van sterfgevallen die werden onderzocht door het NFI in de periode van 2006-2015 werd in totaal bij 68 sterfgevallen het overlijden gerelateerd aan het gebruik van ecstasy [4]:

- In 21 gevallen was MDMA de primaire doodsoorzaak, het overlijden kon door gebruik van MDMA verklaard worden.
- In 26 gevallen was MDMA in combinatie met alcohol of andere drugs de primaire doodsoorzaak.
- In 6 gevallen was MDMA (al dan niet in combinatie met andere middelen) *mogelijk* een primaire doodsoorzaak.
- In 10 gevallen was MDMA een secundaire doodsoorzaak en in 5 gevallen was MDMA mogelijk de secundaire doodsoorzaak. Er is sprake van MDMA als een secundaire doodsoorzaak, als de MDMA-gebruikers primair overleden door geweld, verdrinking, of andere drugs, maar wel een werkzame concentratie MDMA in hun bloed hadden ten tijde van het overlijden, waardoor mogelijk hun gedrag was beïnvloed.

Sterfte in Europa en andere landen

Ecstasy speelt ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn. Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) rapporteert niet specifiek over de sterfte gerelateerd aan ecstasy, maar noemt voor 2020 voor diverse landen wel de aantallen gerelateerd aan amfetamine [5]: 74 gevallen in Noorwegen, 67 gevallen in Finland, 28 gevallen in Oostenrijk, 18 gevallen in Tsjechië, 17 gevallen in Slowakije, en 17 gevallen in Estland. In al deze landen was het aantal gestegen ten opzichte van 2019.

In Australië is de sterfte gerelateerd aan MDMA onderzocht in de periode van 2000 tot en met 2018 [6].

- In deze hele tijdsperiode werden er 392 sterfgevallen geïdentificeerd. Dat zijn gemiddeld 22 sterfgevallen per jaar. De meerderheid betrof een intoxicatie of vergiftiging (62%) en bij 38% ging het om andere oorzaken, bijvoorbeeld verkeersongelukken waarbij ecstasygebruik als bijdragende factor werd gezien.
- Het sterftecijfer nam aanzienlijk toe tussen 2001 en 2007, daalde tussen 2008 en 2010 en nam weer toe tussen 2011 en 2016. De aantallen kunnen niet rechtstreeks met Nederland worden vergeleken, met name omdat de bevolking in Australië (25 miljoen mensen) groter is.

In 2019 zijn er in het Verenigd Koninkrijk 78 ecstasy-gerelateerde sterfgevallen gerapporteerd [7].

- Dit is minder dan in 2018, toen er 92 doden werden geregistreerd. In 2017 ging het nog om 56 sterfgevallen.
- In Schotland werden er in 2010 geen ecstasy-gerelateerde sterfgevallen geregistreerd, en in 2018 waren het er 35. Het is niet bekend of er veranderingen in het registratieproces zijn geweest.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Croes E, Wijers L. Ernstige intoxicaties na ecstasygebruik: Gegevens uit de Monitor

Drugsincidenten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
2. Wijers L, Croes E, Gresnigt F, Vreeker A, Van Litsenburg R, Brunt T, et al. Kenmerken en klinische gegevens van patiënten met ernstige ecstasyintoxicaties: Analyse van registratiegegevens van de Monitor Drugsincidenten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
3. Schürmann L, Croes E, Vercoulen E, Valkenberg H. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
4. Vreeker A, Croes E, Brunt T, Niesink R, Van Laar MW, Smink B, et al. MDMA-gerelateerde sterfgevallen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
5. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022.
6. Roxburgh A, Lappin J. MDMA-related deaths in Australia 2000 to 2018 [Internet]. Vol. 76, International Journal of Drug Policy. Elsevier; 2020. p. 102630. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.102630
7. Van Amsterdam J, Pennings E, Van den Brink W. Fatal and non-fatal health incidents related to recreational ecstasy use. Vol. 34, Journal of Psychopharmacology. 2020. p. 591–599.

6.8 Aanbod en markt

In het kort: Ondanks de schommelingen in het aantal ecstasymonsters blijft ecstasy ook in 2021 de meest aangeleverde drug bij het DIMS [1]. Ook het aandeel ecstasymonsters ten opzichte van alle drugsmonsters was in 2021 weer hoger dan in 2020 maar nog niet op het niveau van 2019. Een hoog percentage van de pillen bevatte MDMA, de actieve stof in ecstasypillen. De gemiddelde dosering MDMA in ecstasypillen daalde voor het tweede jaar op rij, maar blijft hoog. Het percentage MDMA-monsters dat MDMA bevatte is hoog, maar wel op het laagste niveau sinds 2015. Het aandeel ingeleverde MDMA-monsters waar geen MDMA in aangetroffen werd steeg in 2021.

6.8.1 Samenstelling van ecstasy- en MDMA-monsters

Snel naar:

- Samenstelling van ecstasypillen
- Samenstelling van MDMA-poeder, kristallen en capsules

Gegevensbronnen

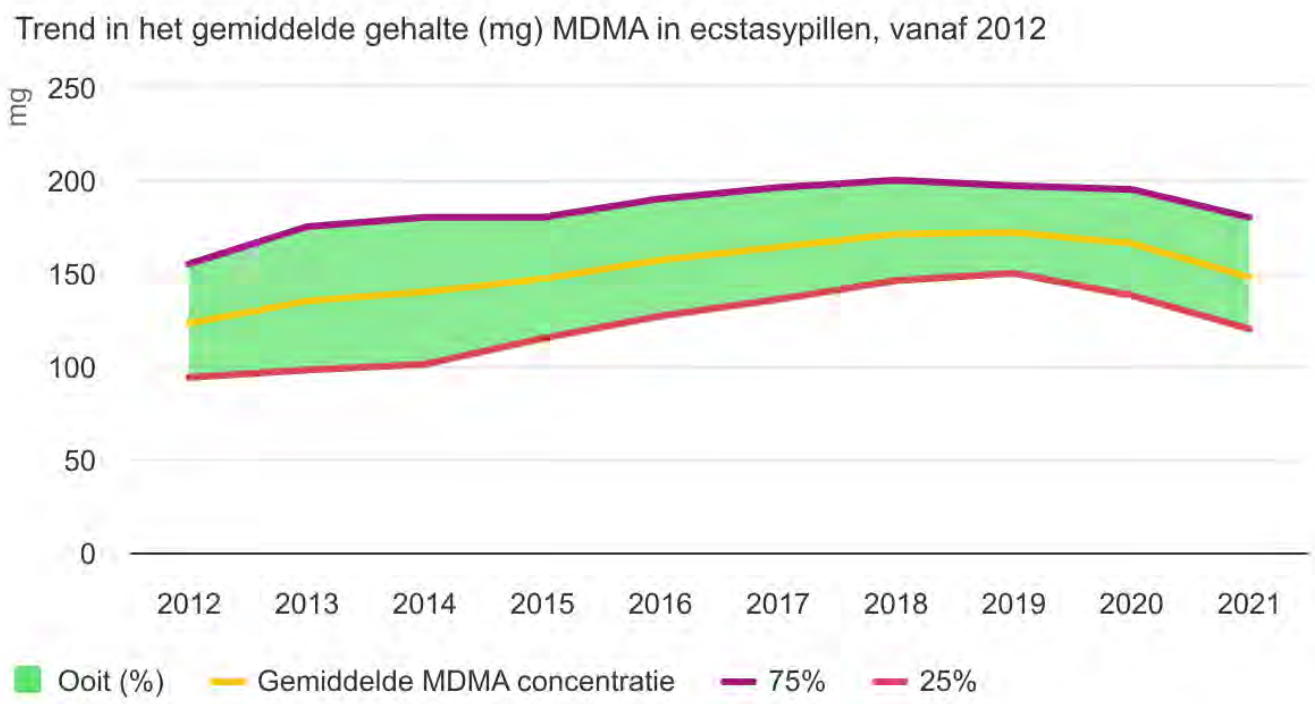
Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd. Een deel van deze monsters (pillen) wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend bij de instellingen zelf. Op sommige locaties kunnen ook MDMA-poeders direct geanalyseerd worden met behulp van een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

Zowel het aantal samples aangeleverd bij het DIMS als het aantal bezoekers van de testservices is in 2021 iets gestegen ten opzichte van het eerste coronajaar 2020, maar nog niet op het niveau van voor de coronapandemie. Deze stijging hangt vermoedelijk samen versoepelingen van de coronamaatregelen die gericht waren op het uitgaansleven.

Samenstelling van ecstasypillen

- In meer dan de helft (56,4%) van alle ingeleverde monsters (10.302) betrof het een pil die verkocht werd als ecstasy. Dat aandeel is hoger dan in 2020 (60,7%) en daarmee vergelijkbaar met de jaren voor de coronapandemie.
- Van de als ecstasy pillen ingeleverde monsters bevatte 95,7% procent MDMA. Dit percentage is relatief hoog, maar terugkijkend op de laatste 10 jaar is dit percentage alleen in 2013 lager geweest.
- Een ingeleverde ecstasypil bevatte in 2021 gemiddeld 147,8mg MDMA, in 2020 was dat nog 165,9mg. Hoewel deze dosering nog steeds hoog is, is er voor het tweede jaar achtereen sprake van een daling in de gemiddelde dosering van ecstasypillen ingeleverd bij het DIMS (zie figuur

hieronder).



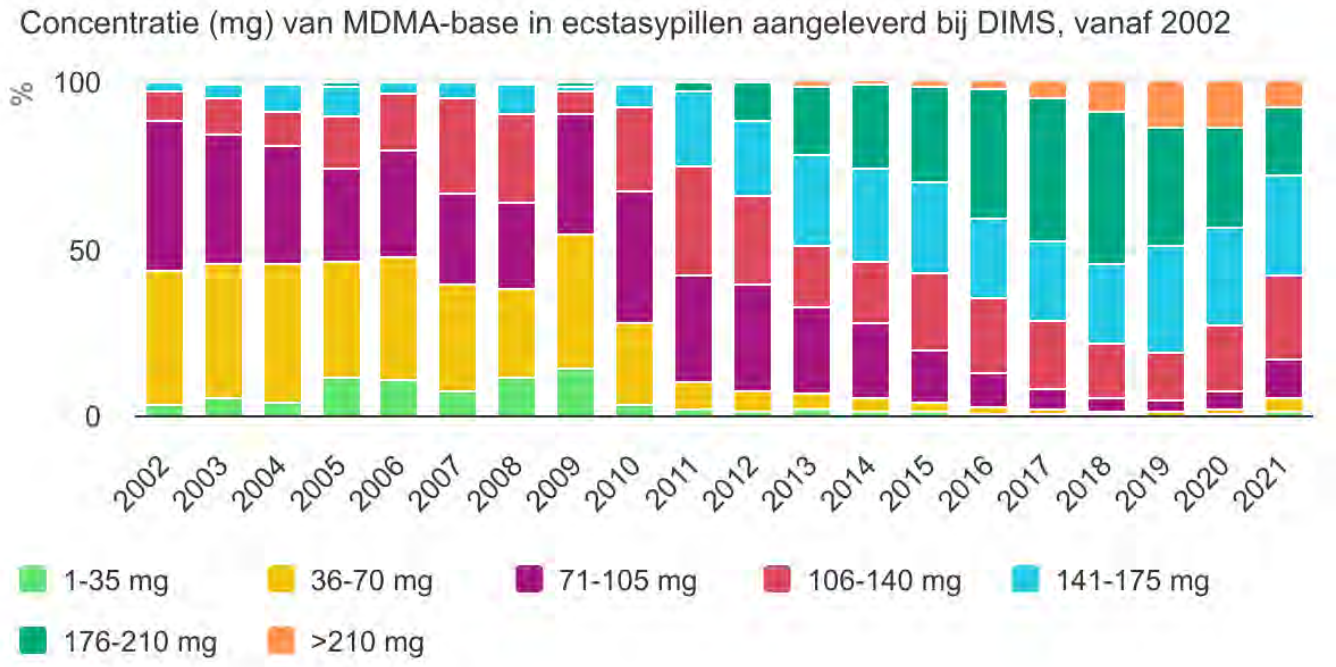
Gehalte in pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten; tabletten herkend via de herkenningslijsten en het totaal. Data zijn weergegeven per jaar van 2011-2021. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

NDM

Categories	Gemiddelde MDMA concentratie	25%	75%
2012	123	94	155
2013	135	98	175
2014	140	101	180
2015	147	115	180
2016	157	127	190
2017	164	136	196
2018	171	146	200

Categories	Gemiddelde MDMA concentratie	25%	75%
2019	172	150	197
2020	166	138	195
2021	148	120	180

- Bij doseringen boven de 100mg MDMA nemen de positieve affecten af en de negatieve effecten toe, vanaf 160mg rapporteren gebruikers meer negatieve effecten dan positieve effecten [2]. Sinds 2009 is het aandeel hoog gedoseerde ecstasypillen gestegen tot 92,6% in 2020, in 2021 daalde dit percentage naar 82,7% (zie figuur hieronder). Gebruik van een hoge dosis verhoogt de kans op overdosering, waardoor oververhitting, acute psychotische verschijnselen, hartritmestoornissen en leverfalen kunnen optreden.



Percentage pillen die als ecstasy zijn verkocht met een bepaalde hoeveelheid MDMA. Het gaat om het totaal van de pillen, dus zowel het gehalte in pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten en pillen die werden herkend via de herkenningslijsten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut, 2022.

NDM

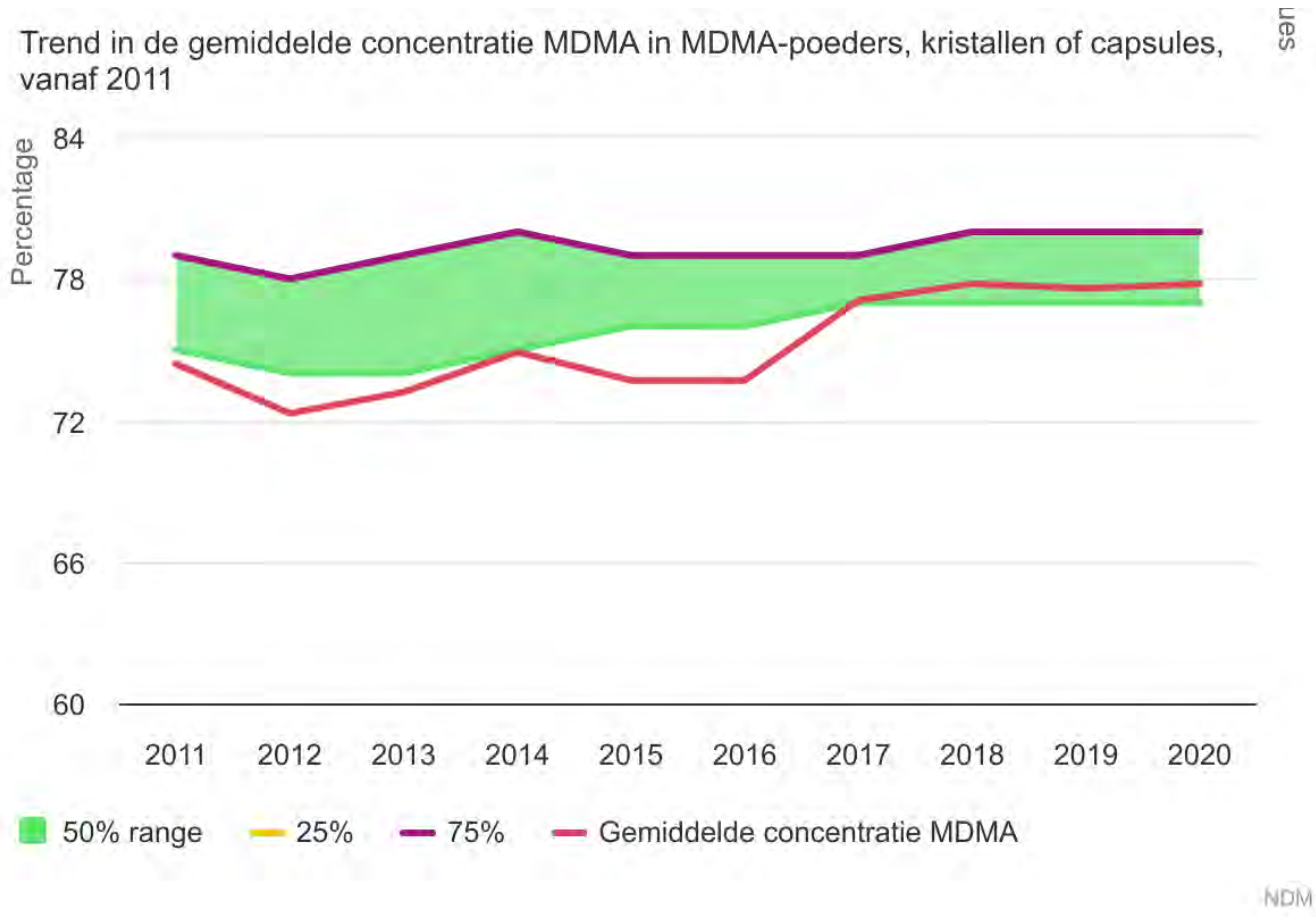
	1-35 mg	36-70 mg	71-105 mg	106-140 mg	141-175 mg	176-210 mg	>210 mg
2002	91	1094	1215	234	71	8	
2003	138	1048	1022	289	103	12	2
2004	95	1031	892	255	200	13	1
2005	280	845	689	381	216	29	
2006	328	1121	955	524	95		
2007	231	929	820	849	129	5	
2008	320	757	722	758	247	13	
2009	633	1792	1611	293	81	49	1
2010	138	1108	1749	1150	286	33	1
2011	104	369	1531	1556	1057	140	3
2012	55	266	1384	1140	978	497	6
2013	94	269	1319	911	1412	1053	55
2014	71	211	1162	989	1436	1330	31
2015	66	143	890	1264	1518	1599	64
2016	40	80	474	1057	1120	1812	107
2017	36	63	323	1127	1272	2276	271
2018	21	63	267	976	1464	2748	544

	1-35 mg	36-70 mg	71-105 mg	106-140 mg	141-175 mg	176-210 mg	>210 mg
2019	24	77	316	1318	2948	3225	1223
2020	14	64	188	700	1070	1062	489
2021	61	206	573	1212	1428	1018	349

- In een klein percentage van de ecstasypillen die MDMA bevatte werd ook een ander middel aangetroffen, de vaakst aangetroffen vervuilingen waren cafeïne (4,6%) en amfetamine (1,3%). Gevaarlijke middelen zoals PMMA werden weinig (>0,2%) meer aangetroffen in ecstasypillen.
- In slechts een klein deel van de ingeleverde ecstasypillen (4,2%) werd de werkzame stof MDMA helemaal niet gevonden, hoewel dit percentage wel verdubbelt is ten opzichte van 2020. Deze pillen bevatte het vaakst stimulerende middelen zoals amfetamine (48,3%) en cafeïne (36,4%).

Samenstelling van MDMA-poeder, kristallen en capsules

- In 2021 boden consumenten in totaal 10.302 monsters aan bij het DIMS, slechts een klein aandeel (6,9%) daarvan betrof MDMA (in poeder- of kristal-vorm). Dit percentage lag iets hoger dan in 2020 (6,3%).
- De grote meerderheid van de ingeleverde MDMA monsters bevatte ook daadwerkelijk MDMA (91,4%), maar dit is wel het laagste percentage sinds 2015.
- De ingeleverde MDMA monsters in 2021 bevatten gemiddeld 78,4% MDMA base, dat niveau is de laatste jaren ongewijzigd (zie figuur hieronder).



Jaar	Gemiddelde concentratie MDMA	25%	75%
2011	74.4	75	79
2012	72.3	74	78
2013	73.2	74	79
2014	74.9	75	80
2015	73.7	76	79
2016	73.7	76	79
2017	77.1	77	79

Jaar	Gemiddelde concentratie MDMA	25%	75%
2018	77.8	77	80
2019	77.6	77	80
2020	77.8	77	80

- De meeste MDMA monsters die werden ingeleverd bevatte geen enkele vervuiling (98,5%).
- In MDMA monsters die MDMA bevatten was de meest aangetroffen vervuiling alfa-methoxy-3,4-methyleendioxymethamfetamine (1,8%), waarvan aangenomen wordt dat het een restproduct is dat tijdens de productie is ontstaan.
- Minder dan een op de tien (8,6%) van de monsters die als MDMA ingeleverd werden bevatte geen MDMA. Dit is het hoogste percentage sinds 2014. In deze monsters werden met name procaïne, levamisol, cocaïne en CMC aangetroffen.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Brunt TM, Koeter MW, Niesink RJM, Van Den Brink W. Linking the pharmacological content of ecstasy tablets to the subjective experiences of drug users. Vol. 220, Psychopharmacology. 2012. p. 751–762.

6.8.2 Prijs

Gegevensbronnen

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. Op sommige locaties kunnen ook MDMA-poeders direct geanalyseerd worden met behulp van een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

Zowel het aantal samples aangeleverd bij het DIMS als het aantal bezoekers van de testservices is in 2021 iets gestegen ten opzichte van het eerste coronajaar 2020, maar nog niet op het niveau van voor de coronapandemie. Deze stijging hangt vermoedelijk samen versoepelingen van de coronamaatregelen die gericht waren op het uitgaansleven.

Als consumenten hun drugsmonster inleveren bij een testlocatie wordt hen ook gevraagd naar de aankoopprijs, daardoor is er een goed inzicht in de prijs die consumenten betalen voor ecstasypillen en MDMA-poeder.

- Consumenten die ecstasypillen bij het DIMS lieten testen betaalden in 2021 gemiddeld €4,20 per ecstasypil. Deze prijzen zijn vergelijkbaar met die in de afgelopen vijf jaren (zie tabel hieronder).
- Consumenten die MDMA-poeder bij het DIMS inleverde betaalden in 2021 gemiddeld €20,80 per gram, de prijs voor een gram MDMA ligt al jaren op ongeveer dit niveau.

Prijzen in euro[I] op consumentenniveau van ecstasypillen en MDMA-poeder, kristal en capsules, vanaf 2012[II]

Subtitle

	2012[II]	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aantal ecstasypillen bij DIMS (n)	4.990	5.920	6.102	6.363	5.554	6.378	7.008	10.462	3.912	5.815
Gemiddelde prijs en interkwartielafstand (€)	4[II]	3,90 (3-5)	4,80 (3-5)	4,50 (3-5)	5,60 (3-5)	4,90 (3-5)	4,10 (3-5)	4,10 (3-5)	4,30 (3-5)	4,20 (3-5)
Aantal MDMA-poeder monsters bij DIMDS (n)	438	553	549	510	562	594	734	961	472	684
Gemiddelde prijs en interkwartielafstand (€)	-	21,60 (20-25)	22,10 (17-25)	20,00 (15-25)	20,20 (15-25)	21,10 (15-25)	20,00 (15-25)	19,30 (15-25)	20,50 (15-25)	20,80 (15-25)

I. Prijs per ecstasypil. II. Sinds 2013 hanteert DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij de prijs als continue variabele in plaats van categoriaal wordt uitgevraagd, Data van voor 2013 is dus beperkt vergelijkbaar met data van 2013 en later. Bron: DIMS, Trimbos-instituut 2010-2022.



Amfetamine

7.0 Laatste feiten en trends

- In 2021 gebruikten ongeveer dan 1 op de 20 Nederlanders (5,3%) van 18 jaar en ouder ooit amfetamine; iets meer dan een op de honderd (1,3%) gebruikte het in het afgelopen jaar (§ 7.2.1). Het gebruik van amfetamine in het laatste jaar lag het hoogst in de leeftijdsgroep van 20-29 jaar.
- Tussen 2015 en 2021 is het laatste-jaar-gebruik van amfetamine onder volwassenen in de algemene bevolking niet veranderd (§ 7.2.1). Rioolwateranalyses lieten in 2021 geen eenduidig beeld zien. Waar in Eindhoven sprake was van een daling, steeg de hoeveelheid aangetroffen amfetamine in Utrecht terwijl in Amsterdam geen duidelijk trend waarneembaar was (§ 7.5.1).
- In het uitgaansleven ligt het laatste-jaar-gebruik van amfetamine (22,7%) iets lager dan het gebruik van cocaïne (26,2%) (§ 7.3.4).
- Onderzoek naar de impact van de coronacrisis op uitgaanders in 2020 suggereert dat minder uitgaanders amfetamine gebruikte dan in 2019. Voor uitgaanders die wel amfetamine gebruikte, is het aandeel amfetaminegebruikers dat op minder dagen is gaan gebruiken groter dan het aandeel dat op meer dagen amfetamine is gaan gebruiken (§ 7.1.2)
- Het percentage laatste-jaar-gebruikers van amfetamine ligt in Nederland onder jongvolwassenen (15-34 jaar) twee maal zo hoog en ligt onder 15-64-jarigen drie maal zo hoog als het Europese gemiddelde (§ 7.5.1).
- Het gebruik van amfetamine onder scholieren van het voortgezet onderwijs is tussen 2003 en 2015 gehalveerd, en in 2019 gestabiliseerd (§ 7.3.1).
- Er zijn signalen dat het gebruik van methamfetamine en het injecteren van drugs onder bepaalde groepen mannen die seks hebben met mannen toeneemt. Landelijke cijfers ontbreken en deskundigen schatten in dat de groep gebruikers klein is (§ 7.3.5).
- In de algemene ziekenhuizen schommelde tussen 2015 en 2018 het aantal patiënten met een probleem met psychostimulantia tussen de 740 en 850 patiënten per jaar (§ 7.6.2).
- Het gebruik van alleen amfetamine komt in de Monitor Drugsincidenten (MDI) weinig voor. Amfetamine wordt vaak gecombineerd met andere drugs en is met name bij ambulancediensten en ziekenhuizen verantwoordelijk voor ernstige drugincidenten (§ 7.6.3).
- Het gehalte amfetamine in poeders aangekocht als amfetamine stijgt sinds in 2016, van 44,5% in 2016 tot 50,8% in 2020 (§ 7.8.1).

7.1 Over amfetamine (en corona)

7.1.1 Over amfetamine

Effecten van amfetamine

Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy, maar heeft niet de entactogene werking die ecstasy de bijnaam ‘love drug’ geeft (zie hoofdstuk 6). Amfetamine wordt in het uitgaansleven gebruikt, thuis of in werkgerelateerde settings als prestatieverhogend middel, of om wakker te blijven, en wordt ook gebruikt door opiaat- of polydrugsverslaafden. Bij frequent gebruik kan afhankelijkheid optreden en dit risico is groter voor methamfetamine (crystal meth, ice, tina), een sterkere variant van de ‘gewone’ amfetamine. De gebruikersnaam voor amfetamine is ‘speed’ of ‘pep’. Als geneesmiddel wordt een isomeer van amfetamine, dextroamfetamine, voorgeschreven bij de behandeling van ADHD en narcolepsie, hoewel het middel ook wel recreatief wordt gebruikt. Dat geldt ook voor de aan amfetamine verwante stof methylfenidaat (Ritalin) (zie hoofdstuk Ritalin).

4-FA

Amfetamine wordt doorgaans versneden met cafeïne. Voorheen werd ook geregeld 4-fluoramfetamine (4-FA) gevonden in monsters die werden verkocht als amfetamine. Sinds 2017 wordt 4-FA echter steeds minder aangetroffen (zie hoofdstuk NPS, § 8.2.2).

Methamfetamine

Amfetamine wordt in Nederland meestal geslikt of gesnoven en soms geïnjecteerd. Methamfetamine (crystal meth, ice, tina) wordt gesnoven of gerookt (gebased), maar kan ook worden geïnjecteerd. Gebruik van methamfetamine is in Nederland overigens sporadisch, en beperkt zich voornamelijk tot enkele speciale groepen, zoals mannen die seks hebben met mannen (MSM) [1].

Methamfetamine in andere landen

In andere landen, waaronder Zuidoost-Azië, de Verenigde Staten, Tsjechië en Slowakije, en toenemend in Finland en Oost-Duitsland, is methamfetamine de vorm die het meest wordt gebruikt [2–5]. In Australië is geconstateerd dat het gebruik van methamfetamine voor sommige gebruikers samenhangt met een verminderde kwaliteit van leven [6,7], terwijl aan het gebruik van poppers naar verhouding minder vaak problemen zijn verbonden [8]. Omdat het gebruik van methamfetamine in korte tijd veel schadelijker kan zijn dan het gebruik van amfetamine, zijn de resultaten van onderzoek uit deze landen niet direct vergelijkbaar met of toepasbaar op de Nederlandse situatie. Dit hoofdstuk gaat met name over de ‘gewone’ amfetamine, tenzij anders aangegeven.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Achterbergh RCA, De Vries HJC, Boyd A, Davidovich U, Drückler S, Hoornenborg E, et al. Identification and characterization of latent classes based on drug use among men who have

sex with men at risk of sexually transmitted infections in Amsterdam, the Netherlands. Vol. 115, Addiction. 2020. p. 121–133.
2. Cao D-N, Shi J-J, Hao W, Wu N, Li J. Advances and challenges in pharmacotherapeutics for amphetamine-type stimulants addiction [Internet]. Vol. 780, European Journal of Pharmacology. Elsevier; 2016. p. 129–135. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejphar.2016.03.040
3. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2018: Trends and Developments [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/edr2015
4. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2019: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
5. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
6. Drysdale K, Bryant J, Holt M, Hopwood M, Dowsett GW, Aggleton P, et al. Destabilising the 'problem'' of chemsex: Diversity in settings, relations and practices revealed in Australian gay and bisexual men's crystal methamphetamine use' [Internet]. Vol. 78, International Journal of Drug Policy. Elsevier; 2020. p. 102697. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102697
7. McKetin R, Voce A, Burns R, Shanahan M. Health-related quality of life among people who use methamphetamine. Vol. 38, Drug and Alcohol Review. 2019. p. 503–509.
8. Demant D, Oviedo-Trespalacios O. Harmless? A hierarchical analysis of poppers use correlates among young gay and bisexual men. Vol. 38, Drug and Alcohol Review. 2019. p. 465–472.

7.1.2 Effect van de coronamaatregelen op het gebruik van amfetamine

In deze paragraaf vatten wij gegevens samen uit onderzoeken onder de algemene bevolking, studenten in het hoger onderwijs en specifieke studies naar de impact van de coronacrisis op het amfetaminegebruik.

Er zijn verschillende onderzoeken en monitors die een beeld geven van het amfetaminegebruik tijdens de coronapandemie [1–4]. In hoofdlijnen suggereren de bevindingen dat het amfetaminegebruik als gevolg van de coronamaatregelen is afgenomen, althans tijdelijk. Deze afname hangt vermoedelijk samen met het wegvallen van festivals en sluiting van nachtclubs, waar amfetamine naast ecstasy met name gebruikt wordt. Festivals hebben voor het grootste gedeelte van de coronapandemie niet plaats gevonden als gevolg van de coronamaatregelen. Nachtclubs zijn tijdens de coronapandemie doorlopend aan verschillende beperkingen onderhevig geweest. Na een korte volledige openstelling in juli 2021, zijn nachtclubs na 10 juli beperkt open geweest, aanvankelijk tot 0:00 uur en vanaf 13 november tot 20:00. Mogelijk is het gebruik hierdoor weer (tijdelijk) toegenomen, maar cijfers om dit te onderbouwen ontbreken. Een recent beeld van het amfetaminegebruik ontbreekt echter, de laatste data dateert alweer van mei 2021. Verder dienen de resultaten van de onderzoeken voorzichtig te worden geïnterpreteerd, vanwege de verschillende onderzoekspopulaties en meetmomenten. De corona-maatregelen veranderen doorlopend en met name maatregelen die invloed hebben op de nachtclubs en festivals hebben invloed op het gebruik van amfetamine.

Uitgaanders in Nederland

In het kader van het Grote Uitgaansonderzoek 2020 [2] zijn de effecten van de coronacrisis op het middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen twee keer in kaart gebracht. Het eerste onderzoek werd uitgevoerd in april en mei 2020, tijdens de eerste lockdown [5][2,5,6]. De resultaten zijn samengevat in de tabel hieronder.

In september en oktober is een tweede onderzoek uitgevoerd [6]. In dit vervolgonderzoek is teruggekeken op zowel de periode van de eerste lockdown (15 maart – 1 juni 2020) als de periode van de versoepelingen van de coronamaatregelen (1 juni – 1 september 2020). In beide periodes was het percentage uitgaanders dat amfetamine gebruikte lager dan in dezelfde periode in 2019. In de periode van de lockdown hebben de meeste amfetaminegebruikers op minder dagen amfetamine gebruikt (43,9%) vergeleken met dezelfde periode in 2019. Meer dan een kwart (28,5%) gebruikte op evenveel dagen en meer dan een kwart (27,6%) gebruikte dan op meer dagen vergeleken met 2019. Tijdens de periode van de versoepelingen gebruikten was het aandeel amfetaminegebruikers dat minder gebruikte ten opzichte van 2019 zelfs nog groter (51,9%) en het aandeel dat meer was gaan gebruiken kleiner (21,2%). In die periode gebruikte een vijfde (26,9%) van de amfetaminegebruikers even vaak amfetamine als in 2019.

Samenvatting van resultaten van onderzoek naar de impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op het gebruik van amfetamine[I]

Doelgroep	Monitor/Instelling	- Leeftijd - Methode - Aantal respondenten	Periode	Maat	Impact corona op gebruik van amfetamine Daling (%)	Gelijk (%)	Stijging (%)
Uitgaanders[II]	Het Grote Uitgaansonderzoek	-16 t/m 35 jaar - online vragenlijst - 4.460 respondenten	28 april tot en met 19 mei 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer amfetamine hadden gebruikt tijdens de lockdown	43,0	35,1	21,9
Uitgaanders[II]	Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut	-16 t/m 35 jaar -Online vragenlijst -3.765 respondenten	18 september tot en met 18 oktober 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer amfetamine hadden gebruikt **tijdens de lockdown** en dezelfde periode in 2019	43,9	28,5	27,6
				Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer amfetamine hadden gebruikt **tijdens de versoepelingen** en dezelfde periode in 2019	51,9	26,9	21,2

I. Vanwege verschillen in de methoden en steekproeftrekkingen dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd. II. Deelnemers werden alleen geïncludeerd als zij minimaal een keer in het jaar voor corona (13 maart 2019 – 13 maart 2020) een club of festival hadden bezocht.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar MW. Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie van maart tot september 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
3. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2020 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
4. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
5. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Beek R. Factsheet: De impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op alcohol-, tabak- en drugsgebruik onder uitgaanders. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
6. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar M. Factsheet: Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.

7.2 Gebruik: algemene bevolking

7.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: Iets meer dan 1 op de 100 volwassen Nederlanders heeft in 2021 amfetamine gebruikt, dat komt neer op ongeveer 170 duizend volwassenen. Dit aantal ligt al sinds 2015 op ongeveer hetzelfde niveau. Het gebruik van amfetamine is het hoogst onder mannen, twintigers, hoogopgeleiden, mensen met een westerse migratieachtergrond en mensen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (§ 7.2.2).

Snel naar:

- Kerncijfers 2021
- Trends in amfetaminegebruik

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van amfetamine in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld. De cijfers op deze pagina gaan over amfetamine, meer informatie over methamfetamine vindt u in § 7.3.5.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het amfetaminegebruik in de algemene bevolking. Op basis van de cijfers uit de Gezondheidsenquête kunnen hierover echter geen uitspraken worden gedaan. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2021 verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2020. Meer informatie over de impact van de coronapandemie op het gebruik van amfetamine is te vinden in § 7.1.2.

Naast gegevens over het gebruik van amfetamine in de algemene bevolking en demografische verschillen in Nederland, worden gegevens gepresenteerd uit rioolwateranalyses (zie § 7.5.1). Gegevens uit rioolwateranalyses moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat ze maar beperkt inzicht kunnen geven in de mate van drugsgebruik in de algemene bevolking of in regionale verschillen (zie Bijlage B7). Het gaat hieronder om de rioolwateranalyses met gegevens over het drugsgebruik in 3 Nederlandse steden [1].

Kerncijfers 2021

Ongeveer één op twintig (5,3%) volwassenen van 18 jaar en ouder heeft in 2021 ooit amfetamine gebruikt en iets meer dan een op de honderd (1,3%) gebruikte in het afgelopen jaar (tabel 7.2.1). Dat komt neer op 740 duizend volwassen Nederlanders die ooit amfetamine gebruikten en 170 duizend die dat in het laatste jaar nog deden. Een klein percentage (0,4%) van de volwassen gebruikte amfetamine in de laatste maand, dat komt neer op ongeveer 60.000 volwassenen.

Percentage en aantal amfetaminegebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2021

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% Betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	5,3	740.000	650.000-830.000
Laatste jaar	1,3	170.000	130.000-220.000
Laatste maand	0,4	60.000	30.000-80.000

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Het geschatte aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat amfetamine gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

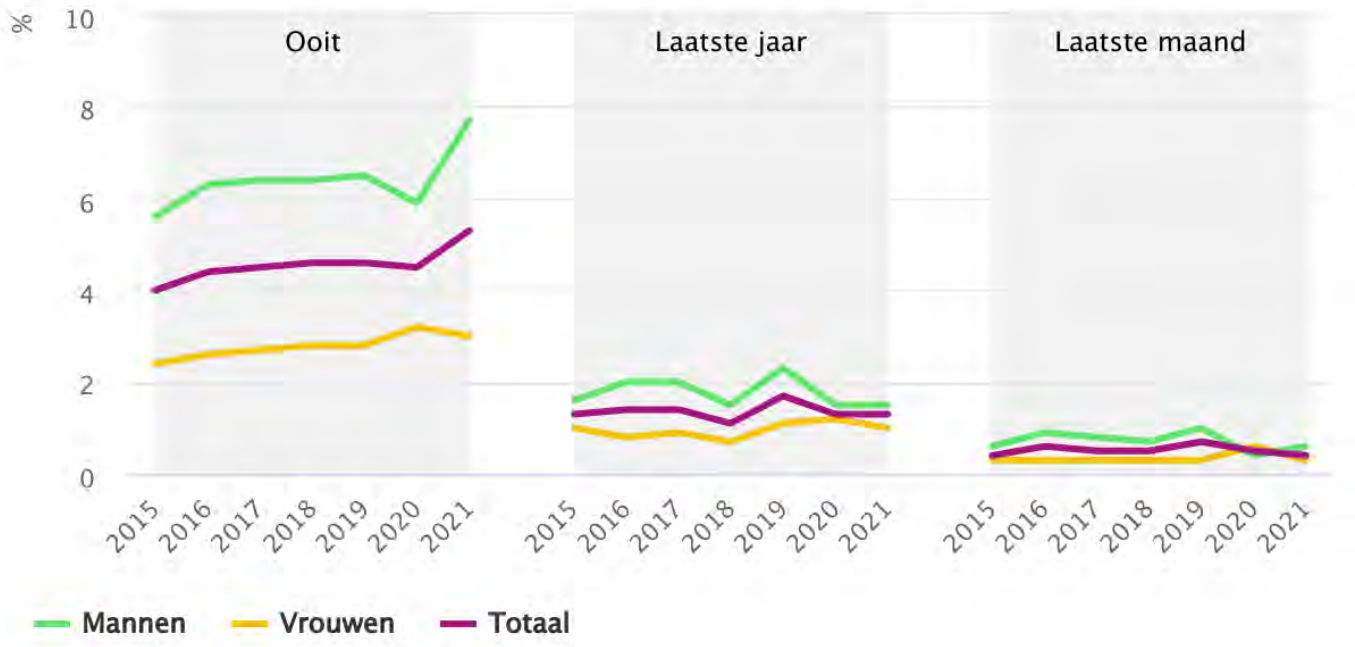
Trends in amfetaminegebruik

Vanaf 2015 zijn jaarlijks vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van amfetamine in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder (zie ook bijlage A1).

- Het ooitgebruik van amfetamine onder volwassenen lag vanaf 2016 rond de 4,5%, in 2021 lag dit percentage voor het eerst boven dit niveau (5,3%) (zie figuur hieronder). Dit verschil kwam met name tot stand vanwege de stijging van het ooit gebruik onder mannen, van 5,9% in 2020 naar 7,7% in 2021. Het ooitgebruik onder vrouwen bleef gelijk. Het ooitgebruik was hoger onder hoogopgeleiden, bewoners van zeer stedelijke gebieden en volwassen met een Westerse migratieachtergrond.
- Het laatste-jaar-gebruik ligt in 2021 echter op hetzelfde niveau als in 2020 (1,3%), en rond het niveau van de jaren daarvoor met uitzondering van 2019 waar dit percentage hoger lag.
- Het gebruik in de laatste maand is als jaren op ongeveer hetzelfde niveau, rond de 0,5%.
- De rioolwateranalyses waarin de hoeveelheid amfetamine in het rioolwater in drie Nederlandse steden gemeten werd vertoonde geen duidelijke trend [1]. Waar in Eindhoven sprake was van een daling, steeg de hoeveelheid aangetroffen amfetamine in Utrecht terwijl in Amsterdam geen duidelijk trend waarneembaar was.

- Voor methamfetamine vertonen de Nederlandse steden een duidelijk stijgende trend, hoewel de hoeveelheid methamfetamine in het rioolwater in vergelijking met andere (buitenlandse) steden en andere middelen laag zijn. In Eindhoven steeg het gehalte amfetamine tussen 2016 en 2020 van 2,31 naar 26,61 mg per 1000 inwoners per dag. Tussen 2012 en 2021 steeg in Amsterdam de hoeveelheid methamfetamine in het rioolwater van 6,41 naar 38,18 en in Utrecht van 1,40 naar 5,70 mg per 1.000 inwoners per dag. Bij het interpreteren van deze rioolwateranalyses moeten wel de kanttekeningen in acht worden genomen zoals beschreven in de bijlagen (zie bijlage B7).

Gebruik van amfetamine in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2015, naar geslacht



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021. (Zie bijlage A3 voor resultaten van voorgaande bevolkingsstudies onder mensen van 15-64 jaar.)

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2015	5.6	2.4	4
2016	6.3	2.6	4.4
2017	6.4	2.7	4.5
2018	6.4	2.8	4.6

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2019	6.5	2.8	4.6
2020	5.9	3.2	4.5
2021	7,7	3,0	5,3
2015	1.6	1	1.3
2016	2	0.8	1.4
2017	2	0.9	1.4
2018	1.5	0.7	1.1
2019	2.3	1.1	1.7
2020	1.5	1.2	1.3
2021	1,5	1,0	1,3
2015	0.6	0.3	0.4
2016	0.9	0.3	0.6
2017	0.8	0.3	0.5
2018	0.7	0.3	0.5
2019	1	0.3	0.7

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2020	0.4	0.6	0.5
2021	0,6	0,3	0,4

Aanvullende informatie

1. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: March 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#source-data

7.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Migratieachtergrond
- Stedelijkheid

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van amfetamine in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld. De cijfers op deze pagina gaan over amfetamine, meer informatie over methamfetamine vindt u in § 7.3.5.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het amfetaminegebruik in de algemene bevolking. Op basis van de cijfers uit de Gezondheidsenquête kunnen hierover echter geen uitspraken worden gedaan. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2021 verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2020. Meer informatie over de impact van de coronapandemie op het gebruik van amfetamine is te vinden in § 7.1.2.

Naast gegevens over het gebruik van amfetamine in de algemene bevolking en demografische verschillen in Nederland, worden gegevens gepresenteerd uit rioolwateranalyses (zie § 7.5.1). Gegevens uit rioolwateranalyses moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat ze maar beperkt inzicht kunnen geven in de mate van drugsgebruik in de algemene bevolking of in regionale verschillen (zie Bijlage B7). Het gaat hieronder om de rioolwateranalyses met gegevens over het drugsgebruik in 3 Nederlandse steden [1].

De cijfers over het gebruik van amfetamine worden hieronder uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid. Het aantal laatste-maand-gebruikers van amfetamine in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken.

Geslacht

Vrouwen gebruikten minder amfetamine dan mannen, dit is vanaf 2015 onveranderd. Het percentage volwassenen vrouwen (3,0%) dat ooit amfetamine gebruikte lag in 2021 meer dan twee keer zo laag als onder mannen (7,7%) (tabel 7.2.2). Het percentage volwassen dat in het laatste jaar amfetamine

gebruikte verschilde niet significant tussen mannen (1,5%) en vrouwen (1,0%).

Gebruik van amfetamine in de bevolking van 18 jaar en ouder naar geslacht. Peiljaar 2021

Mannen	7,7	1,5
Vrouwen	3,0	1,0

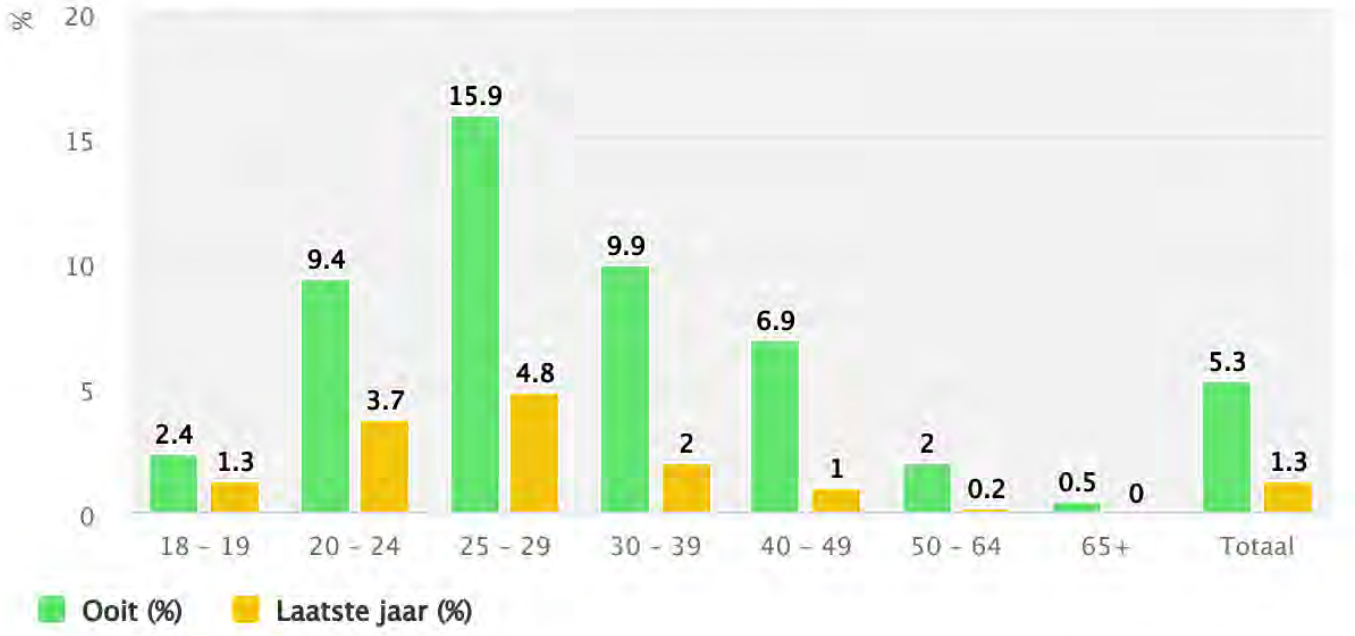
Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Leeftijd

Amfetaminegebruik in het laatste-jaar komt het meeste voor onder twintigers. In de leeftijdsgroep 25-29 gebruikte 4,8% in het laatste-jaar amfetamine en in de groep 20-24 jarigen lag dat percentage op 3,7%. Ongeveer een op de zes (15,9%) 25-29 jarigen heeft ooit amfetamine gebruikt. In de hogere leeftijdsgroepen wordt de groep mensen die in het laatste jaar amfetamine gebruikten steeds kleiner.

In de LSM-A (bijlage A2) uit 2020 werd aan laatste-jaar-gebruikers van amfetamine gevraagd wanneer zij dit voor het eerst hadden genomen. De helft van de volwassen Nederlanders die in het afgelopen jaar amfetamine gebruikten, gebruikte dit middel tussen hun 18de en 24ste levensjaar voor het eerst. Een kwart van de amfetaminegebruikers was jonger dan 18 jaar toen ze voor het eerst gebruikten, en een kwart was ouder dan 24 jaar. De gemiddelde startleeftijd van alle gebruikers is 21,4 jaar, dit is voor mannen (21,5 jaar) en vrouwen vrijwel gelijk (21,1 jaar).

Gebruik van amfetamine in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2021



Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
18 - 19	2,4	1,3
20 - 24	9,4	3,7
25 - 29	15,9	4,8
30 - 39	9,9	2,0
40 - 49	6,9	1,0
50 - 64	2,0	0,2
65+	0,5	0,0

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Totaal	5,3	1,3

Opleidingsniveau

Het ooitgebruik van amfetamine was het laagst onder laagopgeleiden (3,2%) en het hoogst onder hoogopgeleiden (6,9%), middelbaar opgeleiden zaten daar tussenin (5,1%) (zie tabel hieronder). Voor gebruik in het laatste jaar gold hetzelfde patroon (zie tabel hieronder).

Gebruik van amfetamine in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[1]. Peiljaar 2021

Laagopgeleid	3,2	0,5
Middelbaar opgeleid	5,1	1,0
Hoogopgeleid	6,9	1,9

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. 1. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Migratieachtergrond

Het percentage volwassenen met een westerse migratieachtergrond (zie 'migratieachtergrond' in bijlage D) dat ooit amfetamine heeft gebruikt (7,4%) was hoger dan onder volwassenen met een Nederlandse- (5,3%) of niet-Westerse (3,7%) migratieachtergrond (zie tabel hieronder). Dit gold ook voor het laatste-jaar-gebruik, ook daar lag het gebruik van volwassenen met een Westerse migratieachtergrond hoger dan het gebruik onder volwassen met een Nederlandse- of niet-Westerse migratieachtergrond.

Gebruik van amfetamine in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond. Peiljaar 2021

	Ooit [%]	Laatste jaar [%]
Nederlandse achtergrond	5,3	1,2
Westerse migratieachtergrond	7,4	2,2
Niet-Westerse migratieachtergrond	3,7	0,7

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. I. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage D: "Migratieachtergrond"). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Stedelijkheid

Het gebruik van amfetamine lag onder bewoners van (zeer) sterk stedelijke gebieden hoger dan in de matig stedelijke – en weinig/niet stedelijke gebieden (zie tabel hieronder).

Gebruik van amfetamine in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2021

	Ooit [%]	Laatste jaar [%]
(Zeer) sterk stedelijk	6,8	1,6
Matig stedelijk	3,6	0,5
Weinig/niet stedelijk	3,3	0,9

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. I. Stedelijkheid gecategoriseerd naar het aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

7.2.3 Gebruikspatronen

In de LSM-A 2020 is gevraagd naar de mate van gebruik van amfetamine. Uit het onderzoek blijkt dat de meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers incidenteel amfetamine gebruikt.

- Iets minder dan de helft van de amfetaminegebruikers heeft in het laatste jaar ‘een paar keer, maar minder dan maandelijks’ amfetamine gebruikt en een derde één keer (zie figuur hieronder). Ongeveer één op de zes gebruikers rapporteert maandelijks gebruik en op de tien rapporteert meerdere keren per maand amfetamine te gebruiken.
- Acht op de tien laatste-jaar-amfetaminegebruikers (81,9%) gebruiken meestal alleen in het weekend, een op de tien (10,2%) gebruikt zowel in het weekend als op doordeweekse dagen en een op de veertig (2,6%) gebruikt meestal op doordeweekse dagen.

Frequentie amfetaminegebruik onder laatste-jaar-gebruikers. Peiljaar 2020



Percentage van de laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van amfetaminegebruik. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2020.

everviz.com

Gebruiksfrequentie	%
4 of meer keer per week	4,2
2 tot 3 keer per week	4.2
2 tot 4 keer per maand	1.8

Gebruiksfrequentie	%
één keer per maand	14.6
één paar keer, maar minder dan maandelijks	45.4
één keer in het laatste jaar	29.7

7.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

7.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

In het kort: Het percentage scholieren dat ervaring heeft met amfetamine daalt al sinds 2003.

Snel naar:

- Kerncijfers 2019
- Trends in het gebruik van amfetamine

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). Om de vier jaar wordt het Peilstationsonderzoek Scholieren uitgevoerd, de laatste meting vond plaats in 2019 [1]. In de HBSC-studie wordt het gebruik van amfetamine niet uitgevraagd, daarom zijn de gegevens op deze pagina van het Peilstationsonderzoek uit 2019.

Kerncijfers 2019

In 2019 rapporteert 1,2% van de leerlingen ooit wel eens amfetamine te hebben gebruikt (zie tabel hieronder). Dit is lager dan het ooitgebruik van ecstasy (1,7% in dezelfde studie in 2019).

Amfetaminegebruik in het voortgezet onderwijs, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2019

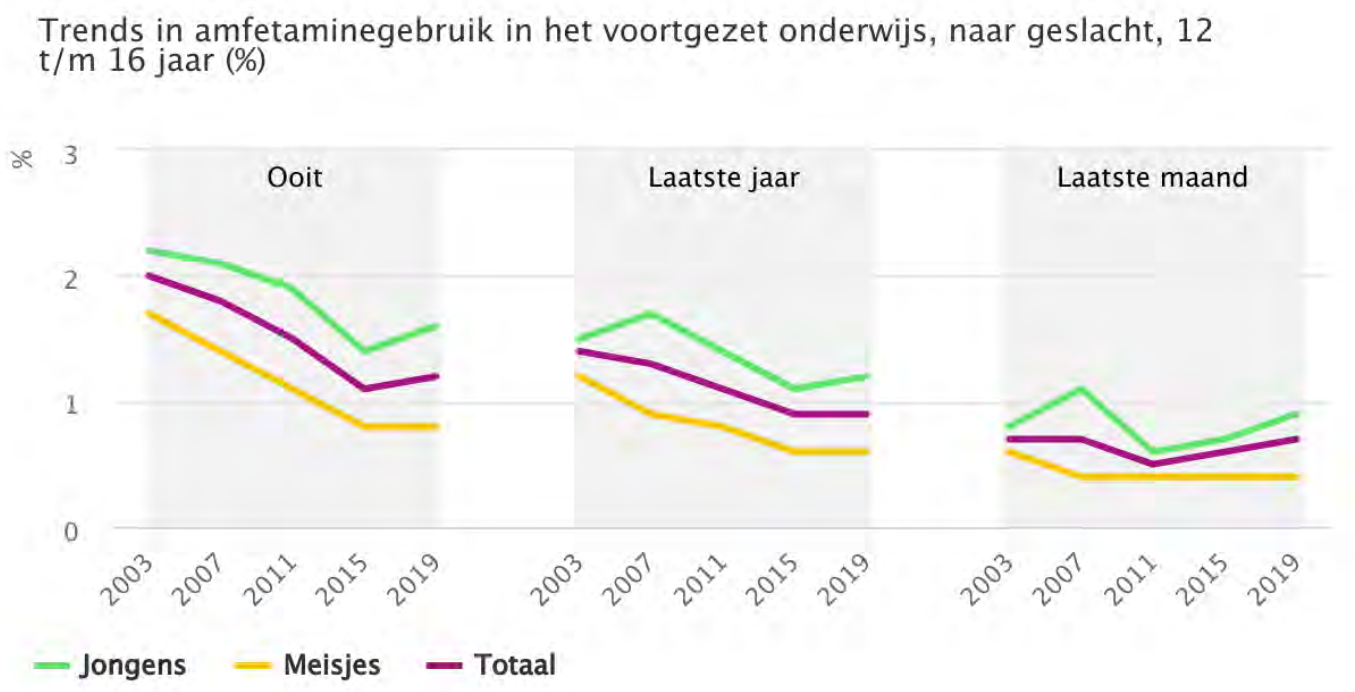
	(%)
Ooit	1,2
Laatste jaar	0,9
Laatste maand	0,7

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM.

Trends in het gebruik van amfetamine

Sinds het midden van de jaren tachtig wordt het middelengebruik onder scholieren gemonitord. De figuur hieronder toont gegevens vanaf 2003.

- Tussen 2003 en 2015 halveerde het percentage scholieren van 12-16 jaar dat ervaring had met amfetamine van 2,0% naar 1,1%, en in 2019 stabiliseerde dit percentage op 1,2%.
- Evenals voor andere harddrugs het geval is, bleef het percentage scholieren dat in de afgelopen maand amfetamine had gebruikt in alle jaren laag. In 2019 had 0,7% in de afgelopen maand nog amfetamine gebruikt.



Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM (2003, 2007, 2011, 2015, 2019).

NDM

Categories	Jongens	Meisjes	Totaal
2003	2.2	1.7	2
2007	2.1	1.4	1.8
2011	1.9	1.1	1.5

Categories	Jongens	Meisjes	Totaal
2015	1.4	0.8	1.1
2019	1.6	0.8	1.2
2003	1.5	1.2	1.4
2007	1.7	0.9	1.3
2011	1.4	0.8	1.1
2015	1.1	0.6	0.9
2019	1.2	0.6	0.9
2003	0.8	0.6	0.7
2007	1.1	0.4	0.7
2011	0.6	0.4	0.5
2015	0.7	0.4	0.6
2019	0.9	0.4	0.7

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

7.3.2 Demografische kenmerken scholieren regulier onderwijs

In het kort: Jongens hebben vaker ervaring met amfetamine dan meisjes. Naarmate scholieren ouder worden stijgt het aandeel dat ervaring heeft met amfetamine. Het percentage scholieren dat ervaring heeft met amfetamine ligt het hoogst op het VMBO en het laagst op het VWO.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Schoolniveau

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). Om de vier jaar wordt het Peilstationsonderzoek Scholieren uitgevoerd, de laatste meting vond plaats in 2019. In de HBSC-studie wordt het gebruik van amfetamine niet uitgevraagd, daarom zijn de gegevens op deze pagina van het Peilstationsonderzoek uit 2019.

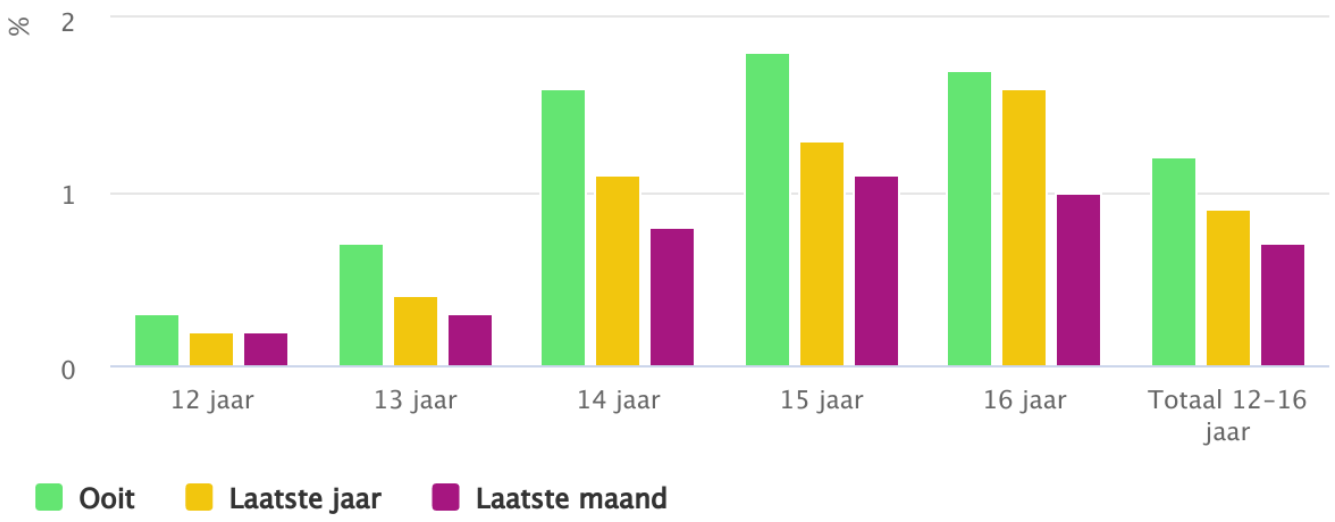
Geslacht

In 2019 had van de jongens 1,6% ervaring met amfetamine, van de meisjes 0,8% (figuur 7.3.1).

Leeftijd

In 2019 had op 12-jarige leeftijd 0,3% van de leerlingen ooit amfetamine gebruikt en op 16-jarige leeftijd was dat 1,7% (figuur 7.3.2).

Amfetaminegebruik in het voortgezet onderwijs, naar leeftijd, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2019



Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. . Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM.

NDM

Categories	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
12 jaar	0.3	0.2	0.2
13 jaar	0.7	0.4	0.3
14 jaar	1.6	1.1	0.8
15 jaar	1.8	1.3	1.1
16 jaar	1.7	1.6	1
Totaal 12-16 jaar	1.2	0.9	0.7

Schoolniveau

In 2019 zijn tussen schoolniveaus geen statistisch significante verschillen gevonden in het gebruik van amfetamine (tabel 7.3.2).

Amfetaminegebruik in het voortgezet onderwijs, naar schoolniveau, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste maand (%)
VMBO-b	2,0	0,9
VMBO-t	1,3	0,8
HAVO	1,1	0,8
VWO	0,6	0,2

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM.

7.3.3 Studenten

In het kort: Het gebruik van amfetamine onder MBO- en HBO-studenten daalt al jaren en ligt ook in 2021 lager dan in de jaren daarvoor. Deze afname werd ook onder MBO-studenten in Amsterdam waargenomen.

Snel naar:

- Studenten van het MBO en het HBO
- MBO-studenten in Amsterdam

Gegevensbronnen

Om een beeld te krijgen van het middelengebruik onder jongeren van 16 t/m 18 jaar, onderzoekt het Trimbos-instituut sinds 2015 elke twee jaar het middelengebruik onder MBO- en HBO-studenten in deze leeftijdsgroep met de Middelenmonitor MBO-HBO [1–4]. Deze monitor onderzocht in 2017, 2019 en 2021 het amfetaminegebruik onder 16-18 jarige studenten van het MBO en het HBO. Het gaat om een landelijk onderzoek. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [1].

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse MBO-scholen (bijlage B8) [5]. De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 MBO'-studenten (> 16 jaar) van acht MBO-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Cijfers over middelengebruik zijn gebaseerd op gewogen data.

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken, bijvoorbeeld HBO-studenten. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet vergelijkbaar.

De cijfers over het amfetaminegebruik uit deze verschillende onderzoeken zijn samengevat in de tabel onderaan de pagina.

Studenten van het MBO en het HBO

Het amfetaminegebruik onder 16-19 jarige MBO- en HBO-studenten is tussen 2015 en 2021 is gedaald.

- Het ooitgebruik van amfetamine lag in 2021 op 2,0% (zie tabel hieronder). Dit percentage is sinds de eerste meting in 2015 (4,5%) gehalveerd.

MBO-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het amfetaminegebruik van MBO-studenten uitgevraagd . Het is van belang om op te merken dat het hier om een oudere leeftijdsgroep (gemiddeld 19,0 jaar)

gaat dan in de hierboven genoemde MBO-HBO monitor (gemiddeld 17,3 jaar). De percentages zijn daarom niet een op een vergelijkbaar.

- Minder dan een op de twintig MBO-studenten in Amsterdam heeft ervaring met amfetamine (3,6%).
- Slechts een op de vijftig MBO-studenten in Amsterdam gebruikte in de laatste 12 maanden amfetamine (2,2%).
- Een op de honderd MBO-studenten gebruikte amfetamine in de laatste vier weken (1,0%).
- Het laatste-jaar-gebruik van amfetamine is sinds de laatste meting onder mbo-studenten in Amsterdam afgenomen van 5,3% in 2016 tot 2,2% in 2021.

Percentage amfetaminegebruikers onder studenten

	Locatie	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO	Nederland	2021	MBO + HBO	16-18 jaar	2,0	-	0,6
		2019			2,3	-	0,8
		2017			4,1	-	1,1
		2015			4,5	-	1,2
Studenten van het MBO	Amsterdam	2021	MBO	16 jaar en ouder (19,0 gemiddeld)	3,6	2,2	1,0
		2016		15 jaar en ouder (18,9 gemiddeld)	8,4	5,3	2,3

Percentage gebruikers van amfetamine ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. - = Geen gegevens bekend. Bronnen: Middelenmonitor MBO-HBO, Antenne.

Bronnen

1. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

3. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
4. Verdurmen JE, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
5. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.

7.3.4 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Amfetamine wordt door minder uitgaanders gebruikt dan andere stimulerende middelen zoals ecstasy en cocaïne. Dit aandeel lijkt al een aantal jaren stabiel, maar er zijn wel verschillen in gebruik van het middel in verschillende Nederlandse regio's. Net als bij ecstasy gebruiken de meeste uitgaanders het middel enkele keren per jaar en wordt het vooral gebruikt op festivals of in nachtclubs.

Snel naar:

- Uitgaanders in Nederland
- Uitgaanders in Amsterdam en in het Gooi en Vechtstreek
- Uitgaanders in Den Haag

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht. De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld via een online vragenlijst. Om vertekening door de impact van de coronamaatregelen te voorkomen, werd aan de respondenten gevraagd naar hun middelengebruik in de periode vóór 13 maart 2020, de dag van het invoeren van de coronamaatregelen. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie bijlage B2). Voor het vergelijken van de resultaten met die uit een eerdere peiling uit 2016 [2] zijn aanvullende analyses uitgevoerd.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven en in het Gooi en Vechtstreek via een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven en surveys onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen. In 2019 werd in Amsterdam de Antenne-monitor uitgevoerd in het voorjaar/zomer en in het najaar/winter in 22 netwerken van uitgaanders [3].

Onder sommige groepen van uitgaanders in Den Haag is het gebruik van amfetamine gestegen. In 2014 [10], 2017 [11], en 2019 [12] werd een survey-onderzoek gehouden onder uitgaanders in Den Haag en omstreken. In 2019 werd bovendien een kwalitatieve panelstudie uitgevoerd. Het Haagse panel bestond uit “dertien panelleden, zes professionals en zeven uitgaanders” [12].

De tabel op deze pagina vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij ‘op locatie’ of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders.

De situatie is in 2020 door de coronacrisis mogelijk veranderd. In § 7.1.2 beschrijven we bevindingen

uit de meest recente onderzoeken sinds het begin van de coronacrisis in maart 2020.

Uitgaanders in Nederland

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht.

- Ongeveer een derde (31,3%) van de uitgaanders had ooit amfetamine gebruikt en de meesten van hen (22,7%) gebruikten ook in het afgelopen jaar (tabel 6.3.5). Het percentage laatste-jaar-gebruikers in dit onderzoek niet veel lijkt te verschillen van dat in Het Grote Uitgaansonderzoek in 2016 (22,7% vs. 25,1%) [2].
- Vrouwen gebruikte amfetamine half zo vaak als mannen.
- Van de deelnemers die amfetamine in het afgelopen jaar hadden gebruikt, nam 24,3% het eenmalig in dat jaar, 52,1% nam het middel een paar keer per jaar maar minder dan maandelijks, 11,2% eens per maand. De overige 12,4% van de respondenten nam amfetamine een paar keer per maand of vaker.
- Amfetamine werd onder uitgaanders met name gebruikte door 25-29 en 30-35 jarigen.
- De frequentie van feest-, festival- en clubbezoek hangt samen met de kans om amfetamine te gebruiken, hoe vaker men een festival bezoekt, hoe groter de kans dat uitgaanders in het laatste jaar amfetamine gebruikten.

Uitgaanders in Amsterdam en in het Gooi en Vechtstreek

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

- In 2016 was amfetamine in het Amsterdamse uitgaansleven even populair geworden als cocaïne. Tussen 2016 en 2019 is de populariteit van amfetamine echter weer gedaald en in 2019 was amfetamine weer minder populair geworden dan cocaïne [3]. Sommigen gebruiken daarbij de amfetamine als goedkoper alternatief voor cocaïne, maar andere gebruikers hebben een duidelijke voorkeur voor amfetamine boven cocaïne.
- Onder bezoekers van clubs, raves en festivals daalde het laatste-jaar-gebruik van amfetamine van 26% in 1998 naar 12% in 2008, en het steeg daarna naar 33% in 2013 en stabiliseerde op 31% in 2017 [4]. Het laatste-maand-gebruik vertoonde een zelfde patroon. Onder bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia in Hilversum lag in 2017 het gebruik van amfetamine lager dan in Amsterdam (laatste jaar: 19%; laatste maand 7%) [5].
- Ook in de Antenne-survey in 2015 onder coffeeshopbezoekers was de aanvankelijke stijging in het amfetaminegebruik al te zien. Het laatste-jaar-gebruik steeg in deze groep van 5% in 2009 naar 15% in 2015 [6]. Het laatste-maand-gebruik lag in 2015 op 5% en 30% had ooit amfetamine gebruikt, iets minder dan het ooit-cocaïnegebruik (34%). Twee derde (64%) van de amfetaminegebruikende coffeeshopbezoekers gebruikte het middel 1 of 2 keer in hun leven en 21% deed dit 10 keer of vaker.
- Onder Amsterdamse cafébezoekers steeg tussen 2010 en 2014 het percentage ooitgebruikers

van amfetamine van 18% naar 34% en steeg het percentage laatste-maand-gebruikers van 2% naar 9% [7]. Tussen 2014 en 2018 bleef het gebruik, evenals voor de club-en partbezoekers, stabiel. Van de Amsterdamse cafébezoekers in 2018 had 38% ooit amfetamine gebruikt en had 12% in de afgelopen maand nog amfetamine gebruikt [8]. In 2018 had van de cafébezoekers in de samengenomen gemeenten Hilversum, Bussum en Huizen 26% ooit amfetamine gebruikt en had 5% in de afgelopen maand nog amfetamine gebruikt [9].
- Amfetamine wordt vooral gecombineerd met alcohol, ecstasy, GHB en/of cocaïne [3].

Uitgaanders in Den Haag

Onder sommige groepen van uitgaanders in Den Haag is het gebruik van amfetamine gestegen. In 2014 [10], 2017 [11], en 2019 [12] werd een survey-onderzoek gehouden onder uitgaanders in Den Haag en omstreken. In 2019 werd bovendien een kwalitatieve panelstudie uitgevoerd. Het Haagse panel bestond uit “dertien panelleden, zes professionals en zeven uitgaanders” [12].

- Het gebruik van amfetamine in het afgelopen jaar steeg onder de uitgaanders in Den Haag van 15% in 2014 naar 18% in 2019 (tabel 7.3.4).
- De panelleden zien een toename van het gebruik van amfetamine in met name de hardstyle- en teknoscene. Daarbij is de tekno “een (muziek)stroming die zich uit in de underground scene. Dit houdt, onder andere, in dat er voor een selectiever en kleiner publiek illegale raves (die gratis zijn voor de bezoekers) worden georganiseerd op illegale locaties” [12]. De amfetamine is bovendien goedkoop, een gram kost tussen de 5 en 10 euro.

Gebruik van amfetamine onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2020	22	31,3	22,7	-
		2016	22	33	25	12
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	25	30	15	5
		2009	28	20	6	2
Uitgaanders	Den Haag	2019	-	29	18	9
	en omstreken	2017	24	25	16	12
		2014	24	26	15	9
Bezoekers van cafés	Amsterdam	2018	26	38	22	12
		2014	27	34	20	9
		2010	27	18	8	2
	Hilversum					
	Bussum	2018	24	26	15	5
	Huizen					
Bezoekers van clubs, raves[II] en festivals	Amsterdam	2017	26	43	30	19
		2013	24	43	33	23
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum	2017	21	25	19	7

Percentage gebruikers ooit in het leven, in laatste jaar en in 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. - = 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. Om goede uitspraken te kunnen doen over de trends in middelengebruik, wordt er bij Het Grote Uitgaansonderzoek (landelijk) en de Antenne monitor (Amsterdam) een aanvullende analyse gedaan die vergelijkingen tussen de jaren mogelijk maakt. Voor de andere onderzoeken wordt deze analyse niet gedaan. Hier geldt dat bij kleine verschillen niet met zekerheid kan worden gezegd of er sprake is van een toe- of afname. II. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media" (Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 en 2018 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 tot 1.000 bezoekers gesignaleerd (Korf, Nabben, et al., 2019; Nabben et al., 2018). Bronnen: Trimbos-instituut, Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al., 2016), Het Grote Uitgaansonderzoek 2020 (Monshouwer et al., 2021); Bonger Instituut voor Criminologie, UvA, Antenne 2009 (Nabben, Benschop, & Korf, 2010), Antenne 2010 (Annemieke Benschop et al., 2011), Antenne 2013 (Nabben, Benschop, & Korf, 2014), Antenne 2014 (Benschop et al., 2015), Antenne 2015 (Nabben et al., 2016), Antenne 2017 (Nabben et al., 2018), Antenne 2018 (Korf, Nabben, et al., 2019), Antenne Gooi en Vechtstreek 2017 (Luijk et al., 2018), Antenne Gooi en Vechtstreek 2018 (Korf, Benschop, et al., 2019); GGD Haaglanden, Haags Uitgaansonderzoek 2014 (Van Dijk & Reinerie, 2015), Haags Uitgaansonderzoek 2017 (Van Dijk et al., 2018), Haags Uitgaansonderzoek 2019 (Van Dijk et al., 2020).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Monshouwer K, Van der Pol P, Drost YC, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2016: Uitgaanspatronen, middelengebruik en preventieve maatregelen onder uitgaande jongeren en

jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
3. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
4. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.
5. Luijk SJ, Nabben T, Korf DJ, Van Bakkum F, Krouwel J, Noijen J. Antenne Gooi en Vechtstreek 2017: Het gebruik van alcohol, tabak en drugs onder jongeren en jongvolwassenen in de regio. Amsterdam: Bonger Instituut voor Criminologie; 2018.
6. Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2015: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2016.
7. Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2014: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2015.
8. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.
9. Korf DJ, Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2018. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek.; 2019.
10. Van Dijk A, Reinerie P. Huo 2014: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken. Den Haag: GGD Haaglanden; 2015.
11. Van Dijk A, Keetman M, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L, Mohabir A. HUO 2018: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2018.
12. Van Dijk A, Van der Meer R, Gerrits N, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L. HUO 2019/2020: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2020.

7.3.5 Methamfetamine

Methamfetaminegebruikers

In tegenstelling tot de Verenigde Staten, Zuidoost-Azië en een aantal EU-landen (Tsjechië, Slowakije en in toenemende mate ook Finland en Oost-Duitsland) wordt methamfetamine in Nederland weinig gebruikt [1,2].

- Uit het Grote Uitgaansonderzoek 2020 blijkt dat slechts een klein deel (0,7%) van uitgaande jongeren ervaring heeft met methamfetamine [3]
- Van de coffeeshopbezoekers in de Amsterdamse Antenne-survey uit 2015 had 3,1% ooit methamfetamine gebruikt, 0,4% nog in het afgelopen jaar en niemand in de laatste maand [4].
- De Antenne-survey onder clubbers, ravers en festivalgangers uit 2017 liet zien dat 0,5% ooit met dit middel had geëxperimenteerd. Het laatste-jaar-gebruik en het laatste-maand-gebruik lagen op respectievelijk 0,3% en 0,0% [5].
- Hoewel het gebruik van methamfetamine in Nederland beperkt is, stijgt het gebruik in sommige Oost-Europese landen en lijkt het gebruik van methamfetamine zich te verpreiden in de richting van West-Europa [6].
- De Amsterdamse Antenne monitor signaleerde in 2017 het gebruik alleen in kleine niches in het uitgaansleven en mogelijk ook daar buiten, maar wel is methamfetamine “in kleine niches bekender geworden” [4]. In 2018 ging het om “extreme uitgaansniches” [5].
- Met name in underground gayscenes zou het gebruik van methamfetamine (crystal meth, ‘tina’) en het injecteren van deze en andere drugs (‘slamming’) in opkomst zijn [7–9]. Dit speelt zich meestal af in een seksuele setting (chemsex). Actuele cijfers over de omvang hiervan in Nederland ontbreken en deskundigen gaan er ook hier van uit dat het slechts een kleine groep mannen betreft die seks hebben met mannen (MSM).
- Er zijn gegevens beschikbaar over MSM die tussen juli en december 2016 de Soa-polikliniek van de GGD Amsterdam hebben geconsulteerd [8]. Van de 4.925 MSM die deelnamen aan het onderzoek, hadden er 866 (17,6%) in de afgelopen 6 maanden chemsex gehad. Binnen deze groep had 22,1% methamfetamine gebruikt voor de chemsex.
- Een groot, online, Europees gedragsonderzoek onder 180.000 MSM (de EMIS-studie) liet zien dat Amsterdam op de vierde plaats stond (na de Engelse steden Brighton, Manchester en Londen) van 44 grote Europese steden waar chemsex plaatsvindt [10]. Chemsex was daarbij gedefinieerd als seks onder invloed van ketamine, GHB/GBL, mefedron, crystal meth, of een combinatie van deze vier middelen. Onder de ongeveer 1.000 Amsterdamse respondenten was het methamfetaminegebruik in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek 2% en het laatste-jaar-methamfetaminegebruik was 5%.
- Drugsgebruik in het kader van (langdurige) seks kan gepaard gaan met seksueel risicogedrag. In Londen is sprake van een groeiende groep MSM die tijdens de seks drugs injecteren (slammen) en hiv en hepatitis C oplopen (zie verder § 7.7). De komst van PrEP (profylaxe om hiv-besmetting te voorkomen) kan wel de hiv, maar niet de hepatitis C besmetting voorkomen. Uit een onderzoek in vijf Franse steden in 2015 onder 2.646 MSM bleek dat 3,1% ooit aan slammen had gedaan, terwijl 1,6% nog in het afgelopen jaar had meegedaan aan slammen [11] .
- In de zomer van 2020 startte Stichting Mainline een onderzoek naar het slammen in Nederland

[12]. Na de eerste drie maanden blijkt uit de voorlopige resultaten dat het slammen in Nederland “veel meer genormaliseerd” is dan aanvankelijk werd gedacht. Verder “bevestigen de vele gesprekken het vermoeden dat slammen niet meer exclusief aan de gay community is voorbehouden. Ook in swingers-netwerken is slammen in opkomst. Opvallend daarbij is de opkomst van het injecteren van 3-MMC” [12]. Het eindrapport getiteld “Slammen in Nederland, een update” zal naar verwachting verschijnen in het voorjaar van 2021.

- Stichting Mainline volgt bovendien twee MSM dating sites om zo te monitoren hoe op deze dating sites wordt gesproken over chemsex [13]. Van de 1.495 individuele profielen die in november 2016 wereldwijd op de dating sites werden gevonden, bleken er 670 (45%) zich positief uit te laten over chemsex. Voor Nederland werden in december 2016 op een privé slammersgroep 173 profielen aangetroffen en in december 2017 werden hier 179 profielen aangetroffen. In deze periode waren sommige profielen erbij gekomen, maar waren andere profielen weer verwijderd.

Verspreiding van methamfetamine

Bovenstaande cijfers onderschrijven dat het gebruik van methamfetamine door MSM zich in bepaalde beperkte kringen lijkt af te spelen. Cijfers van het DIMS (zie § 7.8) en van rioolwateranalyses (zie § 7.5.1) suggereren eveneens dat het gebruik van methamfetamine in Nederland beperkt is. Aanvankelijk waren er ook nog geen indicaties dat het gebruik van methamfetamine zich aan het uitbreiden was naar andere groepen [14]. Echter, eerder bleken MSM trendsettend in het gebruik van onder andere ecstasy en GHB, en daarom bleef goede monitoring belangrijk.

De Antenne Nederland monitort het middelengebruik onder groepen van risicojongeren in diverse regio’s van Nederland (Nabben, 2020). In 2019 werden 27 groepen onderzocht uit dorpen en steden verspreid over heel Nederland. De groepen varieerden van 10 tot 50 jongeren en bestonden gemiddeld uit 25 jongeren. In totaal ging het om 700 jongeren met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar.

- Het bleek dat in 4 van deze 27 groepen wel eens methamfetamine werd gebruikt.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2019: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
2. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
3. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
4. Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2015: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2016.
5. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.
6. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of

the European Union; 2022.
7. Achterbergh RCA, De Vries HJC, Boyd A, Davidovich U, Drückler S, Hoornenborg E, et al. Identification and characterization of latent classes based on drug use among men who have sex with men at risk of sexually transmitted infections in Amsterdam, the Netherlands. Vol. 115, Addiction. 2020. p. 121–133.
8. Drückler S, Van Rooijen MS, De Vries HJC. Chemsex Among Men Who Have Sex With Men: a Sexualized Drug Use Survey Among Clients of the Sexually Transmitted Infection Outpatient Clinic and Users of a Gay Dating App in Amsterdam, the Netherlands [Internet]. Vol. 45, Sexually Transmitted Diseases. 2018. p. 325–331. Available from: http://insights.ovid.com/crossref?an=00007435-900000000-98347
9. Van den Boom W. Casual sex, risk and context: HIV risk-reduction strategies among men who have sex with men. Amsterdam: University of Amsterdam; 2018.
10. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS) [Internet]. Vol. 38, International Journal of Drug Policy. Elsevier B.V.; 2016. p. 4–12. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.09.007
11. Trouiller P, Velter A, Sabonib L, Sommen C, Sauvage C, Vaux S, et al. Injecting drug use during sex (known as “slamming”) among men who have sex with men: Results from a time-location sampling survey conducted in five cities, France. Vol. 79, International Journal of Drug Policy. Elsevier; 2020. p. 102703.
12. Mainline.nl. Slammen in Nederland, een update [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20201015211512/https://mainline.nl/posts/show/13710/slammen-in-nederland-een-update.
13. Mainline. MSM chems online monitor 2016-2017. Amsterdam: Mainline; 2017.
14. Veiligheid M van Justitie en. Crystal meth, 10 september 2019. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid; 2019.

7.3.6 Kwetsbare groepen jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Amfetamine wordt door minder kwetsbare jongeren gebruikt dan andere stimulanten zoals ecstasy of cocaïne, dit komt overeen met andere groepen jongeren en de algemene bevolking. Amfetamine wordt door weinig jongeren in het praktijkonderwijs gebruikt, bij jongeren in de (residentiële) jeugdzorg ligt het gebruik juist hoger dan bij leeftijdsgenoten. In het algemeen stijgt het percentage jongeren dat amfetamine gebruikt naarmate de leeftijd toeneemt.

Snel naar:

- Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3
- Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen
- Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg
- Kwetsbare jongeren in de regio

Gegevensbronnen

Binnen de groep jongeren zijn bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

In 2019 is in een landelijk onderzoek (EXPLORE) het middelengebruik gemeten onder jongeren van het praktijkonderwijs (PrO), het cluster 4 van het speciaal voorgezet onderwijs (REC-4, leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen) en jongeren van het cluster 3 (REC-3, leerlingen met een licht verstandelijke beperking) [1]. Jongeren van het cluster 3 (REC-3, leerlingen met een licht verstandelijke beperking) zijn ook voor het eerst onderzocht, maar in dit onderzoek is amfetamine niet uitgevraagd. In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over amfetaminegebruik onder jongeren (12-17 jaar) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) verzameld [2]. In 2008 is voor het eerst landelijk onderzoek gedaan naar middelengebruik onder deze doelgroep.

Daarnaast is in 2022 als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [3]. Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen (gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld. Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd.

Daarnaast is in 2019 en 2021 de Antenne Regiomonitor uitgevoerd [4,5]. Deze monitor beoogt op kwalitatieve wijze zicht te krijgen op het gebruik onder groepen kwetsbare jongeren uit verschillende regio’s in Nederland. Dit gebeurt op basis van interviews met jongeren- en preventiewerkers die zicht hebben op verschillende (35 in 2021) jongerengroepen verspreid over het land. Vanuit de Antenne-

monitor uit 2019 zijn specifiek gegevens beschikbaar over amfetaminegebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek. De ondervraagde jongeren waren merendeels 16-19 jaar oud (87%), de rest was 15 of tussen de 20 en 28 jaar. Begin 2021 werden via een kwalitatieve studie jongeren- en preventiewerkers ondervraagd over hun indruk van het middelengebruik van in totaal 35 groepen jongeren uit 10 provincies, waar deze professionals direct mee in contact staan. Deze groepen zijn niet representatief voor alle jongerengroepen in de regio. Van de 35 groepen jongeren kwamen er 23 uit een grotere of kleinere stad en kwamen er 12 uit een dorp. Het aantal jongeren per groep varieerde van 8 tot 90 personen, met gemiddeld 20 personen. In totaal hadden de professionals zicht op ongeveer 850 jongeren tussen 11 en 27 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar. Er zijn 3 professionals (corresponderend met 3 jongerengroepen) doorgevraagd over amfetaminegebruik.

De tabel onderaan de pagina geeft een samenvatting van de resultaten uit uiteenlopende studies naar het amfetaminegebruik in verschillende groepen kwetsbare jongeren.

Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3

In 2019 is in een landelijk onderzoek (EXPLORE) het middelengebruik gemeten onder jongeren van het praktijkonderwijs (PrO), het cluster 4 van het speciaal voorgezet onderwijs (REC-4, leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen) en jongeren van het cluster 3 (REC-3, leerlingen met een licht verstandelijke beperking) [1]. Jongeren van het cluster 3 (REC-3, leerlingen met een licht verstandelijke beperking) zijn ook voor het eerst onderzocht, maar in dit onderzoek is amfetamine niet uitgevraagd.

- Amfetamine wordt door cluster 4-leerlingen (4,6%) vaker gebruikt dan door leerlingen van het praktijkonderwijs (2,0%) en VMBO-b leerlingen (2,0%) (tabel 7.3.5).
- Meer cluster 4-leerlingen hebben in de afgelopen maand amfetamine gebruikt (1,7%) dan leerlingen in het praktijkonderwijs (1,3%) of het VMBO-b (0,9%).
- Meisjes (6,3%) in cluster 4 hebben meer ervaring met amfetamine dan bij jongens (4,2%). In het VMBO-b en ook in andere onderzoeken onder jongeren ligt het gebruik van amfetamine, en andere drugs, altijd hoger onder mannen. Er is geen verklaring voor dit verschil.

Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn gegevens verzameld over het gebruik van amfetamine onder jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen [3]. De vragenlijst is in vier JJI afgenomen bij in totaal 110 jongens. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder studenten van het mbo/hbo. Deze vergelijking moet voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat de onderzoeken niet op dezelfde manier zijn uitgevoerd en de studenten gemiddelde iets jonger zijn (17,2 versus 18,2 jaar).

- Ruim één op de zes jongeren (14%) heeft ooit amfetamine (speed) gebruikt en 2% deed dit in de afgelopen maand.
- Aan de jongeren die vaker dan één keer in hun leven amfetamine hebben gebruikt (n = 12) is gevraagd of ze dit wel eens hebben gebruikt in de inrichting. Daarvan geven vijf jongeren aan dat ze amfetamine wel eens in de inrichting hebben gebruikt.

- Daarnaast hebben de meeste jongeren die amfetamine vaker dan één keer hebben gebruikt, dit al eens gedaan voordat zij in de inrichting kwamen.
- Ook geven zij bijna allemaal aan dat zij minder zijn gaan gebruiken sinds ze in de inrichting zijn geplaatst.
- Jongeren in de JJI hebben aanzienlijk meer ervaring met het gebruik van amfetamine dan studenten op het MBO/HBO (14% vs. 2%)

Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over amfetaminegebruik onder jongeren (12-17 jaar) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) verzameld [2]. In 2008 is voor het eerst landelijk onderzoek gedaan naar middelengebruik onder deze doelgroep.

- Een op de tien (11%) jongeren tussen de 12 en 15 jaar oud hebben ooit amfetamine gebruikt, bij jongeren van 16 en 17 is dat een op de vijf (19%), dit is ongeveer gelijk met de meting in 2008.
- Het ooitgebruik en laatste-maand-gebruik neemt toe naarmate de leeftijd toeneemt.

Daarnaast zijn er vanuit de Antenne-monitor uit 2019 specifiek gegevens beschikbaar over amfetaminegebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek . De ondervraagde jongeren waren merendeels 16-19 jaar oud (87%), de rest was 15 of tussen de 20 en 28 jaar.

- In 2012 had 4% van de jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam ooit amfetamine gebruikt. In 2019 lag dit percentage op 8,5% (tabel 7.3.5). In de Gooi en Vechtstreek werd een vergelijkbaar percentage gevonden van 8,7%.
- In 2019 onderzocht de Antenne-monitor in Amsterdam het gebruik onder buurtjongeren in de stadsdelen Amsterdam-Noord, Oud-West, Nieuw-West, Oud-Zuid en Oost (Nabben & Benschop, 2020). Het buurtpanel werd uitgevoerd door vijf jongeren- en straathoekwerkers onder vijf groepen waarin zich in totaal ongeveer 100 buurtjongeren bevinden. De panelleden rapporteren wel het gebruik van de stimulerende middelen ecstasy en cocaïne, maar amfetamine wordt vooralsnog niet genoemd.

Kwetsbare jongeren in de regio

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen van kwetsbare jongeren in diverse regio’s van Nederland [4,5]. Deze monitor probeert zicht te krijgen op groepen jongeren waarin sprake is van problematisch drugsgebruik, meervoudige problematiek in de directe, institutionele of sociale omgeving, of het veroorzaken van overlast.

- In meer dan helft van de groepen (19 van de 35) werd amfetamine gebruikt. Professionals rapporteren dat het gebruik in groepen in de noordelijke (Friesland, Groningen en Drenthe) en de oostelijke (Overijsel en Gelderland) provincies hoger ligt dan in andere provincies.
- De groepen waarin amfetamine wordt gebruikt bestaan volgens professionals voornamelijk uit jongeren zonder migratieachtergrond.
- Volgens de professionals is het middel populair door de lange werkingsduur en de lage prijs.
- In vergelijking met 2019 zien professionals vooral in jongerengroepen in de regio Oost een

toename in amfetaminegebruik. Het gebruik van amfetamine is in vijf van de 19 gebruiksgroepen afgenomen, in vijf is het gebruik toegenomen en in het overgrote deel (8 van de 19) is het gebruik gelijk gebleven.

Gebruik van amfetamine in kwetsbare groepen jongeren

Groep	Locatie	Peiljaar	Leeftijd	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik	Laatste-maand-gebruik (%)
Praktijkonderwijs	Nederland	2019	12-16 jaar	2,0	-	1,3
		2008	12-16 jaar	1,3	-	0,2
Cluster 4	Nederland	2019	12-16 jaar	4,6	-	1,7
		2008	12-16 jaar	6,5	-	2,9
Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen	Nederland	2021	14-24 jaar	14	-	2
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Nederland	2020	12-15 jaar	11	-	2,9
	Nederland	2008	12-15 jaar	11	-	2,3
	Nederland	2020	16-17 jaar	19	-	4,0
	Nederland	2008	16-17 jaar	21	-	2,1
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2019	16+	8,5	5,1	-
	Gooi en Vechtstreek	2019	16+	8,7	8,7	-
	Amsterdam[1]	2012	16 jaar (gemiddeld)	4,1	3,3	0,4

Percentage ooitgebruikers, laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. - = Niet gemeten. 1. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Bronnen: EXPLORE, Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Möhle M, Van Gelder N, Rombouts M, Scheffers-van Schayck T, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
3. Möhle M, Rombouts M, Van Gelder N, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de Justitiële Jeugdinrichtingen: Het EXPLORE-onderzoek 2022. Utrecht: Trimbos-insituut; 2022.
4. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
5. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.

7.4 Problematisch gebruik

Snel naar:

- Definitie problematisch amfetaminegebruik
- Hoog-risico gebruik
- Amfetamine als combinatiemiddel
- Acute gezondheidsproblemen
- Ziekte en sterfte
- Problematisch amfetaminegebruik en ADHD

Gegevensbronnen

Gegevens over hoog-risico gebruik van amfetamine onder volwassenen zijn afkomstig van de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A). Ook worden gegevens uit de Monitor Drugsincidenten gebruikt om het gecombineerd gebruik van amfetamine en andere middelen inzichtelijk te maken (zie § 7.6.2). Het rapport ‘Slammen in Nederland’ van Mainline wordt aangehaald om problemen in het gebruik van methamfetamine te beschrijven [1]. Daarnaast geeft ‘Het Grote Uitgaansonderzoek 2020’ informatie over het aantal gebruikers dat zelf vindt dat zij te veel of te vaak gebruiken, of willen stoppen of minderen, een indicatie voor problematisch gebruik [2].

Definitie problematisch amfetaminegebruik

De term problematisch middelengebruik kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie ‘problematisch gebruik’ in bijlage D). Bij de verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd staat echter het volgende aspect centraal, namelijk een gebruikspatroon dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen. Er is voor amfetamine geen schatting van de omvang van problematisch gebruik (bijlage B12). Dat komt onder andere omdat het aantal chronisch harddrugsgebruikers of frequent gebruikers van amfetamine in algemene bevolkingsonderzoeken, zoals de LSM-A of NEMESIS, te klein is om betrouwbare schattingen te kunnen maken. Er is wel een definitie van hoog-risico amfetaminegebruik vastgesteld door het Europese Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EMCDDA) (zie ‘hoog-risico gebruik’ hieronder).

Hoog-risico gebruik

Het Europese Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EMCDDA) geeft geen definitie van problematisch gebruik, maar wel een definitie van een hoog-risico gebruiker. In deze definitie wordt iemand die wekelijks of vaker amfetamine gebruikt als hoog-risico gebruiker aangemerkt [3].

- Uit de LSM-A Middelen 2020 (zie § 7.2.3) bleek dat 8,4% van de laatste-jaar-gebruikers (1,2%) van amfetamine eens per week of vaker gebruikte. Deze gebruiksfrequentie wordt gezien als een risicofactor voor het ontwikkelen van problemen in het gebruik van amfetamine.
- De LSM-A Middelen 2020 (zie § 7.2.3) liet zien dat van de laatste-jaar-gebruikers 10,2%

amfetamine gebruikte op zowel doordeweekse dagen als in het weekend. Het gebruik van amfetamine op zowel doordeweekse dagen als in het weekend is een risicofactor voor mogelijk problematisch gebruik.

Amfetamine als combinatiemiddel

Uit de Monitor Drugsincidenten blijkt dat bij incidenten met amfetamine, in vergelijking met andere drugs het vaakst sprake is van een mengintoxicatie, amfetamine wordt dus het vaakst van alle middelen gecombineerd met een andere middel [4]. Ook uit internationale literatuur blijkt dat amfetamine regelmatig gecombineerd wordt met andere middelen [5]. Het gebruik van amfetamine kan, net als het gebruik van andere amfetamine-achtigen, kan leiden tot cardiovasculaire complicaties zoals cardiomyopathie of beroertes [6,7]. Maar ook andere combinaties kunnen risico's met zich meebrengen, zo kan het combineren van amfetamine met psychedelica de kans op angst en paniekaanvallen verhogen.

Acute gezondheidsproblemen

Acute gezondheidsincidenten ten gevolge van het gebruik van amfetamine worden beschreven in § 7.6.2.

Ziekte en sterfte

Een uitgebreide beschrijving van de psychische en lichamelijke risico's ten gevolge van amfetamine staan beschreven in § 7.7.1. In § 7.7.2 wordt stilgestaan bij sterfte ten gevolge van amfetamine.

Problematisch amfetaminegebruik en ADHD

Uit onderzoek blijkt dat ADHD het risico vergroot op problematisch middelengebruik, waaronder problematisch amfetaminegebruik. Mogelijk gebruikt een deel van de problematisch amfetaminegebruikers om symptomen van (ongediagnosticeerde) ADHD te reguleren . De werkingsmechanismen van amfetamine en ADHD-medicijnen, zoals methylfenidaat of dexamfetamine, zijn gelijksoortig, zij grijpen op dezelfde wijze in op de hersenen.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Knoops L, Van de Poll S, Albers T. Slammen in Nederland: het injecteren van drugs in een seksuele setting. Mainline; 2021.
2. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
3. EMCDDA. European Drug Report 2014: Data and statistics [Internet]. High risk drug use — an overview of the methods and definitions used. 2014. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/data/2014/methods-hrdu
4. Schürmann L, Croes E, Vercoulen E, Valkenberg H. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.

5. Quek LH, Chan GCK, White A, Connor JP, Baker PJ, Saunders JB, et al. Concurrent and Simultaneous Polydrug Use: Latent Class Analysis of an Australian Nationally Representative Sample of Young Adults. Vol. 1, Frontiers in Public Health. 2013. p. 1–9.
6. Jafari Giv M. Exposure to Amphetamines Leads to Development of Amphetamine Type Stimulants Associated Cardiomyopathy (ATSAC). Vol. 17, Cardiovascular Toxicology. Springer US; 2017. p. 13–24.
7. Westover AN, McBride S, Haley RW. Stroke in young adults who abuse amphetamines or cocaine: A population-based study of hospitalized patients. Vol. 64, Archives of General Psychiatry. 2007. p. 495–502.

7.5 Gebruik: internationale vergelijking

7.5.1 Algemene bevolking internationaal

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en Turkije [1]. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [2,3]. In Canada bestaat er hiervoor de Canadian Alcohol and Drugs Survey (CADS) [4] en in Australië is er het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [5]. Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Van invloed is onder andere de leeftijdsgroep. Vergeleken met sommige andere landen, is het gebruik van amfetamine in Nederland meer geaccepteerd, waardoor gebruikers in een bevolkingsonderzoek mogelijk eerder zullen rapporteren amfetamine te gebruiken. Voor Nederland kunnen hierdoor hogere percentages worden gevonden, vergeleken met landen waar het gebruik van amfetamine minder is geaccepteerd. Maar de mate waarin dit een rol speelt is onbekend.

Voor het vergelijken van verschillende landen en regio's richt de NDM zich vooral op de resultaten van bevolkingsonderzoeken en wordt maar beperkt gebruik gemaakt van analyses van het rioolwater. Wel worden deze analyses hieronder genoemd. Voor deze analyses van het rioolwater is nog onduidelijk in hoeverre deze een goede vergelijking mogelijk maken tussen verschillende landen en regio's in de mate van het drugsgebruik (zie bijlage B7). Het gaat hieronder om de rioolwateranalyses met gegevens over het drugsgebruik in ongeveer tachtig Europese steden [6]. Voor amfetamine werden gegevens verzameld in 62 steden en voor methamfetamine werden gegevens verzameld in 69 steden.

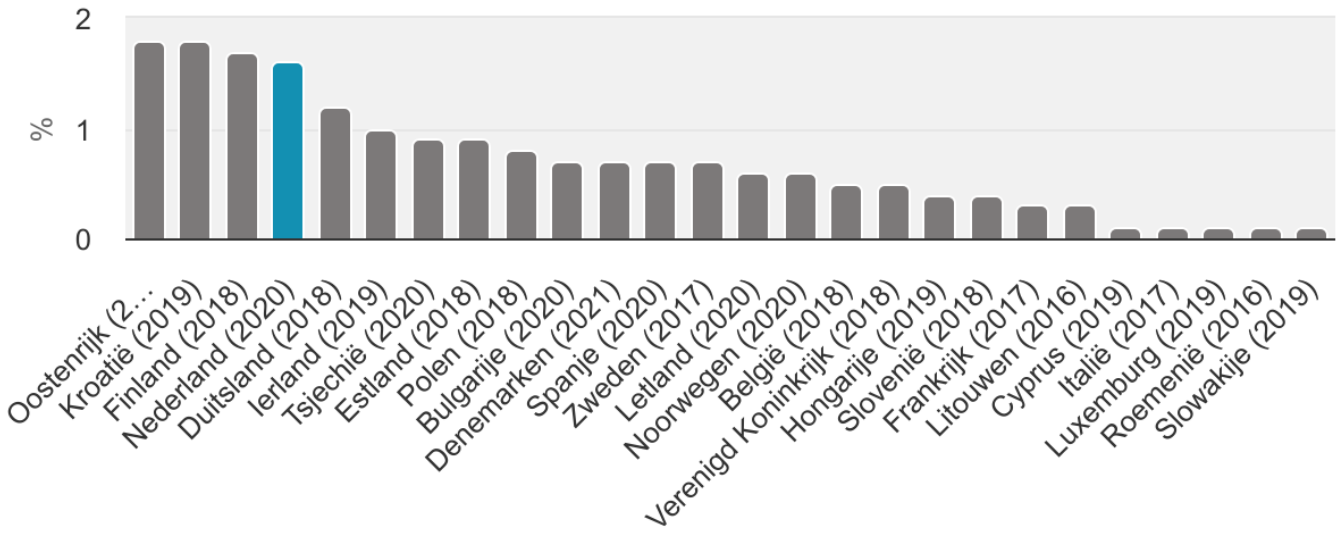
Vergelijking tussen landen

Onderstaande figuren en tabel presenteren gegevens over het gebruik van amfetamine in een aantal lidstaten van de EU-14, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar), tenzij anders aangegeven. Gegevens voor de Verenigde Staten, Canada en Australië staan in de tabel daaronder. Voor zover beschikbaar, zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in bijlage C vermeld. Het Europees gemiddelde zoals berekend door het EMCDDA is daarbij een schatting die is gewogen op basis van de bevolkingsomvang. Landen met veel inwoners tellen daardoor zwaarder mee. Voor dit Europees gemiddelde zijn voor Nederland de cijfers van 2020 gebruikt. De cijfers van 2021 voor Nederland waren nog niet beschikbaar voor het EMCDDA.

- In 2020 had in Nederland 5,3% van de bevolking van 15-64 jaar ervaring met amfetamine. Inclusief Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en Turkije, heeft het EMCDDA gegevens over het gebruik van amfetamine gepubliceerd voor in totaal 27 landen. Voor zover vergelijkbaar, komt Nederland met 5,3% ooitgebruik binnen deze 27 landen op de vierde plaats na het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales, 8,6%), Denemarken (7,9%), en Estland (6,1%) (zie onderstaande tabel en bijlage C). De laagste percentages (minder dan 1%) werden gevonden in Slowakije, Cyprus, Portugal, Malta, Roemenië en Turkije [1].

- Het percentage laatste-jaar-gebruik van amfetamine varieert in de 27 landen die het EMCDDA noemt van minder dan 0,1% in Portugal tot 1,8% in Kroatië en Oostenrijk. Nederland ligt met 1,6% op de vierde plaats in Europa. Het EU-gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik onder 15-64-jarigen lag op 0,7% [1].
- Ook het gebruik van amfetamine onder de jongvolwassenen van 15-34 jaar ligt in Nederland hoog vergeleken met andere EU landen (zie onderstaande tabel). Het laatste-jaar-gebruik lag in Nederland op 2,7%. Het EU-gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik in deze leeftijdsgroep lag op 1,4% [1].
- In landen als Australië, de Verenigde Staten en Canada gaat het bij amfetamine vaker om methamfetamine. In de Verenigde Staten is expliciet gevraagd naar het gebruik van methamfetamine (zie de onderste tabel op deze pagina).

Percentage laatste-jaar-gebruikers van amfetamine in verschillende Europese landen. Leeftijdsgroep 15-64 jaar[I]



Het gebruik van amfetamine in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk en Duitsland: 18–64 jaar; Denemarken, Zweden, en Noorwegen: 16–64 jaar. Bron: European Drug Report 2022, EMCDDA

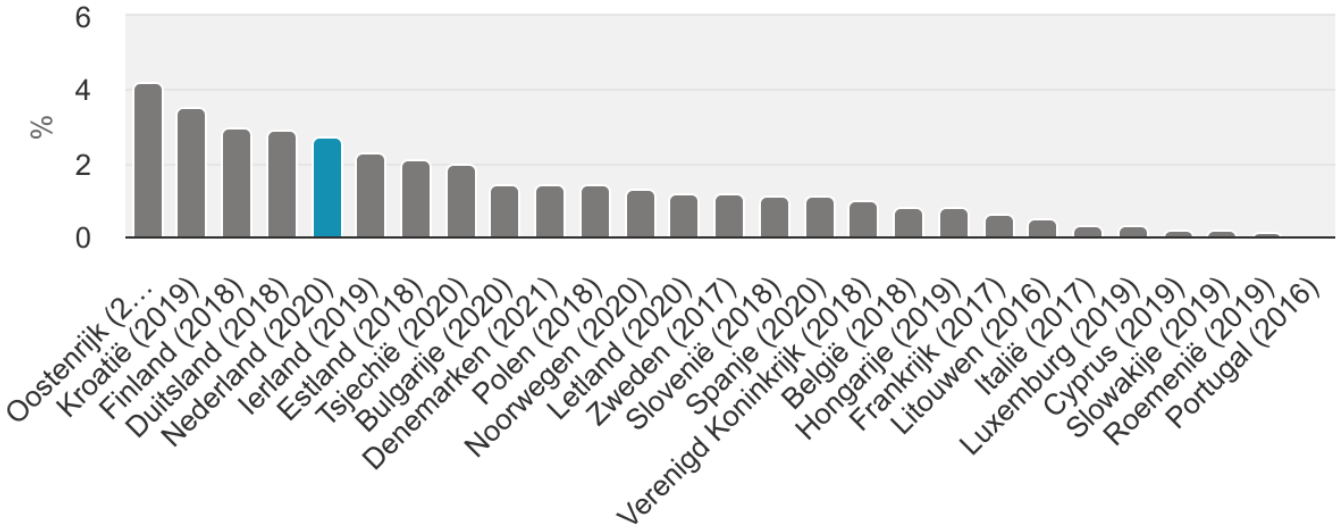
NDM

Land	Laatste jaar (%)
Oostenrijk (2020)	1,8
Kroatië (2019)	1,8
Finland (2018)	1,7

Land	Laatste jaar (%)
Nederland (2020)	1,6
Duitsland (2018)	1,2
Ierland (2019)	1,0
Tsjechië (2020)	0,9
Estland (2018)	0,9
Polen (2018)	0,8
Bulgarije (2020)	0,7
Denemarken (2021)	0,7
Spanje (2020)	0,7
Zweden (2017)	0,7
Letland (2020)	0,6
Noorwegen (2020)	0,6
België (2018)	0,5
Verenigd Koninkrijk (2018)	0,5
Hongarije (2019)	0,4
Slovenië (2018)	0,4
Frankrijk (2017)	0,3

Land	Laatste jaar (%)
Litouwen (2016)	0,3
Cyprus (2019)	0,1
Italië (2017)	0,1
Luxemburg (2019)	0,1
Roemenië (2016)	0,1
Slowakije (2019)	0,1

Percentage laatste-jaar-gebruikers van amfetamine in verschillende Europese landen. Leeftijdsgroep 15-34 jaar[I]



Het gebruik van amfetamine in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk en Duitsland: 18–34 jaar; Denemarken, Zweden, en Noorwegen: 16–34 jaar. Bron: European Drug Report 2022, EMCDDA

NDM

Land	Laatste jaar (%)
Oostenrijk (2020)	4,2
Kroatië (2019)	3,5
Finland (2018)	3,0
Duitsland (2018)	2,9
Nederland (2020)	2,7
Ierland (2019)	2,3
Estland (2018)	2,1
Tsjechië (2020)	2,0
Bulgarije (2020)	1,4
Denemarken (2021)	1,4
Polen (2018)	1,4
Noorwegen (2020)	1,3
Letland (2020)	1,2
Zweden (2017)	1,2
Slovenië (2018)	1,1
Spanje (2020)	1,1
Verenigd Koninkrijk (2018)	1,0

Land	Laatste jaar (%)
België (2018)	0,8
Hongarije (2019)	0,8
Frankrijk (2017)	0,6
Litouwen (2016)	0,5
Italië (2017)	0,3
Luxemburg (2019)	0,3
Cyprus (2019)	0,2
Slowakije (2019)	0,2
Roemenië (2019)	0,1
Portugal (2016)	

Gebruik van amfetamine in de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-14, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar (tenzij anders aangegeven)

		15-64 jaar			15-34 jaar		
Land	Jaar	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Verenigd Koninkrijk (Engeland & Wales)	2018	8,6	0,5	0,1	6,8	1	0,2
Denemarken	2021	7,9	0,7	0,2	8,1	1,4	0,3
Nederland	2020	5,3	2,1	0,6	6,7	2,7	1,1
Oostenrijk	2020	5,1	1,8	0,2	9,2	4,2	0,4
Ierland	2019	4,8	1	0,3	5,6	2,3	0,7
Finland	2018	4,7	1,7	0,6	6,9	3	0,7
Spanje	2020	4,3	0,7	0,3	4,2	1,1	0,5
Zweden	2017	-	0,7	0,2	-	1,2	0,4
Duitsland	2018	4,1	1,2	0,5	6,8	2,9	1,5
Noorwegen	2020	3,7	0,6	-	4,6	1,3	-
België	2018	-	0,5	-	-	0,8	-
Italië	2017	2,4	0,1	<0,1	1,9	0,3	<0,1
Frankrijk	2017	2,2	0,3	-	3,1	0,6	-
Portugal	2016	0,4	<0,1	<0,1	0,4	<0,1	<0,1

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen de landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers (15-64 jaar) en vervolgens op het percentage laatste-jaar-gebruikers (15-64 jaar). Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. 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. Het gaat om Frankrijk en Duitsland (18-64 jaar, 18-34 jaar), het Verenigd Koninkrijk (Engeland & Wales) (16-59 jaar), Denemarken en Noorwegen (16-64 jaar, 16-34 jaar), en Zweden (17-34 jaar). - = Gegevens ontbreken. Bron: EMCDDA. Voor de volledige bronvermelding: zie onderaan deze pagina.

Gebruik van (meth)amfetamine in de algemene bevolking van de Verenigde Staten, Australië en Canada: wisselende leeftijdsgroepen

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Verenigde Staten[I]	2020	18 en ouder	6,1	1	0,7
		12 en ouder	5,6	0,9	0,6
Australië	2019	14 en ouder	5,8	1,3	-
Canada[II]	2019	15 en ouder	3,2	0,5	-

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers. I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en de oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. In landen als Australië, de Verenigde Staten en Canada gaat het bij amfetamine vaker om methamfetamine. I. In de Verenigde Staten is expliciet gevraagd naar het gebruik van methamfetamine. II. In Canada is expliciet gevraagd naar het gebruik van methamfetamine/amfetamine. Bronnen: SAMHSA, AIHW, CADS. Voor de volledige bronvermeldingen: zie onderaan deze pagina.

Rioolwateranalyses

In 2021 analyseerde het EMCDDA gegevens van rioolwateranalyses uit ongeveer tachtig Europese steden [6]. Voor amfetamine werden gegevens verzameld in 62 steden en voor methamfetamine werden gegevens verzameld in 69 steden. In Eindhoven werd daarbij in 2021 een ongekend hoge lading gevonden voor amfetamine. Naar alle waarschijnlijkheid was dit het gevolg van dumpingen in het riool door drugsproducenten, waarmee deze hoge lading voornamelijk een weerslag is van dumpingen van amfetamine in het riool en niet van het gebruik. Het EMCDDA heeft de gegevens uit Eindhoven voor amfetamine en methamfetamine dan ook niet meer meegenomen in de analyses voor 2021. Daarmee blijven voor amfetamine gegevens beschikbaar uit 61 steden en voor methamfetamine uit 68 steden. In 2020 stond Eindhoven voor amfetamine nog op de tiende plaats met een load van 271,53 mg per 1.000 inwoners.

- Voor amfetamine werd in 2021 gevonden dat van de 61 Europese steden met amfetaminegegevens de stad Sandviken in Zweden bovenaan stond. In Sandviken lag de gemiddelde dagelijkse load amfetamine op 503,04 mg per 1.000 inwoners. Utrecht stond op de zesde plaats met een load van 236,80 mg per 1.000 inwoners. Amsterdam stond op de dertiende plaats met een load van 146,77 mg per 1.000 inwoners.
- Voor methamfetamine werd gevonden dat van de 68 Europese steden met methamfetaminegegevens de stad Ostrava in Tsjechië op de eerste plaats stond met een gemiddelde dagelijkse load methamfetamine van 684,14 mg per 1.000 inwoners. Amsterdam stond op de 22e plaats met een load van 38,18 mg per 1.000 inwoners. Utrecht stond op de 41e plaats met een load van 5,70 mg per 1.000 inwoners.
- Voor amfetamine vertonen de Nederlandse steden geen duidelijke trend. Tussen 2012 en 2020 daalde de load in Eindhoven van 416,75 naar 271,53 mg per 1.000 inwoners. In Utrecht daarentegen steeg de hoeveelheid aangetroffen amfetamine vanaf 2017 (74,89mg) tot 236,80mg in 2021. De hoeveelheid amfetamine die in Amsterdam werd aangetroffen vertoonde in deze periode een grillig verloop.
- Voor methamfetamine vertonen de Nederlandse steden een duidelijk stijgende trend. In Eindhoven steeg de load tussen 2016 en 2020 van 2,31 naar 26,61. Tussen 2012 en 2021 steeg in Amsterdam de load voor methamfetamine van 6,41 naar 38,18 en in Utrecht van 1,40 naar 5,70 mg per 1.000 inwoners.

Aanvullende informatie

1. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
2. SAMHSA. 2020 NSDUH Detailed Tables [Internet]. 2021. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2020-nsduh-detailed-tables
3. SAMHSA. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2021.
4. CADS. Canadian Alcohol and Drugs Survey (CADS): summary of results for 2019 [Internet]. 2021. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-alcohol-drugs-survey/2019-summary.html
5. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2019 [Internet]. Canberra: AIHW; 2020. Available from:

https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/national-drug-strategy-household-survey-2019/data
6. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: March 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#source-data

7.5.2 Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van 15 en 16 jaar in Europese landen. Tabel 7.5.2 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 [1–5].

- In 2019 werden voor het eerst gegevens gerapporteerd afgerond op 1 decimaal, om met meer precisie uitspraken te kunnen doen. In de voorafgaande jaren werden de prevalentiecijfers afgerond op hele getallen. Dit heeft als gevolg dat de prevalenties van 2019 niet direct vergeleken kunnen worden met de prevalenties van de voorafgaande jaren. De trendgegevens dienen daarom voorzichtig te worden geïnterpreteerd.
- Van de in tabel 7.5.2 genoemde landen was in 2019 het ooitgebruik van amfetamine het hoogst in Oostenrijk (2,2%). Nederland nam met 1,4% een middenpositie in, maar de verschillen tussen de landen zijn klein.
- Voor 35 onderling vergelijkbare Europese landen kwam het (ongewogen) gemiddelde van het percentage ooitgebruikers van amfetamine op 1,7%.
- Het ooitgebruik van methamfetamine in Nederland lag in 2019 op 0,7%, iets onder het (ongewogen) gemiddelde van 1,1% in de 35 Europese landen.

Gebruik van amfetamine onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 2003, 2007, 2011, 2015 en 2019

	2003 (%)		2007 (%)		2011 (%)		2015 (%)	2019 (%)
Land	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Ooit
Verenigde Staten[I]	13	9	11	9	7	5	-	-
Oostenrijk	4	4	8	-	-	-	3	2,2
Duitsland[II]	5	3	5	4	3	3	-	2,0
Ierland	1	0	3	2	2	2	3	2,0
België[III]	2	1	5	5	4	3	2	-
Zweden	1	1	2	1	2	1	1	1,8
Portugal	3	2	2	3	3	2	1	1,7
Verenigd Koninkrijk[IV]	3	2	2	-	-	-	-	-
Noorwegen	2	1	1	1	1	1	1	1,6
Frankrijk	3	-	4	4	4	3	2	1,5
Denemarken[V]	4	3	5	2	2	1	1	1,5
Finland	1	0	1	1	1	1	1	1,5
Nederland	1	1	2	1	1	1	2	1,4
Italië	3	2	4	2	2	2	2	1,1
Griekenland	0	0	3	2	2	1	2	1,1
Spanje[V]	4	3	3	1	2	1	1	1,0
Zwitserland	3	2	3	-	-	-	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. De tabel is primair geordend op het percentage ooitgebruikers in 2019. - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. Duitsland alleen voor zeven deelstaten in 2007, vijf deelstaten in 2011, en alleen voor één deelstaat in 2019 (Bavaria). III. België van 2003-2015 alleen voor Vlaanderen en geen gegevens beschikbaar voor 2019. IV. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen) en geen gegevens meer beschikbaar voor 2019. V. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. Bron: ESPAD (Molinaro et al., 2020).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN; 2009.
2. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: CAN; 2012.
3. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al. The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries Björn. Stockholm: CAN; 2004.
4. Kraus L, Leifman H, Vicente J. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. Available from: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
5. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

7.6 Hulpvraag en incidenten

Gegevensbronnen

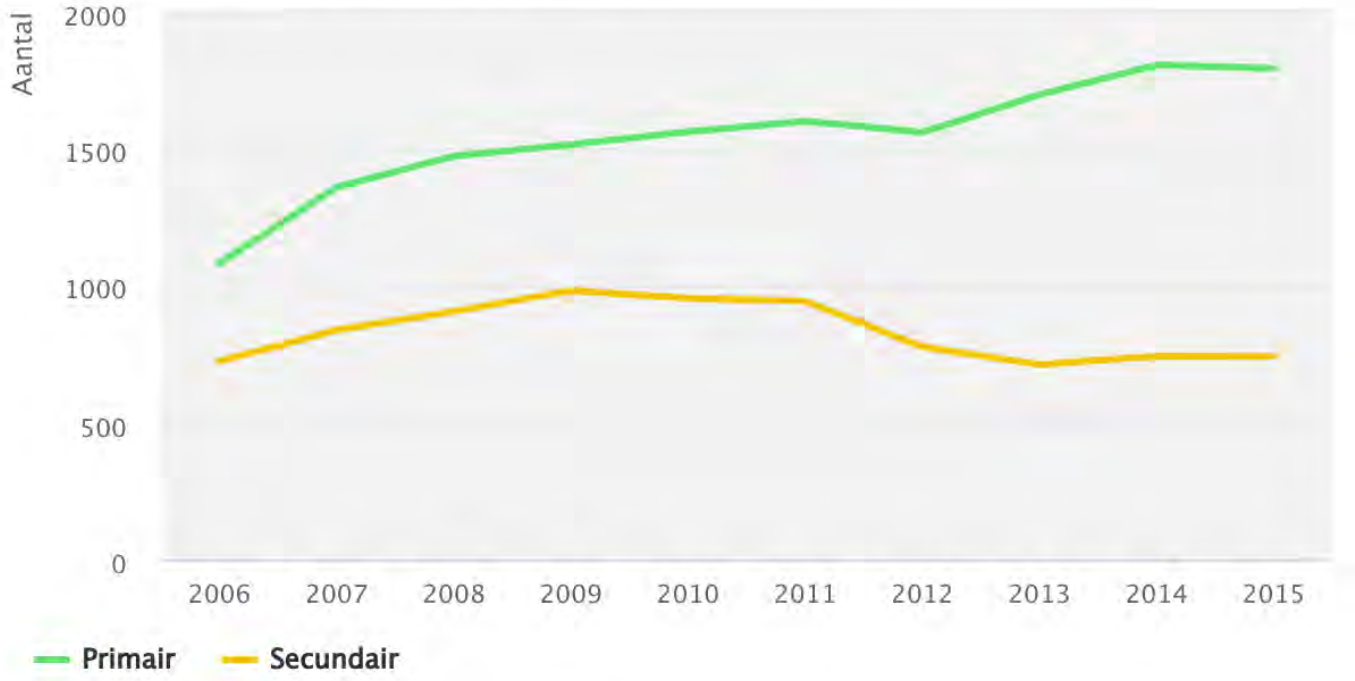
Problemen gerelateerd aan het gebruik van amfetamine worden onder andere gezien en behandeld in de verslavingszorg en in de algemene ziekenhuizen. De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat een schatting van het aantal klinische opnames met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose. Amfetamine behoort in deze registratie net als o.a. ecstasy tot de groep psychostimulantia, de cijfers uit de basisregistratie hebben dus betrekking op beide middelen. Deze cijfers zijn te vinden in § 7.6.2. Zie bijlage B5 voor de meest recente gegevens van de LBZ. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) rapporteerde tot en met 2015 over de hulpvraag in de verslavingszorg. De acute hulpvraag wordt geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten (MDI). Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen.

7.6.1 Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. Instellingen voor verslavingszorg leverden tot en met 2015 gepseudonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) [1].

Let op: Tussen 2015 en 2022 zijn er geen nieuwe gegevens beschikbaar gekomen uit het LADIS (zie bijlage B6: LADIS), omdat deze niet meer verzameld konden worden in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag (een wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) geregeld voor het aanleveren van gegevens, waarna de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart kon worden. De ‘pauze’ heeft echter gezorgd voor een onderregistratie, waardoor de gegevens niet volledig zijn.
De Tussenrapportage Kerncijfers Verslavingszorg 2016-2021 geeft een voorlopig beeld van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. In het najaar van 2023 wordt een gedetailleerdere versie van deze rapportage verwacht, aangevuld met de gegevens van 2022. Deze gegevens worden daarom later dit jaar verwerkt in de Nationale Drug Monitor.

Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire amfetamineproblematiek, vanaf 2006



Aantal cliënten. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

Categories	Primair	Secundair
2006	1082	724
2007	1360	838
2008	1473	906
2009	1516	982
2010	1562	954
2011	1601	944
2012	1560	777

Categories	Primair	Secundair
2013	1698	712
2014	1806	743
2015	1794	742

Behandeling

In 2017 werd de ‘Richtlijn detoxificatie’ openbaar, waarin het hoofdstuk ‘stimulantia’ ook de ontgifting bij amfetaminegebruik beschrijft [2]. Er is nog geen medicamenteuze behandeling beschikbaar voor onthoudingsverschijnselen na amfetaminegebruik, en daarom is de behandeling gericht op symptoombestrijding. In de behandeling van volwassenen met een afhankelijkheid van amfetamine staat een psychologische behandeling met cognitieve gedragstherapie en (bij voorkeur intensieve) motiverende gespreksvoering voorop [3]. Het toevoegen van contingentie management aan de behandeling kan de resultaten verbeteren en motiverende gespreksvoering heeft een rol bij terugvalpreventie. Ook zelfhulp kan worden ingezet. Er is nog geen bewijs voor een effectieve farmacologische behandeling.

Multidisciplinaire richtlijn

Meer in het algemeen valt de behandeling van problematisch gebruik van amfetamine onder de “Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines” [4]. Al met al adviseert de Multidisciplinaire richtlijn om bij een stoornis in het gebruik van amfetamine cognitieve gedragstherapie aan te bieden in combinatie met intensieve motiverende gespreksvoering. Ook wordt aanbevolen om, gedurende meerdere maanden, contingentie management aan te bieden, waarbij het niet gebruiken van amfetamine systematisch wordt beloond. In San Francisco zijn inmiddels goede ervaringen opgedaan met het bevorderen van positieve gevoelens bij gebruikers van methamfetamine [5]). In Duitsland is gebleken dat voor de behandeling van een verslaving aan methamfetamine een gebruikelijke vorm van zes maanden intramurale groepstherapie al evenveel effect had als een nieuwe vorm van groepstherapie die inhoudelijk speciaal was gericht op methamfetamine [6].

Verslavingszorg in 2015

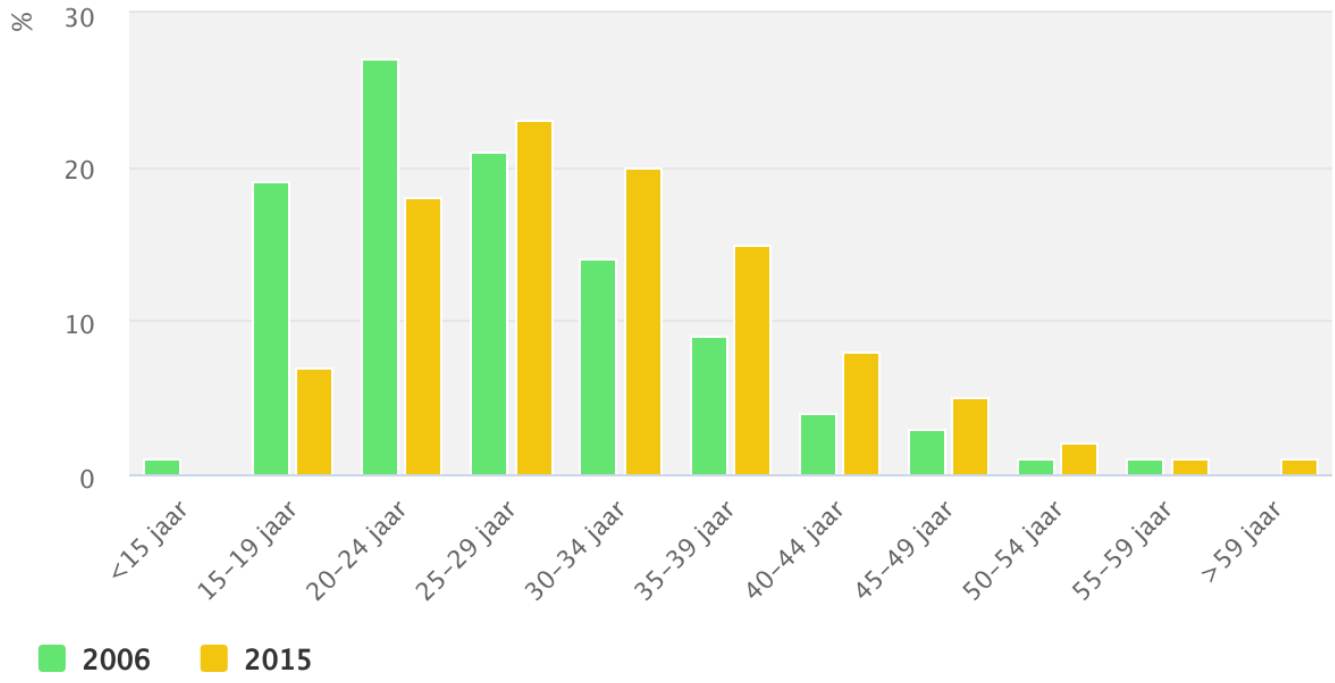
In 2015 hadden in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het LADIS, het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem [1]. De wisselingen die zich in de jaren daarvoor hadden voorgedaan in de aanleverende

instellingen hebben slechts een beperkte invloed gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en hebben de trends niet noemenswaardig beïnvloed.

- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem steeg tussen 2006 en 2014 naar 1.806 (+67%), en bleef in 2015 op dit niveau (figuur 7.6.1).
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef relatief beperkt, maar steeg tussen 2006 en 2014 van 4% naar 5% en steeg verder naar 6% in 2015.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire amfetaminecliënten van 8 in 2006 naar 13 in 2014 en 2015.
- In 2015 was ongeveer 1 op de 4 primaire amfetaminecliënten een nieuwkomer (23%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Van de 1.794 primaire amfetaminecliënten stond bij 1.010 cliënten (56%) naast hun primaire problematiek ook een secundaire problematiek geregistreerd. Bij de secundaire problematiek ging het om cannabis (35%), alcohol (20%), cocaïne of crack (13%), ecstasy (9%), GHB (5%), slaap- en kalmeringsmiddelen (5%), of nicotine (3%).
- Voor 742 cliënten was amfetamine in 2015 een secundair probleem. Voor deze groep was het primaire probleem cannabis (35%), alcohol (28%), cocaïne of crack (13%), GHB (9%), of heroïne (7%).

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

Leeftijdsverdeling van de primaire amfetaminecliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

Categories	2006	2015
<15 jaar	1	
15-19 jaar	19	7
20-24 jaar	27	18
25-29 jaar	21	23
30-34 jaar	14	20
35-39 jaar	9	15
40-44 jaar	4	8
45-49 jaar	3	5
50-54 jaar	1	2
55-59 jaar	1	1
>59 jaar		1

- In 2015 waren bijna 8 van de 10 primaire amfetaminecliënten man (77%).
- De gemiddelde leeftijd was 31 jaar, iets hoger dan in 2006 (27 jaar). In 2015 lag de piek in de leeftijdsgroep 25-29 jaar; in 2006 lag de piek in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (figuur 7.6.2).
- In 2015 had 49% van de primaire amfetaminecliënten geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, 40% had een middelbare opleiding en 11% had een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage D onder: Cliënt LADIS.)

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2015. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg; 2016.
2. Dijkstra B, Van Oort M, Schellekens A, De Haan H, De Jong C. Richtlijn detoxificatie van psychoactieve middelen: Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren; 2017.
3. Lee NK, Rawson RA. A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. Vol. 27, Drug and Alcohol Review. 2008. p. 309–317.
4. Hendriks V, Blanken P, Croes E, Schippers G, Schellekens A, Stollenga M, et al. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz; 2018.
5. Carrico AW, Gómez W, Jain J, Shoptaw S, Discepola MV, Olem D, et al. Randomized controlled trial of a positive affect intervention for methamphetamine users [Internet]. Vol. 192, Drug and Alcohol Dependence. 2018. p. 8–15. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871618305015
6. Kamp F, Proebstl L, Hager L, Schreiber A, Riebschläger M, Neumann S, et al. Effectiveness of methamphetamine abuse treatment: Predictors of treatment completion and comparison of two residential treatment programs [Internet]. Vol. 201, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier; 2019. p. 8–15. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871619301541

7.6.2 Algemene ziekenhuizen

Aantal opnames

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft gegevens gepubliceerd over de opnames in de algemene ziekenhuizen gerelateerd aan drugs en alcohol voor de registratiejaren 2015 tot en met 2018 [1].

- Het aantal klinische opnames en observaties in de algemene ziekenhuizen waarbij een probleem met psychostimulantia als hoofddiagnose werd gesteld, schommelde van 2015 tot en met 2018 tussen 330 en 390 hoofddiagnoses (figuur 7.6.3). Behalve om amfetamine gaat het bij de psychostimulantia ook om andere psychostimulantia zoals ecstasy, cafeïne, efedrine, khat, 3-mmc en 4-mmc. Zie bijlage B5 voor een toelichting op het verschil tussen klinische opnames en observaties.
- Vaker spelen problemen met psychostimulantia een rol als nevendiagnose. Het aantal nevendiagnoses waarbij psychostimulantia een rol speelden schommelde van 2015 tot en met 2018 tussen 420 en 510 nevendiagnoses (figuur 7.6.3).

Klinische opnames en observaties[I] in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan psychostimulantia, 2015–2018



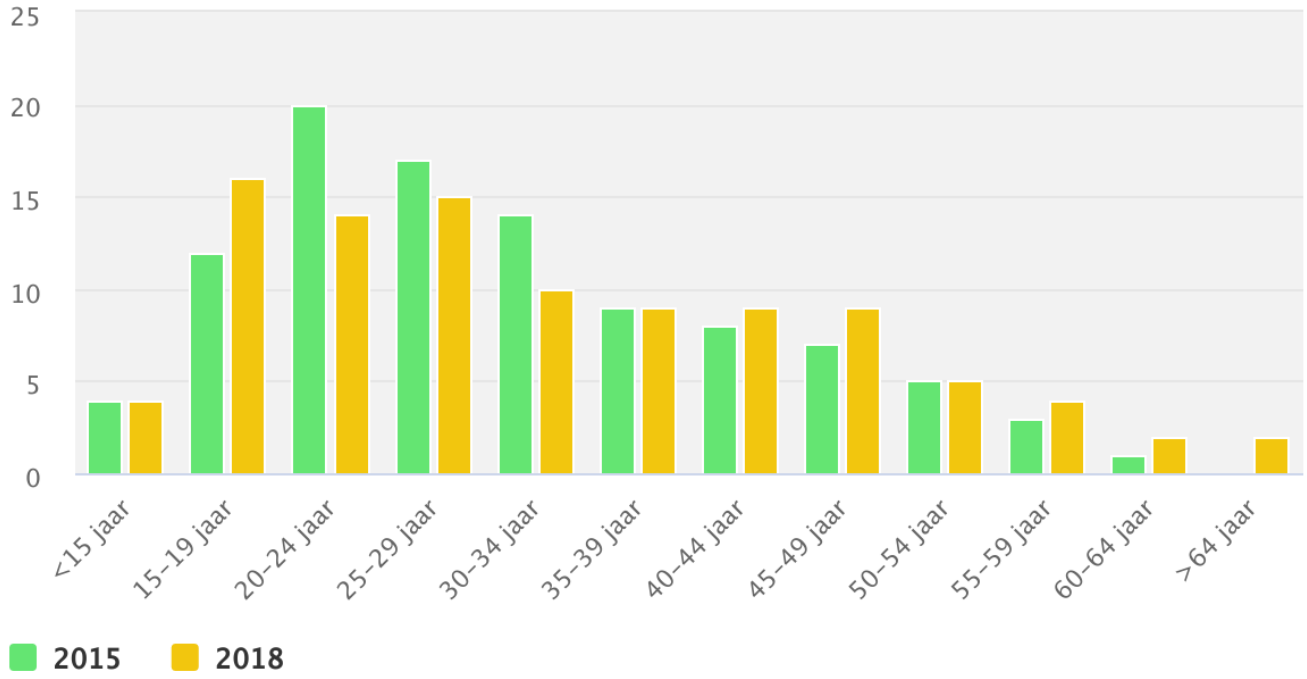
Aantal diagnoses afgerond op vijftallen, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-10 codes: F15 (psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen), T43.6 (vergiftiging door psychostimulantia met mogelijkheid tot misbruik). I. Zie bijlage B5 voor definities. Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020b).

NDM

Categories	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2015	430	360
2016	420	350
2017	510	390
2018	460	330

- 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 2018 om 760 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een probleem gerelateerd aan psychostimulantia als hoofd of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 33 jaar; 60% was man. De gemiddelde leeftijd van de psychostimulantiapatiënten was daarmee gestegen van 31 jaar in 2015 naar 33 jaar in 2018. Het percentage dat 40 jaar of ouder was steeg van 24% in 2015 naar 31% in 2018 (figuur 7.6.4). Gecorrigeerd voor dubbeltellingen schommelde het aantal patiënten in deze jaren tussen 740 en 850 patiënten.

Leeftijdsverdeling van psychostimulantiapatiënten (hoofd en nevendiagnoses samengenomen) in algemene ziekenhuizen. Peiljaren 2015 en 2018



Percentage patiënten per leeftijdsgroep. Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020b).

NDM

CategoriesLeeftijd	2015	2018
<15 jaar	4	4
15-19 jaar	12	16
20-24 jaar	20	14
25-29 jaar	17	15
30-34 jaar	14	10
35-39 jaar	9	9
40-44 jaar	8	9

CategoriesLeeftijd	2015	2018
45-49 jaar	7	9
50-54 jaar	5	5
55-59 jaar	3	4
60-64 jaar	1	2
>64 jaar		2

Aanvullende informatie

Bronnen

1. CBS. Ziekenhuisopnamen voor middelengebruik, 2015-2018: 1-9-2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/36/ziekenhuisopnamen-voor-middelengebruik-2015-2018

7.6.3 Incidenten

In het kort: Het gebruik van alleen amfetamine komt in de Monitor Drugsincidenten (MDI) weinig voor. Amfetamine wordt vaak gecombineerd met andere drugs en is met name bij ambulancediensten en ziekenhuizen verantwoordelijk voor ernstige drugincidenten. Bij informatieverzoeken aan het Nationale Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) in Utrecht wordt amfetamine minder vaak genoemd dan cocaïne of ecstasy.

Snel naar:

- Monitor Drugsincidenten
- Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Gegevensbronnen

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage B3) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende eerste hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door forensisch artsen of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) [1]. De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen. Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Monitor Drugsincidenten

In 2021 werden in totaal 3.984 drugsincidenten geregistreerd. Het gebruik van amfetamine werd bij 125 (3%) van de incidenten gemeld, waarvan 35% als enige gebruikte drug (monogebruik) met of zonder alcohol. Bij de rest werd amfetamine in combinatie met één of meer andere drugs gebruikt, meestal met GHB (45%), cocaïne (28%), ecstasy (20%) en/of cannabis (19%).

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van amfetamine

- In 2021 werd 28% van de geregistreerde incidenten met amfetamine gemeld door ambulancediensten, 10% door MDI-ziekenhuizen, 39% door LIS-ziekenhuizen, 5% door EHBO-diensten en 18% door forensisch artsen.
- Incidenten die worden geregistreerd bij de MDI worden ingedeeld naar de mate van intoxicatie (licht, matig of ernstig). In het LIS wordt de mate van intoxicatie niet bijgehouden. In 2021 waren de meeste patiënten die werden behandeld door ambulancepersoneel (65%) ernstig onder invloed na het gebruik van amfetamine. Bij deze patiënten was vaak sprake van cardiovasculaire complicaties als snelle hartslag en bloeddruk, hartritmestoornissen of een

verlaagd bewustzijn. Amfetamine-patiënten die op EHBO-posten worden behandeld zijn doorgaan minder zwaar onder invloed (zie tabel hieronder). Lichte intoxicaties zijn voornamelijk gekenmerkt door opwinding of angst, pijn op de borst en hartkloppingen.

- Bij 43% van de in 2021 geregistreerde incidenten met amfetamine als enige gebruikte drug werd ook alcohol gebruikt.
- Patiënten met een amfetamine intoxicatie zijn relatief oud. De mediane leeftijd van patiënten met een amfetamine-intoxicatie bedroeg in 2021 33 jaar. Ter vergelijking, de mediane leeftijd van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie bedroeg 31 jaar.

Incidenten met amfetamine als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2021

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	35 (4)	13 (2)	49 (5)	22 (3)	6 (2)
Man (%)*	74	62	61	95	50
Leeftijd: <25 jaar (%)*	20	15	20	9	33
Ook alcohol gebruikt (%)*	55	54	33	42	50
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	30	17	-	63	100
Matig (%)[II]	4	25	-	25	0
Ernstig (%)[III]	65	58	-	13	0

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

Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [2].

- Het aantal telefonisch gemelde blootstellingen met amfetamine (96) is lager dan middelen als ecstasy (176), cocaïne (182) of 3-MMC (162), maar hoger dan ketamine (76) of GHB (83) bij personen van 13 jaar en ouder.
- Naast de telefonische raadplegingen kunnen ook risicoanalyses via de website www.vergiftigingen.info uitgevoerd worden. Deze website is vrij toegankelijk. Amfetamine stond hier op de vierde plaats met 370 risicoanalyses, na MDMA, cocaïne en GHB/GBL.
- Het NVIC werd in 2020 geraadpleegd over 1.592 blootstellingen aan drugs. Het NVIC heeft een lichte daling van het aantal telefonische raadplegingen over amfetamine waargenomen (96 ten opzichte van 104 in 2020).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Van Velzen AG, Mulder-Spijkerboer HN, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2021: NVIC Rapport 01/2022. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2022.

7.7 Ziekte en sterfte

7.7.1 Ziekte

De risico's van het gebruik van amfetamine en methamfetamine zijn onder te verdelen in acute en chronische risico's en kunnen van lichamelijke of psychische aard zijn. Daarnaast kan het gebruik grote sociaal-maatschappelijke gevolgen hebben.

Lichamelijke risico's

In het acute (direct na gebruik) en subacute (binnen enkele dagen na gebruik) stadium van (meth)amfetaminegebruik zijn lichamelijke complicaties over het algemeen mild, al kunnen levensbedreigende ontregelingen van organen (hart, hersenen, lever, nieren) en systemen (zoals bloedcirculatie en temperatuurregulatie) ontstaan. De complicaties zijn niet altijd gerelateerd aan de dosis; ook individuele aanleg en omgevingsfactoren kunnen een rol spelen. Beruchte complicaties bij frequent gebruik zijn uitputting, gewichtsverlies en ondervoeding en schade aan hart en vaten, zenuwstelsel en longen [1]. Wereldwijd wordt geschat dat (meth)amfetaminegebruikers een zesmaal zo hoge kans hebben om te overlijden [2].

- Net als bij ecstasygebruik is hyperthermie (oververhitting) een zeer bedreigend acuut risico van (meth)amfetaminegebruik met kans op dodelijke afloop [3] (zie § 6.7).
- Zowel na eenmalig als bij chronisch gebruik kan (meth)amfetamine leiden tot een versnelde hartslag, hartritmestoornissen, een verhoogde bloeddruk, een hart- of herseninfarct, een verminderde pompfunctie van het hart en andere stoornissen aan hart en vaten. Bij grote lichamelijke inspanning kan een plotselinge hartdood optreden [3–5].
- Leverfalen kan variëren van milde vormen van geelzucht tot het massaal afsterven van levercellen. Soms is een levertransplantatie noodzakelijk of is de leverschade fataal. Na langdurig gebruik van (meth)amfetamine kunnen ernstige oververmoeidheid, lichamelijke uitputting, verminderde conditie en gewichtsverlies ontstaan. Door verminderde weerstand en een tekort aan voedingsstoffen kunnen nagels gaan afbrokkelen en tanden loszitten [3,6]. Ook kan het langdurig gebruik van stimulerende middelen leiden tot stoornissen in de motoriek in de vorm van tremoren (schudbewegingen) en een verminderde fijne motoriek van de hand [7]. Hierboven werd er al op gewezen dat door lang te feesten en nachten door te halen met behulp van (meth)amfetamine de weerstand kan verminderen [8]. Gebruikers kunnen daardoor sneller een infectie oplopen met bijvoorbeeld het coronavirus. Bovendien lopen zij het risico daarvan minder goed te herstellen. Ook als gebruikers ten tijde van een samenscholingsverbod doorgaan met daten, lopen zij een verhoogd risico om een infectie op te lopen met het coronavirus.
- Als gevolg van dwangmatige bewegingen, zoals tandenknarsen of kauwbewegingen, kunnen (meth)amfetaminegebruikers een slecht gebit krijgen en wonden krijgen op hun tong en wangslijmvlies door de constante irritatie.
- Het regelmatig snuiven van (meth)amfetamine kan leiden tot beschadiging van het neusslijmvlies en chronische verkoudheid, recidiverende bloedneuzen en het verlies van reukvermogen. Roken (basen) van (meth)amfetamine veroorzaakt schade aan longen en leidt tot ademhalingsproblemen. Injecteren verhoogt de kans op bloedoverdraagbare infecties, zoals

hiv en hepatitis B en C. Roken en injecteren van (meth)amfetamine komen in Nederland zelden voor, al duiken af en toe signalen op dat in West-Brabant GHB-gebruikers amfetamine injecteren. Dit lijkt momenteel beperkt te blijven tot een kleine groep van hooguit enkele tientallen personen. Ook wordt in bepaalde MSM-kringen op beperkte schaal methamfetamine geïnjecteerd (zie § 7.3).

Psychische risico's van amfetaminegebruik

Amfetaminegebruik kan leiden tot afhankelijkheid en misbruik en kan volgens de DSM de oorzaak zijn van angst- en stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, delirium en slaap- en seksuele stoornissen. Ontwenning van amfetamine kan psychiatrische verschijnselen veroorzaken. Amfetaminegebruik kan bovendien bestaande psychiatrische ziekten uitlokken. Wereldwijd wordt geschat dat van de (meth)amfetaminegebruikers 11% te maken krijgt met afhankelijkheid [2].

Psychose

Bij regelmatig amfetaminegebruik stijgt de gevoeligheid voor het ontwikkelen van een psychose (met hallucinaties en wanen) [3,5,6,9,10].

- Het ontwikkelen van een psychose lijkt samen te hangen met de totale hoeveelheid gebruikte amfetamine en het aantal malen dat men amfetamine heeft gebruikt [11]. Bij een chronisch 'binge'-patroon (in korte tijd hoge doseringen), zoals bij injecterend gebruik, kan een psychose zich in enkele maanden ontwikkelen.
- Ook een acute overdosering kan gepaard gaan met een psychose [12].
- Van de methamfetaminegebruikers ontwikkelt 10%-60% ooit in het leven een psychose [13]. Sommige chronische gebruikers van methamfetamine krijgen door de methamfetamine een persistente psychose die maandenlang en soms zelfs jarenlang kan voortduren [14]. Een persistente psychose verhoogt daarbij de kans op gewelddadig gedrag.
- Als de opwinding van de psychose niet snel onder controle is, loopt de patiënt kans op het ontwikkelen van acute hartproblemen, een beroerte, een te hoge bloeddruk in de longen en uitval van de nierfunctie [12].

Cognitief disfunctioneren

Regelmatig amfetaminegebruik kan ook leiden tot cognitief disfunctioneren en een onherstelbaar verlies van hersencellen [3,5]. Bij het abrupt stoppen met gebruik (onthouding of tijdens een detoxificatieperiode) kunnen psychiatrische onttrekkingsverschijnselen ontstaan, zoals depressie, angst en craving [3].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. hman A, Jerkeman A, Blomé MA, Björkman P, Hkansson A. Mortality and causes of death among people who inject amphetamine: A long-term follow-up cohort study from a needle exchange program in Sweden [Internet]. Vol. 188, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier; 2018. p. 274–280. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.053
2. Farrell M, Martin NK, Stockings E, Bórquez A, Cepeda JA, Degenhardt L, et al. Responding to

global stimulant use: challenges and opportunities. Vol. 394, Lancet. 2019. p. 1652–1667.
3. Cao D-N, Shi J-J, Hao W, Wu N, Li J. Advances and challenges in pharmacotherapeutics for amphetamine-type stimulants addiction [Internet]. Vol. 780, European Journal of Pharmacology. Elsevier; 2016. p. 129–135. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejphar.2016.03.040
4. Carvalho M, Carmo H, Costa VM, Capela JP, Pontes H, Remião F, et al. Toxicity of amphetamines: an update [Internet]. Vol. 86, Archives of Toxicology. 2012. p. 1167–1231. Available from: https://doi.org/10.1007/s00204-012-0815-5
5. Lappin JM, Sara GE. Psychostimulant use and the brain. Vol. 114, Addiction. 2019. p. 2065–2077.
6. Iversen L. Speed, Ecstasy, Ritalin: The Science of Amphetamines. Oxford: Oxford University Press; 2008.
7. Todd G, Burns L, Pearson-Dennett V, Esterman A, Faulkner PL, Wilcox RA, et al. Prevalence of self-reported movement dysfunction among young adults with a history of ecstasy and methamphetamine use [Internet]. Vol. 205, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier; 2019. p. 107595. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107595
8. Drugsenuitgaan.nl. Corona: Drugsgebruik in tijden van het Coronavirus: 24 maart 2020: Covid-19 update [Internet]. 2020. Available from: https://www.drugsenuitgaan.nl/veilig-uit-thuis/corona.
9. Arunogiri S, McKetin R, Verdejo-Garcia A, Lubman DI. The Methamphetamine-Associated Psychosis Spectrum: a Clinically Focused Review. Vol. 18, International Journal of Mental Health and Addiction. 2020. p. 54–65.
10. McKetin R. Methamphetamine psychosis: insights from the past. Vol. 113, Addiction. 2018. p. 1522–1527.
11. Shoptaw S, Kao U, Ling W. Treatment for amphetamine psychosis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009. p. CD003026.
12. Richards JR, Albertson TE, Derlet RW, Lange RA, Olson KR, Horowitz BZ. Treatment of toxicity from amphetamines, related derivatives, and analogues: A systematic clinical review [Internet]. Vol. 150, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier Ireland Ltd; 2015. p. 1–13. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.040
13. Wang G, Zhang Y, Zhang S, Chen H, Xu Z, Schottenfeld RS. Aripiprazole and Risperidone for Treatment of Methamphetamine-Associated Psychosis in Chinese Patients. Vol. 62, Journal of Substance Abuse Treatment. 2016. p. 84–88.
14. Voce A, Calabria B, Burns R, Castle D, McKetin R. A Systematic Review of the Symptom Profile and Course of Methamphetamine-Associated Psychosis. Vol. 54, Substance Use & Misuse. Taylor & Francis; 2019. p. 549–559.

7.7.2 Sterfte

In het kort: In 2021 registreerde de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS 11 sterfgevallen door het gebruik van psychostimulantia, waarbij onbekend is in hoeverre het ging om amfetamine, ecstasy of andere stimulerende middelen.

Doodsoorzakenstatistiek van het CBS

Het precieze aantal sterfgevallen door het gebruik van amfetamine is niet bekend. Er bestaat nog geen landelijke of verplichte registratie specifiek voor drugsgerelateerde sterftegevallen. Sterfgevallen na amfetaminegebruik in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS worden onder dezelfde code geregistreerd als andere stimulerende middelen, zoals ecstasy, cafeïne, efedrine en khat. Hierbij dient te worden aangetekend dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS niet specifiek is toegerust op het registreren van drugsgerelateerde sterfte (zie bijlage B4). De cijfers moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

In 2021 werden 11 sterftegevallen geregistreerd onder de psychostimulantia, in 2020 waren dit 6 gevallen.

- Het totaal aantal geregistreerde (directe) sterfgevallen in de verzamelcategorie van psychostimulantia varieerde tussen 2004 en 2012, volgens de strikte EMCDDA-definitie, van 1 tot 5 per jaar. Vanwege wijzigingen in de registratie kunnen de aantallen vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de aantallen uit de voorafgaande jaren (zie bijlage B4).
- In 2013 registreerde het CBS, volgens de EMCDDA-definitie, 4 gevallen. In 2014 werden 14 gevallen geregistreerd, op een na waren dit accidentele vergiftigingen, terwijl in 2013 geen enkel geval accidenteel was (er was sprake van suïcide of het was niet vastgesteld of de vergiftiging met opzet of niet met opzet had plaatsgevonden).
- Ook in 2015 werden 14 gevallen van sterfte door vergiftiging met psychostimulantia geregistreerd. In 2016 verdubbelde het aantal sterfgevallen vallend binnen de brede groep psychostimulantia naar in totaal 28, om in 2017 weer te dalen naar 6. In de meeste gevallen ging het om accidentele vergiftigingen. In 2018 werden 4 gevallen geregistreerd, in 2019 werden eveneens 4 gevallen geregistreerd, in 2020 werden 6 gevallen geregistreerd en in 2021 waren er 11 gevallen.
- De in deze paragraaf gepresenteerde cijfers betreffen dezelfde sterftegevallen als die worden beschreven in § 6.7.2 over de sterfte door ecstasy.

MDI en LIS

Behalve in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS, wordt een deel van de drugsgerelateerde sterftegevallen ook zichtbaar in de Monitor drugsincidenten (MDI) en in het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL [1]. De MDI baseert zich op gegevens van ambulancediensten, ziekenhuizen, en politieartsen in 8 regio’s van Nederland en enkele landelijke EHBO-organisaties, terwijl de gegevens van het LIS afkomstig zijn van 14 afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) van enkele ziekenhuizen. Deze cijfers geven géén overzicht van drugsgerelateerde sterfte in heel Nederland.

- In 2020 werden 20 patiënten geregistreerd die vermoedelijk direct of indirect waren overleden

aan de acute gevolgen van drugsgebruik. Van hen kwamen er 12 te overlijden na het gebruik van meerdere drugs, waarbij in 3 gevallen onder andere amfetamine een rol had gespeeld en in 1 geval onder andere methamfetamine [1]. In 2021 werden 13 sterfgevallen door drugs geregistreerd [2]. Daarbij overleed één persoon na gebruik van amfetamine als enige drug, met aanwijzingen voor acute hartproblemen [2].

NFI

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

- In de sterfgevallen waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek heeft plaatsgevonden, is amfetamine zowel in 2012 en 2013 in 3 gevallen aangewezen als doodsoorzaak. In 2014 was amfetamine in geen enkel geval betrokken. In 2015 speelde amfetamine in 5 gevallen en methamfetamine in 1 geval een rol bij het overlijden. In 2016 werd 1 keer amfetamine aangetroffen in combinatie met PMA en MDMA. Ook in sommige andere gevallen hebben meerdere drugs bijgedragen aan het overlijden.
- Hierbij moet worden opgemerkt dat het totale aantal gerechtelijke secties door het NFI daalde (van 338 in 2013 naar 267 in 2016), alsook het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond (van 250 in 2013 naar 184 in 2016).

Andere landen

Amfetamine speelt ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn [3]. Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) noemt voor 2020 in totaal 74 gevallen in Noorwegen, 67 gevallen in Finland, 28 gevallen in Oostenrijk, 18 gevallen in Tsjechië, 17 gevallen in Slowakije, en 17 gevallen in Estland. In al deze landen was het aantal gestegen ten opzichte van 2019. De sterfte onder gebruikers van amfetamine of methamfetamine werd uitgebreider onderzocht in een overzichtsstudie naar onderzoeken die werden uitgevoerd in voornamelijk Noord-Amerika, Scandinavië, en Azië [4]. De kans op overlijden bleek onder regelmatige gebruikers van amfetamine of methamfetamine zes keer zo groot te zijn als onder de algemene bevolking.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Schürmann L, Croes E, Vercoulen E, Valkenberg H. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
3. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022.
4. Stockings E, Tran LT, Santo T, Peacock A, Larney S, Santomauro D, et al. Mortality among people with regular or problematic use of amphetamines: a systematic review and meta-analysis. Vol. 114, Addiction. 2019. p. 1738–1750.

7.8 Aanbod en markt

In het kort: Het aandeel ingeleverde amfetamine-monsters bij DIMS ten opzichte van het totaal aantal ingeleverde drugsmonsters daalde de laatste vier jaar. Een groot aandeel van de ingeleverde amfetamine-monsters bevatte amfetamine, maar als het middel versneden werd met cafeïne dan was het aandeel cafeïne vaak aanzienlijk.

7.8.1 Samenstelling

Gegevensbronnen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd. Op sommige locaties kan amfetamine ook direct geanalyseerd worden met behulp van een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Monsters met een onbekende samenstelling worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse. Op Europees niveau wordt de drugsmarkt gemonitord door het EMCDDA in samenwerking met Europol [1].

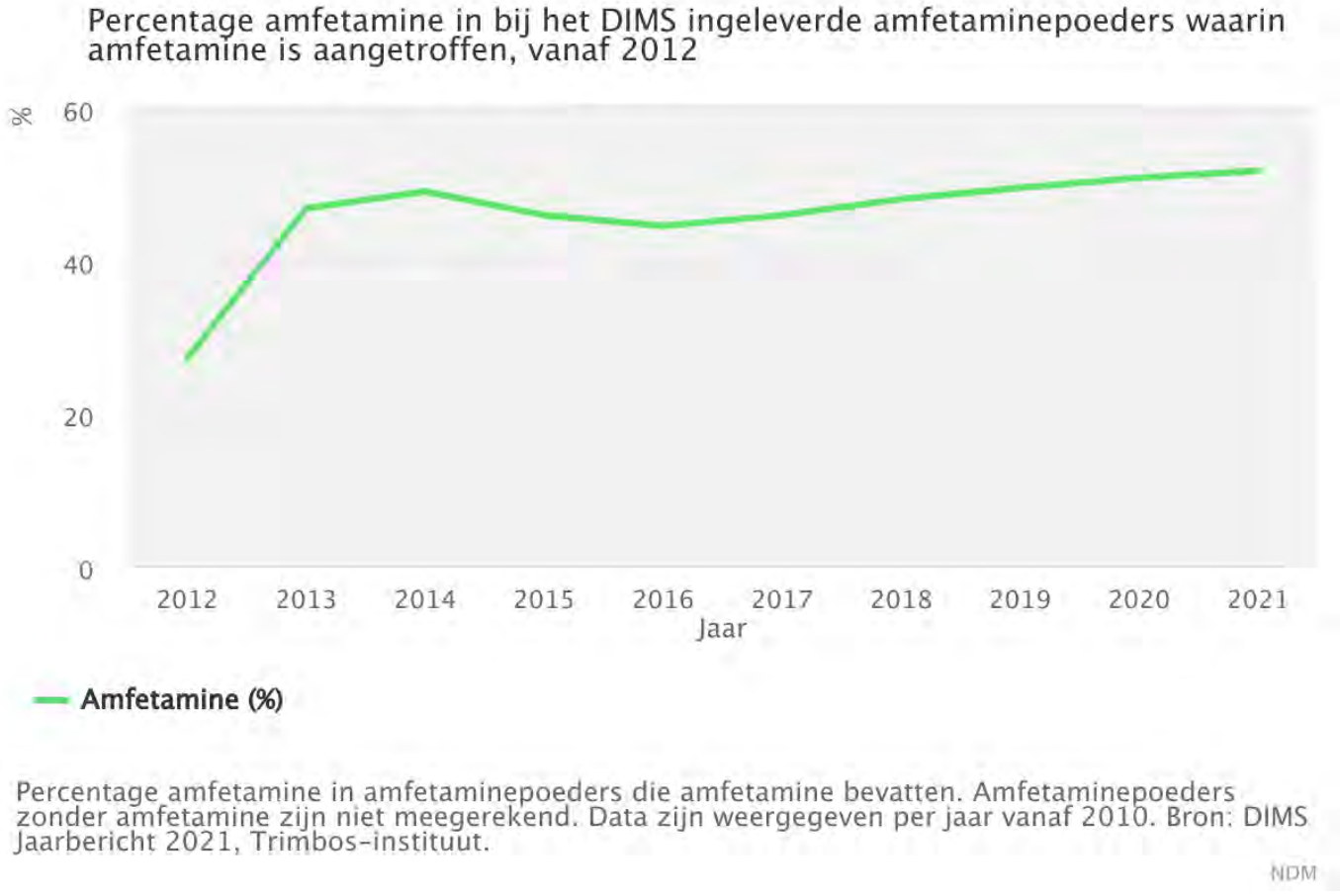
Zowel het aantal samples aangeleverd bij het DIMS als het aantal bezoekers van de testservices is in 2020 afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren. Deze daling hangt vermoedelijk samen met de COVID-19-pandemie. Tijdens de eerste lockdown waren testlocaties enkele weken gesloten en de periode daarna werden gebruikers geadviseerd hun gebruik uit te stellen als dat mogelijk was. Daarnaast lag het uitgaansleven stil en werd er door uitgaanders minder amfetamine gebruikt [2]. Bij het interpreteren van de cijfers uit 2020 moet rekening gehouden worden met deze dynamiek als gevolg van de COVID-19-pandemie.

Samenstelling amfetaminepoeders

In 2021 werden in totaal 10.302 monsters ingeleverd bij het DIMS. Iets meer dan een op de twintig (5,8%) ingeleverd monsters beftrof een monster dat aangekocht was als amfetamine, het ging in totaal om 601 monsters. Daarmee ligt het aantal amfetamine-monsters wel op een hoger niveau dan in 2020, maar nog niet op het niveau van voor de coronapandemie [3].

- In 2020 bevatte het overgrote deel (92,8%) van de amfetamine-monsters bevatte ook daadwerkelijk amfetamine. Dit is de afgelopen jaren niet erg veranderd.
- In het figuur hieronder wordt de trend van het percentage amfetamine in ingeleverde amfetaminepoeders die amfetamine bevatten weergegeven. Gemeten over heel 2021 bedroeg de concentratie amfetamine gemiddeld 51,7%. De stijging van de concentratie amfetamine in ingeleverde amfetamine-monsters die in 2016 begon zet zich verder door.
- Vergeleken met andere Europese landen behoort Nederland daarmee tot de top 3 van landen met de hoogste concentratie amfetamine in amfetamine-poeders [4].
- Methamfetamine werd slechts in één als ‘amfetamine/speed’ gekochte poeders aangetroffen. Daarnaast waren er 41 samples bij het DIMS ingeleverd die verkocht zijn als methamfetamine. De gemiddelde concentratie van methamfetamine in poeders die verkocht zijn als

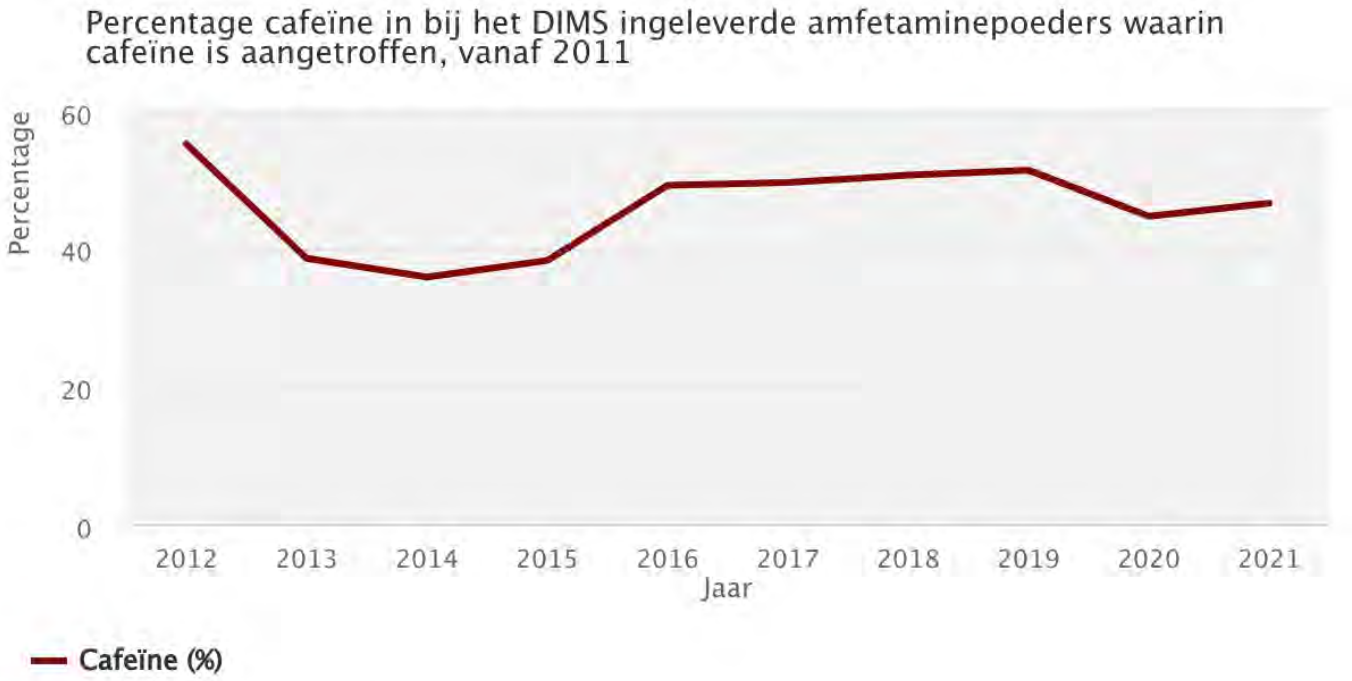
methamfetamine was in 2021 74,5% een stijging ten opzichte van de 74,4% in 2020. In welke mate deze cijfers betrekking hebben op de zuiverheid van methamfetamine op de markt is lastig te bepalen door het relatief lage aantal monsters dat er analyse is aangeboden.



CategoriesCategories	Amfetamine (%)
2012	27.2
2013	46.8
2014	49
2015	45.9
2016	44.5
2017	45.9

CategoriesCategories	Amfetamine (%)
2018	48
2019	49.5
2020	50.8
2021	51.7

- Cafeïne wordt vaak als versnijdingsmiddel aan de amfetamine toegevoegd om het te verzwaren en de effecten van amfetamine te stimuleren. Versnijding met cafeïne is lucratief vanwege de veel lagere prijs vergeleken met amfetamine. In 2021 werd in een derde (32,3%) van de amfetaminepoeders naast amfetamine ook het versnijdingsmiddel cafeïne aangetroffen, meer dan in 2019 (33,8%). Dit percentage lag in 2011 en 2012 nog rond de 70% lag, er is dus wel sprake van een neerwaartse trend wat betreft het aandeel amfetaminepoeders waarin cafeïne werd aangetroffen.
- Andere versnijdingsmiddelen werden nauwelijks aangetroffen.
- Als amfetamine-poeder versneden worden met cafeïne, dan is het aandeel cafeïne aanzienlijk. In 2021 bestonden amfetamine-monsters waarin cafeïne aangetroffen werd voor 46,6% uit cafeïne (zie figuur hieronder).



Percentage van het versnijdingsmiddel cafeïne in amfetaminepoeders die zowel amfetamine als cafeïne bevatten. Data zijn weergegeven per jaar vanaf 2011. Vanaf 2016 wordt een groot deel van de speedsamples met een FT-IR gemeten, waardoor lage concentraties cafeïne soms niet gedetecteerd worden. Dit verklaart waarschijnlijk (deels) de stijging van het gemiddelde cafeïne gehalte vanaf 2016. Bron: DIMS Jaarbericht 2021, Trimbos-instituut.

NDM

CategoriesCategories	Cafeïne (%)
2012	55.2
2013	38.6
2014	35.9
2015	38.3
2016	49.2
2017	49.6
2018	50.7

CategoriesCategories	Cafeïne (%)
2019	51.4
2020	44.7
2021	46.6

Aanvullende informatie

1. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
2. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar MW. Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie van maart tot september 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
3. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
4. EMCDDA. Statistical Bulletin 2022 — price, purity and potency [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/ppp_en

7.8.2 Prijs

Gegevensbronnen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd. Op sommige locaties kan amfetamine ook direct geanalyseerd worden met behulp van een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Monsters met een onbekende samenstelling worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse. Op Europees niveau wordt de drugsmarkt gemonitord door het EMCDDA in samenwerking met Europol [1].

Zowel het aantal samples aangeleverd bij het DIMS als het aantal bezoekers van de testservices is in 2020 afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren. Deze daling hangt vermoedelijk samen met de COVID-19-pandemie. Tijdens de eerste lockdown waren testlocaties enkele weken gesloten en de periode daarna werden gebruikers geadviseerd hun gebruik uit te stellen als dat mogelijk was. Daarnaast lag het uitgaansleven stil en werd er door uitgaanders minder amfetamine gebruikt [2]. Bij het interpreteren van de cijfers uit 2020 moet rekening gehouden worden met deze dynamiek als gevolg van de COVID-19-pandemie.

De Amsterdamse Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een gram amfetamine. Vaak zijn drugs in Amsterdam en andere grootstedelijke gebieden duurder dan in andere delen van Nederland.

- Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen, betaalden in 2021 gemiddeld €7,90 per gram amfetamine. De gemiddelde prijs van amfetamine is al jaren redelijk constant [3].
- In Amsterdam werd in 2019 doorgaans 10 euro betaald voor een gram amfetamine binnen een prijsrange van 5 tot 15 euro [4]. Echter, de winstmarge is laag, “waardoor kopers ten minste 5 gram af moeten nemen” [4].
- In de Europese Unie staat Nederland in de top 3 van landen waar amfetamine per gram het goedkoopste is [5].
- Methamfetamine kostte in Amsterdam in 2019 doorgaans 80 euro per gram binnen een prijsrange van 60 tot 80 euro [4]. Over de prijs van methamfetamine zijn geen landelijke cijfers beschikbaar.

Prijzen (euro)[I] van amfetamine op consumentenniveau, vanaf 2012[II]

	2012	2013[II]	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aantal monsters (n)	1.659	1.348	1.101	1.088	1.041	1.004	1.016	1.061	543	601
Gemiddelde (€)	9	7,50	7,60	7,20	8,60	7,40	7,30	7,40	8,10	7,90
Interkwartiel (€)	-	5-10[II]	5-10	5-10	5-10	5-10	5-10	5-10	(5-10)	5-10

I. Prijs per gram amfetamine. II. Vanaf 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij de prijs als continu in plaats van categoriaal werd uitgevraagd, waardoor de data van vóór 2013 beperkt vergelijkbaar zijn met de data vanaf 2013. Bron: DIMS, Trimbos-instituut (Vrolijk & Smit-Rigter, 2022).

Justitiële gegevens

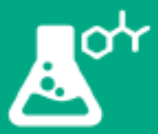
In hoofdstuk 14 worden justitiële gegevens gerapporteerd over de markt voor synthetische drugs, waaronder amfetamine en methamfetamine.

- Voor de productie van synthetische drugs in Nederland, zie § 14.2.
- Voor de inbeslagnames van amfetamine en methamfetamine, zie § 14.3.
- Voor de inbeslagnames van (pre-)precursoren, zie § 14.3.
- Voor ontmantelde productielocaties van synthetische drugs en drugsdumpingen, zie § 14.3.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
2. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar MW. Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie van maart tot september 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
3. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
4. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
5. EMCDDA. Statistical Bulletin 2022 — price, purity and potency [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/ppp_en



NPS

8.1 Over NPS (en corona)

8.1.1 Over NPS

Definitie NPS

NPS zijn synthetische stoffen met een psychoactieve werking die pas sinds kort op de drugsmarkt worden aangetroffen en nog niet onder de Opiumwet vallen. Maar ook (gereguleerde) stoffen die opnieuw op de drugsmarkt verschijnen (zoals 2C-B) of waarvan de wettelijke status pas recent is veranderd (zoals 4-FA) worden beschouwd als NPS. NPS (soms ook aangeduid als 'designer drugs', 'research chemicals', of ‘legal highs’) zijn qua werking vergelijkbaar met de ‘traditionele’ illegale drugs en worden vaak geproduceerd om de drugswetgeving te omzeilen. Vanwege het in rap tempo verschijnen en verdwijnen van stoffen, en veranderingen in (inter)nationale wetgeving is ‘NPS’ een rekbare term [1,2].

Gebruikspatronen en gezondheidsrisico’s

Soms worden deze stoffen bewust gebruikt en soms komen ze voor als versnijding in of vervanging van andere drugs (bijvoorbeeld ecstasy of amfetamine), zonder dat de gebruiker dit weet. Doorgaans is relatief weinig bekend over het gebruik en de risico’s van NPS. Meestal blijft het gebruik van NPS beperkt tot een kleine gebruikersgroep en is het een tijdelijk fenomeen. Desondanks is de NPS-markt de afgelopen jaren sterk toegenomen en daarmee het risico op (soms fatale) gevolgen voor de volksgezondheid. Het gebruik lijkt onder bepaalde groepen, zoals uitgaande jongvolwassenen, mannen die seks hebben met mannen, injecterende drugsgebruikers, gedetineerden, en 'psychonauten', relatief hoog te zijn [3].

Motieven voor gebruik

De legaliteit van NPS was een belangrijk motief voor het gebruik ervan in de beginjaren. Tegenwoordig zijn de beschikbaarheid en prijs ook belangrijke overwegingen. Bovendien zijn de meeste NPS niet detecteerbaar bij routinematige drugsscreening, en zijn daarom populair in settings waar regelmatig getest wordt op drugs, zoals gevangenissen [4].

Het Europese Early Warning System

Eind 2021 stonden ongeveer 880 NPS geregistreerd in het Early Warning System van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), waarvan 52 NPS voor het eerst in 2021 werden gemeld [5]. Het aantal nieuwe middelen dat door het EMCDDA wordt gemonitord, bereikte zijn hoogtepunt in 2014 met 101 nieuwe stoffen en is sinds 2017 gestabiliseerd op ongeveer 50 nieuwe stoffen per jaar [6].

3-MMC en 3-CMC

Het EMCDDA signaleerde in 2021 een toegenomen diversiteit in het gebruik en de beschikbaarheid van niet gereguleerde cathinonen (zoals 3-MMC en 3-CMC, zie ook onderstaande tabel): eind 2021 werden 162 cathinonen gemonitord. Naar aanleiding van signalen bij het Early Warning System over

de risico's die geassocieerd zijn met het gebruik van 3-MMC en 3-CMC heeft het EMCDDA een risicobeoordeling opgesteld (zie hieronder) [5]. Inmiddels staat 3-MMC in Nederland op lijst II van de Opiumwet en zullen beide stoffen naar alle waarschijnlijkheid worden verboden door de Europese Unie.

Risicobeoordelingen

Tot en met maart 2022 zijn er 36 risicobeoordelingen uitgevoerd op Europees niveau [7]. Risicobeoordelingen worden ook uitgevoerd door de WHO Expert Committee on Drug Dependence [8] of op nationaal niveau door de risicobeoordelingscommissie van het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM). (Mede) naar aanleiding van deze risicobeoordelingen zijn de laatste jaren veel nieuwe middelen op lijst I van de Nederlandse Opiumwet geplaatst (zie onderstaande tabel). Niet altijd worden deze middelen aangetroffen op de Nederlandse gebruikersmarkt (zie § 2.1). In 2021 zijn meer nieuwe stoffen toegevoegd op lijst I en lijst II van de Nederlandse Opiumwet op basis van de uitkomsten van de laatste risicobeoordelingen. Onder andere zijn 3-MMC en etizolam op lijst II van de Opiumwet geplaatst en MDMB-4en-PINACA en isotonitazeen op lijst I van de Opiumwet.

EU-wetgeving

In november 2018 is de nieuwe EU-wetgeving in werking getreden voor de uitwisseling van informatie, het systeem voor vroegtijdige waarschuwing, en de risicobeoordelingsprocedure inzake NPS [9]. De kern van de nieuwe wetgeving is een versnelde procedure voor het uitvoeren van risicobeoordelingen en, indien daartoe besloten wordt, het strafbaar stellen van NPS in de EU.

Generieke wetgeving voor NPS

Sinds 2010 kiezen steeds meer landen voor een generieke NPS-wetgeving. Zo hebben in Europa onder andere Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland [10] al een zogeheten vangnetbepaling opgenomen in hun drugswetten. Een volledig overzicht van specifieke NPS-wetgeving in andere landen is te vinden op de website van het UNODC.

De Nederlandse regering heeft in april 2019 aangekondigd een nieuwe generieke wetgeving voor NPS te willen invoeren. Met deze wetgeving zouden een drietal stofgroepen verboden worden (zie ook § 2.1):

1. Substanties die zijn afgeleid van 2-fenethylamine. Dit omvat tevens substanties die de basisstructuur cathinon hebben.
2. Cannabimimetica of synthetische cannabinoïden.
3. Substanties afgeleid van 4-aminopiperidine.

In het voorjaar 2020 is de generieke NPS wet ter internetconsultatie aangeboden. Verwachting is dat de wetgeving in 2023 in werking zal treden.

De nieuwe wetgeving in Nederland beoogt dat het gebruik van NPS afneemt doordat veel NPS minder makkelijk beschikbaar zijn (hoewel een stof door een verbod vermoedelijk nooit helemaal zal verdwijnen) [11]. Of het gebruik van NPS door generieke wetgeving afneemt, is echter onduidelijk. Er zal waarschijnlijk een gebruikersgroep zijn die geïnteresseerd blijft in NPS, of er kan een verschuiving

ontstaan naar het gebruik van de meer traditionele illegale drugs [11]. Daarnaast is het mogelijk dat door de nieuwe wetgeving (een deel van) de handel naar de illegale markt verschuift wat gepaard kan gaan met meer vervuilde NPS op de markt of dat er andere zeer schadelijke stoffen opkomen die niet onder de nieuwe wetgeving vallen [11–13]. Het is nog niet zeker wat de precieze effecten van de generieke NPS wetgeving voor Nederland zullen zijn.

NPS-groepen

Dit hoofdstuk vat gegevens samen voor een aantal (relatief) veel in Nederland voorkomende NPS, ingedeeld op grond van hun chemische structuur of farmacologische werking zoals dat internationaal gebruikelijk is (zie onderstaande tabel) [14]. Aangezien de term NPS een scala aan middelen aanduidt, loopt ook de werking uiteen. GHB en ketamine worden in afzonderlijke hoofdstukken behandeld (hoofdstuk § 9.1 en hoofdstuk § 14.1).

NPS indeling met in Nederland voorkomende voorbeelden (situatie 1 november 2021)

NPS-naam	Kenmerk	Voorbeelden	Op lijst I bij de Opiumwet
Fenethylamines	Lijken wat betreft structuur en werking op MDMA (ecstasy) en amfetamine.	2C-B	Sinds 1997
		2C-I	Sinds 2004
		4-Fluoramfetamine (4-FA)	Sinds 25 mei 2017
		6-APB (Benzo Fury)	Nee[1]
		4-Fluormethiamfetamine (4-FMA)	Nee[1]
		25I-NBOMe	Sinds 1 juli 2015
		25B-NBOMe en 25C-NBOMe	Sinds 1 januari 2016
		PMMA	Sinds 2002
		4-methylamfetamine (4-MA)	Sinds 16 juni 2012
		DOC	Sinds 28 oktober 2021
Tryptamines	Hebben vooral een hallucinogeen effect en lijken op tryptamines die in de natuur voorkomen, zoals psilocybine in paddo's.	DMT	Sinds 1966
		5-MeO-DMT	Nee[1]
		4-HO-MET	Nee[1]
Synthetische cathinonen	Zijn wat betreft werking vergelijkbaar met amfetamine (naam komt van 'cathinon', een van de actieve bestanddelen van de khatplant).	Mefedron (4-MMC)	Sinds 9 mei 2012
		Methylon	Sinds 1 januari 2016
		3-MMC	Sinds 28 oktober 2021 (op Lijst II)
		a-PVP (flakka)	Sinds 25 mei 2017
		4-MEC	Sinds 27 april 2018
		Eutylon	Nee[II]
		N-ethylhexedron	Sinds 28 oktober 2021
Cannabinoïden-Synthetische cannabinoïden	Hebben een soortgelijke werking als THC. Vaak toegevoegd aan 'kruidenmengsels', aangeduid als bijvoorbeeld 'Spice'.	JWH-018 en AM-2201	Sinds 1 januari 2016
		5F-APINACA en MDMB-CHMICA	Sinds 27 april 2018
		MDMB-4en-PINACA	Sinds 28 oktober 2021
		5F-ADB (5F-MDMB-PINACA)	Sinds 10 juli 2019
Piperazinen	Vormen een groep psychoactieve stoffen die voor het eerst werden aangetroffen op de ecstasymarkt en als zodanig werden verkocht vanwege stimulerende werking.	mCPP	Nee[1]
		MT-45	Sinds 1 juli 2016
Opioïden-Synthetische opioïden	Zijn qua werking vergelijkbaar met morfine en heroïne, maar tal van fentanylachtigen zijn veel potenter.	U-47700	Sinds 27 april 2018
		Carfentanil	Sinds 19 juli 2019
		Isotonitazeen	Sinds 28 oktober 2021
Overige	Onder andere obsolete geneesmiddelen en stoffen die van geneesmiddelen zijn afgeleid (bijvoorbeeld structuurvarianten van ketamine en nieuwe benzodiazepinen).	Methoxetamine (MXE)	Sinds 1 juli 2015
		Ip-LSD	Nee[1]
		Etizolam	Sinds 28 oktober 2021
		Flualprazolam	Sinds 28 oktober 2021
		2-Fluorodeschloorketamine	Nee[II]

I. Deze stoffen vallen in Nederland niet onder de Opiumwet; het Europese Hooggerechtshof heeft bepaald dat NPS niet onder de Geneesmiddelenwet vallen (tenzij het een werkzame stof uit een geneesmiddel betreft, zoals ketamine) en daarmee vallen deze middelen nu onder de Warenwet. II. Deze stoffen worden waarschijnlijk aan de Opiumwet toegevoegd.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Reuter P, Pardo B. Can new psychoactive substances be regulated effectively? An assessment of the British Psychoactive Substances Bill. Vol. 112, Addiction. 2017. p. 25–31.
2. Reuter P, Pardo B. New psychoactive substances: Are there any good options for regulating new psychoactive substances? [Internet]. Vol. 40, International Journal of Drug Policy. Elsevier B.V.; 2017. p. 117–122. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.020
3. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
4. Peacock A, Bruno R, Gisev N, Degenhardt L, Hall W, Sedefov R, et al. New psychoactive substances: challenges for drug surveillance, control, and public health responses. Vol. 394, The Lancet. 2019. p. 1668–1684.
5. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
6. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
7. EMCDDA. Risk assessments [Internet]. 2021. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications-seriestype/risk-assessments_en
8. WHO. Expert Committee on Drug Dependence [Internet]. 2021. Available from: https://www.who.int/groups/who-expert-committee-on-drug-dependence
9. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. EMCDDA operating guidelines for the European Union Early Warning System on new psychoactive substances. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
10. Elisabeth Grafinger K, Bernhard W, Weinmann W. Scheduling of new psychoactive substance the Swiss way: A review and critical analysis. Vol. 59, Science & Justice. 2019. p. 459–66.
11. Smit-Rigter L, Van Laar M. Nieuwe psychoactieve stoffen in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd. 2021.
12. Nutt D. New psychoactive substances: Pharmacology influencing UK practice, policy and the law. Vol. 86, British Journal of Clinical Pharmacology. 2020. p. 445–451.
13. A Deen A, Claridge H, D Treble R, J Hamnett H, S Copeland C. Deaths from novel psychoactive substances in England, Wales and Northern Ireland: Evaluating the impact of the UK psychoactive substances act 2016. Vol. 35, Journal of Psychopharmacology. 2021. p. 1315–23.
14. Koning R, Niesink R. Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS): niets nieuws onder de zon. Vol. 9, Verslaving. 2013. p. 47–59.

8.0 Laatste feiten en trends

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

- Over het algemeen komt het gebruik van NPS in de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder maar weinig voor. In 2021 lag het ooitgebruik van bijvoorbeeld 4-FA op 1,7% (§ 8.2).
- Het gebruik van 4-FA was tussen 2018 en 2020 gedaald in de algemene bevolking (§ 8.2). Gezondheidsincidenten (§ 8.6) en marktindicatoren (§ 8.8) wezen al eerder op een daling in 4-FA gebruik na waarschuwingen voor de risico's eind 2016 en plaatsing op lijst I van de Opiumwet op 25 mei 2017. Het gebruik van 4-FA in het laatste jaar lijkt in 2021 echter weer te zijn gestegen (§ 8.2).
- In lijn met de dalende trend tussen 2018 en 2020 in de algemene volwassen bevolking, daalde het gebruik van 4-FA ook onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen en onder studenten van het MBO en HBO. Voor 2C-B was een toename te zien onder uitgaanders (tussen 2016 en 2020); onder MBO-HBO-studenten bleef het gebruik stabiel tussen 2017 en 2019.
- In 2020 lag onder studenten op de universiteiten het NPS-gebruik hoger dan onder HBO-studenten (§ 8.3).
- Onder studenten van het MBO en HBO lag in 2019 het percentage ooitgebruikers van 2C-B vier keer lager dan voor ecstasy maar ongeveer op hetzelfde niveau als voor amfetamine (§ 8.3).
- Verschillende indicatoren (vragenlijsten, incidenten, marktgegevens) wijzen op een toename in het gebruik van 3-MMC, althans in bepaalde (lokale) groepen in de bevolking in Nederland (§ 8.3, § 8.4, § 8.6 en § 8.8) en in Europa (§ 8.1, § 8.5).
- Onder Nederlandse scholieren van 15-16 jaar was in 2019 het gebruik van NPS lager dan het Europees gemiddelde (§ 8.5).
- Het aandeel bij de Monitor Drugsincidenten (MDI) gemelde incidenten met 3- of 4-MMC (3%) is in 2021 opnieuw sterk gestegen. Patiënten zijn relatief jong en combineren 3-/4-MMC vaak met andere drugs (§ 8.6).
- In 2021 was de hallucinogene drug 2C-B na ecstasy de meest ingeleverde drug bij het DIMS (§ 8.8.2).

8.1.2 Effect van de coronamaatregelen op het gebruik van NPS

Er zijn geen gegevens over de invloed van de coronacrisis op het gebruik van NPS in een representatieve steekproef van de algemene bevolking (zie § 8.2). In deze paragraaf vatten wij gegevens samen uit twee specifieke studies naar de impact van de coronacrisis op het NPS-gebruik [1,2]. In hoofdlijnen suggereren de bevindingen dat er aanwijzingen zijn dat het gebruik van 3-MMC tijdens de coronacrisis onder bepaalde (risico)groepen is toegenomen, terwijl het gebruik van 2C-B onveranderd lijkt.

Het effect van de coronacrisis op het gebruik van NPS is echter alleen onderzocht onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen en de steekproef is niet volledig representatief voor de doelgroep van het onderzoek. Bij de resultaten van de Antenne-Monitor 2021 gaat het om kwalitatieve gegevens, maar prevalentiecijfers ontbreken. Om deze reden dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Van belang is ook dat de resultaten uit deze onderzoeken een momentopname zijn geweest. De coronamaatregelen zijn sinds de verschillende perioden van dataverzameling weer aangepast. De impact daarvan is nog niet bekend.

Uitgaanders in Nederland

In het kader van het Grote Uitgaansonderzoek 2020 (HGU 2020) zijn de effecten van de coronacrisis op het middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen (16 t/m 35 jaar) in kaart gebracht. In een vervolgonderzoek in september en oktober is teruggekeken op zowel de periode van de eerste lockdown (15 maart – 1 juni 2020) als de periode van de versoepelingen van de coronamaatregelen (1 juni – 1 september 2020) [1]. Deelnemers werden alleen geïncludeerd als zij minimaal een keer in het voorjaar voor corona (13 maart 2019 – 13 maart 2020) een club of festival hadden bezocht.

- Voor 2C-B geldt dat tijdens de eerste lockdown en de versoepelingen in de zomer van 2020 het percentage respondenten dat dit middel ten minste een keer heeft gebruikt niet is veranderd ten opzichte van 2019 (rond de 11%).
- 3-MMC is het enige middel dat in 2020 meer gebruikers kende dan in 2019, maar dit gold alleen voor de periode van de versoepelingen (6,2% in 2020; 4,3% in 2019).
- Het percentage gebruikers van 4-FA was tijdens de coronapandemie in 2020 lager dan in dezelfde periode in 2019 (rond de 4% in 2019 en rond de 1,5% in 2020).
- Gegevens over de frequentie van gebruik zijn niet uitgevraagd. Het is niet bekend of huidige gebruikers hogere of lagere doseringen zijn gaan gebruiken tijdens de coronapandemie.

Samenvatting van resultaten van onderzoek naar de impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op het gebruik van 2C-B[I]

Subtitle

Doelgroep	Monitor/instelling	- Leeftijd - Methode - Aantal respondenten	Periode	Maat	Impact corona op gebruik van 2C-B Daling (%)	Gelijk (%)
Uitgaanders[II]	Het Grote Uitgaansonderzoek	-16 t/m 35 jaar - online vragenlijst - 4.460 respondenten	28 april tot en met 19 mei 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer 2C-B hadden gebruikt tijdens de lockdown	11,6	50,6
Uitgaanders[II]	Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut	-16 t/m 35 jaar -Online vragenlijst -3.765 respondenten	18 september tot en met 18 oktober 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer 2C-B hadden gebruikt **tijdens de lockdown** en dezelfde periode in 2019	21,5	43,4
				Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer 2C-B hadden gebruikt **tijdens de versoepelingen** en dezelfde periode in 2019	29,2	50,9

I. Vanwege verschillen in de methoden en steekproeftrekkingen dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd. II. Deelnemers werden alleen geïncludeerd als zij minimaal een keer in het jaar voor corona (13 maart 2019 – 13 maart 2020) een club of festival hadden bezocht. Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2020, Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek 2020.

Kwetsbare jongeren in de regio

In de Antenne-monitor Nederland 2021 is het middelengebruik onder groepen kwetsbare jongeren (11 t/m 27 jaar) in diverse regio's van Nederland op kwalitatieve wijze in kaart gebracht (zie ook § 8.3.4) [2].

- Volgens preventiewerkers hadden risicojongeren in 2021 weinig ervaring met NPS, met uitzondering van 3-MMC: in ongeveer één op de drie groepen risicojongeren werd 3-MMC gebruikt.
- In vergelijking met andere middelen, signaleerden de geïnterviewde professionals en preventiewerkers dat 3-MMC in het coronajaar 2021 de grootste opmars heeft gemaakt.

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar M. Factsheet: Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.

8.2 Gebruik: algemene bevolking

8.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: Over het algemeen kom het gebruik van NPS in de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder maar weinig voor. In 2021 lag het ooitgebruik van bijvoorbeeld 4-FA op 1,7% en lijkt daarmee te zijn gestegen ten opzichte van 2020 (1,2%).

Snel naar:

- Kerncijfers 2021 (en 2020)
- Trends in NPS-gebruik

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A, zie bijlage A2), elke twee jaar uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De LSM-A is een onderzoek dat parallel loopt aan de Gezondheidsenquête en dieper ingaat op het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen (zie bijlage A1).

De meeste NPS worden in de tweejaarlijkse LSM-A uitgevraagd. In de Gezondheidsenquête uit 2021 is alleen gevraagd naar het gebruik van 4-FA. De meest recente cijfers over het gebruik van NPS hebben daarom alleen betrekking op 4-FA. Aangezien de verzamelgroep ‘NPS-gebruikers’ zeer divers is, maar in Nederland in 2020 vooral bestond uit 2C-B gebruikers, worden hieronder ook cijfers uit de LSM-A uit 2020 meegenomen over het gebruik van 2C-B. De cijfers van 4-FA uit de Gezondheidsenquête uit 2021 en de cijfers van 2C-B uit de LSM-A uit 2020 zijn vanwege verschillen in methoden van onderzoek niet rechtstreeks vergelijkbaar.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het NPS-gebruik in de algemene bevolking. Op basis van de cijfers uit de GE en LSM-A kunnen hierover echter geen uitspraken worden gedaan. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2020 (LSM-A) en 2021 (GE) verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2019 of 2020. Meer informatie over de impact van coronapandemie op het gebruik van NPS is te vinden in § 8.1.2.

Kerncijfers 2021 (en 2020)

De LSM-A Middelen omschrijft NPS als volgt: “Sommige stoffen bootsen de werking na van drugs zoals ecstasy, cocaïne of amfetamine. Deze stoffen worden ook wel nieuwe psychoactieve stoffen of ‘legal highs’ genoemd". In de Gezondheidsenquête wordt sinds 2018 gevraagd naar het gebruik van 4-FA. In de LSM-A is naast het gebruik van 4-FA ook naar het gebruik van andere NPS gevraagd (zoals

mefedron, synthetische cannabis, methoxetamine, 6-APB of een andere NPS). NPS is een heterogene groep met stoffen die heel verschillende effecten hebben. Daarom wordt hier het gebruik van specifieke NPS gerapporteerd en niet het gebruik van enige NPS.

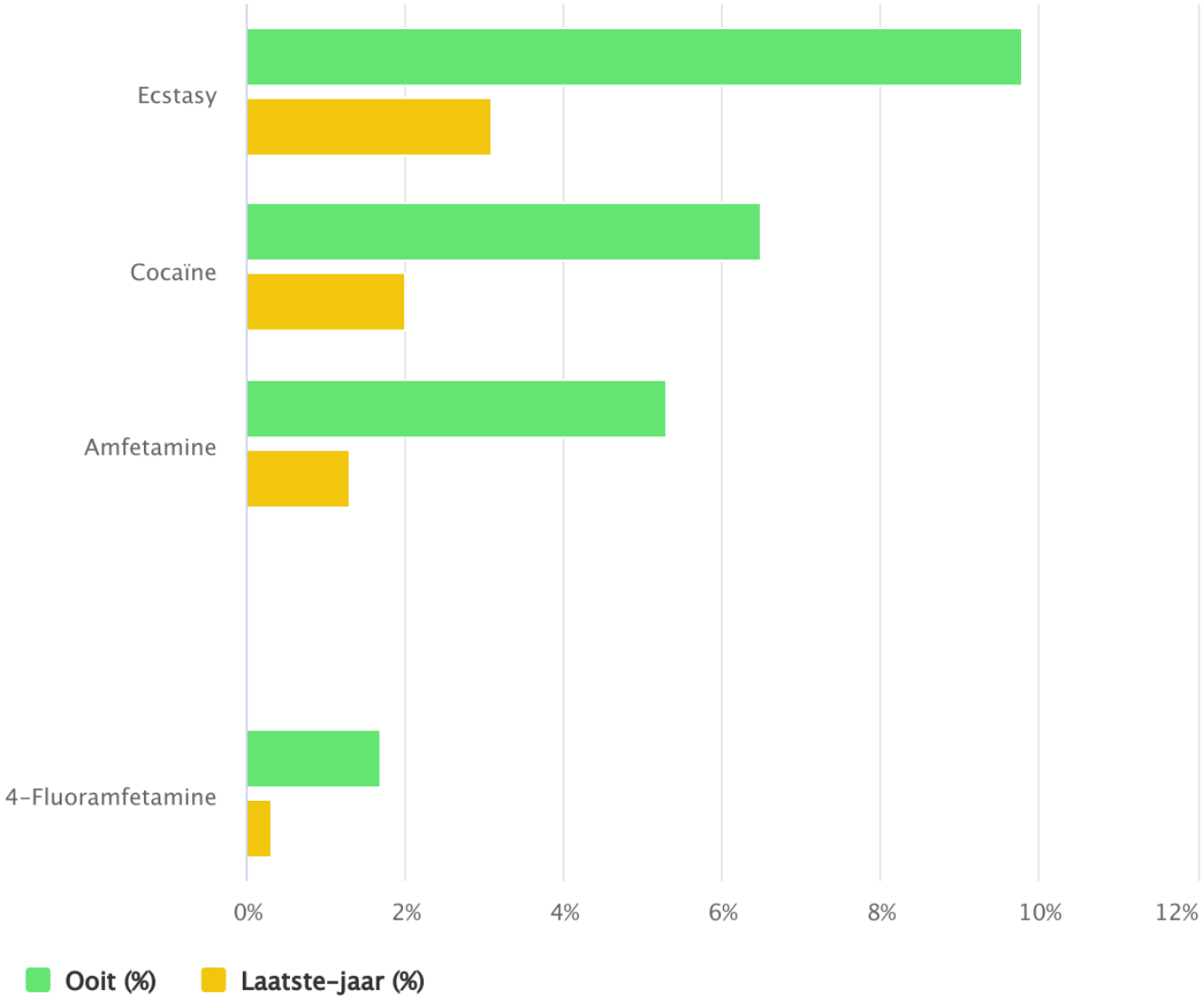
- Over het algemeen is het gebruik van NPS in Nederland vrij laag: in 2021 had 1,7% ooit in het leven 4-FA gebruikt en 0,3% heeft 4-FA in het laatste jaar gebruikt. Dat is aanzienlijk lager dan het gebruik van ecstasy, cocaïne of amfetamine (zie onderstaande figuur ter vergelijking).
- In 2020 had 1,5% van de volwassen bevolking ooit 2C-B gebruikt en het laatste-jaar-gebruik lag op 0,6%. Het gebruik van 4-MMC en andere NPS (synthetische cannabis, methoxetamine, 6-APB, en andere NPS) lag met 0,0% tot 0,3% lager.
- Uit onderzoek onder uitgaanders en signalen van marktmonitoren lijkt 2C-B in 2020 de meest gebruikte NPS te zijn (zie ook § 8.3 en § 8.8).

Percentage en aantal gebruikers van 4-FA in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2021

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval
Ooit	1,7	230.000	180.000 - 290.000
Laatste jaar	0,3	40.000	20.000 - 60.000
Laatste maand	0,1	<10.000	<10.000 - 20.000

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Het geschatte aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat 4-FA gebruikt is afgerond op tienduizendtallen.
Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Gebruik van 4-FA en stimulantia in Nederland in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2021



Percentage gebruikers ooit en in het afgelopen jaar. Bron: Gezondheidsenquête; LSM-A Middelen/ Leefstijlmonitor 2021.

NDM

	Ooit (%)	Laatste-jaar (%)
Ecstasy	9,8	3.1
Cocaïne	6,5	2,0
Amfetamine	5,3	1,3

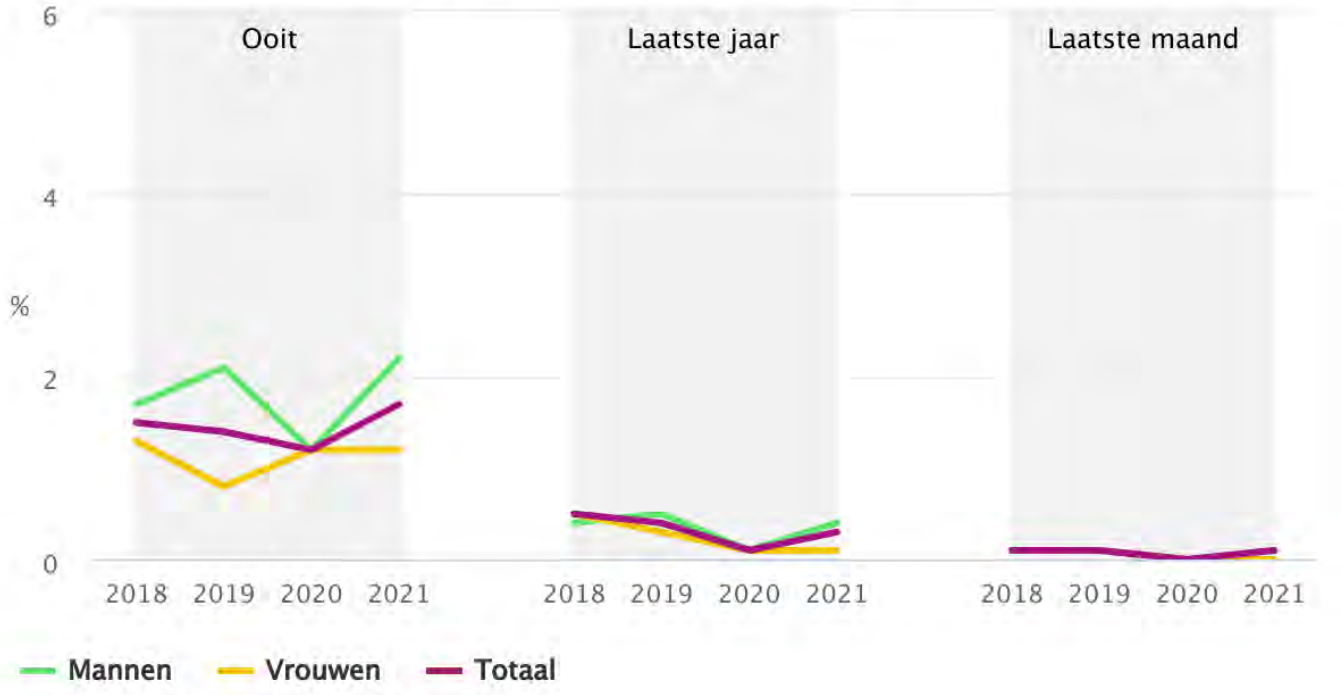
	Ooit (%)	Laatste-jaar (%)
4-Fluoramfetamine	1,7	0,3

Trends in NPS-gebruik

Vanaf 2016 zijn om de twee jaar gegevens beschikbaar over het gebruik van NPS in de algemene bevolking van 18 jaar ouder (LSM-A, zie ook bijlage A2). Voor het gebruik van 4-FA zijn daarnaast vanaf 2018 jaarlijkse trendgegevens beschikbaar uit de Gezondheidsenquête (zie ook bijlage A1). 4-FA en 2C-B zijn in de LSM-A 2020 anders uitgevraagd dan in voorgaande jaren; daarom moeten trendgegevens voorzicht worden geïnterpreteerd. De gegevens van 4-FA uit de Gezondheidsenquête zijn daarnaast niet vergelijkbaar met de gegevens van 4-FA uit de LSM-A, zoals deze zijn gepresenteerd in het Jaarbericht en Kerncijferrapport van 2021.

- In 2021 lijkt het gebruik van 4-FA ooit in het leven gestegen ten opzichte van 2020, en daarmee weer terug op hetzelfde niveau als in 2018 (eerste meetjaar) en 2019 (zie onderstaande figuur).
- Het gebruik in het laatste jaar van 4-FA was tussen 2018 en 2020 aanvankelijk afgenomen. Dit hangt mogelijk samen met een waarschuwing omtrent de gezondheidseffecten van 4-FA in september 2016, en de plaatsing van 4-FA op lijst 1 van de Opiumwet op 25 mei 2017. In 2021 lijkt het laatste-jaar-gebruik echter weer terug op hetzelfde niveau als in 2018 en 2019 (zie onderstaande figuur). Het is niet duidelijk of het hier gaat om een daadwerkelijke stijging, of door verandering in de vraagstelling of een toevallige steekproeffluctuatie. Hoewel beduidend minder dan in de voorgaande jaren, wordt 4-FA nog steeds aangeleverd bij drugstestcentra van het DIMS (43 keer in 2021 tegenover 1065 keer in 2016) (Vrolijk & Smit-Rigter, 2022). Vaak bevatten de als 4-FA aangeleverde samples echter de stof 4-FMA (het legale 'alternatief' voor 4-FA). Dit impliceert dat de meeste mensen nog 4-FA willen gebruiken in plaats van 4-FMA, maar dat in de praktijk een sample meestal 4-FMA zal bevatten (zie ook § 8.8).
- Het gebruik van 2C-B lijkt in 2020 (LSM-A) op hetzelfde niveau gebleven als in 2018 (0,6% laatste jaar). 2C-B is in 2018 voor het eerst uitgevraagd in de LSM-A. Onderzoek onder uitgaanders en signalen van marktmonitoren suggereren een lichte toename van het gebruik van 2C-B (zie ook § 8.3 en § 8.8).

Gebruik van 4-FA in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2018



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête; CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2018	1,7	1,3	1,5
2019	2,1	0,8	1,4
2020	1,2	1,2	1,2
2021	2,2	1,2	1,7
			-
2018	0,4	0,5	0,5
2019	0,5	0,3	0,4

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2020	0,1	0,1	0,1
2021	0,4	0,1	0,3
			-
2018	0,1	0,1	0,1
2019	0,1	0,1	0,1
2020	0,0	0,0	0,0
2021	0,1	0,0	0,1

Bronnen

1. Vrolijk, R., & Smit-Rigter, L. (2022). *Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS)*. Trimbos-instituut.

8.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

Snel naar:

- 4-FA
- 2C-B

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A, zie bijlage A2), elke twee jaar uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De LSM-A is een onderzoek dat parallel loopt aan de Gezondheidsenquête en dieper ingaat op het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen (zie bijlage A1).

De meeste NPS worden in de tweejaarlijkse LSM-A uitgevraagd. In de Gezondheidsenquête uit 2021 is alleen gevraagd naar het gebruik van 4-FA. De meest recente cijfers over het gebruik van NPS hebben daarom alleen betrekking op 4-FA. Aangezien de verzamelgroep 'NPS-gebruikers' zeer divers is, maar in Nederland in 2020 vooral bestond uit 2C-B gebruikers, worden hieronder ook cijfers uit de LSM-A uit 2020 meegenomen over het gebruik van 2C-B.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het NPS-gebruik in de algemene bevolking. Op basis van de cijfers uit de GE en LSM-A kunnen hierover echter geen uitspraken worden gedaan. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2020 (LSM-A) en 2021 (GE) verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2019 of 2020. Meer informatie over de impact van coronapandemie op het gebruik van NPS is te vinden in § 8.1.2.

De cijfers over het gebruik van 2C-B en 4-FA kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid. Het aantal laatste-jaar-gebruikers (alleen van 4-FA) en laatste maand gebruikers in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. De cijfers van 4-FA uit de Gezondheidsenquête uit 2021 en de cijfers van 2C-B uit de LSM-A uit 2020 zijn vanwege verschillen in methoden van onderzoek niet rechtstreeks vergelijkbaar.

4-FA

- In 2021 hadden meer mannen dan vrouwen ervaring met 4-FA.
- Het gebruik ooit in het leven van 4-FA is het hoogst onder 25-29 jarigen (8,0%), gevolgd door dertigers (3,7%) en 20-24 jarigen (3,4%).
- 4-FA gebruik (ooit) kwam in 2021 het meest voor onder hoogopgeleiden en het minst onder laagopgeleiden.

- Volwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond hadden in 2021 vaker ervaring met 4-FA dan volwassenen zonder migratieachtergrond.
- Het ooitgebruik van 4-FA kwam in 2021 vaker voor in (zeer) sterk stedelijke gebieden dan in matig of weinig/niet stedelijke gebieden.

2C-B

- Meer mannen dan vrouwen hadden in 2020 ervaring met 2C-B en hebben 2C-B in het laatste jaar gebruikt.
- 2C-B-gebruik kwam in 2020 het meest voor onder 20-24-jarigen en 25-29-jarigen: een op de veertig mensen in deze leeftijdsgroepen gebruikte dit middel in het afgelopen jaar. De gemiddelde leeftijd van de laatste-jaar-gebruikers van 2C-B was 26,4 jaar.
- Het gebruik van 2C-B was in 2020 (veruit) het hoogst in de groep hoogopgeleiden en het laagst onder laagopgeleiden.
- Volwassenen met een westerse migratieachtergrond gebruiken in 2020 vaker 2C-B dan volwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond. Volwassenen met een Nederlandse achtergrond zaten daar tussen in.
- Gebruik van 2C-B kwam in 2020 meer voor in grote steden dan elders.

Gebruik van 4-FA en 2C-B in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar demografie. Peiljaren 2020 en 2021

	4-FA[I]		2C-B[II]
	Laatste jaar (%)	Ooit (%)	Ooit (%)
Totaal	0,3	1,7	1,5
Geslacht			
Man	0,4	2,2	2,2
Vrouw	0,1	1,2	0,8
Leeftijd			
18-19	0,0	0,5	0,4
20-24	0,4	3,4	5,2
25-29	1,0	8,0	6,6
30-39	0,7	3,7	2,5
40-49	0,2	0,8	0,9
50-64	0,0	0,2	0,0
65+	0,1	0,1	0,0
Opleidingsniveau[IV]			
Laag opgeleid	0,1	0,3	0,4
Middelbaar opgeleid	0,1	1,4	1,3
Hoog opgeleid	0,5	2,8	2,3
Migratieachtergrond[V]			
Nederlandse achtergrond	0,3	1,6	1,5
Westerse migratieachtergrond	0,1	1,7	2,3
Niet-westerse migratieachtergrond	0,5	2,5	0,9
Stedelijkheid[VI]			
(Zeer) sterk stedelijk	0,4	2,3	2,0
Matig stedelijk	0,0	1,2	0,7
Weinig/niet stedelijk	0,2	0,7	0,9

Percentage gebruikers ooit en in het afgelopen jaar. I. GE, peiljaar 2021. II. LSM-A, peiljaar 2020. III. Het geschatte aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat 4-FA/2C-B gebruikt, is afgerond op tienduizendtallen IV. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 jaar en ouder hoogst behaald niveau. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. V. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook Bijlage D "Migratieachtergrond"). VI. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: GE/LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. met het RIVM en het CBS, 2020 en 2021.

8.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

8.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

In het kort: Het gebruik van NPS komt onder Nederlandse scholieren (15-16 jaar) relatief gezien weinig voor. In 2019 had 1,1% van hen in het laatste jaar enige NPS gebruikt, dit percentage is onveranderd ten opzichte van de eerste meting uit 2015.

Snel naar:

- Kerncijfers 2019
- Trends in gebruik van NPS

Gegevensbronnen

Het gebruik van NPS wordt onder jongeren nog niet systematisch in kaart gebracht. In 2019 zijn voor de tweede keer vragen over het gebruik van NPS meegenomen in het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD, zie ook § 8.5 of bijlage B1). Aan 15- en 16-jarige scholieren is in dit onderzoek gevraagd of ze ooit NPS hebben gebruikt. Hierbij moet worden opgemerkt dat het definiëren van NPS erg lastig is in surveys. NPS is in de ESPAD als volgt beschreven: “Je kunt tegenwoordig soms ook ‘nieuwe middelen’ kopen die een zelfde soort effect hebben als wiet, hasj of ecstasy. Ze worden ook wel ‘nieuwe psychoactieve stoffen’, ‘legal highs’ of ‘research chemicals’ genoemd. Ze zijn er in verschillende soorten, zoals kruidenmengsel, drankjes, poeders, pillen of kristallen” [1].

De situatie is in 2020 door de coronacrisis mogelijk veranderd. De impact is nog moeilijk in te schatten.

Kerncijfers 2019

In 2019 rapporteerde van de Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar 1,5% ooit een NPS gebruikt te hebben. Het ooitgebruik lag hiermee op het niveau van dat van cocaïne (1,7%) en amfetamine (1,4%), maar lager dan voor ecstasy (3,5%). Het laatste-jaar-gebruik van enige NPS was 1,1%.

NPS-gebruik in het voortgezet onderwijs, 15-16 jaar (%). Peiljaar 2019

	[%]
Ooit	1,5
Laatste jaar	1,1

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar. Bron: ESPAD.

Geslacht

In 2019 was het ooitgebruik van NPS onder 15-16-jarige scholieren niet verschillend voor jongens (2,2%) en meisjes (0,8%). Dit gold ook voor het laatste-jaar-gebruik van NPS (1,7% voor jongens en 0,6% voor meisjes).

Trends in gebruik van NPS

In 2019 had een vergelijkbaar percentage van de Nederlandse 15- en 16-jarige scholieren ervaring met NPS als in 2015. Ook het laatste-jaar-gebruik van enige NPS is op hetzelfde niveau gebleven als in 2015.

8.3.2 Studenten

In het kort: Een relatief kleine groep studenten gebruikt NPS. Het laatste-maand-gebruik van NPS varieert in 2021 van 0,1% (4-FA) tot 0,8% (3-MMC) onder MBO-HBO studenten, en van 0,1% (4-FA/4-FMP) tot 1,1% (2C-B) onder HBO-WO studenten. In de periode 2017-2021 is het gebruik van 2C-B onder studenten van het MBO en HBO toegenomen, en het gebruik 4-FA is in diezelfde periode flink gedaald. Onder studenten op de universiteit lijkt het NPS-gebruik in 2021 hoger te liggen dan onder HBO-studenten.

Snel naar:

- Studenten van het MBO en HBO
- Studenten van het HBO en de universiteiten
- MBO-studenten in Amsterdam

Gegevensbronnen

Om een beeld te krijgen van het middelengebruik onder jongeren van 16 t/m 18 jaar, onderzoekt het Trimbos-instituut sinds 2015 elke twee jaar het middelengebruik onder MBO- en HBO-studenten in deze leeftijdsgroep met de Middelenmonitor MBO-HBO [1–3]. Deze monitor onderzocht ook het NPS-gebruik onder 16-18 jarige studenten van het MBO en het HBO. Het gaat om een landelijk onderzoek. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [1].

Daarnaast is in 2021 voor het eerst een grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (HBO en WO). Ook deze monitor zal iedere twee jaar worden uitgevoerd. Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs is ontwikkeld en uitgevoerd door een consortium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de brancheorganisatie van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en het Trimbos-instituut (zie bijlage B9). Deze monitor is gestart vanwege zorgen over de mentale gezondheid, het middelengebruik en de interactie tussen die twee factoren onder studenten [4]. In 2021 namen 28.442 studenten deel, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs [5]. Het middelengebruik werd vergeleken tussen studenten in het HBO en studenten op de universiteit, maar werd voor zowel 2C-B als 4-FA niet getoetst op statistische significantie.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse MBO-scholen (bijlage B8). De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 MBO'-studenten (> 16 jaar) van acht MBO-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Cijfers over middelengebruik zijn gebaseerd op gewogen data [6].

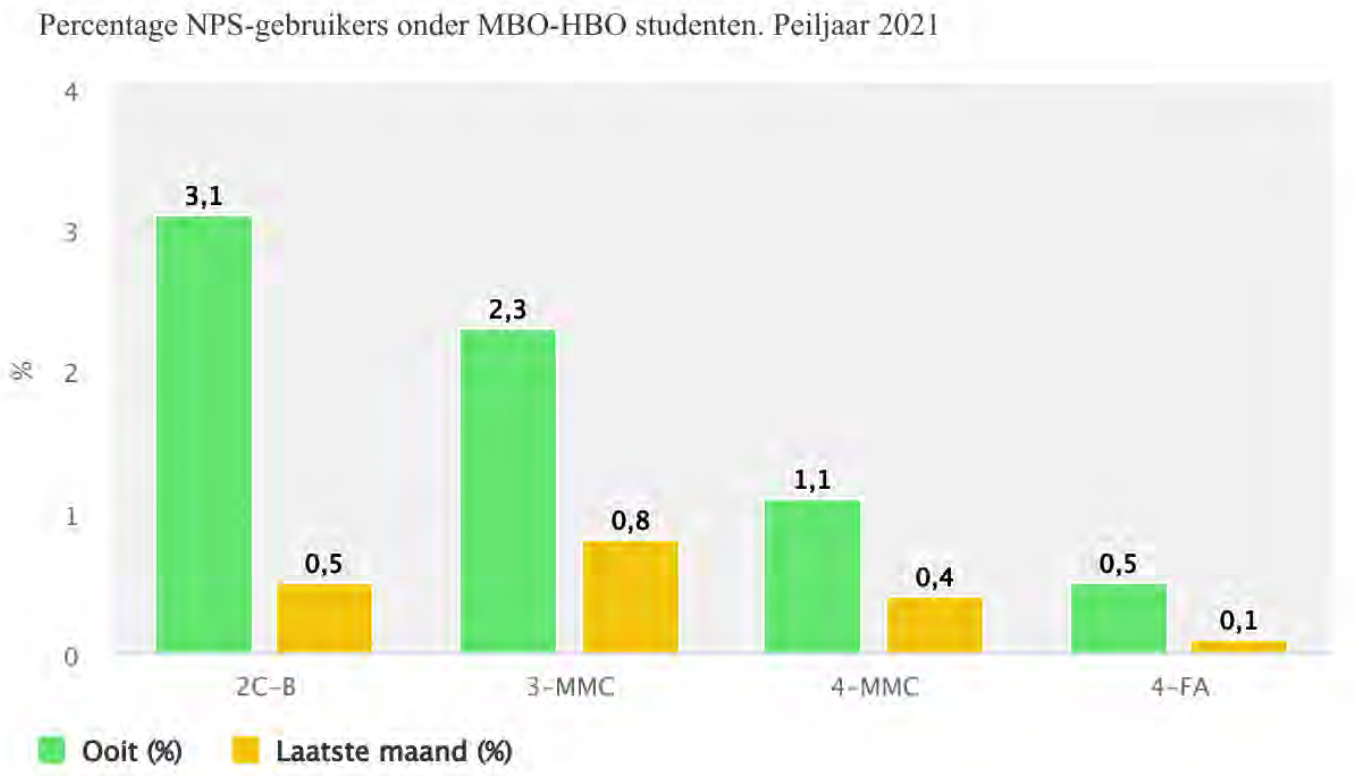
Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken, bijvoorbeeld HBO-studenten. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet vergelijkbaar.

De cijfers over het NPS-gebruik uit deze verschillende onderzoeken zijn samengevat in de tabellen onderaan de pagina.

Studenten van het MBO en HBO

De Middelenmonitor MBO-HBO gaf voor het NPS-gebruik onder 16-18 jarige MBO-HBO studenten in 2015, 2017, 2019 en 2021 het volgende beeld [1–3]. In 2021 is gevraagd naar het gebruik van 2C-B, 3-MMC, 4-MMC en 4-FA.

- Studenten van het MBO en HBO hebben meer ervaring met 2C-B dan met de andere NPS (zie onderstaande figuur). Het ooit-gebruik van 2C-B (3,1%) is ongeveer drie keer lager dan voor ecstasy (9,1%) en ongeveer evenveel als voor paddo's (2,9%).
- Als we kijken naar het laatste-maand-gebruik, dan is 3-MMC de meest gebruikte NPS (zie onderstaande figuur). Meer jongens dan meisjes hebben ervaring met 3-MMC in 2021.
- Het ooit- en laatste-maand-gebruik van 2C-B is tussen 2017 en 2019 stabiel gebleven. Het laatste-maand-gebruik is in 2021 onveranderd ten opzichte van de voorgaande metingen, maar het ooitgebruik is wel toegenomen (zie tabel onderaan de pagina).
- Het ooit-gebruik van 4-FA is significant gedaald van 1,9% in 2017 naar 0,5% in 2019 en 2021. 4-FA-gebruik is waarschijnlijk gedaald na gezondheidswaarschuwingen eind 2016 en het verbod van 4-FA op 25 mei 2017 (zie § 8.1).



Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand. Bron: Middelenmonitor MBO-HBO

NDM

NPS	Ooit (%)	Laatste maand (%)
2C-B	3,1	0,5
3-MMC	2,3	0,8
4-MMC	1,1	0,4
4-FA	0,5	0,1

Studenten van het HBO en de universiteiten

- Minder dan een op de tien (8,6%) van de studenten gebruikte 2C-B ooit in het leven. Dit percentage ligt op de universiteit (11,0%) hoger dan in het HBO (6,8%).
- Een kleiner deel (5,2%) gebruikte 2C-B in het afgelopen jaar en 1,1% gebruikte 2C-B in de afgelopen maand. Ook hier lag het gebruik bij studenten op de universiteit hoger dan bij studenten in het HBO.
- Minder dan een op de twintig (3,5%) van de studenten gebruikte 4-FA ooit in het leven. Dit percentage ligt op de universiteit (4,3%) hoger dan in het HBO (3,0%).
- Een kleiner deel (0,8%) gebruikte 4-FA in het afgelopen jaar en 0,1% gebruikte 4-FA in de afgelopen maand. Ook hier lijkt het gebruik bij studenten op de universiteit hoger te liggen dan bij studenten in het HBO.

Percentage 2C-B-gebruikers onder studenten

	Locatie	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO	Nederland	2021	MBO+HBO	16-18 jaar	3,1	-	0,5
		2019			1,9	-	0,5
Studenten van het HBO en de universiteit[1]	Nederland	2021	Totaal HBO + WO	16 jaar en ouder	8,6	5,2	1,1
			HBO		6,8	3,8	0,8
			WO		11,0	7,1	1,5

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste-jaar en in de laatste maand. - = Geen gegevens bekend. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking tussen beide onderzoeken niet mogelijk. 1. Alle HBO- en WO-studenten die ouder waren dan 16 jaar werden geïncludeerd in dit onderzoek. Bronnen: Middelenmonitor MBO-HBO; Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs.

Percentage gebruikers van 4-FA(/4-FMP) onder studenten

	Locatie	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO	Nederland	2021	MBO+HBO	16-18 jaar	0,5	-	0,1
		2019			0,5	-	0,2
Studenten van het HBO en de universiteit[1]	Nederland	2021	Totaal HBO + WO	16 jaar en ouder	3,5	0,8	0,1
			HBO		3,0	0,7	0,1
			WO		4,3	1,0	0,2

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste-jaar en in de laatste maand. - = Geen gegevens bekend. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking tussen beide onderzoeken niet mogelijk. 1. Alle HBO- en WO-studenten die ouder waren dan 16 jaar werden geïncludeerd in dit onderzoek. Bronnen: Middelenmonitor MBO-HBO; Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs.

MBO-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het NPS-gebruik van MBO-studenten uitgevraagd [6]. Het is van belang om op te merken dat het hier om een oudere leeftijdsgroep (gemiddeld 19,0 jaar) gaat dan in de hierboven genoemde MBO-HBO monitor (gemiddeld 17,3 jaar). De percentages zijn daarom niet een op een vergelijkbaar.

- De meest gebruikte NPS (ooitgebruik) was in 2021 2C-B (4,2%), gevolgd door 3-/4-MMC (2,1%), 4-FA/4-FMP en metoxetamine (MXE) (beiden 0,6%). Zie onderstaande tabel voor de ooitprevalentie van andere NPS.
- In 2021 heeft van de MBO-studenten in Amsterdam 2% ervaring met 3-/4-MMC en ook 2% gebruikte in het afgelopen jaar. Het laatste-maand-gebruik is 1%. De gemiddelde startleeftijd is 18 jaar. Gemiddeld gebruikten de laatste-jaar-gebruikers vier keer in het afgelopen jaar 3-/4-MMC. Twee van hen (13% van de laatste-jaar-gebruikers) gaven aan te willen stoppen of minderen.
- Het ooitgebruik van 4-FA/4-FMP, methylon, 5-APB/6-APB en 2-FMC/3-FMC/4-FMC is in 2021 lager dan in 2016. Het ooitgebruik van 2C-B bleef gelijk. Wel ligt het ooitgebruik van 3-MMC/4-MMC in 2021 hoger dan in 2016 (zie onderstaande tabel).

Percentage NPS-gebruikers onder MBO-studenten in Amsterdam.

	Ooit (%)	
Peiljaar	2016	2021
2C-B	5,0	4,2
3-MMC/4-MMC[1]	1,2	2,1
4-FA/4-FMP	6,5	0,6
MXE	1,2	0,6
5-APB/6-APB	1,3	0,5
2-FMC/3-FMC/4-FMC	1,1	0,4
Methylon	0,7	0,2

Percentage gebruikers ooit in het leven. 1. In 2016 werd alleen gevraagd naar 4-MMC. Bron: Antenne Amsterdam

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Verdurmen JE, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Factsheet: Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
3. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
4. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport I Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–116.
5. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p.

1–123.
6. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Hogeschool van Amsterdam; 2022.

8.3.3 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Het algemene beeld dat uit onderstaande bronnen naar voren komt is dat het NPS-gebruik hoger is onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen dan in de algemene bevolking. Het gebruik van 2C-B is in 2020 licht toegenomen, terwijl het gebruik van 4-FA verder is afgenomen, waardoor 2C-B tot de meest gebruikte NPS behoort in 2020. De prevalentie van 2C-B gebruik blijft niettemin lager dan dat van de meer gevestigde drugs, zoals ecstasy en amfetamine. Ook is het gebruik van 3-MMC in 2020 toegenomen.

Snel naar:

- Uitgaanders in Nederland
- Uitgaanders in Amsterdam

Gegevensbronnen

Op deze pagina worden de resultaten samengevat van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders en kunnen nieuwe trends in bepaalde doelgroepen in kaart brengen. Van belang is voorts dat de markt van NPS dynamisch is en onderzoeksgegevens over het gebruik snel kunnen ‘verouderen’.

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht. De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld via een online vragenlijst. Om vertekening door de impact van de coronamaatregelen te voorkomen, werd aan de respondenten gevraagd naar hun middelengebruik in de periode vóór 13 maart 2020, de dag van het invoeren van de eerste coronamaatregelen. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie Bijlage B2). Voor het vergelijken van de resultaten met die uit een eerdere peilingen uit 2016 zijn aanvullende analyses uitgevoerd.

De Antenne-monitor Amsterdam volgt het middelengebruik onder uitgaande jongeren in Amsterdam middels een panelstudie en surveys onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen. In 2019 zijn alleen kwalitatieve gegevens verzameld over NPS-gebruik [2].

De situatie is in 2020 door de coronacrisis mogelijk veranderd. In § 8.1.2 beschrijven we bevindingen uit de meest recente onderzoeken sinds het begin van de coronacrisis in maart 2020.

Uitgaanders in Nederland

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht.

- In 2020 lag het gebruik van de meeste NPS op enkele procenten (zie tabel hieronder). Uitzonderingen daarop waren 2C-B en 4F-A die al in de meting drie jaar daarvoor populair waren, en 4-MMC en 3-MMC.
- In 2020 hadden meer jongeren ervaring met 2C-B dan met 4-FA/4-FMA. Vooral het laatste-jaar-gebruik was aanzienlijk hoger voor 2C-B dan voor 4-FA/4-FMA.
- Vergeleken met Het Grote Uitgaansonderzoek uit 2016 is het gebruik van 2C-B in 2020 gestegen en dat van 4F-A gedaald. In de steekproef van HGU 2016 lag het ooit- en laatste-jaar-gebruik voor 2C-B op 14,8% en 9,5%, en voor 4F-A op respectievelijk 29,2% en 24,5%.
- Het gebruik van 3-MMC, in 2020 voor het eerst gemeten, ligt hoger dan dat van de chemisch verwante stof 4-MMC. 4-MMC staat al sinds 2012 op lijst I van de Opiumwet, maar lijkt nog steeds populair te zijn, terwijl 3-MMC (een nieuwere stof) tijdens HGU 2020 nog legaal was en verkrijgbaar was in smartshops en online winkels. (3-MMC werd op 27 oktober 2021 op lijst II van de Opiumwet wordt geplaatst.) Het is mogelijk dat mensen die aangeven 4-MMC te gebruiken in werkelijkheid 3-MMC gebruiken vanwege de (toen nog) legale status van 3-MMC. Andersom gebeurt dat zelden: gegevens van het DIMS suggereren dat als mensen 3-MMC als zodanig kopen, dit middel er ook daadwerkelijk in zit.
- HGU 2020 laat vergelijkbare patronen zien als de marktmonitor DIMS (zie § 8.8).

Gebruik van NPS door (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 16-35 jaar. Peiljaar 2020

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
2C-B	22,2	14,8
4-Fluoramfetamine (4-FA/ 4-FMP)	17,2	5,1
3-MMC	11,0	8,8
Mefedron (4-MMC)	8,1	6,3
6-APB (benzofury)	3,5	1,5
Methoxetamine (MXE)	1,6	0,4
Spice	1,4	0,3
Fentanyl	1,0	0,3
Methylon	0,8	0,1
4-MEC	0,8	0,2

Percentage gebruikers ooit en in het laatste jaar. Het laatste-maand-gebruik werd niet gemeten omdat de data tijdens de coronacrisis verzameld werd. Respondenten zijn primair geworven via websites voor uitgaanders en social media op basis van zelfselectie. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2020.

Uitgaanders in Amsterdam

De Antenne-monitor Amsterdam volgt het middelengebruik onder uitgaande jongeren in Amsterdam middels een panelstudie en surveys onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen. In 2019 zijn alleen kwalitatieve gegevens verzameld over NPS-gebruik [2].

- Sleutelfiguren signaleren dat de meeste NPS-varianten in het Amsterdamse uitgaansleven onbekend zijn. Gebruikers zijn steeds sceptischer geworden en de belangstelling voor NPS neemt met de laatste jaren af. Ze zeggen dat NPS niet kunnen tippen aan traditionele drugs. Alleen 2C-B en 3-MMC vormen hierop een uitzondering.
- Panelleden merken dat er een duidelijk signaal is dat gebruikers een groeiende belangstelling zien voor 3-MMC, na het verbod op 4-FA. Promotie door smartshops zorgt voor meer bekendheid van dit middel. Hoewel 3-MMC steeds bekender wordt, is dat tot nu toe beperkt tot een aantal panelnetwerken.
- Het gebruik van 4-FA is sinds het verbod in 2017 afgenomen en volgens de panelleden is het middel in 2019 bijna verdwenen. In plaats daarvan is 2C-B nu het meest populaire middel binnen deze NPS groep.
- De synthetische cathinonen en fenylethylaminen blijven de meest bekende NPS groepen.

Gegevens van de Antenne-monitor Amsterdam uit 2018 lieten zien dat 4-FA en 2C-B toen de meest gebruikte NPS waren onder uitgaanders. Trendcijfers suggereerden al een toename van 2C-B. In de survey uit 2018 werden cafébezoekers ondervraagd [3] (zie tabel hieronder).

- In 2018 had van de cafébezoekers in Amsterdam (gemiddeld 26 jaar oud) in het afgelopen jaar 10,8% 4-FA gebruikt en 8,9% 2C-B gebruikt. Ter vergelijking, in deze gebruikersgroep was het laatste-jaar-gebruik van ecstasy (48%), cocaïne (38%) en amfetamine (22%) hoger. Minder cafébezoekers hadden andere NPS zoals 4-MMC en 5/6-APB gebruikt.
- Het laatste-jaar gebruik van 2C-B is tussen 2014 en 2018 gestegen.

Gebruik van NPS onder uitgaande jongeren in Amsterdam, Peiljaren 2014 en 2018

	Cafébezoekers in Amsterdam 2014			Cafébezoekers in Amsterdam 2018		
	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
4-Fluoramfetamine (4-FA)	12,4	11,5	5,4	33,3	10,8	3,0
2C-B	10,3	5,5	1,5	16,3	8,9	2,5
Mefedron (4-MMC)	5,4	1,9	0,6	4,5	1,1	0,2
2/3/4-FMC	1,0	0,6	0,2	0,6	0,2	0,0
Methylon (bk-MDMA)	2,1	0,8	0,2	0,4	0,4	0,2
Methoxetamine (MXE)	2,9	1,7	0,2	0,9	0,0	0,0
5/6-APB (benzofury)	2,9	1,9	0,4	3,1	1,1	0,6

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Antenne 2014, 2018.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
3. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.

8.3.4 Kwetsbare groepen jongeren

In het kort: Over het algemeen lijken kwetsbare jongeren weinig ervaring te hebben met NPS. Er zijn signalen dat 3-MMC (en/of 4-MMC) in regionale, kwetsbare jongerengroepen gebruik wordt.

Snel naar:

- Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen
- Kwetsbare jongeren in de regio
- Overige groepen kwetsbare jongeren

Gegevensbronnen

Binnen de groep jongeren zijn bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

Over het gebruik van NPS onder kwetsbare groepen jongeren is weinig bekend. Er zijn geen gegevens over het gebruik van NPS onder jongeren uit het praktijk- en het speciaal onderwijs en de residentiële jeugdzorg beschikbaar. Wel is in 2019 en 2020 de Antenne Regiomonitor uitgevoerd [1,2]. Deze monitor beoogt op kwalitatieve wijze zicht te krijgen op het gebruik onder groepen kwetsbare jongeren uit verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt op basis van interviews met jongeren- en preventiewerkers die zicht hebben op verschillende (35 in 2021) jongerengroepen verspreid over het land. Begin 2021 werden via een kwalitatieve studie jongeren- en preventiewerkers ondervraagd over hun indruk van het middelengebruik van in totaal 35 groepen jongeren uit 10 provincies, waar deze professionals direct mee in contact staan [1]. Van deze 35 groepen kwamen er 23 uit een grotere of kleinere stad en kwamen er 12 uit een dorp. Deze groepen zijn niet representatief voor alle jongerengroepen in de regio. Van de 35 groepen jongeren kwamen er 23 uit een grotere of kleinere stad en kwamen er 12 uit een dorp. Het aantal jongeren per groep varieerde van 8 tot 90 personen, met gemiddeld 20 personen. In totaal hadden de professionals zicht op ongeveer 850 jongeren tussen 11 en 27 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar.

Daarnaast is in 2022 als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI). Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen (gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld. Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd.

Verder heeft het Trimbos-instituut in 2021 een verkenning uitgevoerd naar het gebruik van het middel 3-MMC onder jongeren en jongvolwassenen. Het doel hiervan was het verkrijgen van een

eerste beeld van de kenmerken en effecten van (frequent) 3-MMC gebruik. In totaal werden 22 jongeren geïnterviewd over motieven voor en ervaringen met gebruik van 3-MMC.

Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn gegevens verzameld over het gebruik van synthetische cannabis onder jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen. De vragenlijst is in vier JJI afgenomen bij in totaal 110 jongens.

- Synthetische cannabis werd door drie jongeren in de afgelopen maand gebruikt.

Kwetsbare jongeren in de regio

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve wijze onder groepen van kwetsbare jongeren in diverse regio's van Nederland [1,2]. Deze monitor probeert zicht te krijgen op groepen jongeren waarin sprake is van problematisch drugsgebruik, meervoudige problematiek in de directe, institutionele of sociale omgeving, of het veroorzaken van overlast.

- In 12 van de 35 groepen werd volgens waarnemingen van de professionals 3-MMC gebruikt; in 1 groep door (bijna) iedereen, in 5 groepen de helft of meer, in 6 groepen de helft of minder. Kwetsbare jongeren hebben weinig ervaring met andere NPS: de professionals observeerden in twee groepen dat er 2C-B werd gebruikt waarvan in één ook 4-FMP.
- Opvallend is de onevenwichtige spreiding van 3-MMC met vooral gebruik in de regio's Noord en Oost.
- Een aantal redenen voor de populariteit van 3-MMC zijn volgens de professionals de toegankelijkheid (het was makkelijk te verkrijgen en legaal toen dit onderzoek werd uitgevoerd), dat het een hype is (nieuwsberichten over 3-MMC hebben aan de populariteit bijgedragen), en dat het een fijn effect geeft.
- 3-MMC staat sinds 28 oktober 2021 op lijst II van de Opiumwet; de populariteit van het middel kan daardoor weer veranderen.
- Professionals zien dat 3-MMC vaak wordt gecombineerd met alcohol in groepen waar veel wordt gedronken, en soms ook met cannabis en/of ecstasy.

Overige groepen kwetsbare jongeren

In 2021 heeft het Trimbos-instituut een verkenning uitgevoerd naar het gebruik van 3-MMC onder jongeren en jongvolwassenen [3].

- De jongeren beschrijven het middel als laagdrempelig, omdat het makkelijk (online) verkrijgbaar, legaal en goedkoop is. (3-MMC is op 28 oktober 2021 op lijst II van de Opiumwet geplaatst.)
- De positieve effecten worden door hen beschreven als veelzijdig, met zowel stimulerende als sociaal-emotionele effecten.
- Negatieve effecten zijn lichamelijke en psychische klachten, die in toenemende mate ook zorgen voor gezondheidsincidenten die vragen om medische zorg. Jongeren lijken zich veelal niet of onvoldoende bewust van de risico's van 3-MMC gebruik.

- Ook vinden zij het soms moeilijk om te minderen of stoppen met gebruik, onder meer vanwege de sociale effecten die ze ervaren, maar ook vanwege de potentieel verslavende werking van 3-MMC.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
2. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
3. De Jonge M, Nijkamp L, Bilderbeek B. 3-MMC: gebruikers in beeld. Een verkennend onderzoek naar ervaringen met 3-MMC. Utrecht: Trimbos Institute; 2021.

8.4 Problematisch gebruik

Snel naar:

- Definitie problematisch NPS-gebruik
- Risico op afhankelijkheid
- Problematisch gebruik onder kwetsbare groepen

Gegevensbronnen

Gegevens over de omvang van het problematisch gebruik van NPS in Nederland zijn niet beschikbaar. Dat komt onder andere omdat het aantal (frequente) gebruikers van NPS in algemene bevolkingsonderzoeken, zoals de LSM-A of NEMISIS, te klein is om betrouwbare schattingen te kunnen maken. Een aantal Nederlandse en internationale studies onder specifieke doelgroepen (zoals de Antenne-monitor onder wisselende populaties van jongeren en jongvolwassenen en Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) onder uitgaande jongvolwassenen) geeft echter wel informatie over indicatoren voor problematisch gebruik, zoals cijfers over de hulpvraag bij de verslavingszorg, de mate waarin mensen zelf vinden dat zij te veel of te vaak gebruiken, of willen stoppen en minderen.

Definitie problematisch NPS-gebruik

De term problematisch middelengebruik kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie bijlage D en bijlage B12). Bij de verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd staat echter het volgende aspect centraal, namelijk een gebruikspatroon dat leidt tot psychische of sociale problemen.

De groep nieuwe psychoactieve stoffen (NPS) omvat een gevarieerd scala aan een grote groep heterogene middelen (zie ook § 8.1). Deze paragraaf vat gegevens samen voor een aantal (relatief) veel in Nederland voorkomende NPS of andere NPS die mogelijk een hoog verslavingspotentieel hebben [1]. De NPS zijn ingedeeld op grond van hun chemische structuur of farmacologische werking zoals dat internationaal gebruikelijk is (zie tabel in § 8.1) [2]. Aangezien de term NPS een scala aan middelen aanduidt, loopt ook de werking uiteen.

Risico op afhankelijkheid

Er is nog weinig wetenschappelijk onderzoek naar het problematisch gebruik van NPS in Nederland. Wel zijn er signalen van verschillende (verslavingszorg) professionals, monitorstudies en de media dat gebruik en problematisch gebruik van 3-MMC toenemen, althans in bepaalde regio’s en groepen jongeren (zie ook § 8.3.3 en § 8.3.4) [3,4]. Van 4-FA is het is niet duidelijk of het middel verslavend kan zijn, maar het risico lijkt beperkt (zie ook § 8.2) [5]. Synthetische cannabinoïden kunnen zeer verslavend zijn en ook synthetische opioïden en nieuwe (‘designer’ en niet-geregistreerde) benzodiazepines hebben een verslavingspotentieel. Deze middelen zijn in Nederland echter niet populair. Hieronder worden de bevindingen voor elk van de 5 typen NPS nader toegelicht.

Fenylethylaminen

- Het is niet duidelijk of 4-FA verslavend kan zijn, maar het risico lijkt beperkt [5]. In een onderzoek naar het (problematisch) gebruik van 4-FA (zie ook § 8.3.4) onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Nederland kwamen gewenning (9,1%) en craving (4,7%) weinig voor. Onder frequente gebruikers (de groep die maandelijks of vaker gebruikt) kwamen gewenning (37,8%) en craving (32,4%) echter vaker voor. Een groot deel (80%) van de ondervraagde 4-FA gebruikers rapporteerde daarnaast (wel eens) negatieve effecten bij het gebruik van 4-FA [5].
- Op basis van de Severity of Dependence Scale, een screeningsvragenlijst voor afhankelijkheid, wordt geconcludeerd dat ongeveer 2% van de ondervraagde 4-FA gebruikers een risico op afhankelijkheid lopen. Een op de tien gebruikers gaf echter aan (bijna) altijd te willen stoppen met 4-FA, en één op de vijf maakte zich (enigszins) zorgen over het 4-FA gebruik [5].
- Van het totaal aantal laatste-jaar-gebruikers van 4-FA uit Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU; zie bijlage B2) 2020 wil 14,9% van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen minderen, 16,1% stoppen, en 4,6% geeft zelf aan te veel of te vaak te gebruiken. Het percentage laatste-jaar-gebruikers dat zou willen minderen en het percentage dat zou willen stoppen is laag voor 4-FA gebruikers vergeleken met gebruikers van de meeste andere drugs, maar hoger dan voor 2C-B [3].
- Wel neemt het gebruik van 4-FA in de algemene bevolking en onder uitgaande jongeren de laatste jaren af en daarmee mogelijk ook het aantal problematische gebruikers (zie ook § 8.2 en § 8.3.3).
- Van het totaal aantal laatste-jaar-gebruikers van 2C-B uit HGU 2020 wil 6,4% minderen, 7,9% stoppen, en 3,2% geeft zelf aan te veel of te vaak te gebruiken. Het percentage laatste-jaar-gebruikers dat zou willen minderen en het percentage dat zou willen stoppen is erg laag voor 2C-B gebruikers vergeleken met gebruikers van bijna alle andere drugs [3].

Synthetische cathinonen

- Het lijkt erop dat 3-MMC en het verwante 3-CMC op vergelijkbare wijze tot misbruik kunnen leiden als traditionele illegale stimulantia zoals amfetamine of andere cathinonen zoals mefedron (4-MMC/miauw miauw). Ook wordt sterke craving na het gebruik van 3-MMC in de wetenschappelijke literatuur genoemd [6,7]. Het is daarbij belangrijk te noemen dat dit tot nu toe slechts anekdotische rapporten en risicobeoordelingen zijn van professionals en gebruikers over problematisch gebruik van 3-MMC in Nederland en andere Europese landen.
- Een verkenning onder 21 gemeenten laat zien dat 3-MMC een groeiend probleem is. In een derde (32%) van de ondervraagde gemeenten wordt 3-MMC problematiek gezien [8].
- De Antenne-monitor Amsterdam van 2019 bevat kwalitatieve gegevens van interviews met jonge drugsgebruikers (zie ook bijlage B9) [9]. Een gebruiker geeft aan dat ze elk half uur 3-MMC wil bijnemen vanwege de korte duur van de effecten. Ze noemt het “duivelsspul dat doet denken aan een soort ‘methcoke’”. Een andere gebruiker zegt dat 3-MMC verslavend kan zijn en dat “sommigen behalve in het weekend ook door de week” gebruiken. Uit de Antenne Regiomonitor van 2021 lijkt dat 3-MMC vooral bij (kwetsbare) jeugdgroepen op het platteland populair is geworden [4]. Ook uit internationale literatuur blijkt dat gebruikers van synthetische cathinonen symptomen van afhankelijkheid en compulsief gebruik rapporteren [10].
- In mei 2021 verscheen de risicobeoordeling 3-MMC van het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) [11]. Hierin werden signalen beschreven van een toename in gebruik, met name onder jongeren. Ook was er een stijging in het aantal gezondheidsincidenten

waarbij 3-MMC in het spel was. Daarnaast werden symptomen als craving, een sterk verlangen om te gebruiken en onvermogen om te minderen of te stoppen, en gewenning en tolerantie gerapporteerd. Mogelijk is de mate van afhankelijkheid die kan optreden na het gebruik van 3-MMC vergelijkbaar met die van cocaïne. Op basis van deze risicobeoordeling is 3-MMC op 28 oktober 2021 op lijst II van de Opiumwet gezet [11].
- Diverse onderzoeken laten daarnaast een toename zien van het gebruik van 3-MMC en gerelateerde vergiftigingen (zie § 8.3, § 8.6, § 8.8).
- Er zijn aanwijzingen uit de media dat sommige jongeren in de verslavingszorg kampen met problemen met 3-MMC [12,13], hoewel het niet duidelijk is of deze jongeren primair voor 3-MMC in behandeling zijn. Wel lijkt het aantal personen dat zich bij de verslavingszorg meldt met 3-MMC verslavingsproblematiek toe te nemen [11]. Mogelijk blijft een deel van de problematiek rondom NPS onder de radar (zie ook bijlage B12).

Synthetische cannabinoïden

- Beperkte gegevens over synthetische cannabinoïden suggereren dat regelmatig gebruik tolerantie en onttrekkingsverschijnselen kan veroorzaken [14]. In vergelijking met cannabis veroorzaken synthetische cannabinoïden vaker ernstige onttrekkingsverschijnselen, zoals craving en misselijkheid, maar ook epileptische aanvallen of hartkloppingen (zie ook § 8.7.4) [15].
- Frequent gebruik van synthetische cannabinoïden kan leiden tot afhankelijkheid. In een casereport uit Duitsland rapporteerde een gebruiker ongecontroleerd gebruik van ‘Spice Gold’ of ‘Spice’. Ook werd tolerantie gerapporteerd en bleef de gebruiker het middel gebruiken ondanks cognitieve schade en negatieve sociale effecten [16].
- Ook werd in een surveyonderzoek onder gebruikers van synthetische cannabinoïden het gebruik van ‘Spice’ in gevaarlijke situaties gerapporteerd. Sommige gebruikers konden ondanks problemen in het dagelijks leven niet stoppen met gebruiken, of gebruikten voor een langere periode dan zij wilden. Ruim een derde van de participanten voldeed aan de DSM-IV criteria voor misbruik en meer dan een vijfde voldeed aan de criteria voor afhankelijkheid [17].
- In Nederland lijkt het gebruik van synthetische cannabinoïden beperkt (zie § 8.2 en § 8.3). Men veronderstelt dat dit komt door de goede kwaliteit en ruime beschikbaarheid van cannabis, en vanwege het gedogen van cannabisgebruik [18].

Synthetische opioïden

- Fentanyl-achtigen kunnen net als de meeste opiaten leiden tot misbruik en afhankelijkheid [19,20]. Abrupt stoppen met fentanyl kan zorgen voor hevige onttrekkingsverschijnselen (maagkrampen, zweten, verhoogde hartslag en verhoogde bloeddruk) [21]. Ook kan bij herhaaldelijk gebruik van fentanyl tolerantie optreden [22].
- Synthetische opioïden maken een groot deel uit van de opioïdencrisis in de VS en Canada (zie hoofdstuk over Opiaten). Het gaat vooral om fentanyl en fentanyl analoga, maar ook andere synthetische opioïden zoals U-47700. In Europa zijn nieuwe synthetische opioïden langzaam in opkomst, maar in de meeste landen blijft de prevalentie hiervan laag, met uitzondering van de Scandinavische landen (zie ook § 8.5.3) [23].
- In 2018 noemde een op de vijf opioïdepatiënten in gespecialiseerde verslavingszorg in Europa andere opioïden (dan heroïne) als hun primaire drug. In sommige landen, zoals Estland, vormde fentanyl zelfs de meest voorkomende vorm van opioïdengebruik bij nieuwe patiënten [24].

- Een goed beeld over de omvang en de aard van het gebruik van fentanyl-achtigen in Nederland ontbreekt. In Nederland worden fentanyl-achtigen slechts zelden aangetroffen door het DIMS [25]. Bij het DIMS worden drugs met name aangeleverd door recreatieve gebruikers, dit is een andere groep dan de gemarginaliseerde opiaatgebruikers. Tot 2015 registreerde het Landelijk Drugs en Informatiesysteem (LADIS) een klein aantal (circa 3 per jaar) cliënten in instellingen voor verslavingszorg met een fentanylverslaving [26].

Nieuwe benzodiazepines

- Er zijn aanwijzingen uit klinische studies dat nieuwe (‘designer’ en niet-geregistreerde) benzodiazepinen tolerantie en onttrekkingsverschijnselen kunnen veroorzaken. Er is een aantal gevallen van etizolam-afhankelijkheid bekend uit case studies. Onttrekkingsverschijnselen van etizolam zijn vergelijkbaar met onttrekkingsverschijnselen gerapporteerd voor benzodiazepinen in zijn algemeenheid, zoals hartkloppingen, verminderde slaap, agitatie en trillen [27].
- Phenibut valt officieel niet onder de categorie benzodiazepinen, maar lijkt wat de werking betreft wel op sommige benzodiazepinen. Het middel wordt online als slaapbevorderend voedingssupplement verkocht. Uit een verkennend onderzoek naar risico’s van phenibut bleek dat er in vrij korte tijd (slechts enkele dagen) afhankelijkheid van phenibut kan optreden. Ook treden er heftige ontwenningsverschijnselen op bij het afkicken [28,29]. De meest gemelde onttrekkingsverschijnselen zijn rebound-angst (angst voor het terugkeren van onderliggende klachten die in versterkte vorm terugkeren na het staken van gebruik) en slapeloosheid, maar ook onrust, prikkelbaarheid, visuele hallucinaties, psychotische symptomen en een geagiteerd delirium komen voor [30].
- In enkele wetenschappelijke artikelen wordt beschreven dat binnen enkele weken tolerantie kan optreden voor phenibut (een toename van dosering is nodig om hetzelfde effect te bereiken). Ook gebruikers rapporteren (binnen enkele dagen) tolerantie [29].

Problematisch gebruik onder kwetsbare groepen

In Europa zijn er aanwijzingen voor een toenemende beschikbaarheid en problematisch gebruik van NPS onder kwetsbare, gemarginaliseerde groepen, zoals chronische en gemarginaliseerde drugsgebruikers, daklozen en gevangenen [24,31]. Ook de groep van mannen die (chem)seks hebben met mannen (MSM) vertonen een hoger NPS-gebruik dan de algemene bevolking [31]. In een internationale studie kon voor Nederland in 2016 slechts één ‘gemarginaliseerde’ NPS-gebruiker geïncludeerd worden. Dit suggereert dat deze gebruikersgroep hier, in tegendeel tot andere landen, beperkt is [32]. Er moet echter worden opgemerkt dat dit onderzoek 6 jaar geleden is uitgevoerd en dat de situatie sindsdien mogelijk is veranderd.

- 4-FA gebruikers zijn in Nederland in doorsnee hoog opgeleid. Het risico op problematisch gebruik is hoger onder laagopgeleiden dan onder hoogopgeleiden: deze gebruikersgroep treft mogelijk minder maatregelen om risico’s te beperken, zijn weinig actief op zoek naar informatie over doseringen, en gaan vooral af op wat de dealer hen aanraadt qua dosering en/of lijken geen enkele notie te hebben van doseringen. Ook zijn er risicogroepen die 4-FA zijn blijven gebruiken, ondanks het verbod in 2017, waarschuwingen en gezondheidsproblemen [5].
- Het gebruik van synthetische cathinonen komt ook voor onder sommige groepen mensen die drugs injecteren, met name onder mannen die seks hebben met mannen (MSM), en is gerelateerd aan risico’s op weefselbeschadiging en bacteriële en virale infecties [10], maar ook

een verhoogde kans op seksueel risicogedrag [6]. Het injecteren van drugs verhoogt het risico op afhankelijkheid [33]. Injectie van synthetische cathinonen is daarnaast in verband gebracht met hiv-uitbraken in Europa. Dit komt waarschijnlijk omdat het injecteren van stimulerende middelen samenhangt met een hoge injectiefrequentie en meer chaotisch gedrag [34].

- In Nederland lijkt het gebruik van NPS onder MSM vrij laag te zijn (naar schatting gaat het om ongeveer 3% van de MSM in de afgelopen 6 maanden) en ook veel lager dan het gebruik van andere meer traditionele middelen (bijv. 14-34% voor ecstasy en 10-31% GHB/GBL onder MSM in de laatste 6 maanden). Een uitzondering hierop is het middel 3-MMC: steeds meer MSM die 'slammen' (injecteren) gebruiken 3-MMC tijdens seksuele activiteiten. Bovendien geeft het 'slammen' met 3-MMC meer gebruikersklachten dan bijvoorbeeld crystal meth (wat ook vaak wordt gebruikt in de chemseks-scene) omdat het sneller uitwerkt en dus vaker moet worden geïnjecteerd. Dit geeft een grotere kans op kapotte aderen en andere huidproblemen [35].
- Uit de internationale literatuur blijkt dat vooral nieuwe synthetische opioïden, benzodiazepines en synthetische cannabinoïden aantrekkelijker zijn voor mensen met langdurig problematisch drugsgebruik dan voor degenen die op zoek zijn naar een legaal middel voor recreatief gebruik. Mogelijk komt dit doordat deze nieuwe middelen vaak hoog potent zijn en (nog) niet door standaard drugstesten worden gedetecteerd [31].
- Over het algemeen zijn er momenteel maar weinig mensen in Europa in behandeling voor problematisch gebruik van NPS [24]. Een uitzondering hierop is de NPS-groep van synthetische opioïden. Zoals hierboven benoemd, noemde in 2018 een op de vijf opioïdepatiënten in gespecialiseerde verslavingszorg in Europa synthetische opioïden als primaire drug [24].
- Het roken van synthetische cannabinoïden in gemarginaliseerde groepen, waaronder daklozen en gevangenen, wordt in een aantal Europese landen als een probleem beschouwd [32]. Synthetische cannabinoïden kunnen zeer verslavend zijn en er is vraag naar gespecialiseerde behandelingen [10]. Sommige synthetische cannabinoïden (bijv. Black Mamba, AM-2201 met oleamide) lijken zelfs verslavender te zijn dan het roken van heroïne [36]. Deze middelen zijn in Nederland echter niet populair.

- Het NPS-gebruik in gevangenissen is in sommige Europese landen (zoals Duitsland, het VK, en Finland) zorgwekkend [24]. Voor Nederland zijn geen gegevens beschikbaar. Er zijn echter signalen uit de media dat het gebruik van synthetische cannabinoïden tijdens de coronapandemie in gevangenissen in Nederland opkwam [37,38].
- Gemarginaliseerde gebruikers gebruiken NPS vaak voor coping motieven (bijv. om problemen te vergeten) en conformiteitsmotieven (bijv. om bij de groep te passen). Daarnaast vertonen gemarginaliseerde gebruikers frequenter en ernstiger NPS-gebruik [39]. Coping gedreven gebruikers hebben een vergroot risico op afhankelijkheid, negatieve emoties worden verdoofd, maar niet verholpen. Bij het groeien van problemen, stijgt mogelijk ook het gebruik, wat vervolgens leidt tot meer problemen [40].

- Gegevens over hulpvraag bij de verslavingszorg zijn te vinden in § 8.6.
- Gegevens over de gezondheidseffecten van chronisch NPS-gebruik zijn te vinden in § 8.7.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. High-risk drug use and new psychoactive substances [Internet]. European Monitoring Centre for Drugs an Drug Addiction; 2017. Available from:

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4540/TD0217575ENN.pdf
2. Koning R, Niesink R. Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS): niets nieuws onder de zon. Vol. 9, Verslaving. 2013. p. 47–59.
3. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
4. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
5. Van der Pol P, Nijkamp L, Nabben T, Van Laar MW. 4 - Fluoramfetamine: gebruikers en gebruik in beeld. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
6. EMCDDA. Report on the risk assessment of 2-(methylamino)-1-(3-methylphenyl)propan-1-one (3-methylmethcathinone, 3-MMC) in accordance with Article 5c of Regulation (EC) No 1920/2006 (as amended) [Internet]. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14507/Report on the risk assessment of 3-MMC.pdf
7. Ferreira B, Silva D Dias da, Carvalho F, de Lourdes Bastos M, Carmo H. The novel psychoactive substance 3-methylmethcathinone (3-MMC or metaphedrone): A review [Internet]. Vol. 295, Forensic Science International. Elsevier Ireland Ltd; 2019. p. 54–63. Available from: https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2018.11.024
8. Nijkamp L, Spronk DB, Bilderbeek B. Uitkomsten online verkenning 3-MMC problematiek in Nederlandse gemeenten. Trimbos instituut. 2021.
9. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
10. EMCDDA. New psychoactive substances: health and social responses [Internet]. European Monitoring Centre for Drugs an Drug Addiction; 2021. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/new-psychoactive-substances-health-and-social-responses_en
11. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs C. Risicobeoordeling 3-Methylmethcathinon (3-MMC [Internet]. 2021. Available from: https://www.rivm.nl/documenten/risicobeoordelingsrapport-3-mmc
12. Radar. Designerdrug 3-MMC vrij verkrijgbaar, maar gebruik is niet zonder gevaar [Internet]. 2019. Available from: https://radar.avrotros.nl/uitzendingen/gemist/item/designerdrug-3-mmc-vrij-verkrijgbaar-maar-gebruik-is-niet-zonder-gevaar/
13. Zorggids N. Aantal gebruikers 3-MMC begint zorgwekkend te worden [Internet]. 2020. Available from: https://www.nationalezorggids.nl/ggz/nieuws/57011-aantal-gebruikers-3-mmc-begint-zorgwekkend-te-worden.html
14. EMCDDA. Synthetic cannabinoids in Europe (Perspectives on drugs) [Internet]. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2017. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/synthetic-cannabinoids_en
15. Cooper ZD. Adverse Effects of Synthetic Cannabinoids: Management of Acute Toxicity and Withdrawal. Vol. 18, Current Psychiatry Reports. 2016. p. 52.
16. Zimmermann US, Winkelmann PR, Pilhatsch M, Nees JA, Spanagel R, Schulz K. Withdrawal phenomena and dependence syndrome after the consumption of “spice gold”. Vol. 106,

Deutsches Arzteblatt international. 2009. p. 464–467.
17. Vandrey R, Dunn KE, Fry JA, Girling ER. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids). Vol. 120, Drug and alcohol dependence. 2012. p. 238–241.
18. Van Amsterdam J, Brunt T, Van Den Brink W. The adverse health effects of synthetic cannabinoids with emphasis on psychosis-like effects. Vol. 29, Journal of Psychopharmacology. 2015. p. 254–263.
19. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation: An update from the EU Early Warning System: June 2018. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
20. Morgan MM, Christie MJ. Analysis of opioid efficacy, tolerance, addiction and dependence from cell culture to human. Vol. 164, British journal of pharmacology. 2011. p. 1322–1334.
21. Cushman P, Dole VP. Detoxification of rehabilitated methadone-maintained patients. Vol. 226, JAMA. 1973. p. 747–752.
22. Fishbain DA, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Drug abuse, dependence, and addiction in chronic pain patients. Vol. 8, The Clinical journal of pain. 1992. p. 77–85.
23. Kools JP. Europa wil beter zicht op gevaarlijke en zeer verslavende synthetische opioïden: 19 februari 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/*/https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/europa-wil-beter-zicht-op-gevaarlijke-en-zeer-verslavende-synthetische-opioiden.
24. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2019: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
25. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. CAM Quick Scan rapportage van fentanyl en fentanyl-analoga. Bilthoven: CAM; 2018.
26. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2017: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.
27. EMCDDA. New benzodiazepines in Europe – a review [Internet]. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2021. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/rapid-communications/new-benzodiazepines-europe-review_en
28. Van Dongen A, Dijkstra B. Inventarisatie van het gebruik van phenibut door GHBgebruikers. Novadic Kentron; 2018.
29. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. CAM Quick Scan rapportage van phenibut. Bilthoven: CAM; 2018.
30. Jellinek. Wat is phenibut? [Internet]. 2020. Available from: https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/wat-is-phenibut/
31. Peacock A, Bruno R, Gisev N, Degenhardt L, Hall W, Sedefov R, et al. New psychoactive substances: challenges for drug surveillance, control, and public health responses. Vol. 394, The Lancet. 2019. p. 1668–1684.
32. Benschop WJ, Bujalski M, Dabrowska K, Demetrovics Z, Egger D, Felinczi K, et al. New Psychoactive Substances: transnational project on different user groups, user characteristics, extent and patterns of use, market dynamics, and best practices in prevention. Amsterdam: University of Amsterdam; 2017.
33. Van Laar M, Cruts G. Epidemiologie van middelengebruik en stoornissen in het gebruik. In: Handboek verslaving: Tweede, geheel herziene druk. Amsterdam: De Tijdstroom/Boom uitgevers; 2019. p. 25–39.
34. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D, Europol. EU Drug Markets Report 2019.

Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
35. Knoops L, Van de Poll S, Albers T. Slammen in Nederland: het injecteren van drugs in een seksuele setting. Mainline; 2021.
36. Hattenstone S, Lavelle D. The homeless death of Kane Walker [Internet]. The Guardian. 2019. Available from: https://www.theguardian.com/cities/2019/sep/30/the-homeless-death-of-kane-walker-how-we-let-down-the-kid-from-care?CMP=fb_gu&utm_medium=Social&utm_source=Facebook&fbclid=IwAR2ftpLqwcjcRU3w5hb-0o_VsIRcZaC0oeN2CCZvrGkLdjGrLeJ_wHEBsGI#Echobox=1570192253
37. Levensgevaarlijke en onzichtbare drug K2 rukt op in Nederlandse gevangenissen [Internet]. Available from: https://www.nporadio1.nl/nieuws/binnenland/a66b5638-6454-41ab-ba85-d74543ee70de/levensgevaarlijke-en-onzichtbare-drug-k2-rukt-op-in-nederlandse-gevangenissen
38. Levensgevaarlijke drugs via post: gevangenis grijpt in [Internet]. 2021. Available from: https://www.1limburg.nl/nieuws/1424436/levensgevaarlijke-drugs-via-post-gevangenis-grijpt-in
39. Benschop A, Urbán R, Kapitány-Fövény M, Van Hout MC, Dąbrowska K, Felvinczi K, et al. Why do people use new psychoactive substances? Development of a new measurement tool in six European countries. Vol. 34, Journal of Psychopharmacology. 2020. p. 600– 611.
40. De Jonge MC. Persona's in middelengebruik: Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-insituut; 2021.

8.5 Gebruik: internationale vergelijking

8.5.1 Algemene bevolking internationaal

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk, en Turkije [1]. In Australië wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [2]. Sinds 2011 rapporteert meer dan de helft van de Europese landen nationale schattingen over het gebruik van NPS in de algemene bevolking. Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden, steekproeven, leeftijdsgroepen en vraagstellingen een precieze vergelijking bemoeilijken. Dit geldt ook voor het vergelijken met de resultaten uit Australië in onderstaande tabel. Bovendien zijn er methodologische problemen die specifiek zijn voor NPS: de soorten NPS die in deze onderzoeken worden meegenomen kunnen verschillen, vanwege het ontbreken van een eenduidige definitie voor NPS en mogelijk ook vanwege verschillen in wetgeving.

Vergelijking tussen landen

Onderstaande tabel presenteert gegevens over het gebruik van NPS in een aantal lidstaten van de EU-14, Verenigd Koninkrijk en Noorwegen volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar), tenzij anders aangegeven. Gegevens voor Australië staan ook in de tabel. Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken, van invloed is onder andere de leeftijdsgroep.

Aangezien het gebruik van NPS in Nederland in 2020 anders is uitgevraagd dan in voorgaande jaren, zijn er geen goede gegevens beschikbaar over het gebruik van NPS als geheel. Daarom kan het gebruik van 'enige NPS' niet met andere Europese landen worden vergelijken. We kunnen echter over een aantal specifieke NPS en patronen rapporteren. Zo is het gebruik van synthetische cannabinoïden in Nederland erg laag in vergelijking met andere landen. Bovendien lijkt het erop dat (bepaalde) NPS in Nederland meer worden gebruikt door hoogopgeleiden, terwijl in andere landen NPS vaak (ook) worden gebruikt door gemarginaliseerde groepen in de ‘straat scene’ (zie ook § 8.4).

- Hoewel 3-MMC en 3-CMC al een aantal jaren beschikbaar zijn op de Europese drugsmarkt, lijken deze stoffen rond 2020 in toegenomen mate beschikbaar te zijn. Op basis van de toegenomen beschikbaarheid en inbeslagnames van deze stoffen op de Europese drugsmarkt zijn er signalen dat het gebruik van synthetische cathinonen (waaronder 3-MMC en 3-CMC) in Europa is gestegen. Er zijn echter geen gebruikscijfers beschikbaar op Europees niveau.
- Volgens de gegevens van het EMCDDA uit 2022 varieerde het gebruik van (enige) NPS onder jongvolwassenen (15-34 jaar) in het laatste jaar naar schatting tussen de 0,1% in Letland en 5,1% in Roemenië [3].
- Het gebruik van (enige) NPS onder jongvolwassenen (15-34 jaar) in het afgelopen jaar varieerde volgens de gegevens van het EMCDDA uit 2021 van 0,2% tot 3,2%, met een gemiddelde van 1,1% in de 12 landen die gegevens aanleverden tussen 2015 en 2018. Bij volwassenen (15-64 jaar) varieerde het laatste-jaar-gebruik van 0,1% tot 1,4%, met een gemiddelde van 0,6% in de

15 landen die gegevens aanleverden [1].

- Een klein aantal van de Europese enquêtes uit het European Drug Report van 2021 bevat specifiek vragen over het gebruik van synthetische cannabinoïden. Het laatste-jaar-gebruik hiervan onder 15-34-jarigen varieerde van 0,3% in Spanje tot 0,6% in Italië. In Australië had 0,2% van de bevolking van 14 jaar en ouder in het afgelopen jaar synthetische cannabinoïden gebruikt [1].
- In Nederland komt het gebruik van synthetische cannabinoïden in de algemene bevolking maar zelden voor: 0,1% van de jongvolwassenen (15-34 jaar) had deze middelen in 2020 in het laatste jaar gebruikt. Zoals beschreven in § 8.2 is de meest voorkomende NPS in de algemene bevolking waar gegevens voor beschikbaar zijn 2C-B [1].

Gebruik van NPS in de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-14, het Verenigd Koninkrijk en Australië: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar (tenzij anders aangegeven)[I]

Subtitle

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Soort NPS	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Verenigd Koninkrijk[II]	2017/2018	16-59	NPS	2,5	0,4
Australië	2019	14 en ouder	NPS	0,7	0,1
		14 en ouder	Synthetische cannabinoïden	2,6	0,2
Letland	2015	15-34	Synthetische cannabinoïden	5,4	1,5
Nederland	2020	15-34	Synthetische cannabinoïden	-	0,1

Verschillen in definitie van NPS, peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers van enige NPS (15-64 jaar). I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. 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. II. Verenigd Koninkrijk: Engeland & Wales. - = Gegevens ontbreken. Bron: EMCDDA. Voor de volledige bronvermelding: zie onderaan deze pagina.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
2. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2019. Canberra: AIHW; 2020.
3. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.

8.5.2 Jongeren

Gegevens over het middelengebruik bij scholieren in het regulier onderwijs van 15 en 16 jaar zijn gebaseerd op het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), die (sinds 2003) elke 4 jaar wordt uitgevoerd. De ESPAD peilde in 2019 voor de tweede keer het gebruik van NPS onder scholieren van het middelbaar onderwijs [1] (zie § 8.3). Onderstaande tabel toont het gebruik van NPS in een aantal landen van de EU. De cijfers moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd; jongeren hebben mogelijk de vraag naar NPS niet opgevat zoals bedoeld (zie ook § 8.3).

- In Nederland rapporteerde 1,5% van de scholieren ervaring te hebben met NPS. Nederland ligt daarmee onder het Europese gemiddelde van 3,4%. In Estland (6,6%) en Letland (6,4%) was het ooitgebruik het hoogst; in Noord-Macedonië, Finland, en Portugal was het met rond 1% het laagst.
- De laatste-jaar-prevalentie van NPS-gebruik in Nederland is 1,1% en ligt daarmee onder het Europese gemiddelde van 2,5%. Het laatste-jaar-gebruik was het hoogst in de Tsjechië, Letland, Estland, Polen en Monaco (4,0-4,9%); en het laagst in Noord-Macedonië, Finland en Portugal (0,4-0,8%).
- Van alle deelnemende scholieren in Europa die in het laatste jaar NPS hadden gebruikt, meldde de meerderheid (54%) het gebruik van synthetische cannabinoïden. Slechts een paar landen rapporteerden een hoger gebruik van andere NPS dan synthetische cannabinoïden.
- Een opvallend kenmerk van NPS-gebruikers is dat zij vaak polydrugsgebruikers zijn: 77% van de NPS-ooit-gebruikers in de EU heeft in de afgelopen maand ook minstens één keer zwaar gedronken en 88% heeft minstens één illegale drug geprobeerd. Bovendien had 84% van de NPS-gebruikers in de EU ervaring met cannabis, en 45% had ervaring met stimulerende middelen zoals amfetamine, ecstasy of cocaïne.
- Het Europese gemiddelde ooit-gebruik van synthetische cannabinoïden was 3,1%; en daarmee hoger dan het gemiddelde ooit-gebruik van synthetische cathinonen met 1,1%. Voor Nederland zijn geen gegevens beschikbaar.
- In veel landen rapporteren jongeren vaker het gebruik van NPS dan van sommige meer gevestigde illegale drugs, zoals ecstasy. Dat is niet het geval voor Nederland.

De resultaten van de ESPAD van 2015 zijn niet volledig vergelijkbaar met de resultaten van 2019 vanwege de verschillende responscategorieën. Met dit voorbehoud lijken de resultaten voor 2019 vergelijkbaar met die van 2015, met iets hogere waarden in 2015, toen gemiddeld 4,2% van alle scholieren ervaring had met NPS, en de laatste-jaar-prevalentie 2,9% bedroeg.

Gebruik van NPS onder scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen. Peiljaar 2019

	Ooit (%)			Laatste jaar (%)		
	Totaal	Jongens	Meisjes	Totaal	Jongens	Meisjes
Ierland	4,7	6,6	2,9	3,7	5,0	2,4
Oostenrijk	4,0	3,8	4,2	3,0	3,0	3,1
Duitsland	3,8	2,9	4,7	2,8	2,1	3,5
Italië	3,1	2,5	3,8	2,2	2,1	2,5
Noorwegen	3,1	3,7	2,4	2,4	3,3	1,5
Griekenland	2,8	4,1	1,6	2,2	3,0	1,5
Zweden	2,1	2,4	1,7	1,5	1,6	1,4
Denemarken	2,0	2,2	1,8	1,5	1,8	1,4
Nederland	1,5	2,2	0,8	1,1	1,7	0,6
Finland	0,9	0,9	0,9	0,6	0,5	0,7
Portugal	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9	0,6
Ongewogen EU gemiddelde	3,4	3,4	3,3	2,5	2,7	2,4

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers. Weergegeven is het percentage scholieren dat 'ja' heeft geantwoord; 'weet niet' en missende antwoorden zijn niet meegenomen in deze tabel. Het ongewogen EU gemiddelde is gebaseerd op alle EU landen die deelgenomen hebben aan de ESPAD. Bron: ESPAD 2019.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

8.5.3 Speciale groepen internationaal

Naast de beperkte informatie over NPS-gebruik in de algemene bevolking, is een aantal internationale studies uitgevoerd naar het NPS-gebruik in specifieke groepen gebruikers. Aangezien er zo weinig gegevens over NPS beschikbaar zijn, is het belangrijk om ook op de hoogte te zijn van ontwikkelingen in andere landen.

Global Drug Survey

De Global Drug Survey (GDS) is een internationale online survey waar relatief veel uitgaanders en drugsgebruikers aan deelnemen. Elk jaar bevat de survey andere onderwerpen. De GDS2019 werd afgenomen onder ongeveer 120.000 deelnemers uit meer dan 30 landen (gemiddelde leeftijd 29 jaar) [1]. Evenzo grote groepen deelnemers werden in de GDS2018 en GDS2017 geworven [2,3]. Het gaat om een niet-representatieve steekproef en de gegevens zijn derhalve alleen indicatief. Ook vergelijkingen tussen landen moeten voorzichtig worden gemaakt.

- Van alle deelnemers in de GDS2019 had 3,2% in het afgelopen jaar acute medische hulp gezocht na het gebruik van NPS. NPS waren daarmee de derde meest voorkomende (groep) drugs na heroïne en methamfetamine waarvoor deelnemers medische hulp zochten.
- Van de deelnemers in de GDS2018 had 16,0% ooit in het leven een NPS gebruikt en had 5,0% in het afgelopen jaar nog een NPS gebruikt. Het laatste-jaar-gebruik lag in Nederland op 11,6% en daarmee kwam Nederland op de vierde plaats na de Verenigde Staten (20,0%), Polen (14,2%), en Canada (13,9%). Van de deelnemende landen werd het laagste percentage gevonden in Denemarken (1,5%).
- Over de gehele GDS2017 steekproef kwam 2C-B naar voren als meest gebruikte NPS met 2,7% gebruik in het laatste jaar. Respondenten wereldwijd gaven aan NPS te gebruiken vanwege de wettelijke status, de gemakkelijke online verkrijgbaarheid en de prijs.

Gebruikerskenmerken en gebruikspatronen

Het gebruik van NPS en traditionele illegale drugs werd tussen 2015 en 2018 op 6 muziekfestivals in Europa onderzocht door middel van een rioolwateranalyse [4]. Er is een screening uitgevoerd op 197 NPS, zes illegale drugs en bekende metabolieten. Verschillende illegale drugs en 21 verschillende NPS (voornamelijk synthetische cathinonen, fenethylaminen en tryptamines) werden geïdentificeerd. Ketamine en de traditionele illegale drugs, zoals cannabis, amfetamine en cocaïne werden het vaakst aangetroffen, wat wijst op een hoger gebruik daarvan in vergelijking met NPS.

In een groot Europees onderzoek is in 2016 in zes landen het NPS-gebruik in drie groepen onderzocht: gemarginaliseerde gebruikers, uitgaanders, en gebruikers in online drugsfora [5].

- Er waren duidelijke verschillen in NPS-gebruik tussen landen in Europa. In Duitsland en Nederland waren NPS-gebruikers voornamelijk te vinden in online drugsfora, in Portugal waren het meestal uitgaanders, en in Ierland waren het voornamelijk gemarginaliseerde drugsgebruikers.
- In Nederland kwam, in tegenstelling tot andere landen, het gebruik van NPS in de gemarginaliseerde ‘straat scene’ amper voor.

- De meest geconsumeerde groep NPS verschilde tussen landen: in Duitsland en Portugal was de laatste-jaar prevalentie het hoogst voor psychedelica, in Hongarije voor synthetische cannabinoïden en stimulantia, en in Nederland, Ierland en Polen voor NPS stimulantia [6].
- Meer dan de helft van de respondenten uit Nederland had in het afgelopen jaar NPS uit de categorie stimulantia gebruikt.

In 2015 werd in Duitsland een groot epidemiologisch onderzoek uitgevoerd [7]. Een hogere leeftijd en een hoger opleidingsniveau waren geassocieerd met minder NPS gebruik. Dit in tegenstelling tot Nederland, waar het gebruik van 4-FA het hoogst is bij hoogopgeleiden (zie § 8.2).

Motieven voor NPS-gebruik verschillen tussen gebruikers en soorten NPS [8].

- Gemarginaliseerde gebruikers gebruiken NPS vaak voor coping motieven (bijv. om problemen te vergeten) en conformiteitsmotieven (bijv. om bij de groep te passen). Ze vertonen frequenter en ernstiger NPS-gebruik.
- Uitgaanders gebruiken NPS vaak voor sociale motieven (bijv. om een feest te verbeteren). Ze gebruiken daarom vaker stimulerende empathogenen (zoals 4-FA), die naar verwachting de gezelligheid vergroten.
- Gebruikers in online communities gebruiken NPS vaak voor geestverruimende motieven. Ze gebruiken vaker psychedelica en dissociatieve NPS. (Dissociatieve middelen worden gekenmerkt door vervormde zintuigelijke waarneming en gevoelens van ontkoppeling van de omgeving en het zelf.)

Synthetische opioïden maken een groot deel uit van de opioïdencrisis in de VS en Canada (zie § 5.7.4). Het gaat vooral om fentanyl en fentanyl analoga, maar ook nieuwe synthetische opioïden zoals U-47700. Het project SO-PREP (gefinancierd door de Europese Commissie en geleid door het Trimbos-instituut) onderzoekt onder meer de omvang en aard van het gebruik van synthetische opioïden in Europa [9]. Synthetische opioïden zijn langzaam in opkomst op de Europese markten, maar de prevalentie blijft laag in de meeste landen, behalve de Scandinavische landen. Estland is het enige land in Europa waar synthetische opioïden al de afgelopen 15 jaar zeer prevalent zijn. In Nederland worden nog maar zeer weinig synthetische opioïden aangetroffen.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Globaldrugsurvey.com. Global Drug Survey 2019 Executive Summary [Internet]. 2019. Available from: https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/themes/globaldrugsurvey/results/GDS2019-Exec-Summary.pdf
2. Globaldrugsurvey.com. Global Drug Survey 2017 [Internet]. 2017. Available from: https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/themes/globaldrugsurvey/results/GDS2017_key-findings-report_final.pdf
3. Globaldrugsurvey.com. Global Drug Survey 2018 [Internet]. 2018. Available from: https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/themes/globaldrugsurvey/results/GDS2019-Exec-Summary.pdf
4. Bijlsma L, Al. E. Monitoring psychoactive substance use at six European festivals through wastewater and pooled urine analysis. Vol. 725, Science of the Total Environment. 2020.

5. Benschop WJ, Bujalski M, Dabrowska K, Demetrovics Z, Egger D, Felinczi K, et al. New Psychoactive Substances: transnational project on different user groups, user characteristics, extent and patterns of use, market dynamics, and best practices in prevention. Amsterdam: University of Amsterdam; 2017.
6. Korf DJ, Benschop A, Werse B, Kamphausen G, Felvinczi K, Dabrowska K, et al. How and Where to Find NPS Users: a Comparison of Methods in a Cross-National Survey Among Three Groups of Current Users of New Psychoactive Substances in Europe. International Journal of Mental Health and Addiction. 2019. p. 1–18.
7. Gomes De Matos EG, Hannemann TV, Atzendorf J, Kraus L, Piontek D. The consumption of new psychoactive substances and methamphetamine - Analysis of data from 6 German federal states. Vol. 115, Deutsches Arzteblatt International. 2018. p. 49–55.
8. Benschop A, Urbán R, Kapitány-Fövény M, Van Hout MC, Dąbrowska K, Felvinczi K, et al. Why do people use new psychoactive substances? Development of a new measurement tool in six European countries. Vol. 34, Journal of Psychopharmacology. 2020. p. 600– 611.
9. Kools J-P. Europa wil beter zicht op gevaarlijke en zeer verslavende synthetische opioïden: 19 februari 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/*/https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/europa-wil-beter-zicht-op-gevaarlijke-en-zeer-verslavende-synthetische-opioiden.

8.6 Hulpvraag en incidenten

Gegevensbronnen

Er is weinig bekend over chronische NPS-problematiek. Er zijn geen gegevens over het aantal mensen dat vanwege het gebruik van NPS hulp zoekt bij de verslavingszorg of wordt opgenomen in algemene ziekenhuizen. De acute hulpvraag wordt geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten (MDI). Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen. Ten slotte worden nog andere uiteenlopende onderzoeken naar NPS-gerelateerde incidenten beschreven.

8.6.1 Verslavingszorg

Er zijn geen gegevens over het aantal mensen dat vanwege het gebruik van NPS hulp zoekt bij de verslavingszorg of wordt opgenomen in algemene ziekenhuizen.

Er is ook weinig bekend over effectieve interventies en zorg met betrekking tot NPS.

- In 2016 waren NPS-specifieke gezondheidsmaatregelen beschikbaar in slechts 7 van 17 landen in Europa, waaronder Nederland. Ze waren meestal te vinden in uitgaansgelegenheden, laagdrempelige services voor drugsgebruikers, gespecialiseerde behandelcentra en web-gebaseerde platforms. Bij een gebrek aan NPS-specifieke interventies, vertrouwen professionals op hun verworven expertise met ‘traditionele’ illegale drugs bij het aanpakken van NPS-gerelateerde problemen. Gegevens suggereren dat generieke interventies aangepast kunnen worden aan NPS, afhankelijk van sociaal-culturele kenmerken van NPS-gebruikers. De evidentie voor de effectiviteit in deze groepen is echter beperkt [1].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Pirona A, Bo A, Hedrich D, Ferri M, van Gelder N, Giraudon I, et al. New psychoactive substances: Current health-related practices and challenges in responding to use and harms in Europe [Internet]. Vol. 40, International Journal of Drug Policy. Elsevier B.V.; 2017. p. 84–92. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.004

8.6.2 Incidenten

In het kort: Het aandeel bij de Monitor Drugsincidenten (MDI) gemelde incidenten met 3- of 4-MMC (3%) is in 2021 opnieuw sterk gestegen. Patiënten zijn relatief jong en combineren 3-/4-MMC vaak met andere drugs. Ook het aantal informatieverzoeken over synthetische cathinonen (213 blootstellingen) bij het NVIC is in 2021 ruim verdubbeld ten opzichte van 2020 (84 blootstellingen). Het ging vooral om informatieverzoeken over 3-MMC (162 blootstellingen in 2021).

Snel naar:

- NPS-gerelateerde incidenten
- Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
- NPS-intoxicaties in Europa

Gegevensbronnen

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage B3) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende eerste hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door forensisch artsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) [1]. De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen. Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd. Tot slot verzamelt het Euro-DEN Plus project gegevens over drugsgerelateerde spoedgevallen van een netwerk van ziekenhuizen in Europa.

Monitor Drugsincidenten

3-/4-MMC

In 2021 waren de meeste meldingen van NPS gerelateerd aan 3/4-MMC (in één categorie behandeld omdat zowel dealers en gebruikers als hulpverleners moeilijk onderscheid tussen de middelen kunnen maken). In 2021 werd gebruik van 3- of 4-MMC geregistreerd bij 132 (3%) van de 3.984 geregistreerde drugsincidenten. In 42% was 3/4-MMC de enige gebruikte drug, met of zonder alcohol (mono-gebruik). Bij de rest was 3/4-MMC in combinatie met één of meer andere drugs gebruikt, meestal met GHB (45%), ecstasy (20%), cannabis (16%) en/of amfetamine (18%). De eerste incidenten met 3/4-MMC zijn geregistreerd in 2018 [1].

- Incidenten met 3/4-MMC nemen zowel in absolute aantallen als relatief toe. Het aandeel op het totaal aan drugsincidenten is nog relatief beperkt. In 2021 was bij 3% van de geregistreerde incidenten sprake van 3/4-MMC-gebruik (al dan niet in combinatie met andere middelen),

verreweg het grootste aandeel van alle geregistreerde NPS (ter vergelijking: alle andere NPS bij elkaar opgeteld waren betrokken bij 1% van de geregistreerde incidenten). In 2020 was 3/4-MMC nog betrokken bij 2% van de meldingen, en in 2019 bij 0,4% (2018: 0,2%). Deze toename in incidenten werd gezien op EHBO-posten, bij ambulancediensten en MDI- en LIS-ziekenhuizen.

- Waar in 2018 nog 89% van alle geregistreerde 3/4-MMC-incidenten het gevolg was van combinatiegebruik, was dit aandeel in 2021 gedaald naar 58%. Er zijn in 2021 dus relatief vaker incidenten gemeld waarbij 3/4-MMC alleen, zonder andere drugs, voor gezondheidsverstoringen heeft gezorgd. Daarnaast zijn in 2020 voor het eerst matige en ernstige intoxicaties met 3/4-MMC (als enige drug met of zonder alcohol) geregistreerd (zie onderstaande tabel). Voorheen waren de gemelde incidenten uitsluitend licht van aard. In 2021 groeide het aandeel ernstige incidenten bij 3/4-MMC-mono-intoxicaties naar 50%, hoger dan bijvoorbeeld bij ecstasy (23%), cocaïne (26%) of amfetamine (36%). Op feesten was de intoxicatie bij het merendeel (78%) van de 3/4-MMC-mono-intoxicaties licht. Het aandeel patiënten dat 3/4-MMC (als enige drug) met alcohol had gecombineerd was 67% in 2020.
- Patiënten met een 3/4-MMC (mono-)intoxicatie waren in 2021 relatief jong; de mediane leeftijd (23 jaar) van deze patiënten was vergelijkbaar met die van ecstasy (22 jaar) en lachgas (22 jaar) en beduidend lager dan die van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie (mediaan: 31 jaar).

Incidenten met 3/4-MMC als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2021

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO-posten
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	14 (1)	12 (1)	13 (1)	3 (<1)	13 (4)
Man (%)*	64	83	85	100	54
Leeftijd: < 25 jaar (%)*	62	33	54	33	77
Ook alcohol gebruikt (%)*	50	42	23	50	23
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	42	27	-	0	78
Matig (%)[II]	8	73	-	0	11
Ernstig (%)[III]	50	0	-	100	11

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

4-FA en overige NPS

Aan NPS gerelateerde incidenten hadden in de afgelopen jaren vooral betrekking op 4-FA. In 2012 werden voor het eerst enkele 4-FA-incidenten geregistreerd. In 2021 was bij 16 meldingen van het totaal van 3.984 door de deelnemers geregistreerde drugsincidenten 4-FA betrokken (<1%). Bij 7 incidenten was 4-FA de enige gebruikte drug. De stof werd wegens ernstige gezondheidsverstoringen op 25 mei 2017 op lijst I van de Opiumwet geplaatst. Sindsdien is er een afname zichtbaar in het aantal door DIMS geteste 4-FA monsters (zie § 8.8), alsook in het aandeel drugsincidenten na gebruik van 4-FA. De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

- Op EHBO-posten steeg het aandeel incidenten na gebruik van 4-FA (als enige drug of in combinatie met andere drugs) van 2012 (< 1%) tot en met 2016 (15%). Na het verbod op 4-FA

in mei 2017 daalde het aandeel incidenten met 4-FA van 17% in het eerste half jaar van 2017 naar 9% in het tweede half jaar. Daarna zette deze trend door en kwam het aandeel incidenten op de EHBO's van grootschalige evenementen dat samenhing met het gebruik van 4-FA (als enige drug of in combinatie met één of meerdere andere drugs) in 2021 uit op 2%.
- De overige diensten zien weinig incidenten gerelateerd aan 4-FA; in 2021 meldden ambulancediensten 2 (<1%), MDI-ziekenhuizen 5 (<1%) en LIS-ziekenhuizen 1 incident (<1%) waarbij (onder andere) 4-FA was gebruikt. Forensisch artsen meldden geen incidenten met 4-FA.

Incidenten gerelateerd aan andere NPS worden veel minder vaak geregistreerd. Daarbij moet wel worden aangetekend dat het niet mogelijk is om zonder toxicologische analyses een goed beeld van deze incidenten te verkrijgen.

- In 2021 registreerde de MDI incidenten gerelateerd aan de volgende overige NPS: 2C-B (18 keer in 2021; 14 keer in 2020; 30 in 2019; 30 in 2018), synthetische cannabinoïden (9 keer in 2021; 10 keer in 2020), designer benzodiazepinen (7 keer in 2021; 5 keer in 2020), PCP (3 keer in 2021; 4 keer in 2020).

Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen [2]. Er bestaat geen meldingsplicht voor acute vergiftigingen. Daarom is de daadwerkelijke omvang van het NPS-gebruik in Nederland dat resulteert in gezondheidsincidenten waarschijnlijk groter.

In 2021 ontving het NVIC 496 telefonische meldingen over NPS (32% van het totale aantal drugsmeldingen). Dat is een ruime verdubbeling ten opzichte van 2020 (212 telefonisch gemelde blootstellingen; 16% van het totaal). Deze stijging is met name te wijten aan de toename aan informatieverzoeken over synthetische cathinonen (van 84 in 2020 naar 213 in 2021) en designer en niet-geregistreerde benzodiazepines (van 65 in 2020 naar 167 in 2021). Dit komt overeen met signalen uit ander onderzoek dat het gebruik van synthetische cathinonen (met name 3-MMC) is toegenomen in Nederland (zie § 8.3 en § 8.8) en Europa (zie § 8.5). De toename van designer en niet-geregistreerde benzodiazepinen is ook in lijn met de trend die sinds de afgelopen jaren in heel Europa te zien is [3,4].

- Het NVIC ontving de meeste meldingen over het synthetische cathinon 3-MMC (162 blootstellingen), een ruime verdubbeling ten opzichte van 2020 (64 blootstellingen). Door de relatief korte werkingsduur worden tijdens een sessie vaak meerdere doses ingenomen. Dit vergroot de kans op een overdosis. De meeste patiënten hadden cardiovasculaire klachten (versnelde hartslag en verhoogde bloeddruk). Enkele keren had een patiënt last van een ernstig verhoogde bloeddruk en een hartinfarct. Vooralsnog zijn geen analytische bevestigde overlijdensgevallen met 3-MMC gemeld bij het NVIC. Zie ook § 8.7.3 voor meer informatie over ziekte en sterfte gerelateerd aan synthetische cathinonen.
- Voor 2015 ontving het NVIC slechts incidenteel meldingen met designer en niet-geregistreerde benzodiazepinen. Tot 2020 schommelde het jaarlijkse aantal rond de 20 blootstellingen. Vanaf 2020 is het aantal vergiftigingen met designer en niet-geregistreerde benzodiazepinen fors gestegen (167 blootstellingen in 2021; zie onderstaande tabel). Dit is zorgelijk omdat de

meeste patiënten (86%) matige tot ernstige symptomen ontwikkelden (zoals coma, vertraagde hartslag of ernstige ademhalingsdepressie), waarbij opname en behandeling in het ziekenhuis meestal noodzakelijk was. Zie ook § 8.7.5 voor meer informatie over ziekte en sterfte gerelateerd aan designer en niet-geregistreerde benzodiazepinen.

- Het aantal informatie verzoeken aan 2C-B schommelt door de jaren heen en lijkt in 2021 te zijn gestabiliseerd (zie onderstaande tabel). Het aantal gemelde informatieverzoeken aan 4-FA is, na een daling, sinds 2020 gestabiliseerd (zie tabel). Dit komt overeen met signalen uit andere surveys en monitoren (zie § 8.3 en § 8.8). Naast de telefonische raadplegingen kunnen ook risicoanalyses via de website www.vergiftigingen.info uitgevoerd worden. Deze website is vrij toegankelijk. Vanaf 2020 is op deze website informatie beschikbaar over 2C-B en 4-FA. In 2021 zijn 33 risicoanalyses uitgevoerd voor 4-FA en 88 voor 2C-B. Daarmee staat 2C-B op plek 10 van de tien drugs met het hoogste aantal risicoanalyses.
- Meldingen over synthetische tryptaminen fluctueerden de afgelopen jaren. Tussen 2020 en 2021 was er een toename in het aantal informatieverzoeken (zie tabel).
- Voor synthetische cannabinoïden en overige NPS zijn het aantal informatieverzoeken continu laag (zie tabel). In 2021 werd geen blootstelling aan synthetische opioïden gemeld.

Aantal telefonisch gemelde blootstellingen van personen van 13 jaar en ouder aan NPS

Middel	2018	2019	2020	2021
Totaal	102	111	212	496
Synthetische cathinonen	**33**	**42**	**84**	**213**
• 3-MMC	10	25	64	162
• 4-MMC (Mefedron)	12	23	19	25
• Andere synthetische cathinonen	11	5	1	26
Synthetische fenethylaminen	**44**	**33**	**36**	**63**
• 4-FA/4-FMP	14	16	5	4
• 2C-B	19	11	23	27
• 5-APB/6-APB (Benzofury)	6	3	2	9
• Andere synthetische fenethylaminen	5	3	6	23
Designer- en niet-geregistreerde benzodiazepinenen	**16**	**24**	**65**	**167**
• Etizolam	-	6	25	33
• Clonazolam	-	8	19	34
• Flunitrazolam	-	3	9	22
• Andere	-	7	12	78
Synthetische tryptaminen	**1**	**4**	**4**	**10**
Synthetische cannabinoïden	**2**	**2**	**2**	**4**
Overig	**6**	**6**	**21**	**39**

Middelen worden gepresenteerd per NPS-groep, inclusief enkele individuele NPS. Tot en met 2019 was op www.vergiftigingen.info geen informatie beschikbaar over NPS. Bron: NVIC.

NPS-intoxicaties in Europa

Het Euro-DEN Plus project verzamelt gegevens over drugsgerelateerde spoedgevallen van een netwerk van ziekenhuizen in Europa. Gegevens werden verzameld in 32 ziekenhuizen in 20 Europese landen (exclusief Nederland) over een periode van 4 jaar (2014-2017) [5]. Nederland is in 2018 begonnen in 2 centra gegevens te verzamelen, maar de gegevens zijn nog niet gepubliceerd.

- NPS maakten een kleiner deel uit (6,2%) van alle drugsgerelateerde spoedgevallen dan de klassieke illegale drugs (64,6%) en geneesmiddelen (26,5%).
- Er was aanzienlijke geografische variatie: sommige centra meldden geen NPS-incidenten, terwijl in andere centra meer dan 20% van de incidenten te wijten waren aan NPS.
- De meeste incidenten gebeurden in 2014-2015 met cathinonen en in 2016-2017 met synthetische cannabinoïden.
- Synthetische cannabinoïden waren betrokken bij 727 incidenten (3,1% van alle incidenten) in slechts 13 centra (minder dan de helft van alle centra). Ter vergelijking: cannabis was betrokken bij 4153 incidenten (17% van alle incidenten) en werd in alle 31 Euro-DEN Plus centra aangetroffen.
- NPS was betrokken bij 10 sterfgevallen (over de periode van 4 jaar) en de meest voorkomende NPS was mefedrone, die betrokken was bij 5 sterfgevallen.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Van Velzen AG, Mulder-Spijkerboer HN, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2021: NVIC Rapport 01/2022. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2022.
3. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
4. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
5. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. Drug-related hospital emergency presentations in Europe: update from the Euro-DEN Plus expert network: Technical report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

8.7 Ziekte en sterfte

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft uiteenlopende nationale en internationale studies naar het effect van NPS op de gezondheid, als ook enkele gegevens over NPS-gerelateerde sterfgevallen.

Het in kaart brengen van de gezondheidsschade vanwege NPS is lastig vanwege het grote aantal NPS en de beperkt beschikbare informatie. De evidentie voor een verband tussen NPS en spoedeisende hulp opnames en acute gezondheidsincidenten groeit echter (zie § 8.6). Ook zijn enkele sterfgevallen geregistreerd (vaak na combinatiegebruik met andere middelen), hoewel het aantal lager blijft dan voor andere (traditionele) drugs, vermoedelijk omdat NPS minder gebruikt worden [1]. Het precieze aantal incidenten en sterftegevallen door het gebruik van NPS in Nederland is niet bekend. In de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS zijn deze sterftegevallen niet of moeilijk te traceren. Specifieke codes om deze stoffen te registreren ontbreken, voor zover het gebruik al als bijdragende of onderliggende doodsoorzaak is geïdentificeerd. Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op alcohol, drugs, geneesmiddelen en bestrijdingsmiddelen.

8.7.1 Gezondheidsrisico’s en fatale incidenten

NPS kunnen acute gezondheidsschade veroorzaken vanwege hun sterkte en toxiciteit, en vanwege het gebrek aan medische kennis van hun farmacologie en toxicologie. Het risico is vooral verhoogd wanneer nieuwe stoffen worden ontworpen om sterkere psychoactieve effecten te produceren, ongeacht de mogelijke negatieve effecten op de gezondheid [2]. Er zijn doorgaans weinig onderzoeksgegevens beschikbaar over de effecten en risico’s van NPS in mensen. Over de langetermijneffecten van NPS is nagenoeg niets bekend. Veel kennis over de gezondheidsrisico’s van NPS komt van case reports [1].

- Een systematische review tot 2018 identificeerde 741 studies met beschrijvingen van gevallen waarbij een medisch incident was voorgevallen na het gebruik van een NPS. De meeste gevallen betroffen synthetische cannabinoïden en stimulerende middelen. Hoewel er minder meldingen waren met synthetische opioïden dan met synthetische cannabinoïden, waren er veel meer fatale gevallen met synthetische opioïden dan met synthetische cannabinoïden [1].
- NPS-gerelateerde sterfgevallen kunnen worden gemeld bij de UNODC Early Warning System. Van de toxicologisch geverifieerde sterfgevallen die tussen 2016-2018 zijn gemeld, betrof iets meer dan de helft synthetische opioïden (met name U-47700 en fentanyl-analogen) of synthetische cannabinoïden. In 2019 werden sterfgevallen door synthetische cannabinoïden nog steeds veel gemeld, maar de groep van benzodiazepine-achtige NPS vormde de meerderheid van de gemelde gevallen [3]. In 2020 rapporteerden drie landen sterfgevallen bij het EMCDDA waarbij synthetische cannabinoïden betrokken waren: 9 in Duitsland, 34 in Hongarije en 49 in Turkije [4].
- Polydrugsgebruik komt veel voor bij sterfgevallen waar NPS bij betrokken waren [3].
- Intoxicaties en sterfgevallen door NPS worden waarschijnlijk onderschat door een gebrek aan snelle laboratoriumtests om de blootstelling aan bepaalde NPS te bevestigen [5].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe: Update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA [Internet]. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2016. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2973/TD0216713ENN-1_Final pdf.pdf
2. Peacock A, Bruno R, Gisev N, Degenhardt L, Hall W, Sedefov R, et al. New psychoactive substances: challenges for drug surveillance, control, and public health responses. Vol. 394, The Lancet. 2019. p. 1668–1684.
3. Nations Office on Drugs U, Crime. Current NPS Threats: Volume II: January 2020. Vienna: UNODC; 2020.
4. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
5. Trecki J, Gerona R, Schwartz M. Synthetic cannabinoid-related illnesses and deaths. Vol. 373, New England Journal of Medicine. 2015. p. 101–103.

8.7.2 Fenylethylaminen: 4-FA, 2C-B, 5/6-APB, en NBOMe’s

Net als bij ecstasy, zijn ook bij andere fenylethylaminen snelle hartslag, hoge bloeddruk, hyperthermie, agitatie, trillen, en vergrote pupillen typische effecten. Naast deze overeenkomstige effecten zijn er ook belangrijke verschillen: 2C-B en 6-APB kunnen ernstige psychische effecten zoals hallucinaties veroorzaken, hetgeen niet gerapporteerd is voor 4-FA.

- In 2016 zijn enkele ernstige vergiftigingen met 4-FA gemeld. In een aantal van deze vergiftigingen was er sprake van een hersenbloeding [1] en hartproblemen [2]. In Nederland overleed één persoon aan de gevolgen van een hersenbloeding en één persoon aan de gevolgen van hartfalen na 4-FA gebruik [3]. Toxicologisch onderzoek liet zien dat bij deze casussen 4-FA in het bloed zat en geen enkele andere stof die als hoofdoorzaak kon worden aangewezen [3]. Deze casussen hebben geleid tot een hernieuwd inzicht in de effecten van 4-FA, wat er uiteindelijk toe leidde dat 4-FA op 25 mei 2017 op lijst I van de Opiumwet werd geplaatst. Ook in de internationale literatuur is één 4-FA sterfgeval beschreven [4].
- In 2017 werden in het eerste humane onderzoek doseringen van 100 en 150 mg 4-FA toegediend aan 12 gezonde vrijwilligers [5]. Een dosering van 150 mg gaf een dusdanig ernstige toename van bloeddruk en hartslag, dat verdere metingen met deze dosering zijn stopgezet voor de veiligheid van de deelnemers. De resultaten laten dus zien dat het middel nog gevaarlijker is dan aanvankelijk gedacht; een enkele dosis 4-FA kan significante cardiovasculaire complicaties veroorzaken.
- Klachten bij intoxicatie met 2C-B kunnen zijn: een versnelde hartslag, verhoogde bloeddruk, toegenomen zintuigelijke waarneming, hallucinaties, angst, agitatie of agressie, en verwardheid [6]. Een studie toonde aan dat het vergiftigingsniveau bij de meeste patiënten matig was, ongeacht of ze een lage tot matige dosis of een hoge dosis hadden gebruikt [6]. Er zijn geen sterfgevallen toegeschreven aan 2C-B [7].
- Een intoxicatie met 5-APB/6-APB (ook wel Benzofury genoemd) kan leiden tot hoge bloeddruk, hartkloppingen, misselijkheid, agressie, verwardheid en hallucinaties [8]. 5-APB blijkt toxischer te zijn dan 6-APB [9]. In Nederland zijn geen fatale incidenten gemeld. In 2018 is in Noorwegen één sterfgeval gemeld [10] en tussen 2011 en 2015 zijn in het Verenigd Koninkrijk 10 sterfgevallen gemeld als gevolg van 5-APB/6-APB [4].
- De meest gemelde NBOMe-derivaten (hallucinogene stoffen) zijn 25I-NBOMe, 25B-NBOMe, en 25C-NBOMe. Klachten die kunnen voorkomen zijn onder meer hallucinaties, hevige verwardheid, agitatie, versnelde hartslag, verhoogde bloeddruk, vorming van bloedstolsels, epileptische aanvallen, geleidingsstoornissen van het hart, en hevig transpireren [11]. Er is ook een geval gemeld van een gebruiker die beperkte bloedtoevoer naar de linkerarm had na inname van NBOMe-derivaten [12]. Sinds deze stoffen begin 2010 op de markt zijn verschenen, zijn er talloze rapporten gepubliceerd over vergiftigingen en sterfgevallen als gevolg van het gebruik van NBOMe-derivaten [11].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Wijers L, Croes E, De Ruiter N, Valkenberg H. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2016. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
2. Hondebrink L, Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Rietjens SJ, Brunt TM, Venhuis B, Soerdjbalie-Maikoe V, et al. Fatalities, Cerebral Hemorrhage, and Severe Cardiovascular Toxicity After Exposure to the New Psychoactive Substance 4-Fluoroamphetamine: A Prospective Cohort Study [Internet]. Vol. 71, Annals of Emergency Medicine. American College of Emergency Physicians; 2018. p. 294–305. Available from: https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.07.482
3. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. Risicobeoordeling 4-fluoramfetamine (4-FA). Bilthoven: CAM; 2016.
4. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, van Riel AJHP, Brunt TM, Hondebrink L. Pharmacokinetics, pharmacodynamics and toxicology of new psychoactive substances (NPS): 2C-B, 4-fluoroamphetamine and benzofurans. Vol. 157, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier Ireland Ltd; 2015. p. 18–27.
5. De Sousa Fernandes Perna EB, Theunissen EL, Dolder PC, Mason NL, Hutten NRPW, Toennes SW, et al. Safety Profile and Neurocognitive Function Following Acute 4-Fluoroamphetamine (4-FA) Administration in Humans [Internet]. Vol. 9, Frontiers in Pharmacology. 2018. Available from: https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fphar.2018.00713/full
6. Nugteren–van Lonkhuyzen JJ, de Lange DW, van Riel AJHP, Vrolijk RQ, Ohana D, Hondebrink L. The Clinical Toxicology of 4-Bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine (2C-B): The Severity of Poisoning After Exposure to Low to Moderate and High Doses [Internet]. Vol. 76, Annals of Emergency Medicine. American College of Emergency Physicians; 2020. p. 303–317. Available from: https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.04.022
7. Papaseit E, Farré M, Pérez-Mañá C, Torrens M, Ventura M, Pujadas M, et al. Acute pharmacological effects of 2C-B in humans: An observational study. Vol. 9, Frontiers in Pharmacology. 2018. p. 1–10.
8. Barceló B, Gomila I, Rotolo MC, Marchei E, Kyriakou C, Pichini S, et al. Intoxication caused by new psychostimulants: analytical methods to disclose acute and chronic use of benzofurans and ethylphenidate. Vol. 131, International Journal of Legal Medicine. International Journal of Legal Medicine; 2017. p. 1543–1553.
9. Roque Bravo R, Carmo H, Silva JP, Valente MJ, Carvalho F, Bastos M de L, et al. Emerging club drugs: 5-(2-aminopropyl)benzofuran (5-APB) is more toxic than its isomer 6-(2-aminopropyl)benzofuran (6-APB) in hepatocyte cellular models [Internet]. Vol. 94, Archives of Toxicology. Springer Berlin Heidelberg; 2020. p. 609–629. Available from: https://doi.org/10.1007/s00204-019-02638-9
10. Krpo M, Luytkis HC, Haneborg AM, Hiseth G. A fatal blood concentration of 5-APB [Internet]. Vol. 291, Forensic Science International. Elsevier Ireland Ltd; 2018. p. e1–e3. Available from: https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2018.08.044
11. Zawilska JB, Kacela M, Adamowicz P. NBOMes–Highly Potent and Toxic Alternatives of LSD. Vol. 14, Frontiers in Neuroscience. 2020. p. 1–15.
12. Wadowski PP, Giurgea GA, Schlager O, Luf A, Gremmel T, Hobl EL, et al. Acute limb ischemia after intake of the phenylethylamine derivate NBOMe. Vol. 16, International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019.

8.7.3 Synthetische cathinonen: 4-MMC, 3-MMC, methylon, en alfa-PVP

De structuur van veel synthetische cathinonen lijkt op die van amfetamine, en de effecten zitten ook wel tussen die van cocaïne en MDMA [1]. Sommige synthetische cathinonen lijken qua sterkte van effecten op die van amfetamine (4-MMC of methylon), maar sommigen zijn veel potenter (MDPV of alfa-PVP) en zorgen daarmee ook sneller voor symptomen van overdosering, waaronder hyperventilatie. Hartklachten, neurologische klachten en psychiatrische klachten geven het vaakst aanleiding tot medische hulp [2].

- 4-MMC (ook bekend als mefedron of 'miauw miauw') is een stimulerende stof met op amfetamine en MDMA gelijkende effecten. De verslavende werking is vermoedelijk groter dan die van MDMA. Symptomen van intoxicatie lijken ook op die van andere stimulerende middelen (zoals een versnelde hartslag, hartkloppingen en paranoia), maar er zijn ook symptomen gerapporteerd die atypisch zijn voor stimulantia (zoals hallucinaties) [3]. In het buitenland zijn tientallen sterfgevallen als gevolg van gebruik van 4-MMC gemeld [4,5].
- 3-MMC is een stimulerende stof die vergelijkbaar is met 4-MMC. Het effect zit tussen dat van cocaïne en MDMA. Gebruikers kunnen verschijnselen als hartkloppingen, spierspasmes, agitatie, uitputting, oververhitting, verwarring, angst en neerslachtigheid ervaren [6]. Er zijn meldingen dat gebruikers dagen achter elkaar wakker blijven door 3-MMC gebruik. Dat komt vooral omdat ze de behoefte hebben om 3-MMC bij te nemen ('cravings'). Er zijn ook enkele gemelde sterfgevallen geassocieerd met 3-MMC [6,7]. In april 2021 heeft het CAM een risicobeoordeling voor 3-MMC uitgevoerd [8]. Op basis van de uitkomsten van deze risicobeoordeling, werd 3-MMC op 27 oktober 2021 op lijst II van de Opiumwet geplaatst.
- Voor methylon is een aantal gevallen bekend van ernstige complicaties en fatale incidenten in bijvoorbeeld Frankrijk en de Verenigde Staten [9].
- De effecten van alfa-PVP (ook wel flakka genoemd) zijn vergelijkbaar met die van methamfetamine [1]. Klachten bij intoxicatie kunnen zijn manie, hallucinaties, versnelde hartslag, hoge lichaamstemperatuur, wanen, paranoïde psychose, extreme agitatie, bizar gedrag, spiertrekkingen [10]. Tot 2015 waren er 32 fatale incidenten beschreven in de wetenschappelijke literatuur en nog eens 101 geregistreerd door het EMCDDA [11]. In Zweden werd tussen 2013 en 2015 alfa-PVP in 43 patiënten geïdentificeerd. In bijna alle gevallen hadden ze ook andere drugs geconsumeerd [12].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Majchrzak M, Celiński R, Kuś P, Kowalska T, Sajewicz M. The newest cathinone derivatives as designer drugs: an analytical and toxicological review. Vol. 36, Forensic Toxicology. 2018. p. 33–50.
2. Lovrecic B, Lovrecic M. Novel psychoactive synthetic cannabinoids and synthetic cathinones: The never-ending story of potential clinical toxicity. Vol. 20, Heroin Addiction and Related Clinical Problems. 2018. p. 13–24.
3. Karila L, Megarbane B, Cottencin O, Lejoyeux M. Synthetic Cathinones: A New Public Health

Problem. Vol. 13, Current Neuropharmacology. 2015. p. 12–20.
4. Loi B, Corkery JM, Claridge H, Goodair C, Chiappini S, Clemente CG, et al. Deaths of individuals aged 16-24 years in the UK after using mephedrone. Vol. 30, Human Psychopharmacology. 2015. p. 225–232.
5. White CM. Mephedrone and 3,4-Methylenedioxypyrovalerone (MDPV): Synthetic Cathinones With Serious Health Implications. Vol. 56, Journal of Clinical Pharmacology. 2016. p. 1319–1325.
6. Ferreira B, Silva D Dias da, Carvalho F, de Lourdes Bastos M, Carmo H. The novel psychoactive substance 3-methylmethcathinone (3-MMC or metaphedrone): A review [Internet]. Vol. 295, Forensic Science International. Elsevier Ireland Ltd; 2019. p. 54–63. Available from: https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2018.11.024
7. Bäckberg M, Lindeman E, Beck O, Helander A. Characteristics of analytically confirmed 3-MMC-related intoxications from the Swedish STRIDA project. Vol. 53, Clinical Toxicology. 2015. p. 46–53.
8. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs C. Risicobeoordeling 3-Methylmethcathinon (3-MMC [Internet]. 2021. Available from: https://www.rivm.nl/documenten/risicobeoordelingsrapport-3-mmc
9. Barrios L, Grison-Hernando H, Boels D, Bouquie R, Monteil-Ganiere C, Clement R. Death following ingestion of methylone. Vol. 130, International Journal of Legal Medicine. 2016. p. 381–385.
10. Patocka J, Zhao B, Wu W, Klimova B, Valis M, Nepovimova E, et al. Flakka: New Dangerous Synthetic Cathinone on the Drug Scene. Vol. 21, International journal of molecular sciences. 2020.
11. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. α-PVP: EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)- 1-pentanone (α-PVP): In accordance with Article 5 of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk assessment and control of new psychoactiv. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
12. Franzén L, Bäckberg M, Beck O, Helander A. Acute Intoxications Involving α-Pyrrolidinobutiophenone (α-PBP): Results from the Swedish STRIDA Project. Vol. 14, Journal of Medical Toxicology. Journal of Medical Toxicology; 2018. p. 265–271.

8.7.4 Synthetische cannabinoïden

Synthetische cannabinoïden vormen de grootste en meest diverse groep NPS. Ze kunnen meer ernstige bijwerkingen veroorzaken dan cannabis en hun effecten kunnen onvoorspelbaar zijn. Synthetische cannabinoïden leiden vaak tot vergiftigingen, waaronder fatale vergiftigingen [1]. Bovendien kunnen de producten waarin de synthetische cannabinoïden worden aangeboden ook nog eens versnijdingsproducten bevatten [2].

- Intoxicatie met synthetische cannabinoïden kan leiden tot cardiovasculaire problemen, lever- en nierschade, epileptische aanvallen, psychische problemen en cognitieve stoornissen, als ook hartinfarcten, herseninfarcten en orgaanfalen [1].
- In vergelijking met cannabis veroorzaakt het gebruik van synthetische cannabinoïden sterkere symptomen zoals meer psychose-achtige symptomen, angst, hoge bloeddruk, misselijkheid, verwardheid, duizeligheid, en pijn op de borst [2–4].
- Er is een wetenschappelijke verklaring voor waarom synthetische cannabinoïden sterkere effecten hebben dan cannabis. THC is een agonist van CB1R, een cannabinoïde receptor in het menselijk lichaam. Activering van CB1R faciliteert de ontwikkeling van cardiometabolische ziekten, zoals hart- en vaatziekten, diabetes en nierfunctiestoornissen. Synthetische cannabinoïden zijn tot 200 keer sterker dan THC bij het activeren van CB1R, en synthetische cannabinoïden zijn volledige agonisten van CB1R terwijl THC slechts een gedeeltelijke agonist is. Daardoor veroorzaken synthetische cannabinoïden veel sterkere effecten en ernstigere bijwerkingen dan cannabis [5].
- Stoppen met dagelijks gebruik van synthetische cannabinoïden kan leiden tot ernstige onttrekkingsverschijnselen zoals epileptische aanvallen, hartkloppingen en ademhalingsproblemen. Mildere symptomen zijn cravings, angst, slapeloosheid, misselijkheid, braken, geen eetlust, en zweten [6].
- Synthetische cannabinoïden leiden vaker tot ziekenhuisopnames dan andere NPS, behalve synthetische cathinonen [7].
- In Nederland lijkt het gebruik van synthetische cannabis beperkt (zie § 8.2 en § 8.3). Verondersteld wordt dat dit komt vanwege de goede kwaliteit en ruime beschikbaarheid van cannabis, en vanwege het gedogen van cannabisgebruik [3].
- In 2018 publiceerde het EMCDDA diverse risicoschattingen voor synthetische cannabinoïden (5F-MDMB-PINACA; AB-CHMINACA; ADB-CHMINACA, CUMYL-4CN-BINACA). Voor deze middelen zijn tal van fatale en niet-fatale intoxicaties gerapporteerd, in diverse Europese landen, waaronder het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en Zweden, maar ook in de Verenigde Staten en Japan [8–12].
- MDMB-CHMICA wordt in verband gebracht met een hoog risico op ernstige intoxicatie en heeft minstens 29 doden veroorzaakt in 6 landen in Europa [13]. Ook is er een aantal sterfgevallen gemeld als gevolg van het gebruik van 5F-AMB, ADB-FUBINACA, XLR-11, en 5F-Cumyl-PEGACLONE [14–18]. In Australië hebben synthetische cannabinoïden tussen 2000 en 2017 mogelijk bijgedragen aan de dood van 55 personen [19].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Adamowicz P. Blood concentrations of synthetic cannabinoids [Internet]. Vol. 0, Clinical Toxicology. Taylor & Francis; 2020. p. 1–6. Available from: https://doi.org/10.1080/15563650.2020.1787429
2. Mills B, Yepes A, Nugent K. Synthetic Cannabinoids. Vol. 350, The American Journal of the medical sciences. 2015. p. 59–62.
3. Van Amsterdam J, Brunt T, Van Den Brink W. The adverse health effects of synthetic cannabinoids with emphasis on psychosis-like effects. Vol. 29, Journal of Psychopharmacology. 2015. p. 254–263.
4. Nia AB, Medrano B, Perkel C, Galynker I, Hurd YL. Psychiatric comorbidity associated with synthetic cannabinoid use compared to cannabis. Vol. 30, Journal of Psychopharmacology. 2016. p. 1321–1330.
5. Pacher P, Steffens S, Haskó G, Schindler TH, Kunos G. Cardiovascular effects of marijuana and synthetic cannabinoids: The good, the bad, and the ugly [Internet]. Vol. 15, Nature Reviews Cardiology. Nature Publishing Group; 2018. p. 151–166. Available from: http://dx.doi.org/10.1038/nrcardio.2017.130
6. Cooper ZD. Adverse Effects of Synthetic Cannabinoids: Management of Acute Toxicity and Withdrawal. Vol. 18, Current Psychiatry Reports. 2016. p. 52.
7. Dines AM, Wood DM, Yates C, Heyerdahl F, Hovda KE, Giraudon I, et al. Acute recreational drug and new psychoactive substance toxicity in Europe: 12 months data collection from the European Drug Emergencies Network (Euro-DEN). Vol. 53, Clinical Toxicology. 2015. p. 893–900.
8. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. 4F-iBF: Report on the risk assessment of N-(4-fluorophenyl)-2-methyl-N-[1-(2-phenylethyl) piperidin-4-yl]propanamide in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances: Risk Assessments 26. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
9. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. 5F-MDMB-PINACA: Report on the risk assessment of methyl 2-{[1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3- carbonyl]amino}-3,3-dimethylbutanoate in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances: Risk Assessments 25. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
10. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. Cyclopropylfentanyl: EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl] cyclopropanecarboxamide (cyclopropylfentanyl). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
11. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe [Internet]. Perspectives on Drugs. 2018. p. 10. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2733/Misuse of benzos_POD2015.pdf
12. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. THF-F: Report on the risk assessment of N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4- yl]oxolane-2-carboxamide in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances: Risk Assessments 27. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
13. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D, Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
14. Giorgetti A, Mogler L, Halter S, Haschimi B, Alt A, Rentsch D, et al. Four cases of death involving the novel synthetic cannabinoid 5F-Cumyl-PEGACLONE [Internet]. Vol. 38, Forensic Toxicology. Springer Singapore; 2020. p. 314–326. Available from:

https://doi.org/10.1007/s11419-019-00514-w
15. Westin AA, Frost J, Brede WR, Gundersen PO, Einvik S, Aarset H, et al. Sudden cardiac death following use of the synthetic cannabinoid MDMB-CHMICA. Vol. 40, Journal of Analytical Toxicology. 2015. p. 86–87.
16. Shanks KG, Clark W, Behonick G. Death associated with the use of the synthetic cannabinoid ADB-FUBINACA. Vol. 40, Journal of Analytical Toxicology. 2016. p. 236–239.
17. Shanks KG, Behonick GS. Death after use of the synthetic cannabinoid 5F-AMB. Vol. 262, Forensic science international. 2016. p. e21–e24.
18. Shanks KG, Winston D, Heidingsfelder J, Behonick G. Case reports of synthetic cannabinoid XLR-11 associated fatalities. Vol. 252, Forensic science international. 2015. p. e6–e9.
19. Darke S, Duflou J, Farrell M, Peacock A, Lappin J. Characteristics and circumstances of synthetic cannabinoid-related death. Clinical toxicology. 2019. p. 1–7.

8.7.5 Synthetische opioïden en overige NPS

Synthetische opioïden: fentanyl-achtigen en anderen

Nieuwe synthetische opioïden hebben doorgaans sterkere effecten dan heroïne. Ze zijn gevaarlijk omdat zeer kleine hoeveelheden al een (fatale) overdosis kunnen veroorzaken [1]. Synthetische opioïden worden in grote lijnen gecategoriseerd als fentanyl en fentanyl-achtige synthetische opioïden (zoals carfentanil) en andere (niet-fentanyl-achtige) synthetische opioïden (zoals U-47700).

- Vaak voorkomende bijwerkingen van het gebruik van synthetische opioïden zijn obstipatie, misselijkheid, hoofdpijn, buikpijn, jeuk, lage bloeddruk, en verwardheid. Symptomen van intoxicatie zijn onder andere sufheid, verminderd bewustzijn, vertraagde ademhaling, pupilvernauwing, en een trage hartslag [1,2].
- Fentanyl is zeer verslavend [3]. Het abrupt stoppen met het gebruik van fentanyl kan leiden tot ontwenningsverschijnselen zoals maagkrampen, zweten, overgeven, agitatie, en slapeloosheid.
- Fentanyl en fentanyl-achtigen hebben sterkere effecten dan morfine, van 1,5-7 keer (butyrylfentanyl) tot 10.000 keer (carfentanil) die van morfine. De niet-fentanyl-achtige stof U-47700 is ongeveer een tiende zo sterk als fentanyl, maar 7,5 keer sterker dan morfine [4].
- In 2018 publiceerde het CAM een quick scan over de risico's van fentanyl en fentanyl-achtigen [2]. Het EMCDDA publiceerde in 2018 en 2017 risicoanalyses voor een aantal synthetische opioïden, zoals carfentanil, 4F-iBF, THF-F, cyclopropylfentanyl, methoxyacetylfentanyl, acryloylfentanyl, en furanylfentanyl [5].
- Van 2013 tot 2017 meldde de GGD Amsterdam in totaal zeven sterfgevallen waarin fentanyl een rol had gespeeld bij het overlijden. Kleine hoeveelheden kunnen daarbij al een fatale overdosis veroorzaken.
- Het EMCDDA rapporteerde de afgelopen jaren een aantal sterfgevallen als gevolg van synthetische opioïden gebruik. Tussen november 2016 en april 2017 was carfentanil betrokken bij 61 sterfgevallen in 8 Europese landen [6]. In Zweden is een groot aantal sterfgevallen gemeld: 20 sterfgevallen voor 4F-iBF [7], 14 voor THF-F [8], 59 voor cyclopropylfentanyl [9], en 6 voor methoxyacetylfentanyl [7]. Er zijn ook meldingen van exponentiële toename van fentanyl-gerelateerde sterfgevallen in het Verenigd Koninkrijk [3].
- In Estland domineren synthetische opioïden de markt al meer dan 15 jaar. Tot 2017 had Estland het hoogste aantal drugsgerelateerde sterfgevallen in Europa, waarvan de overgrote meerderheid te wijten was aan synthetische opioïden [3].

Synthetische benzodiazepinen en phenibut

- Nieuwe synthetische benzodiazepinen zijn in verband gebracht met vergiftigingen, een verhoogd risico op overdosering, en sterfgevallen. Dit geldt in het bijzonder voor etizolam en meer recentelijk flualprazolam (voor het eerst ontdekt in 2018) [10]. Er is recent een toename gerapporteerd in de sterfte door NPS-benzodiazepinen in Schotland. Etizolam was daar betrokken bij, of heeft mogelijk bijgedragen aan, 57% van alle drugsgerelateerde sterfgevallen in 2018 [11]. Problematische opioïdengebruikers maken vaak misbruik van benzodiazepinen en hebben daardoor een hoog risico op ziekte en sterfte [12].
- In 2018 publiceerde het CAM een quickscan over de risico's van phenibut; een fenyl-derivaat van de natuurlijk voorkomende neurotransmitter GABA. Phenibut wordt zowel om zijn eigen

(psychoactieve) effecten als ter vervanging van GHB gebruikt. Het wordt ook als kalmeringsmiddel of slaapmiddel gebruikt. Gebruikers vermelden dat er in vrij korte tijd afhankelijkheid van phenibut kan optreden. Ook treden er heftige ontwenningsverschijnselen op bij het afkicken [13].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Karila L, Marillier M, Chaumette B, Billieux J, Franchitto N, Benyamina A. New synthetic opioids: Part of a new addiction landscape. Vol. 106, Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2019. p. 133–140.
2. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. CAM Quick Scan rapportage van fentanyl en fentanyl-analoga. Bilthoven: CAM; 2018.
3. Uusküla A, Talu A, Vorobjov S, Salekešin M, Rannap J, Lemsalu L, et al. The fentanyl epidemic in Estonia: factors in its evolution and opportunities for a comprehensive public health response, a scoping review. International Journal of Drug Policy. 2020.
4. Frisoni P, Bacchio E, Bilel S, Talarico A, Gaudio RM, Barbieri M, et al. Novel synthetic opioids: The pathologist's point of view. Vol. 8, Brain Sciences. 2018. p. 1–17.
5. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe: EMCDDA trendspotter briefing: June 2020. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
6. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D, Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
7. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. Methoxyacetylfentanyl: EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 2-methoxy-N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl) piperidin-4-yl]acetamide (methoxyacetylfentanyl). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
8. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. THF-F: Report on the risk assessment of N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4- yl]oxolane-2-carboxamide in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances: Risk Assessments 27. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
9. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. Cyclopropylfentanyl: EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl] cyclopropanecarboxamide (cyclopropylfentanyl). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
10. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
11. Records of Scotland N. Drug-related deaths in Scotland in 2018 [Internet]. 2019. Available from: https://www.nrscotland.gov.uk/files/statistics/drug-related-deaths/2018/drug-related-deaths-18-pub.pdf
12. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe [Internet]. Perspectives on Drugs. 2018. p. 10. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2733/Misuse of benzos_POD2015.pdf
13. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. CAM Quick Scan rapportage van phenibut. Bilthoven: CAM; 2018.

8.8 Aanbod en markt

8.8.1 Drugsmarkten en aankoopwijzen

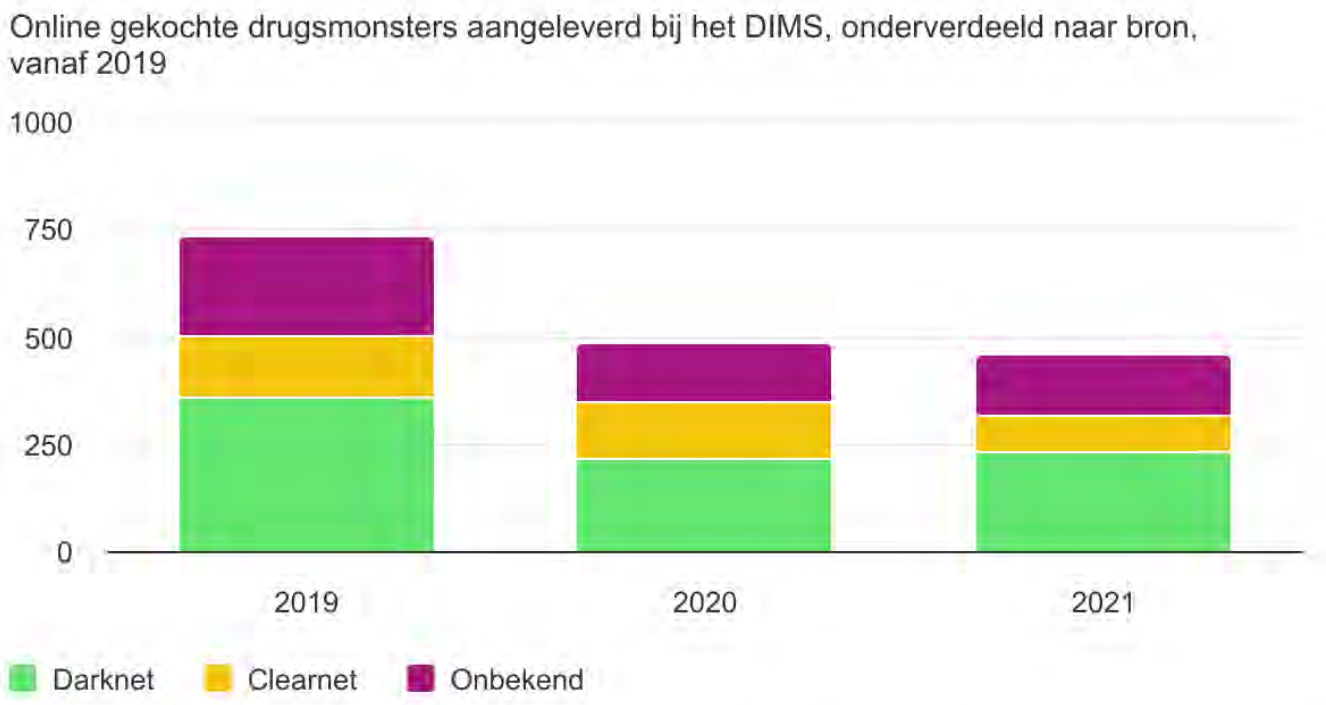
Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft de samenstelling en prijs van NPS op de Nederlandse consumentenmarkt, op basis van gegevens van het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Aanvullende informatie komt uit de Amsterdamse Antenne monitor. Daarnaast wordt in deze paragraaf ingegaan op de wijze waarop gebruikers hun NPS verkrijgen. Aangezien de NPS-markt snel verandert, is het mogelijk dat deze gegevens niet de huidige situatie weergeven.

De NPS-markt is zeer dynamisch en verandert voortdurend. Veel (legale) NPS worden geproduceerd in China en (in mindere mate in) India en in bulk ingevoerd naar Europa. Daar worden ze soms vermengd, in kleine hoeveelheden verpakt en doorverkocht aan consumenten. Meer recentelijk zijn ook productielocaties in Europa gemeld. NPS worden vaak online verkocht, aangezien ze veelal (nog) niet onder de drugswetgeving zijn gebracht [1].

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) kijkt onder andere naar het aandeel drugsmonsters, ingeleverd door consumenten, dat 'online' versus offline wordt gekocht [2].

- In 2021 werden bij het DIMS 537 drugsmonsters (5,2% van het totaal) aangeboden die online gekocht waren door de gebruikers. Ten opzichte van 2020 (467 NPS-monsters; 5,8% van het totaal) is het aandeel online gekochte NPS-monsters wat afgenomen. De daling in het aandeel darknet monsters heeft mogelijk te maken met het oprollen van darknet webshops door justitie. Daarnaast zijn gebruikers hierdoor wellicht wat voorzichtiger met het gebruiken van het voorheen anoniem geachte darknet. Ook is het mogelijk dat het darknet voornamelijk gebruikt wordt door dealers, en dat de hoeveelheden die doorgaans verkocht worden op het darknet voor een eindgebruiker simpelweg te groot zijn.



Bij de categorie "onbekend" is het duidelijk dat een drugsmonster op het internet is aangekocht, maar is het niet duidelijk uit de data op te maken of dit via het reguliere internet is gebeurd, of via het darknet. Bron: DIMS, 2022.

NDM

	Darknet	Clearnet	Onbekend
2019	362	142	234
2020	216	133	138
2021	234	83	144

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven, onder andere door een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven.

- Uit de panelstudie in Amsterdam in 2020 [3] komt naar voren dat webwinkels nog steeds met NPS adverteren, maar insiders zien een daling van het aantal webwinkels die NPS verkoopt. Mogelijk komt dat omdat aanbieders anticiperen op de voorgestelde NPS-wetgeving (zie ook § 8.1, § 2.1 en § 2.4). De verwachting is dat een groot deel van de middelen die nu legaal

verkocht worden naar de illegale markt verplaatst worden.
- Panelleden zien dat 3-MMC wordt aangeboden via verschillende verkoopkanalen (o.a. smartshops). Tijdens deze studie was 3-MMC nog legaal te koop; inmiddels in 3-MMC verboden volgens de Opiumwet. De markt van 2C-B blijft volgens panelleden stabiel.

Na het introduceren van meer beperkingen in China om de productie en handel in fentanyl te beperken, worden fentanyl-derivaten op de Europese drugsmarkt vervangen door andere nieuwe synthetische opioïden [4].

- In 2019 werden in Europa voor het eerst minder nieuwe fentanyl-derivaten gerapporteerd dan andere (niet-fentanyl) synthetische opioïden.
- Dit is een zorgelijke ontwikkeling, aangezien het generieke NPS-verbod dat in Nederland ingevoerd moet worden alleen betrekking heeft op fentanyl-achtige stoffen en niet op andere synthetische opioïden.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D, Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
2. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
3. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
4. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

8.8.2 Samenstelling NPS monsters

In het kort: Sinds 2019 stijgt het aantal door consumenten bij het DIMS ingeleverde drugsmonsters met NPS, onder andere door een toename van 2C-B monsters. In 2021 was er weer een duidelijke toename in het aandeel 2C-B monsters; van het totaal aantal aangeleverde monsters betrof 8,5% 2C-B. 2C-B is daarmee het tweede meest geteste middel bij het DIMS, na ecstasytabletten.

Snel naar:

- "Officiële" NPS bij het DIMS volgens EMCDDA
- "Actuele" NPS bij het DIMS

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft de samenstelling en prijs van NPS op de Nederlandse consumentenmarkt, op basis van gegevens van het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS).

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van testlocaties met als doel inzicht te krijgen in de markt van illegale drugs [1]. Gebruikers hebben de mogelijkheid drugs te laten testen, zodat ze weten wat voor stoffen hun drugs bevatten, en het DIMS gebruikt deze data om de markt te monitoren en te waarschuwen als dat nodig is. Naast klassieke drugs zoals ecstasy, monitort het DIMS ook drugs die recentelijk op de markt zijn verschenen zoals NPS.

Een belangrijk onderscheid dat gemaakt moet worden in de gegevens van het DIMS is: als wat voor drug een middel is aangekocht (dus wat gebruikers denken gekocht te hebben) en welke drug daadwerkelijk is aangetroffen (op basis van een chemische analyse). Het DIMS registreert in eerste instantie altijd als wat voor drug een monster is aangekocht. Vervolgens wordt de samenstelling van het aangeleverde monster geanalyseerd. Het kan dat er in plaats van de drug die men dacht te hebben aangekocht andere psychoactieve stoffen in zitten. Gegevens over als wat een drug is aangekocht geven een indicatie naar welke middelen gebruikers bewust op zoek zijn en dus de ‘populariteit’ van een drug, terwijl de samenstelling van de aangeleverde drugsmonsters een indicatie geeft van bijvoorbeeld de aanwezigheid van vervuilingen of de beschikbaarheid van stoffen.

"Officiële" NPS bij het DIMS volgens EMCDDA

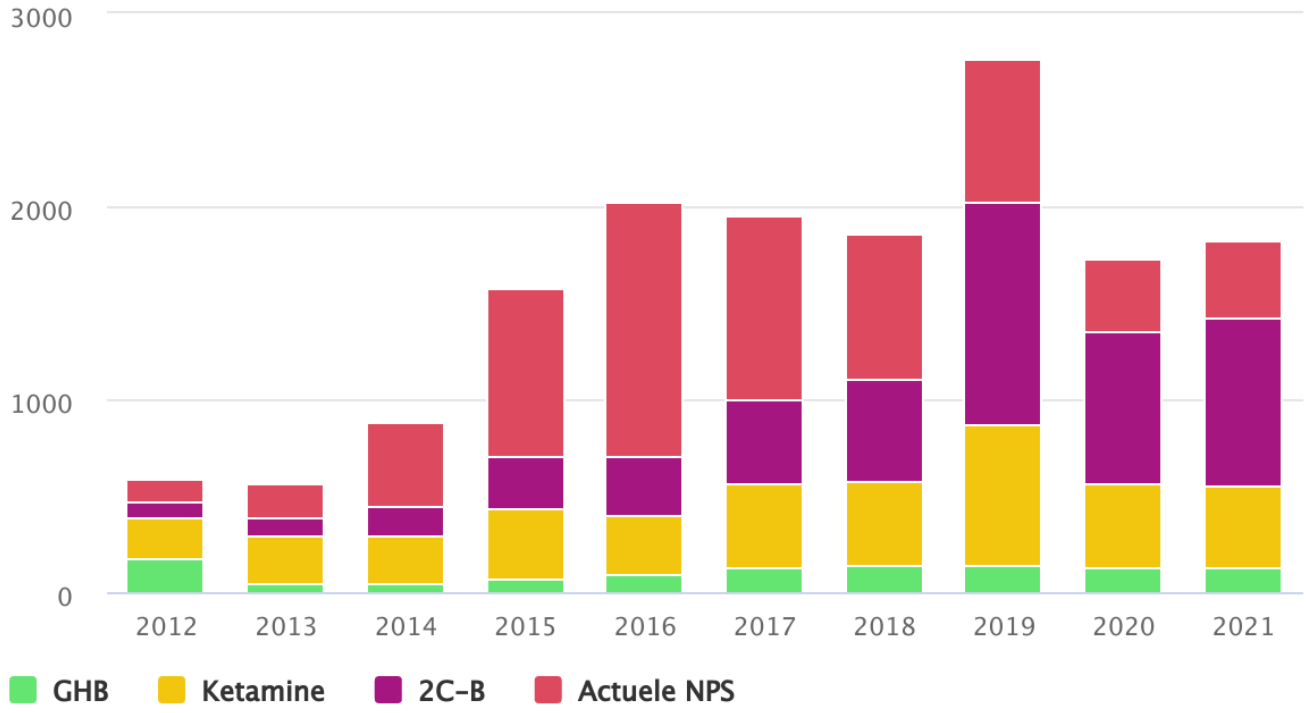
De NPS-markt is dynamisch en heeft de afgelopen jaren veel veranderingen ondergaan. In 2008/2009, tijdens de ‘dip’ in de ecstasymarkt, kwamen bepaalde NPS vooral voor als versnijding of vervanging in klassieke drugs. In de jaren erna is het aantal monsters dat specifiek als NPS werd aangekocht toegenomen en is er een specifieke markt voor NPS ontstaan. Het aantal NPS dat is aangeboden bij het DIMS is de afgelopen jaren toegenomen. Het gaat hier om monsters die doelbewust aangekocht zijn als NPS.

De figuur hieronder laat zien dat ketamine, GHB en 2C-B voor een groot deel van de aanwas zorgen.

Ketamine, GHB, 2C-B en DMT vallen niet onder de klassieke definitie van NPS, maar omdat ze naast NPS in het kader van de Europese Joint Action gemonitord dienen te worden, worden ze ook in dit overzicht van het DIMS opgenomen. Aangezien GHB en ketamine in respectievelijk § 9.8 en § 14.8 behandeld worden, worden ze hier verder niet besproken.

- Medio jaren negentig werd 2C-B veel aangetroffen in ecstasypillen, maar sinds 2008 wordt 2C-B geregeld aangekocht als 'drug of choice' en komt het vrijwel niet meer voor als vervuiling.
- In 2019 was een opvallende stijging te zien: het aantal 2C-B monsters was meer dan verdubbeld ten opzichte van 2018. In 2021 betrof 8,5% van het totaal aantal aangeleverde monsters 2C-B en was daarmee na ecstasy de meest ingeleverde drug bij het DIMS.
- In 2021 bevatte 92,1% van de als 2C-B verkochte monsters daadwerkelijk de stof 2C-B. Een 2C-B pil bevatte in 2021 gemiddeld 11,0 mg 2C-B; de helft van de pillen bevatte tussen de 9 mg en 12 mg 2C-B.

Aantallen officiële NPS bij het DIMS volgens EMCDDA, vanaf 2012



Bron: DIMS, 2022. (Zie voor uitgebreidere informatie over GHB en ketamine hoofdstuk 9 en 14).

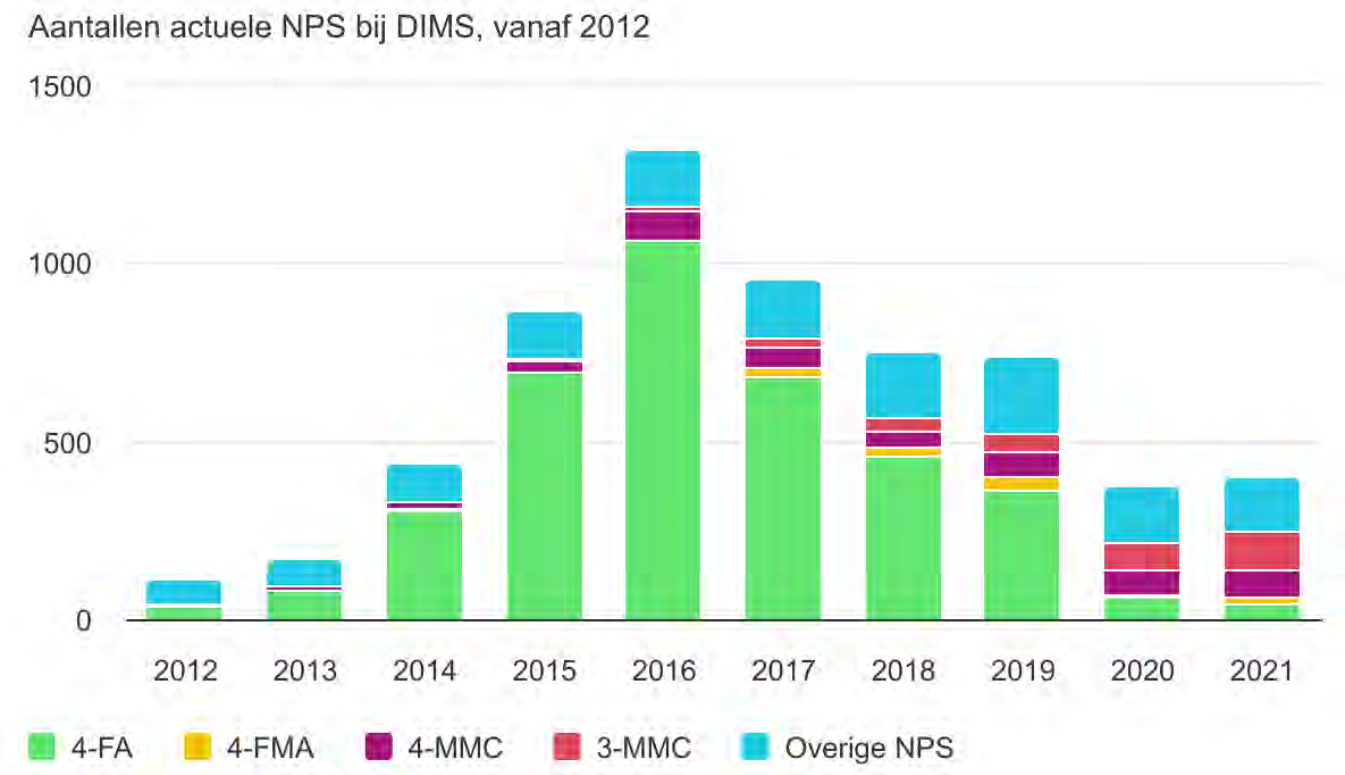
NDM

	GHB	Ketamine	2C-B	Actuele NPS
2012	172	219	82	115
2013	47	244	102	173

	GHB	Ketamine	2C-B	Actuele NPS
2014	47	243	153	440
2015	76	361	268	868
2016	93	306	308	1321
2017	129	441	425	957
2018	146	428	531	752
2019	147	720	1151	743
2020	135	430	788	374
2021	128	423	873	403

"Actuele" NPS bij het DIMS

Naast de meer voorkomende stoffen, zoals 2C-B, omvat de groep NPS een gevarieerd scala aan veelal (semi)legale middelen die doorgaans slechts beperkt gebruikt worden. Onderstaande figuur geeft een overzicht van de "actuele" NPS. Binnen de “echte” of "actuele" NPS is met name de opkomst en ondergang van 4-FA goed te zien. Ook worden andere NPS zoals 3-MMC, 4-MMC en 4-FMA is significante aantallen gezien door het DIMS. Ook zijn er NPS die (nog) niet veel worden gezien bij het DIMS. Deze stoffen worden in onderstaande figuur samengevat in de categorie “overige NPS”. De tabel hieronder geeft de 10 meest voorkomende "overige NPS" die het DIMS in 2021 aangeleverd heeft gekregen en als zodanig zijn aangekocht. In de volgende tekst wordt een aantal NPS nader besproken die relevant zijn vanwege hun relatief hoge frequentie van voorkomen op de Nederlandse drugsmarkt op basis van de door het DIMS uitgevoerde laboratorium analyses, die door het Europees Early Warning System intensief worden gemonitord, of anderszins een mogelijk gevaar voor de volksgezondheid vormen.



Bron: DIMS, 2022.

NDM

	4-FA	4-FMA	4-MMC	3-MMC	Overige NPS
2012	41		2	1	71
2013	80	3	10	4	76
2014	309	4	18	2	107
2015	698		29	5	136
2016	1065	3	81	15	157
2017	684	22	62	25	164
2018	457	30	44	39	182

	4-FA	4-FMA	4-MMC	3-MMC	Overige NPS
2019	363	42	68	51	219
2020	62	8	72	75	157
2021	43	19	79	110	152

De 10 meest bij het DIMS aangeleverde "overige" NPS in 2021

[illegible]	[illegible]
6-APB	32
DMT	22
Etizolam	14
1P-LSD	7
5-MeO-DMT	5
0-DSMT	5
2C-B-FLY	4
2F-DCK	4
3-CMC	4
Fenibut	3

Let op, het gaat hier om aangeleverde monsters van een bepaalde stof, zonder in te gaan op de daadwerkelijke aanwezigheid hiervan. Bron: DIMS, 2022.

Fenylethylamines: 4-FA/4-FMA

- Van alle op de Nederlandse drugsmarkt aanwezige NPS is 4-FA lange tijd de meest gebruikte NPS geweest. De toename van het aantal NPS monsters werd tussen 2014 en 2016 met name veroorzaakt door een toename in het aantal als 4-FA aangekochte monsters. Na een waarschuwing omtrent de gezondheidseffecten van 4-FA in 2016 en het verbod op 4-FA in 2017 is de vraag naar dit middel afgenomen. In 2020 werd 4-FA nog nauwelijks aangeleverd.
- 4-FA is de derde meest aangeleverde NPS, maar het gebruik is veel lager dan in de piek in 2016 toen maar liefst 1065 monsters werden aangeleverd. Na het verbod op 4-FA is 4-FMA op de

markt gekomen als legaal alternatief. Dit werd eerst alleen nog als vervuiling in monsters aangekocht als 4-FA aangetroffen, maar later ontving het DIMS ook drugsmonsters die waren aangekocht als 4-FMA, zij het in veel beperktere mate dan 4-FA. Het aantal ingeleverde monsters aangekocht als 4-FMA daalde echter ook fors van 42 in 2019 naar 8 in 2020. In 2019 is 4-FMA 19 keer ingeleverd bij het DIMS.
- Een groot aandeel van als 4-FA aangekochte monsters bevat tegenwoordig de legale stof 4-FMA. Dit impliceert dat de meeste mensen nog 4-FA willen gebruiken in plaats van 4-FMA, maar dat in de praktijk een monster meestal 4-FMA zal bevatten. Monsters verkocht als 4-FMA waar 4-FA in zit zijn in 2021 niet voorgekomen.

Cathinonen: 4-MMC en 3-MMC

- De meest voorkomende "actuele" NPS zijn 3-MMC en 4-MMC, twee cathinonen die qua structuur sterk op elkaar lijken. Ook al is 4-MMC (mefedron) sinds 2012 verboden, wordt het sinds 2015 vaker bewust als ‘drug of choice’ aangeleverd. 3-MMC heeft de afgelopen jaren aan ‘populariteit’ gewonnen en wordt nu evenveel als ‘drug of choice’ aangeleverd als 4-MMC. 3-MMC is op 28 oktober 2021 op lijst 2 van de Opiumwet geplaatst.
- Hoewel 3-MMC en 4-MMC ongeveer evenveel als ‘drug of choice’ aangekocht worden, laten laboratoriumanalyses zien dat 3-MMC in 2021 veel vaker wordt aangetroffen als 4-MMC. Dat komt door dat een groot aandeel van de als 4-MMC aangekochte monsters in werkelijkheid 3-MMC bevatten.
- 4-MMC kwam alleen 2 keer voor in een tablet verkocht als ecstasy en verder alleen in een deel van de poeders verkocht als 4-MMC. Andersom wordt er nauwelijks 4-MMC gevonden in als 3-MMC verkochte monsters.

Designer benzodiazepinen

- Terwijl in Europa een stijgende trend is in het gebruik van (nieuwe) benzodiazepinen, lijkt dit in Nederland nog niet direct het geval. (Voor meer informatie over traditionele benzodiazepinen, zie hoofdstuk ‘slaap- en kalmeringsmiddelen’).
- Het DIMS heeft in 2021 21 nieuwe benzodiazepinen aangetroffen, dat is een verdubbeling ten opzichte van 2020. Etizolam werd het meest aangetroffen, gevolgd door flualprazolam. Dit heeft echter ook te maken met het feit dat niet alle nieuwe benzodiazepinen even goed worden gedetecteerd door het laboratorium. Als de populariteit van dergelijke stoffen komende jaren blijft toenemen, wordt het monitoring van de inhoud van deze stoffen dan ook een uitdaging.

Synthetische cannabinoïden

- In tegenstelling tot andere Europese landen waar synthetische cannabinoïden de afgelopen jaren steeds populairder zijn geworden, lijkt er in Nederland weinig interesse van drugsgebruikers voor te zijn. De stoffen kunnen echter wel als vervuiling in andere aangeleverde drugsmonsters voorkomen, terwijl de gebruiker zich hier niet van bewust is.
- Het DIMS heeft in december 2020 gericht gewaarschuwd voor cannabis vervuild met de synthetische cannabinoïde MDMB-4en-PINACA [2]. Deze nieuwe psychoactieve stof bleek aanwezig op hasj en wiet, een markt die het DIMS normaliter niet monitort. In 2021 zijn er door het jaar heen met enige regelmaat cannabismonsters ingeleverd waar MDMB-4en-PINACA in was aangetroffen, al is de frequentie een stuk lager dan eind 2020. Ook is er tweemaal een

ander synthetisch cannabinoïd aangetroffen: ADB-BUTINACA.

Synthetische opioïden

- In tegenstelling tot andere Europese landen worden er relatief weinig synthetische opioïden aangetroffen in Nederland. In 2021 is bij het DIMS geen U-47700, fentanyl of fentanyl analoga aangetroffen. Er lijkt dus momenteel geen toename van synthetische opioïden op de Nederlandse markt te zijn, althans van recreatief drugsgebruikers die hun producten laten testen.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Trimbos-instituut. Vervuilde hasj en wiet in omloop [Internet]. 2020. Available from: https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/vervuilde-hasj-en-wiet-in-omloop

8.8.3 Prijs

Gegevensbronnen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) en de Amsterdamse Antenne-monitor geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor NPS. Vergeleken met de traditionele drugs worden relatief weinig NPS monsters bij het DIMS aangeboden, waardoor de gemiddelden als indicatief moeten worden beschouwd.

- Consumenten die drugsmonsters aankochten als NPS en bij het DIMS lieten testen betaalden in 2021 gemiddeld €4,60 per 2C-B pil; de helft van de 2C-B pillen kostte tussen de 4 en 5 euro. De gemiddelde prijs voor een gram 2C-B poeder was €43,60 [1].
- De gemiddelde prijs voor een gram 3-MMC was in 2020 €13,70; de helft van de poeders kostte tussen de 10,00 en 18,50 euro [2].
- Andere NPS worden te weinig bij DIMS aangeboden om een reële prijsindicatie te kunnen geven (voor GHB zie § 9.8; voor ketamine zie § 14.8). In 2019 was de prijs van 4-FA €5,60 per pil en €8,50 per gram poeder.

Prijs (euro) per 2C-B pil op consumentenniveau, vanaf 2013

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aantal monsters (n)	102	153	268	308	425	531	1151	788	873
Gemiddelde (€)	4	4	4	6	5	4	4	5	5
Interkwartiel (€)[1]	3-5	3-5	3-5	3,40-5	3,50-5	3,20-5	3,50-5	4-5	4-5

1. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit dus nog boven deze range, en 25% er onder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

In het Antenne-onderzoek 2020 [3] werden hogere prijzen genoemd door sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven:

- €10,- voor een gram 3-MMC. Tijdens dit onderzoek was 3-MMC nog legaal verkrijgbaar in smartshops.
- €5-6 voor een 2C-B pil. De markt van 2C-B is stabiel gebleven ten opzichte van voorgaande

jaren.
- 60-80 euro voor 10 4-FA pillen. In 2018 nam de prijs van 4-FA toe van €4-5 per pil naar gemiddeld €7 per pil en in 2019 is de prijs verder gestegen naar €7-10 per pil. De prijsstijging hangt waarschijnlijk samen met het feit dat 4-FA sinds het verbod in 2017 moeilijker verkrijgbaar is. In 2020 lijkt de prijsstijging zich niet te hebben doorgezet.

NPS worden vaker dan traditionele drugs online aangeschaft. Opvallend is dat zowel voor gewone drugs als voor NPS lijkt te gelden dat de drugs ongeveer even zuiver zijn als drugsmonsters die op straat worden verkocht, en dat de prijzen online doorgaans iets hoger zijn. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met het feit dat de Nederlandse consumentenmarkt doorgaans erg zuiver en goedkoop is in verhouding tot andere landen [4].

Overige gegevens over de NPS-markt

Voor meer informatie over de handel van NPS via internet, zie § 16.2.2.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2020 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
3. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
4. Van der Gouwe D, Brunt TM, van Laar MW, van der Pol P. Purity, adulteration and price of drugs bought on-line versus off-line in the Netherlands [Internet]. Vol. 112, Addiction. 2017. p. 640–648. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27936283 http://doi.wiley.com/10.1111/add.13720



GHB

9.0 Laatste feiten en trends

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

- In de algemene bevolking van 18 jaar en ouder lag in 2021 het percentage GHB-gebruikers lager dan dat van ecstasy, cocaïne, en amfetamine (§ 9.2).
- Tussen 2015 en 2021 is het gebruik van GHB in de algemene bevolking op hetzelfde niveau gebleven, maar waren er soms stijgingen bij de mannen en dalingen bij de vrouwen (§ 9.2).
- Scholieren van het regulier onderwijs hadden in 2019 weinig ervaring met GHB, net als studenten (§ 9.3).
- GHB kent uiteenlopende groepen van gebruikers, variërend van uitgaande jongeren en jongvolwassenen tot thuisgebruikers en gemarginaliseerde groepen. Ook wordt het middel door mannen die seks hebben met mannen voor ‘chemsex’ gebruikt (§ 9.3 en § 9.4).
- In het Amsterdamse uitgaansleven staat GHB bekend als een gevaarlijke drug. Ondanks dit omstreden imago, is in 2019 het gebruik van GHB in het Amsterdamse uitgaansleven gestegen (§ 9.3).
- GHB-verslaving gaat vaak samen met andere psychische stoornissen en de terugval na klinische detoxificatie is aanzienlijk (§ 9.6).
- Het aandeel van GHB in de geregistreerde gezondheidsincidenten door drugs is opvallend hoog, gegeven het lage gebruik van GHB in de algemene bevolking (§ 9.6).
- Er is geen zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is (§ 9.7).
- GHB blijft een relatief goedkope drug, de prijzen (per liter) stegen in 2014 maar zijn daarna weer gedaald en zijn in 2019 stabiel gebleven (§ 9.8).

9.1 Over GHB (en corona)

9.1.1 Over GHB

Effecten van GHB

GHB staat voor gammahydroxyboterzuur en is een dempend middel dat vroeger werd gebruikt als slaapmiddel en narcosemiddel [1]. Het wordt doorgaans verkocht in de vorm van een vloeistof. Evenals alcohol veroorzaakt GHB een lichte roes, maar het kan ook hallucinaties veroorzaken en een stimulerende werking hebben. Motieven om GHB te gebruiken zijn het krijgen van meer zelfvertrouwen, socialer worden, geluk, euforie, meer energie, langer en harder kunnen feesten, geen kater hebben de volgende morgen, de ontspannen high, het vergeten van problemen, en een verhoogde seksuele respons [2–4].

Risico’s van GHB

In Nederland begon GHB vanaf 2004 zijn aanvankelijk onschuldige imago te verliezen [5]. GHB kan namelijk bij de ‘gewone’ recreatieve doseringen al ongewenste effecten hebben zoals vermoeidheid, vergeetachtigheid, misselijkheid, overgeven, en stuiptrekkingen. Ook kan het gebruik van GHB leiden tot angst, psychose, en depressie [6]. Bij een hogere dosering (overdosering) kan de gebruiker in coma raken. Het verschil tussen de ‘recreatieve’ dosering en overdosering is vaak klein [1]. Bij het ontwaken uit een coma voelt de persoon zich weliswaar wakker en alert, maar soms ook gedesoriënteerd of agressief.

GHB staat in de media ook wel bekend als ‘rape drug’, maar de link tussen het gebruik van GHB en seksueel misbruik is slechts in enkele gevallen vastgesteld (§ 9.6). GHB-gebruik komt voor in verschillende groepen mensen zoals uitgaanders, ‘hangjongeren’, gemarginaliseerde groepen en thuisgebruikers. Problemen met GHB kennen een sterke regionale variatie en er is sprake van typische ‘brandhaarden’ [7–10].

GHB en GBL

GHB is een middel dat al na enkele weken dagelijks gebruik tot verslaving kan leiden [1]. Acute onthouding kan riskant zijn. De ingrediënten voor GHB, zoals GBL (gamma-butyrolacton) en natronloog (gootsteenontstopper), zijn eenvoudig te verkrijgen. GBL is een schoonmaakmiddel dat via internet kan worden besteld. Ook het recept om zelf thuis GHB te maken staat op internet. Het brouwen van GHB is daarmee voor sommigen een “doe-het-zelf project” geworden [11]. In pure vorm is GBL nog sterker dan GHB en gebruik is gevaarlijk: in onverdunde vorm kan GBL irritatie en ernstige beschadiging van de slokdarm en de maag veroorzaken. Het gebruik van GBL komt weinig voor. In 2016 had naar schatting slechts 0,2% van de algemene bevolking van 18 jaar en ouder ooit in het leven GBL gebruikt (LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS). De meeste GBL-gebruikers hadden ook ooit GHB gebruikt. Aangezien GBL meestal niet apart wordt geregistreerd of uitgevraagd in onderzoek, hebben de cijfers in dit hoofdstuk betrekking op GHB/GBL, tenzij anders aangegeven.

Lijst I

GHB is op 9 mei 2012 verplaatst van lijst II naar lijst I van de Opiumwet (zie § 2.1). Met deze wijziging is een signaal over de risico's aan (potentiële) consumenten gegeven en is tevens de handel in precursoren, zoals GBL en 1,4-BD, gericht op de productie van GHB, als voorbereidingshandeling strafbaar geworden.

Regionale verschillen

Eind 2018 verschenen in de media berichten over een explosieve stijging van het aantal GHB-incidenten, met name in de regio's Amsterdam, Nijmegen, Utrecht, en Rotterdam. Een quickscan in opdracht van het Ministerie van VWS liet zien dat er geen sprake was van een duidelijke landelijke toename. Wel zijn er forse regionale verschillen in het aantal incidenten en bestaan er grote zorgen over de acute en chronische gevolgen van GHB-gebruik. In regio's waar een toename werd geconstateerd was deze meestal onderdeel van een algehele toename van geregistreerde drugsincidenten [12].

Hulpverlening

In zijn brief van 7 oktober 2019 informeerde de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Tweede Kamer over "het tot stand brengen van een effectieve aanpak van GHB-problematiek" [13]. Er werd een "sluitende aanpak" ontwikkeld voor verschillende profielen van GHB-gebruikers, waarbij tevens aandacht werd gegeven aan "GHB-terugvalmanagement". Dit "heeft geleid tot een toegankelijke en toepasbare handreiking die interventies beschrijft om het terugvalpercentage na GHB detoxificatie te verlagen" [14]. Er is een algemene "Handreiking voor GHB behandeling" ontwikkeld en deze "bevat praktische informatie voor zowel professionals als voor ervaringsdeskundigen, patiënten en naasten" [15]. De Handreiking bevat "een checklist met alle interventies die toegepast dienen te worden binnen de behandeling bij GHB-problematiek".

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Croes E, Meijer H, Van Dort B, Remmits J, Van Bergeijk S. Factsheet: GHB. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
2. Beurmanjer H, Asperslag EM, Oliemeulen L, Goudriaan AE, De Jong CAJ, Schellekens ASA, et al. A Qualitative Approach in Understanding Illness Perception and Treatment Needs in Patients with Gamma Hydroxybutyrate Use Disorder. Vol. 25, European Addiction Research. 2019. p. 248–255.
3. Grund J-P, De Bruin D, Van Gaalen S. Going knock — Recurrent comatose GHB intoxication in the Netherlands & Flanders (Belgium) [Internet]. Vol. 58, International Journal of Drug Policy. Elsevier; 2018. p. 137–148. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.06.010
4. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.
5. Drapalova E, Belackova V, Calado D, Van Dongen A, Paneva I, Pavarin R, et al. Early Identification of Locally Emerging Trends in Psychoactive Substance Use – Experience and Best Practice in Four European Localities [Internet]. Vol. 54, Substance Use & Misuse. Taylor &

Francis; 2019. p. 1633–1645. Available from: https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1600146
6. Arunogiri S, Moayeri F, Crossin R, Killian JJ, Smith K, Scott D, et al. Trends in gamma-hydroxybutyrate-related harms based on ambulance attendances from 2012 to 2018 in Victoria, Australia. Vol. 115, Addiction. 2020. p. 473–479.
7. Nabben T, Korf DJ. Drugs in rurale gebieden: GHB-gebruik en -handel op het Nederlandse platteland. Vol. 6, Tijdschrift over Cultuur & Criminaliteit. 2016. p. 59–78.
8. Nabben T, Korf DJ. Politie en GHB-problematiek op het platteland. Apeldoorn: Politie & Wetenschap; 2016.
9. Nijkamp L, Lemmers L. Bezieling en bereikbaarheid: De aanpak van drugsproblematiek en GHB-problematiek in het bijzonder in de gemeente Twenterand. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
10. Nijkamp L. Bezieling en bereikbaarheid: Samen werken aan een leven zonder GHB: Een handreiking voor Nederlandse gemeenten ten behoeve van de aanpak van GHB-problematiek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
11. Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2010: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2011.
12. Croes E, Babberich C De Nerée tot, Schürmann L, Nijkamp L. Ontwikkelingen in acute gezondheidsincidenten na GHB-gebruik: Een inventarisatie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
13. Ministerie van VWS. Kamerbrief over GHB, 7 oktober 2019. Den Haag: Ministerie van VWS; 2019.
14. Joosten E, Hut M, Kiggen B. GHB-terugvalmanagement: Abstract GHB-congres 12 maart 2020: De zorg rondom GHB – Hoe geven wij die vorm? Nijmegen: NISPA; 2020.
15. Joosten EAG, Van Wamel A, Beurmanjer H, Dijkstra BAG. Handreiking voor GHB behandeling. Nijmegen: NISPA; 2020.

9.1.2 Effect van de coronamaatregelen op het gebruik van GHB

Er zijn verschillende onderzoeken en monitors die een beeld geven van het gebruik van diverse drugs, alcohol en tabak tijdens de coronapandemie [1–4]. Er zijn daarbij geen gegevens beschikbaar over de invloed van de coronacrisis op het gebruik van GHB in een representatieve steekproef van de algemene bevolking (zie § 9.2.1). In deze paragraaf vatten wij daarom gegevens samen uit het Grote Uitgaansonderzoek 2020 (HGU 2020), waarin de impact van de coronacrisis op onder andere het gebruik van GHB is onderzocht [1,5]. Het algemene beeld dat hieruit naar voren komt is dat het percentage dat minder is gaan gebruiken hoger ligt dan het percentage dat meer is gaan gebruiken. Mogelijk is dit het gevolg van het wegvallen van bepaalde uitgaansgelegenheden tijdens de coronamaatregelen. Het onderzoek onder uitgaanders geeft echter geen informatie over lokale groepen van problematische GHB-gebruikers, die bijvoorbeeld GHB gebruiken in een thuissituatie.

Uitgaanders in Nederland

In het kader van het Grote Uitgaansonderzoek 2020 (HGU 2020) zijn de effecten van de coronacrisis op het middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen (16 t/m 35 jaar) twee keer in kaart gebracht. Het eerste onderzoek werd uitgevoerd in april en mei 2020, tijdens de eerste lockdown [5]. In september en oktober is een tweede onderzoek uitgevoerd [1]. In dit vervolgonderzoek is teruggekeken op zowel de periode van de eerste lockdown (15 maart – 1 juni 2020) als de periode van de versoepelingen van de coronamaatregelen (1 juni – 1 september 2020).

- Uit het eerste onderzoek bleek dat 1,6% van de uitgaanders ook tijdens de coronamaatregelen GHB had gebruikt [5]. In het jaar voorafgaand aan de coronamaatregelen had nog 3,9% GHB gebruikt. Van de uitgaanders die tijdens de coronamaatregelen bleven gebruiken, was 19,7% vaker gaan gebruiken, had 50,0% even vaak gebruikt en was 30,3% minder vaak gaan gebruiken. Mogelijk zijn sommigen minder gaan gebruiken door het wegvallen van bepaalde uitgaansgelegenheden tijdens de coronamaatregelen.
- Per keer dat werd gebruikt was 14,5% een grotere hoeveelheid gaan gebruiken, had 57,9% dezelfde hoeveelheid gebruikt en was 27,6% minder gaan gebruiken.
- In de tweede ronde van het onderzoek werd gevonden dat, in het tweede kwartaal van 2020 tijdens deze lockdown, 2,5% van de uitgaanders GHB had gebruikt. Tijdens de versoepelingen in het derde kwartaal van 2020 lag dit percentage op 2,6% [1]. Van de uitgaanders die deelnamen aan de tweede ronde van het onderzoek had 4,1% in het jaar voorafgaand aan de coronamaatregelen GHB gebruikt [1].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar M. Factsheet: Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.

2. Dopmeijer JM, Nuijen J, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs: Deelrapport II: Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021.
3. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
4. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2020 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
5. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Beek R. Factsheet: De impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op alcohol-, tabak- en drugsgebruik onder uitgaanders. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

9.2 Gebruik: algemene bevolking

9.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: Ongeveer 1,9% van de volwassen Nederlanders van 18 jaar en ouder heeft ooit GHB gebruikt, dit komt neer op ongeveer 260 duizend mensen. Tussen 2015 en 2021 schommelde dit percentage tussen 1,3% en 1,9%.

Snel naar:

- Kerncijfers 2021
- Trends in GHB-gebruik

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van GHB of GBL in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête. Deze enquête wordt jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers 2021

In eerdere edities van de Nationale Drug Monitor werd apart gerapporteerd over het gebruik van GHB en het gebruik van GBL. In aanvullende analyses werd echter gezien dat vrijwel alle GBL-gebruikers ook GHB-gebruikers zijn. Sinds 2020 is de vraagstelling in de enquête daarom veranderd, en hebben onderstaande cijfers betrekking op het gebruik van GHB al dan niet in combinatie met GBL.

In 2021 had 1,9% van de volwassenen ervaring met GHB (zie onderstaande tabel), en 0,4% had in het afgelopen jaar nog gebruikt. Dit komt neer op naar schatting 260 duizend volwassen Nederlanders die ooit GHB gebruikten, en 60 duizend van hen deden dit nog in het laatste jaar.

Gebruik van GHB in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2021

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval
Ooit	1,9	260.000	210.000-320.000
Laatste jaar	0,4	60.000	30.000-80.000
Laatste maand	0,2	30.000	10.000-40.000

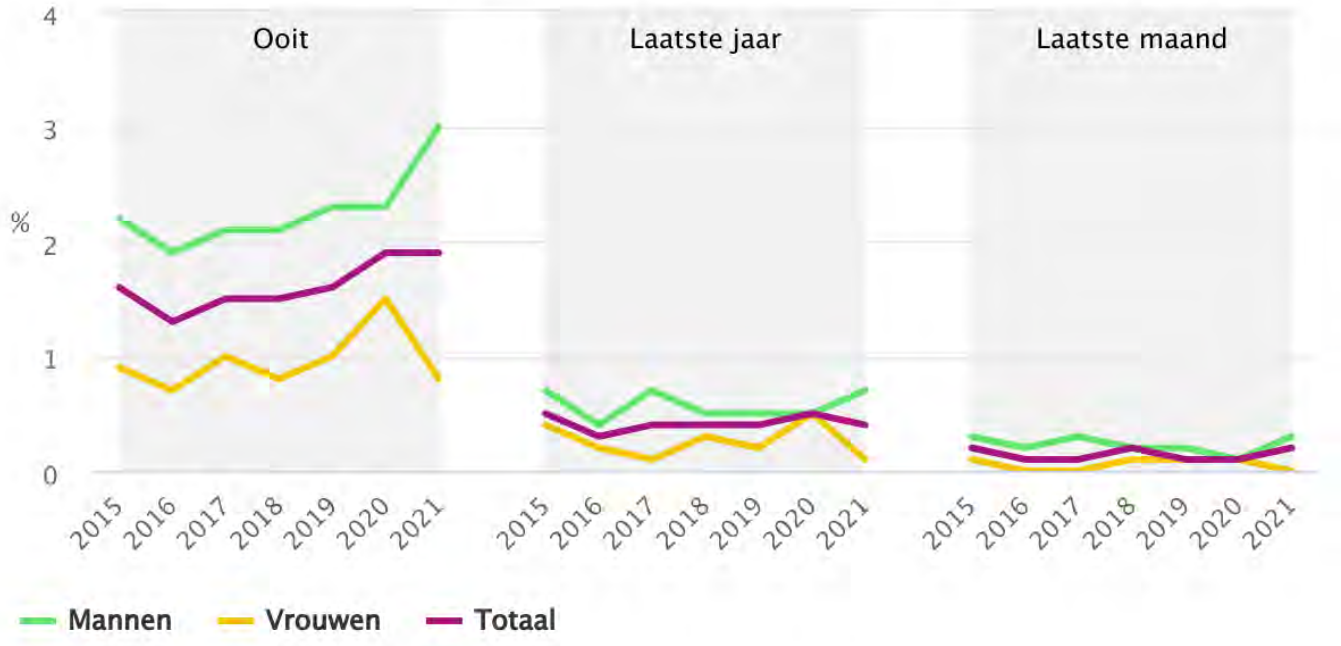
Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Het geschatte aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat GHB gebruikt, is afgerond op tienduizendtallen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Trends in GHB-gebruik

Vanaf 2015 zijn vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van GHB in de algemene Nederlandse bevolking in de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder (zie onderstaand figuur).

- Het gebruik van GHB is sinds de start van de metingen in 2015 voor de totale groep, van mannen en vrouwen samengenomen, op ongeveer hetzelfde niveau gebleven. Onder mannen schommelde het percentage laatste-jaar-gebruikers licht maar was het in 2021 weer op hetzelfde niveau als in 2015 (0,7%). Onder vrouwen was eveneens sprake van een schommeling maar is het percentage laatste-jaar-gebruikers in 2021 (0,1%) lager dan in 2015 (0,4%).
- Een beschrijving van de trends in GHB-gebruik voor de leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar (de leeftijdsgroepen van het EMCDDA) is te vinden in bijlage A3.

Gebruik van GHB in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2015, naar geslacht



Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021. (Zie bijlage A3 voor de resultaten van voorgaande bevolkingsstudies onder mensen van 15-64 jaar.)

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2015	2.2	0.9	1.6
2016	1.9	0.7	1.3
2017	2.1	1	1.5
2018	2.1	0.8	1.5
2019	2.3	1	1.6
2020	2.3	1.5	1.9
2021	3,0	0,8	1,9

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2015	0.7	0.4	0.5
2016	0.4	0.2	0.3
2017	0.7	0.1	0.4
2018	0.5	0.3	0.4
2019	0.5	0.2	0.4
2020	0.5	0.5	0.5
2021	0,7	0,1	0,4
2015	0.3	0.1	0.2
2016	0.2		0.1
2017	0.3		0.1
2018	0.2	0.1	0.2
2019	0.2	0.1	0.1
2020	0.1	0.1	0.1
2021	0,3	0,0	0,2

9.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Migratieachtergrond
- Stedelijkheid

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van GHB of GBL in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête. Deze enquête wordt jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

De cijfers over het ooitgebruik van GHB kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid. Het aantal laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers van GHB in de steekproef is echter te klein om uit te splitsen naar deze demografische kenmerken.

Geslacht

Meer mannen (3,0%) dan vrouwen (0,8%) hadden in 2021 ervaring met GHB (zie onderstaande tabel).

Gebruik van GHB in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2021

	Ooit (%)
Man	3,0
Vrouw	0,8

Percentage gebruikers ooit in het leven. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Leeftijd

Het ooitgebruik van GHB lag in 2021 het hoogst onder de 30-39-jarigen (4,7%), gevolgd door de

40-49-jarigen (3,1%) en de 25-29-jarigen (3,0%) (zie onderstaand figuur).

In het aanvullende onderzoek LSM-A Middelen werd in 2020 aan GHB-gebruikers gevraagd op welke leeftijd zij dit middel voor het eerst namen.

- De gemiddelde startleeftijd van de gebruikers was 27,2 jaar. Deze leeftijd lag wat hoger dan voor de meeste andere middelen, zoals ecstasy of amfetamine.
- De helft van de volwassenen die in het afgelopen jaar GHB gebruikten, gebruikte dit middel tussen 23 en 30 jaar voor het eerst. Een kwart van de gebruikers was jonger toen ze voor het eerst gebruikten, en een kwart was ouder.

GHB-gebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2021



Percentage ooitgebruikers van GHB per leeftijdsgroep. Het aantal laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers van GHB in de steekproef is te laag om een uitsplitsing te maken naar leeftijdsgroepen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

Category	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
18 - 19	0,5		
20 - 24	2,4		
25 - 29	3,0		

Category	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
30 - 39	4,7		
40 - 49	3,1		
50 - 64	0,9		
65+	0,0		
Totaal 18+	1.9	0,4	0,2

Opleidingsniveau

Het ooitgebruik van GHB was bij de hoogopgeleiden (2,4%) hoger dan bij de laagopgeleiden (1,4%) (zie onderstaande tabel).

Gebruik van GHB in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[1]. Peiljaar 2021

	Ooit (%)
Laagopgeleid	1,4
Middelbaar opgeleid	1,7
Hoogopgeleid	2,4

Percentage ooitgebruikers van GHB naar opleidingsniveau. Het aantal laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers van GHB in de steekproef is te laag om een uitsplitsing te maken naar opleidingsniveau. 1. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 jaar en ouder hoogst behaald niveau. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Migratieachtergrond

Er zijn geen statistisch significante verschillen gevonden in het ooitgebruik van GHB naar migratieachtergrond (zie onderstaande tabel).

Gebruik van GHB in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[1]. Peiljaar 2021

	Ooit (%)
Nederlandse achtergrond	1,8
Westerse migratieachtergrond	2,3
Niet-westerse migratieachtergrond	2,0

Percentage ooitgebruikers van GHB naar migratieachtergrond. Het aantal laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers van GHB in de steekproef is te laag om een uitsplitsing te maken naar migratieachtergrond. 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage D: "Migratieachtergrond"). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021

Stedelijkheid

In de (zeer) sterk stedelijke gebieden was in 2021 het ooitgebruik van GHB hoger dan in de weinig/niet stedelijke gebieden (2,3% tegenover 1,4%) (zie onderstaande tabel).

Gebruik van GHB in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2021

	Ooit (%)
(Zeer) sterk stedelijk	2,3
Matig stedelijk	1,5
Weinig/niet stedelijk	1,4

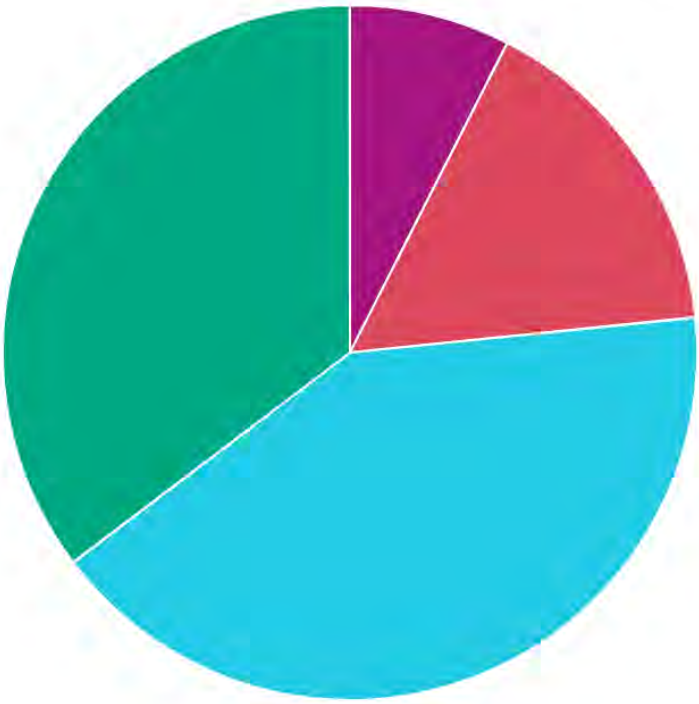
Percentage ooitgebruikers van GHB naar stedelijkheid. Het aantal laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers van GHB in de steekproef is te laag om een uitsplitsing te maken naar stedelijkheid. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

9.2.3 Gebruikspatronen

In het LSM-A onderzoek is aan GHB-gebruikers ook gevraagd hoe vaak zij dit middel in het laatste jaar hebben gebruikt. De meerderheid gebruikt GHB incidenteel. Omdat het hier om een klein aantal respondenten gaat zit er een onzekerheidsmarge in de cijfers.

- Van de GHB-gebruikers nam 35,3% één keer GHB, 41,3% gebruikte een paar keer maar minder dan maandelijks, 15,9% nam GHB één keer per maand, en 7,5% gebruikte twee tot vier keer per maand.
- (Bijna) dagelijks gebruik van GHB wordt niet gerapporteerd in deze steekproef van het LSM-A onderzoek, hoewel het wel bekend is dat dit voorkomt in Nederland. Dit komt doordat (probleem)gebruikers van harddrugs in onderzoek veelal ondervertegenwoordigd zijn, doordat een deel van hen geen vaste woon- of verblijfplaats heeft, in een instelling verblijft, of anderszins moeilijk bereikbaar is. Deze groep kan in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek.

Frequentie GHB-gebruik onder laatste-jaar-gebruikers. Peiljaar 2020



4 of meer keer per week
2 tot 3 keer per week
2 tot 4 keer per maand
één keer per maand
één paar keer, maar minder dan maandelijks
één keer in het laatste jaar

Percentage van de laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van GHB-gebruik. Bron: Leefstijlmonitor aanvullend, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

everviz.com

Gebruiksfrequentie	%
4 of meer keer per week	
2 tot 3 keer per week	
2 tot 4 keer per maand	7.5

Gebruiksfrequentie	%
één keer per maand	15.9
één paar keer, maar minder dan maandelijks	41.3
één keer in het laatste jaar	35.3

9.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

9.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

In het kort: Scholieren van het regulier onderwijs hadden in 2019 weinig ervaring met GHB, net als studenten (§ 9.3).

Snel naar:

- Kerncijfers 2019
- Trends in GHB-gebruik

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van GHB op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven van scholieren van het voortgezet onderwijs en studenten van het HBO en het MBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen waarvan uit eerder onderzoek bekend is dat zij meer dan hun doorsnee leeftijdsgenoten middelen gebruiken.

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren [1] en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie [2]. Om de vier jaar wordt het Peilstationsonderzoek Scholieren uitgevoerd, de laatste meting vond plaats in 2019 [1]. Het onderzoek wordt uitgevoerd op representatieve steekproeven van scholieren in groep 7 en 8 van het basisonderwijs en alle leerjaren van het regulier voortgezet onderwijs. In 2019 werd het Peilstationsonderzoek Scholieren in het basisonderwijs uitgevoerd in totaal 87 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van in totaal 1.790 leerlingen. In het voorgezet onderwijs werd de vragenlijst afgenomen in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van in totaal 6.118 scholieren, waaronder 5.587 scholieren in de leeftijd van 12 tot en met 16 jaar. Ook het gebruik van GHB werd in 2019 gemeten via het Peilstationsonderzoek Scholieren [1]. Voor GHB zijn er gegevens beschikbaar tot en met 2019 voor het ooitgebruik en het gebruik in de afgelopen maand.

Kerncijfers 2019

Vergeleken met andere drugs hebben scholieren van het regulier voortgezet onderwijs net zo weinig ervaring met het gebruik van GHB als met het gebruik van heroïne en crack (zie onderstaande tabel).

- Volgens het Peilstationsonderzoek Scholieren had in 2019 van de 12-16-jarige scholieren in het voortgezet onderwijs 0,3% ooit in het leven GHB gebruikt [1].

Percentage GHB-gebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2019

Subtitle

	(%)
Ooit	0,3
Laatste jaar	-
Laatste maand	0,1

Percentage gebruikers ooit en in de laatste maand. - = Niet gemeten. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2019.

Trends in GHB-gebruik

Sinds het midden van de jaren tachtig wordt het middelengebruik onder scholieren gemonitord. In 2007 werd GHB-gebruik voor het eerst apart gemeten onder scholieren van 12-16 jaar. Het ooitgebruik van GHB lag in 2007, 2011, 2015, en 2019 op respectievelijk 0,4%, 0,4%, 0,4%, en 0,3% [1]. Het laatste-maand-gebruik van GHB lag in deze jaren op respectievbelijk 0,2%, 0,1%, 0,2%, en 0,1% [1].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.

9.3.2 Studenten

In het kort: Het gebruik van GHB komt maar weinig voor onder studenten van het MBO, het HBO en de universiteit.

Snel naar:

- Studenten van het MBO en HBO
- Studenten van het HBO en de universiteit
- MBO-studenten in Amsterdam
- Studenten in Leiden

Studenten van het MBO en HBO

De Middelenmonitor MBO-HBO onderzocht in 2015 [1], 2017 [2] en 2019 [3] het middelengebruik onder studenten van het MBO en het HBO (zie onderstaande tabel). Het gaat om een landelijk onderzoek. In 2019 namen 4.167 studenten deel aan het onderzoek [3].

- Het ooitgebruik van GHB onder studenten van het MBO en het HBO lag in 2019 op 1,2%; er werd geen verschil gevonden tussen jongens en meisjes.
- Weinig studenten gebruikten het middel nog in de laatste maand (0,4%). Voor het laatste-maand-gebruik werd wel een verschil gevonden tussen de jongens (0,6%) en de meisjes (0,1%).
- Er waren geen verschillen in het ooitgebruik en het laatste-maand-gebruik tussen 2015, 2017 en 2019.

Studenten van het HBO en de universiteit

- Van de studenten van zowel het HBO als het WO had 1,9% ooit GHB of GBL gebruikt, en 0,5% in het afgelopen jaar (zie onderstaande tabel).
- Het laatste-maand-gebruik van GHB of GBL lag zowel onder de studenten van het HBO als het WO op 0,1%.

MBO-studenten in Amsterdam

In 2021 had 1,4% van de Amsterdamse MBO-studenten ooit GHB gebruikt [4], in 2016 was dit nog 4,8% [5] (zie onderstaande tabel). Het laatste-jaar-gebruik was in deze periode gedaald van 2,7% naar 0,4%.

Studenten in Leiden

Uit een onderzoek onder 446 studenten van de Universiteit Leiden bleek dat 2% van deze studenten ooit GHB had gebruikt [6].

Percentage GHB-gebruikers onder studenten

	Locatie	Peljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO	Nederland	2021	MBO + HBO	16-18 jaar	1,0	-	0,3
		2019			1,2	-	0,4
		2017			1,4	-	0,2
		2015			1,5	-	0,3
Studenten van het HBO en de universiteit[1]	Nederland	2021	Totaal HBO + WO	16 jaar en ouder	1,9	0,5	0,1
			WO		1,9	0,6	0,1
			HBO		1,9	0,5	0,1
Studenten van het MBO	Amsterdam	2021	MBO	16 jaar en ouder (19,0 gemiddeld)	1,4	0,4	-
		2016		15 jaar en ouder (18,9 gemiddeld)	4,8	2,7	1,2

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. - = Geen gegevens beschikbaar. **Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking tussen beide onderzoeken niet mogelijk.** 1. Alle HBO- en WO-studenten die ouder waren dan 16 jaar werden geïncludeerd in dit onderzoek. Bij GHB ging het om GHB of GBL. Bronnen: **Middelenmonitor MBO-HBO,** Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs, Antenne Amsterdam MBO-Survey.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Verdurmen JE, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
2. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
3. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
4. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
5. Nabben T, Luijk SJ, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
6. Kunst LE, Gebhardt WA. Prevalence and Psychosocial Correlates of Party-Drug Use and Associated Problems among University Students in the Netherlands [Internet]. Vol. 53, Substance Use & Misuse. Taylor & Francis; 2018. p. 2077–2088. Available from: https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1455700

9.3.3 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: De verschillende onderzoeken naar uitgaanders laten geen eenduidig beeld zien. Volgens de kwantitatieve onderzoeken is door de bank genomen het gebruik van GHB de afgelopen jaren niet gestegen, maar volgens een kwalitatief onderzoek wel. Mogelijk zijn bij het kwalitatief onderzoek juist die specifieke uitgaanders in beeld gekomen waarbij het GHB-gebruik is gestegen.

Snel naar:

- Uitgaanders in Nederland
- Uitgaanders in Amsterdam en het Gooi en Vechtstreek
- Uitgaanders in Den Haag

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht. De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld via een online vragenlijst. Om vertekening door de impact van de coronamaatregelen te voorkomen, werd aan de respondenten gevraagd naar hun middelengebruik in de periode vóór 13 maart 2020, de dag van het invoeren van de coronamaatregelen. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie bijlage B2). Voor het vergelijken van de resultaten met die uit een eerdere peiling uit 2016 zijn aanvullende analyses uitgevoerd.

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

In 2014 en in 2017 werd ook een survey-onderzoek gehouden onder uitgaanders in Den Haag en omstreken [4,5]. In 2014 namen 1.317 uitgaanders in de leeftijd van 12-35 jaar deel aan dit Haags Uitgaans Onderzoek (HUO). In 2017 werden op drie uitgaanslocaties 882 jongeren ondervraagd in de leeftijd van 15-35 jaar.

De tabel op deze pagina vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij ‘op locatie’ of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders.

De situatie is in 2020 door de coronacrisis mogelijk veranderd. In § 9.1.2 beschrijven we bevindingen uit de meest recente onderzoeken sinds het begin van de coronacrisis in maart 2020.

Uitgaanders in Nederland

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht.

- Van de uitgaanders had 8,3% ooit in het leven GHB of GBL gebruikt en had 4,0% in het afgelopen jaar GHB of GBL gebruikt (zie onderstaande tabel). Het ging daarbij meestal om GHB [1].
- Van de uitgaanders die in het afgelopen jaar GHB/GBL hadden gebruikt, had 0,4% (bijna) elke dag gebruikt, 2,5% een paar keer per week, 0,7% eens per week, 12,7% een paar keer per maand, 8,1% eens per maand, 40,5% een paar keer en 35,1% had slechts een keer GHB/GBL gebruikt in het afgelopen jaar [1].

Uitgaanders in Amsterdam en het Gooi en Vechtstreek

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven middels een panelstudie met signalen en observaties van sleutelfiguren uit het uitgaansleven en surveys onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen. Ondanks het omstreden imago van GHB, blijkt volgens observaties van de sleutelfiguren het gebruik van GHB te zijn gestegen onder sommige specifieke groepen van uitgaanders. Volgens de kwantitatieve surveys is het gebruik van GHB echter niet gestegen.

- De Amsterdamse Antenne-survey onder clubbers en ravers liet aanvankelijk tussen 2008 en 2013 een stijging in het gebruik van GHB zien [4]. Het percentage laatste-maand-gebruikers verdubbelde in deze periode van 5% naar 10%. Vooral de ‘ravers’ gebruikten meer (12% versus 8% van de clubbers). In 2017 had 7% van de bezoekers van clubs, raves en festivals in Amsterdam in de afgelopen maand GHB gebruikt, maar dit betekende geen statistisch significant verschil met de 10% van 2013 [5]. Onder bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia in Hilversum lag in 2017 het laatste-maand-gebruik van GHB op 1% [6].
- Onder jongeren en jongvolwassenen die in Amsterdam mainstream-, hippe-, studenten- en gay cafés bezoeken, steeg aanvankelijk het percentage gebruikers van GHB. Tussen 2010 en 2014 steeg in deze groep het percentage ooitgebruikers van 11% naar 19% en steeg het percentage laatste-maand-gebruikers van 2% naar 4% [7]. Tussen 2014 en 2018 vond er echter weer een daling plaats [8] (ooitgebruik 11% en laatste-maand-gebruik 2%). In 2018 had van de cafébezoekers in de samengenomen gemeenten Hilversum, Bussum en Huizen 8% ooit GHB gebruikt en had 1% in de afgelopen maand nog GHB gebruikt [9].
- Onder bezoekers van coffeeshops in Amsterdam bleef tussen 2009 en 2015 het percentage GHB-gebruikers op hetzelfde niveau [10]. In 2015 had van de coffeeshopbezoekers 11% ervaring met GHB, maar had niemand in de afgelopen maand nog GHB gebruikt (0%).
- In 2019 werd de panelstudie van de Amsterdamse Antenne-monitor uitgevoerd in de periode voorjaar/zomer en de periode najaar/winter in 22 netwerken [2]. Volgens de Antenne-monitor is GHB geen typische uitgaansdrug. Het is eerder een middel dat gebruikt wordt op privéfeesten en afterfeesten. Ook in het Gooi en de Vechtstreek wordt GHB gebruikt op thuisfeesten [3]. Na 2014 steeg in Amsterdam volgens observaties van de sleutelfiguren het gebruik van GHB en in 2019 kwam het GHB-gebruik weer op het piekniveau van 2010. Dat het gebruik van GHB lijkt te zijn gestegen, is opmerkelijk gegeven het omstreden imago van GHB.

- Het gebruik van GHB verschilt sterk tussen de panelnetwerken. Bijna niemand gebruikt regelmatig GHB in ongeveer de helft van de netwerken. Daarnaast zijn er een paar netwerken waarin bijna iedereen GHB gebruikt. Met name is GHB populair in gaykringen en in de underground- en technoscene [2]. Clubs voeren doorgaans een strikt preventiebeleid om het gebruik van GHB in hun club te voorkomen.

Uitgaanders in Den Haag

In 2014 en in 2017 werd ook een survey-onderzoek gehouden onder uitgaanders in Den Haag en omstreken [4,5]. In 2014 namen 1.317 uitgaanders in de leeftijd van 12-35 jaar deel aan dit Haags Uitgaans Onderzoek (HUO). In 2017 werden op drie uitgaanslocaties 882 jongeren ondervraagd in de leeftijd van 15-35 jaar.

- In 2014 had 10% ooit GHB gebruikt en in 2017 had 12% ooit GHB gebruikt. De GHB wordt meestal zelf of door bekenden gemaakt.

Gebruik van GHB onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

	Locatie	Jaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk[I]	2020	–	8,3	4,0	-
		2016	22	14	7,5	3
Bezoekers van coffeeshops	Amsterdam	2015	25	11	4	0
		2009	28	13	3	2
Cafébezoekers	Amsterdam[II]	2018	26	11	4	2
		2014	27	19	9	4
	Hilversum Bussum Huizen	2018	24	8	3	1
Bezoekers van clubs, raves[III] en festivals	Amsterdam	2017	26	22	13	7
		2013	24	25	17	10
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum	2017	21	5	4	1
Uitgaanders	Den Haag	2017	24	12	5	-
		2014	24	10	2	1

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Verschillende groepen zijn onderzocht met hun corresponderende leeftijdscategorieën. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. - = Niet gemeten. I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. Om goede uitspraken te kunnen doen over de trends in middelengebruik, wordt er bij Het Grote Uitgaansonderzoek (landelijk) en de Antenne-monitor (Amsterdam) een aanvullende analyse gedaan die vergelijkingen tussen de jaren mogelijk maakt. Voor de andere onderzoeken wordt deze analyse niet gedaan. Hier geldt dat bij kleine verschillen niet met zekerheid kan worden gezegd of er sprake is van een toe- of afname. II. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. III. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media" (Antenne 2017). In Amsterdam gingen in 2017 en 2018 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 tot 1.000 bezoekers gesignaleerd (Antenne 2017, 2018). Bronnen: Trimbos-instituut, Het Grote Uitgaansonderzoek 2016, 2020; Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2010, 2012, 2013, 2014, 2015, 2017, 2018, Antenne Gooi en Vechtstreek 2017, 2018; GGD Haaglanden, Haags Uitgaans Onderzoek, 2014, 2017.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
3. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.
4. Van Dijk A, Reinerie P. Huo 2014: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken. Den Haag: GGD Haaglanden; 2015.
5. Van Dijk A, Keetman M, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L, Mohabir A. HUO 2018: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2018.

9.3.4 Kwetsbare groepen jongeren

In het kort: Het gebruik van GHB is niet geconstateerd onder jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen en komt slechts sporadisch voor onder jongeren in de jeugdzorg. Wel wordt het gebruik van GHB gesignaleerd in sommige groepen van kwetsbare jongeren in sommige regio's van Nederland.

Snel naar:

- Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen
- Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg
- Kwetsbare jongeren in de regio

Gegevensbronnen

Binnen de groep jongeren zijn bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

In 2019 en 2021 is de Antenne Regiomonitor uitgevoerd [1,2]. Deze monitor beoogt op kwalitatieve wijze zicht te krijgen op het gebruik onder groepen kwetsbare jongeren uit verschillende regio’s in Nederland. Dit gebeurt op basis van interviews met jongeren- en preventiewerkers die zicht hebben op verschillende (35 in 2021) jongerengroepen verspreid over het land. Begin 2021 werden via een kwalitatieve studie jongeren- en preventiewerkers ondervraagd over hun indruk van het middelengebruik van in totaal 35 groepen jongeren uit 10 provincies, waar deze professionals direct mee in contact staan [2]. Deze groepen zijn niet representatief voor alle jongerengroepen in de regio. Van de 35 groepen jongeren kwamen er 23 uit een grotere of kleinere stad en kwamen er 12 uit een dorp. Het aantal jongeren per groep varieerde van 8 tot 90 personen, met gemiddeld 20 personen. In totaal hadden de professionals zicht op ongeveer 850 jongeren tussen 11 en 27 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar. De Amsterdamse Antenne-monitor onderzocht in 2019 ook het gebruik van GHB onder jongeren in de jeugdzorg. Het ging daarbij om jongeren in zowel de ambulante als de residentiële jeugdzorg, als om jongeren in pleeggezinnen (zie onderstaande tabel) [3].

Daarnaast is in 2022 als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [4]. Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen (gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld.

Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd [4].

Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen

In het landelijke EXPLORE onderzoek zijn gegevens verzameld over het gebruik van GHB onder jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen [4]. De vragenlijst is in vier JJI afgenomen bij in totaal 110 jongens.

- Geen van de jongeren gaf aan in de afgelopen maand GHB te hebben gebruikt.

Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg

De Amsterdamse Antenne-monitor onderzocht in 2019 het gebruik van GHB onder jongeren in de jeugdzorg. Het ging daarbij om jongeren in zowel de ambulante als de residentiële jeugdzorg als om jongeren in pleeggezinnen (zie onderstaande tabel) [3].

- In 2019 werd in de jeugdzorg in Amsterdam een percentage gevonden van 3% ooitgebruik van GHB [3]. Dat is even veel als in 2012, toen had 3% van de jongeren ooit GHB gebruikt en had 1% in de afgelopen maand nog GHB gebruikt (zie onderstaande tabel) [5]. In 2019 had 4% van de jongeren in de jeugdzorg in de Gooi en de Vechtstreek ooit GHB gebruikt, maar daarbij ging het om slechts één gebruiker [6].
- Zowel in 2016 als in 2017 constateerden jongerenwerkers in Amsterdam dat onder kwetsbare (buurt)jongeren met een migratieachtergrond GHB-gebruik *minder* voorkwam dan onder autochtone kwetsbare (buurt)jongeren [7,8].

Gebruik van GHB in kwetsbare groepen jongeren

	Locatie	Jaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen	Landelijk	2022	18	-	0
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2019	18	3	-
		2012	16	3	1
	Gooi en Vechtstreek	2019	17	4	-

- = Gegevens zijn onbekend. Bronnen: EXPLORE, Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.

Kwetsbare jongeren in de regio

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen van kwetsbare jongeren in diverse regio's van Nederland [1,2]. Deze monitor probeert zicht te krijgen op groepen jongeren waarin sprake is van problematisch drugsgebruik, meervoudige problematiek in de directe, institutionele of sociale omgeving, of het veroorzaken van overlast.

- GHB werd gebruikt in 6 van de 35 groepen, verdeeld over 2 dorpen en 4 steden. In 2 groepen werd GHB gebruikt door 11-25% van de jongeren en in 4 groepen werd GHB gebruikt door 1-10% van de jongeren.
- In 4 van de 6 groepen waarin GHB werd gebruikt, zagen de professionals een afname van het gebruik, in de 2 andere groepen was het gebruik gestabiliseerd.
- Volgens de professionals zijn er groepen die GHB collectief afwijzen, omdat GHB verslavend is.
- Uitgaanders die GHB gebruiken komen meer voor in de Randstad, terwijl de kwetsbare groepen die GHB gebruiken meer voorkomen op het platteland en in de volksbuurten.
- In één groep rapporteren professionals het gebruik van Blue69, dit is een mengsel van GHB, MDMA en amfetamine.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
2. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
3. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
4. Möhle M, Rombouts M, Van Gelder N, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de Justitiële Jeugdinrichtingen: Het EXPLORE-onderzoek 2022. Utrecht: Trimbos-insituut; 2022.
5. Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2012: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2013.
6. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.
7. Nabben T, Luijk SJ, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
8. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.

9.4 Problematisch gebruik

Snel naar:

- Definitie problematisch gebruik van GHB
- Snelle verslaving
- Aantal probleemgebruikers
- Regionale verschillen
- Problematisch gebruik onder specifieke groepen
    - Uitgaanders
    - Swingers
    - MSM
    - Chemsex onder vrouwen

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het problematisch gebruik van GHB op basis van lokale veldonderzoeken, onderzoek onder uitgaanders en andere specifieke groepen.

Gegevens over de omvang van problematisch gebruik van GHB in Nederland zijn niet beschikbaar. Dit komt onder andere doordat het aantal frequente gebruikers van GHB in bevolkingsonderzoeken zoals de LSM-A en het NEMESIS te klein is om betrouwbare schattingen te kunnen maken. Een aantal Nederlandse studies geeft echter wel informatie over indicatoren voor problematisch gebruik, zoals cijfers over de hulpvraag bij de verslavingszorg, het aantal geregistreerde incidenten rond GHB en de mate waarin mensen zelf vinden dat zij te veel of vaak gebruiken, of willen stoppen of minderen (zie ook § 9.6 over hulpvraag en incidenten).

Definitie problematisch gebruik van GHB

De term ‘problematisch gebruik van GHB’ kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie bijlage D). Bij de verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd staat echter het volgende aspect centraal, namelijk een gebruikspatroon van GHB dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen (zie ook § 9.7 over ziekte en sterfte). Gebeurt dit herhaaldelijk, dan kan er sprake zijn van misbruik van GHB. Bij afhankelijkheid van GHB (of 'verslaving') staat controleverlies en hunkering om GHB te blijven gebruiken centraal.

Snelle verslaving

Zelfs bij personen die slechts gedurende een korte periode, bijvoorbeeld enkele weken, frequent GHB hebben gebruikt, kan zich afhankelijkheid ontwikkelen [1–4].

- Vanwege de korte werkingsduur nemen intensieve gebruikers vaak dag en nacht elke twee tot vier uur een dosis GHB om onthoudingsverschijnselen tegen te gaan [1,3,4]. Abrupt stoppen

met GHB kan leiden tot symptomen zoals overvloedig zweten, plotselinge angstaanvallen, en snelle hartslag. De ernst van dit onthoudingssyndroom kan variëren, maar levensbedreigende complicaties zijn beschreven, met delirium, toevallen, verhoogde bloeddruk en hallucinaties [3,5]. De symptomen beginnen doorgaans binnen enkele uren na de laatste inname. Ook kan het gebruik van GHB leiden tot verkeersongelukken [3,6], tot slaapstoornissen [3] en tot cognitieve functiestoornissen [7] (zie ook § 9.7 over ziekte en sterfte).
- Ook in drugsgebruikersruimten is het gebruik van GHB problematisch [8,9]. In vrijwel geen enkele gebruiksruimte wordt het gebruik van GHB toegestaan. In gebruiksruimten waar GHB wel wordt toegestaan, levert GHB de meeste problemen op, met name vanwege het risico op overdosering.

Aantal probleemgebruikers

Cijfers over het aantal probleemgebruikers van GHB in Nederland ontbreken. Het is bijvoorbeeld nog niet mogelijk om op basis van het aantal GHB-cliënten bij de instellingen voor verslavingszorg een schatting te maken voor heel Nederland. Recente gegevens uit de verslavingszorg zijn namelijk nog niet beschikbaar en de problematische gebruikers van GHB zijn niet gelijkmatig verdeeld over Nederland, maar bevinden zich in lokale concentratiegebieden van waaruit het moeilijk generaliseren is naar heel Nederland (zie ook § 9.6 over hulpvraag en incidenten).

- Diverse organisaties op het gebied van uitgaan en verslaving signaleerden in de afgelopen jaren een verandering in de houding van bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ten opzichte van het GHB-gebruik. GHB wordt gezien als een goedkoop alternatief voor alcohol en andere drugs. ‘Out gaan’ (comateuze toestand) wordt door sommige gebruikers gezien als een relatief onschuldig bijeffect van GHB, hoewel er ook signalen zijn over onderlinge kritiek van uitgaanders op ‘out gaan’ en toegenomen bewustwording van het verslavingsrisico (zie § 9.3) [4,9–12].
- Amsterdamse uitgaanders die tegen het gebruik van GHB zijn betitelen GHB als een “*no go*” [13]. Sommige clubs in Amsterdam hebben dan ook een clubverbod ingesteld voor bezoekers die met GHB worden betrapt [5]. Volgens beveiligers is door dit strengere optreden tegen GHB het aantal incidenten door GHB verminderd [5]. Van de cafébezoekers in Amsterdam die in het afgelopen jaar GHB hadden gebruikt, was 9% zelf van mening dat ze te veel of te vaak GHB hadden gebruikt [13].
- Tussen mei en oktober 2014 werden 146 GHB-gebruikers uit Vlaanderen en Nederland ondervraagd [14]. Hun gemiddelde leeftijd was 28 jaar (range: 15-53 jaar), en 72% was man. Het bleek dat 69% van deze GHB-gebruikers minimaal één keer in coma was geraakt. Bijna de helft (48%) was het afgelopen jaar nog in coma geraakt, en 14% in de afgelopen maand. De mediaan van het aantal coma’s lag op 6 coma’s. Ongeveer 10% was al meer dan 100 keer in een coma geraakt.
- Aan herhaaldelijke coma’s door GHB zijn risico’s verbonden, waaronder aantasting van het lange termijn geheugen (zie § 9.7).

Regionale verschillen

Er zijn aanwijzingen dat het probleemgebruik van GHB zich voordoet in verschillende regio’s van Nederland.

- Volgens cijfers van de verslavingszorg (LADIS) deed de GHB-hulpvraag zich in 2007 vooral voor in delen van Noord-Brabant en Friesland. In 2014 had de hulpvraag zich inmiddels verspreid naar regio's in bijna alle provincies. Wel lijken er binnen de provincies typische 'hotspots' te zijn (zie § 9.6 over hulpvraag en incidenten). Recente cijfers zijn echter niet beschikbaar.
- Volgens de Monitor Drugsincidenten (MDI) was in 2020 in de regio's buiten de Randstad het aandeel van de incidenten met GHB hoger dan binnen de Randstad [15] (zie § 9.6 over hulpvraag en incidenten).
- Problematisch GHB-gebruik kwam in 2016 onder andere voor onder de klassieke (heroïne)verslaafden, straatjongeren, uitgaanders, en thuisgebruikers [16,17]. GHB-gebruikende klassieke verslaafden kwamen voor in het hele land, meestal in de meer stedelijke gebieden. Straatjongeren vormden de meerderheid van de GHB-gebruikers in de plattelandsdorpen en delen van de provincies Overijssel, Gelderland, Brabant, Zuid-Holland en Zeeland. Uitgaanders die GHB gebruiken werden door de politie vooral aangetroffen in de stedelijke delen van Overijssel, Gelderland, Noord-Holland en Limburg. Thuisgebruikers van GHB werden door de politie vrijwel uitsluitend in delen van de noordelijke en oostelijke provincies gesignaleerd. Dit wijst erop dat de GHB-markt een lokaal karakter heeft. Wel zijn er signalen in Amsterdam dat, door de coronacrisis, sommige GHB-gebruikers vaker thuis GHB zijn gaan gebruiken [5].

Problematisch gebruik onder specifieke groepen

Uitgaanders

Bijna een kwart (22,3%) van de laatste-jaar-gebruikers van GHB uit het Grote Uitgaansonderzoek 2020 vindt dat hij of zij weleens te veel of te vaak gebruikt (zie ook § 9.3.3). Ruim een kwart (28,0%) wil minderen met het gebruik, en 31,8% wil stoppen met het gebruik van GHB [18]. Hierbij sloten 'willen minderen' of 'willen stoppen' elkaar niet uit, deelnemers konden beide mogelijkheden aangeven.

Swingers

Een speciale groep waarin onder andere GHB-gebruik voorkomt, wordt gevormd door de 'swingers'. Het gaat hier om heteroseksuele paren die seks hebben met andere paren en met singles [19].

- In 2018 vulden 1.005 swingers een online vragenlijst in. Zij waren geworven voor het onderzoek via Nederlandse websites voor swingers. In deze groep van swingers had 44% in de afgelopen zes maanden drugs gebruikt tijdens de seks, 51% van de vrouwen, 44% van de biseksuele mannen, en 39% van de heteroseksuele mannen [19].
- Van de swingers die drugs hadden gebuikt tijdens de seks, gebruikte 92% ecstasy, 76% GHB, en 69% lachgas. Als negatief effect van het gebruik noemden de drugsgebruikende swingers vooral vermoeidheid (53%) en het risico op verslaving en geen seks meer kunnen hebben zonder de drugs (7%) [19]. GHB kan daarmee een ongunstig effect hebben op de 'seksuele gezondheid' [4].

MSM

Ook zijn er gegevens beschikbaar over 558 MSM (mannen die seks hebben met mannen) die in 2018-2019 een Centrum Seksuele Gezondheid (CSG) hadden bezocht in één van negen GGD regio's

verspreid over heel Nederland [20].

- Van deze MSM had ongeveer 40% in de afgelopen zes maanden chemseks gehad. De meest gebruikte chemseks drugs waren daarbij ecstasy/MDMA (34%), GHB/GBL (31%) en ketamine (17%). Van de MSM die chemseks hadden gehad, rapporteerde 23% in een eerdere onderzoeksfase behoefte te hebben aan professionele hulp, het liefst van een deskundige op het terrein van seksuele gezondheid (56%) [21].
- Van de MSM die chemseks hadden, rapporteerde een vijfde ongewenste seksuele ervaringen.

De Antenne Amsterdam signaleerde in 2020 een hardcore gaynetwerk waarin sommige mannen, in het bijzijn van andere mannen, bewust een (niet-dodelijke) overdosis GHB namen [5]. Chemseks in deze groep kan leiden tot gezondheidsproblemen in de vorm van "een overdosis, (geestelijke) afhankelijkheid, depressie, eenzaamheid, angst- en paniekaanvallen, sociaal isolement, psychoses en suïcidale gedachten" [22] (zie ook § 9.7 over ziekte en sterfte).

Chemsex onder vrouwen

Tussen december 2020 en februari 2021 heeft Stichting Mainline een verkennend onderzoek gedaan naar het drugsgebruik onder 77 vrouwen in een seksuele context, 63% was tussen de 20 en 29 jaar [23]. Van deze vrouwen gebruikte 15% vaak drugs tijdens de seks en gebruikte 4% altijd drugs tijdens de seks. De meerderheid kon wel nog zonder drugs van seks genieten. GHB of GBL was door 51% van de vrouwen ooit gebruikt voor de chemseks, 15% gaf aan GHB de eerste voorkeur.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Brunt TM, Van Amsterdam JG, Van den Brink W. GHB, GBL and 1,4-BD addiction. Vol. 20, Curr Pharm Des. 2014. p. 4076–4085.
2. Croes E, Meijer H, Van Dort B, Remmits J, Van Bergeijk S. Factsheet: GHB. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
3. Croes E, Babberich C De Nerée tot, Schürmann L, Nijkamp L. Ontwikkelingen in acute gezondheidsincidenten na GHB-gebruik: Een inventarisatie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
4. Tay E, Lo WKW, Murnion B. Current Insights on the Impact of Gamma-Hydroxybutyrate (GHB) Abuse. Vol. 13, Substance Abuse and Rehabilitation. 2022. p. 13–23.
5. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
6. Van Noorden M, Van Dijken T. GHB-intoxicaties en -onthouding in het algemeen ziekenhuis: Diagnostiek en behandeling. Vol. 10, Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek. 2014. p. 33–44.
7. Van Amsterdam JGC, Brunt TM, McMaster MTB, Niesink R, Van Noorden MS, Van den Brink W. Cognitieve schade door intensief gebruik en overdoses van GHB. Vol. 54, Tijdschrift voor Psychiatrie. 2012. p. 1001–1010.
8. Minnaard M, Peeters T, Ruiten M. GHB maakt meer kapot dan je lief is. Vol. 62, Huisarts en wetenschap. 2019. p. 76–77.
9. Van der Gouwe D, Diender B, Van Gelder N, De Gee A. Recente inzichten in harm reduction voorzieningen in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.

10. Beurmanjer H, Asperslag EM, Oliemeulen L, Goudriaan AE, De Jong CAJ, Schellekens ASA, et al. A Qualitative Approach in Understanding Illness Perception and Treatment Needs in Patients with Gamma Hydroxybutyrate Use Disorder. Vol. 25, European Addiction Research. 2019. p. 248–255.
11. Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2015: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2016.
12. Nabben T, Luijk SJ, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
13. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.
14. Grund JP, De Bruin D, Van Gaalen S. Going knock — Recurrent comatose GHB intoxication in the Netherlands & Flanders (Belgium) [Internet]. Vol. 58, International Journal of Drug Policy. Elsevier; 2018. p. 137–148. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.06.010
15. Schürmann L, Croes E, Vercoulen E, Valkenberg H. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
16. Nabben T, Korf DJ. Drugs in rurale gebieden: GHB-gebruik en -handel op het Nederlandse platteland. Vol. 6, Tijdschrift over Cultuur & Criminaliteit. 2016. p. 59–78.
17. Nabben T, Korf DJ. Politie en GHB-problematiek op het platteland. Apeldoorn: Politie & Wetenschap; 2016.
18. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
19. Evers YJ, Dukers-Muijrers NHTM, Kampman CJG, Van Liere GAFS, Hautvast JLA, Koedijk FDH, et al. Prevalence of drug use during sex among swingers and perceived benefits and risks - a cross-sectional internet survey in the Netherlands. Sexually Transmitted Infections. 2019. p. Epub ahead of print Aug 12 2019.
20. Evers Y, Levels L, Dukers-Muijrers N, Hoebe C, Knoops L, Pelsser S, et al. Chemseks onder MSM: Informatiebrochure voor Centra Seksuele Gezondheid. Heerlen: GGD Zuid Limburg; 2020.
21. Evers YJ, Hoebe CJPA, Dukers-Muijrers NHTM, Kampman CJG, Kuizenga-Wessel S, Shilue D, et al. Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing chemsex – a cross-sectional study in the Netherlands. Vol. 18, Preventive Medicine Reports. 2020. p. 101074.
22. Chiu C, Croes E, Schürmann L. Factsheet: Chemsex. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
23. De Man M. Spannender, langer, en intenser...: Druggebruik onder vrouwen, in een seksuele context. Amsterdam: Mainline; 2021.

9.5 Gebruik: internationale vergelijking

9.5.1 Algemene bevolking

Gegevensbronnen

Er zijn maar weinig monitoringgegevens beschikbaar over het gebruik van GHB onder de algemene bevolking in andere landen. Het EMCDDA rapporteert niet systematisch over het gebruik van GHB [1–3]. Wel zijn enkele gegevens beschikbaar over Noorwegen en Polen. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [4,5]. In Australië is er het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [6]. Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Van invloed is onder andere de leeftijdsgroep.

Vergelijking tussen landen

Onderstaande tabel presenteert gegevens over het gebruik van GHB in Nederland, Noorwegen, Polen, de Verenigde Staten en Australië.

- In 2018 had in Noorwegen 0,3% van de bevolking van 16-64 jaar in het afgelopen jaar GHB gebruikt [1]. In Polen had 0,1% van de bevolking van 15-64 jaar in het afgelopen jaar GHB gebruikt [1]. In Nederland had in 2020 van de bevolking van 15-64 jaar 0,6% GHB gebruikt in het afgelopen jaar.
- In Australië steeg het ooitgebruik van GHB in de bevolking van 14 jaar en ouder van 0,5% in 2004 naar 1,0% in 2016 en in 2019 lag dit percentage ooitgebruik nog steeds op 1,0% [6]. Het gebruik in het afgelopen jaar bleef in deze periode op 0,1% liggen.
- In 2020 had in de Verenigde Staten 0,5% van de volwassenen van 18 jaar en ouder ooit in het leven GHB gebruikt en had 0,1% in het afgelopen jaar GHB gebruikt .

Gebruik van GHB in de algemene bevolking van de Verenigde Staten, Australië, Noorwegen, Polen en Nederland: wisselende leeftijdsgroepen[!]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Verenigde Staten	2020	18+	0,5	0,1
Australië	2019	14+	1	0,1
Noorwegen	2018	16-64	-	0,3
Polen	2018	15-64	-	0,1
Nederland	2020	15-64	2,3	0,6

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. !. 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: SAMHSA, AIHW, EMCDDA, Gezondheidsenquête. Voor de volledige bronvermeldingen: zie onderaan deze pagina.

9.5.2 Jongeren

In de ESPAD-peilingen onder 15- en 16-jarige scholieren in Europa werd in 2015 en 2019 gevraagd naar het ooitgebruik van GHB. De cijfers uit dit Europese onderzoek zijn internationaal beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking [7,8].

- Het gebruik van GHB onder scholieren was laag in 2019. Het (ongewogen) gemiddelde van het ooitgebruik lag in 2019 in 35 onderling vergelijkbare landen op 0,7%. In Nederland lag het ooitgebruik in 2019 met 0,8% rond het Europese gemiddelde. Het ooitgebruik lag met 2,2% het hoogst in Cyprus.
- Ook in 2015 lag het Europese gemiddelde voor het percentage ooitgebruik op afgerond 1% en lag ook het percentage ooitgebruik in Nederland op afgerond 1% [7].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
2. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
3. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
4. SAMHSA. 2020 NSDUH Detailed Tables [Internet]. 2021. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2020-nsduh-detailed-tables
5. SAMHSA. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2021.
6. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2019. Canberra: AIHW; 2020.
7. Kraus L, Leifman H, Vicente J. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. Available from: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
8. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

9.6 Hulpvraag en incidenten

Gegevensbronnen

Chronische GHB-problematiek wordt onder andere gezien en behandeld in de verslavingszorg en in de algemene ziekenhuizen. De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat een schatting van het aantal klinische opnames met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose, maar GHB wordt daarbij niet apart geregistreerd. Zie bijlage B5 voor de meest recente gegevens over de middelen die worden geregistreerd. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) rapporteerde tot en met 2015 over de hulpvraag in de verslavingszorg. De acute hulpvraag wordt geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten (MDI). Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen.

9.6.1 Verslavingszorg

Behandelingen

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen.

- In 2013 is een practice-based behandelprotocol voor detoxificatie met medicinale GHB verschenen en onderzocht [1]. De terugval na detoxificatie is echter groot.
- Onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van *baclofen* (een spierverslapper voor behandeling van spierspasmen) bij de preventie van terugval [2–5].
- Meer in het algemeen valt de behandeling van problematisch GHB-gebruik onder de “Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines” [6]. Al met al concludeert de Multidisciplinaire richtlijn dat intoxicatie door GHB en onthoudingsverschijnselen door GHB-gebruik weliswaar bestreden kunnen worden, maar dat er nog geen specifieke psychologische behandeling kan worden aanbevolen vanwege een gebrek aan voldoende wetenschappelijke kennis hierover. Wel is inmiddels een handreiking ontwikkeld voor terugvalpreventie [7].

Aantal in de verslavingszorg

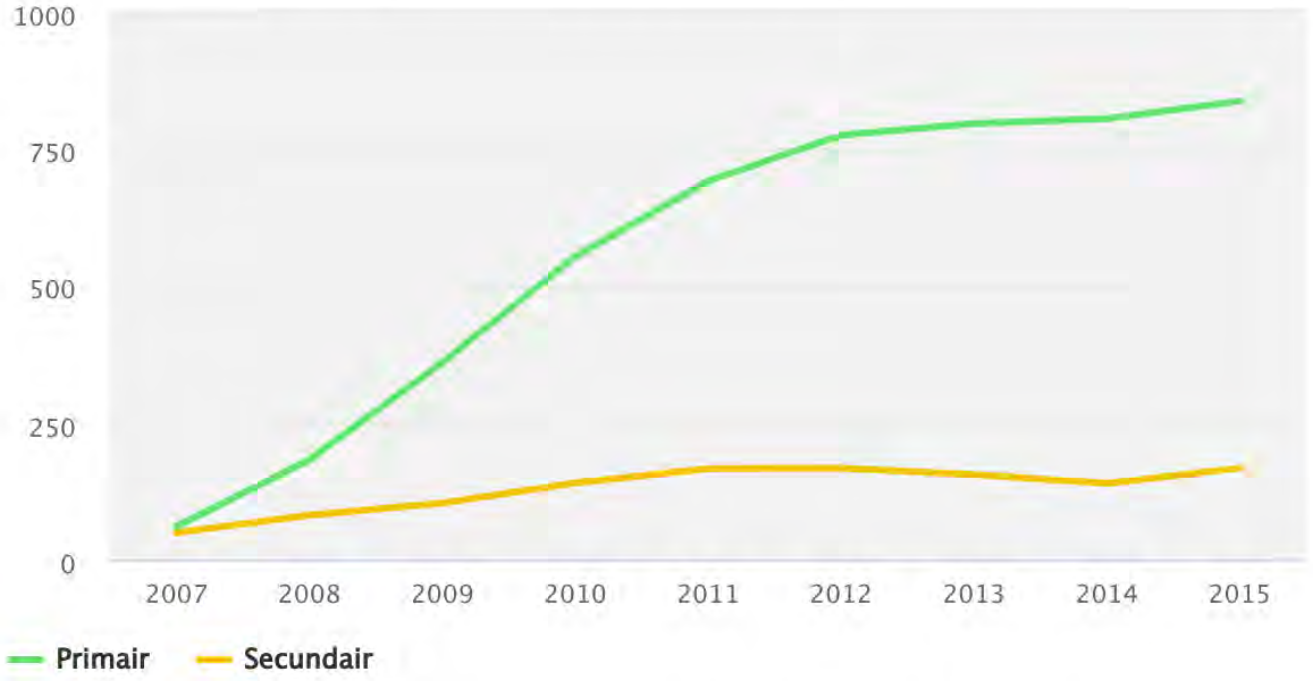
Verslavingszorginstellingen leverden tot en met 2015 gepseudonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) [8]. De meest recente gegevens gaan daardoor over 2015 (zie in bijlage D: Cliënt LADIS). GHB werd pas vanaf 2007 als apart middel geregistreerd in het LADIS.

Let op: Tussen 2015 en 2022 zijn er geen nieuwe gegevens beschikbaar gekomen uit het LADIS (zie bijlage B6: LADIS), omdat deze niet meer verzameld konden worden in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag (een wijziging

van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) geregeld voor het aanleveren van gegevens, waarna de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart kon worden. De ‘pauze’ heeft echter gezorgd voor een onderregistratie, waardoor de gegevens niet volledig zijn.
De Tussenrapportage Kerncijfers Verslavingszorg 2016-2021 geeft een voorlopig beeld van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. In het najaar van 2023 wordt een gedetailleerdere versie van deze rapportage verwacht, aangevuld met de gegevens van 2022. Deze gegevens worden daarom later dit jaar verwerkt in de Nationale Drug Monitor.

- In 2015 werden 837 personen behandeld voor een primaire GHB-problematiek, ongeveer evenveel als in 2014 (zie onderstaand figuur). Dit is inclusief 17 personen in 2015 voor een primaire GBL-problematiek. De eerder gesignaleerde groei van het aantal hulpvragers vanaf 2007 lijkt zich vanaf 2012 te stabiliseren. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire GHB-cliënten van 0,4 in 2007 naar 6 in 2015. Het aandeel van GHB in de verslavingszorg bleef klein, maar steeg van 0,1% in 2007 naar 1% in 2015.
- GHB werd minder vaak als secundaire problematiek genoemd (zie onderstaand figuur). Het aantal secundaire GHB-cliënten steeg tussen 2007 en 2011 en schommelde tussen 2012 en 2015 rond een gemiddelde van 157 secundaire GHB-cliënten.
- Van de 837 primaire GHB-cliënten in 2015 stond er bij 502 cliënten (60%) ook een secundaire problematiek geregistreerd. De secundaire problematiek was er vooral met amfetamine en overige opwekkende middelen (35%), cocaïne of crack (22%), alcohol (15%), cannabis (12%), benzodiazepinen en sedativa (7%), ecstasy (3%), en nicotine (3%).
- In 2015 was ongeveer 1 van de 5 primaire GHB-cliënten (22%) een nieuwkomer. De overige 4 van de 5 primaire GHB-cliënten (78%) stonden al een keer eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.

Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire GHB-problematiek, vanaf 2007



Aantal GHB-cliënten (inclusief GBL). Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

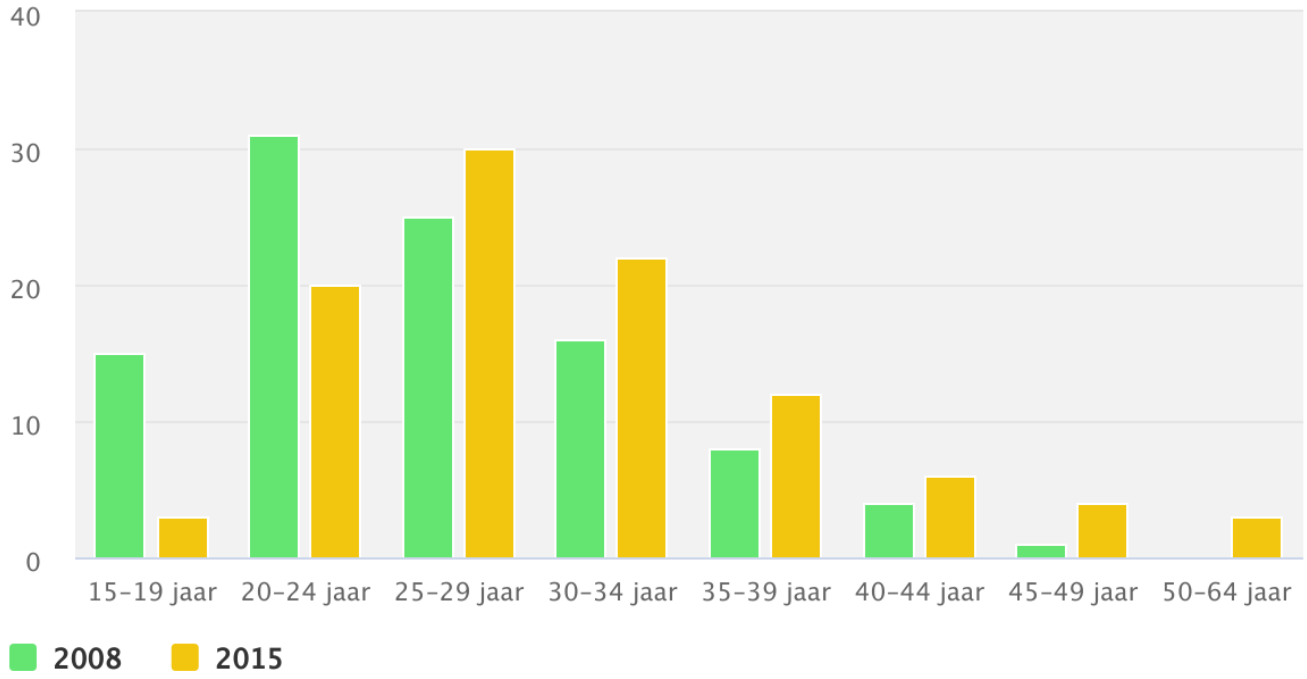
Categories	Primair	Secundair
2007	60	49
2008	182	81
2009	360	103
2010	553	140
2011	691	166
2012	775	167
2013	796	155

Categories	Primair	Secundair
2014	805	139
2015	837	167

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

- Van de primaire GHB-cliënten in 2015 was een meerderheid van 68% man. Hoewel vrouwen in de minderheid waren, is 32% vrouwen een hoog aandeel vergeleken met andere middelen.
- De gemiddelde leeftijd van de primaire GHB-cliënten nam toe van 26 jaar in 2008 naar 30 jaar in 2015 (zie onderstaand figuur). Het aandeel van de cliënten van 25 jaar en ouder steeg in deze periode van 54% naar 77%. Ten dele zal dit het gevolg zijn geweest van de ouder wordende cliënten die, na een terugval, opnieuw voor een probleem met GHB hulp zoeken bij de verslavingszorg.
- De gemiddelde leeftijd waarop de GHB-cliënten voor het eerst GHB gingen gebruiken was 23 jaar in 2012. De gemiddelde startleeftijd 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 [9].
- In 2007 was de GHB-hulpvraag geconcentreerd in delen van Noord-Brabant en Friesland. In 2014 nam de hulpvraag in deze regio’s toe en verspreidde deze zich bovendien naar andere regio’s [10].
- GHB-hulpvragers keren vaak terug in de verslavingszorg en ook duurt hun behandeltraject vaak lang. Van de GHB-cliënten die tussen 2007 en 2009 in behandeling kwamen, had in 2012 meer dan de helft (57%) al meerdere behandeltrajecten doorlopen. Bij 4 van de 5 hulpvragers nam de behandeling meer dan een jaar in beslag [11]. In een vervolgonderzoek werd gekeken naar 596 primaire GHB-cliënten die tussen 2008 en 2011 hun eerste behandeltraject voor een GHB-verslaving waren gestart, en dit eerste traject uiterlijk in 2013 hadden afgerond [12]. Binnen deze periode had 42,8% van de GHB-cliënten al weer een nieuwe behandeling gestart, een hoger percentage dan bij de cocaïnecliënten (28,8%), de opiatencliënten (27,3%), de amfetaminecliënten (24,1%), de alcoholcliënten (21,3%), de cannabiscliënten (20,8%), de ecstasycliënten (18,2%), de gokcliënten (16,7%), en de medicijncliënten (15,8%).
- In 2015 had van de primaire GHB-cliënten 39% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 48% een middelbare opleiding afgerond en had 13% een hogere opleiding afgerond. Het percentage met geen opleiding of met een lagere opleiding lag ongeveer gelijk bij de alcoholcliënten (36%) en de ecstasycliënten (37%) en lag hoger bij de cannabiscliënten (44%), de cocaïnecliënten (48%), de amfetaminecliënten (49%) en de opiatencliënten (55%). (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie bijlage D onder: Cliënt LADIS.)

Leeftijdsverdeling van de primaire GHB-cliënten bij de verslavingszorg, in 2008 en 2015



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

Categories	2008	2015
15-19 jaar	15	3
20-24 jaar	31	20
25-29 jaar	25	30
30-34 jaar	16	22
35-39 jaar	8	12
40-44 jaar	4	6
45-49 jaar	1	4

Categories	2008	2015
50-64 jaar		3

Intramurale detoxificatie

In 2013 is een practice-based behandelprotocol voor detoxificatie met medicinale GHB verschenen en onderzocht [1,13,14]. Het behandelprotocol is gebaseerd op de GHB-monitor van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA). Het NISPA monitort cliënten in de verslavingszorg die een intramurale detoxificatie hebben ondergaan. Deze cliënten krijgen als eerste stap een gecontroleerde afbouw met medicinale GHB, om daarna definitief te stoppen met GHB-gebruik. Zes instellingen voor verslavingszorg participeren in deze monitor.

- In totaal werden 229 patiënten behandeld en gevolgd in het kader van dit onderzoek.
- Van deze groep patiënten was 31% vrouw en was de gemiddelde leeftijd 29 jaar. De meerderheid (97%) had de Nederlandse nationaliteit en de helft was wel eens in aanraking gekomen met politie en justitie.
- 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 begonnen was: 39% thuis, 44% bij vrienden en 42% in het uitgaansleven. Ook gebruikte een meerderheid de GHB uiteindelijk alleen (70%), terwijl dit in het begin van het gebruik nog 32% was.
- Het willen vergeten van problemen was de meest genoemde reden voor het gebruik van GHB en slaapklachten werden door de meeste patiënten genoemd op het moment van hun opname.
- Opvallend veel patiënten hadden, naast hun GHB-verslaving, ook last van andere psychische klachten, zo scoorde 38% van de patiënten boven de drempelwaarde voor depressie, 52% voor angst en 38% voor stress. Vergeleken met een poliklinische groep is dit bovengemiddeld hoog. Bij een geselecteerde groep van 98 GHB-patiënten werden meerdere tests afgenomen [15]. In deze groep had 64% naast de GHB-verslaving nog minimaal één andere psychiatrische stoornis.
- Uiteindelijk is door een afbouwschema met medicinale GHB het ontgiften geslaagd bij 90% van alle patiënten, met een gemiddelde behandelingsduur van 11 dagen en een herstelperiode van nog eens 7 dagen. De terugval is groot. Er vond een follow-up plaats na drie maanden, waaraan 191 patiënten deelnamen. Van deze 191 patiënten bleek 71% alweer in behandeling te zijn voor GHB-gebruik. Een kwart van de 191 patiënten was zelfs direct weer teruggevallen, de rest had

gemiddeld een GHB-vrije periode van ongeveer acht weken voordat ze weer terugvielen. Uit aanvullende interviews met 20 GHB-patiënten blijkt dat de hoge terugval met name te wijten is aan de als positief ervaren effecten van GHB [4,5]. Ook na hun detoxificatie zijn er patiënten die zeer positief naar GHB blijven kijken. Sommigen proberen opnieuw te gaan gebruiken zonder verslaafd te raken en zien 'gecontroleerd gebruik' als het doel van verdere behandeling.

Terugvalpreventie

- Vanwege de grote terugval na detoxificatie van GHB is het NISPA in 2014 een vervolgstudie gestart naar terugvalpreventie met *baclofen*. Dit middel is een spierverslapper die regulier gebruikt wordt bij mensen met multiple sclerose of spasticiteit, maar wordt ook ingezet bij alcohol terugvalpreventie, hoewel er nog geen hard bewijs voor deze toepassing is [16].
- Een experimentele behandelpilot bij 37 patiënten met ondersteuning door *baclofen*, na gecontroleerde afbouw met medicinale GHB, suggereert een mogelijk effect in de vorm van minder zucht naar GHB, minder onrust en minder angst- en stemmingsklachten en minder terugval [3,4].
- Voor een optimale behandeling is het gewenst dat de verslavingszorg de ketenzorg rondom de GHB-patiënten gaat organiseren. Een goede ketenzorg komt neer op "afstemming tussen de verschillende partners die betrokken zijn bij de zorgketen rond GHB-problematiek, zoals verslavingszorginstellingen, politie, ziekenhuizen en gemeenten" [17]. Met andere woorden, het is nodig dat er een "sluitend systeem om een persoon met een verslaving heen gemaakt kan worden, waarin alle benodigde of bij de persoon passende disciplines vertegenwoordigd zijn" [18]. Dit sluitend systeem wordt ook wel het "specialistisch casusoverleg" genoemd, met standaard een vertegenwoordiger van de verslavingszorg, de gemeente, en de politie [19].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. De Weert-Van Oene GH, Schellekens AFA, Dijkstra BAG, Kamal R, De Jong CAJ. Detoxificatie van patiënten met GHB-afhankelijkheid. Vol. 55, Tijdschrift voor Psychiatrie. 2013. p. 885–890.
2. Beurmanjer H, Asperslag EM, Oliemeulen L, Goudriaan AE, De Jong CAJ, Schellekens ASA, et al. A Qualitative Approach in Understanding Illness Perception and Treatment Needs in Patients with Gamma Hydroxybutyrate Use Disorder. Vol. 25, European Addiction Research. 2019. p. 248–255.
3. Beurmanjer H, Kamal RM, De Jong CAJ, Dijkstra BAG, Schellekens AFA. Baclofen to Prevent Relapse in Gamma-Hydroxybutyrate (GHB)-Dependent Patients: A Multicentre, Open-Label, Non-Randomized, Controlled Trial [Internet]. CNS Drugs. Springer International Publishing; 2018. Available from: https://doi.org/10.1007/s40263-018-0516-6
4. Beurmanjer H, Verbrugge CAG, Schellekens AFA, De Jong CAJ, Dijkstra BAG. Behandeling van GHB afhankelijkheid na detoxificatie: Eindrapportage NISPA GHB monitor 2.0. Nijmegen: NISPA; 2016.
5. Beurmanjer H, Asperslag EM, Verbrugge CAG, Schellekens AFA, Oliemeulen LEAP, De Jong CAJ, et al. GHB afhankelijkheid: ziektepercepties en behandelingsbehoeftes. Nijmegen: NISPA Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction; 2016.
6. Hendriks V, Blanken P, Croes E, Schippers G, Schellekens A, Stollenga M, et al. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz; 2018.

7. Joosten E, Hut M, Kiggen B. GHB-terugvalmanagement: Abstract GHB-congres 12 maart 2020: De zorg rondom GHB – Hoe geven wij die vorm? Nijmegen: NISPA; 2020.
8. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2015. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg; 2016.
9. Wisselink DJ, Mol A. GHB hulpvraag in Nederland: Belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor GHB problematiek in de verslavingszorg 2007-2012. Houten: Stichting IVZ; 2013.
10. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2014 [Internet]. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg; 2015. Available from: http://www.ladis.eu/nl/over-ladis/kerncijfers
11. Mol T, Wisselink J, Kuijpers W, Dijkstra B. GHB: recidive op eenzame hoogte. Vol. 10, Verslaving. 2014. p. 69–79.
12. Van Noorden MS, Mol T, Wisselink J, Kuijpers W, Dijkstra BAG. Treatment consumption and treatment re-enrollment in GHB-dependent patients in The Netherlands [Internet]. Vol. 176, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier; 2017. p. 96–101. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.02.026
13. Dijkstra BAG, Kamal R, Van Noorden MS, De Haan H, Loonen AJM, De Jong CAJ. Detoxification with titration and tapering in gamma-hydroxybutyrate (GHB) dependent patients: The Dutch GHB monitor project [Internet]. Vol. 170, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier Ireland Ltd; 2017. p. 164–173. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.11.014
14. Dijkstra B, Van Oort M, Schellekens A, De Haan H, De Jong C. Richtlijn detoxificatie van psychoactieve middelen: Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren; 2017.
15. Kamal RM, Dijkstra BAG, De Weert-Van Oene GH, Van Duren JAM, De Jong CAJ. Psychiatric comorbidity, psychological distress, and quality of life in gamma-hydroxybutyrate-dependent patients [Internet]. Vol. 36, Journal of Addictive Diseases. 2017. p. 72–79. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10550887.2016.1214000
16. Liu J, Wang LN. Baclofen for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2015. p. CD008502.
17. Otte RA, Verbrugge CAG, Dijkstra BAG. Aanbevelingen voor ketenzorg bij GHB-gerelateerde problemen. Nijmegen: NISPA; 2016.
18. Nijkamp L, Lemmers L. Bezieling en bereikbaarheid: De aanpak van drugsproblematiek en GHB-problematiek in het bijzonder in de gemeente Twenterand. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
19. Nijkamp L. Bezieling en bereikbaarheid: Samen werken aan een leven zonder GHB: Een handreiking voor Nederlandse gemeenten ten behoeve van de aanpak van GHB-problematiek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.

9.6.2 Incidenten

In het kort: In 2021 speelde GHB een rol in 25% van de geregistreerde drugsincidenten. Dit percentage is opvallend hoog, gezien het beperkte probleemgebruik van GHB in de algemene bevolking. De GHB-patiënten waren ouder dan de andere drugspatiënten.

Snel naar:

- Monitor Drugsincidenten
- Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
- Internationale vergelijking
- Incidenten seksueel misbruik

Gegevensbronnen

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage B3) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende eerste hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door forensisch artsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) [1]. De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medische professionals over vermoede blootstellingen aan middelen. Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd. Tot slot verzamelt het Euro-DEN Plus project gegevens over drugsgerelateerde spoedgevallen binnen een netwerk van ziekenhuizen in Europa.

Monitor Drugsincidenten

In 2021 werden in totaal 3.984 drugsincidenten geregistreerd [1]. Het gebruik van GHB werd bij 999 (25%) van de incidenten gemeld. In 65% van deze gevallen was GHB de enige gebruikte drug, met of zonder alcohol (monogebruik). Het percentage van 25% is opvallend hoog, gezien het beperkte probleemgebruik van GHB in de algemene bevolking. GHB werd met name gecombineerd met cocaïne (32%), amfetamine (30%), ecstasy (15%) en/of 3/4-MMC (10%).

GHB-incidenten

Naar aanleiding van berichten in de media eind 2018 over een explosieve toename in het aantal GHB-incidenten (met name in Rotterdam, Utrecht, Amsterdam en Nijmegen), heeft het Ministerie van VWS in 2019 het Trimbos-instituut opdracht gegeven deze toename nader te duiden [2].

- Omdat een landelijk dekkende registratie van (GHB-)incidenten ontbreekt, zijn naast analyses

van bestaande registratiegegevens (2009-2018) van de MDI en het LIS, ook enquêtes uitgezet onder medewerkers van de spoedeisende hulp afdelingen van ziekenhuizen in Nederland en onder forensisch artsen, en zijn in signaal- en controleregio's diepte-interviews gehouden met 51 sleutelfiguren.

- Deze 'quick scan' bevestigde de grote regionale variatie in aard en omvang van de GHB-problematiek, maar gaf geen duidelijk beeld van een landelijke toename. Indien deze toename zich wel voordeed, leek zij onderdeel te zijn van een algehele toename in drugsincidenten.
- De volgende conclusie wordt getrokken: "De explosieve toename die door enkele ziekenhuizen werd gemeld kan samenhangen met verschillende factoren, zoals een verschuiving van het aanrijden van de ambulance met GHB-patiënten naar ziekenhuizen in de regio met specifieke GHB-ervaring, de grote indruk die GHB-patiënten achterlaten vanwege het ernstige klinische beeld (dat langer in het geheugen blijft hangen dan mildere intoxicaties), de uitzichtloosheid van een (kleine) groep GHB-gebruikers die recidiverend, soms meerdere keren per week, opnieuw in coma worden binnengebracht en de machteloosheid van SEH-medewerkers om daar verandering in te brengen" [2].

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan het gebruik van GHB

- Ambulances rukken van alle drugsintoxicaties het vaakst uit voor GHB-intoxicaties: in 2021 was één derde van alle drugsritten GHB-gerelateerd (waarvan 74% als enige drug, met of zonder alcohol) [1]. Ook bij ziekenhuizen is de druk op de zorg door GHB-misbruik hoog: in MDI-ziekenhuizen had 26% van de voor drugsintoxicaties behandelde patiënten GHB gebruikt (waarvan 56% als enige drug, met of zonder alcohol), in LIS-ziekenhuizen 23% (waarvan 60% als enige drug, met of zonder alcohol). EHBO-diensten zien relatief de minste GHB-intoxicaties: hier heeft 13% van de patiënten GHB gebruikt (54% monogebruik).
- Incidenten die worden geregistreerd bij de MDI worden ingedeeld naar de mate van intoxicatie (licht, matig of ernstig). In het LIS wordt de mate van intoxicatie niet bijgehouden. De mate van intoxicatie bij GHB-incidenten is, vooral bij patiënten die worden gezien op SEH's en bij ambulancediensten, zeer hoog. In 2021 was bij de SEH's 78% van de patiënten met een GHB-intoxicatie ernstig onder invloed (zie onderstaande tabel), bij de ambulancediensten was dit 76%. Dit aandeel is al jaren stabiel hoog.
- Patiënten raken vaak bewusteloos na het gebruik van GHB ('out gaan'). In 2021 raakte 58% van de patiënten die GHB (als enige drug, met of zonder alcohol) hadden gebruikt (sub-)comateus. Deze bewustzijnsdaling kan soms uren duren. Vaak worden hulpverleners na het ontwaken geconfronteerd met geagiteerde of agressieve patiënten. In 2021 betrof dit twee op de vijf (sub-)comateuze GHB-patiënten; één derde van deze patiënten kreeg een rustgevend middel toegediend.
- Bij 23% van de in 2021 geregistreerde incidenten met GHB als enige gebruikte drug werd ook alcohol gebruikt.
- Patiënten met een GHB-intoxicatie zijn relatief ouder. In 2021 bedroeg de mediane leeftijd van de patiënten met een GHB-intoxicatie 34 jaar. Ter vergelijking, de mediane leeftijd van de patiënten die werden gezien voor een drugsintoxicatie bedroeg 31 jaar.

Incidenten met GHB als enige drug, met of zonder alcohol, geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2021

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	236 (25)	133 (16)	133 (14)	121 (15)	26 (7)
Man (%)*	61	76	73	93	46
Leeftijd: <25 jaar (%)*	10	8	12	8	23
Ook alcohol gebruikt (%)*	24	27	15	28	23
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	6	9	-	50	43
Matig (%)[II]	18	13	-	35	14
Ernstig (%)[III]	76	78	-	15	43

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

Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [3]. Het NVIC registreert het aantal telefonisch gemelde blootstellingen aan diverse middelen en het aantal internet raadplegingen.

- Het aantal telefonisch gemelde blootstellingen aan GHB/GBL daalde van 110 in 2018 naar 78 in 2019 en 72 in 2020 [4]. In 2021 steeg dit aantal weer naar 83 gemelde blootstellingen [3].
- Het aantal internet raadplegingen steeg van 221 in 2018 naar 310 in 2019 en 353 in 2020 [4], maar daalde vervolgens weer naar 342 in 2021 [3]. Van deze internet raadplegingen is niet bekend hoe vaak er daadwerkelijk een vergiftigde patiënt betrokken was; artsen kunnen ook

voor onderwijsdoeleinden de website raadplegen. Desalniettemin is het mogelijk dat artsen vaker informatie via internet zijn gaan opzoeken en minder zijn gaan bellen over GHB/GBL.

Internationale vergelijking

Op Europees niveau werden de drugsgerelateerde incidenten van 2014 tot en met 2017 gemonitord door het European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) [5]. Eind 2018 bestond Euro-DEN uit 31 locaties in 21 landen. Voor Nederland nemen het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam en het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) te Utrecht deel aan het Euro-DEN.

- De mate waarin GHB/GBL een rol speelt in deze incidenten blijkt binnen Europa per regio te verschillen.
- In 2017 speelde GHB/GBL in meer dan 20% van de gevallen een rol in Londen, Barcelona, Tallinn, Helsinki en Oslo.
- In 11 van de 30 steden die deelnamen aan het onderzoek, speelde GHB/GBL in minder dan 2% van de gevallen een rol. Dit gegeven suggereert dat niet alleen binnen Nederland, maar ook binnen Europa, het probleemgebruik van GHB/GBL sterk verschilt per regio.

Incidenten seksueel misbruik

Sinds GHB werd beschreven als ‘uitgaansdrug’ zijn er berichten verschenen over verkrachtingen waarbij GHB werd gebruikt om het slachtoffer te verdoven. Systematische cijfers hierover zijn echter niet voorhanden.

- Een internationale overzichtsstudie heeft geprobeerd te achterhalen bij hoeveel van de wetenschappelijk beschreven verkrachtingsincidenten er sprake was van bewezen GHB-intoxicatie [6]. In 0,2% tot 4% van alle beschreven gevallen van seksueel misbruik werd GHB gedetecteerd.
- 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 werd aangetoond. Ook dient te worden opgemerkt dat door het gebruik van andere drugs dan GHB en door het gebruik van alcohol iemand risico kan lopen op seksueel misbruik.
- Knelpunt bij deze studies is dat GHB betrekkelijk kort detecteerbaar is: maximaal 5 uur in het bloed en 12 uur in de urine [7]. Van de meeste studies is slechts bekend dat het bloed- of urinemonster ‘binnen 24 uur na het incident’ was verzameld. Onderrapportage is dus mogelijk.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Croes E, De-Nerée-tot-Babberich C, Schürmann L, Nijkamp L. Ontwikkelingen in acute gezondheidsincidenten na GHB-gebruik: Een inventarisatie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
3. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Van Velzen AG, Mulder-Spijkerboer HN, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2021: NVIC Rapport

01/2022. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2022.
4. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Van Velzen AG, Mulder-Spijkerboer HN, Visser CC, Dijkman MA, Kan AA, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2020: NVIC Rapport 01/2021. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2021.
5. EMCDDA. Drug-related hospital emergency presentations in Europe: update from the Euro-DEN Plus expert network: Technical report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
6. Németh Z, Kun B, Demetrovics Z. The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review. Vol. 24, Journal of Psychopharmacology. 2010. p. 1281–1287.
7. Verstraete AG. Detection Times of Drugs of Abuse in Blood, Urine, and Oral Fluid. Vol. 26, Therapeutic Drug Monitoring. 2004. p. 200–205.

9.7 Ziekte en sterfte

9.7.1 Ziekte

De dosis-effect relatie van GHB is zeer steil en het verschil in dosis tussen een ‘gewenst’ en een ‘ongewenst’ effect is zeer gering [1]. Er zijn mogelijk (lange termijn) risico’s verbonden aan het herhaaldelijk ‘out gaan’ na GHB-gebruik.

- Door de steile dosis-effect relatie is de kans op overdosering groot. Een overdosis GHB is gevaarlijk omdat de mogelijkheid bestaat dat de ademhaling wordt onderdrukt. Ook kan de gebruiker bewusteloos of zelfs in coma raken. De gevolgen voor de ademhaling kunnen variëren van een milde ademhalingsverstoring tot ademstilstand. De risico’s hierop zijn groter als GHB wordt gebruikt in combinatie met alcohol of andere dempende stoffen zoals benzodiazepinen. Door GHB-gebruik kan ook een catatone stupor ontstaan, waarbij de patiënt bewegingsloos in dezelfde houding blijft liggen en niet meer reageert op externe prikkels [2].
- Tolerantie na frequent gebruik kan er toe leiden dat gebruikers steeds meer consumeren om hetzelfde effect te bereiken. Er komen dan vaker symptomen voor zoals misselijkheid, braken en onrustig en agressief gedrag [3], duizeligheid, te langzame hartslag en onderkoeling. Bij hogere doseringen overheerst een algemeen ziektegevoel [4]. Het soms agressieve gedrag van sommige GHB-gebruikers heeft er helaas toe geleid dat, in sommige gemeenten, geen enkele dakloze GHB-gebruiker meer welkom is in de nachtopvang [5].
- Frequent gebruik van GHB kan snel tot afhankelijkheid leiden. Bij abrupt stopzetten van het GHB-gebruik kunnen ernstige, soms levensbedreigende onthoudingsverschijnselen optreden (zie § 9.4).
- Er zijn inmiddels aanwijzingen gevonden dat herhaaldelijke coma’s door GHB het lange termijn geheugen kunnen aantasten [6]. Ook zijn er aanwijzingen gevonden dat coma’s door GHB leiden tot meer angst, depressie en stress. Bovendien kan door deze coma’s het herkennen van emoties bij anderen verstoord raken [7].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Croes E, Meijer H, Van Dort B, Remmits J, Van Bergeijk S. Factsheet: GHB. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
2. Claussen MC, Hassanpour K, Jenewein J, Boettger S. Catatonic stupor secondary to gamma-hydroxy-butyric acid (GHB)-dependence and -withdrawal syndrome. Vol. 26, Psychiatria Danubina. 2014. p. 358–359.
3. Van Noorden M, Van Dijken T. GHB-intoxicaties en -onthouding in het algemeen ziekenhuis: Diagnostiek en behandeling. Vol. 10, Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek. 2014. p. 33–44.
4. Van Sassenbroeck DK, Calle PA, Rousseau FM, Verstraete AG, Belpaire FM, Monsieurs KG, et al. Medical problems related to recreational drug use at nocturnal dance parties [Internet]. Vol. 10, Eur J Emerg Med. 2003. p. 302–308. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14676509
5. De Graaf P. Al jaren in een tentje in het bos: ghb-verslaafden zijn ‘te gevaarlijk’’ voor de

nachtopvang: Reportage daklozen’ [Internet]. 2019. Available from: https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/al-jaren-in-een-tentje-in-het-bos-ghb-verslaafden-zijn-te-gevaarlijk-voor-de-nachtopvang~b11686ed/.

6. Raposo Pereira F, McMaster MTB, Polderman N, De Vries YDAT, Van den Brink W, Van Wingen GA. Adverse effects of GHB-induced coma on long-term memory and related brain function [Internet]. Vol. 190, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier; 2018. p. 29–36. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.019
7. Raposo Pereira F, McMaster MTB, De Vries YDAT, Polderman N, Van Den Brink W, Van Wingen GA. Influence of Gamma-Hydroxybutyric Acid-Use and Gamma-Hydroxybutyric Acid-Induced Coma on Affect and the Affective Network. Vol. 25, European Addiction Research. 2019. p. 173–181.

9.7.2 Sterfte

In het kort: Het aantal overlijdens dat kan worden toegeschreven aan GHB is onbekend. In 2021 stond GHB vijf maal vermeld op een doodsoorzakenformulier in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS.

GHB moeilijk vast te stellen

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. Afgezien daarvan zegt de aanwezigheid van GHB niet alles, omdat er grote verschillen in tolerantie kunnen zijn. Ook kan GHB na het overlijden in het lichaam zelf worden gevormd, ook als er geen GHB werd gebruikt. Door al deze factoren kan de bijdrage van het GHB-gebruik aan het overlijden moeilijk vast te stellen zijn.

Doodsoorzakenstatistiek van het CBS

Een andere complicerende factor is dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS geen specifieke ICD-10 code kent waarmee GHB-sterfgevallen kunnen worden geregistreerd (zie ook bijlage B4 voor overige knelpunten in de registratie van de drugsgerelateerde sterfte). Wel kan GHB zijn vermeld op de oorspronkelijke doodsoorzakenformulieren bij het CBS. Aanvullende informatie zal op termijn beschikbaar komen uit een Speciaal Register met forensische gegevens [1].

- Het aantal doodsoorzakenformulieren waarop GHB vermeld stond, was van 2013 tot en met 2021 achtereenvolgens 8, 4, 7, 9, 9, 7, 2, 5, en nogmaals 5 doodsoorzakenformulieren. Onbekend is of GHB bij deze geregistreerde gevallen de directe oorzaak was van het overlijden, of indirect heeft bijgedragen aan het overlijden.

MDI en LIS

Behalve in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS, wordt een deel van de drugsgerelateerde sterftegevallen ook zichtbaar in de Monitor drugsincidenten (MDI) en in het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL. De MDI baseert zich op gegevens van ambulancediensten, ziekenhuizen, en politieartsen in 8 regio’s van Nederland en enkele landelijke EHBO-organisaties, terwijl de gegevens van het LIS afkomstig zijn van 14 afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) van enkele ziekenhuizen [2].

- In 2020 werden 20 patiënten geregistreerd die vermoedelijk direct of indirect waren overleden aan de acute gevolgen van drugsgebruik [2]. Van hen kwamen er 12 te overlijden na het gebruik van meerdere drugs, waarbij in 1 geval onder andere GHB een rol had gespeeld. Daarnaast was 1 patiënt overleden na het gebruik van GHB als enige drug [2]. In 2021 werden 13 sterfgevallen door drugs geregistreerd [3]. In 2 gevallen was GHB gebruikt.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. 1.

Vercoulen E, Ceelen M, Dorn T, Buster M, Croes E, Van Laar M. Drugsgerelateerde sterfte in beeld: Onderzoek naar de praktijk van de detectie en registratie van drugsgerelateerde sterfte en ontwikkeling van een blauwdruk voor een speciaal register. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/GGD Amsterdam; 2021.

2. 2.
Schürmann L, Croes E, Vercoulen E, Valkenberg H. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.

3. 3.
Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.

9.8 Aanbod en markt

In het kort: GHB wordt vaak verkocht in een forse dosering.

9.8.1 Samenstelling

Gegevensbronnen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de consumentenmarkt van illegale drugs [1]. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Vloeistoffen, waaronder GHB en GBL, worden naar het lab verstuurd ter analyse, of getest met de FT-IR. Het blijkt dat GHB doorgaans verkocht wordt in hoge doseringen, hetgeen een extra risico vormt vanwege de smalle veiligheidsmarge van GHB.

Onderstaande tabel toont het aantal monsters met GHB van 2011 tot en met 2021.

- Van de 128 als GHB gekochte monsters die in 2021 werden aangeleverd, zijn er 123 door het DIMS getest. Hiervan bevatte 90,2% ook daadwerkelijk GHB.
- De vloeistoffen die inderdaad GHB bevatten en ook werden verkocht als GHB, bevatten gemiddeld 459,4 milligram GHB per milliliter vloeistof. GHB wordt vaak verkocht in buisjes van 5 milliliter, wat bij deze concentratie overeen zou komen met gemiddeld meer dan twee gram GHB per buisje. Voor de meeste mensen is dit een forse dosering. Vanwege de smalle veiligheidsmarge van GHB vormt dit een extra risico [2].
- Een GHB-analyse is lange tijd een relatief dure analyse geweest, die daarom beperkt is gedaan. Sinds de introductie van de FT-IR methode voor GHB eind 2017 is de testcapaciteit uitgebreid, waardoor het aantal monsters iets is toegenomen.
- Hoewel GHB als zuivere vloeistof het vaakst wordt aangeleverd bij het DIMS, komt het ook steeds vaker voor dat GHB in een vloeibare mix met andere drugs wordt aangeleverd. Zo is in 2021 GHB 26 maal aangetroffen in monsters die verkocht waren als Blue 69, een mix van amfetamine, MDMA en GHB. Omdat dit een ander middel betreft, zijn de GHB-concentraties van deze vloeistoffen niet meegenomen in de bovengenoemde gemiddelde concentratie van vloeistoffen die verkocht zijn als (alleen) GHB. GHB-concentraties in mengsels zoals Blue 69 zijn doorgaans lager.

Aantal monsters aangeleverd als GHB, 2011-2021

	2011	2012	2013[I]	2014[I]	2015	2016	2017	2018	2019	2020[I][I]	2021[II]
Totaal aantal bij DIMS aangeleverde monsters	9.259	9.284	10.120	10.456	11.825	11.098	11.961	12.624	17.217	8.078	10.302
GHB	165	172	47	47	76	93	129	146	147	135	128

Aantal monsters. I. DIMS heeft in 2013 en 2014 minder GHB/GBL monsters geanalyseerd vanwege stabiele uitkomsten en capaciteitslimiet. II. Het totaal aantal bij DIMS aangeleverde monsters lag in 2020 en 2021 lager vanwege de coronacrisis, doordat sommige inleverpunten gesloten waren en het uitgaansleven werd beperkt. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. Risicoschatting gamma-hydroxyboterzuur 2011. Bilthoven: CAM; 2011.

9.8.2 Prijs

De Amsterdamse Antenne-monitor en het landelijke DIMS geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een enkele dosis GHB, een kwart liter, een halve liter, of een hele liter van dit middel. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de prijsontwikkeling vanaf 2011. In 2013 en 2014 waren de gegevens over de prijzen van GHB uit het DIMS niet beschikbaar vanwege een te laag aantal ingeleverde GHB-monsters. Ook voor 2018, 2019 en 2020 zijn deze gegevens niet beschikbaar uit het DIMS [1]. De prijs voor GHB is lastig uit de DIMS data te halen, doordat het lastig is om op het huidige vragenformulier aan te geven voor welke hoeveelheid GHB de desbetreffende prijs is betaald. De prijzen in Amsterdam zijn daarbij mogelijk niet representatief voor de prijzen in de rest van Nederland.

- In 2014 vond er in Amsterdam een stijging plaats in de prijs van GHB (zie onderstaande tabel). De prijs voor een hele liter GHB verdubbelde in Amsterdam bijna tussen 2011 en 2014 [2]. Tussen 2015 en 2016 steeg in Amsterdam de prijs voor een liter GHB verder van tussen de 100 en 130 euro naar (in de meest gangbare prijsklasse) tussen de 140 en 150 euro [3]. In 2017 stabiliseerde de prijs voor een liter GHB op tussen de 125 en 150 euro [4].
- In 2018 leken de prijzen voor GHB weer terug op het niveau van 2010, met tussen de 25 en 45 euro voor een kwart liter GHB en tussen de 50 en 75 euro voor een halve liter GHB [5]. In 2019 stabiliseerden de prijzen voor GHB in de meest gangbare prijsklassen op 40 euro voor een kwart liter, 70 euro voor een halve liter, en 100 euro voor een hele liter [6].

Prijsontwikkeling in euro's[1] van verschillende hoeveelheden GHB volgens de Amsterdamse Antenne-monitor en het landelijke DIMS, 2011-2020

Bron	Hoeveelheid	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Amsterdamse Antenne-monitor	1 dosis van 5 milliliter	05-10 (5)	05-10 (5)	-	-	-	-	-	-
	kwart liter	25-45	25-45	25-45 (30-40)	35-60 (45-50)	daling van 50 naar 35-40	35-60 (35-40)	35-50	25-45
	halve liter	45-75	40-75	-	-	70-80	70-90 (70-80)	70-90	50-75
	hele liter	ongeveer 100	80-125	80-125	200	100-130	125-150 (140-150)	125-150	
Landelijke DIMS	1 dosis van 5 milliliter	6	4	-	-	4	5	5	-
	hele liter	-	50-180 mediaan 120	-	-	-	-	-	-

1. Tussen haakjes de meest gangbare prijsklasse. - = Gegevens (nog) niet beschikbaar. Bronnen: Antenne 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; DIMS, Trimbos-instituut.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2020 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2014: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2015.

3. Nabben T, Luijk SJ, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
4. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.
5. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.
6. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.

9.8.3 Wijze van verkrijgen

GHB kan worden gekocht van een dealer, via internet of kan zelf thuis worden bereid uit grondstoffen volgens recepten die op internet staan.

- In 2015 heeft de Amsterdamse Antenne-monitor onder coffeeshopbezoekers die GHB gebruiken nagevraagd hoe zij aan de GHB komen (Nabben et al., 2016). Van de coffeeshopbezoekers die het afgelopen jaar nog GHB hadden gebruikt, had 33% de GHB gekocht in het uitgaansleven, had 11% het gekocht van een 06-dealer, 11% van een dealer thuis en had 11% de GHB zelf gemaakt.
- In het voorafgaande (zie § 9.3) werd reeds gewezen op de survey die in 2014 werd gehouden onder 78 ervaren GHB-gebruikers (Nabben & Korf, 2016b). Onder deze ervaren GHB-gebruikers is nagevraagd hoe zij doorgaans aan de GHB komen. De GHB werd vaak of altijd gekocht door 32% van de ervaren gebruikers, 23% kreeg het vaak of altijd van anderen, 13% maakte het vaak of altijd zelf, maar niemand van de ervaren gebruikers bestelde de GHB vaak of altijd via internet (0%).
- Volgens de Amsterdamse Antenne-monitor was in 2019 de grondstof GBL moeilijker te verkrijgen via het internet. De panelleden van de Antenne-monitor “denken dat er daarom vaker kant-en-klare GHB wordt besteld bij een bezorgdienst” (Nabben & Benschop, 2020).

Justitiële gegevens

In hoofdstuk 16 worden justitiële gegevens gerapporteerd over de markt voor GHB.

- Voor de inbeslagnames van GHB, zie § 16.3.

💊 Slaap- en kalmeringsmiddelen

10.0 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en cijfers over slaap- en kalmeringsmiddelen in dit hoofdstuk zijn:

- COVID-19 en de coronamaatregelen hebben verschillende effecten gehad op het gebruik van benzodiazepinen door sommige uitgaanders en het oneigenlijk gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen door studenten. Sommige uitgaanders zijn minder gaan gebruiken, maar andere uitgaanders zijn juist meer gaan gebruiken. Degenen die meer zijn gaan gebruiken, zijn in een online steekproef van de Global Drug Survey echter in de meerderheid, vergeleken met hen die in deze online steekproef minder zijn gaan gebruiken. Ook studenten die vaker oneigenlijk waren gaan gebruiken, waren in de meerderheid vergeleken met studenten die minder vaak oneigenlijk waren gaan gebruiken. Tijdens de coronapandemie werden weliswaar door de huisartsen meer benzodiazepinen en antidepressiva voorgeschreven, maar er zijn niet meer gebruikers bijgekomen (zie § 10.1.2).
- In 2020 had 9,3% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt (§ 10.2).
- Het percentage laatste-jaar-gebruikers lag in 2020 hoger onder vrouwen en onder laagopgeleiden (§ 10.2).
- In 2020 had 3,2% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar (ook) zonder recept slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.
- In 2021 had 4,6% van de studenten van het HBO en de universiteit in het afgelopen jaar zonder recept slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.
- Er zijn indicaties dat, van de gebruikers van slaapmedicatie, 62% langer dan twee jaar deze middelen had gebruikt (§ 10.4).
- In 2019 is het aantal verstrekkingen van benzodiazepinen opnieuw gedaald (§ 10.2).
- Het percentage 15-16-jarige scholieren dat ooit slaap- of kalmeringsmiddelen had gebruikt, met of zonder recept van een arts, lag in 2019 in Nederland boven het Europees gemiddelde (§ 10.5).
- Het aantal hoofddiagnoses voor de patiënten die tussen 2015 en 2018 in de algemene ziekenhuizen werden opgenomen voor een probleem met slaap- of kalmeringsmiddelen, daalde van 2.090 in 2015 naar 2.000 in 2018 (§ 10.6).
- Tussen 2013 en 2016 is het aantal sterfgevallen door slaap- en kalmeringsmiddelen gestegen, tussen 2016 en 2020 vond er weer een daling plaats. Het gaat hier voornamelijk om suïcide met benzodiazepinen en barbituraten; de aantallen zijn echter relatief klein (§ 10.7).
- De vergoeding van benzodiazepinen via de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt. Vermoedelijk is in samenhang hiermee het aantal gebruikers van benzodiazepinen gedaald (§ 10.2, § 10.8).

10.1 Over Slaap- en kalmeringsmiddelen (en corona)

10.1.1 Over slaap- en kalmeringsmiddelen

Medisch en niet-medisch gebruik

Dit hoofdstuk gaat over slaap- en kalmeringsmiddelen. Diverse ‘psychoactieve’ medicijnen kunnen bij verkeerd gebruik leiden tot verslaving, ziekte en sterfte. Ook kunnen deze middelen gebruikt worden om suïcide te plegen. In de Opiumwet is geregeld hoe apothekers moeten omgaan met recepten voor medicijnen die in de Opiumwet staan, en hoe ze moeten omgaan met de medicijnen zelf. Daarmee bestaat in Nederland in principe de mogelijkheid om na te gaan of er niet-medisch gebruik plaatsvindt. Worden slaap- en kalmeringsmiddelen niet gebruikt volgens de medische richtlijnen, dan is er sprake van ‘oneigenlijk gebruik’. De capaciteit om oneigenlijk gebruik op te sporen is echter beperkt.

Soorten slaap- en kalmeringsmiddelen

Het merendeel van de slaap- en kalmeringsmiddelen behoort tot de groep van de benzodiazepinen. Andere, minder vaak voorgeschreven middelen zijn de slaapmiddelen zopiclon en zolpidem en het kalmeringsmiddel buspiron. De benzodiazepinen 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, paniekstoornissen 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.

Nieuwe benzodiazepinen

Het EMCDDA signaleert in haar laatste jaarrapport een mogelijke opmars van nieuwe psychoactieve stoffen die tot de klasse van de benzodiazepinen behoren zoals etizolam en flualprazolam. Deze benzodiazepinen vallen nog niet onder de internationale wetgeving over drugs (zie ook hoofdstuk 8 over NPS). Sommige hiervan worden verkocht als valse versies van vaak voorgeschreven geneesmiddelen voor angststoornissen zoals alprazolam (Xanax) en diazepam. De verkoop hiervan verloopt deels via de bestaande distributienetwerken op de illegale drugsmarkt. Ook worden deze benzodiazepinen online verkocht, soms onder hun eigen naam, of worden ze op de markt gebracht als ‘wettelijke’ versies van toegelaten geneesmiddelen [1]. Zie ook § 10.8 met de gegevens uit het Meldpunt Nieuwe Drugs (MND).

Risico’s

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). Een manier om te gebruiken zonder eigen recept is het ‘meesnoepen’ op het recept van een partner [2]. 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 [3]. Aan het gebruik van benzodiazepinen in combinatie met opiaten zijn eveneens specifieke risico's verbonden, vooral als het gaat om het gebruik van nieuwe benzodiazepinen die (nog) niet als medicijn zijn erkend [4]. Voor zover over deze risico's gegevens beschikbaar zijn, zullen deze in dit hoofdstuk worden gerapporteerd.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
2. Barendregt C, De Wit N, Van Straaten B, Rodenburg G. Motiverend aan de slag met benzoreductie: Een pilotstudie naar de toepasbaarheid van een samengestelde interventie ter vermindering van chronisch benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk. Rotterdam: IVO; 2017.
3. Baggio S, Deline S, Studer J, N'Goran A, Mohler-Kuo M, Daeppen JB, et al. Concurrent Versus Simultaneous Use of Alcohol and Non-Medical Use of Prescription Drugs: Is Simultaneous Use Worse for Mental, Social, and Health Issues? Vol. 46, Journal of Psychoactive Drugs. 2014. p. 334–339.
4. Boggis JS, Feder K. Trends in and correlates of tranquilizer misuse among adults who misuse opioids in the United States, 2002–2014 [Internet]. Vol. 198, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier; 2019. p. 158–161. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.014

10.1.2 Effect van de coronamaatregelen op het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen

Er zijn verschillende onderzoeken en monitors die een beeld geven van het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen tijdens de coronapandemie [1–5]. Er zijn daarbij geen gegevens beschikbaar over de invloed van de coronacrisis op het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen uit een representatieve steekproef van de algemene bevolking (zie § 10.2.1). In de Middelenmonitor MBO-HBO [6] en in het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) [7] is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen niet onderzocht.

In deze paragraaf vatten wij enkele gegevens samen uit specifieke studies naar de impact van de coronacrisis op het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen. De coronamaatregelen hebben verschillende effecten gehad op het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen. Sommigen zijn minder gaan gebruiken, maar anderen zijn juist meer gaan gebruiken. Het effect is echter alleen onderzocht onder studenten [5] uitgaande jongeren en jongvolwassenen [1,2] en drugsgebruikers in Amsterdam [3], waarbij de steekproeven niet volledig representatief zijn voor de doelgroepen van het onderzoek. Om deze redenen dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd. De resultaten worden samengevat in de tabel onderaan deze pagina. Het algemene beeld is dat het percentage dat meer was gaan gebruiken, hoger ligt dan het percentage dat minder was gaan gebruiken.

Studenten in Nederland

De Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs onderzocht in 2021 voor het eerst de mentale gezondheid en het middelengebruik onder studenten in het Hoger Beroepsonderwijs (HBO) en het wetenschappelijke onderwijs (universiteit) [5]. Het gaat om een landelijk onderzoek waaraan 28.442 studenten deelnamen, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs. Studenten werden ook bevraagd over de verandering in hun oneigenlijk gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen ten gevolge van de coronapandemie. Oneigenlijk gebruik is daarbij het gebruik zonder recept van een arts. De meeste studenten (89%) gaven aan dat de vraag voor hen niet van toepassing was, vermoedelijk omdat zij geen oneigenlijk gebruik hadden gemaakt van slaap- of kalmeringsmiddelen. Van de overige studenten gaf 20% aan meer slaap- of kalmeringsmiddelen oneigenlijk te zijn gaan gebruiken, 9% minder en bij 71% was er geen verandering [5].

Uitgaanders in Nederland

Op 4 mei 2020 startte de Global Drug Survey (GDS) een online onderzoek naar de impact van corona op het gebruik van alcohol, drugs en benzodiazepinen [1,2]. De eerste resultaten werden gepubliceerd op 2 juni 2020. Er deden meer dan 40.000 respondenten mee aan dit wereldwijde internationale onderzoek, waarvan 3.300 uit Nederland.

- Voor Nederland werd gevonden dat onder de laatste-jaar-gebruikers van benzodiazepinen het aantal dagen waarop men benzodiazepinen gebruikte was gedaald bij 15,8%, gelijk gebleven bij 47,5%, en gestegen bij 36,7% van de gebruikers.
- De drie belangrijkste redenen om meer te gaan gebruiken (voor alle respondenten) waren achtereenvolgens: meer stress en angst over wat er allemaal gebeurt (63,2%), zich depressief

voelen (42,7%), en zich meer eenzaam voelen (29,1%).

Gebruikers van psychofarmaca

Het Nivel (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg) onderzocht het voorschrijfgedrag van huisartsen op een representatieve steekproef van 350 huisartspraktijken. Er werd gevonden dat in de week van 16 maart 2020 de huisartsen meer psychofarmaca (benzodiazepinen en antidepressiva) hadden voorgeschreven dan in de weken daarvoor [4]. Echter: “Dit duidt op een ‘hamstereffect’: mensen zijn de medicijnen voor alle zekerheid gaan inslaan. Daarna daalde het aantal voorschriften weer. De voorschrijfpiek viel in de week dat de scholen dicht gingen en de regering mensen opriep zo veel mogelijk thuis te werken” [4]. Het Nivel concludeert hieruit: “Al met al heeft de coronapandemie tot nu toe niet geleid tot een stijging in het aantal patiënten die een antidepressivum of een benzodiazepine voorgeschreven krijgen” [4].

Samenvatting van resultaten van onderzoek naar de impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen

Doelgroep	Monitor/Instelling	Leeftijd Methode Aantal respondenten	Periode	Maat
Jongvolwassenen	Global Drug Survey	-mediaan 24 jaar -online vragenlijst -3.300 Nederlandse respondenten	4 mei tot en met 2 juni 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen waarop men benzodiazepinen gebruikte in een gemiddelde week) onder laatste-jaar-gebruikers
Studenten	Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs	-16 jaar en ouder -online vragenlijst -28.442 respondenten	maart 2021 tot en met half mei 2021	Verandering in mate van oneigenlijk gebruik (minder, niet veranderd, meer) ten tijde van invullen vragenlijst ten opzichte van voor corona

Vanwege verschillen in de methoden en steekproeftrekkingen dienen de resultaten voorzichtig te

worden geïnterpreteerd.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Globaldrugsurvey.com. GDS 2020: Global Drug Survey Special Edition on COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: https://www.globaldrugsurvey.com/global-drug-survey-special-edition-on-covid-19/.
2. Globaldrugsurvey.com. GDS special edition on Covid-19 interim report global 02/06/2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/themes/globaldrugsurvey/assets/GDS_COVID-19-GLOBAL_Interim Report-FINAL.pdf.
3. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
4. Hek K, Weesie Y, Lambooij A, Hendriksen J, Hooiveld M, Korevaar J, et al. Voorschrijven van psychofarmaca door de huisarts tijdens de coronapandemie: Geneesmiddelenmonitor in coronatijd: Week 2-24 (6 januari - 12 juni 2020). Utrecht: Nivel; 2020.
5. Dopmeijer JM, Nuijen J, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs: Deelrapport II: Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021.
6. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
7. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar M. Factsheet: Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.

10.2 Gebruik algemene bevolking

10.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: In 2020 had bijna een tiende van de volwassen Nederlanders (9,3%) in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt. In het afgelopen jaar had 3,2% (ook) zonder recept slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.

Snel naar:

- Kerncijfers 2020
- Trends in het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor, die in 2016, 2018 en 2020 is uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De LSM-A is een onderzoek dat parallel loopt aan de Gezondheidsenquête en dieper ingaat op het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen (bijlage A1 en A2). In 2020 zijn er geplande en ongeplande wijzigingen in de dataverzameling van de LSM-A geweest, zie hiervoor bijlage A2.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in de algemene bevolking. Het gaat hier voornamelijk om benzodiazepinen, waarvoor huisartsen waarschuwen deze niet te lang te gebruiken vanwege het risico op verslaving en valincidenten (zie ook § 10.4). Op basis van de cijfers uit de Gezondheidsenquête kunnen echter geen uitspraken worden gedaan over het effect van de coronapandemie op het gebruik. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2020 verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2019. Meer informatie over de impact van de coronapandemie op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen is te vinden in § 10.1.2

Kerncijfers 2020

Ongeveer een vijfde van de bevolking van 18 jaar en ouder rapporteerde in 2020 ooit in het leven wel eens slaap- of kalmeringsmiddelen te hebben gebruikt (19,5%). Bijna een tiende van de volwassenen deed dit nog in het afgelopen jaar (9,3%). In het laatste jaar had 3,2% (ook) zonder recept slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt (zie onderstaande tabel). Dit komt neer op 2,65 miljoen volwassen Nederlanders die ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt hebben en 1,26 miljoen die dat het afgelopen jaar nog deden. Ongeveer 410 duizend volwassen Nederlanders gebruikten het afgelopen jaar (ook) zonder recept.

Percentage en aantal gebruikers van slaap- of kalmeringsmiddelen en gebruik (ook) zonder recept in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2020

	Totaal (%)	Man (%)	Vrouw (%)	Aantal (afgerond op 10.000)[I]	Aantal (95% Betrouwbaarheidsinterval)[I]
Gebruik slaap- of kalmeringsmiddelen					
Ooit	19,5	14,9	24,0	2.650.000	2.530.000-2.780.000
Laatste jaar	9,3	6,3	12,1	1.260.000	1.170.000-1.350.000
Laatste maand	5,6	3,6	7,7	770.000	690.000-840.000
Gebruik slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept					
Laatste jaar	3,2	2,5	3,9	440.000	380.000-490.000
Laatste maand	1,6	1,2	2,0	220.000	180.000-260.000

Percentage gebruikers van slaap- of kalmeringsmiddelen ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand, en percentage gebruikers (ook) zonder recept in het laatste jaar en de laatste maand. I. Het geschatte aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat slaap- of kalmeringsmiddelen heeft gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos-instituut, in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

Trends in het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen

In 2016, 2018 en 2020 is het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen gemeten in de tweejaarlijkse LSM-A (zie bijlage A2).

- In de bevolking van 18 jaar en ouder daalde tussen 2016 en 2020 het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in lichte mate. Het ooitgebruik daalde in deze periode statistisch significant van 21,0% naar 19,5%, het laatste-jaar-gebruik daalde van 10,5% naar 9,3%, en het laatste-maand-gebruik daalde van 6,4% naar 5,6%.
- Deze trend komt overeen met de daling in het aantal verstrekkingen van slaap- en kalmeringsmiddelen. Volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) daalde in 2019 het aantal verstrekte benzodiazepinen met 4,3% [1] (zie § 10.2.3).
- Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept (zie bovenstaande tabel) bleef in de gehele bevolking op hetzelfde niveau. Dit betekent dus dat met name het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen op voorschrift is afgenomen.
- Binnen de groep mensen die slaap- en kalmeringsmiddelen neemt, is het percentage mensen dat dat doet (ook) zonder doktersrecept dus toegenomen: van 29,8% in 2018 naar 34,7% in 2020. Deze stijging was het grootst onder mannen en laagopgeleiden (zie ook § 10.2.2).

Bronnen

1. SFK. Sterke afname gebruik benzodiazepinen: 29 oktober 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20201101020332/https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2020/sterke-afname-gebruik-benzodiazepinen.

10.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Het percentage laatste-jaar-gebruikers lag in 2020 hoger onder vrouwen en onder laagopgeleiden.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Migratieachtergrond
- Stedelijkheid
- Frequentie van gebruik

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor, die in 2016, 2018 en 2020 is uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De LSM-A is een onderzoek dat parallel loopt aan de Gezondheidsenquête en dieper ingaat op het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen (bijlage A1 en A2). In 2020 zijn er geplande en ongeplande wijzigingen in de dataverzameling van de LSM-A geweest, zie hiervoor bijlage A2.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in de algemene bevolking. Het gaat hier voornamelijk om benzodiazepinen, waarvoor huisartsen waarschuwen deze niet te lang te gebruiken vanwege het risico op verslaving en valincidenten (zie ook § 10.4). Op basis van de cijfers uit de Gezondheidsenquête kunnen echter geen uitspraken worden gedaan over het effect van de coronapandemie op het gebruik. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2020 verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2019. Meer informatie over de impact van de coronapandemie op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen is te vinden in § 10.1.2

De cijfers over het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid.

Geslacht

Anders dan bij het alcohol- en drugsgebruik, ligt het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen hoger onder vrouwen dan onder mannen.

- In 2020 had van de vrouwen van 18 jaar en ouder 24,0% ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, vergeleken met 14,9% van de mannen. Het gebruik in het afgelopen jaar lag bij de vrouwen op 12,1% en bij de mannen op 6,3% (zie onderstaande tabel).
- Dat vrouwen vaker gebruiken dan mannen, geldt eveneens voor het gebruik (ook) zonder recept. Hier lag het gebruik in het afgelopen jaar bij de vrouwen op 3,9% en bij de mannen op 2,5%.
- Binnen de groep laatste-jaar-gebruikers is het gebruik van de medicijnen zonder doktersrecept toegenomen onder mannen van 31,0% naar 40,0%.

Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2020

Man	14,9	6,3
Vrouw	24,0	12,1

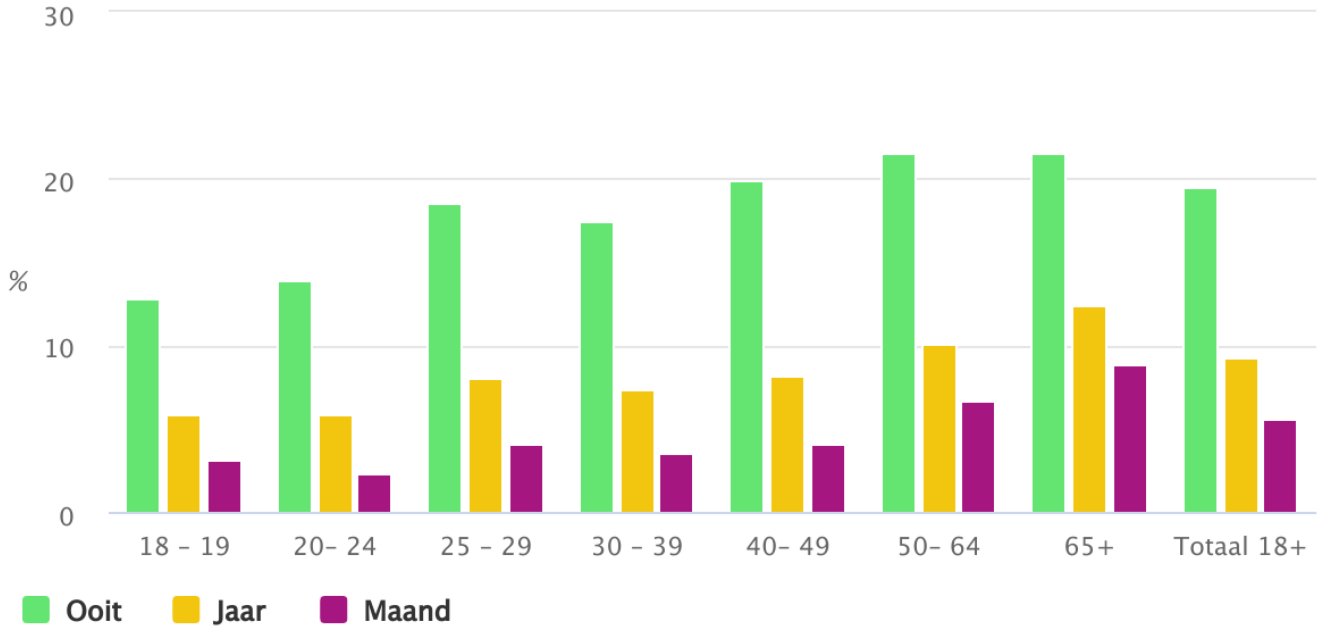
Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

Leeftijd

Van de 40-plussers heeft in 2020 ongeveer een op de vijf ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, vergeleken met ongeveer een op de acht onder de 18-19-jarigen (zie onderstaand figuur).

- Voor het gebruik (ook) zonder recept zijn er geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de leeftijdsgroepen.
- De gemiddelde leeftijd van mensen die in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikten was 53,8 jaar.

Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2020



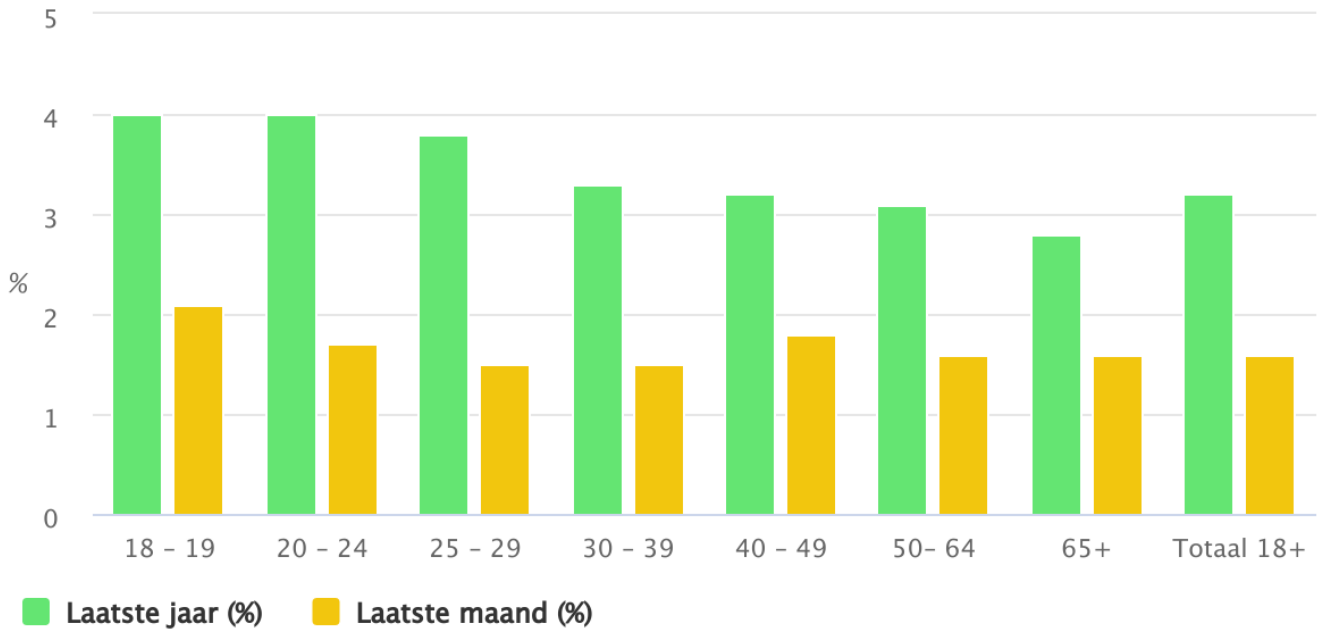
Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep.
Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

NDM

	Ooit	Jaar	Maand
18 - 19	12.8	5.8	3.2
20- 24	13.9	5.9	2.3
25 - 29	18.5	8	4.1
30 - 39	17.4	7.3	3.6
40- 49	19.9	8.2	4.1
50- 64	21.5	10.1	6.7
65+	21.6	12.4	8.9

	Ooit	Jaar	Maand
Totaal 18+	19.5	9.3	5.6

Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2020



Percentage gebruikers (ook) zonder recept in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

NDM

	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
18 - 19	4	2.1
20 - 24	4	1.7
25 - 29	3.8	1.5
30 - 39	3.3	1.5

	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
40 - 49	3.2	1.8
50- 64	3.1	1.6
65+	2.8	1.6
Totaal 18+	3.2	1.6

Opleidingsniveau

Onderstaande tabel toont het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in het algemeen (met en zonder recept), naar opleidingsniveau. Laagopgeleide personen hebben in 2020 in het afgelopen jaar bijna twee keer zo vaak slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt vergeleken met hoogopgeleiden, 12,1% tegenover 6,6%.

Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau. Peiljaar 2020

Laagopgeleid	22,1	12,1	8,2
Middelbaar opgeleid	21,4	10,4	6,1
Hoogopgeleid	16,5	6,6	3,8

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau; Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

Onderstaande tabel toont specifiek het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept. Hiervan ligt het gebruik voor alle opleidingsniveaus gelijk.

Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau. Peiljaar 2020

Laagopgeleid	3,0	1,7
Middelbaar opgeleid	3,4	1,7
Hoogopgeleid	3,0	1,4

Percentage gebruikers (ook) zonder recept in het laatste jaar en in de laatste maand. I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau; Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

Migratieachtergrond

Mensen met een Nederlandse achtergrond hebben in 2020 vaker ervaring gehad met slaap- of kalmeringsmiddelen dan mensen met een niet-Westerse migratieachtergrond, 20,2% tegenover 16,3% (zie onderstaande tabel). Dit verschil verdwijnt bij de maten voor meer recent gebruik: in het laatste jaar of in de laatste maand. Er zijn geen verschillen gevonden tussen mensen met verschillende migratieachtergronden in het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept.

Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[I]. Peiljaar 2020

Nederlandse achtergrond	20,2	9,4	5,6
Westerse migratieachtergrond	18,3	8,7	5,2
Niet-westerse migratieachtergrond	16,3	9,3	6,1

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. I. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[1]. Peiljaar 2020

Nederlandse achtergrond	-	3,2	1,6
Westerse migratieachtergrond	-	3,8	1,7
Niet-westerse migratieachtergrond	-	2,7	1,4

Percentage gebruikers (ook) zonder recept in het laatste jaar en in de laatste maand. 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

Stedelijkheid

Slaap- of kalmeringsmiddelen worden in 2020 vaker gebruikt in (zeer) sterk stedelijke gebieden (20,7%) dan in weinig of niet stedelijke gebieden (17,5%). Matig stedelijke gebieden liggen hier tussenin (zie onderstaande tabellen). Dit geldt voor het gebruik in het algemeen en het gebruik (ook) zonder een doktersrecept. Op het niveau van het laatste-maand-gebruik zijn er geen verschillen meer zichtbaar.

Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2020

(Zeer) sterk stedelijk	20,7	9,9	5,6
Matig stedelijk	19,0	9,6	6,4
Weinig/niet stedelijk	17,5	8,0	5,2

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2020

(Zeer) sterk stedelijk	3,7	1,7
Matig stedelijk	3,0	1,8
Weinig/niet stedelijk	2,4	1,4

Percentage gebruikers (ook) zonder recept in het laatste jaar en in de laatste maand. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

Frequentie van gebruik

Van de laatste-jaar-gebruikers van slaap- of kalmeringsmiddelen van 18 jaar en ouder had 9,4% in 2020 één keer gebruikt, had 23,3% een paar keer gebruikt maar minder dan maandelijks, had 7,8% één keer per maand gebruikt, had 17,4% twee tot vier keer per maand gebruikt, had 11,6% twee tot drie keer per week gebruikt en had 30,5% vier of meer keer per week gebruikt (zie onderstaand figuur).

Frequentie van gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen onder laatste-jaar-gebruikers. Peiljaar 2020



Percentage van de laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2020.

everviz.com

Gebruiksfrequentie	%
4 of meer keer per week	30.5
2 tot 3 keer per week	11.6
2 tot 4 keer per maand	17.4

Gebruiksfrequentie	%
één keer per maand	7.8
één paar keer, maar minder dan maandelijks	23.3
één keer in het laatste jaar	9.4

10.2.3 Verstrekking van benzodiazepinen

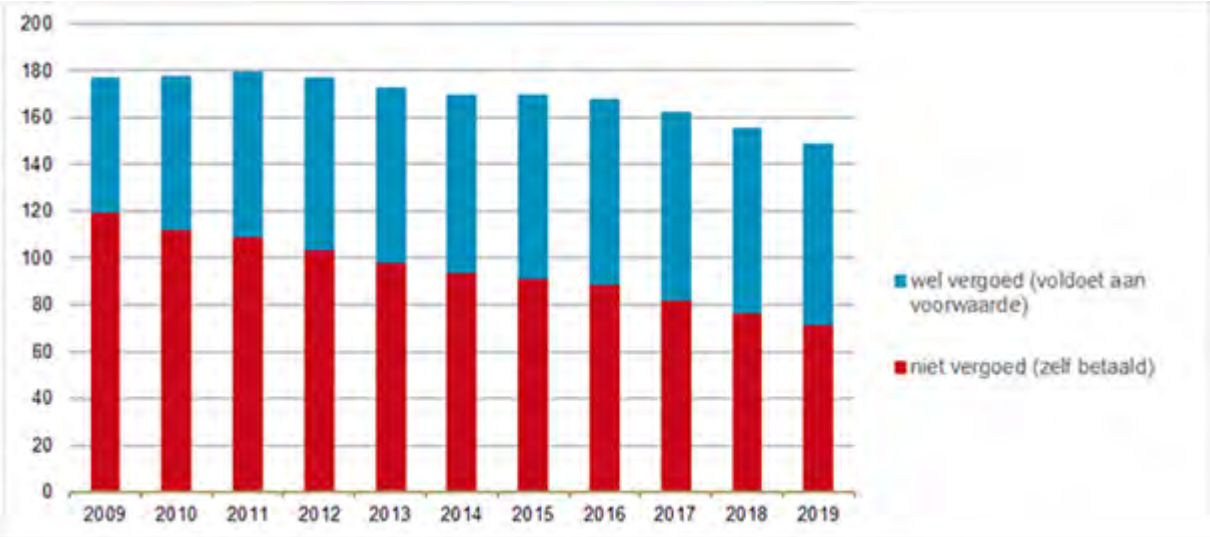
Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)

In 2019 is het gebruik van benzodiazepinen opnieuw gedaald [1]. De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verzamelt en analyseert de verkoop van geneesmiddelen van ruim 95% van de openbare apotheken in Nederland [2]. Op grond van deze gegevens wordt de totale verstrekking voor heel Nederland geschat. Het gebruik van benzodiazepinen is de afgelopen jaren gestaag gedaald [3].

De mate van het gebruik wordt uitgedrukt in het aantal standaarddagdoseringen dat is verstrekt. Een standaarddagdosering is de gemiddelde dosis die een volwassene doorgaans krijgt per dag. Bij een langwerkende benzodiazepine gaat het om een benzodiazepine die langer blijft doorwerken, namelijk 8 tot 12 uur.

- Tussen 2018 en 2019 daalde het aantal standaarddagdoseringen met 4,3% naar 149 miljoen (figuur 10.2.3). Het deel dat door de gebruikers zelf werd betaald daalde met 6,4% en het deel dat door de zorgverzekeraars werd betaald daalde met 2,1% [1] .
- Met ingang van 2009 werd besloten om de verstrekking van benzodiazepinen uitsluitend nog onder specifieke voorwaarden uit het basispakket van de zorgverzekering te vergoeden. Dit leidde in 2009 tot een daling in het aantal verstrekkingen met 15% [4].
- Sinds de beperking van de vergoeding in 2009 neemt ook het aandeel dat de mensen zelf betalen af. In 2009 betaalden de gebruikers nog 68% van de verstrekte benzodiazepines zelf, in 2017 was dat nog maar ongeveer de helft. De hoeveelheid die door de zorgverzekeraars werd vergoed steeg respectievelijk van 57 miljoen standaarddagdoseringen in 2009 naar 80 miljoen standaarddagdoseringen in 2017 (zie ook § 10.8). “Sinds 2018 wordt iets meer dan de helft van alle verstrekte benzodiazepinen betaald door de verzekeraar” [1].

Figuur 10.2.3 Gebruik[I] van benzodiazepinen vanaf 2009.



I. Gebruik in miljoen standaarddagdoseringen. Bron: SFK [1]

Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP)

Zorginstituut Nederland verzamelt via het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) informatie van een groot aantal zorgverzekeraars. De inperking van de vergoeding in de basisverzekering per 1 januari 2009 werd ook goed zichtbaar in de GIP-cijfers [5].

- In 2008 registreerde het GIP nog 1.740.485 verzekerde gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen. In 2009 was dit aantal gedaald naar 340.612 verzekerde gebruikers.
- In 2019 werden in totaal 462.120 verzekerde gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen geregistreerd in het GIP [6]. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat patiënten die niet verzekerd zijn voor het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, deze alsnog kunnen krijgen door daar zelf voor te betalen, zoals hierboven al was te zien in figuur 10.2.3 (zie ook § 10.8).

Bronnen

1. SFK. Sterke afname gebruik benzodiazepinen: 29 oktober 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20201101020332/https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2020/sterke-afname-gebruik-benzodiazepinen.
2. Griens AMGF, Kroon JDL, Lukaart JS, Van der Vaart RJ. Data en feiten 2018: Het jaar 2017 in cijfers. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen; 2018.
3. SFK. Data en feiten 2020: Het jaar 2019 in cijfers. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen; 2020.
4. Stoker LJ, Heerdink ER, Janssen R, Egberts TCG. Effect of reimbursement restriction policy on the use of benzodiazepines in the Netherlands: an interrupted time series analysis. Vol. 9, BMJ open. 2019. p. e029148.
5. Zorginstituut-Nederland. GIPdatabank.nl: De vergoeding van slaap- en kalmeringsmiddelen, 2003 - 2017: Geactualiseerd op: 26-02-2019 [Internet]. 2019. Available from: https://www.gipdatabank.nl/databank#/g//85_ben/gebr/bijlage.
6. Zorginstituut-Nederland. GIPdatabank.nl: De vergoeding van slaap- en kalmeringsmiddelen, 2003 - 2019: Geactualiseerd op: 04-09-2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.gipdatabank.nl/databank?infotype=g&label=00-totaal&tabel_g_00-totaal=R_85_ben&geg=vg&spec=&item=bijlage.

10.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

10.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

In het kort: Het percentage 15-16-jarige scholieren dat ooit slaap- of kalmeringsmiddelen had gebruikt, met of zonder recept van een arts, lag in 2019 in Nederland boven het Europees gemiddelde.

Snel naar:

- Kerncijfers 2019
- Trends in het gebruik van medicijnen

Gegevensbronnen

Via het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) worden via een representatieve steekproef gegevens verzameld over onder andere het gebruik van medicijnen door scholieren van 15 en 16 jaar [1]. Voor Nederland zijn de gegevens voor de ESPAD afkomstig uit de ESPAD-Nederland van het Trimbos-instituut.

Kerncijfers 2019

In 2019 had 8,3% van de Nederlandse scholieren van het voortgezet onderwijs ooit slaap- of kalmeringsmiddelen zonder recept gebruikt en 11% met recept. Het ooitgebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen met recept kwam daarmee ongeveer even vaak voor als het gebruik zonder recept. Er bestaat overlap tussen deze groepen. Een leerling die ooit met recept heeft gebruikt, kan vervolgens zonder recept gaan gebruiken.

Zowel het ooitgebruik zonder recept als het ooitgebruik met recept lagen in Nederland hoger dan het gemiddelde van de 35 Europese landen die deelnamen aan het ESPAD-onderzoek. Voor het gebruik zonder recept lag dit Europese gemiddelde op 6,6% en voor het gebruik met recept lag dit gemiddelde op 9,2%, vergeleken met respectievelijk 8,3% en 11% in Nederland.

Trends in het gebruik van medicijnen

Tabel 10.3.1 toont het ooitgebruik van 2003 tot en met 2019 voor slaap- en kalmeringsmiddelen zonder recept en met recept.

- In 2019 werden voor het eerst gegevens gerapporteerd afgerond op 1 decimaal, om met meer precisie uitspraken te kunnen doen. In de voorafgaande jaren werden de prevalentiecijfers afgerond op hele getallen. Dit heeft als gevolg dat de prevalenties van 2019 niet direct vergeleken kunnen worden met de prevalenties van de voorafgaande jaren. De trendgegevens dienen daarom voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

- Het ooitgebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen zonder recept schommelde tussen 2003 en 2015 tussen 7% en 9%.
- Het ooitgebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen met recept schommelde tussen 2003 en 2019 tussen 8% en 11%. Het percentage dat ooit met recept langer dan drie weken had gebruikt, steeg van 2% in 2003 naar 6% in 2015.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

10.3.2 Demografische kenmerken scholieren regulier onderwijs

Gegevensbronnen

Via het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) worden via een representatieve steekproef gegevens verzameld over onder andere het gebruik van medicijnen door scholieren van 15 en 16 jaar [1]. Voor Nederland zijn de gegevens voor de ESPAD afkomstig uit de ESPAD-Nederland van het Trimbos-instituut.

Geslacht

Bij de meisjes lag in 2019 het gebruik zonder recept hoger dan bij de jongens. In 2019 had van de meisjes 9,4% slaap- of kalmeringsmiddelen zonder recept gebruikt tegenover 7,2% van de jongens (tabel 10.3.1) [1].

Percentage scholieren van 15 en 16 jaar naar geslacht dat ooit in het leven slaap- of kalmeringsmiddelen heeft gebruikt zonder recept en met recept. Peiljaren 2003, 2007, 2011, 2015 en 2019

	2003			2007			2011			2015			2019		
Drug gebruik	J	M	T	J	M	T	J	M	T	J	M	T	J	M	T
Slaap- of kalmeringsmiddelen zonder recept	7	10	8	6	8	7	8	11	9	5	11	8	7,2	9,4	8,3
Slaap- of kalmeringsmiddelen met recept	10	10	10	8	9	8	11	10	9	11	12	11	9,8	11	11
Slaap- of kalmeringsmiddelen met recept ≤ 3 weken gebruikt	8	9	9	5	6	6	6	6	5	5	6	6	-	-	-
Slaap- of kalmeringsmiddelen met recept >3 weken gebruikt	2	1	2	2	3	3	6	4	4	6	6	6	-	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven. J = jongens, M = meisjes, T = totaal. Bronnen: ESPAD-Nederland, Trimbos-instituut; ESPAD (Molinaro et al., 2020).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

10.3.3 Studenten

In het kort: In 2021 had 4,5% van de studenten van het HBO en de universiteit in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen oneigenlijk gebruikt, dat wil zeggen zonder recept van een arts. Bij de vrouwelijke studenten (5,2%) lag dit percentage hoger dan bij de mannelijke studenten (3,7%). Van de MBO-studenten in Amsterdam had 4,1% in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt zonder recept van een arts.

Snel naar:

- Studenten van het HBO en de universiteit
- MBO-studenten in Amsterdam

Gegevensbronnen

Om een beeld te krijgen van het middelengebruik onder jongeren van 16 t/m 18 jaar, onderzoekt het Trimbos-instituut sinds 2015 elke twee jaar het middelengebruik onder MBO- en HBO-studenten in deze leeftijdsgroep met de Middelenmonitor MBO-HBO [1–4]. Het gaat om een landelijk onderzoek. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [4]. Het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen is in dit onderzoek echter niet uitgevraagd.

Daarnaast is in 2021 voor het eerst een grootschalig landelijk onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (HBO en WO). Ook deze monitor zal iedere twee jaar worden uitgevoerd. Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs is ontwikkeld en uitgevoerd door een consortium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de brancheorganisatie van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en het Trimbos-instituut (bijlage B9). Deze monitor is gestart vanwege zorgen over de mentale gezondheid, het middelengebruik en de interactie tussen die twee factoren onder studenten [5,6]. In 2021 namen 28.442 studenten deel, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs [6]. Het middelengebruik werd vergeleken tussen studenten in het HBO en studenten op de universiteit.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse MBO-scholen (bijlage B8) [7,8]. De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 MBO-studenten (> 16 jaar) van acht MBO-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Cijfers over middelengebruik zijn gebaseerd op gewogen data [8].

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken, bijvoorbeeld HBO-studenten. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet vergelijkbaar.

De cijfers over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen uit deze verschillende onderzoeken zijn samengevat in de tabel onderaan de pagina.

Studenten van het HBO en de universiteit

De Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs gaf het volgende beeld [6]:

- Van de studenten van het HBO en de universiteit samengenomen had 4,5% in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen oneigenlijk gebruikt, dat wil zeggen zonder recept van een arts. Er werd hierin geen statistisch significant verschil gevonden tussen studenten van het HBO (4,6%) en de universiteit (4,3%).
- Vrouwelijke studenten (5,2%) hadden vaker dan de mannelijke studenten (3,7%) in het afgelopen jaar oneigenlijk slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt zonder recept van een arts.
- Het oneigenlijk gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen kwam vaker voor onder studenten tussen de 26 en 29 jaar (5,7%) vergeleken met studenten tussen de 16 en 21 jaar (3,9%).
- Het gebruik lag onder internationale studenten (6,0%) hoger dan onder Nederlandse studenten zonder migratieachtergrond (4,3%).
- Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen lag hoger onder studenten die zich als LHBTQ+ omschrijven (6,5%) dan studenten die zich niet als LHBTQ+ omschrijven (4,1%).
- Het gebruik onder studenten met belemmerende concentratie-, lees- of rekenproblemen (7,3%) lag hoger dan onder studenten die geen belemmerende problemen ondervinden (4,3%).
- Ook onder studenten die een belemmerde psychische aandoening (9,7%) hadden lag het oneigenlijk gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen hoger dan onder studenten die geen belemmerende psychische aandoeningen hadden (4,0%).

MBO-studenten in Amsterdam

In 2021 had 7,2% van de MBO-studenten in Amsterdam slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, in 2016 lag dit percentage op 11,8% (zie onderstaande tabel) [7,8]. Het ging daarbij om zowel het gebruik mét recept, als het gebruik zonder recept.

- In 2021 had van de MBO-studenten in Amsterdam 3,2% in het afgelopen jaar zonder recept gebruikt, en had 4,1% slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt mét recept van een arts (zie onderstaande tabel) [8].
- Van de MBO-studenten in Amsterdam die in 2021 in het afgelopen jaar medicijnen hadden gebruikt, wilde 7,5% daarmee stoppen of minderen [8]. Behalve om gebruikers van slaap- of kalmeringsmiddelen (7,2%), ging het daarbij ook om gebruikers van ADHD-medicatie (6,4%), zware pijnstillers zoals oxycodon of fentanyl (5,0%), en antidepressiva (3,6%) [8].

Percentage gebruikers van slaap- of kalmeringsmiddelen onder studenten

	Locatie	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd/ Mét of zonder recept	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het HBO en de universiteit[I]	Nederland	2021	Totaal HBO+WO	16 jaar en ouder /Zonder recept	-	4,5	-
			HBO		-	4,6	-
			WO		-	4,3	-
Studenten van het MBO[II]	Amsterdam	2021	MBO	16 jaar en ouder (19,0 gemiddeld)			
				Mét recept	-	3,2	-
				Zonder recept	-	4,1	-
				Totaal	-	7,2	-
		2016		15 jaar en ouder (18,9 gemiddeld)			
				Mét recept	-	-	-
				Zonder recept	-	-	-
				Totaal	17,2	11,8	6,0

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. - = Geen gegevens beschikbaar. Oneigenlijk gebruik, dat wil zeggen gebruik zonder recept van een arts. I. Alle HBO- en WO-studenten die ouder waren dan 16 jaar werden geïncludeerd in dit onderzoek. II. Gebruik onderverdeeld in 2021 naar mét en zonder recept van een arts. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking niet mogelijk. Bronnen: Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs, Antenne Amsterdam MBO-Survey.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Verdurmen JE, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
2. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
3. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
4. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
5. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport I Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–116.
6. Dopmeijer JM, Nuijen J, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs: Deelrapport II: Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021.
7. Nabben T, Luijk SJ, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
8. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.

10.3.4 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen in het afgelopen jaar varieert bij de laatste metingen van 9% onder de coffeeshopbezoekers in Amsterdam in 2015 tot 18% onder de bezoekers van clubs, raves en festivals in Amsterdam in 2018. Mogelijk gebruiken coffeeshopbezoekers minder vaak slaap- of kalmeringsmiddelen, doordat zij cannabis gebruiken als een kalmerend middel.

Gegevensbronnen

In de Antenne-monitor is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, behalve onder scholieren, ook gepeild onder groepen jongeren en jongvolwassenen in bepaalde sectoren van het Amsterdamse uitgaansleven en in de Gooi en Vechtstreek (zie onderstaande tabel). Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt tussen gebruik op recept en oneigenlijk gebruik.

De tabel op deze pagina vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij ‘op locatie’ of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders.

De situatie is in 2020 door de coronacrisis mogelijk veranderd. In § 10.1.2 beschrijven we bevindingen uit de meest recente onderzoeken sinds het begin van de coronacrisis in maart 2020.

Uitgaanders in Amsterdam en Gooi & Vechtstreek

In de Antenne-monitor is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, behalve onder scholieren, ook gepeild onder groepen jongeren en jongvolwassenen in bepaalde sectoren van het Amsterdamse uitgaansleven en in de Gooi en Vechtstreek (zie onderstaande tabel). Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt tussen gebruik op recept en oneigenlijk gebruik. Voor zover vergelijkbaar lijkt het gebruik niet zo veel af te wijken van dat in de algemene bevolking. Gebruik van een slaapmiddel op kleine schaal wordt vooral genoemd om de na-effecten van het gebruik van stimulerende middelen tegen te gaan, met name om weer te kunnen inslapen. In de netwerken van de Antenne-monitor wordt dit gesignaleerd in driekwart van de netwerken [2]. Daarbij zeggen verschillende panelleden “dat slaapmiddelen bekender worden en makkelijker verkrijgbaar zijn omdat bezorgdiensten ze ook zijn gaan verkopen”.

- Onder cafébezoekers in Amsterdam lag in 2018 het ooitgebruik van slaapmiddelen op 21% en lag het laatste-maand-gebruik op 4% [2]. In 2018 had 25% van de cafébezoekers in de samengenomen gemeenten Hilversum, Bussum, en Huizen ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt en had 9% in de afgelopen maand nog slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt [1].

- Onder coffeeshopbezoekers in Amsterdam steeg het laatste-maand-gebruik van slaapmiddelen van 1% in 2009 naar 4% in 2015 [3].
- In 2017 had 25% van de bezoekers van clubs, raves en festivals in Amsterdam ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, 18% in het afgelopen jaar, en 10% in de afgelopen maand [4]. Meer vrouwen dan mannen hadden ooit gebruikt, 30% van de vrouwen tegenover 19% van de mannen. In Hilversum werden vergelijkbare percentages gevonden van 23% ooitgebruik en 8% laatste-maand-gebruik [5].

Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam en Hilversum

Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	25	16	9	4
		2009	28	12	5	1
Bezoekers van cafés	Amsterdam	2018	26	21	14	4
		2010	27	19	11	4
	Hilversum Bussum Huizen	2018	24	25	16	9
Bezoekers van clubs, raves[1] en festivals	Amsterdam	2017	26	25	18	10
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum	2017	21	23	17	8

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en laatste maand per groep. Uitgaanders die deelnemen aan onderzoek, waaronder bezoekers van coffeeshops, cafés, clubs, raves en festivals zijn niet representatief voor alle uitgaanders. 1. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media" (Antenne 2017). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Antenne 2017). Bronnen: Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2010, 2015, 2017, 2018; Antenne Gooi en Vechtstreek 2017.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Korf DJ, Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2018. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek.; 2019.
2. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.
3. Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2015: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2016.
4. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.
5. Luijk SJ, Nabben T, Korf DJ, Van Bakkum F, Krouwel J, Noijen J. Antenne Gooi en Vechtstreek 2017: Het gebruik van alcohol, tabak en drugs onder jongeren en jongvolwassenen in de regio. Amsterdam: Bonger Instituut voor Criminologie; 2018.

10.3.5 Kwetsbare groepen jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Er zijn signalen dat onder kwetsbare jongeren het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen hoger ligt dan onder hun leeftijdsgenoten in de algemene bevolking.

Snel naar:

- Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen
- Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg
- Kwetsbare jongeren in de regio

Gegevensbronnen

Binnen de groep jongeren zijn bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

In 2019 [1] en 2021 [2] is de Antenne Regiomonitor uitgevoerd. Deze monitor beoogt op kwalitatieve wijze zicht te krijgen op het gebruik onder groepen kwetsbare jongeren uit verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt op basis van interviews met jongeren- en preventiewerkers die zicht hebben op verschillende (35 in 2021) jongerengroepen verspreid over het land. Begin 2021 werden via een kwalitatieve studie jongeren- en preventiewerkers ondervraagd over hun indruk van het middelengebruik van in totaal 35 groepen jongeren uit 10 provincies, waar deze professionals direct mee in contact staan [2]. Deze groepen zijn niet representatief voor alle jongerengroepen in de regio. Van de 35 groepen jongeren kwamen er 23 uit een grotere of kleinere stad en kwamen er 12 uit een dorp. Het aantal jongeren per groep varieerde van 8 tot 90 personen, met gemiddeld 20 personen. In totaal hadden de professionals zicht op ongeveer 850 jongeren tussen 11 en 27 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar. In 2019 heeft de Antenne-monitor ook het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onderzocht onder jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam [3] en in de Gooi en Vechtstreek [4].

Daarnaast is in 2022 als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [5]. Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen (gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld.

Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd.

De cijfers zijn onderling niet altijd vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen

In het landelijke EXPLORE onderzoek zijn gegevens verzameld over het gebruik van medicijnen onder jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen [5]. De vragenlijst is in vier JJI afgenomen bij in totaal 110 jongens.

- Van de jongeren rapporteert 6% in de afgelopen maand medicijnen te hebben gebruikt zonder recept van de dokter. In de vragenlijst zijn de volgende medicijnen als voorbeeld genoemd: benzodiazepinen (kalmerende middelen), ritalin of modafinil (AD(H)D medicatie) [5].

Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg

In 2019 heeft de Antenne-monitor het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onderzocht onder jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam [3] en in de Gooi en Vechtstreek [4]. Jongeren uit de jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek lijken vaker ooit slaap- of kalmeringsmiddelen te hebben gebruikt dan hun leeftijdsgenoten in de algemene bevolking.

- In Amsterdam werden 118 jongeren uit de jeugdzorg ondervraagd, 36% was man en hun gemiddelde leeftijd was 18 jaar. Het ging om jongeren die in 2019 ambulante hulp ontvingen, in residentiële groepen verbleven of in pleegzorg zaten. Van deze jongeren had 20,4% ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt ("valium, seresta"), 16,3% met recept en 7,1% (ook) zonder recept [3].
- In de Gooi en Vechtstreek werden 23 jongeren uit de jeugdzorg ondervraagd, 30% was man en hun gemiddelde leeftijd was 17 jaar. Het ging om jongeren die in 2019 ambulant werden begeleid, op een leefgroep woonden of pleegzorg ontvingen. Van deze jongeren had 31,8% ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt ("valium, seresta"), 22,7% met recept en 13,6% (ook) zonder recept .
- In 2020 had 12,8% van de 18-19-jarigen in de algemene bevolking ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt. Dit gegeven is afkomstig uit de LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor van het Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS. Jongeren uit de jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek lijken daarmee vaker slaap- of kalmeringsmiddelen te hebben gebruikt dan hun leeftijdsgenoten in de algemene bevolking.

Kwetsbare jongeren in de regio

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen van kwetsbare jongeren in diverse regio’s van Nederland [2]. Deze monitor probeert zicht te krijgen op groepen jongeren waarin sprake is van problematisch drugsgebruik, meervoudige problematiek in de directe, institutionele of sociale omgeving, of het veroorzaken van overlast.

- Er waren signalen dat in 11 van deze 35 groepen (ook) zonder recept medicijnen werden gebruikt. Het ging daarbij vooral om het gebruik van Ritalin (zie ook § 15.3.4) en benzodiazepinen, en door een enkeling werd ook Rivotril gebruikt. Rivotril is de merknaam voor de benzodiazepine clonazepam. De medicijnen werden gebruikt tegen de stress, om te kunnen slapen, of als demper na stimulantia [2].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
2. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
3. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
4. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.
5. Möhle M, Rombouts M, Van Gelder N, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de Justitiële Jeugdinrichtingen: Het EXPLORE-onderzoek 2022. Utrecht: Trimbos-insituut; 2022.

10.4 Problematisch gebruik

Snel naar:

- Definitie problematisch gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen
- Problematisch gebruik in de algemene bevolking
- Chronisch gebruik
- Verborgen afhankelijkheid
- Richtlijn voor huisartsen
- Behandeling van afhankelijkheid

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het problematisch gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen op basis van bevolkingsonderzoek en registratiegegevens.

Definitie problematisch gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen

De term ‘problematisch gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen’ kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie bijlage D en bijlage B12). Bij de verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd staat centraal dat er een gebruikspatroon is dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen. In de klinische praktijk of onderzoek wordt een ‘stoornis in het gebruik van middelen’ vastgesteld volgens de criteria van het internationaal psychiatrisch classificatiesysteem de DSM-5. In de DSM-IV werd er nog onderscheid gemaakt in misbruik en afhankelijkheid, waarbij met name sociale problemen kenmerkend waren voor misbruik. Bij afhankelijkheid (of ‘verslaving’) stonden controleverlies en hunkering om te blijven gebruiken centraal. Voor slaap- en kalmeringsmiddelen zijn er uit het NEMESIS-2 onderzoek gegevens beschikbaar volgens de DSM-IV classsificatie [1], maar er zijn nog geen gegevens beschikbaar volgens de DSM-5 classificatie.

Problematisch gebruik in de algemene bevolking

Recente cijfers over misbruik en afhankelijkheid van slaap- of kalmeringsmiddelen in Nederland zijn niet beschikbaar. De laatste gegevens zijn afkomstig uit het NEMESIS-2 onderzoek uit 2007-2009 volgens de DSM-IV gewijzigde editie [1].

- 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 of afhankelijkheid kwam daarmee op 0,5% (zie onderstaande tabel).
- Stoornissen ten gevolge van slaap- of kalmeringsmiddelen kwamen meer voor onder vrouwen dan onder mannen (0,8% tegenover 0,2%).

- Omgerekend naar de bevolking ging het om ongeveer 35.000 mensen met ‘misbruik’ en om ongeveer 22.000 mensen met ‘afhankelijkheid’ van slaap- of kalmeringsmiddelen.

Jaarprevalentie van misbruik en afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen, naar stoornis en geslacht in de bevolking van 18-64 jaar. Peiljaren 2007-2009

Subtitle

	Jaarprevalentie [%]
Stoornis	
Misbruik	0,3
Afhankelijkheid	0,2
Geslacht	
Mannen	0,2
Vrouwen	0,8
Totaal	0,5

Percentage misbruik en afhankelijkheid in het afgelopen jaar. Bron: Nemesis-2 2007-2009.

Chronisch gebruik

Het gebruik van benzodiazepinen kan chronisch worden.

- Uit de registratiegegevens blijkt dat in 2018 het merendeel van de gebruikers van benzodiazepinen niet tot de langdurige of chronische gebruikers behoorde [2]. De helft van alle gebruikers had in 2018 niet meer dan twee verstrekkingen gekregen. Het aantal verstrekte langwerkende benzodiazepinen was bovendien gedaald met 43% van ongeveer 50 miljoen in 2009 naar ongeveer 28 miljoen in 2018 [2].
- Tussen 2020 en 2021 steeg het aantal mensen dat via een apotheek een benzodiazepine kreeg voorgeschreven met 1,5% naar 1,37 miljoen mensen. Het gemiddelde gebruik per patiënt was echter licht afgenomen van 112 in 2020 naar 108 standaarddagdoseringen in 2021 [3].

Verborgen afhankelijkheid

Afhankelijkheid van slaap- of kalmeringsmiddelen is veelal een ‘verborgen afhankelijkheid’.

Gebruikers kunnen afhankelijk 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 tot afhankelijkheid kunnen leiden, net zoals alcohol, drugs en tabak [4,5]. Afhankelijkheid kan al optreden na drie tot zes weken gebruik (zie ook § 10.6 over hulpvraag en incidenten).

Richtlijn voor huisartsen

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft richtlijnen ontwikkeld voor het voorschrijven van slaap- en kalmeringsmiddelen door huisartsen [6]. De richtlijnen schrijven voor om bij voorkeur slapeloosheid niet te behandelen met medicijnen. Alleen in uitzonderingsgevallen, “bijvoorbeeld bij acute ernstige slapeloosheid”, kan worden overwogen om een slaapmiddel voor te schrijven. Dagelijks gebruik dient daarbij wel te worden vermeden “om gewenning en afhankelijkheid te voorkomen”. Bij langdurige slapeloosheid dient ook een gedragsmatige behandeling te worden toegepast.

Behandeling van afhankelijkheid

Voor het behandelen van afhankelijkheid van benzodiazepinen onderzoekt het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) momenteel het geneesmiddel flumazenil. Mogelijk maakt flumazenil het bij een afhankelijkheid makkelijker om te stoppen met benzodiazepinen [7]. De behandeling van problematisch gebruik van benzodiazepinen valt onder de “Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines” [8]. De Multidisciplinaire richtlijn adviseert cognitieve gedragstherapie aan te bieden voor gebruikers die willen minderen of helemaal willen stoppen met het gebruik van benzodiazepinen. Het gebruik dient daarna wel nog steeds te worden gemonitord om terugval te voorkomen.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. De Graaf R, Ten Have M, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Incidentie van psychische aandoeningen: Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
2. SFK. Helft benzo-gebruikers krijgt hooguit twee verstrekkingen: 11 april 2019 [Internet]. 2019. Available from: https://web.archive.org/web/20190501193530/https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2019/helft-benzo-gebruikers-krijgt-hooguit-twee-verstrekkingen.
3. SFK. Benzodiazepinen: 3,7% meer eerste uitgiftes: 10 februari 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2022/benzodiazepinen-3-7-meer-eerste-uitgiftes
4. Bakker B. Geluk uit een potje: Waarom we te veel slikken. Amsterdam: Podium; 2015.
5. Crul BVM. Dokter als drugspusher: Ontwenningscampagne voor benzodiazepinen gewenst. Vol. 61, Medisch Contact. 2006. p. 1374–1375.
6. NHG. NHG-Richtlijnen: Slaapproblemen en slaapmiddelen [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20200926040812/https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen-en-slaapmiddelen.
7. Paling E, Schellekens A. Ontgiften van benzodiazepines door middel van flumazenil. Nijmegen: NISPA; 2017.

8. Hendriks V, Blanken P, Croes E, Schippers G, Schellekens A, Stollenga M, et al. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz; 2018.

10.5 Gebruik: internationale vergelijking

10.5.1 Algemene bevolking internationaal

Gegevensbronnen

Cijfers over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn lastig internationaal te vergelijken. Het EMCDDA monitort deze middelen nog niet systematisch in de lidstaten van de EU [1]. Voor landen als de Verenigde Staten, Canada en Australië zijn cijfers beschikbaar. De cijfers zijn echter niet goed vergelijkbaar met die van Nederland, vanwege verschillen in de onderzoeksmethode en de leeftijd van de respondenten.

Vergelijking tussen landen

- In 2019 had in de Verenigde Staten van de mensen van 18 jaar en ouder 2,2% in het afgelopen jaar misbruik gemaakt van slaap- of kalmeringsmiddelen [2]. Dit ligt in de orde van grootte van het percentage van 3,2% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder dat in 2020 in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen had gebruikt (ook) zonder recept. In de Verenigde Staten ging het hierbij om kalmeringsmiddelen (1,9%), sedativa (0,4%), en benzodiazepinen (1,8%).
- In Canada werd in 2017 aan een steekproef van mensen uit de algemene bevolking van 15 jaar en ouder gevraagd of ze het afgelopen jaar sedativa hadden gebruikt om daar "high" van te worden [3]. Voor de 15-plussers samengenomen werd een percentage gevonden van 0,2% dat bevestigde "high" te willen worden van sedativa. Voor de 15-19-jarigen en voor de 20-24-jarigen werd een percentage gevonden van 0,8%. Hierbij dient wel te worden aangetekend dat het sociaal onwenselijk is om te antwoorden dat men sedativa gebruikt om daar "high" van te worden. Dit zal van invloed zijn geweest op het lage percentage dat werd gevonden voor Canada.
- In 2019 had in Australië 1,8% van de mensen van 14 jaar en ouder in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt voor niet-medische doeleinden [4]. Ook bij de Australiërs van 18 jaar en ouder lag dit percentage op 1,8%. Dit ligt in de orde van grootte van het percentage dat hierboven werd gevonden voor de Verenigde Staten (2,2%) en voor Nederland (3,2%).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
2. SAMHSA. Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Rockville, MD: SAMHSA; 2020.
3. CTADS. Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey: 2017 detailed tables [Internet]. 2018. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-tobacco-alcohol-drugs-survey/2017-summary/2017-detailed-tables.html#t13.
4. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2019. Canberra: AIHW; 2020.

10.5.2 Jongeren internationaal

Scholieren in Europese landen

In paragraaf 10.3 werden al gegevens getoond voor Nederland uit de ESPAD. De ESPAD maakt het bovendien mogelijk om voor scholieren van 15 en 16 jaar internationale vergelijkingen te maken tussen, onder andere, enkele landen van de Europese Unie en Noorwegen [1,2].

In het ESPAD onderzoek is in 2003, 2007, 2011, 2015 en 2019 voor diverse landen nagevraagd of de scholieren ooit in hun leven slaap- of kalmeringsmiddelen hebben gebruikt zonder een recept van een arts (zie onderstaande tabel). In 2019 werden voor het eerst cijfers gerapporteerd met één cijfer achter de komma.

- In 2019 gingen Nederland (8,3%), Duitsland (7,7%) en Finland (7,1%) aan kop. De laagste percentages werden gevonden in Griekenland (3,5%) en Ierland (2,6%).
- Het (ongewogen) gemiddelde van 35 onderling vergelijkbare Europese landen lag in 2019 op 6,6%. Nederland lag met 8,3% boven dit Europese gemiddelde.
- Doorgaans hebben meisjes meer ervaring met het gebruik van deze middelen dan jongens. Voor de 35 onderling vergelijkbare Europese landen lag het (ongewogen) gemiddelde bij de meisjes op 8,0% en bij de jongens op 5,1%.

Percentage scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk dat ooit in het leven slaap- of kalmeringsmiddelen heeft gebruikt zonder een recept van een arts, naar geslacht. Peiljaren 2003, 2007, 2011, 2015 en 2019

	2003			2007			2011			2015			2019		
Land	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)
Nederland	7	10	8	6	8	7	6	11	9	5	11	8	7,2	9,4	8,3
Duitsland[I]	1	2	2	2	3	3	3	2	2	-	-	-	4,9	10	7,7
Finland	4	9	7	4	9	7	5	9	7	4	8	6	5,9	8,4	7,1
Frankrijk	10	15	13	12	18	15	8	15	11	8	12	10	5,9	6,9	6,4
Zweden	5	7	6	6	9	7	7	9	8	5	9	7	5,3	7,5	6,4
België[II]	10	10	10	6	11	9	7	8	8	4	9	6	-	-	-
Portugal	4	7	5	4	9	6	7	7	7	2	8	5	4,4	7,4	6,0
Noorwegen	3	3	3	3	5	4	3	4	4	5	7	6	5,7	5,9	5,8
Oostenrijk	1	2	2	2	2	2	-	-	-	3	5	4	5,3	5,9	5,6
Denemarken[III]	4	5	4	-	-	-	4	5	4	2	3	2	4,0	5,2	4,6
Italië	5	7	6	7	13	10	8	12	10	5	6	5	3,0	5,6	4,3
Griekenland	3	5	4	4	5	4	9	10	9	4	4	4	4,0	3,1	3,5
Ierland	2	2	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3	2,9	2,4	2,6
Verenigd Koninkrijk[IV]	2	1	2	2	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Percentage ooitgebruikers zonder recept, in 2019 werden voor het eerst cijfers gerapporteerd met één cijfer achter de komma. De tabel is geordend op het totale percentage ooitgebruikers in 2019. J = jongens, M = meisjes, T = totaal, - = niet gemeten. I. Duitsland alleen voor zes deelstaten in 2007, vijf deelstaten in 2011, en alleen voor één deelstaat in 2019 (Bavaria). II. België in 2007, 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen, en geen gegevens meer beschikbaar voor 2019. III. De gegevens voor Denemarken zijn minder representatief. IV. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen), en geen gegevens meer beschikbaar voor 2019. Bron: ESPAD.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Kraus L, Leifman H, Vicente J. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European

Union; 2016. Available from: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
2. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

10.6 Hulpvraag en incidenten

Gegevensbronnen

Chronische problematiek gerelateerd aan slaap- en kalmeringsmiddelen wordt onder andere gezien en behandeld in de verslavingszorg en in de algemene ziekenhuizen. De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat een schatting van het aantal klinische opnames met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose. Zie bijlage B5 voor de meest recente gegevens. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) rapporteerde tot en met 2015 over de hulpvraag in de verslavingszorg.

De meest recente cijfers van het LADIS zijn afkomstig uit het registratiejaar 2015 en de meest recente cijfers over de opnames in de algemene ziekenhuizen zijn afkomstig uit registratiejaar 2018. Van belang is dat de situatie in 2020 door de coronacrisis mogelijk is veranderd. Door de stress en de psychologische last van de coronacrisis kan een deel van de gebruikers meer zijn gaan gebruiken (zie § 10.1), met mogelijke gevolgen voor de hulpvraag op lange termijn. De impact van de coronamaatregelen is nog moeilijk in te schatten.

10.6.1 Verslavingszorg

Aantal cliënten in de verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. Verslavingszorginstellingen leverden tot en met 2015 gepseudonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) [1].

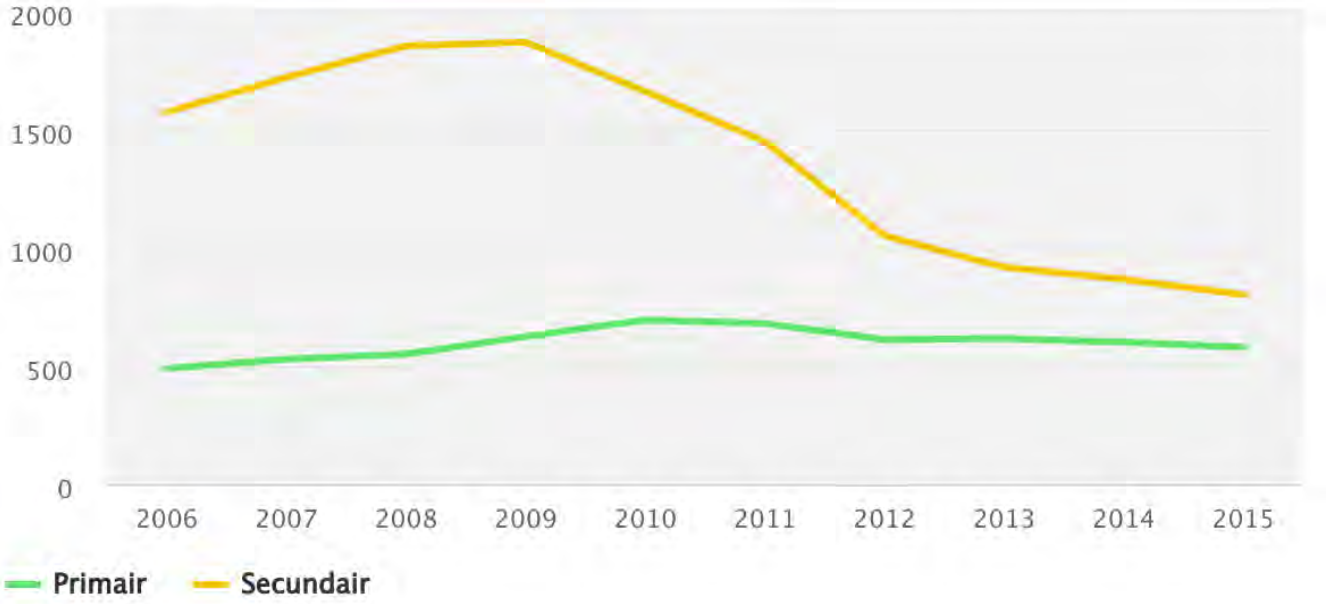
Let op: Tussen 2015 en 2022 zijn er geen nieuwe gegevens beschikbaar gekomen uit het LADIS (zie bijlage B6: LADIS), omdat deze niet meer verzameld konden worden in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag (een wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) geregeld voor het aanleveren van gegevens, waarna de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart kon worden. De ‘pauze’ heeft echter gezorgd voor een onderregistratie, waardoor de gegevens niet volledig zijn.
De Tussenrapportage Kerncijfers Verslavingszorg 2016-2021 geeft een voorlopig beeld van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. In het najaar van 2023 wordt een gedetailleerdere versie van deze rapportage verwacht, aangevuld met de gegevens van 2022. Deze gegevens worden daarom later dit jaar verwerkt in de Nationale Drug Monitor.

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca steeg tot 2010 en is daarna gestabiliseerd (zie onderstaand figuur). Het ging hier voornamelijk om benzodiazepinen. Het aantal cliënten met een primair probleem met benzodiazepinen steeg met 52% van 425 cliënten in 2006 naar 645 cliënten in 2010. Het aantal cliënten met een primair probleem met de psychofarmaca samengenomen steeg in deze periode van 491 naar 696 cliënten.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder lag het aantal primaire cliënten zowel in 2006 als in 2015 op 4 cliënten. Het aandeel van deze primaire cliënten in het totaal aantal primaire

drugscliënten bleef met 2% laag in deze periode.

- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca als secundair probleem noemde, was tot 2009 vele malen groter, maar daalde sindsdien opvallend scherp (zie onderstaand figuur). Tussen 2009 en 2015 daalde het aantal secundaire cliënten met 57%.
- Voor deze groep van secundaire cliënten was in 2015 het primaire probleem alcohol (58%), heroïne (16%), cocaïne of crack (6%), cannabis (6%), of methadon (4%). Het aantal primaire en secundaire cliënten samengenomen daalde met 33% van 2.066 cliënten in 2006 naar 1.384 cliënten in 2015.

Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire problematiek voor benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca[I], vanaf 2006



Aantal cliënten. I. Het betreft hier gemiddeld per jaar voor 91% benzodiazepineproblematiek. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

Categories	Primair	Secundair
2006	491	1575
2007	530	1723
2008	552	1856
2009	626	1871

Categories	Primair	Secundair
2010	696	1662
2011	681	1451
2012	613	1052
2013	618	919
2014	602	868
2015	581	803

Aanvullende informatie

Bronnen

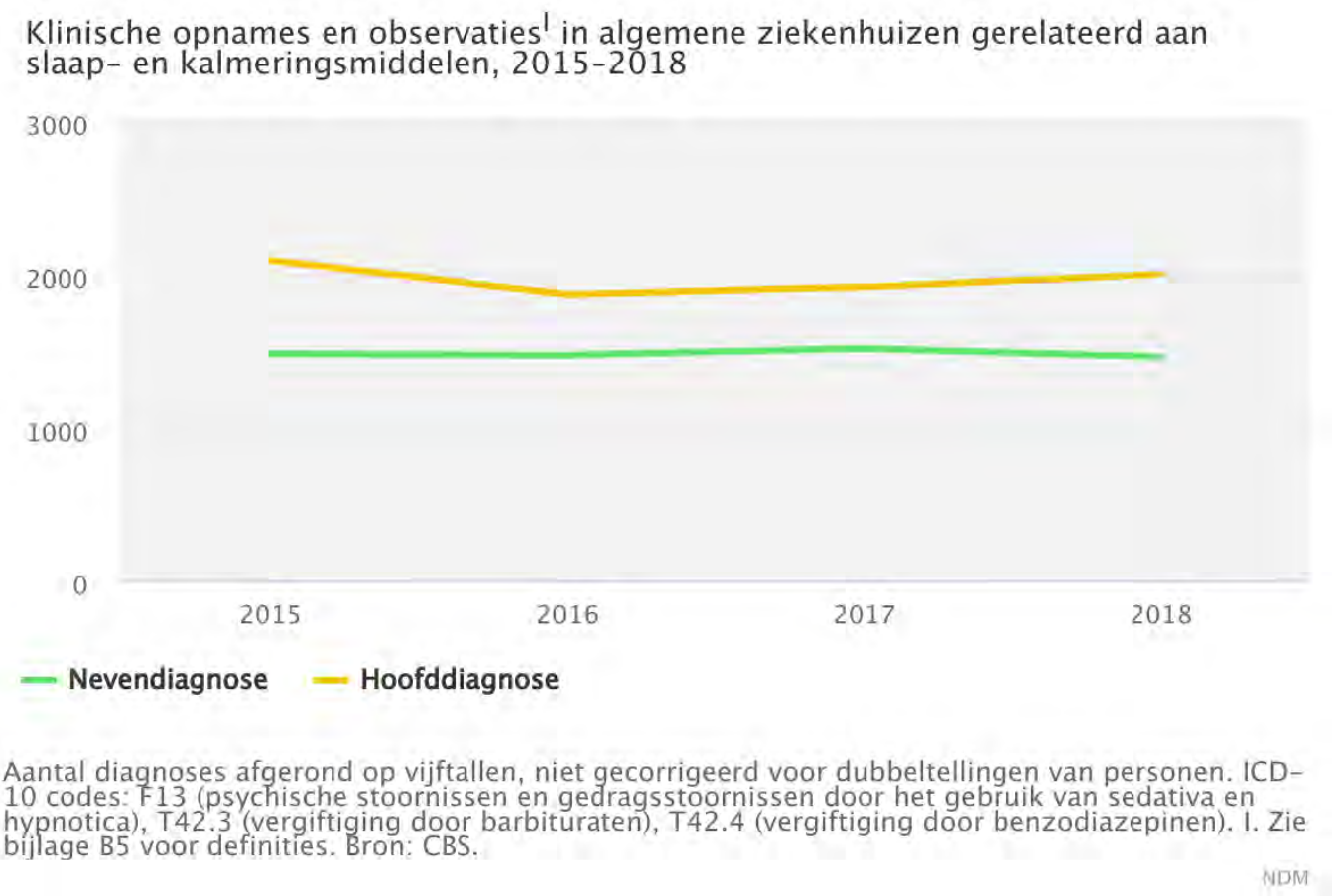
1. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2015. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg; 2016.

10.6.2 Algemene ziekenhuizen

Aantal opnames

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft gegevens gepubliceerd over de opnames in de algemene ziekenhuizen gerelateerd aan drugs en alcohol voor de registratiejaren 2015 tot en met 2018 [1].

- Het aantal klinische opnames en observaties in de algemene ziekenhuizen waarbij een probleem met slaap- of kalmeringsmiddelen als hoofddiagnose werd gesteld, schommelde van 2015 tot en met 2018 tussen 1.870 en 2.090 hoofddiagnoses (zie onderstaand figuur). Zie bijlage B5 voor een toelichting op het verschil tussen klinische opnames en observaties.
- Het aantal nevendiagnoses waarbij slaap- of kalmeringsmiddelen een rol speelden, schommelde van 2015 tot en met 2018 tussen 1.460 en 1.515 nevendiagnoses (zie onderstaand figuur).

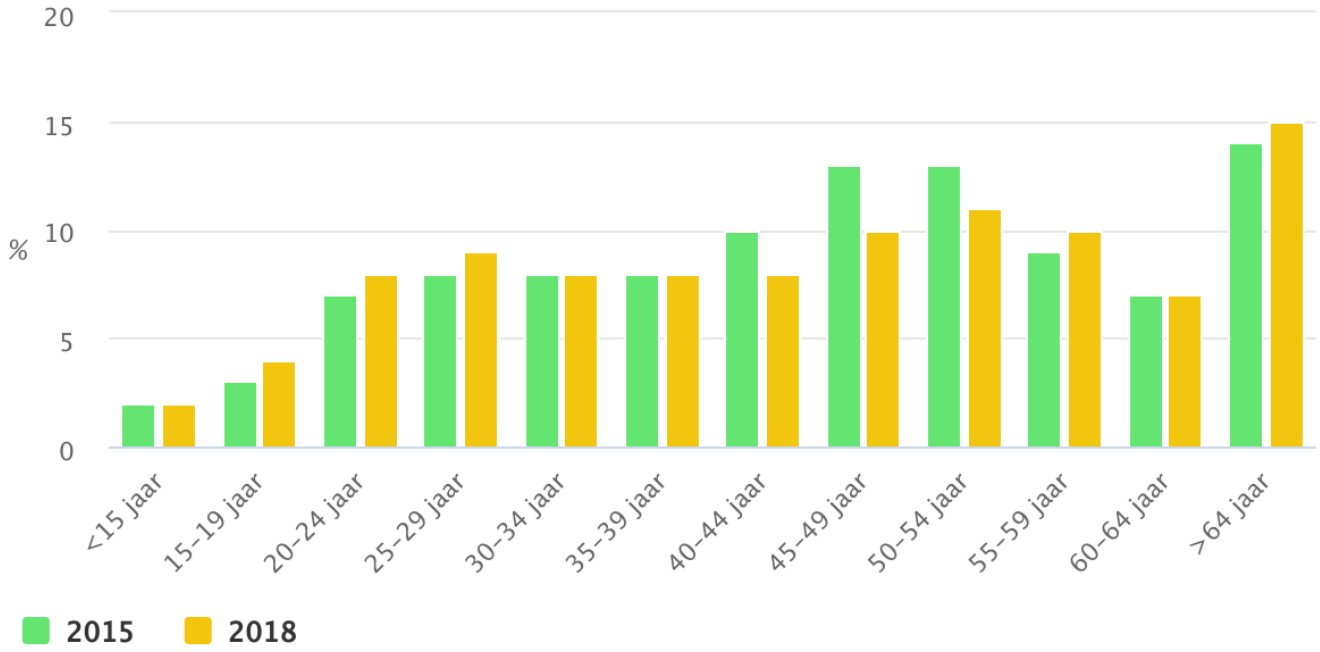


Categories	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2015	1480	2090
2016	1470	1870
2017	1515	1920
2018	1460	2000

Aantal patiënten

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 2018 om 2.910 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een probleem gerelateerd aan slaap- of kalmeringsmiddelen als hoofd of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 45 jaar; 34% was man. In 2015 en 2018 lag de leeftijdsverdeling ongeveer gelijk (zie onderstaand figuur). Gecorrigeerd voor dubbeltellingen schommelde het aantal patiënten in deze periode tussen 3.060 en 2.830 patiënten.

Leeftijdsverdeling van patiënten opgenomen in algemene ziekenhuizen voor slaap- en kalmeringsmiddelen (hoofd en nevendiagnoses samengenomen). Peiljaren 2015 en 2018



Percentage patiënten per leeftijdsgroep. Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020b).

NDM

Categories18+18+Leeftijd	2015	2018
<15 jaar	2	2
15-19 jaar	3	4
20-24 jaar	7	8
25-29 jaar	8	9
30-34 jaar	8	8
35-39 jaar	8	8
40-44 jaar	10	8

Categories18+18+Leeftijd	2015	2018
45-49 jaar	13	10
50-54 jaar	13	11
55-59 jaar	9	10
60-64 jaar	7	7
>64 jaar	14	15

Rijden onder invloed

Recente cijfers over het rijden onder invloed van slaap- of kalmeringsmiddelen zijn niet beschikbaar.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. CBS. Ziekenhuisopnamen voor middelengebruik, 2015-2018: 1-9-2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/36/ziekenhuisopnamen-voor-middelengebruik-2015-2018

10.7 Ziekte en sterfte

10.7.1 Ziekte

Bijwerkingen en risico's

Niet alleen bij niet-medisch gebruik, misbruik en verslaving zijn er bijwerkingen en risico's verbonden aan slaap- en kalmeringsmiddelen. Ook aan het (acuut) gebruik op zich en aan het gebruik in combinatie met bijvoorbeeld alcohol zijn bijwerkingen en risico's verbonden.

- De bijwerkingen zijn onder andere "sedatie met een zwaar gevoel", evenwichtsstoornissen, trage spraak, desoriëntatie, geheugenstoornissen, cognitieve functiestoornissen, het verlies van initiatief, trager reageren, geheugen- en concentratieproblemen, emotionele en relationele vervlakking, het niet verwerken van pijnlijke ervaringen en verminderde kwaliteit van de slaap, waardoor men overdag suf of moe is [1,2].
- De risico's zijn onder andere valincidenten, met name bij ouderen [3], verkeersongelukken [4] en andere ongevallen [2]. Van de automobilisten die slaapmedicatie gebruiken, neemt ruim 20% wel eens deel aan het verkeer terwijl de slaapmedicatie nog niet is uitgewerkt [5].
- Bij het stoppen of afbouwen van het chronisch gebruik kunnen de oorspronkelijke klachten verergeren. Ook zijn er aanwijzingen dat het gebruik van benzodiazepinen door ouderen de kans op dementie verhoogt [6] en cognitieve achteruitgang bij mensen met de ziekte van Alzheimer versterkt [7].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Lader M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? Vol. 77, British Journal of Clinical Pharmacology. 2014. p. 295–301.
2. Paling E, Dijkstra B, De jong C, Schellekens A. Prevalentie en behandeling van benzodiazepineverslaving. Vol. 48, Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie. 2015. p. 185–198.
3. Broekhuizen L. Gevallen door oxazepam. Vol. 57, Huisarts en Wetenschap. 2014. p. 3.
4. Leufkens TRM, Ramaekers JG, De Weerd AW, Riedel WJ, Vermeeren A. Residual effects of zopiclone 7.5 mg on highway driving performance in insomnia patients and healthy controls: a placebo controlled crossover study. Vol. 231, Psychopharmacology. 2014. p. 2785–2798.
5. NSWO. Slaap en verkeersveiligheid in Nederland: Persmap Nationale Slaapweek 16-21 maart 2015. Leiden: NSWO; 2015.
6. Pleumeekers B. Benzodiazepinen geven meer kans op Alzheimer. Vol. 58, Huisarts en Wetenschap. 2015. p. 4.
7. Defrancesco M, Marksteiner J, Fleischhacker WW, Blasko I. Use of Benzodiazepines in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Literature. Vol. 18, International Journal of Neuropsychopharmacology. 2015. p. 1–11.

10.7.2 Sterfte

In het kort: In de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS werden in 2021 in totaal 70 sterfgevallen geregistreerd waarbij het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen de doodsoorzaak was. Het merendeel van de gevallen (86%) betrof suïcides.

Doodsoorzakenstatistiek van het CBS

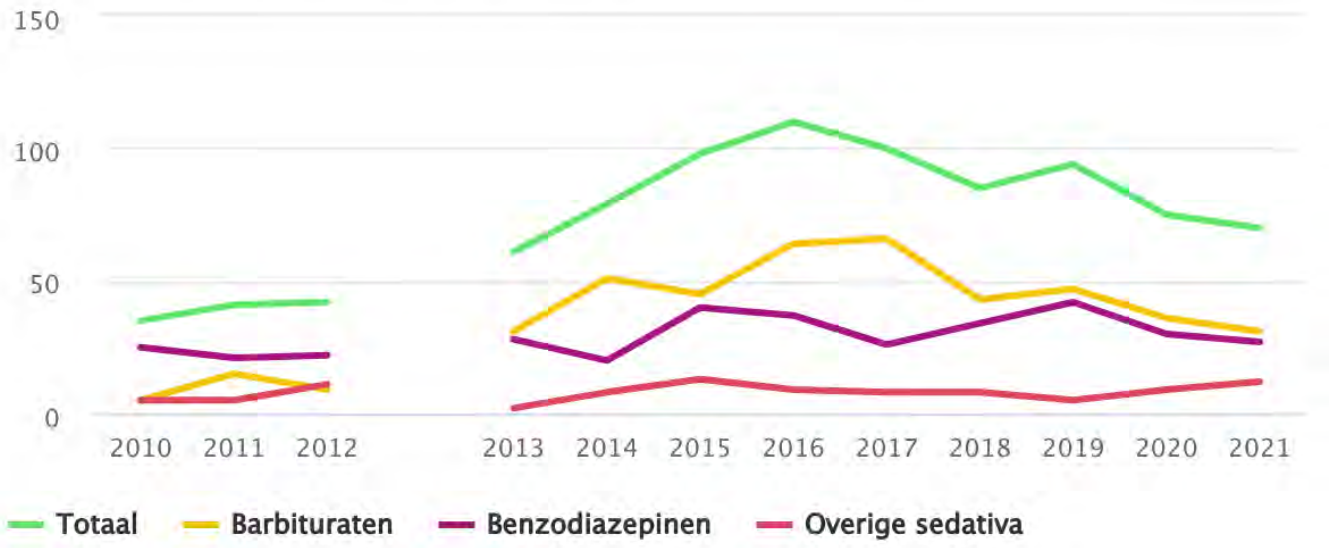
De Doodsoorzakenstatistiek van het CBS bevat gegevens over de direct-acute sterfte (ofwel overdosering) door onder andere benzodiazepinen, barbituraten, en overige sedativa. Als slaap- of kalmeringsmiddel zijn de barbituraten momenteel vervangen door de benzodiazepinen. Het betreft in deze paragraaf alleen het aantal gevallen waarin deze middelen als de onderliggende doodsoorzaak zijn geregistreerd. Daarnaast is er nog een onbekend aantal gevallen waarin deze middelen, vaak in combinatie met andere middelen, een bijdrage hebben geleverd aan het overlijden. Ook kunnen slaap- of kalmeringsmiddelen indirect bijdragen aan het overlijden, bijvoorbeeld doordat iemand onder invloed van deze middelen betrokken raakt bij een dodelijk verkeersongeluk.

Vanwege de overgang naar automatische codering in 2013 van de natuurlijke overlijdens kunnen de gegevens vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de gegevens van de voorafgaande jaren. Bovendien kunnen wijzigingen in de registratie (zoals het elektronisch aanleveren van de doodsoorzakenformulieren) en het detecteren van aan middelen geregistreerde sterfte, zoals een toename van kwantitatief of kwalitatief toxicologisch onderzoek door forensisch artsen, van invloed zijn geweest op de aantallen en de trends (zie bijlage B4). De cijfers moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

In 2021 stonden er in totaal 70 sterfgevallen geregistreerd waarbij het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen de doodsoorzaak was. Het merendeel van de gevallen (86%) betrof suïcides.

- Tussen 2009 en 2012 schommelde het aantal gevallen rond gemiddeld 39 gevallen per jaar (zie onderstaand figuur).
- Tussen 2013 en 2016 is het aantal gevallen bijna verdubbeld van 61 naar 110, vooral door een stijging in de gevallen waarin barbituraten een rol speelden. Tussen 2016 en 2021 daalde het aantal gevallen met enige fluctuaties met 36% naar 70 gevallen.
- Van 2013 tot en met 2021 samengenomen ging het bij de gevallen waarin benzodiazepinen betrokken waren, in 87,0% van de gevallen om suïcide. Bij de gevallen waarin overige sedativa betrokken waren, ging het in 86,5% van de gevallen om suïcide. In de gevallen waarin barbituraten betrokken waren, ging het in 99,5% van de gevallen om suïcide.

Sterfgevallen door overdosering van slaap- of kalmeringsmiddelen in Nederland, vanaf 2010



Aantal sterfgevallen. 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; Overige 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. In 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van de doodsoorzaken, waardoor de gegevens van 2013-2021 niet rechtstreeks vergeleken kunnen worden met de gegevens van 2010-2012. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

	Totaal	Barbituraten	Benzodiazepinen	Overige sedativa
2010	35	5	25	5
2011	41	15	21	5
2012	42	9	22	11
2013	61	31	28	2
2014	79	51	20	8
2015	98	45	40	13

	Totaal	Barbituraten	Benzodiazepinen	Overige sedativa
2016	110	64	37	9
2017	100	66	26	8
2018	85	43	34	8
2019	94	47	42	5
2020	75	36	30	9
2021	70	31	27	12

10.8 Aanbod en markt

Op voorschrift van een arts

Benzodiazepinen zijn op voorschrift van een arts voor bepaalde indicaties verkrijgbaar.

- In het voorafgaande werd er in paragraaf 10.2 al op gewezen dat de vergoeding van benzodiazepinen via de basisverzekering per 1 januari 2009 sterk is ingeperkt. Sindsdien geldt de vergoeding alleen nog voor een kleine groep patiënten voor enkele specifieke indicaties. Deze indicaties zijn epilepsie, angststoornissen indien therapie met antidepressiva heeft gefaald, meervoudige psychiatrische problematiek en palliatieve sedatie bij terminale zorg; ook wordt diazepam vergoed bij spierspasmen door neurologische aandoeningen [1].
- Worden de slaap- of kalmeringsmiddelen niet vergoed door de zorgverzekeraar, dan kan men zelf hiervoor betalen. Tussen 2018 en 2019 daalde het bedrag dat men zelf betaalde van 45,3 miljoen euro [2] naar 44,1 miljoen euro [3].
- Het bedrag dat door de zorgverzekeraars werd vergoed voor slaap- en kalmeringsmiddelen daalde volgens gegevens uit het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) van ongeveer 27,1 miljoen euro in 2008 naar ongeveer 7,3 miljoen in 2009. In 2019 lag dit bedrag op ongeveer 14,2 miljoen euro [4].

Vervalsen van recepten

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 de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGZJ). De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) heeft de afgelopen jaren gewaarschuwd voor vervalste recepten voor tal van slaap- en kalmeringsmiddelen.
- Er zijn geen cijfers beschikbaar over het totaal aantal vervalste recepten.

Kopen via internet

Een andere manier om aan medicijnen te komen, is het kopen van medicijnen via internet.

- In augustus 2015 vond een onderzoek plaats onder mensen van 18-90 jaar naar het kopen van medicijnen via internet [5]. De gemiddelde leeftijd van de onderzochte groep was 54 jaar. Het bleek dat naar schatting 10,2% van de Nederlanders wel eens medicijnen had gekocht via het internet. Van alle medicijnen die online werden gekocht, ging het in 14,2% van de gevallen om slaap- en kalmeringsmiddelen. Van de medicijnen die illegaal via het internet werden gekocht, ging het in 18,9% van de gevallen om slaap- en kalmeringsmiddelen.
- Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) wijst in dit verband op het gevaar van ‘nepmedicijnen’ die via internet worden verkocht. Artsen worden opgeroepen om alert te zijn op de gezondheidsschade die wordt aangericht door deze nepmedicijnen [6]. Aanbieders van medicijnen op het internet moeten zich sinds 1 juli 2015 aanmelden voor registratie bij de Dienst voor registers van het Ministerie van VWS, het CIBG. Op 10 mei 2016 heeft het Ministerie

van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een publiekscampagne gelanceerd om te wijzen op de gevaren van vervalste medicijnen. De campagne geeft handvatten om de betrouwbaarheid van online aanbieders van medicijnen te controleren [7].
- Midden 2015 heeft de Nederlandse douane opgetreden tegen de internethandel in illegale geneesmiddelen. Er werden 100 pakketten met in totaal ruim 155.000 potentieel gevaarlijke illegale geneesmiddelen in beslag genomen. Het ging vooral om erectiepillen, afslankmiddelen en slaapmiddelen.

Nieuwe benzodiazepinen

Het Meldpunt Nieuwe Drugs (MND) verzamelt gegevens die afkomstig zijn van het Douanelaboratorium, het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) en het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) [8,9].

In 2018 signaleerde het MND acht varianten van nieuwe benzodiazepinen, waarbij bromazolam, chloordiazepam, en nitrazolam voor het eerst werden gesignaleerd. Clonazolam, diclazepam, etizolam en flubromazepam werden ook al aangetroffen in 2017 [10].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. SFK. Gebruik benzodiazepines daalt gestaag, maar traag. Vol. 151, Pharmaceutisch Weekblad. 2016.
2. SFK. Ruim 200 miljoen euro zelf betaald voor medicijnen, 21 maart 2019, Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 154 Nr 12 [Internet]. 2019. Available from: https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2019/ruim-200-miljoen-euro-zelf-betaald-voor-medicijnen.
3. SFK. Data en feiten 2020: Het jaar 2019 in cijfers. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen; 2020.
4. Zorginstituut-Nederland. GIPdatabank.nl: Het aantal gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen, 2003 - 2017: Geactualiseerd op: 26-02-2019 [Internet]. 2019. Available from: https://www.gipdatabank.nl/databank#/g//85_ben/gebr/bijlage.
5. Koenraadt R, Van de Ven K. The Internet and lifestyle drugs: an analysis of demographic characteristics, methods, and motives of online purchasers of illicit lifestyle drugs in the Netherlands [Internet]. Vol. 25, Drugs: Education, Prevention and Policy. Informa UK Ltd.; 2018. p. 345–355. Available from: https://doi.org/10.1080/09687637.2017.1369936
6. Venhuis B, De Hon O, Puiman J. Meer schade door internetpillen: melden moet: Doorvragen in de spreekkamer kan beunhazen aan het licht brengen. Medisch Contact. 2014. p. 946–948.
7. Rijksoverheid.nl. Rijksoverheid.nl: Stappenplan om betrouwbare medicijnen via internet te bestellen [Internet]. 2019. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geneesmiddelen/vraag-en-antwoord/stappenplan-controleren-betrouwbaarheid-online-aanbieder-van-medicijnen.
8. Smit-Rigter L, Van der Gouwe D. Meldpunt Nieuwe Drugs (MND): Jaarrapportage 2019. Utrecht: Bureau DIMS; 2020.
9. Smit-Rigter L, Oomen P, Van der Gouwe D. Meldpunt Nieuwe Drugs (MND): Jaarrapportage 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
10. Smit-Rigter L, Van der Gouwe D. Meldpunt Nieuwe Drugs (MND): Jaarrapportage 2018. Utrecht:

Bureau DIMS; 2019.



Alcohol

11.0 Laatste feiten en trends

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

Alcoholgebruik in de volwassen bevolking

- In 2021 had ruim driekwart (78,0%) van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder in de afgelopen 12 maanden wel eens alcohol gedronken. Dat komt neer op bijna 11 miljoen volwassenen. Het percentage is in 2021 niet veranderd vergeleken met 2020 (§ 11.2.1).
- In de periode 2014-2018 schommelde het percentage volwassenen dat weleens drinkt rond de 80%. Vergeleken met deze periode lag het percentage in 2021 dus iets lager (§ 11.2.1).
- Het aandeel volwassen Nederlanders dat voldoet aan het advies van de Gezondheidsraad (niet drinken of niet meer dan 1 glas alcohol per dag) was in 2021 (44,0%) gelijk gebleven aan 2020 (44,4%). Tussen 2014 en 2020 was nog sprake van een stijging (§ 11.2.1).
- Het percentage overmatige drinkers was in 2021 (7,3%) niet veranderd vergeleken met 2020 (§ 11.2.1).
- Ook het percentage zware drinkers (8,3%) was in 2021 gelijk aan 2020. Vergeleken met 2014 en 2015 was het percentage zware drinkers in 2021 wel iets gedaald (§ 11.2.1).
- Net als in voorgaande jaren dronken in 2021 meer mannen dan vrouwen (weleens, zwaar, overmatig) alcohol. Daarnaast dronken meer vrouwen dan mannen nooit alcohol en houden meer vrouwen dan mannen zich aan de richtlijn van de Gezondheidsraad (§ 11.2.2).
- Jongvolwassenen dronken in 2021 vaker (weleens, zwaar, overmatig) alcohol dan de oudere leeftijdsgroepen (§ 11.2.2).
- De coronacrisis in 2020 heeft impact gehad op patronen van alcoholgebruik. Onderzoek suggereert dat het merendeel van de mensen evenveel alcohol bleef gebruiken na invoer van de coronamaatregelen. Van het overige deel zijn de mensen die meer zijn gaan drinken in de minderheid (§11.1.2).
- Volgens verkoopcijfers is de alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking sinds 2010 stabiel. Wel wordt in 2019 opnieuw een toename in de verkoop van alcoholvrij bier geconstateerd (§ 11.2.4).
- Een op de tien volwassenen dronk in 2020 maandelijks alcoholvrij bier, meer mannen dan vrouwen. Mensen die wel eens alcohol drinken, drinken twee keer zo vaak alcoholvrij bier als mensen die geen alcohol drinken (§ 11.2.3).

Alcoholgebruik onder jongeren (<18 jaar)

- Het ooitgebruik van alcohol, het laatste-maand-gebruik en het binge drinken onder 12-16-jarige scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs is tussen 2015 en 2019 niet meer gedaald (§ 11.3).
- Tussen jongens en meisjes van 12 t/m 16 jaar waren in 2019 nauwelijks verschillen in binge drinken en in alcoholgebruik in de afgelopen maand (§ 11.3.2).
- Het percentage jongeren dat ervaring heeft met alcoholgebruik was in 2021 het laagst in de regio’s Haaglanden en Amsterdam en het hoogst in de regio’s Twente en Zuid-Limburg (§ 11.3).
- Er waren in 2020 geen duidelijke verschillen in alcoholgebruik tussen jongeren uit het praktijkonderwijs, speciaal voortgezet onderwijs en de residentiële jeugdzorg (RJZ) vergeleken met jongeren uit het regulier onderwijs. Alleen het ooitgebruik van alcohol ligt in de residentiële

jeugdzorg beduidend hoger (§ 11.3.7).
- Internationaal gezien lag het alcoholgebruik onder Nederlandse 15-16-jarige scholieren in 2019 boven het gemiddelde van 35 Europese landen. Het aandeel Nederlandse 15-16-jarigen dat het gemakkelijk vindt om aan alcohol te komen lag in 2019 op het Europees gemiddelde. Beide bevindingen zijn vergelijkbaar met wat in 2015 werd gevonden (§ 11.5.2).

Gevolgen van alcoholgebruik

- Het aantal patiënten dat minimaal één keer is opgenomen in de algemene ziekenhuizen met een probleem gerelateerd aan alcohol als hoofddiagnose of nevendiagnose, was tussen 2015 en 2018 gestegen van 20.585 naar 21.630 alcoholpatiënten (§ 11.6).
- Het aantal SEH-behandelingen gerelateerd aan alcohol (alcoholvergiftiging en letsel) was tussen 2010 en 2019 flink toegenomen. In 2020 daalde dit aantal, waarschijnlijk onder invloed van de coronamaatregelen (§ 11.6).
- Het aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen in 2021 werd door het RIVM geschat op 2.390 (marges: 1.890-3.850) (§ 11.7.2).

11.1 Over alcohol (en corona)

11.1.1 Over alcohol

Soorten alcoholhoudende dranken

Alcohol ontstaat uit het vergisten van granen en vruchten. Alcohol wordt gedronken in de vorm van bier, wijn, gedistilleerd of mixdrankjes. Een standaardglas bier (25 cl), wijn (10 cl) en borrel sterke gedistilleerde drank (3,5 cl) bevatten allemaal ongeveer 10 gram pure alcohol. De meeste glazen bevatten echter meer alcohol dan een standaardglas.

Effecten

Alcohol werkt ontremmend en veroorzaakt een roes. Gebruik kan ontspannend en bevorderlijk zijn voor een goed humeur, maar ook een agressieve stemming versterken. Bij alcoholgebruik kunnen gewenning en tolerantie optreden en kan gebruik ontaarden in een stoornis in het gebruik van alcohol. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie richten invloedrijke strategieën om schadelijk alcoholgebruik te verminderen zich op de beschikbaarheid van alcohol, marketing en alcoholprijzen [1].

Alcohol behoort tot de belangrijkste risicofactoren voor ziekte en sterfte [1]. De totale alcoholconsumptie per capita is het hoogst in de tot de WHO behorende Europese landen. Wereldwijd hadden naar schatting 283 miljoen mensen een stoornis in het gebruik van alcohol in 2016 [1]. Volgens een recente studie op basis van cijfers van de WHO zijn in 2016 wereldwijd 3 miljoen mensen overleden aan de gevolgen van alcoholgebruik (5,3% van alle sterfgevallen) [1,2]. Volgens de Global Burden of Disease Study (GBD) is alcohol doodsoorzaak nummer 1 in de leeftijdscategorie 15-49-jarigen van de wereldbevolking [3] en sinds 1990 de grootste oorzaak van ziekte in de categorie 25-49-jarigen [4]. Ook de maatschappelijke en sociale schade door alcoholgebruik is groot [5].

Alcoholvrij

In dit hoofdstuk rapporteren wij steeds eerst over alcoholhoudende dranken en vervolgens over alcoholvrije dranken. Voor alcoholvrije dranken bestaat geen eenduidige bij de wet vastgelegde definitie. Een aantal definities is wel in de wet vastgelegd, zie § 11.2.3 (Warenwetbesluit Gereserveerde aanduidingen, 1998). Vragen over het gebruik van alcoholvrije dranken zijn sinds 2018 opgenomen in de aanvullende module van de Leefstijlmonitor onder volwassenen (zie bijlage A2) en sinds 2019 in het Peilstationsonderzoek onder jongeren [6]. Op dit moment is nog niet duidelijk of de consumptie van alcoholvrije bieren, wijnen en ciders mogelijk ongewenste effecten kan hebben op niet drinkende minderjarigen en volwassenen, zoals het wennen aan de smaak van bier of het sneller beginnen aan de consumptie van alcoholhoudende dranken.

Nationaal Preventieakkoord

Preventie en reductie van schadelijk alcoholgebruik behoort in Nederland tot de aandachtsgebieden van het volksgezondheidsbeleid. In het Nationaal Preventieakkoord (NPA) 2018 is alcohol één van de hoofdonderwerpen (Zie § 2.3.4 voor meer informatie). In het NPA worden de volgende ambities en

doelstellingen voor 2040 geformuleerd [7]:

1. *Geen alcoholgebruik tijdens de zwangerschap, zie § 11.2 Zwangeren,*
2. *Geen alcoholgebruik onder de 18 jaar, zie § 11.3,*
3. *Minder overmatig en zwaar alcoholgebruik, zie § 11.2.3 Overmatig drinken en Zwaar drinken,*
4. *De bewustwording van het eigen drinkgedrag en de effecten daarvan neemt toe.*

Bronnen

1. Health Organization W. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018.
2. Shield K, Manthey J, Rylett M, Probst C, Wettlaufer A, Parry CDH, et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study [Internet]. Vol. 5, The Lancet Public Health. The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license; 2020. p. e51–e61. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266719302312 http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30231-2
3. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Vol. 392, Lancet (London, England). GBD 2016 Alcohol Collaborators; 2018. p. 1015–1035.
4. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 [Internet]. Vol. 396, The Lancet. 2020. p. 1223–1249. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620307522
5. Kypri K, McCambridge J. Alcohol must be recognised as a drug. Vol. 362, BMJ (Clinical research ed.). 2018. p. k3944.
6. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
7. T.K.32793-339. Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Nationaal Preventieakkoord. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.

11.1.2 Effect van de coronamaatregelen op het gebruik van alcohol

In deze paragraaf vatten wij gegevens samen uit onderzoeken onder de algemene bevolking, studenten in het hoger onderwijs en specifieke studies naar de impact van de coronacrisis op het alcoholgebruik.

Er zijn verschillende onderzoeken en monitors die een beeld geven van het alcoholgebruik tijdens de coronapandemie (§ 11.2, [1–3]). De onderzoeken suggereren in hoofdlijnen dat de coronamaatregelen verschillende effecten gehad op het gebruik van alcohol. Sommigen zijn minder gaan drinken, maar anderen zijn juist meer gaan drinken. Degenen die minder zijn gaan drinken, zijn doorgaans in de meerderheid. De meeste mensen wijzigden hun alcoholgebruik echter niet. Uit de onderzoeken blijkt dat het percentage dat minder is gaan drinken hoger ligt in zowel de algemene bevolking als onder jongvolwassenen, uitgaanders en studenten. De verschillende resultaten worden op het einde van deze pagina nog eens samengevat in een tabel. Van belang is ook dat de resultaten uit deze onderzoeken een momentopname zijn geweest. De coronamaatregelen zijn sinds de verschillende perioden van dataverzameling weer aangepast. De impact daarvan is nog niet bekend. Van belang is bovendien dat in veel onderzoeken de steekproef niet representatief is voor de Nederlandse bevolking of de doelgroep van het onderzoek en dat de resultaten van de verschillende onderzoeken niet één op één met elkaar kunnen worden vergeleken vanwege verschillen in doelgroep en methode.

Algemene bevolking

Het effect van de coronamaatregelen op het gebruik van alcohol in de algemene bevolking tijdens de eerste lockdown is onderzocht door zowel het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) als het Voedingscentrum Nederland. Het RIVM onderzocht de effecten gedurende meerdere rondes (tussen 17 april 2020 en 28 maart 2021) onder mensen van 16 jaar en ouder, met in de eerste ronde 89.945 respondenten en in de elfde ronde 47.254 respondenten [4]. Het RIVM vroeg de respondenten of zij tijdens de corona-maatregelen veel minder alcohol waren gaan gebruiken, minder alcohol waren gaan gebruiken, even veel waren blijven gebruiken, meer waren gaan gebruiken of veel meer alcohol waren gaan gebruiken. Daarbij konden ze ook aangeven dat ze geen alcohol dronken.

Het Voedingscentrum Nederland ondervroeg 1.030 respondenten van 18 jaar en ouder [5]. Tijdens de eerste coronamaatregelen werd de respondenten gevraagd of zij in de afgelopen weken meer of minder alcohol waren gaan drinken. Zij konden daarop antwoorden dat ze meer alcohol waren gaan drinken dan normaal, evenveel als normaal of minder alcohol dan normaal waren gaan drinken. Ook konden ze antwoorden dat ze normaal geen alcohol dronken en nu tijdens de coronamaatregelen ook niet.

Alle acht metingen van het RIVM vertoonden hetzelfde patroon, in de laatste meting werd gevonden dat 28,2% minder was gaan drinken, vergeleken met 10,7% drinkers die meer waren gaan drinken. Het Voedingscentrum Nederland vond een overeenkomstig patroon met 26% die minder was gaan drinken vergeleken met 11% die meer was gaan drinken. Het alcoholgebruik lijkt bij de meeste mensen, ongeveer 70%, dus stabiel gebleven.

Alcoholgebruikers uit de Global Drug Survey

Op 4 mei 2020 startte de Global Drug Survey (GDS) een online onderzoek naar de impact van de coronacrisis op het gebruik van alcohol en drugs [6]. De eerste resultaten werden gepubliceerd op 2 juni 2020. Er deden meer dan 40.000 respondenten mee aan dit internationale onderzoek, waarvan 3.300 uit Nederland. De respondenten die alcohol dronken werd gevraagd naar het aantal dagen waarop men had gedronken in de afgelopen 30 dagen en naar het aantal glazen dat men dronk per dag. Voor Nederland werd gevonden dat minder dan de helft meer was gaan drinken (46,3%).

Studenten in Nederland

De Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs onderzocht in 2021 voor het eerst de mentale gezondheid en het middelengebruik onder studenten in het Hoger Beroepsonderwijs (HBO) en het wetenschappelijke onderwijs (universiteit) [2]. Het gaat om een landelijk onderzoek waaraan 28.442 studenten deelnamen, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs. Studenten werden ook bevraagd over de verandering in hun alcoholgebruik ten gevolge van de coronapandemie. Een deel van de studenten gaf aan dat de vraag niet op hen van toepassing was (17%), vermoedelijk omdat zij geen alcohol gebruikten. Van de overige studenten gaf bijna de helft (45%) aan minder alcohol te zijn gaan gebruiken, 39% rapporteerde geen verandering in hun alcoholgebruik en 16% dronk meer alcohol als gevolg van de coronacrisis.

Uitgaanders

In het kader van het Grote Uitgaansonderzoek 2020 (HGU 2020) zijn de effecten van de coronacrisis op het middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen twee keer in kaart gebracht. Het eerste onderzoek werd uitgevoerd in april en mei 2020, tijdens de eerste lockdown [7]. De resultaten van het eerste onderzoek zijn samengevat te vinden in [7]. In september en oktober is een tweede onderzoek uitgevoerd [1]. In dit vervolgonderzoek is teruggekeken op zowel de periode van de eerste lockdown (15 maart – 1 juni 2020) als de periode van de versoepeling van de coronamaatregelen tijdens de zomer van 2020 (1 juni – 1 september 2020).

- In beide periodes dronk bijna de helft van de uitgaanders op minder dagen dan in dezelfde periode in 2019 [1]. Dit komt overeen met de bevindingen uit het eerste onderzoek HGU 2020 [7].
- Tijdens de versoepelingen dronk 63,5% van de uitgaanders op meer dagen alcohol dan tijdens de lockdown [1].
- Tijdens de lockdown werd alcohol voornamelijk thuis gedronken (93,5%), gevolgd door afspraken binnen met vrienden (73,0%) en bij een virtuele borrel (50,2%). Tijdens de versoepelingen gebeurde dat vooral thuis (87,5%), in het café (84,7%) en bij afspraken met vrienden binnen (77,9%) [1].
- Twee van de door uitgaanders meest genoemde voordelen van het niet uit kunnen gaan waren: minder alcoholgebruik (42,8%) en minder last hebben van alcohol (26,9%) [1].

Studenten van de Wageningen University & Research

In mei 2020 vulden 1.484 studenten van de Wageningen University & Research een online vragenlijst in over hun welzijn tijdens de coronacrisis [8]. Daarbij werd ook gevraagd hoeveel eenheden alcohol

ze per week dronken vóór en na de coronamaatregelen. In de periode van de eerste coronamaatregelen werd een daling gevonden in het gebruik van alcohol onder deze studenten.

Professionals voor psychische hulp

Een ander onderzoek is niet onder patiënten uitgevoerd, maar onder professionals in de frontlinie van de psychische hulp. Op deze landelijke vragenlijst die werd uitgezet door het Trimbos-instituut, werd gereageerd door 1.862 respondenten [9]. De gegevens werden verzameld van 23 juni tot en met 20 juli 2020. De hulpverleners werd gevraagd naar zowel de frequentie als de mate van hun alcoholgebruik. Het bleek dat van de

hulpverleners voor psychische hulp tijdens de coronacrisis 13,7% vaker of meer alcohol was gaan gebruiken en dat 11,6% minder vaak of minder alcohol per keer was gaan gebruiken.

Samenvatting van de resultaten over de impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op het gebruik van alcohol

Doelgroep	Monitorinstelling	Leeftijd Methode Aantal respondenten	Periode	Maat	Impact van COVID-19 en coronamaatregelen op alcoholgebruik: Daling (%)	Gelijk (%)	Stijging (%)
Algemene bevolking	RIVM gedragsonderzoek	-18 jaar en ouder - online vragenlijst - 64.171 respondenten 8e periode	Acht perioden	van de mensen die alcohol drinken, het percentage dat heeft geantwoord minder, even veel of meer alcohol te zijn gaan gebruiken vergeleken met de periode voor de coronacrisis			
			17 tot en met 24 april 2020		16,8	69,3	13,9
			7 tot en met 12 mei 2020		16,6	64,8	18,2
			27 mei tot en met 1 juni 2020		18,5	66,2	15,3
			17 tot en met 21 juni 2020		18,3	69,9	11,8
			8 tot en met 12 juli 2020		17,8	71,7	10,5
			19 tot en met 23 augustus 2020		19,3	68,5	12,2
			30 september tot en met 4 oktober 2020		21	78,5	8,5
			11 tot en met 15 november 2020		26,1	63,4	10,5
			30 december 2020 tot en met 3 januari 2021		18,7	83,9	12,8
			24 tot en met 26 maart 2021		28,2	61,1	10,1
	Voedingscentrum Nederland	- 18 jaar en ouder - online vragenlijst - 1.030 respondenten	22 april tot en met 28 april 2020	van de mensen die alcohol gebruiken, het percentage dat heeft geantwoord minder, even veel of meer alcohol te zijn gaan drinken in de afgelopen weken			
		algemene bevolking inclusief onderstaande uitsplitsingen			28	60	11
		studenten (n = 56)			65	24	12
		vermeld (n = 565)			19	67	14
		niet-vermeld (n = 183)			19	83	7
		met pensioen (n = 238)			17	78	5
		- 18 jaar en ouder - online vragenlijst - 1.265 respondenten	3 november tot 10 november 2020	van de mensen die alcohol gebruiken, het percentage dat heeft geantwoord minder, even veel of meer alcohol te zijn gaan drinken dan normaal (vóór de coronacrisis)	24	66	8
				van de mensen die alcohol gebruiken, het percentage dat heeft geantwoord minder, even veel of meer alcohol te zijn gaan drinken dan in de weken vóór 13 oktober (datum verscherpte coronamaatregelen)	22	73	5
Jongvolwassenen	Global Drugs Survey	- mediaan 24 jaar - online vragenlijst - 3.360 respondenten	4 mei tot en met 2 juni 2020	van de mensen die drinken, het percentage dat, antwoordde dat het aantal dagen waarop men dronk in de afgelopen 30 dagen was gedaagen vergeleken met vóór de coronacrisis	-	-	46,3
Uitgaanders	Het Grote Uitgaansonderzoek	- 16 t/m 35 jaar - Online vragenlijst - 4.460 respondenten	28 april tot en met 19 mei 2020	van de uitgaanders die alcohol blieven gebruiken de frequentie van gebruik	54,1	23,9	23,5
	Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek	-16 t/m 35 jaar -Online vragenlijst -3.765 respondenten	18 september tot en met 18 oktober 2020	verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer alcohol hadden gebruikt tijdens de lockdown (15 maart tot 1 juni 2020) en dezelfde periode in 2019	48,1	23,8	28,0
				verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer alcohol hadden gebruikt tijdens de versoepelingen (1 juni tot 1 september 2020) en dezelfde periode in 2019	48,7	27,2	24,1
Studenten	Wageningen University & Research	- mediaan 22 jaar - online vragenlijst - 1.484 studenten	mei 2020	aantal eenheden alcohol per week vóór en na de eerste coronamaatregelen in de totale steekproefonder de drinkers	Daling		
	Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs	- 16 jaar en ouder - Online vragenlijst - 28.442 respondenten	maart 2021 tot en met half mei 2021	verandering in mate van gebruik (minder, niet veranderd, meer) ten tijde van invullen vragenlijst ten opzichte van de periode voor corona onder studenten die alcohol drinken	45	39	16
Professionals voor psychische hulp	Trimbos-instituut	- gemiddelde leeftijd 43,7 jaar - online vragenlijst - 1.862 professionals voor psychische hulp	23 juni tot en met 29 juli 2020	het percentage dat aangaf meer of minder alcohol te gebruiken sinds de start van de coronacrisis, onder de totale steekproef	11,6	-	13,7

1. Vanwege verschillen in de methoden en steekproeftrekkingen dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd. 2. Deelnemers werden alleen gericht/uitgenodigd als zij minimaal één keer in het jaar voor corona (13 maart 2019 - 13 maart 2020) een club of festival hadden bezocht. Bronnen: RIVM gedragsonderzoek, Voedingscentrum Nederland, Global Drug Survey, Het Grote Uitgaansonderzoek 2020, Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek 2020, Covid-19 International Student Well-being Study (C19 ISWS), Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport I Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs, Impact van de coronacrisis op het werk en welzijn van professionals voor psychische hulp Eindrapport.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar MW. Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie van maart tot september 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–123.
3. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2020 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
4. Milieu R voor Volksgezondheid en. Onderzoek gedragsmaatregelen en welbevinden: Resultaten 7e ronde: Welbevinden en leefstijl: Wijzigingsdatum 16-10-2020 | 10:30 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden/welbevinden-en-leefstijl.
5. Voedingscentrum.nl. Meeste Nederlanders eten niet anders door coronamaatregelen: 7 mei 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.voedingscentrum.nl/nl/nieuws/meeste-nederlanders-eten-niet-anders-door-corona maatregelen-covid-19.aspx.
6. Globaldrugsurvey.com. GDS special edition on Covid-19 interim report global 02/06/2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/themes/globaldrugsurvey/assets/GDS_COVID-19-GLOBAL_Interim Report-FINAL.pdf.
7. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Beek R. Factsheet: De impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op alcohol-, tabak- en drugsgebruik onder uitgaanders. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
8. Super S, Van Disseldorp L. Covid-19 International Student Well-being Study (C19 ISWS): Data from Wageningen University & Research: June 2020. Wageningen: Wageningen University & Research, Department of Social Sciences, Subdivision Health and Society; 2020.
9. Van Bon-Martens M, Van Doesum T, Leone S, De Beurs D, Kroon H, Shields-Zeeman L. Impact van de coronacrisis op het werk en welzijn van professionals voor psychische hulp: Eindrapport. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

11.2 Gebruik: algemene bevolking

11.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: Het alcoholgebruik onder volwassenen is tussen 2020 en 2021 niet veranderd.

Snel naar:

- Kerncijfers 2021
- Trends in alcoholgebruik

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van alcohol in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête (GE), jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

De Gezondheidsenquête wordt vanaf 2014 als primaire bron voor de prevalenties van alcoholgebruik in Nederland gehanteerd. Het alcoholbeleid, zoals gepresenteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvenz.nl), wordt op deze kerncijfers gebaseerd. De gegevens worden jaarlijks op een vergelijkbare manier verzameld zodat vanaf 2014 trends kunnen worden beschreven. De meest recente gegevens van de GE zijn verzameld in 2021.

Regionale cijfers over het drinkgedrag zijn afkomstig van de Gezondheidsmonitor van de GGDen, samen met het CBS en het RIVM. Deze monitor is in 2012 gestart en wordt vierjaarlijks uitgevoerd in de bevolking vanaf 19 jaar. De laatste meting vond plaats in 2020.

Definities

In dit hoofdstuk worden de volgende definities gehanteerd:

- Weleens alcohol drinken: tenminste éénmaal alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden (laatste jaar prevalentie).
- Overmatig drinken: het drinken van meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen.
- Zwaar drinken: het drinken van minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag voor mannen en het drinken van minstens één keer per week 4 of meer glazen op één dag voor vrouwen.
- Drinken volgens de richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad (in de NDM ook wel ‘de

richtlijn' of 'het drinkadvies' genoemd): niet drinken of niet meer dan één glas per dag.

Kerncijfers 2021

- In 2021 had 78,0% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder in de afgelopen 12 maanden wel eens alcohol gedronken (zie onderstaande tabel). Dat komt neer op bijna 11 miljoen volwassenen.
- Iets meer dan een op de acht volwassenen (13,6%) had wel ooit maar niet in het afgelopen jaar alcohol gedronken.
- Iets minder dan een op tien volwassenen (8,4%) had nooit alcohol gedronken.

Percentage en absolute aantal alcoholgebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2021

	%	Absoluut aantal (Afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% betrouwbaarheidsinterval
Laatste jaar	78,0	10.800.000	10.640.000-10.970.000
Ooit maar niet het laatste jaar	13,6	1.880.000	1.760.000-2.010.000
Nooit	8,4	1.160.000	1.060.000-1.270.000

Percentage volwassenen dat dronk in het laatste jaar, percentage volwassenen dat ooit dronk maar niet in het laatste jaar en percentage volwassenen dat nooit heeft gedronken. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder in iedere categorie is afgerond op tienduizendtallen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2021.

- In 2021 was 8,3% van de bevolking van 18 jaar en ouder een zware drinker en dronk 7,3% overmatig.
- In 2020 voldeed 44,0% van de totale bevolking van 18 jaar of ouder aan de richtlijn om geen alcohol te drinken of in ieder geval niet meer dan één glas per dag.
- Een volwassene die wel eens drinkt, dronk in 2021 gemiddeld 1,1 glazen alcohol per dag.

Extra indicatoren alcoholgebruik: zwaar drinken, overmatig drinken, alcoholgebruik niet volgens de richtlijn en alcoholgebruik volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad in de bevolking van 18 jaar en ouder, in percentages en absolute aantallen. Peiljaar 2021

	%	Absoluut aantal (Afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% betrouwbaarheidsinterval
Zwaar drinken	8,3	1.130.000	1.030.000-1.230.000
Overmatig drinken	7,3	1.010.000	910.000-1.100.000
Niet drinken volgens de richtlijn	56,0	7.760.000	7.580.000-7.950.000
Drinken volgens de richtlijn	44,0	6.090.000	5.910.000-6.280.000

Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder en absoluut aantal volwassenen dat zwaar dronk, overmatig dronk, niet dronk volgens de richtlijn en dronk volgens de richtlijn in het laatste jaar. Zwaar drinken: minimaal één keer per week 6 of meer glazen (mannen) of 4 of meer glazen (vrouwen) alcohol op één dag. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Drinken volgens de richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad: geen alcohol of niet meer dan één glas per dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2021.

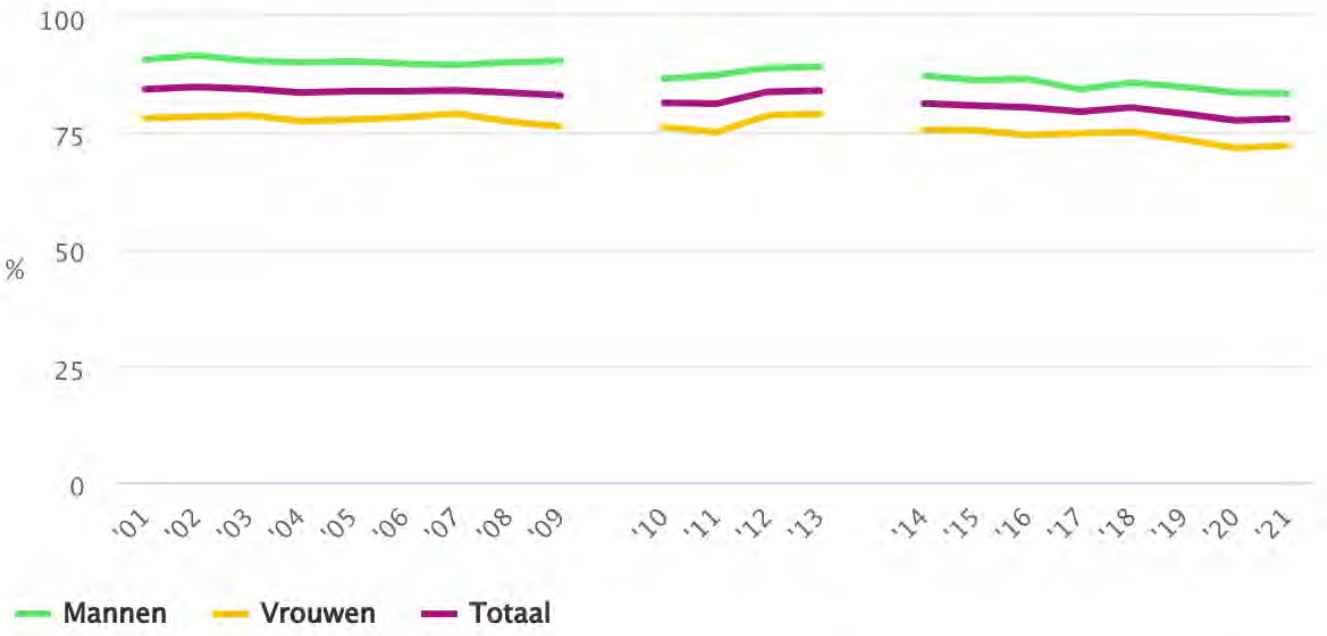
Trends in alcoholgebruik

Het percentage volwassenen dat wel eens alcohol drinkt is in 2021 vrijwel onveranderd vergeleken met 2020. Dat geldt eveneens voor het percentage mensen dat zwaar drinkt, overmatig drinkt en drinkt volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad. Vergeleken met 2014 is het percentage mensen dat wel eens, overmatig of zwaar drinkt in 2021 wel iets gedaald. Ook is het percentage dat drinkt volgens de richtlijn in 2021 hoger dan in 2014.

- Het percentage mensen dat wel eens alcohol drinkt (tenminste één keer in de afgelopen 12 maanden) verschilt in 2021 (78%) niet significant van de twee voorgaande jaren (2020 en 2019). Dit geldt voor mannen en vrouwen en voor alle leeftijdsgroepen (zie verder § 11.2.2).
- In de periode 2014-2018 schommelde het percentage drinkers rond de 80%. Vergeleken met deze periode ligt het percentage in 2021 dus iets lager (zie figuur hieronder).
- Ook het percentage mensen dat overmatig drinkt is tussen 2020 en 2021 gelijk gebleven. De daling die tussen 2019 en 2020 plaatsvond (van 8,5% naar 6,9%) lijkt zich dus niet voort te zetten. Mogelijk hangt het lagere percentage in 2020 samen met de coronapandemie.
- Vergeleken met 2014 (9,9%) ligt het percentage overmatige drinkers in 2021 (7,3%) lager. Dat geldt voor zowel mannen als vrouwen. De daling heeft zich vooral voorgedaan in de leeftijdsgroep 30-74 jaar. In de jongere groepen en onder 75-plussers is er tussen 2014 en 2021 geen verschil in het percentage overmatige drinkers (zie verder § 11.2.2).
- Het percentage zware drinkers is in 2021 (8,3%) significant lager dan in 2014 (9,2%) en 2015 (10,0%). Deze daling lijkt vooral onder mannen te hebben plaatsgevonden (zie verder § 11.2.2).
- Vanaf 2016 is het percentage zware drinkers op hetzelfde niveau gebleven (zie onderstaande figuur). In 2020 was het percentage iets lager (7,7%), maar niet significant verschillend van 2019 (8,5%) en 2021 (8,3%). Mogelijk heeft het lagere percentage in 2020 te maken met de coronapandemie.
- Het aandeel mensen dat drinkt volgens de richtlijn is in 2021 (44,0%) onveranderd vergeleken met 2020 (44,4%), terwijl tussen 2019 en 2020 nog sprake was van een significante stijging.
- Vergeleken met 2014 (37,4%) is het percentage mensen dat drinkt volgens de richtlijn in 2021 hoger. Dat geldt niet voor de 18-29-jarigen, in deze leeftijdsgroep is het percentage tussen 2014 en 2021 gelijk gebleven (zie verder § 11.2.2).
- Het percentage mensen dat nooit alcohol drinkt is gestaag gegroeid tussen 2014 (7,3%) en 2020 (9,5%). In 2021 daalt het percentage (8,4%) voor het eerst significant.
- Het aantal glazen dat een volwassene die wel eens drinkt, is in 2021 gelijk aan 2020 (gemiddeld 1,1 glazen alcohol per dag).

Op de lange termijn, sinds 2001, lijkt het percentage mensen dat wel eens alcohol drinkt in de bevolking van 18 jaar en ouder weinig te zijn veranderd. Het percentage overmatige drinker lijkt iets te zijn gedaald. De cijfers moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd gezien de methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014 (onderstaande figuur). De cijfers voor zwaar drinken van vóór 2014 zijn niet vergelijkbaar, vanwege zowel de methodebreuken als een gewijzigde definitie van zwaar drinken voor vrouwen sinds 2012 (was tot en met 2011 minimaal één keer per week 6 glazen op een dag drinken en werd vanaf 2012 minimaal één keer per week 4 glazen op een dag drinken). (voor meer informatie zie bijlage A1)

Percentage volwassenen dat alcohol drinkt in Nederland naar geslacht. Vanaf 2001[I]



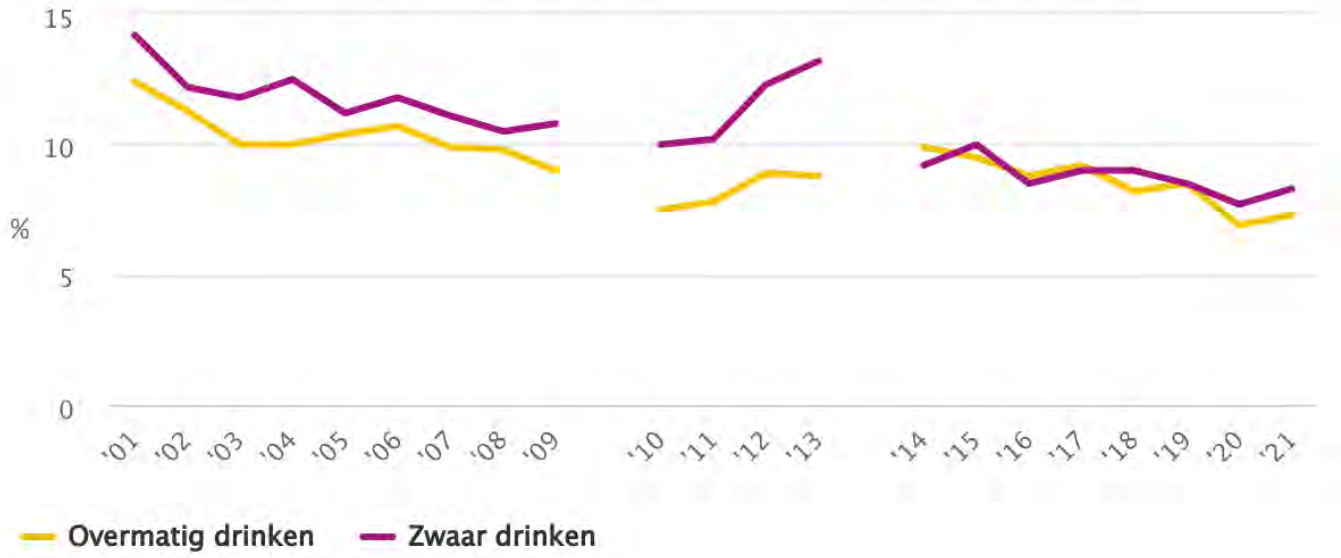
Percentage volwassenen dat wel eens drinkt (ten minste één keer in het afgelopen jaar). I. Tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014 zit een methodebreuk, waardoor de cijfers tussen deze periodes niet vergelijkbaar zijn. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2021.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

nullDrinker	Mannen	Vrouwen	Totaal
'01	90,7	78,1	84,3
'02	91,6	78,4	84,8
'03	90,4	78,7	84,4
'04	90,1	77,5	83,6
'05	90,3	77,8	83,9
'06	89,8	78,3	83,9
'07	89,5	79,1	84,1

nullDrinker	Mannen	Vrouwen	Totaal
'08	90,1	77,4	83,6
'09	90,4	76,3	83,0
'10	86,6	76,2	81,4
'11	87,4	75,1	81,2
'12	88,9	78,7	83,8
'13	89,1	79,0	84,0
'14	87,2	75,6	81,3
'15	86,3	75,5	80,8
'16	86,5	74,5	80,4
'17	84,3	74,8	79,5
'18	85,7	75,2	80,4
'19	84,8	73,5	79,1
'20	83,6	71,7	77,6
'21	83,4	72,2	78,0

Percentage volwassenen dat overmatig[I] en zwaar drinkt[II] in Nederland. Vanaf 2001[III]



I. Percentage overmatige drinkers (meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen)) II. Percentage zware drinkers (mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken, of vrouwen die minimaal één keer per week 6 glazen op een dag drinken (tot en met 2011) of 4 glazen op een dag drinken (vanaf 2012). III. Tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014 zit een methodebreuk, waardoor de cijfers tussen deze periodes niet vergelijkbaar zijn. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2021.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Overmatig drinken	Zwaar drinken
'01	12,4	14,2
'02	11,3	12,2
'03	10	11,8
'04	10	12,5
'05	10,4	11,2
'06	10,7	11,8
'07	9,9	11,1

	Overmatig drinken	Zwaar drinken
'08	9,8	10,5
'09	9	10,8
'10	7,5	10
'11	7,8	10,2
'12	8,9	12,3
'13	8,8	13,2
'14	9,9	9,2
'15	9,5	10
'16	8,8	8,5
'17	9,2	9
'18	8,2	9
'19	8,5	8,5
'20	6,9	7,7
'21	7,3	8,3

11.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Migratieachtergrond
- Stedelijkheid
- Regionale verschillen in alcoholgebruik
- Trends onder groepen in de volwassen bevolking

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van alcohol in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête (GE), jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

De Gezondheidsenquête wordt vanaf 2014 als primaire bron voor de prevalenties van alcoholgebruik in Nederland gehanteerd. Het alcoholbeleid, zoals gepresenteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvenz.nl), wordt op deze kerncijfers gebaseerd. De gegevens worden jaarlijks op een vergelijkbare manier verzameld zodat vanaf 2014 trends kunnen worden beschreven. De meest recente gegevens van de GE zijn verzameld in 2021.

Regionale cijfers over het drinkgedrag zijn afkomstig van de Gezondheidsmonitor van de GGDen, samen met het CBS en het RIVM. Deze monitor is in 2012 gestart en wordt vierjaarlijks uitgevoerd in de bevolking vanaf 19 jaar. De laatste meting vond plaats in 2020.

Definities

In dit hoofdstuk worden de volgende definities gehanteerd:

- Weleens alcohol drinken: tenminste éénmaal alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden (laatste jaar prevalentie).
- Overmatig drinken: het drinken van meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen.
- Zwaar drinken: het drinken van minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag voor mannen en het drinken van minstens één keer per week 4 of meer glazen op één dag voor vrouwen.
- Drinken volgens de richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad (in de NDM ook wel ‘de richtlijn’ of ‘het drinkadvies’ genoemd): niet drinken of niet meer dan één glas per dag.

Deze paragraaf beschrijft de kerncijfers over het gebruik van alcohol in 2021 uitgesplitst naar de volgende demografische groepen: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid. Daarnaast beschrijft deze paragraaf de trends in het percentage mensen dat drinkt voor verschillende groepen (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid).

Geslacht

Meer mannen dan vrouwen drinken (weleens, zwaar, overmatig) alcohol.

- In 2021 dronk 83,4% van de mannen van 18 jaar en ouder wel eens alcohol en 72,7% van de vrouwen.
- Zwaar drinken kwam ook vaker voor onder mannen (9,1%) dan onder vrouwen (7,4%).
- Meer mannen (8,6%) dan vrouwen (6,0%) dronken overmatig.
- Meer vrouwen (53,2%) dan mannen (34,5%) dronken volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad (niet meer dan één glas alcohol per dag).
- Meer vrouwen (10,9%) dan mannen (5,9%) dronken in 2021 nooit alcohol.
- Mannen dronken in 2021 gemiddeld meer glazen per dag dan vrouwen (1,4 versus 0,8).

Gebruik van alcohol in de bevolking van 18 jaar en ouder naar geslacht. Peiljaar 2021

	Laatste jaar (%)	Zwaar (%)	Overmatig (%)	Volgens de richtlijn (%)	Nooit (%)
Man	83,4	9,1	8,6	34,5	5,9
Vrouw	72,7	7,4	6,0	53,2	10,9

Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat tenminste eenmaal alcoholdronk in het laatste jaar, zwaar dronk, overmatig dronk, dronk volgens de richtlijn in het laatste jaar en nooit dronk. Zwaar drinken: minimaal één keer per week 6 of meer glazen (mannen) of 4 of meer glazen (vrouwen) alcohol op één dag. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Drinken volgens de richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad: geen alcohol of niet meer dan één glas per dag.
Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2021.

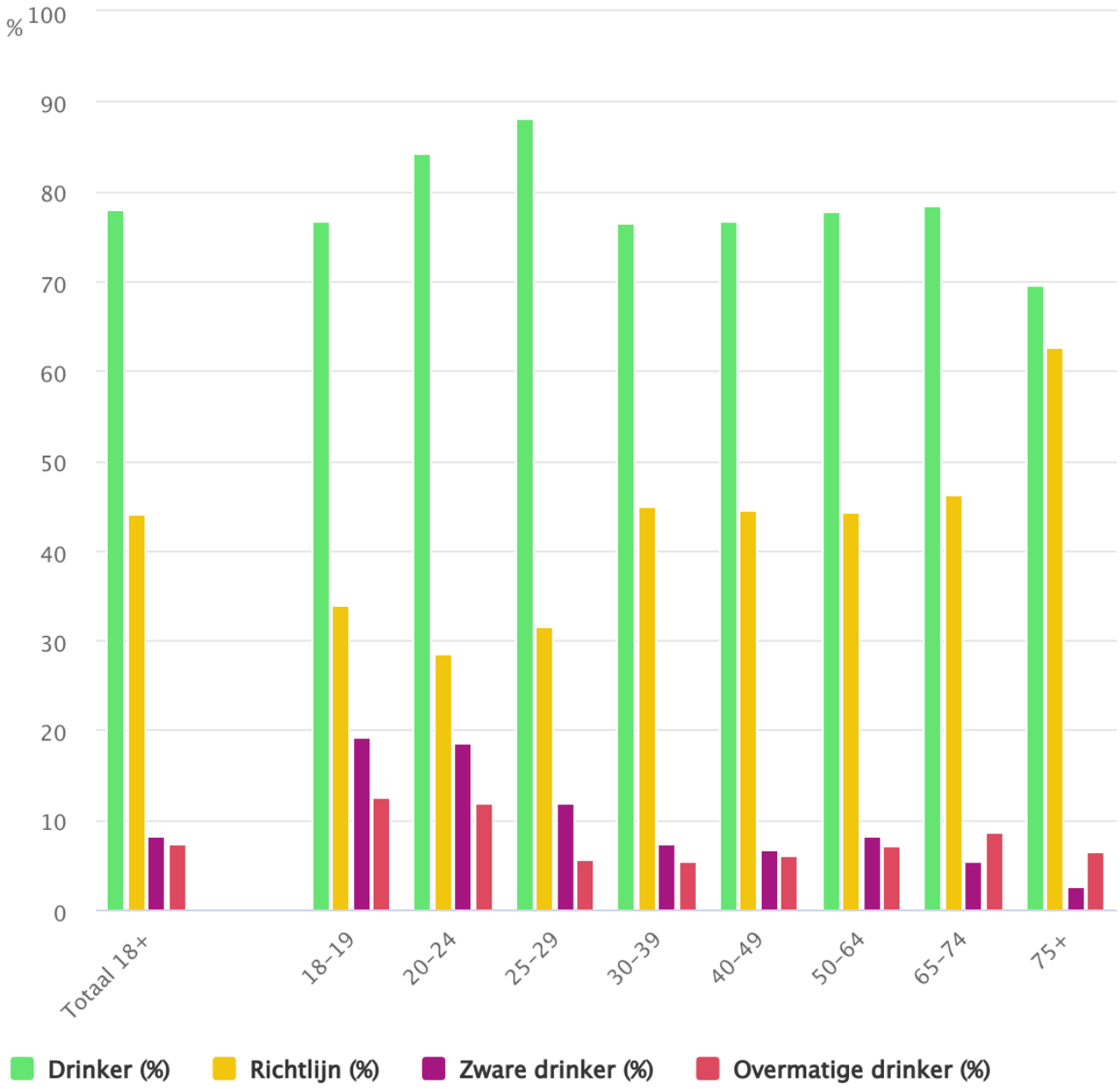
Leeftijd

Het gebruik van alcohol is het hoogst onder jongvolwassenen.

- Het percentage drinkers was in 2021 het hoogst onder twintigers, namelijk 88,1% onder 25-29-jarigen en 84,3% onder de 20-24-jarigen. Het percentage drinkers was het laagst onder mensen van 75 jaar en ouder (69,6%).
- Het percentage overmatige drinkers verschilde tussen leeftijdsgroepen, met de hoogste percentages onder de 18-19- en 20-24-jarigen (respectievelijk 12,5% en 11,8%).
- De verschillen tussen leeftijdsgroepen in zwaar drinken waren groot. De percentages waren het hoogst onder de 18-19-jarigen (19,3%) en 20-24-jarigen (18,5%) en het laagste onder de 75-plussers (2,6%).
- De jongste leeftijdsgroepen (18-29 jaar) dronken in 2021 het minst vaak volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad (rond de 30%). De 75+ers (62,6%) voldeden hier het meest aan.
- Onder de drinkers dronken 18-24-jarigen het meest: gemiddeld 1,3 glas per dag en 30-39-

jarigen het minst (0,9 glazen).

Alcoholgebruik, alcoholgebruik volgens de richtlijn, overmatig drinken en zwaar drinken in Nederland per leeftijdsgroep in de totale bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2021



Percentage van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder. Drinker: ten minste één keer in de afgelopen 12 maanden alcohol gedronken; Drinken volgens de richtlijn: mannen en vrouwen die gemiddeld niet meer dan 1 glas drinken per dag waarop zij drinken (Gezondheidsraad); Zware drinker: mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken, of vrouwen die minimaal één keer per week 4 glazen op een dag drinken; Overmatige drinker: mannen die meer dan 21 glazen per week drinken of vrouwen die meer dan 14 glazen per week drinken. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2021.

NDM

Category	Drinker (%)	Richtlijn (%)	Zware drinker (%)	Overmatige drinker (%)
Totaal 18+	78,0	44,0	8,3	7,3
18-19	76,7	33,9	19,3	12,5
20-24	84,3	28,5	18,5	11,8
25-29	88,1	31,6	11,9	5,7
30-39	76,5	44,9	7,3	5,4
40-49	76,7	44,6	6,8	6,1
50-64	77,8	44,3	8,1	7,2
65-74	78,3	46,2	5,4	8,6
75+	69,6	62,6	2,6	6,5

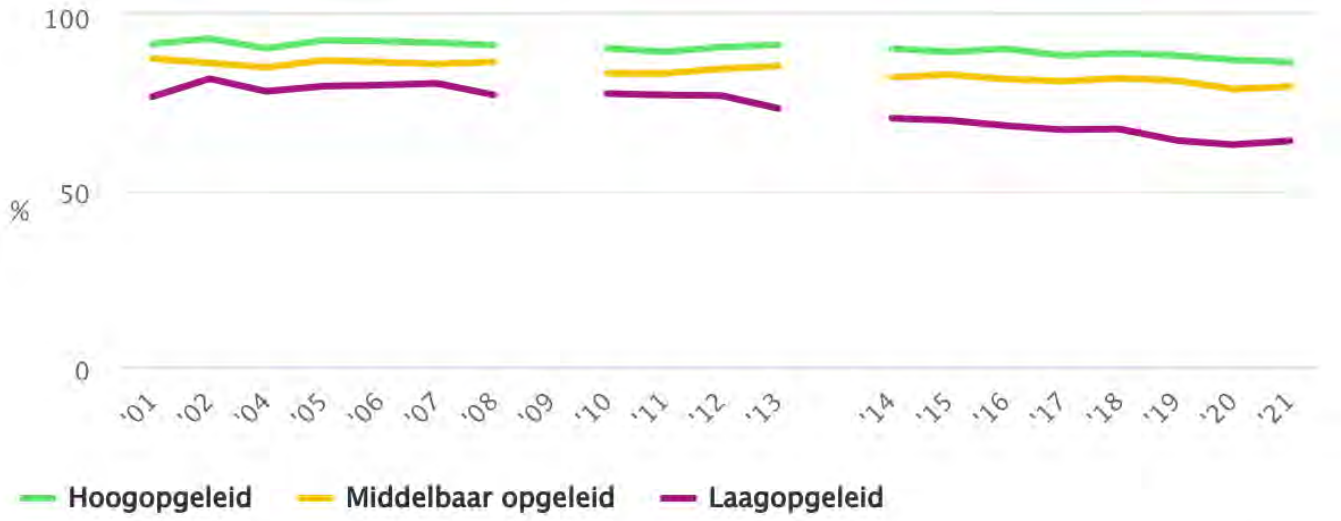
Opleidingsniveau

Het gebruik van alcohol is het laagst onder de laagopgeleiden [1].

- In 2021 gaf 86,5% van de hoogopgeleiden aan wel eens alcohol te drinken, vergeleken met 64,1% van de laagopgeleiden. Middelbaar opgeleiden (79,5%) zaten daar tussenin.
- Overmatig drinken kwam onder laag opgeleiden (6,3%) minder vaak voor dan onder middelbaar opgeleiden (8,0%). (zie § 11.2.3).
- Zwaar drinken kwam onder laag opgeleiden minder voor (5,9%) dan onder middelbaar (8,9%) en hoogopgeleiden (9,2%).
- Laagopgeleiden voldeden het vaakst aan de richtlijn van de Gezondheidsraad (57,2%), gevolgd door middelbaar (42,8%) en hoog opgeleiden (36,0%).
- Onder laagopgeleiden was het percentage mensen dat nog nooit alcohol heeft gedronken het hoogst (14,0%) en onder hoogopgeleiden het laagst (4,6%). De middelbaar opgeleiden vielen

hier met 7,5% tussenin.

Gebruik van alcohol in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau. Vanaf 2000*



Percentage van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. *Tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014 zit een methodebreuk, waardoor de cijfers tussen deze periodes niet vergelijkbaar zijn. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2021.

NDM

	Hoogopgeleid	Middelbaar opgeleid	Laagopgeleid
'01	91,7	87,5	76,7
'02	93,2	86,3	81,8
'04	90,4	85,0	78,2
'05	92,7	87,0	79,7
'06	92,5	86,5	80,0
'07	92	86,0	80,5
'08	91,4	86,6	77,2

	Hoogopgeleid	Middelbaar opgeleid	Laagopgeleid
'09			
'10	90,5	83,3	77,6
'11	89,4	83,3	77,2
'12	90,8	84,6	77,0
'13	91,4	85,4	73,4
'14	90,4	82,2	70,6
'15	89,4	83,0	70,0
'16	90,3	81,7	68,5
'17	88,4	81,1	67,3
'18	89,1	81,9	67,5
'19	88,4	81,3	64,3
'20	87,2	78,9	63,1
'21	86,5	79,5	64,1

Migratieachtergrond

Alcoholgebruik is het laagst onder mensen met een niet-westerse migratieachtergrond.

- In 2021 gaf minder dan de helft (47,9%) van de mensen met een niet-westerse migratieachtergrond aan weleens te drinken. Dit is een aanmerkelijk lager percentage vergeleken met mensen met een westerse migratieachtergrond (78,6%) en een Nederlandse achtergrond (82,8%).
- Ook overmatig drinken kwam het minst vaak voor onder mensen met een niet-westerse achtergrond (3,9%) vergeleken met mensen met een westerse (6,8%) of Nederlandse achtergrond (7,9%).
- Zwaar drinken komt het vaakst voor onder mensen met een Nederlandse achtergrond (9,0%). Tussen mensen met een westerse (6,4%) en niet-westerse achtergrond (5,2%) verschilt het percentage zware drinkers niet significant.
- Mensen met een niet-westerse migratieachtergrond voldoen het vaakst aan de richtlijn van de Gezondheidsraad (68,4%). Mensen met een Nederlandse achtergrond voldoen hier het minst vaak aan (39,5%) en degenen met een westerse achtergrond vallen hier tussenin (47,0%).
- Onder mensen met een niet-westerse achtergrond vinden we ook veruit het grootste percentage mensen dat nooit alcohol drinkt (33,5%). Onder mensen met een westerse of Nederlandse achtergrond drinkt slechts een klein percentage nooit alcohol (zie tabel hieronder).

Gebruik van alcohol in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[1]. Peiljaar 2021

	Laatste jaar (%)	Zwaar (%)	Overmatig (%)	Volgens de richtlijn	Nooit (%)
Nederlandse achtergrond	82,8	9,0	7,9	39,5	4,4
Westerse migratieachtergrond	78,6	6,4	6,8	47,0	7,4
Niet-Westerse migratieachtergrond	47,9	5,2	3,9	68,4	33,5

Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat tenminste eenmaal alcoholdronk in het laatste jaar, zwaar dronk, overmatig dronk, dronk volgens de richtlijn in het laatste jaar en nooit dronk. Zwaar drinken: minimaal één keer per week 6 of meer glazen (mannen) of 4 of meer glazen (vrouwen) alcohol op één dag. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Drinken volgens de richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad: geen alcohol of niet meer dan één glas per dag. 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage D begrippenlijst "Migratieachtergrond). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2021.

Stedelijkheid

Er zijn kleine verschillen in drinkgedrag tussen inwoners van (zeer) grote, middelgrote en kleine steden en platteland.

- In 2021 is het percentage alcoholgebruikers in weinig tot niet-stedelijke gebieden (79,6%) iets hoger dan in (zeer) sterk stedelijke gebieden (76,9%).
- De mate van stedelijkheid houdt geen verband met overmatig drinken.
- Zwaar drinken kwam in 2021 in (zeer) sterk stedelijk gebied (9,0%) meer voor dan in matig stedelijk gebied (6,4%). Het percentage in weinig/niet stedelijk gebied (7,8%) lag daar tussen in en verschilde niet significant van meer en minder stedelijk gebied.
- De mate van stedelijkheid houdt geen verband met het voldoen aan de richtlijn alcoholgebruik van de gezondheidsraad.
- Het aantal mensen dat nooit alcohol heeft gedronken ligt 2021 in (zeer) sterk stedelijke

gebieden (9,4%) hoger dan in weinig/niet stedelijk gebied (6,6%) (zie tabel hieronder). Mogelijk wordt dit (deels) verklaard door het grotere percentage mensen met een niet-westerse achtergrond dat woont in (grote) steden.

Gebruik van alcohol in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2021

	Laatste jaar (%)	Zwaar (%)	Overmatig (%)	Volgens de richtlijn (%)	Nooit (%)
(Zeer) sterk stedelijk	76,9	9,0	7,2	44,8	9,4
Matig stedelijk	79,0	6,4	7,0	43,3	8,1
Weinig/niet stedelijk	79,6	7,8	7,5	42,8	6,6

Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat tenminste eenmaal alcoholdronk in het laatste jaar, zwaar dronk, overmatig dronk, dronk volgens de richtlijn in het laatste jaar en nooit dronk. Zwaar drinken: minimaal één keer per week 6 of meer glazen (mannen) of 4 of meer glazen (vrouwen) alcohol op één dag. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Drinken volgens de richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad: geen alcohol of niet meer dan één glas per dag. ! Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2021.

Regionale verschillen in alcoholgebruik

Iedere GGD verzamelt elke vier jaar gegevens over de gezondheid in hun GGD-regio met de Gezondheidsmonitor, in samenwerking met het CBS en het RIVM [1]. Deze studie wordt uitgevoerd naast de jaarlijkse Gezondheidsenquête (§ 11.2.1) en geeft inzicht in verschillen tussen regio's. Sinds 2020 wordt de studie uitgevoerd onder volwassenen vanaf 18 jaar [2].

- Drinken volgens de richtlijn (drinkt niet of maximaal 1 glas per dag) is het hoogst in Flevoland (52,6%), Zuid-Holland Zuid (50,1%) en Rotterdam-Rijnmond (50,0%). In Gooi- en Vechtstreek (39,2%) en Hollands-Noorden (39,6%) wordt het minst vaak volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad gedronken [2].
- Overmatig drinken (vrouwen meer dan 14 glazen per week of mannen meer dan 21 glazen per week) komt in 2020 het meest voor in de regio's Twente (7,8%), Fryslân en Gooi- en Vechtstreek (beide 7,3%). In Flevoland (4,2%) en in regio's Zuid-Holland Zuid en Haaglanden (beide 5,0%) waren de minste overmatige drinkers [2].
- Deze cijfers zijn niet gecorrigeerd voor verschillen in de bevolkingssamenstelling zoals leeftijd en migratieachtergrond. Daardoor is niet duidelijk in hoeverre verschillen in alcoholgebruik tussen de regio's door verschillen in de bevolkingssamenstelling verklaard kunnen worden.

Trends onder groepen in de volwassen bevolking

Tussen 2021 en 2021 waren er in het percentage laatste-jaar-drinkers geen verschillen tussen mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen, opleidingsniveaus, migratieachtergrond en mate van stedelijkheid.

- Zowel onder mannen als onder vrouwen is er geen verandering tussen 2020 en 2021 in het percentage dat weleens drinkt (mannen: 83,4%, vrouwen: 72,7%). Ook tussen 2014 en 2020

laat de trend van mannen en vrouwen weinig verschillen zien.
- In de leeftijdsgroep 30-64 jaar is het percentage dat weleens drinkt in 2021 lager dan in 2014. In de overige leeftijdsgroepen is er geen significant verschil tussen 2014 en 2021. Voor alle leeftijdscategorieën geldt dat het percentage dat weleens drinkt in 2021 niet is veranderd vergeleken met 2020.
- Voor elk van de opleidingsniveaus geldt dat het percentage mensen dat weleens drinkt in 2021 lager is dan in 2014. Vergeleken met 2020 is het percentage drinkers in 2021 voor alle opleidingsniveaus gelijk gebleven.
- Voor de herkomstgroepen geldt dat de het percentage dat weleens alcohol drinkt onder volwassenen met een niet-westerse achtergrond, in 2021 (47,9%) iets lijkt te zijn gestegen vergeleken met 2020 (43,5%) maar het verschil is niet significant. Bij de andere groepen is het percentage drinkers tussen 2020 en 2021 gelijk gebleven. Vergeleken met 2014 is het percentage dat drinkt in 2021 niet veranderd onder mensen met een westerse migratieachtergrond. Onder de twee andere herkomstgroepen is het percentage in 2021 gedaald ten opzichte van 2014.
- Voor elk van de stedelijkheidsniveaus is tussen 2020 en 2021 geen verschil in het percentage mensen dat wel eens drinkt. Vergeleken met 2014 is het percentage in (zeer) sterk en weinig/niet stedelijke gebieden in 2021 gedaald. In matig stedelijk gebieden is er geen verschil tussen 2014 en 2021.

Mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen en opleidingsniveaus laten soms iets andere trends zien in zwaar en overmatig drinken.

- Tussen 2014 en 2021 is het percentage zware drinkers onder mannen gedaald (van 11,5% naar 9,1%) en onder vrouwen gelijk gebleven.
- Onder 65-75-jarigen is het percentage zware drinkers tussen 2014 (8,0%) en 2021 (5,4%) gedaald. In de andere leeftijdsgroepen is het percentage gelijk gebleven.
- Zwaar drinken is onder laagopgeleiden tussen 2014 (7,9%) en 2021 (5,9%) gedaald en onder middelbaar en hoogopgeleiden gelijk gebleven.
- Tussen 2020 en 2021 is onder hoogopgeleiden sprake van een toename in het percentage zware drinkers (7,7% naar 9,2%). Mogelijk heeft dit te maken met de coronapandemie, het percentage zware drinkers was in 2020 namelijk lager dan in de periode 2014-2019 toen het percentage rond de 10 lag.
- Overmatig drinken is tussen 2014 en 2021 gedaald in de leeftijdsgroep 30-74 jaar en in de jongere en oudere leeftijdsgroepen gelijk gebleven.
- Tussen 2020 en 2021 is alleen onder 75-plussers een verschil in overmatig drinken te zien, namelijk een stijging van 3,8% in 2020 naar 6,5% in 2021.

In de LSM-A uit 2020 is aan drinkers gevraagd op welke leeftijd zij voor het eerst alcohol dronken.

- Onder respondenten tussen 18 en 25 jaar was in 2020 de gemiddelde startleeftijd van alcoholgebruik 15,7 jaar. Daarmee is de startleeftijd gestegen ten opzichte van 2016 (15,3 jaar).
- Onder 12-16-jarige scholieren was tussen 2003 en 2015 sprake van een toename van de startleeftijd, maar deze stijging heeft zich tussen 2015 en 2019 niet voortgezet [3].

[1] Cijfers naar opleidingsniveau in dit hoofdstuk kunnen afwijken van de cijfers gerapporteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg, vanwege consistentie met de definitie van opleidingsniveau voor cijfers over andere middelen in de NDM (zie bijlage A1).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monitorgezondheid.nl. Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020: Vragenlijstonderzoek door GGD'en, in samenwerking met RIVM en CBS [Internet]. 2020. Available from: http://web.archive.org/web/20210723220014/https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-volwassenen-en-ouderen
2. CBS.nl. Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020: resultaten [Internet]. 2021. Available from: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85012NED/table?dl=555D6
3. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

11.2.3 Alcoholvrije dranken

Alcoholhoudende dranken zijn in de Alcoholwet gedefinieerd als dranken die meer dan 0,5% volumeprocent alcohol bevatten bij een temperatuur van 20 graden Celsius. Voor alcoholvrije dranken bestaat geen eenduidige bij de wet vastgelegde definitie. In dit hoofdstuk worden met alcoholvrije dranken bedoeld: dranken die normaal gesproken alcohol bevatten, maar waar een alcoholvrije variant van bestaat, zoals alcoholvrij bier, alcoholvrije wijn of alcoholvrije cocktails. Een aantal definities is wel in de wet vastgelegd (Warenwetbesluit Gereserveerde aanduidingen, 1998). Alcoholvrij bier omvat bieren met ten hoogste 0,1% volumeprocent alcohol. Alcoholarm bier omvat bieren met minimaal 0,1% en maximaal 2,2% volumeprocent alcohol (art. 7c & 7d, Warenwetbesluit Gereserveerde aanduidingen, 1998).

In de tweejaarlijkse LSM-A wordt sinds 2018 gevraagd naar de consumptie van alcoholvrij bier. In 2020 is voor het eerst ook gevraagd naar de consumptie van alcoholvrije wijn en cider.

- In 2020 dronk 13,1% van de volwassenen minstens maandelijks alcoholvrij bier of alcoholvrije wijn.
- Bijna één op de 8 volwassenen (12,2%) in Nederland dronk in 2020 tenminste maandelijks alcoholvrij bier. In 2018 lag dat percentage op 9,6% [2].
- Er zijn meer mannen (16,9%) dan vrouwen (7,5%) die maandelijks alcoholvrij bier drinken
- Personen uit de leeftijdsgroepen 25 tot 29 (14,7%), 30 tot 39 (14,8%) en 40 tot 49 jaar (13,7%) dronken het vaakst alcoholvrij bier. Jongvolwassenen van 18-29 jaar (7,8%) en 75-plussers (8,3%) dronken minder vaak alcoholvrij bier.
- Het gebruik van alcoholvrij bier verschilt naar opleidingsniveau: hoogopgeleiden dronken het vaakst minstens maandelijks alcoholvrij bier (17,2%), gevolgd door middelbaar- (10,3%) en laagopgeleiden (6,8%).

Meer informatie over alcoholvrije dranken op Expertisecentrum Alcohol

11.2.4 Verkoopcijfers

Verkoopcijfers

De verkoopcijfers geven een indicatie van de hoeveelheid alcohol die jaarlijks per hoofd van de bevolking wordt geconsumeerd [1].

- In 2020 werd per hoofd van de bevolking (let op: vanaf 0 jaar) 6,5 liter pure alcohol geconsumeerd (zie onderstaande tabel). De meeste alcohol werd gedronken in de vorm van bier (3,0 liter). Per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder werd 7,7 liter pure alcohol geconsumeerd in 2020.
- De consumptie van alcohol, berekend op basis van de verkoopcijfers, was in Nederland het grootst in het laatste kwart van de twintigste eeuw. Tot 2014 was er sprake van een consistente daling; na 2014 bleef de alcoholconsumptie lange tijd stabiel, maar in 2020 zien we een daling. Dit heeft mogelijk te maken met de invloed van de coronamaatregelen. Het zal moeten blijken of deze trend zal doorzetten.
- De consumptie van bier en gedistilleerd in Nederland nam vanaf 1980 tot en met 2010 af en stabiliseerde daarna; de consumptie van wijn nam vanaf 1980 tot en met 2010 toe en stabiliseerde daarna ook.

Bier, wijn en gedistilleerde drank per hoofd van de hele bevolking en van de bevolking van 15 jaar en ouder (in liters pure alcohol). Vanaf 1960

Jaar	Bier	Wijn	Gedistilleerd	Totaal	Totaal 15+
1960	1,2	0,2	1,1	2,6	3,7
1970	2,9	0,6	2,0	5,5	7,6
1980	4,3	1,5	2,7	8,6	11,3
1990	4,5	1,7	2,0	8,2	9,9
2000	4,1	2,3	1,9	8,3	10,0
2010	3,6	2,6	1,3	7,5	9,3
2011	3,6	2,6	1,2	7,4	9,0
2012	3,6	2,6	1,3	7,5	9,0
2013	3,5	2,4	1,3	7,1	8,6
2014	3,4	2,5	1,1	7,0	8,4
2015	3,4	2,5	1,1	6,9	8,3
2016	3,4	2,4	1,1	6,9	8,3
2017	3,4	2,4	1,2	6,9	8,3
2018	3,4	2,5	1,2	7,0	8,3
2019	3,3	2,5	1,1	6,9	8,2
2020	3,0	2,5	1,1	6,5	7,7

In liters pure alcohol. Bronnen: Stap.nl, Centraal Bureau voor de Statistiek, Productschap Wijn, Productschap Dranken, Nederlandse Brouwers, Ministerie van Financiën, Stichting Wijnonderwijs Nederland, Vinexpo, World Health Organization, Organisation internationale de la vigne et du vin, Koninklijke Vereniging Nederlandse Wijnhandelaren.

Verkoopcijfers alcoholvrij bier

- De verkoop van alcoholvrij bier is de laatste jaren gestegen [2]. Uit de bierconsumptiecijfers van de Nederlandse Brouwers blijkt dat in 2018 de verkoop van alcoholvrij bier al was gestegen met 32,4% ten opzichte van 2017. In 2019 was de verkoop nog eens gestegen met 6,5% ten opzichte van 2018. Tussen 2019 en 2021 vond er binnen twee jaar weer een stijging plaats met 6,4%. In 2021 werd in totaal 743.168 hectoliter alcoholvrij bier geconsumeerd [2].

Cijfers over het gebruik van andere alcoholvrije dranken, zoals alcoholvrije wijnen, alcoholvrije cocktails of alcoholvrije gedestilleerde dranken, zijn niet bekend.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Stap.nl. Alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking (bier, wijn, gedistilleerd en totaal) en per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder (totaal), 1960-2020 in liters pure alcohol (versie 14 januari 2022) [Internet]. 2022. Available from: https://www.stap.nl/nl/home/feiten-en-cijfers.html#Alcoholconsumptie
2. Nederlandse-Brouwers. Speciaal bier steeds populairder: 13 januari 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.nederlandsebrouwers.nl/nieuws/actueel/speciaal-bier-steeds-populairder/

11.2.5 Speciale groepen in de algemene bevolking

Nederlanders met een verschillende afkomst

Evenals uit de Gezondheidsenquête, blijkt uit een Amsterdamse studie dat volwassenen met een Nederlandse achtergrond beduidend vaker alcohol gebruiken dan volwassenen met een migratieachtergrond. De HELIUS-studie is een prospectieve cohortstudie onder 24.789 volwassenen (18-70 jaar) in Amsterdam met als doel zicht te krijgen op de oorzaken van gezondheidsverschillen tussen groepen met een verschillende afkomst: Nederlandse achtergrond, Zuid-Aziatisch Surinaamse migratieachtergrond, Afrikaans Surinaamse migratieachtergrond, Ghanese migratieachtergrond, Turkse migratieachtergrond en Marokkaanse migratieachtergrond. De baseline data werden verzameld tussen 2011 en 2015. Etniciteit werd gedefinieerd op basis van het eigen geboorteland en het geboorteland van de ouders [1].

- Zowel het laatste-jaar-gebruik van alcohol als het regelmatig drinken van alcohol (gebruik van alcohol op minimaal twee gelegenheden in de afgelopen maand) komen het vaakst voor onder mensen met een Nederlandse achtergrond.
- Het verschil in regelmatig drinken van alcohol is groot: van de mensen met een Nederlandse achtergrond drinkt 81,4% regelmatig. Op afstand volgen mensen met een Zuid-Aziatisch Surinaamse migratieachtergrond (31%), een Afrikaans Surinaamse migratieachtergrond (38,6%), een Ghanese migratieachtergrond (25%), een Turkse migratieachtergrond (11,8%) en mensen met een Marokkaanse migratieachtergrond (4,1%).
- Excessief drinken (minimaal 4 keer per week drinken van minimaal 3 à 4 glazen op een dag) onder regelmatige drinkers was het hoogst onder mensen met een Nederlandse achtergrond (20%), vergeleken met de 5 andere groepen (6,8% – 11,3%).
- Binge drinken (het maandelijks drinken van 6 of meer glazen bij één gelegenheid) en alcoholafhankelijkheid (AUDIT score hoger of gelijk aan 8) onder regelmatige drinkers waren het laagst bij een Surinaamse, Ghanese of Turkse migratieachtergrond en het hoogst bij mensen met een Marokkaanse migratieachtergrond. Onder regelmatige drinkers met een Marokkaanse achtergrond was het percentage binge drinkers (53,7%) 1,5 keer hoger en het percentage met een alcoholafhankelijkheid (48,9%) 1,6 keer hoger dan onder mensen met een Nederlandse achtergrond (respectievelijk 37% en 30,9%).
- Het verschil in binge drinken en alcoholafhankelijkheid tussen regelmatige drinkers met een Nederlandse achtergrond en met een Marokkaanse migratieachtergrond kan worden verklaard door andere verschillen dan afkomst, namelijk de verschillen tussen de groepen in geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau en werkstatus. Als voor die verschillen wordt gecorrigeerd, is er geen verschil meer tussen mensen met een Nederlandse achtergrond en mensen met een Marokkaanse migratieachtergrond in het percentage regelmatige drinkers dat alcoholafhankelijk is of binge drinkt.
- Alcoholmisbruik (AUDIT score hoger of gelijk aan 8) hield verband met een depressieve stemming onder mensen met een Zuid-Aziatisch Surinaamse, Afrikaans Surinaamse, Turkse en Marokkaanse migratieachtergrond [2]. De richting van het verband kon niet uit deze studie worden opgemaakt. Het is dus onbekend of een depressieve stemming alcoholmisbruik veroorzaakt onder de genoemde groepen.

Zwangeren

Het gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap is beperkt (2,6% in 2021). In de maand vóór de zwangerschap drinkt iets meer dan vier op de tien vrouwen nog wel, vooral hoogopgeleiden. Het verder terugdringen van alcoholgebruik onder zwangere vrouwen vóór, tijdens en na de zwangerschap is één van de pijlers uit het Nationaal Preventie Akkoord (NPA; zie ook § 2.3.4). De kernindicator voor deze doelstelling is het percentage zwangere vrouwen dat alcohol drinkt.

De meest recente Nederlandse cijfers voor deze kernindicator komen uit de Monitor Middelengebruik en Zwangerschap, die in het najaar van 2021 voor de derde keer in Nederland is uitgevoerd. Voor dit onderzoek heeft een representatieve steekproef van 992 vrouwen met jonge kinderen (< 2 jaar) op het consultatiebureau een korte vragenlijst ingevuld over hun middelengebruik vóór, tijdens en na de zwangerschap [3].

- Van alle vrouwen heeft 43% in de vier weken vóór de zwangerschap alcohol gedronken. Als vrouwen dronken, dronken ze op een dag meestal: minder dan één glas (19%), één glas (26%), twee glazen (31%) en bijna een kwart (24%) dronk drie glazen of meer.
- Vanaf het moment dat vrouwen wisten dat ze zwanger waren, heeft 2,6% van hen alcohol gedronken. De meesten (63%) dronken één à twee keer gedurende de hele zwangerschap en ruim een kwart (28%) dronk minimaal maandelijks alcohol. In de meeste gevallen ging het om een paar slokjes (76%).
- Bijna een kwart (24%) van alle vrouwen heeft alcohol gedronken in de periode dat ze zwanger waren maar dit nog niet wisten. Voor de meesten van hen (65%) ging het om minder dan één keer per week.
- Ten opzichte van 2016 en 2018 is het alcoholgebruik van vrouwen in de maand vóór de zwangerschap vrijwel gelijk gebleven. Het percentage dat alcohol dronk terwijl ze wisten dat ze zwanger waren is in 2021 (2,6%) lager dan in 2016 (4,7%) en 2018 (4,2%), maar de verschillen zijn niet significant.
- Vrouwen met een hoog opleidingsniveau dronken vaker alcohol (50%) in de vier weken vóór de zwangerschap dan vrouwen met een laag/middelbaar opleidingsniveau (33%).
- Het percentage vrouwen dat in de vier weken vóór de zwangerschap alcohol dronk was onder vrouwen met een westerse achtergrond (49%) hoger dan onder niet-westerse moeders (19%).
- Vrouwen die met een partner samenwoonden dronken vaker alcohol in de vier weken vóór de zwangerschap (44%) dan vrouwen die niet met een partner samenwoonden (27%).
- Er is geen verschil in alcoholgebruik gevonden tussen moeders die wonen in een stad of op het platteland.
- Van de vrouwen die vóór de zwangerschap alcohol hadden gedronken, besprak 38% het alcoholgebruik met een zorgverlener tijdens de zwangerschap. Dit betrof in de meeste gevallen de verloskundige (93%).
- Van de vrouwen die borstvoeding gaven, rapporteerde 19% dat ze gedurende die periode alcohol hadden gedronken. Dit betrof bij de meesten (97%) één glas per keer en bij twee derde (67%) van hen zat er drie uur of meer tussen het drinken van alcohol en het geven van borstvoeding.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Amsterdam JGC, Benschop A, Van Binnendijk S, Snijder MB, Lok A, Schene AH, et al. A Comparison of Excessive Drinking, Binge Drinking and Alcohol Dependence in Ethnic Minority Groups in the Netherlands: The HELIUS Study. Vol. 26, European Addiction Research. 2020. p. 66–76.
2. van Binnendijk S, van Amsterdam JGC, Snijder MB, Schene AH, Derks EM, van den Brink W. Contribution of Alcohol and Nicotine Dependence to the Prevalence of Depressed Mood in Different Ethnic Groups in The Netherlands: The HELIUS Study [Internet]. Vol. 16, Journal of Dual Diagnosis. 2020. p. 271–284. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15504263.2020.1772526
3. Scheffers-van Schayck T, Thissen V, Errami F, Tuithof M. Monitor Middelengebruik en Zwangerschap [Internet]. 2022. p. 1–24. Available from: https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1990-monitor-middelengebruik-en-zwangerschap-2021/

11.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

11.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

In het kort: Het alcoholgebruik onder 12-16-jarige scholieren van het regulier onderwijs is tussen 2003 en 2015 gehalveerd, maar deze daling is sindsdien gestopt. Het percentage binge drinkers onder scholieren die alcohol drinken steeg in diezelfde periode en is sindsdien onveranderd hoog.

Snel naar:

- Kerncijfers 2021
- Trends in alcoholgebruik

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend gemeten in het Peilstationsonderzoek Scholieren en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). In 2021 werd de HBSC-studie uitgevoerd in het voortgezet onderwijs in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van 5733 leerlingen, waaronder 5243 scholieren van 12 tot en met 16 jaar [1]. De HBSC-studie bevat minder vragen over middelengebruik dan het Peilstationsonderzoek scholieren. Daarom kan maar een deel van de gegevens geüpdatet worden naar 2021 en hebben de overige gegevens nog betrekking op 2019.

Het terugdringen van het alcoholgebruik onder scholieren wordt expliciet genoemd in de doelstellingen van het Nationaal Preventieakkoord. De kernindicatoren voor deze doelstelling zijn het percentage scholieren tussen de 12 en 16 jaar dat ooit of in de laatste maand alcohol heeft gedronken en het percentage scholieren dat deed aan binge drinken (5 of meer glazen alcohol bij één gelegenheid) in de afgelopen maand.

Kerncijfers 2021

In 2021 heeft minder dan de helft (47,5%) van de scholieren van het voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit alcohol gedronken. Het laatste-jaar-gebruik ligt hier dichtbij (41,4%). In de laatste maand had ongeveer 1 op de 5 scholieren alcohol gedronken (zie onderstaande tabel). Binge drinken onder jongeren die drinken blijft onveranderd hoog. Er zijn tussen jongens en meisjes van 12 t/m 16 jaar nauwelijks verschillen in de prevalentie van alcoholgebruik en binge drinken in de afgelopen maand.

Alcoholgebruik in het voortgezet onderwijs, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	%
Ooit	47,5
Laatste jaar	41,4
Laatste maand	27,8
Dronkenschap ooit in het leven[I]	17,7
Binge drinken[II]	74,7

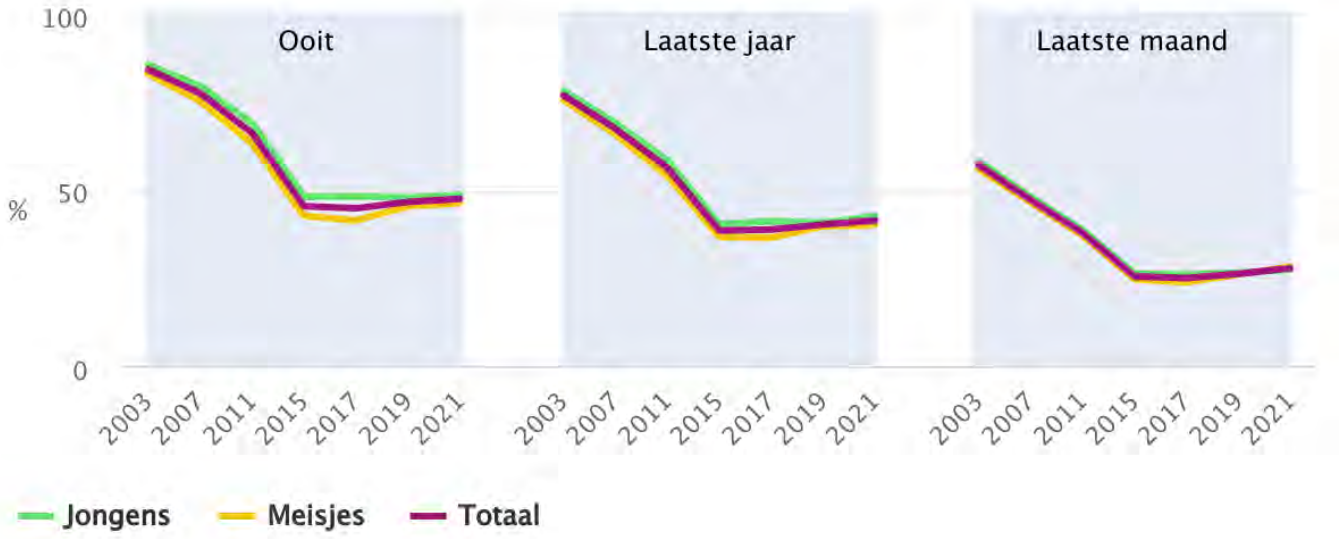
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. I. Dronkenschap is verschillend uitgevraagd in de HBSC studie van peiljaar 2021 en het Peilstationsonderzoek uit 2019. In de HBSC-studie is gevraagd of scholieren 'zoveel alcohol gebruikt hebben dat ze echt dronken waren' en in het Peilstationsonderzoek is gevraagd of scholieren 'dronken of aangeschoten zijn geweest'. Om deze reden zijn de gegevens over dronkenschap niet vergelijkbaar tussen de peiljaren 2019 en 2021. II. Onder scholieren die in de afgelopen maand alcohol hebben gedronken. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021.

Trends in alcoholgebruik

Het gebruik van alcohol is onder scholieren van 12-16 jaar tussen 2003 en 2015 grofweg gehalveerd (zie onderstaande figuur), maar is sinds 2015 stabiel gebleven [1].

- Het percentage scholieren dat ooit alcohol had gedronken daalde tussen 2003 en 2015 van 84,2% naar 45,4%, en is sindsdien stabiel (zie onderstaande figuur).
- Ook de dalingen in laatste-jaar-gebruik en laatste-maand-gebruik onder scholieren vonden voornamelijk plaats tussen 2003 en 2015. Sinds 2015 is het gebruik op hetzelfde niveau gebleven (geen statistisch significante verschillen).
- Het binge drinken in de afgelopen maand onder scholieren die drinken is tussen 2003 en 2013 gestegen en is sindsdien onveranderd hoog. Binge drinken is het drinken van vijf of meer glazen alcohol bij één gelegenheid.

Trends in alcoholgebruik in het voortgezet onderwijs, naar geslacht, 12 t/m 16 jaar (%)



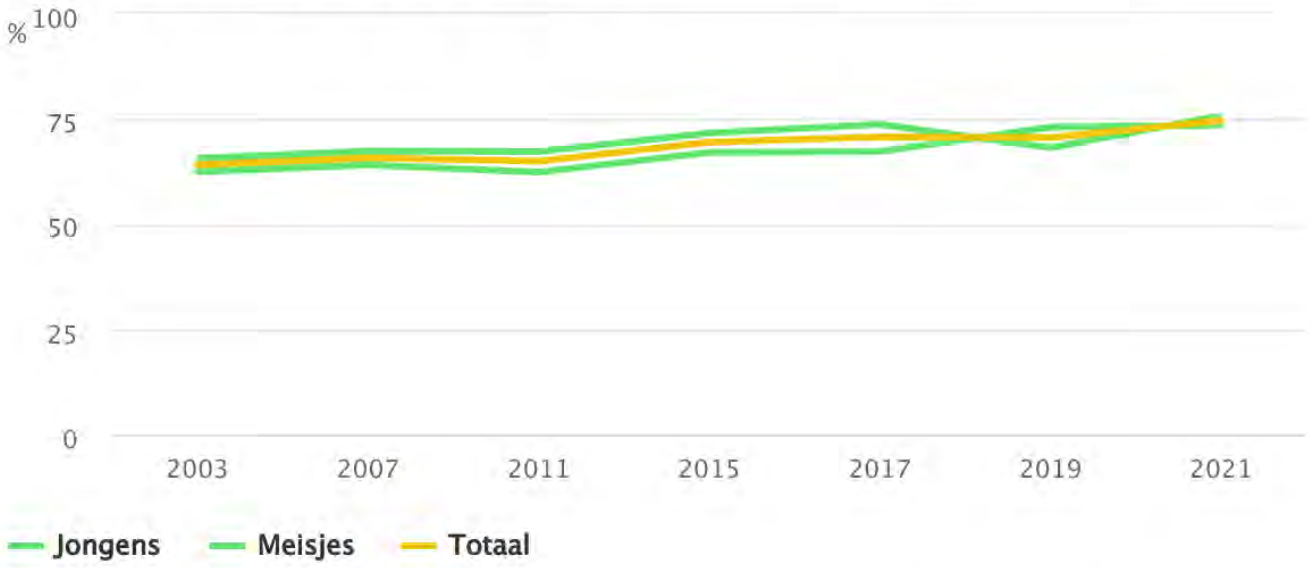
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM (2017, 2021) en Peilstationsonderzoek scholieren / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM (2003, 2007, 2011, 2015, 2019).

NDM

nullDrinker	Jongens	Meisjes	Totaal
2003	85,5	83,0	84,2
2007	79,6	75,2	77,5
2011	69,0	63,3	66,2
2015	48,1	42,7	45,4
2017	48,2	41,3	44,8
2019	47,8	45,4	46,6
2021	48,6	46,3	47,5

nullDrinker	Jongens	Meisjes	Totaal
2003	78,2	75,6	76,9
2007	69,0	65,8	67,4
2011	58,5	54,1	56,3
2015	40,3	36,7	38,5
2017	41,1	36,4	38,8
2019	40,7	39,7	40,2
2021	42,6	40,2	41,4
2003	58,2	56,0	57,1
2007	48,0	46,5	47,2
2011	38,6	37,1	37,8
2015	26,3	24,7	25,5
2017	26,0	23,8	25,0
2019	26,5	26,0	26,2
2021	27,4	28,2	27,8

Trends in het binge drinken onder scholieren in het voortgezet onderwijs die in de afgelopen maand alcohol hebben gedronken, naar geslacht, 12 t/m 16 jaar (%)



Binge drinken = het drinken van 5 of meer glazen alcohol bij één gelegenheid. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM (2017, 2021) en Peilstationsonderzoek scholieren / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM (2003, 2007, 2011, 2015, 2019).

NDM

nullDrinker	Jongens	Meisjes	Totaal
2003	65,7	62,5	64,1
2007	67,4	64,1	65,8
2011	67,3	62,4	65,0
2015	71,7	67,1	69,5
2017	73,8	67,3	70,8
2019	68,2	73,1	70,6
2021	75,8	73,6	74,7

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.

11.3.2 Demografische kenmerken scholieren regulier onderwijs

In het kort: Er zijn nauwelijks nog verschillen in alcoholgebruik tussen jongens en meisjes van het regulier voortgezet onderwijs. Het alcoholgebruik hangt wel samen met opleidingsniveau, leeftijdsgroep, migratieachtergrond, gezinsvorm, gezinswelvaart en regio.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Schoolniveau
- Migratieachtergrond
- Gezinswelvaart
- Gezinsvorm
- Regionale verschillen in alcoholgebruik

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). In 2021 werd de HBSC-studie uitgevoerd in het voortgezet onderwijs in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van 5733 leerlingen, waaronder 5243 scholieren van 12 tot en met 16 jaar [1]. De HBSC-studie bevat minder vragen over middelengebruik dan het Peilstationsonderzoek scholieren. Daarom kan maar een deel van de gegevens geüpdatet worden naar 2021 en hebben de overige gegevens nog betrekking op 2019.

Daarnaast levert de Gezondheidsmonitor Jeugd van de GGD'en, GGD GHOR Nederland en het RIVM informatie over regionale verschillen in alcoholgebruik onder scholieren. Deze Gezondheidsmonitor is voor de derde keer uitgevoerd in 2021 onder tweede- en vierde-klassers van het regulier voortgezet onderwijs.

Geslacht

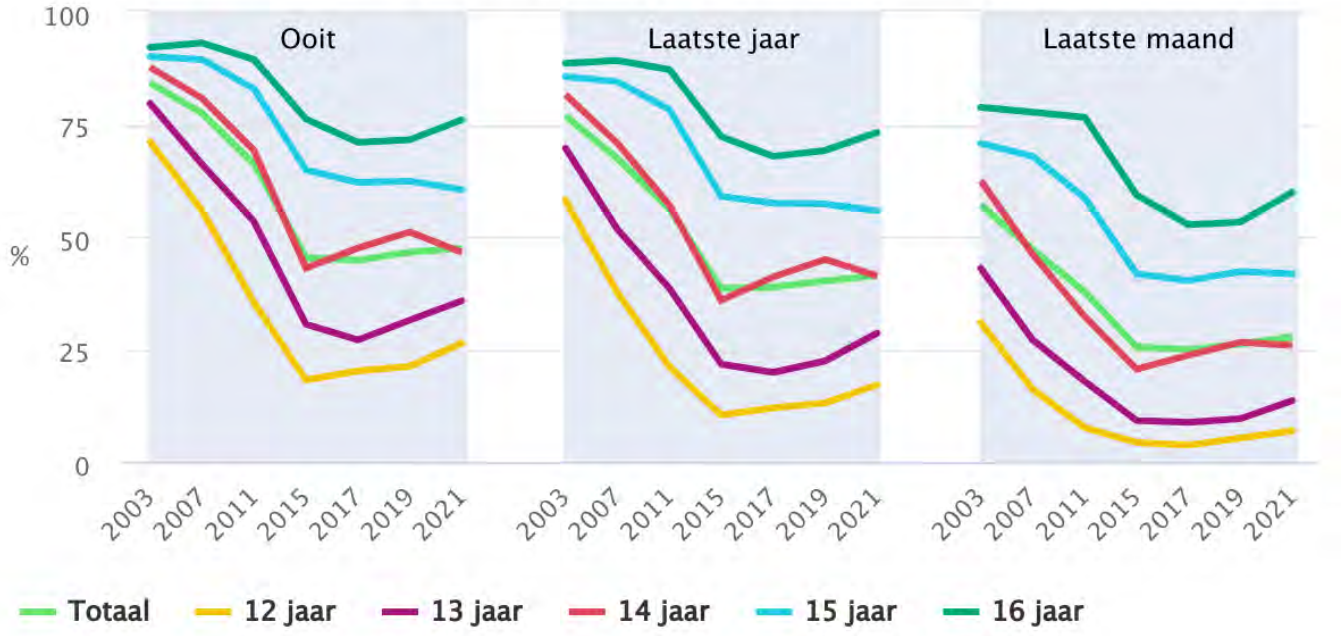
Er zijn bijna geen verschillen in alcoholgebruik tussen jongens en meisjes in 2021. In 2017 hadden jongens vaker ooit of in het afgelopen jaar gedronken. Dat verschil zien we sinds 2019 ook niet meer.

Leeftijd

Het percentage van de scholieren dat ervaring heeft met alcohol stijgt sterk met de leeftijd.

- In 2021 had 26,4% van de 12-jarigen ervaring met alcohol, bij de 16-jarigen lag dit op 76,0% (zie figuur in § 11.3.1). Het percentage scholieren dat ooit in het leven dronken was geweest steeg ook met de leeftijd: 3,0% onder de 12-jarigen was wel eens dronken geweest, vergeleken met 46,6% onder de 16-jarigen [1].
- Van de basisscholieren in groep 7/8 had in 2021 14,2% al eens alcohol gedronken; er is geen signficant verschil tussen jongens (15,7%) en meisjes (12,7%).
- In alle leeftijdsgroepen vond tussen 2003 en 2015 een daling in het alcoholgebruik plaats (onderstaande figuur). De daling onder scholieren van 15-16 jaar heeft zich later ingezet en was vooral tussen 2011 en 2015 groot.
- Voor de meeste leeftijdsgroepen is het alcoholgebruik sindsdien stabiel gebleven. Onder 12- en 13-jarigen lijkt het laatste-jaar-gebruik en laatste-maand-gebruik van alcohol sinds 2017 te stijgen.

Trends in het gebruik van alcohol naar leeftijd, vanaf 2003



Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden) en in de laatste maand (rechts). Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011, 2015, 2019) / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM. HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, SCP i.s.m. RIVM, 2017.

NDM

nullDrinker	Totaal	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
2003	84,2	71,1	79,6	87,7	90,1	92,1
2007	77,5	55,8	66,1	80,8	89,4	93,1

nullDrinker	Totaal	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
2011	66,2	35,4	53,4	69,2	82,9	89,4
2015	45,4	18,2	30,6	43,1	64,9	76,2
2017	44,8	20,2	27,1	47,5	62,1	71,0
2019	46,6	21,2	31,5	51,1	62,4	71,6
2021	47,5	26,4	35,8	46,6	60,5	76,0
2003	76,9	58,1	69,7	81,6	85,6	88,6
2007	67,4	37,6	51,7	70,8	84,5	89,2
2011	56,3	21,2	38,6	57,1	78,3	87,2
2015	38,5	10,4	21,7	35,9	59,0	72,3
2017	38,8	12,0	19,9	41,1	57,5	67,9
2019	40,2	13,1	22,4	45,0	57,3	69,2
2021	41.4	17,1	28,6	41,3	55,8	73,2
2003	57,1	30,9	43,0	62,5	70,8	78,8
2007	47,2	16,1	27,1	46,1	67,9	77,7
2011	37,8	7,6	17,9	32,3	58,7	76,6

nullDrinker	Totaal	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
2015	25,5	4,3	9,2	20,6	41,8	59,3
2017	25,0	3,7	8,8	23,7	40,3	52,7
2019	26,2	5,3	9,6	26,6	42,3	53,3
2021	27,8	6,9	13,6	25,9	41,8	59,9

Schoolniveau

Het gebruik van alcohol hangt samen met het schoolniveau.

- In 2021 verschilde het aandeel drinkers ooit en in de laatste maand niet significant tussen de schoolniveaus (onderstaande tabel) [1].
- Onder de scholieren die drinken, drinken de VWO-leerlingen minder vaak veel dan HAVO- en VMBO-leerlingen: dit geldt voor zowel binge drinken (het drinken van meer dan 5 glazen bij één gelegenheid) (VMBO-b: 82,9%, VMBO-t: 78,4%, HAVO: 73,9% en VWO: 62,2%) als het drinken van meer dan 10 glazen op een weekenddag (VMBO-b: 11,2%, VMBO-t: 12,5%, HAVO: 9,5% en VWO: 3,1%).
- Hoewel op alle schoolniveaus het alcoholgebruik ooit in het leven tussen 2003 en 2015 significant is gedaald, is de absolute daling niet op alle schoolniveaus gelijk. De daling is het grootst op het VWO (van 88% in 2003 naar 34% in 2015) en het kleinst op het VMBO-b (van 80% in 2003 naar 48% in 2015). Ook in afgelopen maand alcoholgebruik is de daling onder VWO-scholieren (van 57% naar 12%) veel groter dan op het VMBO-b (van 54% naar 31%) [2].
- Daarbij past dat de VMBO-b-leerlingen de schadelijkheid van alcoholgebruik lager inschatten [2] .
- Er zijn geen trendanalyses naar schoolniveau sinds 2017.

Alcoholgebruik in het voortgezet onderwijs, naar schoolniveau, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit	Maand	Bingen onder drinkers	> 10 glazen op een weekenddag onder laatste maand gebruikers
VMBO-b	51,4	32,2	82,9	11,2
VMBO-t	47,9	27,5	78,4	12,5
HAVO	48,1	30,1	73,9	9,5
VWO	43,5	22,2	62,2	3,1

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

Migratieachtergrond

Er is een duidelijke samenhang tussen migratieachtergrond en alcoholgebruik onder scholieren, vergelijkbaar met wat we zien onder volwassen (zie § 11.2.2).

- Onder de jongeren zonder migratieachtergrond van 12-16 jaar dronk 30,3% in de afgelopen maand alcohol, tegenover 19,7% van de jongeren met migratieachtergrond (onderstaande tabel).
- Hoewel jongeren met een migratieachtergrond minder vaak alcohol drinken dan jongeren zonder migratieachtergrond, is onder de jongeren die alcohol drinken geen significant verschil gevonden in het aandeel binge drinken (met migratieachtergrond: 77,6%, zonder migratieachtergrond: 74,2%). Onder drinkende scholieren drinken jongeren met een migratieachtergrond juist vaker meer dan 10 glazen alcohol op een weekenddag (12,7% vs 8,8%) [1].

Alcoholgebruik in het voortgezet onderwijs, naar migratieachtergrond, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste maand (%)	Binge drinken onder laatste maand drinkers (%)	>10 glazen op een weekenddag onder laatste maand gebruikers (%)
Zonder migratieachtergrond	50,7	30,3	74,2	8,8
Met migratieachtergrond	37,1	19,7	77,6	12,7

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand, binge drinken = vijf of meer glazen alcohol drinken bij één gelegenheid in de afgelopen maand. Jongeren zonder migratieachtergrond = in Nederland geboren evenals beide ouders. Jongeren met een migratieachtergrond = zelf en/of ten minste één van beide ouders is niet in Nederland geboren. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCPi.s.m. RIVM, 2021 Bron: Peilstationsonderzoek scholieren/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2019.

Gezinswelvaart

Scholieren uit gezinnen met een hoger welvaartsniveau drinken vaker alcohol dan scholieren uit gezinnen met een welvaartsniveau uit de middengroep.

- Scholieren uit gezinnen met een hoger welvaartsniveau hebben vaker ooit (49,9%) en in de laatste maand alcohol gedronken (30,6%) dan gezinnen uit de middengroep (44,3% en 25,1%, respectievelijk). Er is echter geen significant verschil tussen deze groepen en gezinnen met een laag welvaartsniveau (zie onderstaande tabel).
- Er zijn geen verschillen in binge drinken en het drinken van meer dan 10 glazen alcohol op een weekenddag tussen de verschillende welvaartsniveaus (zie onderstaande tabel).

Alcoholgebruik in het voortgezet onderwijs, naar gezinswelvaart, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit	Laatste maand	Binge drinken onder laatste maand drinkers	>10 glazen op een weekenddag onder laatste maand drinkers (%)
Laag	46,5	24,9	76,6	11,7
Midden	44,3	25,1	70,0	8,9
Hoog	49,9	30,6	76,7	9,7

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand, binge drinken = vijf of meer glazen alcohol drinken bij één gelegenheid in de afgelopen maand. Gezinswelvaart is vastgesteld aan de hand van vragen over o.a. concrete bezittingen en kenmerken van het huis, voor meer informatie zie rapport HBSC 2021 Nederland. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

Gezinsvorm

Scholieren die niet bij beide ouders wonen drinken vaker alcohol dan scholieren die wel bij hun beide ouders wonen.

- Scholieren die niet bij beide ouders wonen, hebben vaker ooit (55,8%) en in de laatste maand alcohol gedronken (33,6%) dan scholieren die wel bij beide ouders wonen (44,8% en 25,9%, respectievelijk).
- Er zijn geen verschillen in binge drinken en het drinken van meer dan 10 glazen alcohol op een weekenddag tussen de verschillende gezinsvormen (zie onderstaande tabel).

Alcoholgebruik in het voortgezet onderwijs, naar gezinsvorm, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit	Laatste maand	Binge drinken onder laatste maand drinkers	<10 glazen op een weekenddag onder laatste maand drinkers
Woont niet bij beide ouders in één huis	55,8	33,6	74,1	10,4
Woont bij beide ouders in één huis	44,8	25,9	75,0	9,0

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand, binge drinken = vijf of meer glazen alcohol drinken bij één gelegenheid in de afgelopen maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

Regionale verschillen in alcoholgebruik

In 2021 is de derde gezamenlijke Gezondheidsmonitor Jeugd van de GGD'en, GGD GHOR Nederland en het RIVM gehouden onder tweede- en vierdeklassers van het voortgezet onderwijs: de Corona Gezondheidsmonitor Jeugd [3]. Hierin is gevraagd naar het ooitgebruik van alcohol, het ooit dronken of aangeschoten zijn geweest en het binge drinken (5 of meer drankjes bij één gelegenheid) in de afgelopen vier weken. Er zijn regionale verschillen in het alcoholgebruik.

- In de regio's Amsterdam (41,3%) en Haaglanden (41,2%) was het percentage ooitgebruik onder tweede- en vierdeklassers van het voortgezet onderwijs het laagst. In de regio's Twente (61,6%), Zuid-Limburg (60,6%) en Zeeland (60,4%) was het ooitgebruik in 2021 het hoogst.
- In de regio's Haaglanden (16,2%) en Flevoland (17,3%) zijn jongeren het minst vaak ooit dronken of aangeschoten geweest. Het hoogste percentage jongeren dat ooit dronken of aangeschoten is geweest vinden we in de Gooi en Vechtstreek (28,7%) en de regio Hollands-Noorden (27,4%).
- In de regio's Haaglanden (11,2%) en Amsterdam (13,2%) was het aandeel binge drinken in de afgelopen vier weken onder tweede- en vierdeklassers het laagst en in Twente (27,9%) en Drenthe (26,0%) het hoogst.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.
2. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
3. RIVM, GGD'en. Corona Gezondheidsmonitor Jeugd 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50092NED/table?ts=1653398979958

11.3.3 Gebruikspatronen en wijze van verkrijgen

In het kort: Onder de jongeren die in de afgelopen maand hadden gedronken steeg het aandeel binge-drinkers geleidelijk tussen 2003 en 2021. Ongeveer één op de zeven (14,5%) scholieren van 12 t/m 16 jaar drinkt tenminste maandelijks alcoholvrije dranken.

Snel naar:

- Binge drinken
- Alcoholvrij
- Wijze van verkrijgen

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). In 2021 werd de HBSC-studie uitgevoerd in het voortgezet onderwijs in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van 5733 leerlingen, waaronder 5243 scholieren van 12 tot en met 16 jaar [1]. De HBSC-studie bevat minder vragen over middelengebruik dan het Peilstationsonderzoek scholieren. Daarom kan maar een deel van de gegevens geüpdatet worden naar 2021 en hebben de overige gegevens nog betrekking op 2019.

Naast de gegevens uit de HBSC-studie zijn ook aanvullende gegevens over de verkrijgbaarheid van alcoholhoudende dranken onder minderjarige jongeren uit een onderzoek van onderzoeks- en adviesbureau Breuer&Intraval beschikbaar [2]. Dit bureau heeft, in opdracht van het ministerie van VWS, een landelijke, representatieve inventarisatie uitgevoerd onder jongeren in de leeftijdsgroepen 14/15 jaar en 16/17 jaar naar de verkrijgbaarheid van alcoholhoudende dranken.

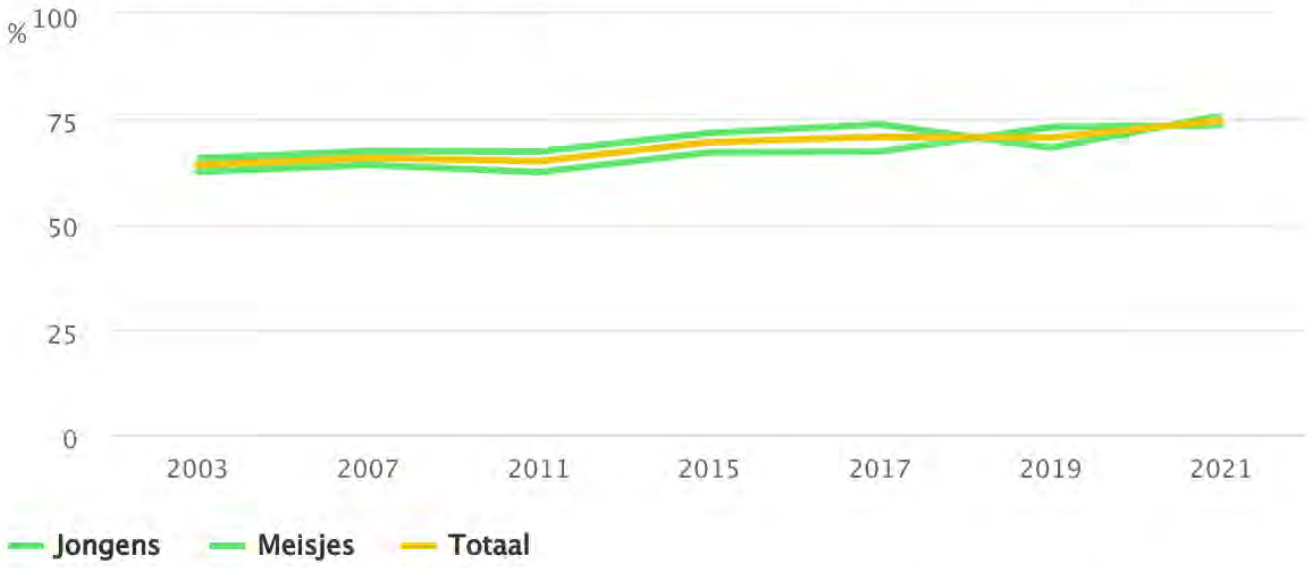
Binge drinken

Binge drinken wordt gedefinieerd als het in korte tijd drinken van grote hoeveelheden alcohol, in de landelijke scholierenonderzoeken 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 [3,4]. Het verder terugdringen van binge drinken onder jongeren is één van de pijlers uit het Nationaal Preventieakkoord: van 71% in 2017 naar 45% in 2040. De kernindicator voor deze doelstelling is het binge drinken onder jongeren die in de afgelopen maand alcohol hebben gedronken.

- Het aandeel van scholieren van 12-16 jaar dat in de afgelopen maand aan binge drinken heeft gedaan was in 2021 20,8%. Kijken we alleen naar de scholieren die in de afgelopen maand hebben gedronken, dan is het aandeel binge drinkers 74,7%.

- Het aandeel van alle scholieren dat in de afgelopen maand minimaal één keer aan binge drinken heeft gedaan daalde van 36,5% in 2003 naar 20,8% in 2021. Deze daling in het binge drinken heeft vooral te maken met de daling in het aandeel jongeren dat alcohol drinkt.
- Onder (in de afgelopen maand) drinkende scholieren steeg het aandeel binge-drinkers namelijk geleidelijk tussen 2003 (64,1%) en 2021 (74,7%).
- Binge drinken in de afgelopen maand kwam onder drinkende jongens (75,8%) en meisjes (73,6%) van 12-16 jaar even vaak voor [1].
- Er is geen duidelijke toename in binge-drinken naar leeftijd te zien; het percentage is onder alle leeftijden hoog [1]. Dronkenschap neemt wel toe met de leeftijd, met een relatief grote sprong tussen 13 (6,4% van drinkende scholieren) en 14 jaar (13,0%). Van de 16-jarigen was 46,6% ooit dronken geweest [1].
- Van de scholieren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hadden gedronken nam in 2021 9,4% meer dan 10 glazen op een weekenddag. Er is geen verschil in aandeel onder drinkende jongens (10,6%) en drinkende meisjes (8,2%)
- Het percentage binge drinken onder jongeren daalde op alle schoolniveaus significant tussen 2003 en 2015, maar de verschillen tussen de schoolniveaus blijven groot. Op het VWO daalde het percentage leerlingen in leerjaar 1 tot en met 4 dat afgelopen maand wel eens was gaan binge drinken van 27% in 2003 naar 6% in 2015; op het VMBO-b daalde het percentage binge-drinkers in de afgelopen maand van 49% in 2003 naar 25% in 2015, ongeveer gelijk aan het niveau dat de VWO-scholieren hadden in 2003 [5]. Er zijn geen vergelijkbare analyses sinds 2017.
- Binge drinken onder de drinkers komt vaker voor onder scholieren die niet met beide ouders in één huis wonen vergeleken met scholieren die wel met beide ouders in één huis wonen [1].

Trends in het binge drinken onder scholieren in het voortgezet onderwijs die in de afgelopen maand alcohol hebben gedronken, naar geslacht, 12 t/m 16 jaar (%)



Binge drinken = het drinken van 5 of meer glazen alcohol bij één gelegenheid. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM (2017, 2021) en Peilstationsonderzoek scholieren / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM (2003, 2007, 2011, 2015, 2019).

NDM

nullDrinker	Jongens	Meisjes	Totaal
2003	65,7	62,5	64,1
2007	67,4	64,1	65,8
2011	67,3	62,4	65,0
2015	71,7	67,1	69,5
2017	73,8	67,3	70,8
2019	68,2	73,1	70,6
2021	75,8	73,6	74,7

Alcoholvrij

Sinds 2019 wordt het gebruik van alcoholvrije dranken onder scholieren in kaart gebracht [6]. Door het drinken van alcoholvrije dranken zouden jongeren aan de smaak van alcohol kunnen wennen, waardoor de overstap naar alcoholhoudende varianten mogelijk kleiner wordt [7].

- In 2021 geven in groep 8 van het basisonderwijs meer dan twee op de vijf leerlingen (41,2%) aan wel eens een alcoholvrij drankje te hebben gedronken. Jongens in groep 8 (45,2%) hebben vaker een alcoholvrij drankje gedronken dan meisjes (37,3%) [1].
- Ongeveer één op de zeven (14,5%) scholieren van 12 t/m 16 jaar drinkt tenminste maandelijks alcoholvrije dranken. Ook in het voortgezet onderwijs drinken jongens (16,9%) vaker alcoholvrije dranken dan meisjes (11,9%) [1].
- Scholieren die in de afgelopen maand alcohol hebben gedronken dronken daarnaast vaker alcoholvrije dranken (26,5%), dan niet-drinkers (9,8%).

Wijze van verkrijgen

Scholieren van het regulier voortgezet onderwijs verkrijgen alcohol voornamelijk via hun vrienden. Het landelijk representatieve verkrijgbaarheidsonderzoek uit 2019 [2] liet dit al zien, en dit blijkt opnieuw uit de HBSC studie die in 2021 is uitgevoerd [1].

- Scholieren van 12-16 jaar in het regulier voortgezet onderwijs komen voornamelijk via hun vrienden aan alcohol (34%), een derde (29%) krijgt alcohol van de ouders. Een kleine minderheid koopt meestal zelf alcohol (5%) [1].
- Zestienjarigen die in de afgelopen maand hebben gedronken, krijgen relatief vaak alcohol van vrienden, terwijl 12- en 13-jarigen juist relatief vaak drank van hun ouders krijgen [1].
- Van de jongeren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hebben gedronken, zegt 5% het meestal zelf te kopen (onderstaande tabel). Dit percentage stijgt met de leeftijd van 3% onder de 12-13-jarigen naar 9% onder de 16-jarigen. In 2015 kocht nog 10% van de scholieren meestal zelf alcohol.
- Het verkrijgbaarheidsonderzoek uit 2019 liet zien dat het kopen van alcohol via thuisbezorgkanalen nauwelijks voorkomt in de leeftijd van 14 tot en met 17 jaar [2].
- Het verkrijgbaarheidsonderzoek liet ook zien dat 46% van de jongeren wel eens alcohol krijgt aangeboden via sociale bronnen zonder daarom te vragen, in de meeste gevallen van vrienden [2].

Wijze van verkrijgen van alcohol door scholieren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hebben gedronken, naar leeftijdsgroep, geslacht en totaal. Peiljaar 2021

	Leeftijd (jaar)				Geslacht		Totaal
Wijze van verkrijgen van alcohol[1]	**12-13 (%)**	**14 (%)**	**15 (%)**	**16 (%)**	**J (%)**	**M (%)**	**12-16 jaar (%)**
Koopt het meestal zelf	3	3	3	9	6	4	5
Laat het anderen kopen	4	8	19	20	14	15	15
Meestal van vrienden	25	35	35	38	34	35	34
Meestal van ouders	40	34	28	22	26	32	29
Meestal van anderen	15	13	11	8	12	10	11

Wijze van verkrijgen van de leerlingen van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hadden gebruikt (actuele gebruikers). 1. Een deel van de scholieren die de afgelopen maand alcohol hadden gebruikt, antwoordde op de vraag "Hoe kom je aan je alcohol" dat ze geen alcohol drinken. De percentages tellen daardoor niet op tot 100%. J = jongens, M = meisjes. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.
2. Kruize A, Schoonbeek I, Pieper R. Verkrijgbaarheidsonderzoek alcohol door minderjarigen 2019. Groningen-Rotterdam: Breuer&Intraval; 2020.
3. Petit G, Kornreich C, Dan B, Verbanck P, Campanella S. Electrophysiological correlates of alcohol- and non-alcohol-related stimuli processing in binge drinkers: a follow-up study. Vol. 28, J Psychopharmacol. 2014. p. 1041–1052.
4. Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. Vol. 171, Am J Epidemiol. 2010. p. 633–644.
5. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Veranderingen in middelengebruik onder Nederlandse scholieren: samenhang met schoolniveau. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
6. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
7. de Wit G, Everaars B, Bilderbeek B, Visscher K, Hendrikx R, Voogt C. Reclame voor en gebruik van alcoholvrije dranken [Internet]. RIVM; 2021. Available from:

https://www.rivm.nl/publicaties/reclame-voor-en-gebruik-van-alcoholvrije-dranken

11.3.4 Opvattingen en rol van ouders

Ouders hebben een belangrijke rol in de ontwikkeling van het alcoholgebruik van hun kinderen, waarbij vooral het hanteren van normen en het stellen van regels (geen alcohol drinken) beginnend alcoholgebruik uit kan stellen en de kans op problematisch drinken verlaagt. Jongeren drinken minder vaak als zij een groter besef hebben van de schadelijkheid van drinken, als ouders strenge regels hanteren over alcoholgebruik en er veel toezicht en veel steun van ouders wordt ervaren.

In de oudermodule van het HBSC-onderzoek 2021 zijn de opvattingen en het opvoedgedrag van de ouders van de jongeren met betrekking tot middelengebruik onderzocht [1].

- In 2021 gaf de meerderheid van de ouders (76%) aan het schadelijk te vinden om ieder weekend één of twee drankjes te drinken voor jongeren onder de 18 jaar.
- De meeste ouders geven aan dat hun kind geen alcohol mag drinken. Zeven op de tien (70%) ouders staan in 2021 hun kind niet toe om thuis, in het bijzijn van de ouders, een glas alcohol te drinken. Ruim 8 op de tien (85%) geeft aan dat hun kind zeker niet meerdere glazen mag drinken. Driekwart van de ouders (74%) staat het hun kind niet toe om op een feestje te drinken en 8 op de tien (79%) geeft aan dat hun kind niet in het weekend mag drinken.
- Van twee op de 5 ouders (39%) mogen de kinderen zeker geen alcoholvrije dranken drinken.
- Vergeleken met 2019 zijn ouders minder streng geworden over het drinken van meerdere glazen (in 2019 stond 87% het zeker niet toe, tegenover 85% in 2021) en het drinken op een feestje (in 2019 stond 77% het zeker niet toe, tegenover 74% in 2021).
- In 2021 hebben minder ouders (33%) een ‘niet drinken tot 18 jaar’-afspraak met hun kind dan in 2019 (38%), 31% heeft niet alleen een afspraak over niet-drinken maar ook over niet-roken (NIX18-afspraak).
- In 2021 dacht 66% van de ouders dat maatregelen die zij nemen of zouden nemen om ervoor te zorgen dat hun kind geen alcohol gaat drinken, effectief zijn. Dit was hetzelfde in 2019 (66%), maar lager dan in 2015 (73%).
- Ouders van kinderen van 12 t/m 14 jaar stellen strengere regels op rond alcoholgebruik dan ouders van 15 t/m 16-jarigen.
- Ouders van vmbo-b-leerlingen stellen minder strenge regels op rond alcoholgebruik dan ouders van vwo-leerlingen.
- Ouders die niet drinken stellen strengere regels op rond alcoholgebruik dan ouders die (dagelijks of niet-dagelijks) drinken.

Ook de jongeren zelf werd gevraagd naar de regels rondom alcoholgebruik die hun ouders stelden [2]. Jongeren ervaren minder strenge regels over hun alcoholgebruik dan dat de ouders aangaven [1].

- Bijna de helft van de scholieren geeft aan dat zij thuis niet één glas alcohol mogen drinken (45,8%). Meer scholieren geven aan dat zij thuis zeker niet meerdere glazen alcohol mogen drinken (68%). Ongeveer de helft mag op een feestje niets drinken (52,8%).
- De regels versoepelen met de leeftijd; slechts 1 op de 5 jongeren van 16 jaar geeft aan dat ouders het thuis drinken van één glas alcohol (18,5%) of op een feestje met vrienden (19,8%) niet toestaan. Onder 12-jarigen is dat respectievelijk 70,4% en 78,5%.
- Jongens (47,5%) zeggen iets vaker dan meisjes (44,0%) dat ze thuis geen alcohol mogen

drinken.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Monshouwer K, Van Dorsselaer S. Ouders over middelengebruik, sociale mediagebruik en gamen door jongeren: Cijfers uit het HBSC-onderzoek 2021 onder ouders. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.

11.3.5 Studenten

In het kort: De overgrote meerderheid van de studenten drinkt alcohol. Het alcoholgebruik onder MBO- en HBO-studenten is niet significant veranderd tussen 2015 en 2021. Wel drinken MBO-studenten vaker meer dan 10 glazen op een weekenddag dan HBO-studenten en leeftijdsgenoten op het voortgezet onderwijs. Er zijn geen verschillen in overmatig en zwaar drinken tussen HBO- en WO-studenten.

Snel naar:

- Gebruik onder studenten van het MBO en HBO
- Studenten van het HBO en de universiteit
- MBO-studenten in Amsterdam

Gegevensbronnen

Om een beeld te krijgen van het middelengebruik onder jongeren 16 t/m 18 jaar, onderzoekt het Trimbos-instituut sinds 2015 elke twee jaar het middelengebruik onder MBO- en HBO-studenten in deze leeftijdsgroep met de Middelenmonitor MBO-HBO [1–3]. Deze monitor onderzocht ook het alcoholgebruik onder 16-18 jarige studenten van het MBO en het HBO. Het gaat om een landelijk onderzoek. In 2019 namen 4.167 studenten deel aan het onderzoek [1].

Daarnaast is in 2021 voor het eerst een grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (HBO en WO). Ook deze monitor zal iedere twee jaar worden uitgevoerd. Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs is ontwikkeld en uitgevoerd door een consortium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de brancheorganisatie van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en het Trimbos-instituut (zie bijlage B9). Deze monitor is gestart vanwege zorgen over de mentale gezondheid, het middelengebruik en de interactie tussen die twee factoren onder studenten [4,5]. In 2021 namen 28.442 studenten deel, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs [5]. Het middelengebruik werd vergeleken tussen studenten in het HBO en studenten op de universiteit. De focus lag hierbij op de mate van het gebruik: overmatig drinken (meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen) en zwaar drinken (tenminste één keer per week 6 (mannen) of 4 (vrouwen) glazen alcohol op één dag).

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse MBO-scholen (bijlage B8). De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 MBO'-studenten (> 16 jaar) van acht MBO-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Cijfers over middelengebruik zijn gebaseerd op gewogen data [6].

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken, bijvoorbeeld HBO-studenten. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet vergelijkbaar.

De cijfers over het alcoholgebruik uit deze verschillende onderzoeken zijn samengevat in de tabel onderaan de pagina.

Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

De Middelenmonitor van het MBO en het HBO gaf voor alcoholgebruik in 2015, 2017, 2019 en 2021 het volgende beeld [1]:

- Van de 16-18-jarige MBO- en HBO-studenten had in 2021 79,4% ooit alcohol gedronken en 67,3% in de afgelopen maand.
- Het alcoholgebruik onder MBO- en HBO-studenten is sinds 2015 stabiel, met uitzondering van 2017 toen het alcoholgebruik ooit in het leven (85,0%) en in de afgelopen maand (73,3%) wat hoger lag dan in 2019 (respectievelijk 80,3% en 68,2%) en 2021 (respectievelijk 79,4% en 67,3%).
- MBO-studenten drinken vaker meer dan 10 glazen alcohol op een weekenddag dan HBO-studenten of scholieren in het voortgezet onderwijs. Onder 17-jarigen die alcohol drinken, drinken meer MBO-studenten meer dan 10 glazen op een weekenddag (23,0%) dan HBO-studenten (11,1%) of scholieren in het voortgezet onderwijs (14,4%). Ook onder 18-jarigen komt dit vaker voor bij MBO-studenten (20,3%) dan bij HBO-studenten (12,1%). Onder 16-jarigen ligt het percentage op 21,0% bij MBO-studenten en op 13,4% bij scholieren op het voortgezet onderwijs.
- Er zijn geen verschillen in ooitgebruik of laatste-maand-gebruik van alcohol tussen de verschillende typen onderwijs (voortgezet onderwijs, MBO, HBO) zichtbaar.
- Van de MBO- en HBO-studenten die alcohol drinken geeft 31% van de 16-jarige en 39% van de 17-jarige studenten aan dit zelf wel eens te kopen.

Studenten van het HBO en de universiteit

- De meeste studenten van het hoger onderwijs drinken alcohol: 85% in het afgelopen jaar [5].
- Van alle studenten van het hoger onderwijs drinkt 10,6% overmatig en 16,2% zwaar.
- Er zijn geen verschillen in overmatig of zwaar drinken tussen HBO- en WO-studenten.
- Overmatig en zwaar drinken komt meer voor bij mannelijke studenten en studenten die zelfstandig wonen.
- Overmatig alcoholgebruik hangt samen met studievertraging van meer dan één jaar en het ervaren van (heel) veel slaapproblemen [5].
- Studenten met een studieschuld hoger dan €5.000 drinken vaker overmatig dan studenten die minder dan €5.000 studieschuld hebben [5].

MBO-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het alcoholgebruik van MBO-studenten uitgevraagd [6]. Het is van belang om op te merken dat het hier om een oudere leeftijdsgroep (gemiddeld 19,0 jaar) gaat dan in de hierboven genoemde MBO-HBO monitor (gemiddeld 17,3 jaar). De percentages zijn daarom niet één op één vergelijkbaar.

- In 2021 had de meerderheid van de Amsterdamse MBO-studenten (68%) ooit alcohol

gedronken. In het laatste jaar had 61% alcohol gedronken en in de laatste maand 48%.

- Dagelijks drinken komt weinig voor (1%) onder Amsterdamse MBO-studenten. Meer dan de helft (57%) drinkt alleen in het weekend. Zij drinken dan gemiddeld 6 glazen alcohol.
- Van de Amsterdamse MBO-studenten die alcohol drinken, drinkt 90% meer dan de richtlijn van de Gezondheidsraad (maximaal 1 glas alcohol per dag), ofwel 51% van alle MBO'ers.
- Overmatig drinken komt voor bij 6% van alle MBO-studenten en zwaar drinken bij 12%.
- Van de Amsterdamse MBO-studenten die alcohol drinken, zou 6% willen stoppen of minderen met alcohol.
- Vergeleken met 2016 is het alcoholgebruik onder Amsterdamse MBO-studenten in 2021 lager (zie tabel).

Percentage alcoholgebruikers onder studenten

	Locatie	Indicator	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Ooit (%)	Laatste maand (%)	Overmatig drinken[I] (%)
Studenten van het MBO en HBO	Nederland		2021	MBO + HBO	16-18 jaar	79,4	67,3	-
			2019			80,3	68,2	-
			2017			85	73,3	-
			2015			82	69,3	-
Studenten van het HBO en de universiteit[III]	Nederland		2021	Totaal HBO+WO	16 jaar en ouder	-	-	10,6
				HBO		-	-	9,6
				WO		-	-	12,0
Studenten van het MBO	Amsterdam		2021	MBO	16 jaar en ouder (19,0 gemiddeld)	68,1	48,0	6
			2016		15 jaar en ouder (18,9 gemiddeld)	79,4	65,1	-

Percentage gebruikers van alcohol ooit en in de laatste maand en het percentage dat overmatig en zwaar drinkt. I. Meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen II. Ten minste één keer per week 6 of meer glazen (mannen) of 4 of meer glazen (vrouwen) drinken op een dag. III. Alle HBO- en WO-studenten van 16 jaar en ouder werden geïncludeerd in dit onderzoek. Door verschillen in leeftijd en meetmethoden is een directe vergelijking tussen de onderzoeken niet mogelijk. Bronnen: Middelenmonitor MBO-HBO; Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs, Antenne Amsterdam.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Verdurmen JE, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Factsheet: Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
3. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
4. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport I Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–116.
5. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–123.
6. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.

11.3.6 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Het algemene beeld is dat vrijwel alle jongeren en jongvolwassenen drinken tijdens het uitgaan, dit wordt jaar op jaar door verschillende bronnen bevestigd (zie onderstaande tabel) [1–6]. Hoewel in bijna elk uitgaansnetwerk alcohol wordt gedronken, hangt de mate van drinken en het type alcoholische drank dat wordt genuttigd samen met de uitgaanslocatie en soort muziek. Relatief veel gegevens over uitgaande jongeren zijn afkomstig uit Amsterdam.
Net zoals wordt gesignaleerd in de algemene volwassen bevolking, is het aandeel jongvolwassenen dat voldoet aan de norm voor ‘zwaar drinken’ relatief hoog. Daarentegen wordt gesignaleerd dat veel uitgaanders ook kiezen voor alcoholvrije (0%) drankjes. Een nieuw fenomeen onder uitgaanders is het inlassen van een alcoholvrije periode: een aantal aaneengesloten weken waarin geen alcohol wordt genuttigd [5]. Veel jongeren en jongvolwassenen geven aan dat zij zelf vinden te veel of te vaak te drinken.

Snel naar:

- Uitgaanders in Nederland
- Uitgaanders in Amsterdam en Gooi en Vechtstreek
- Uitgaanders in Den Haag
- Keten

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [7] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht. De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld. Om vertekening door de impact van de coronamaatregelen te voorkomen, werd aan de respondenten gevraagd naar hun middelengebruik in de periode vóór 13 maart 2020, de dag van het invoeren van de coronamaatregelen. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie bijlage B2). Voor het vergelijken van de resultaten met die uit een eerdere peiling uit 2016 (HGU 2016 [8]) zijn aanvullende analyses uitgevoerd.

De Amsterdamse Antenne-monitor peilt (bijna) jaarlijks het alcoholgebruik onder verschillende groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen [1,4–6,9]. In 2018 werd een vragenlijst afgenomen onder cafébezoekers in Amsterdam [5]. De survey onder cafébezoekers werd in 2018 ook afgenomen in de Gooi en Vechtstreek (Hilversum en omstreken) [4]. In 2017 werd de survey van de Amsterdamse Antenne-monitor gehouden onder bezoekers van clubs en festivals [9].

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt alcoholgebruik vaker voor, zoals onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De tabel onderaan deze pagina vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. 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 doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij ‘op locatie’ of online geworven in

plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders.

De situatie is in 2020 door de coronacrisis mogelijk veranderd. De exacte impact is nog moeilijk in te schatten. In § 11.1.2 beschrijven we bevindingen uit de meest recente onderzoeken sinds het begin van de coronacrisis in maart 2020.

Uitgaanders in Nederland

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [7] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht.

In HGU 2020 is gevraagd naar de mate van alcoholgebruik en de intentie om te minderen of stoppen.

- In 2020 had 99% van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen in het onderzoek ooit alcohol gedronken en 98% deed dit in het afgelopen jaar. Dat is meer dan in de algemene bevolking (zie § 11.2).
- Van degenen die in het afgelopen jaar alcohol hadden gedronken deed 83% dat wekelijks en 7% (bijna) dagelijks.
- De hoeveelheid alcohol die tijdens het uitgaan werd gebruikt is fors: gemiddeld dronken mannen 7,9 glazen en vrouwen 5,3 glazen. Vóór het uitgaan werd nog ingedronken: mannen vooraf 6,5 glazen en vrouwen 4,8 glazen.
- Op een niet-uitgaansdag werd er beduidend minder gedronken: mannen dronken dan gemiddeld 3,3 glazen en vrouwen 2,4 glazen.
- In 2020 dronken meer uitgaanders wekelijks alcohol dan in 2016, maar zoals aangegeven is een precieze vergelijking lastig te maken.
- De helft van de uitgaanders die alcohol drinken vindt dat zij te veel of te vaak drinken (51,6%) en 33,6% zou minder alcohol willen drinken. Het aandeel mensen dat zou willen stoppen met alcohol is laag: 3,6%.
- In HGU 2020 is ook de mate van acceptatie rondom het gebruik van alcohol in kaart gebracht. De overgrote meerderheid keurt het eigen alcoholgebruik goed (81,8%). Ruim een kwart van de drinkers (26,4%) denkt dat alcoholgebruik nu minder geaccepteerd is dan 5 jaar geleden, eenzelfde deel (27,2%) denkt dat alcoholgebruik meer geaccepteerd is en het grootste deel denkt dat het in dezelfde mate geaccepteerd wordt (45%). Dit is in tegenstelling tot cocaïne en ecstasy, waarvoor een groter deel van de gebruikers denk dat deze middelen meer geaccepteerd worden dan 5 jaar geleden.

Uitgaanders in Amsterdam en Gooi en Vechtstreek

De Amsterdamse Antenne-monitor peilt (bijna) jaarlijks het alcoholgebruik onder verschillende groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen [1,4–6,9]. In 2018 werd een vragenlijst afgenomen onder cafébezoekers in Amsterdam [5]. De survey onder cafébezoekers werd in 2018 ook afgenomen in de Gooi en Vechtstreek (Hilversum en omstreken) [4]. Hier dronk het grootste deel van de respondenten op 1 of 2 dagen per week. In 2017 werd de survey van de Amsterdamse Antenne-

monitor gehouden onder bezoekers van clubs en festivals. Ook in deze groep werd in de meeste netwerken regelmatig alcohol gedronken (zie tabel). Er werd wel een forse variatie gesignaleerd en het aantal glazen loopt sterk uiteen. Vooral mannen drinken vaak, snel en veel [9].

- Onder Amsterdamse cafébezoekers had bijna iedereen in het laatste jaar (99,8%) en in de laatste maand (99,6%) alcohol gedronken. Een veel kleiner deel dronk dagelijks (3,3%). Wel vond meer dan de helft (60%) dat zij te veel of te vaak drinken [5].
- Op een 'drinkdag' dronk het merendeel van de cafébezoekers tussen 3 en 5 glazen alcohol, met een gemiddelde van 4,4 glazen. Het gemiddeld aantal glazen op een drinkdag verschilde tussen mannen en vrouwen en tussen leeftijdsgroepen: mannen dronken meer dan vrouwen (5,9 versus 3,9 glazen). Jongere cafébezoekers (<20 jaar) dronken gemiddeld meer glazen (5,1) dan cafébezoekers tussen 25 en 29 jaar (gemiddeld 4,4 glazen) en degenen die ouder dan 30 jaar waren (gemiddeld 3,8 glazen).
- Bijna 40% van de drinkers dronk alcohol op 3 of 4 dagen in een week [5]. Bezoekers van clubs en festivals drinken bijna allemaal 1 of 2 dagen (43%) of 3 of 4 dagen (26%) per week. Een klein deel (3% van de totale groep club- en festivalbezoekers) is dagelijkse drinker [9].
- Ruim een op de vijf cafébezoekers (21,2%) voldeed aan de voorwaarden voor 'riskant drinken': hier gedefinieerd als het drinken van twee (tot 19 jaar) of vier (vanaf 19 jaar) glazen alcohol op minimaal 2 dagen per week.
- Tussen 2014 en 2018 zijn er geen significante verschillen in alcoholgebruik en gemiddeld aantal glazen per drinkavond geconstateerd [5].
- Het gemiddeld aantal glazen op een drinkdag lag in de Gooi en Vechtstreek regio hoger (5,7) dan in Amsterdam; uitgesplitst naar geslacht waren het gemiddeld 6,7 glazen voor mannen en 4,6 voor vrouwen [4]. Onder bezoekers van festival en clubs light het gemiddelde op 5 glazen op een 'drinkdag'. Bijna de helft van de huidige drinkers (46%) vindt zelf dat zij te veel of te vaak alcohol drinken [9].
- Ook het aandeel riskante drinkers was in de Gooi en Vechtstreek aanzienlijk hoger dan in Amsterdam: 50,3% voldeed aan de definitie die in dit onderzoek werd gehanteerd [4].
- Alcohol wordt vaak met verschillende middelen gecombineerd. Panelleden zien verschil in de middelen waarmee alcohol wordt gecombineerd. Alcohol wordt minder of helemaal niet gedronken bij het gebruik van psychedelica zoals paddo's, LSD en 2-CB. Een deel van de uitgaanders lijkt alcohol ook niet of minder te drinken bij het gebruik van ecstasy, GHB en ketamine. Bij het gebruik van cocaïne en amfetamine lijkt meer alcohol te worden gedronken. In sommige netwerken werd alcohol gecombineerd met slaap- en kalmeringsmiddelen [5].

Er werd ook gevraagd naar het gebruik van alcoholvrije (0%) drankjes en het houden van alcoholvrije periodes.

- Van de cafébezoekers in Amsterdam had 58,6% wel eens alcoholvrije drankjes gedronken ter vervanging van alcohol en 18,2% had deze drankjes gebruikt als hulpmiddel om te minderen of te stoppen met drinken [5].
- Een kwart (24,5%) had in het afgelopen jaar één alcoholvrije periode gehad en 5% deed dit twee keer. De gemiddelde duur van een alcoholvrije periode was 5,6 weken [5].
- Volgens panelleden is er bij een groeiende groep uitgaanders meer bewustwording over alcoholgebruik, bijvoorbeeld door het inlassen van alcoholvrije periodes [5,9]. Het groeiende aanbod van dranken zonder alcohol wordt als een vooruitgang gezien, hoewel niet in alle clubs alcoholvrij bier wordt verkocht, maar wel bier met minder alcohol (2% alcohol) [9]. Er lijkt

sprake van een toenemende kritische blik op het eigen drinkgedrag die mede lijkt te worden ingegeven door de huidige gezondheidstrend [9].

Uitgaanders in Den Haag

In het Haags Uitgaansonderzoek (HUO) 2019, een uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden, is het middelengebruik van 519 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar op vier Haagse uitgaanslocaties in kaart gebracht [10]. Deze studie combineert eveneens een survey met panelinterviews met sleutelfiguren uit het Haagse uitgaansleven.

- In 2019 hebben vrijwel alle ondervraagde uitgaanders in Den Haag en Scheveningen alcohol gedronken, 99% in het afgelopen jaar en 96% in de afgelopen maand. In 2017 was het laatste-jaar-gebruik ook hoog met 94%.
- Panelleden constateren dat alcohol en uitgaan bij elkaar horen en er geen speciale setting of gelegenheid nodig is om alcohol te drinken, het is in vrijwel elke setting mogelijk en wordt als normaal gezien.
- Panelleden constateren ook dat alcohol met vrijwel alle drugs wordt gecombineerd, GHB en XTC zijn de uitzonderingen.
- In 2017 hadden de deelnemers gemiddeld op 14-jarige leeftijd voor het eerst gedronken. Op 16-jarige leeftijd had 95% al een keer alcohol gedronken [11].
- In 2017 dronk drie op de tien (30%) uitgaanders minstens één keer in de week 6 glazen (mannen) of 4 glazen (vrouwen) en was daarmee volgens de gangbare definitie een zware drinker [11].
- In de verschillende ‘netwerken’ in den Haag zijn verschillende soorten alcohol populair [11]. In de ene groep wordt voornamelijk bier (pils) gedronken, terwijl in meer multiculturele netwerken voornamelijk ‘luxere’ drankjes als whisky, wodka en likeur worden genuttigd. Dit komt overeen met de resultaten uit de Amsterdamse Antenne-monitor over 2017 [9].

Gebruik van alcohol onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Populatie	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Maat voor alcoholgebruik[I]	% / Aantal glazen
Bezoekers van party's, festivals en clubs[II,IV]	Landelijk	2020	22	Afgelopen maand	-
				Afgelopen week	-
				Aantal glazen tijdens uitgaan	7,9 (man)
		2016	22	Afgelopen maand	96%
				Afgelopen week	77%
				Aantal glazen tijdens uitgaan	8,5 (man)
Uitgaanders (clubbers en festivalgangers)	Amsterdam	2017	26	Afgelopen maand	97%
				Riskant drinken[I]	15%
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	25	Afgelopen maand	88%
				Riskant drinken[I]	7%
Cafébezoekers	Amsterdam	2018	26	Afgelopen jaar	100%
				Afgelopen maand	98%
				Riskant drinken[I]	21%
		2014	27	Afgelopen jaar	99%
				Afgelopen maand	99%
				Riskant drinken[I]	23%
	Hilversum, Bussum, Huizen	2018	24	Afgelopen jaar	100%
				Afgelopen maand	100%
				Riskant drinken[I]	50%
Uitgaanders	Den Haag	2019	-	Afgelopen jaar	99%
				Afgelopen maand	96%
		2017	24	Afgelopen jaar	94%
				Wekelijks drinken	77%
		2014	24	Afgelopen jaar	98%
				Afgelopen maand	98%
Clubbers en ravers[III]	Amsterdam	2013	24	Afgelopen maand	98%
				Riskant drinken[I]	23%

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. I. De volgende definities worden gehanteerd: Definities voor Amsterdam en Hilversum, Bussum, Huizen: drinken van drie (tot 19 jaar) of vier (vanaf 19 jaar) glazen alcohol op minimaal 2 dagen per week. Binge drinken onder cafébezoekers: maandelijks of vaker 6 of meer glazen per gelegenheid. Binge drinken onder coffeeshopbezoekers en bezoekers van trendy clubs: 5 glazen of meer per gelegenheid in afgelopen maand, onder de huidige drinkers. II. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via facebook, online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. III. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). IV. Om goede uitspraken te kunnen doen over de trends in middelengebruik, wordt er bij Het Grote Uitgaansonderzoek en de Antenne monitor een aanvullende analyse gedaan die vergelijkingen tussen jaren mogelijk maakt. Voor de andere onderzoeken wordt deze analyse niet gedaan. Hier geldt dat bij kleine verschillen niet met zekerheid kan worden gezegd of er sprake is van een toe- of afname. Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU), Antenne, Haags Uitgaansonderzoek (HUO).

Keten

“Keten” of “hokken” zijn semi-particuliere (niet-commerciële) settingen waar jongeren samenkomen voor de gezelligheid en om te drinken. Ze zijn gehuisvest in schuren, (sta)caravans, kassen en op zolders. Hoeveel keten er momenteel in Nederland zijn, is onbekend, maar niet elke gemeente heeft een keet.

- Een oudere schatting uit 2009 kwam uit op ongeveer 1500 keten in Nederland [12]. Het alcoholgebruik (vooral bier) kan in de keten zeer hoog zijn [12]. Naast gezondheidsrisico’s die verbonden zijn aan het overmatig alcoholgebruik, kleven aan keten ook veiligheidsrisico’s, zoals brandonveilige situaties, geluids- en afvaloverlast en soms vandalisme en vechtpartijen.
- In een online onderzoek onder bijna 4.000 jongeren van 13-23 jaar dat in 2016 in opdracht van VWS werd uitgevoerd, bleek dat 9% van de jongeren die alcohol drinken wel eens alcohol drinkt in een keet, hok of schuur [13]. Bij vrienden thuis (66%), thuis bij ouders (60%), in een kroeg of café (45%) en huisfeestjes (42%) scoren veel hoger. De keet, hok of schuur staat op de vijfde plaats in het gemiddeld aantal glazen (9,6 per bezoek) dat wordt gedronken; het meest wordt gedronken in een club of discotheek (11,2 glazen) en op huisfeestjes (10,8 glazen).
- In het Peilstationsonderzoek 2019 onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs noemt bijna een kwart (23%) van de actuele drinkers een ‘hok, schuur of keet’ als locatie waar in de afgelopen maand een of meer keer alcohol is gedronken [14]. Het meest frequent werd ‘bij anderen thuis’ als drinklocatie genoemd (41%).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2014: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2015.
2. Beurmanjer H, De Weert G. Tendens: Trends in Wonen, Werken en Middelengebruik 2012-2013: een update [Internet]. Arnhem: IrisZorg; 2013. Available from: http://www.iriszorg.nl/sites/iriszorg.nl/files/field/attach/tendens_2012-2013.pdf
3. Goossens F, Frijns T, Van Hasselt NE, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2013: uitgaanspatronen, middelengebruik en risicogedrag onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
4. Korf DJ, Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2018. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek.; 2019.
5. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.
6. Nabben T, Luijk SJ, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
7. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht:

Trimbos-instituut; 2021.
8. Monshouwer K, Van der Pol P, Drost YC, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2016: Uitgaanspatronen, middelengebruik en preventieve maatregelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen [Internet]. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016. Available from: https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1494-het-grote-uitgaansonderzoek-2016
9. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.
10. Van Dijk A, Van der Meer R, Gerrits N, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L. HUO 2019/2020: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2020.
11. Van Dijk M A& Keetman. HUO 2018: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken. Den Haag: GGD Haaglanden. 2018.
12. STAP. Factsheet: Keten en hokken. Utrecht: STAP; 2009.
13. Youngworks. Onderzoek drinkgedrag jongeren. Amsterdam: Youngworks; 2016.
14. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

11.3.7 Kwetsbare groepen

In het kort: Er zijn geen duidelijke verschillen in alcoholgebruik tussen jongeren uit kwetsbare groepen en jongeren uit het regulier onderwijs. Alleen het ooitgebruik van alcohol ligt in de residentiële jeugdzorg (RJZ) beduidend hoger en in de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) iets hoger. Het alcoholgebruik in kwetsbare groepen lijkt in 2019 over het algemeen gedaald te zijn vergeleken met 2008. In de Amsterdamse jeugdzorg zijn geen signalen van een afname, maar dit kan te maken hebben met verschillen in de leeftijdsgroep tussen de steekproeven in 2012 en 2019.

Snel naar:

- Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3
- Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen
- Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg
- Kwetsbare jongeren in de regio

Gegevensbronnen

Binnen de groep jongeren zijn bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

De tabel onderaan de pagina geeft een samenvatting van de resultaten uit uiteenlopende studies naar het alcoholgebruik in verschillende groepen kwetsbare jongeren. In 2022 is als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [3]. Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen (gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld.

Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd.

In het landelijke EXPLORE-onderzoek zijn daarnaast jongeren uit het praktijk- en het speciaal onderwijs geïncludeerd [1], en jongeren in de residentiële jeugdzorg [2]. Ook zijn er enkele lokale en regionale studies uitgevoerd. De cijfers zijn onderling niet altijd vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

Ten slotte is in 2019 en 2021 de Antenne Regiomonitor uitgevoerd [4,5]. Deze monitor beoogt op kwalitatieve wijze zicht te krijgen op het gebruik onder groepen kwetsbare jongeren uit verschillende regio’s in Nederland. Dit gebeurt op basis van interviews met jongeren- en preventiewerkers die zicht hebben op verschillende (35 in 2021) jongerengroepen verspreid over het land.

Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3

In 2019 is in een landelijk onderzoek (EXPLORE) het middelengebruik gemeten onder jongeren van het praktijkonderwijs (PrO) en in het cluster 4 van het speciaal voorgezet onderwijs (REC-4, leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen) [1]. Jongeren van het cluster 3 (REC-3, leerlingen met een licht verstandelijke beperking) zijn voor het eerst ook onderzocht.

In 2019 hebben 34 scholen van het praktijkonderwijs (1.118 leerlingen) en 34 cluster 4-scholen (1.032 leerlingen) deelgenomen. Aan het onderzoek in cluster-3 namen 21 scholen deel (266 leerlingen). De cijfers zijn vergeleken met die van een steekproef van jongeren van het VMBO basis- en kaderberoepsgerichte leerweg (VMBO-b). De gegevens van het VMBO-b zijn afkomstig uit de Peilstationsonderzoeken uit 2007 en 2019 [6]. Voor een trendanalyse zijn de cijfers vergeleken met die uit het eerdere EXPLORE-onderzoek uit 2008 (zie onderstaande tabel) [2].

- Van de scholieren van 12 tot en met 16 jaar in cluster 4 heeft bijna de helft (46%) ooit alcohol gedronken en een kwart (24%) in de afgelopen maand. Dit is hoger dan in het praktijkonderwijs (respectievelijk 30% en 17%) en vergelijkbaar met het VMBO-b (respectievelijk 50% en 29%).
- Van de scholieren in cluster 3 heeft 46% ooit alcohol gedronken en 13% in de afgelopen maand. De vergelijking met andere onderwijstypen is niet getoetst op significantie wegens verschillen in de vragenlijsten en samenstelling van de steekproeven.
- Onder jongens in het praktijkonderwijs is het ooitgebruik, laatste-maand gebruik en het binge drinken significant hoger dan onder meisjes.
- In alle onderwijstypen is het ooitgebruik onder jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond het laagst.
- Bijna één op de vijf cluster 4-leerlingen (19%) heeft in de afgelopen maand weleens 5 glazen of meer gedronken bij één gelegenheid (binge drinken). Dit percentage ligt iets lager in het praktijkonderwijs (15%) en wat hoger in het VMBO-b (23%), maar deze verschillen zijn niet significant.
- Voor alle onderwijstypen geldt dat ouders de belangrijkste bron voor alcohol zijn: ongeveer een derde zegt alcohol meestal van ouders te krijgen.

In de periode 2007-2019 is het ooitgebruik, laatste-maand-gebruik en het binge drinken sterk gedaald in zowel het praktijkonderwijs als cluster 4.

- De daling in het binge drinken lijkt sterker in het praktijkonderwijs en cluster 4 dan in het VMBO-b. Verder zijn de dalingen vergelijkbaar.
- Onder scholieren in cluster 4 is met name de daling in laatste-maand-gebruik het sterkst onder meisjes.

Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn gegevens verzameld over het gebruik van alcohol onder jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen [3]. De vragenlijst is in vier JJI afgenomen bij in totaal 110 jongens. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder studenten van het MBO en HBO [7]. Deze vergelijking moet voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat de onderzoeken niet op dezelfde manier zijn uitgevoerd en de studenten gemiddelde iets jonger zijn (17,2 versus 18,2 jaar).

- Bijna negen op de tien jongeren (86%) hebben ooit alcohol gedronken en één op de tien (10%) deed dit in de afgelopen maand.
- Ongeveer de helft van de jongeren die in de afgelopen maand heeft gedronken, deed dit in de inrichting.
- Alle jongeren die in de afgelopen maand hebben gedronken, deden dit al voordat zij in de inrichting werden geplaatst.
- Ook geven zij bijna allemaal aan dat ze minder zijn gaan drinken sinds ze in de inrichting zitten.
- Het ooitgebruik van alcohol lijkt onder jongeren in de JJI iets hoger te liggen (86%) dan bij studenten van het MBO/HBO (80%). Daarentegen hebben meer studenten van het MBO/HBO in de afgelopen maand alcohol gedronken (68%) dan jongeren uit de JJI (10%).

Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg

In het landelijk EXPLORE-onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over het alcoholgebruik onder jongeren in de residentiële jeugdzorg (RJZ) verzameld [8]. In 2008 is voor het eerst landelijk onderzoek gedaan naar middelengebruik onder deze doelgroep.

Jongeren verblijvend in de RJZ lijken even vaak alcohol te drinken in de afgelopen maand als jongeren in het regulier onderwijs, maar hebben wel vaker ooit alcohol gedronken. Meisjes verblijvend in de RJZ hebben vaker ooit alcohol gedronken dan jongens.

- Onder jongeren in de RJZ heeft 83% ooit alcohol gedronken, 44% in afgelopen maand en 30% heeft in de afgelopen maand ten minste één keer vijf of meer glazen tijdens één gelegenheid gedronken (binge drinken).
- Meisjes (77%) hebben vaker ooit alcohol gedronken dan jongens (66%). In het praktijkonderwijs is het alcoholgebruik onder jongens juist hoger [1] en in het voortgezet onderwijs is er geen verschil tussen jongens en meisjes [6].
- Jongeren die in de afgelopen maand alcohol hebben gedronken, dronken gemiddeld 6,7 glazen op een weekenddag (vrijdag, zaterdag, zondag) en 2,6 glazen op een doordeweekse dag.
- Er zijn geen grote verschillen in laatste-maand-alcoholgebruik en binge drinken tussen 12-15-jarige jongeren in de RJZ en in het regulier onderwijs [8]. Het ooitgebruik van alcohol ligt in de RJZ wel hoger (72% versus 42%).
- De belangrijkste manieren om aan alcohol te komen in de RJZ zijn het zelf kopen (36%), door anderen laten kopen (25%) of van vrienden buiten de groep krijgen (28%). Een minderheid ontvangt het van de ouders (7%) in tegenstelling tot het voortgezet onderwijs, praktijkonderwijs en cluster-4 onderwijs, waar ouders één van de belangrijkste bronnen van alcohol vormen [1,6].
- De redenen om alcohol te gebruiken zijn ook uitgevraagd. De belangrijkste redenen waren: omdat het gezellig is, omdat het gevoel lekker is en omdat de smaak lekker is.
- Van de jongeren die in de afgelopen maand alcohol hebben gedronken gaf 23% aan meer te zijn gaan drinken door de coronapandemie, 37% evenveel te zijn blijven drinken en 24% te zijn geminderd.

In de periode 2008-2020 is het alcoholgebruik gedaald onder jongeren in de RJZ.

- Jongeren in de RJZ hebben in 2020 minder vaak alcohol gedronken in de afgelopen maand dan in 2008. Onder 12-15-jarigen daalde het laatste-maand-gebruik van 57% naar 26%, onder 16- en 17-jarigen daalde het van 72% naar 49%.

- Ook het binge drinken in de afgelopen maand is in 2020 lager dan in het EXPLORE-onderzoek in 2008: zowel onder 12-15-jarigen (15% versus 47%) als onder 16- en 17-jarigen (35% versus 60%).

Daarnaast zijn er vanuit de Antenne-monitor uit 2019 specifiek gegevens beschikbaar over alcoholgebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek. De ondervraagde jongeren waren merendeels 16-19 jaar oud (87%), de rest was 15 of tussen de 20 en 28 jaar. De steekproeven zijn relatief klein met 118 jongeren in Amsterdam [9] en 23 jongeren in de Gooi en Vechtstreek [10].

Jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg lijken minder alcohol te gebruiken in de laatste maand dan scholieren op het MBO, HAVO en VWO. Een kwart van de jongeren vertoont problematisch of riskant drinkgedrag [9,10].

- De meeste jongeren in jeugdzorg in Amsterdam (79,7%) en de Gooi en Vechtstreek (82,6%) hebben weleens alcohol gedronken [9,10]. Ongeveer de helft heeft in de laatste maand gedronken (48,3%) [9].
- Er waren geen dagelijkse drinkers in de steekproef onder jongeren binnen de jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek; drinken wordt geassocieerd met weekenden en feestdagen. Op doordeweekse dagen drinkt ruim de helft van de laatste-maand-gebruikers niet, op weekenddagen drinken de meesten wel.
- Het drinkpatroon verschilt tussen doordeweekse dagen en weekenddagen. Als er doordeweeks wordt gedronken, blijft dit gemiddeld beperkt tot 1 glas. Op weekenddagen is het gemiddelde aantal geconsumeerde glazen 4.
- Onder Amsterdamse jongeren in jeugdzorg zijn mixdrankjes (bijv: rum-cola, gin-tonic, kant-en-klare mixdranken) het populairst (gedronken door 70% van laatste-maand-gebruikers), gevolgd door sterke drank of likeur (63%), shotjes (54%), wijn of cider (51%) en bier (44%). Alcohol wordt het vaakst in uitgaansgelegenheden of bij anderen thuis gedronken.
- Jongeren van 18 jaar en ouder (62%) binnen de Amsterdamse jeugdzorg hebben vaker in de afgelopen maand alcohol gedronken dan jongeren van 16 (44%) of 17 (34%) jaar oud. Jongeren met een westerse achtergrond (54%) lijken vaker alcohol te hebben gedronken in de afgelopen maand dan jongeren met een niet-westerse achtergrond (42%), maar dit verschil is niet significant bevonden.
- Ongeveer een kwart (24%) van de jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg vertoont riskant gedrag door te veel of te vaak te drinken, te drinken onder schooltijd, weg te blijven van school wegens drankgebruik, extreem dronken te worden of te drinken om problemen te vergeten. Er zijn nauwelijks verschillen in geslacht, leeftijd, afkomst en vormen van jeugdzorg tussen jongeren die problematisch drinken en jongeren die niet-problematisch drinken.
- Vergeleken met eerdere vergelijkbare onderzoeken in Amsterdam uit 2016 lijken jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg (48%) minder alcohol te gebruiken in de laatste maand dan scholieren op het MBO (65%), HAVO en VWO (60%). Verschillen zijn niet statistisch getoetst wegens verschillen in de steekproeven.

Kwetsbare jongeren in de regio

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen van kwetsbare jongeren in diverse regio’s van Nederland [4,5]. Deze monitor probeert

zicht te krijgen op groepen jongeren waarin sprake is van problematisch drugsgebruik, meervoudige problematiek in de directe, institutionele of sociale omgeving, of het veroorzaken van overlast.

Begin 2021 werden via een kwalitatieve studie jongeren- en preventiewerkers ondervraagd over hun indruk van het middelengebruik van in totaal 35 groepen jongeren uit 10 provincies, waar deze professionals direct mee in contact staan [4]. Deze groepen zijn niet representatief voor alle jongerengroepen in de regio. Van de 35 groepen jongeren kwamen er 23 uit een grotere of kleinere stad en kwamen er 12 uit een dorp. Het aantal jongeren per groep varieerde van 8 tot 90 personen, met gemiddeld 20 personen. In totaal hadden de professionals zicht op ongeveer 850 jongeren tussen 11 en 27 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar.

- Volgens de professionals werd in iedere groep alcohol gebruikt, in tweederde van de groepen gebruikte de overgrote meerderheid of iedereen binnen de groep alcohol.
- In jongerengroepen die in dorpen wonen, vaak bestaande uit jongeren zonder migratieachtergrond, heerst een drinkcultuur en zij beginnen soms al op heel jonge leeftijd te drinken. Jongerengroepen die in steden wonen bestaan voor een groter deel uit jongeren met een (niet-)westerse migratieachtergrond en hierin wordt minder vaak gedronken en minder glazen per keer, zo observeren de jongerenwerkers. Zij observeren ook een negatiever imago van alcohol onder jongeren met een Marokkaanse migratieachtergrond, dan onder jongeren met een Turkse of Surinaamse migratieachtergrond.
- In sommige jongerengroepen, voornamelijk in de dorpen, zijn ouders een bron van alcohol.
- Niet alle jongerenwerkers hebben zicht op de hoeveelheid die gedronken wordt. Onder professionals zijn wel zorgen over het excessief alcoholgebruik in sommige groepen en de daarmee gepaard gaande gezondheidsrisico's of het risico op rijden onder invloed.
- Volgens de professionals wordt alcohol in tweederde van de groepen gecombineerd met cannabis, daarna volgen de combinaties met lachgas (een kwart van de groepen) en met ecstasy (een kwart van de groepen) in populariteit. Combinaties met 3-MMC en cocaïne komen ook voor, voornamelijk om 'op de been te blijven.'
- Een deel van de professionals ziet veranderingen in het alcoholgebruik door de coronacrisis. Het gaat dan voornamelijk om een toename in gebruik, mogelijk als gevolg van meer vrije tijd. Ze zien ook een verplaatsing van de setting waarin wordt gedronken en een afname van combinaties met stimulerende middelen (cocaïne en speed), mogelijk door het ontbreken van uitgaansgelegenheden.

Gebruik van alcohol in kwetsbare groepen jongeren

	Locatie	Leeftijd	Peiljaar	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
VMBO-b	Nederland	12-16 jaar	2019	50,2	-	28,8
			2007	72,8	-	44,1
Praktijkonderwijs	Nederland	12-16 jaar	2019	30,2	-	16,8
			2008	61,1	-	34,5
Cluster 4	Nederland	12-16 jaar	2019	46,2	-	23,7
			2008	73,1	-	40,9
Cluster 3	Nederland	12-19 jaar	2019	46	-	13
Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen	Nederland	14-24 jaar	2021	86		10
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Nederland	12-15 jaar	2020	72	-	26
		12-15 jaar	2008	88	-	57
		16-17 jaar	2020	88	-	49
		16-17 jaar	2008	96	-	72
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	16+	2019	79,7	70,3	48,3
	Gooi en Vechtstreek	16+	2019	82,6	69,6	65,2
	Amsterdam	16 jaar (gemiddeld)	2012	69,1	59,6	37,6

Percentage ooitgebruikers, laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet allemaal vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bronnen: EXPLORE, Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Scheffers-van Schayck T, Van Dorsselaer S, Kleinjan M, Onrust S, Monshouwer K. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen in het praktijkonderwijs en cluster 4-onderwijs: Resultaten van het EXPLORE-onderzoek 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Kepper A, Van Dorsselaer S, Monshouwer K, Vollebergh W. Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg: Resultaten meting oktober - december 2008. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
3. Möhle M, Rombouts M, Van Gelder N, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de Justitiële Jeugdinrichtingen: Het EXPLORE-onderzoek 2022. Utrecht: Trimbos-insituut; 2022.
4. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
5. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
6. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
7. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
8. Möhle M, van Gelder N, Rombouts M, Schayck TS van, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek. Trimbos-insituut; 2021.
9. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
10. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.

11.4 Problematisch gebruik

11.4.1 Alcoholstoornis

Snel naar:

- Definitie problematisch gebruik
- Vóórkomen van alcoholstoornissen
- Groepen probleemgebruikers
- Behandelkloof

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over de aard en omvang van stoornissen in het gebruik van alcohol op basis van de NEMESIS-3. NEMESIS-3 is een longitudinale studie naar de psychische gezondheid van de Nederlandse algemene bevolking en veranderingen daarin. Het belangrijkste doel van de studie is het verkrijgen van actuele informatie over de prevalentie (vóórkomen), incidentie (nieuw ontstaan) en het beloop van psychische aandoeningen. Ook risico-indicatoren en de gevolgen van psychische aandoeningen in termen van functioneren en gebruik van zorg worden onderzocht. Daarnaast worden trends in de tijd in het vóórkomen van psychische aandoeningen bestudeerd

Sinds 1996 zijn er drie NEMESIS-studies uitgevoerd onder de algemene volwassen bevolking. NEMESIS-1 werd uitgevoerd van 1996-1999 met 3 meetmomenten, NEMESIS-2 werd uitgevoerd van 2007-2018 met 4 meetmomenten [1,2]. De eerste meting van NEMESIS-3 is uitgevoerd van november 2019 tot en met maart 2022. Aan elke NEMESIS-studie namen zo'n 6.000-7.000 mensen deel. In NEMESIS-3 wordt ongeveer drie jaar na het vorige interview opnieuw met iemand gesproken over haar of zijn psychische gezondheid en welzijn [3]. Daarom is in januari 2023 de tweede meting bij dezelfde groep mensen gestart.

Definitie problematisch gebruik

De term problematisch middelengebruik kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie bijlage D en bijlage B12). Bij de verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd staat centraal dat er een gebruikspatroon is dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen. In de klinische praktijk of onderzoek wordt een 'stoornis in het gebruik van middelen' vastgesteld volgens de criteria van het internationaal psychiatrisch classificatiesysteem de DSM-5. In de DSM-IV werd er nog onderscheid gemaakt in misbruik en afhankelijkheid, waarbij met name sociale problemen kenmerkend waren voor misbruik. Bij afhankelijkheid (of 'verslaving') stonden controleverlies en hunkering om te blijven gebruiken centraal.

Er is sprake van een stoornis in het gebruik van alcohol (hierna: alcoholstoornis) als iemand een patroon van problematisch alcoholgebruik heeft. Dit blijkt dan uit het voldoen aan twee of meer kenmerken uit een lijst van 11 (zie bijlage B13), die binnen een periode van een jaar optreden.

Naast de DSM worden er in algemene bevolkingsonderzoeken screeningsinstrumenten gebruikt om problematisch alcoholgebruik te meten. Een veelgebruikt instrument hiervoor is de AUDIT (zie bijlage A2), deze is sinds 2016 opgenomen in de LSM-A. In aanvulling op deze informatie worden er in verschillende studies gegevens verzameld die eveneens zicht kunnen geven op (veranderingen in) problematisch gebruik. Dit betreft bijvoorbeeld het aantal jongeren dat vanwege alcoholgebruik wordt opgenomen op een alcohol-poli van een ziekenhuis of het aantal uitgaanders dat zelf vindt dat ze te veel alcohol drinken. Ook deze gegevens zijn indicatief voor problematisch alcoholgebruik.

Bij problematisch alcoholgebruik staan, zoals hierboven beschreven, de gevolgen ervan centraal en niet de hoeveelheid alcohol die is gedronken. Cijfers over de gebruikspatronen, zoals overmatig en zwaar drinken worden daarom elders beschreven (§ 11.2.2). Als het gaat om jongeren onder de 18 jaar, wordt in het Nationaal Preventie Akkoord (NPA) elk alcoholgebruik als problematisch gedefinieerd. Onder meer omdat alcohol de ontwikkeling van de hersenen lijkt te kunnen verstoren [4]. Jongeren drinken ook vaak grote hoeveelheden alcohol per gelegenheid, bijvoorbeeld tijdens het uitgaan (‘binge drinken’). Cijfers over de gebruikspatronen onder jongeren, waaronder ‘binge drinken’ worden beschreven in § 11.3.3.

Vóórkomen van alcoholstoornissen

De meest recente gegevens over het vóórkomen van een alcoholstoornis onder de volwassen Nederlandse bevolking zijn afkomstig uit het NEMESIS-3-onderzoek uit 2019-2022 [3]. Hiervoor zijn de diagnostische criteria van de DSM-5 gehanteerd, zie bijlage B15.

- In 2019-2022 voldeed 5,4% van de volwassenen van 18-75 jaar in het jaar voorafgaand aan het onderzoek aan de diagnose alcoholstoornis (volgens de DSM-5). Dat komt neer op ongeveer 683.600 mensen.
- Alcoholstoornissen komen onder mannen (7,5%) vaker voor dan onder vrouwen (3,3%).
- In de leeftijdscategorie 18-24 jaar komen alcoholstoornissen in de afgelopen 12 maanden het vaakst voor (12,6%), onder mensen van 65 jaar en ouder het minst vaak (1,8%).
- Van de volwassenen heeft 12,8% ooit in het leven een alcoholstoornis gehad. Daarvan had 63% een milde alcoholstoornis (2-3 symptomen), 24% een matige (4-5 symptomen) en 13% een ernstige alcoholstoornis (6+ symptomen).
- Een alcoholstoornis in de afgelopen 12 maanden komt vaker voor onder mannen (versus vrouwen), onder jongere leeftijdsgroepen (versus oudere leeftijdsgroepen) en onder studenten (versus werkenden, werklozen en gepensioneerden).
- Daarnaast komt een alcoholstoornis in de afgelopen 12 maanden vaker voor onder vrouwen met een hoger opleidingsniveau of in zeer stedelijke gebieden. Bij mannen is er geen verschil gevonden naar opleidingsniveau en stedelijkheid.

Voor uitsplitsingen naar woonsituatie, werksituatie, urbanisatiegraad, herkomst en inkomensniveau zie de website van het NEMESIS.

Trends in het vóórkomen van een alcoholstoornis tussen 2007-2009 (NEMESIS-2) en 2019-2022 (NEMESIS-3) zijn onderzocht met gewogen data van de eerste metingen van beide studies. Om te zorgen dat de cijfers van beide studies vergelijkbaar zijn, worden DSM-IV aandoeningen in de afgelopen 12 maanden bij volwassenen van 18-64 jaar met elkaar vergeleken.

- Tussen 2007-2009 en 2019-2022 was er een kleine, niet-significante toename in het vóórkomen van een alcoholstoornis (van 4,4% naar 5%).
- Echter, het vóórkomen van een alcoholstoornis was tijdens de coronapandemie lager dan in de periode vlak daarvoor. Als we alleen kijken naar de periode voor de coronapandemie, dan blijkt er wel een significante toename in het vóórkomen van een alcoholstoornis: van 4,4% in 2007-2009 naar 6,3% in de periode november 2019 tot medio maart 2020.

Voorkomen van alcoholstoornissen in de afgelopen 12 maanden onder volwassenen (18-75 jaar), naar geslacht.
Peiljaar 2019-2022

	Mannen (%) (95% BI)	Vrouwen (%) (95% BI)	Totaal (%) (95% BI)
Totaal	7,5 (5,8-9,2)	3,3 (2,5-4,2)	5,4 (4,3-6,6)
Leeftijd (jaar)			
18-24	16,3 (12,3-20,3)	8,5 (5,5-11,4)	12,6 (10,0-15,2)
25-34	14,3 (10,0-18,7)	5,2 (2,8-7,6)	9,8 (6,8-12,8)
35-44	7,5 (4,7-10,3)	3,1 (1,5-4,7)	5,2 (3,6-6,7)
45-54	3,6 (2,1-5,2)	2,1 (0,9-3,3)	2,9 (1,9-3,8)
55-64	3,5 (2,0-5,0)	1,7 (0,8-2,5)	2,6 (1,7-3,5)
65+	2,3 (0,7-3,9)	1,3 (0,4-2,3)	1,8 (0,7-3,0)
Opleiding			
Basisonderwijs, lbo, mavo, vmbo	6,1 (3,1-9,0)	1,9 (0,9-2,9)	4,0 (2,3-5,8)
Mbo, havo, vwo	6,5 (4,8-8,2)	2,6 (1,6-3,5)	4,5 (3,5-5,5)
Hbo, universiteit	9,7 (7,1-12,3)	5,3 (3,6-6,9)	7,5 (5,6-9,3)

95%BI = 95% betrouwbaarheidsinterval. Bron: NEMESIS 2019-2022 (Ten Have e.a., 2022).

Groepen probleemgebruikers

Op basis van allevier de metingen van NEMESIS-2 zijn 4 groepen alcoholgebruikers te onderscheiden [REF]. Hierbij is uitgegaan van de DSM-5-criteria voor alcoholstoornis.

1. Geen hoog gemiddeld alcoholgebruik en geen alcoholstoornis
2. Hoog gemiddeld alcoholgebruik en geen alcoholstoornis
3. Geen hoog gemiddeld alcoholgebruik en vaak een alcoholstoornis
4. Hoog gemiddeld alcoholgebruik en een alcoholstoornis

- Het blijkt dat de meerderheid van de mensen (91%) in de eerste groep valt. In groep 2 valt 5%, in groep 3 valt 3% en in groep 4 valt 1%.
- Over een periode van 9 jaar valt 9% van de mensen op enig moment in één van de 3 groepen die problematisch alcohol gebruiken.
- De overgang van de niet-problematische groep (groep 1) naar de problematische groepen hangt samen met minder fysieke activiteit. Dat betekent dat fysieke activiteit mogelijk een beschermende factor zou kunnen zijn voor het voorkomen van problematisch alcoholgebruik.

Behandelkloof

Lang niet alle mensen die voldoen aan de diagnose voor alcoholstoornis zoeken professionele hulp, bijvoorbeeld bij de huisarts of de verslavingszorg. Zie voor meer informatie § 11.6.1.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. De Graaf R, Ten Have M, Van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten [Internet]. Trimbos instituut. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010. Available from: papers3://publication/uuid/EEF69096-A7E7-4ADC-B1FE-5499F0F8C7E9
2. De Graaf R, Ten Have M, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Incidentie van psychische aandoeningen: Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
3. ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer F S Schouten, de Graaf R. Verdiepende informatie psychische aandoeningen NEMESIS - Alcoholstoornis [Internet]. NEMESIS. Utrecht: Trimbos-instituut; 2023. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/verdiepende-informatie-psychische-aandoeningen/alcoholstoornis/
4. de Goede J, Mark-Reeuwijk K, Braun K, Le Cessie S, Durston S, Engels R, et al. Alcohol and Brain Development in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review of the Literature and Advisory Report of the Health Council of the Netherlands. Vol. 12, Advances in nutrition (Bethesda, Md.). 2021.

11.4.2 Risicovol en schadelijk alcoholgebruik

Snel naar:

- Definitie problematisch gebruik
- Riskant alcoholgebruik volgens de AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)
- Problematisch alcoholgebruik onder 50-plussers
- Problematisch alcoholgebruik onder jongeren en jongvolwassenen
- Uitgaande jongeren

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over de aard en omvang van problematisch gebruik van alcohol, afkomstig uit verschillende nationale en internationale studies. Ook zijn resultaten opgenomen uit registraties en surveyonderzoeken onder specifieke doelgroepen (zoals jongeren en jongvolwassenen, ouderen en uitgaanders).

Sinds 2016 worden in het landelijk bevolkingsonderzoek LSM-A, tweejaarlijks gegevens verzameld over risicovol en schadelijk alcoholgebruik. Hiervoor wordt de AUDIT gebruikt, een kort screeningsinstrument bestaande uit 10 vragen. Drie vragen informeren naar alcoholconsumptie en de overige zeven vragen naar voorvallen rond alcoholgebruik zoals ‘hoe vaak was u niet in staat om de dingen te doen die normaal van u verwacht worden’ en ‘hoe vaak bent u zelf of iemand anders ooit gewond geraakt doordat u gedronken had’. Op basis van de totaalscore worden vier ernstcategorieën onderscheiden (geen/laag risico, matig risico, hoog risico en alcohol afhankelijkheid, zie voor een nadere toelichting bijlage A2). Tussen 2016 en 2018 is de vraagstelling door het CBS iets aangepast waardoor de vergelijking van 2016 met latere metingen geen zuivere trend vormt, maar wel een indicatie geeft van eventuele veranderingen (vergelijkingen met 2016 zijn niet getoetst op significantie).

Definitie problematisch gebruik

De term problematisch middelengebruik kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie bijlage D). Bij de verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd staat echter het volgende aspect centraal, namelijk een gebruikspatroon dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen. In de DSM-IV werd nog onderscheid gemaakt tussen alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid ('verslaving'), in de DSM-5 zijn deze samengevoegd tot één diagnose: ‘stoornis in het gebruik van middelen’. Er is sprake van een stoornis in het gebruik van alcohol (hierna: alcoholstoornis) als iemand een patroon van problematisch alcoholgebruik heeft. Dit blijkt dan uit het voldoen aan twee of meer kenmerken uit een lijst van 11, die binnen een periode van een jaar optreden. Zie ook bijlage B13.

Naast de DSM worden er in algemene bevolkingsonderzoeken screeningsinstrumenten gebruikt om problematisch alcoholgebruik te meten. Een veelgebruikt instrument hiervoor is de AUDIT (zie bijlage A2), deze is sinds 2016 opgenomen in de LSM-A. In aanvulling op deze informatie worden er in

verschillende studies gegevens verzameld die eveneens zicht kunnen geven op (veranderingen in) problematisch gebruik. Dit betreft bijvoorbeeld het aantal jongeren dat vanwege alcoholgebruik wordt opgenomen op een alcohol-poli van een ziekenhuis of het aantal uitgaanders dat zelf vindt dat ze te veel alcohol drinken. Ook deze gegevens zijn indicatief voor problematisch alcoholgebruik.

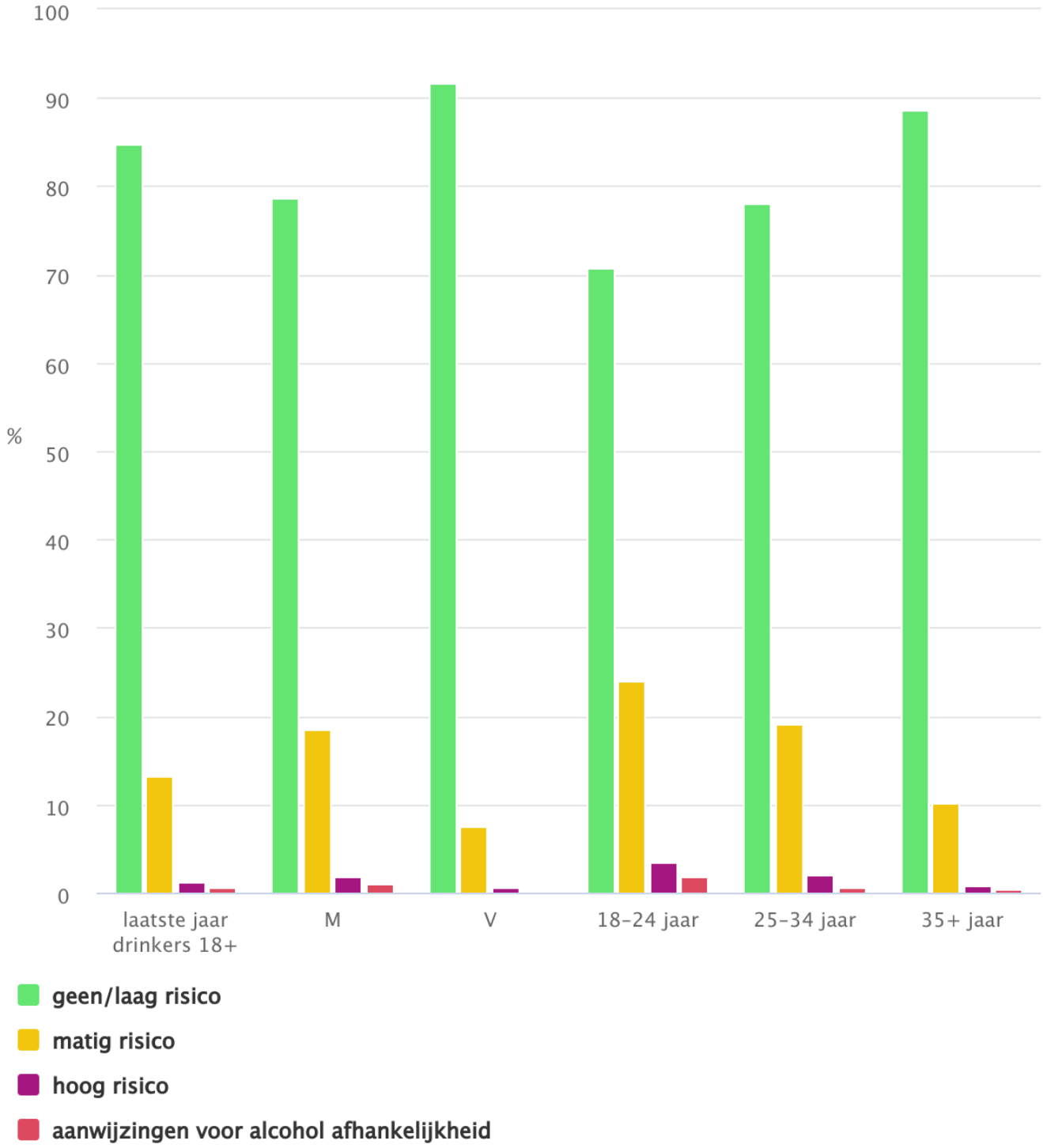
Bij problematisch alcohol gebruik staan, zoals hierboven beschreven, de gevolgen ervan centraal en niet de hoeveelheid alcohol die is gedronken. Cijfers over de gebruikspatronen, zoals overmatig en zwaar drinken worden daarom elders beschreven (§ 11.2.2). Als het gaat om jongeren onder de 18 jaar, wordt in het Nationaal Preventie Akkoord (NPA) elk alcoholgebruik als problematisch gedefinieerd. Onder meer omdat alcohol de ontwikkeling van de hersenen lijkt te kunnen verstoren [1]. Jongeren drinken ook vaak grote hoeveelheden alcohol per gelegenheid, bijvoorbeeld tijdens het uitgaan (‘binge drinken’). Cijfers over de gebruikspatronen onder jongeren, waaronder ‘binge drinken’ worden beschreven in § 11.3.3.

Riskant alcoholgebruik volgens de AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)

Met de AUDIT kan worden vastgesteld hoeveel mensen een verhoogd risico hebben op risicovol of schadelijk alcoholgebruik of op een alcoholstoornis.

- In 2020 liep 11,9% van alle Nederlanders van 18 jaar en ouder (inclusief de niet-drinkers) een verhoogd risico op risicovol of schadelijk alcoholgebruik, of op een alcoholstoornis. Dit verschilde licht en niet significant van 2018 (12,9%) en 2016 (13,5%).
- Bij 13,3% van de volwassenen die in het afgelopen jaar alcohol dronken was in 2020 sprake van een matig risico; bij 1,3% van een hoog risico en bij 0,6% waren er aanwijzingen voor alcoholafhankelijkheid. De overige 84,8% had geen of een laag risico op schadelijk alcoholgebruik (zie onderstaande figuur).
- In 2020 verschilt alleen het percentage drinkers met een matig risico van 2018 (14,4% in 2018 versus 13,3% in 2020).
- Mannen drinken vaker risicovol dan vrouwen: mannen hebben vaker een matig en hoog risico en er is vaker sprake van aanwijzingen voor alcoholafhankelijkheid.
- Onder alcoholgebruikers in de leeftijdscategorie 18-29 jaar is het percentage risicovolle drinkers duidelijk hoger dan in de oudere leeftijdsgroepen.

Mate van alcoholgebruik volgens de AUDIT-score onder laatste jaar gebruikers, naar geslacht. Peiljaar 2020.



In percentages. M=mannen; V=vrouwen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2020

NDM

Category	geen/laag risico	matig risico	hoog risico	aanwijzingen voor alcohol afhankelijkheid
laatste jaar drinkers 18+	84,8	13,3	1,3	0,6
M	78,6	18,4	1,9	1,1
V	91,7	7,5	0,7	0,2
18-24 jaar	70,8	23,9	3,5	1,9
25-34 jaar	78,1	19,1	2,1	0,7
35+ jaar	88,7	10,2	0,8	0,4

Problematisch alcoholgebruik onder 50-plussers

- In het Nationaal Preventie Akkoord (NPA) worden 50-plussers aangemerkt als één van de groepen waarvoor extra aandacht moet zijn als het gaat om problematisch alcoholgebruik. De gevoeligheid voor de schadelijke effecten van alcohol neemt namelijk toe naarmate mensen ouder worden.

Meer informatie over gezondheidsrisico's van alcoholgebruik bij 50-plussers op Expertisecentrum Alcohol.

- Cijfers uit 2020 (LSM-A) laten zien dat van de 50-64-jarigen 11,4% een matig of hoger risico heeft op problematisch alcoholgebruik (volgens de AUDIT-score; zie figuur). Dit is iets lager dan onder de 40-49-jarigen (13,7%) en duidelijk lager dan onder de jongere leeftijdsgroepen. Onder de oudere leeftijdsgroepen neemt het percentage verder af, naar 10,6% onder de 65-74-jarigen en 5,8% onder 75-plussers.
- Cijfers uit 2015 lieten zien dat in de huisartsenpraktijk problematisch alcoholgebruik (chronisch alcoholmisbruik of acuut alcoholmisbruik/intoxicatie) net iets vaker onder 55-plussers (0,85%) werd vastgesteld dan onder jongere volwassenen (0,67%) [2].
- Huisartsen registreerden in 2015 in de groep 55-64-jarigen meer problematisch alcoholgebruik dan in 2010 (van 0,98% in 2010 naar 1,13% in 2015). Onder 65-plussers was er geen verandering [2].
- Bij de cijfers afkomstig uit de huisartsenregistratie moet worden opgemerkt dat er vermoedelijk

sprake is van een onderschatting. Onderzoek laat namelijk zien dat huisartsen problematisch alcoholgebruik bij hun patiënten vaak niet herkennen en/of registreren [3].
- Alcoholproblematiek bij 55-plussers hangt onder meer samen met eenzaamheid, stressfactoren (ziekte, mantelzorg, overlijden, scheiding), genetische aanleg, beschikbaarheid van alcohol, onvoldoende kennis over alcohol en het ontbreken van een dagstructuur. Ook speelt mee dat ouderen slechts beperkt door hulpverleners en mensen in de omgeving worden aangesproken op hun alcoholgebruik [2].

Problematisch alcoholgebruik onder jongeren en jongvolwassenen

- Zoals eerder beschreven, blijkt uit landelijk onderzoek onder volwassenen, dat het percentage alcoholstoornissen (§ 11.4.1), risicovol en schadelijk drinken en zwaar en overmatig drinken (§ 11.2.2) het hoogst is onder jongvolwassenen (18-24 jaar).
- Voor jongeren onder de 18 jaar zijn in Nederland geen cijfers beschikbaar over de omvang van alcoholstoornissen.
- Gegevens over schadelijke gebruikspatronen onder jongeren onder de 18 jaar zoals ‘binge drinken’ en dronkenschap worden beschreven in § 11.3.3.
- Registratiegegevens over het aantal jongeren dat met een alcoholintoxicatie in het ziekenhuis beland en door een kinderarts wordt gezien, geven ook een indicatie van (trends in) problematisch gebruik. Deze gegevens worden beschreven in § 11.6.4.
- TRAILS (TRacking Adolescents’ Individual Lives Survey), een langlopend longitudinaal onderzoek onder jongeren en jongvolwassenen in Noord-Nederland, laat zien dat in 2019 18,4% van de jongvolwassenen (18-20 jaar) in het afgelopen jaar voldeed aan de DSM-IV criteria voor alcoholmisbruik en 2,5% aan de criteria voor alcoholafhankelijkheid (zie ook § 11.4.1) .
- Vergeleken met andere psychische stoornissen (aandachts- en gedragsstoornissen, angst- en stemmingsstoornissen) bleken alcohol- (en ook drugsafhankelijkheid) zich relatief laat te ontwikkelen, namelijk vanaf ongeveer 14-jarige leeftijd [4].
- Het hebben van tenminste één praktiserend gelovige ouder was een sterke beschermende factor voor de samengenomen maat middelenafhankelijkheid (dit betrof alcohol en van de drugs vooral cannabis). Een lagere sociaaleconomische status was een risicofactor voor middelenafhankelijkheid. Alle andere onderzochte factoren (geslacht, etniciteit, gezinssamenstelling en mate van stedelijkheid van de woonplaats) toonden een zwak en niet significant verband met middelenafhankelijkheid [5]. Zie voor een uitgebreidere beschrijving van de bevindingen uit TRAILS het Jaarbericht 2019.

Uitgaande jongeren

- Jongeren die uitgaan drinken vaak veel (gemiddeld 12,3 glazen op een uitgaansavond, inclusief indrinken) [6]. Dit heeft in het afgelopen jaar volgens 21% van de respondenten van Het Grote Uitgaansonderzoek geresulteerd in verzuim van werk of studie.
- Ongeveer de helft (52%) van de uitgaanders die alcohol gebruiken vindt zelf dat ze te veel en/of te vaak gebruiken. Ongeveer één derde (34%) zou willen minderen en 4% zou willen stoppen [6].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. de Goede J, Mark-Reeuwijk K, Braun K, Le Cessie S, Durston S, Engels R, et al. Alcohol and Brain Development in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review of the Literature and Advisory Report of the Health Council of the Netherlands. Vol. 12, Advances in nutrition (Bethesda, Md.). 2021.
2. Veerbeek M, Heijkants C, Willemse B. Alcoholgebruik onder 55-plussers. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
3. Abidi L, Oenema A, van den Akker M, Mheen D. Do general practitioners record alcohol abuse in the electronic medical records? A comparison of survey and medical record data. Vol. 34, Current Medical Research and Opinion. 2018. p. 1–11.
4. Ormel J, Raven D, Van OF, Hartman CA, Reijneveld SA, Veenstra R, et al. Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. Vol. 45, Psychol Med. 2015. p. 345–360.
5. Ormel J, Oerlemans AM, Raven D, Laceulle OM, Hartman CA, Veenstra R, et al. Functional outcomes of child and adolescent mental disorders. Current disorder most important but psychiatric history matters as well. Vol. 47, Psychol Med. 2017. p. 1271–1282.
6. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.

11.5 Gebruik: internationale vergelijking

11.5.1 Algemene bevolking internationaal

Gegevensbronnen

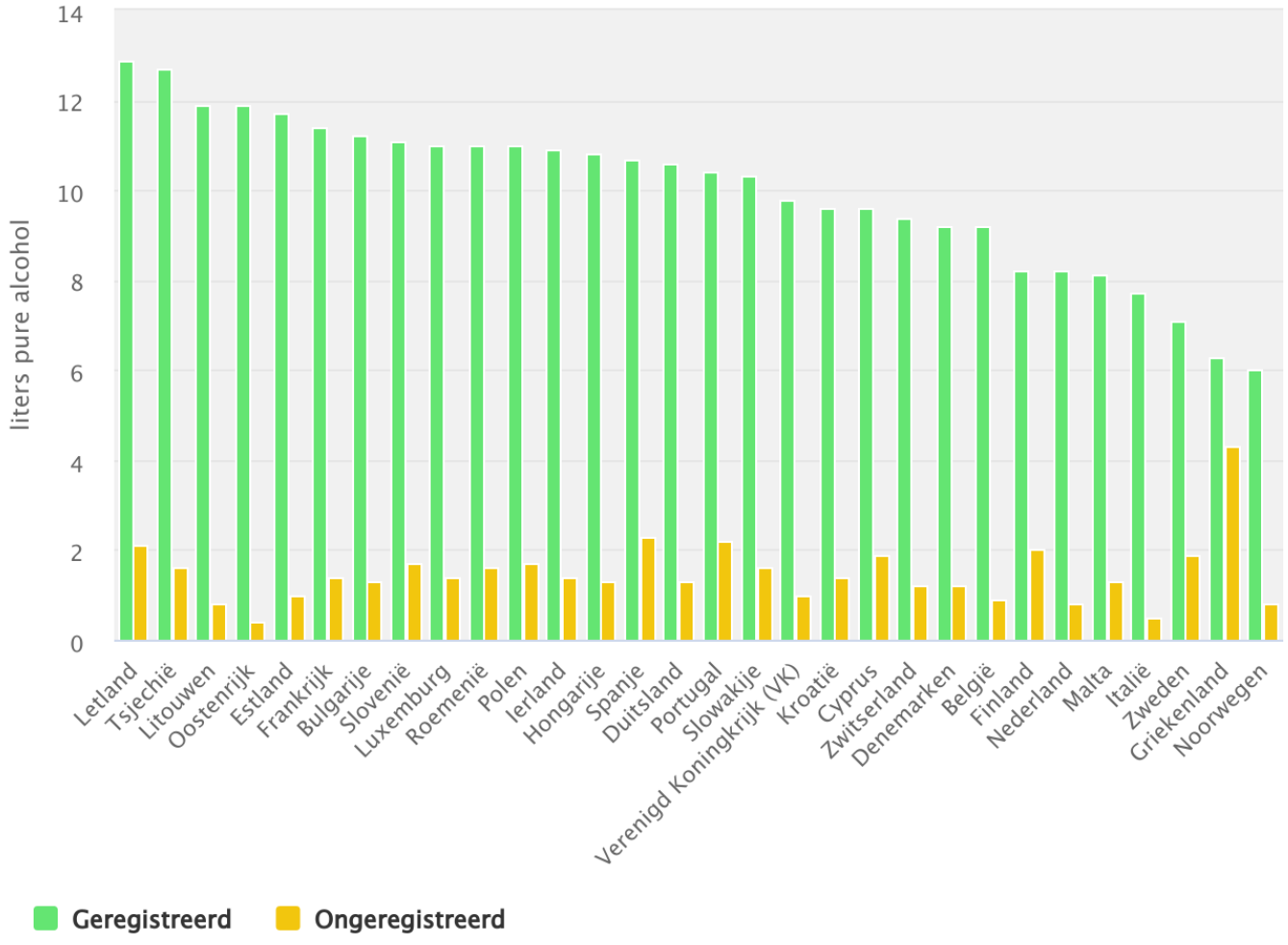
De WHO verzamelt gegevens over alcoholconsumptie in liters per hoofd van de algemene bevolking voor diverse landen via het Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [1,2]. De Europese Commissie voert daarnaast elke vijf jaar de European Health Interview Survey uit om het alcoholgebruik door volwassenen te onderzoeken. In Nederland zijn de vragen van dit onderzoek meegenomen in de Gezondheidsenquête 2019 van het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut [3].In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar alcoholgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [4]. In Australië wordt dergelijk bevolkingsonderzoek uitgevoerd door het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [5]. Voor deze bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Van invloed is onder andere de leeftijdsgroep, als ook de manier van het uitvragen van het alcoholgebruik.

Vergelijking in alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking

Het Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) van de WHO verzamelt gegevens over de alcoholconsumptie in liters per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder. Deze cijfers zijn daarom alleen vergelijkbaar met de verkoopcijfers uit de tabel in § 11.2.4 voor de bevolking vanaf 15 jaar. Volgens de gegevens uit het GISAH bevindt de gemiddelde alcoholconsumptie in Nederland zich in 2019 aan de lagere kant in vergelijking met andere Europese landen. Er is daarbij geen gewogen Europees gemiddelde berekend door het GISAH.

- De geschatte gemiddelde geregistreerde alcoholconsumptie (via reguliere verkoopkanalen) per jaar in Nederland in 2019 was 8,2 liter pure alcohol per persoon van 15 jaar en ouder. Daarnaast is er 0,8 liter zogenaamd ‘niet geregistreerd gebruik’: alcohol die niet via de reguliere verkoopkanalen is gekocht of geconsumeerd. De totale alcoholconsumptie onder de drinkers was 11,7 liter pure alcohol [1].
- De alcoholconsumptie in de Europese regio is het hoogste in de wereld.
- Het onderstaande figuur laat zien dat de alcoholconsumptie in Nederland per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder in de onderste regionen valt binnen de lidstaten van de EU en het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen en Zwitserland.
- Van de landen uit onderstaand figuur is de totale alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder het hoogst in Tsjechië (14,3 liter) en Letland (13,2 liter) en het laagst in Noorwegen (7,1 liter) en Italië (8,0 liter).

Geregistreerde en ongeregistreerde alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder in enkele lidstaten van de EU, het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen en Zwitserland, peiljaar 2019



Gemiddelde geregistreerde en ongeregistreerde alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder, in liters pure alcohol. Geregistreerde alcoholconsumptie betreft alcohol die is gekocht of geconsumeerd via reguliere verkoopkanalen. Ongeregistreerde alcoholconsumptie is niet via de reguliere verkoopkanalen verkocht of geconsumeerd. Het figuur is gesorteerd op geregistreerde alcoholconsumptie. Bron: GISAH.

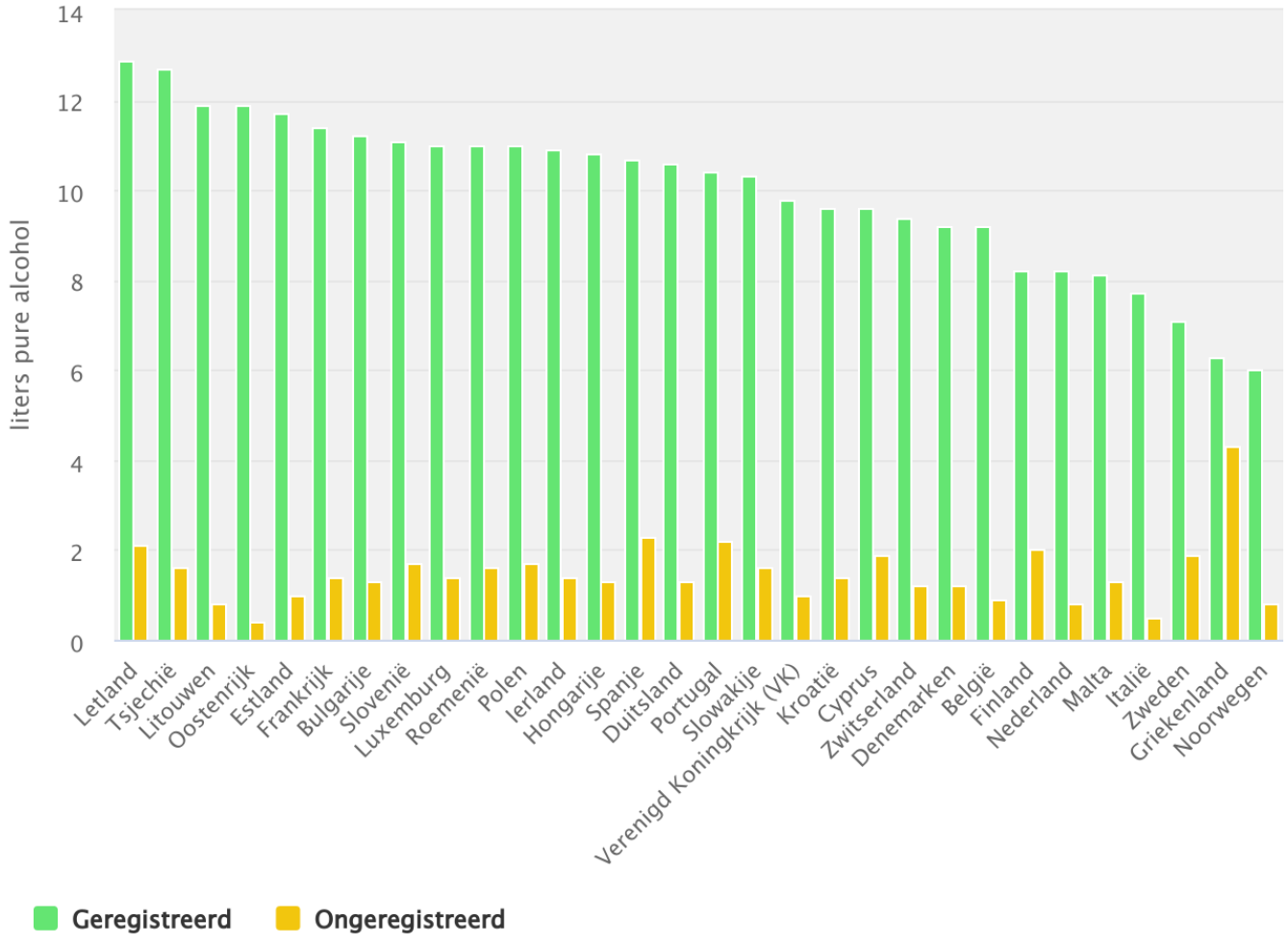
NDM

Land	Geregistreerd	Ongeregistreerd
Letland	12,9	2,1
Tsjechië	12,7	1,6
Litouwen	11,9	0,8

Land	Geregistreerd	Ongeregistreerd
Oostenrijk	11,9	0,4
Estland	11,7	1,0
Frankrijk	11,4	1,4
Bulgarije	11,2	1,3
Slovenië	11,1	1,7
Luxemburg	11,0	1,4
Roemenië	11,0	1,6
Polen	11,0	1,7
Ierland	10,9	1,4
Hongarije	10,8	1,3
Spanje	10,7	2,3
Duitsland	10,6	1,3
Portugal	10,4	2,2
Slowakije	10,3	1,6
Verenigd Koningkrijk (VK)	9,8	1,0
Kroatië	9,6	1,4
Cyprus	9,6	1,9

Land	Geregistreerd	Ongeregistreerd
Zwitserland	9,4	1,2
Denemarken	9,2	1,2
België	9,2	0,9
Finland	8,2	2,0
Nederland	8,2	0,8
Malta	8,1	1,3
Italië	7,7	0,5
Zweden	7,1	1,9
Griekenland	6,3	4,3
Noorwegen	6,0	0,8

Geregistreerde en ongeregistreerde alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder in enkele lidstaten van de EU, het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen en Zwitserland, peiljaar 2019



Gemiddelde geregistreerde en ongeregistreerde alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder, in liters pure alcohol. Geregistreerde alcoholconsumptie betreft alcohol die is gekocht of geconsumeerd via reguliere verkoopkanalen. Ongeregistreerde alcoholconsumptie is niet via de reguliere verkoopkanalen verkocht of geconsumeerd. Het figuur is gesorteerd op geregistreerde alcoholconsumptie. Bron: GISAH.

NDM

Land	Geregistreerd	Ongeregistreerd
Letland	12,9	2,1
Tsjechië	12,7	1,6
Litouwen	11,9	0,8

Land	Geregistreerd	Ongeregistreerd
Oostenrijk	11,9	0,4
Estland	11,7	1,0
Frankrijk	11,4	1,4
Bulgarije	11,2	1,3
Slovenië	11,1	1,7
Luxemburg	11,0	1,4
Roemenië	11,0	1,6
Polen	11,0	1,7
Ierland	10,9	1,4
Hongarije	10,8	1,3
Spanje	10,7	2,3
Duitsland	10,6	1,3
Portugal	10,4	2,2
Slowakije	10,3	1,6
Verenigd Koningkrijk (VK)	9,8	1,0
Kroatië	9,6	1,4
Cyprus	9,6	1,9

Land	Geregistreerd	Ongeregistreerd
Zwitserland	9,4	1,2
Denemarken	9,2	1,2
België	9,2	0,9
Finland	8,2	2,0
Nederland	8,2	0,8
Malta	8,1	1,3
Italië	7,7	0,5
Zweden	7,1	1,9
Griekenland	6,3	4,3
Noorwegen	6,0	0,8

Vergelijking in aandeel gebruikers van alcohol

Via de European Health Interview Survey werd aan mensen van 15 jaar en ouder in 27 landen van de EU, IJsland, Noorwegen, Turkije en Servië gevraagd naar het gebruik van alcohol minder dan maandelijks, maandelijks, wekelijks en dagelijks. Daarnaast werd gevraagd naar binge drinken (het drinken van meer dan 6 standaardglazen alcohol bij één gelegenheid). Verreweg de meeste landen verzamelden gegevens over 2019. België leverde gegevens aan over 2018 en Malta, Duitsland en Albanië over 2020.

- Gemiddeld dronk bijna driekwart (73,8%) van de bevolking van 15 jaar en ouder in de EU-27 landen alcohol in het afgelopen jaar, 28,8% dronk wekelijks en 8,4% dronk dagelijks. Het aandeel dat wekelijks aan binge drinken deed ligt op 3,7%.
- In Nederland lag het aandeel dat in het afgelopen jaar had gedronken (77,8%), wekelijks dronk (47,3%) en wekelijks aan binge drinken (5,9%) deed hoger dan het Europees gemiddelde.

Dagelijks drinken lag in Nederland op het Europees gemiddelde (8,3%).
- Nederland kent de meeste wekelijkse drinkers van Europa. Turkije (3,4%) en Litouwen (12,2%) de minste.
- Wekelijks binge drinken komt het vaakst voor in Luxemburg (10,5%), Noorwegen (11,0%) en Roemenië (11,1%). Het komst het minst vaak voor in Turkije (0,3%), Cyprus (0,4%) en Griekenland (0,3%).
- Portugal kent de meeste dagelijkse drinkers (20,7%). In Turkije (0,5%), Litouwen (0,8%) en IJsland (1,0%) komt dagelijks drinken het minst vaak voor.

Op basis van cijfers uit eerder Europees onderzoek wordt gesuggereerd dat een hogere algehele welvaart in een land vooral samengaat met meer alcoholconsumptie onder de hoogopgeleiden. Wellicht is meer alcoholgebruik, hoewel een ongezonde leefstijluiting, ook meer geaccepteerd in rijkere landen. Daarnaast is het mogelijk dat hoogopgeleiden in landen met meer economische ontwikkeling zich vaker door hun culturele leefstijl van laagopgeleiden trachten te onderscheiden, bijvoorbeeld door het drinken van goede wijnen of exclusieve gedistilleerde dranken [6].

Vergelijking met de Verenigde Staten en Australië

Voor zover gegevens vergelijkbaar zijn, ligt het gebruik van alcohol in de Verenigde Staten en Australië lager dan het gebruik van alcohol in Nederland.

- Het ooitgebruik van alcohol onder volwassenen van 18 jaar en ouder in de Amerikaanse bevolking lag in 2019 op 85,6%, het laatste-jaar-gebruik lag op 69,5% en het laatste-maand-gebruik lag op 54,9%. Daarmee zijn deze prevalenties lager dan die voor de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder. In Nederland lag namelijk in 2019 het ooitgebruik op 90,5% en lag het laatste-jaar-gebruik op 79,1%.
- Zwaar drinken was in de Verenigde Staten gedefinieerd als het binge drinken op 5 of meer dagen in de afgelopen maand. Het binge drinken was in de Verenigde Staten gedefinieerd als het drinken van 4 of meer alcoholische drankjes bij 1 gelegenheid (glas wijn of glas met mix van wijn en fruitsap, bierfles of bierblik, mixdrankje, shot sterke drank) voor vrouwen en 5 of meer drankjes voor mannen. Van de laatste-maand-gebruikers lag het percentage binge drinken op 47% en het percentage zwaar drinken op 11,5%. Het aandeel zware drinkers in de totale bevolking lag daarmee op 6,3%. Hiermee is het percentage zware drinkers in de Verenigde Staten lager dan in Nederland, maar er moet worden aangemerkt dat de definities voor binge drinken verschillen tussen de landen (zie § 11.2).
- In Australië lag in 2019 het laatste-jaar-gebruik van alcohol onder volwassenen van 18 jaar en ouder op 82% [5]. Het nooit-gebruik onder volwassenen lag op 11,4% en het percentage dat ooit heeft gedronken, maar niet in het afgelopen jaar lag op 9,3%. In Australië is net als in Nederland een stijging te zien in het *nooit-gebruik* van alcohol.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018.
2. WHO. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. WHO; 2019.
3. Wuyts C, Barbier S, Loosveldt G. Comparison of alcohol consumption in European countries, and

some methodological thoughts [Internet]. Leuven: KU Leuven; 2016. Available from: https://www.europeansocialsurvey.org/docs/about/conference/WUYTS_Comparison-of-alcohol-consumption.pdf
4. SAMHSA. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2020.
5. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2019. Canberra: AIHW; 2020.
6. SCP. Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn [Internet]. 2018. Available from: http://web.archive.org/web/20210113132551/https://digitaal.scp.nl/leefstijl/nederland-in-europa/

11.5.2 Jongeren internationaal

Het ESPAD-onderzoek, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, werd 7 keer uitgevoerd tussen 1995 en 2019 onder 15/16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs in Europa [1–5]. Onderstaande tabel toont het alcoholgebruik in een aantal landen van de EU en Noorwegen. De Verenigde Staten deden niet mee aan ESPAD maar voerden in 2007 en 2011 vergelijkbaar onderzoek uit. In het ESPAD-onderzoek in 2019 is op vergelijkbare wijze gevraagd naar het gebruik van alcohol en de frequentie van dronkenschap in 35 Europese landen [5].

In 2019 werden voor het eerst gegevens afgerond op 1 decimaal gerapporteerd om met meer precisie uitspraken te kunnen doen. Voorgaande jaren werden de prevalentiecijfers afgrond op hele getallen. Dit heeft als gevolg dat de prevalentie in 2019 met voorzichtigheid vergeleken moet worden met de prevalentie van voorgaande jaren.

Alcoholgebruik onder scholieren

Nederlandse 15/16-jarige scholieren hebben minder vaak dan gemiddeld ooit alcohol gedronken en scoren rond het Europees gemiddelde op laatste-maand-gebruik van alcohol (zie onderstaande tabel) [5]. Wel drinken Nederlandse scholieren op meer dagen in de afgelopen maand, hebben ze meer gedronken op de laatste dag waarop gedronken is en kwam binge drinken vaker dan gemiddeld voor.

- Nederlandse scholieren die in de afgelopen maand hadden gedronken, dronken gemiddeld ruim 6 keer in de afgelopen maand en staan daarmee op de 13^{e} plaats. Het vaakst werd er gedronken in Duitsland (8 keer). In de Scandinavische landen (Denemarken uitgezonderd), Baltische staten en IJsland lag het gemiddelde onder de 4 keer.
- Alleen Deense (8,8 cl) en Noorse scholieren (6,7 cl) hebben meer gedronken op de laatste dag waarop gedronken is dan Nederlandse scholieren. Nederland staat met 6,6 cl op de 3e plaats. In Kosovo (2,5 cl) en Roemenië (3,0 cl) dronken scholieren het minst.
- Binge drinken (meer dan 5 glazen bij één gelegenheid) kwam bij 42% van de Nederlandse scholieren voor die in de laatste maand hebben gedronken, zij stonden daarmee op de 7e plaats. Het Europees ongewogen gemiddelde lag op 34%. In Denemarken kwam binge drinken (59%) het vaakst voor en in IJsland het minst (7,6%).
- In Europa is een dalende trend te zien tussen 2003 en 2015 in het ooitgebruik en laatste-maand-gebruik van alcohol, maar dit heeft zich gestabiliseerd tussen 2015 en 2019. Dit zien we ook in Nederland [6].
- Vergelijkbaar met Nederland [6], is het verschil in binge drinken tussen jongens meisjes in andere Europese landen kleiner geworden. In meisjes vond een stijging plaats van 30% binge drinken in de afgelopen maand in 1995 naar 34% in 2019, terwijl in jongens een daling plaatsvond van 41% naar 36% in dezelfde periode.
- De ESPAD-studie laat verder zien dat 79% van de Nederlandse 15/16-jarigen het redelijk tot zeer gemakkelijk vindt om aan alcohol te komen, waarmee Nederland opnieuw rond het Europees ongewogen gemiddelde van 78% ligt.

Veelvuldig alcoholgebruik onder scholieren

In 2007 en 2011 scoorde Nederland nog veel hoger dan gemiddeld op maten voor veelvuldig alcoholgebruik. Inmiddels behoren Nederlandse scholieren meer tot de Europese middenmoot (zie tabel onderaan deze pagina) [5].

- In 2019 lag Nederland met 19% boven het gemiddelde op de maat “veertig keer of meer alcohol gedronken in het hele leven”. Het ongewogen Europees gemiddelde lag op 16%. Tussen 2003 en 2015 is dit percentage voor Nederland sterk gedaald, namelijk van 43% naar 19%, maar deze daling heeft zich niet voortgezet tussen 2015 en 2019.
- Op de maat “minstens tien keer alcohol drinken in de maand voorafgaand aan de peiling” lag Nederland iets (8,1%) boven het gemiddelde van 6,6%, maar scoorde wel lager dan scholieren in Duitsland (16,1%), Denemarken (15,2%), Oostenrijk (12,7%), Italië (11,2%) en Frankrijk (9,6%). Ook de aanvankelijke daling tussen 2007 en 2015 in deze maat zien we minder sterk terug tussen 2015 en 2019.
- Van de Nederlandse scholieren gaf 2,4% aan ’20 keer of meer dronken zijn geweest in het hele leven’, en zij lagen daarmee rond het gemiddelde van 2,3%.

Consumptie van alcohol en dronkenschap bij leerlingen van 15/16 jaar in een aantal lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten.[I] Peiljaren 2007, 2011, 2015 en 2019

	Ooitgebruik (%)				Laatste-maand-gebruik (%)				Dronkenschap in de laatste maand (%)[VII]		
Land	2007	2011	2015	2019	2007	2011	2015	2019	2011	2015	2019
Denemarken[II]	-	93	92	92	-	76	73	74	37	32	40
Duitsland[IV]	96	92	-	90	75	73	-	65	21	-	20
Griekenland	93	93	94	89	71	72	66	62	13	10	10
Oostenrijk	96	-	88	84	80	-	68	63	-	21	21
Italië	90	87	84	84	63	63	57	59	13	13	12
Frankrijk	88	91	84	80	64	67	53	53	20	13	15
Portugal	84	71	71	77	60	52	42	43	14	9	11
Nederland	90	-	73	72	69	-	49	51	-	14	15[VIII]
Ierland	86	81	74	72	56	50	35	41	23	13	16
Finland	85	84	74	69	48	48	32	30	21	13	13
Zweden	81	76	65	58	44	38	26	25	14	9	9,4
Noorwegen	77	70	57	53	42	35	22	25	14	8	8,6
België[III]	89	89	80	-	70	69	56	-	12	12	-
Verenigd Koninkrijk[V]	92	-	-	-	70	-	-	-	-	-	-
Gemiddelde over alle deelnemende landen[VI]	89	87	80	80	60	58	48	48	17	13	13
Verenigde Staten[I]	62	56	-	-	33	27	-	-	14[VIX]	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven, percentage gebruikers in de laatste maand en het percentage dronkenschap in de laatste maand. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruik in 2019. - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten participeerden niet in de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Denemarken zijn minder vergelijkbaar t/m 2011, Denemarken is vanaf 2015 weer representatief. III. België in 2007, 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen. IV. Duitsland in 2007 alleen voor zeven deelstaten, in 2011 alleen voor vijf deelstaten en in 2019 alleen voor de deelstaat Beieren. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 en 2015 vanwege te lage respons. VI. In 2007 ging het om 33 landen, in 2011 en 2015 om 34 landen en in 2019 om 35 landen. Het gaat steeds om het ongewogen gemiddelde. VII. Vanwege een wijziging in vraagstelling zijn er geen vergelijkbare cijfers voor 2007 voor dronkenschap. VIII. Dit percentage verschilt van het percentage dat is gerapporeerd in het Peilstationsonderzoek 2019 en heeft te maken met de verschillende manier van uitvragen: in het Peilstationsonderzoek is gevraagd of scholieren ‘dronken of aangeschoten zijn geweest’. VIX. In de Verenigde Staten werd gevraagd naar dronkenschap of ‘heel erg high’ zijn in de afgelopen maand. Bron: ESPAD, 2020.

Veelvuldig alcoholgebruik en dronkenschap bij leerlingen van 15/16 jaar in een aantal lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten.[I] Peiljaren 2007, 2011, 2015 en 2019

	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 (%)[VII]		
Land	2007	2011	2015	2019	2007	2011	2015	2019	2011	2015	2019
Denemarken[II]	49	37	28	39	12	12	11	15,2	11	5	12,5
Duitsland[III]	41	35	-	30	18	15	-	16,1	4	-	3
Oostenrijk	52	-	27	25	30	-	12	12,7	-	3	3,4
België[IV]	34	33	22	-	17	16	13	-	1	1	-
Frankrijk	30	32	21	21	13	14	8	9,6	5	2	1
Griekenland	28	29	21	17	11	12	8	7,3	1	1	1,1
Nederland	40	33	19	19	24	20	10	8,1	3	2	2,4
Italië	23	20	14	19	13	12	9	11,2	2	2	2,1
Portugal	21	14	10	11	13	7	4	5,2	2	1	1,6
Ierland	23	16	9	9,3	10	6	3	3,7	6	3	3,2
Finland	16	13	7	6,6	1	2	1	1,5	6	3	2,3
Zweden	14	9	6	4,6	1	1	1	0,9	3	2	1,9
Noorwegen	11	6	4	4,5	1	1	1	1,5	1	1	1,3
Verenigd Koninkrijk[V]	39	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Gemiddelde over alle deelnemende landen[VI]	27	24	16	16	10	9	6	6,6	4	2	2,3
Verenigde Staten[I]	11	8	-	-	5	3	-	-	5	-	-

Percentage van de leerlingen. Tabel is geordend op het percentage '40 keer of meer in het leven' in peiljaar 2019. In 2019 werden voor het eerst gegevens gerapporteerd afgerond op 1 decimaal om met meer precisie uitspraken te kunnen doen. Voorgaande jaren werden de prevalentiecijfers afgrond op hele getallen. Dit heeft als gevolg dat de prevalentie in 2019 met voorzichtigheid vergeleken kan worden met de prevalentie van voorgaande jaren. - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten participeerden niet in de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Denemarken zijn minder vergelijkbaar t/m 2011, Denemarken is vanaf 2015 weer representatief. III. Duitsland in 2007 alleen voor zeven deelstaten, in 2011 alleen voor vijf deelstaten en in 2019 alleen voor de deelstaat Beieren. IV. België in 2007, 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 en 2015 vanwege te lage respons. VI. In 2007 ging het om 33 landen, in 2011 en 2015 om 34 landen en in 2019 om 35 landen. Het gaat steeds om het ongewogen gemiddelde. VII. Vanwege een wijziging in vraagstelling zijn er geen vergelijkbare cijfers voor 2007 voor dronkenschap. Bron: ESPAD, 2020.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN; 2009.

2. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: CAN; 2012.
3. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al. The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries Björn. Stockholm: CAN; 2004.
4. Kraus L, Leifman H, Vicente J. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. Available from: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
5. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
6. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

11.6 Hulpvraag en incidenten

De behandeling van chronische alcoholproblematiek kan ambulant of intramuraal plaatsvinden en uitgevoerd worden in de huisartsenpraktijk, verslavingszorg of GGZ-instelling. Registratie van de omvang van de hulpvraag wegens chronische alcoholproblematiek wordt onder andere gedaan door de verslavingszorg. Trends in de acute hulpvraag worden geregistreerd in het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL. Het Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde (NSCK) houdt het aantal alcoholintoxicaties onder kinderen bij sinds 2007.

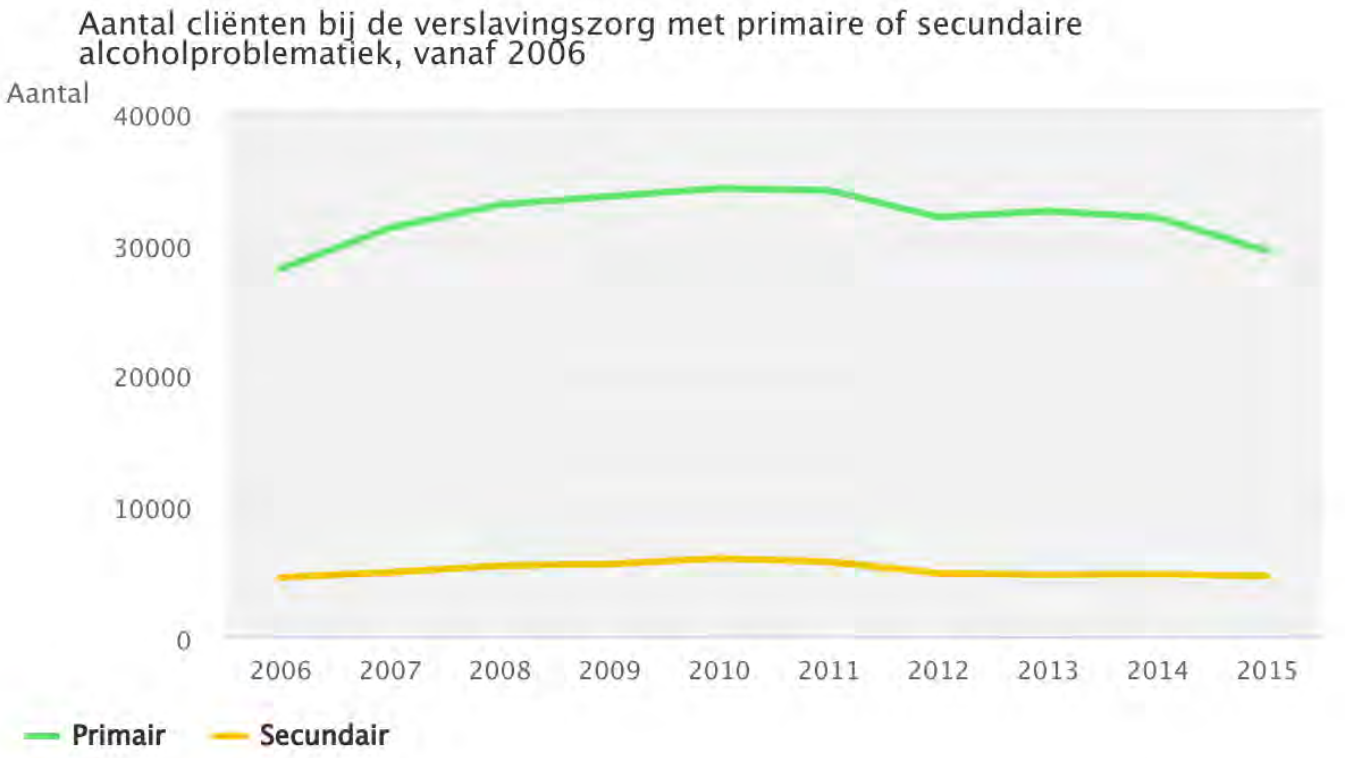
11.6.1 Verslavingszorg

In 2015 hadden in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg gepseudonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) [1]. (Zie bijlage B6). Dit zijn de meest recente gegevens. De wisselingen die zich hadden voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage B6. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

Let op: Tussen 2015 en 2022 zijn er geen nieuwe gegevens beschikbaar gekomen uit het LADIS (zie bijlage B6: LADIS), omdat deze niet meer verzameld konden worden in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag (een wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) geregeld voor het aanleveren van gegevens, waarna de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart kon worden. De ‘pauze’ heeft echter gezorgd voor een onderregistratie, waardoor de gegevens niet volledig zijn.
De Tussenrapportage Kerncijfers Verslavingszorg 2016-2021 geeft een voorlopig beeld van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. In het najaar van 2023 wordt een gedetailleerdere versie van deze rapportage verwacht, aangevuld met de gegevens van 2022. Deze gegevens worden daarom later dit jaar verwerkt in de Nationale Drug Monitor.

- In Nederland stonden in 2015 in totaal 29.374 personen geregistreerd bij de verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik.
- Na een stijging tot 2010 lijkt zich tot 2015 een geringe daling af te tekenen (onderstaande figuur; zie ook Jaarbericht 2013-2014).
- In 2015 waren er per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder 209 primaire alcoholcliënten.
- Het aandeel van alcohol in alle verzoeken om hulp bij de verslavingszorg schommelde tussen 2006 en 2015 rond 46%.
- In 2015 was 1 op elke 5 primaire alcoholcliënten (21%) een nieuwkomer. Zij stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Van de 29.374 primaire alcoholcliënten uit 2015 stond bij 9.426 cliënten (32%) naast hun primaire alcoholproblematiek ook nog een secundaire problematiek geregistreerd. In deze groep ging het voornamelijk om cannabis (25%), nicotine (21%), cocaïne/crack (23%), of medicijnen (11%).
- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat alcohol als secundair probleem noemde, schommelde tussen 2006 en 2015 rond 5.063 (onderstaande figuur). De secundaire alcoholcliënten hebben voornamelijk een primair probleem met cocaïne of crack (33%),

cannabis (31%), heroïne (15%), nicotine (5%), gokken (4%) en amfetamine (4%).



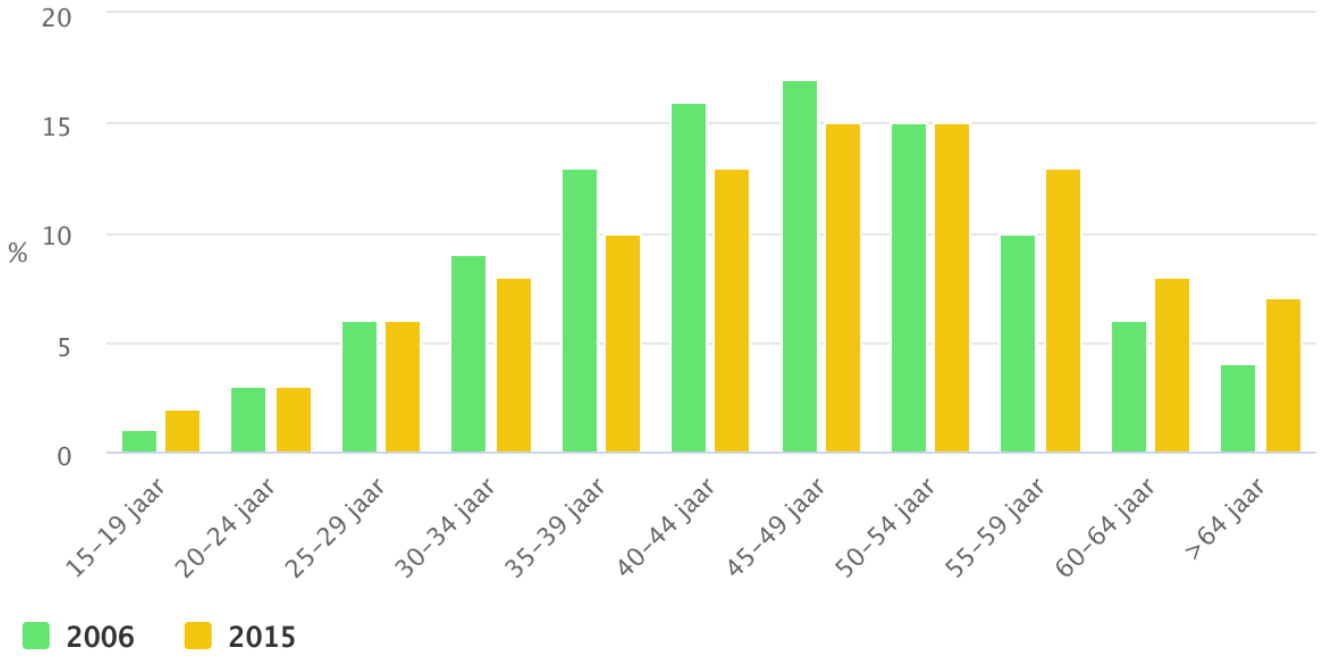
Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage B6. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

Categories	Primair	Secundair
2006	28016	4478
2007	31148	4878
2008	32922	5372
2009	33558	5507
2010	34160	5937
2011	34013	5667
2012	31962	4809

Categories	Primair	Secundair
2013	32429	4675
2014	31923	4735
2015	29374	4575

Leeftijdsverdeling van de primaire alcoholcliënten bij de verslavingszorg. Registratiejaren 2006 en 2015



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage B6. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

NDM

Categories	2006	2015
15-19 jaar	1	2
20-24 jaar	3	3

Categories	2006	2015
25-29 jaar	6	6
30-34 jaar	9	8
35-39 jaar	13	10
40-44 jaar	16	13
45-49 jaar	17	15
50-54 jaar	15	15
55-59 jaar	10	13
60-64 jaar	6	8
>64 jaar	4	7

Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 was het merendeel van de primaire alcoholcliënten man (72%). Het aandeel vrouwen was tussen 2006 en 2015 constant 27-28%.
- De gemiddelde leeftijd in 2015 was 46 jaar, ongeveer gelijk aan 2006 (45 jaar). De piek lag in 2015 in de leeftijdsgroep 45-54 jaar (bovenstaande figuur).
- Het aandeel van 55-plussers steeg van 20% in 2006 naar 28% in 2015 (bovenstaande figuur).
- In 2015 had van de primaire alcoholcliënten 36% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, 37% een middelbare opleiding en 27% een hogere opleiding. (Voor een uitleg van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage B6 onder: Cliënt LADIS.)

Behandelkloof

Lang niet alle mensen in de Nederlandse bevolking die voldoen aan een diagnose alcoholmisbruik of -afhankelijkheid zoeken hulp in de verslavingszorg; dat doet grofweg zo’n 7%-8%. Dit percentage is gebaseerd op het geschatte aantal Nederlanders met een alcoholstoornis op basis van de NEMESIS-2

(478.000) gedeeld door het aantal cliënten in de verslavingszorg (tussen 35.000 en 40.000 sinds 2007, zie bovenstaande figuur). Deze cijfers suggereren het bestaan van een aanzienlijke 'behandelkloof'.

- Daarnaast zocht 35% hulp voor andere emotionele of drugsproblemen. Meer dan de helft zocht of kreeg dus geen professionele hulp [2].
- De jaarprevalentie van chronisch alcoholmisbruik werd in 2020 op basis van de huisartsenregistratie van het NIVEL geschat op 0,5% en van acuut alcoholmisbruik op 0,1%. Dit betreft het aantal personen dat bekend is bij de huisarts en is veel lager dan het jaarprevalentiecijfer van een alcoholstoornis op basis van de NEMESIS-3 (5,4%) [3].

Het onderzoek suggereert echter dat deze 'behandelkloof' minder problematisch is dan vaak wordt verondersteld, en dat mensen die de zorg het meest nodig hebben de weg naar de verslavingszorg redelijk goed vinden [2]. Degenen die géén zorg krijgen hebben namelijk milde problemen en een gunstig beloop:

- Mensen die geen hulp zochten voor hun alcoholproblemen hadden gemiddeld minder symptomen en minder beperkingen als gevolg van de alcoholstoornis en minder vaak een gelijktijdige stemmings- of angststoornis dan degenen die wel hulp zochten bij de verslavingszorg.
- Daarnaast herstelt 78% van de niet-hulpzoekers en dat is hoog vergeleken met de herstelpercentages van degenen die wel hulp zochten bij de verslavingszorg voor hun alcoholstoornis (slechts 29% herstel).
- Daarbij functioneerden degenen met een alcoholstoornis die helemaal geen zorg hadden ontvangen na drie jaar vergelijkbaar met een gezonde vergelijkingsgroep.
- Naar schatting driekwart van de mensen bij wie sprake is van persisterende problematiek komt wel in zorg (verslavingszorg of andere vormen van zorg) [4].

De 'echte behandelkloof', die gedefinieerd wordt als de mensen zonder hulpvraag bij wie sprake is van persisterende alcoholproblematiek, wordt geschat op 24,5%. Dat is veel kleiner dan de 90% waar vaak over gesproken wordt en die gebaseerd is op de foutieve aanname dat alle mensen met alcoholproblemen verslavingszorg nodig hebben [4]. Toch betekenen deze cijfers dat ongeveer een kwart van de mensen met alcoholproblematiek niet de hulp zoekt waarvan zij baat kunnen hebben.

Aanvullende informatie

Bronnen

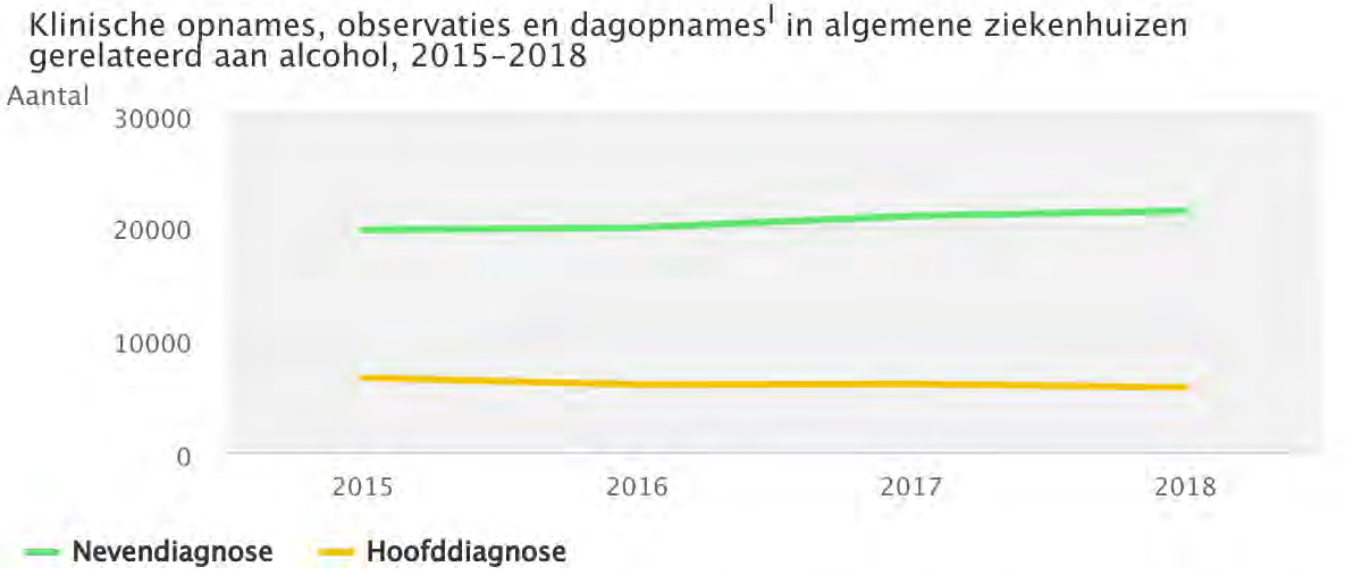
1. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2015. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg; 2016.
2. Tuithof M. Drinking Distilled: onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population. Amsterdam: Univeristeit van Amsterdam; 2015.
3. ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer F S Schouten, de Graaf R. Verdiepende informatie psychische aandoeningen NEMESIS - Alcoholstoornis [Internet]. NEMESIS. Utrecht: Trimbos-instituut; 2023. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/verdiepende-informatie-psychische-aandoeningen/alcoholstoornis/
4. Tuithof M, Ten Have M, Van den Brink W, Vollebergh W, De Graaf R. Treatment Seeking for

Alcohol Use Disorders: Treatment Gap or Adequate Self-Selection? Vol. 22, Eur Addict Res. 2016. p. 277–285.

11.6.2 Algemene ziekenhuizen

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft gegevens gepubliceerd over de opnames in de algemene ziekenhuizen gerelateerd aan drugs en alcohol voor de registratiejaren 2015 tot en met 2018 [1].

- Het aantal klinische opnames, observaties en dagopnames in de algemene ziekenhuizen waarbij een probleem met alcohol als hoofddiagnose werd gesteld, daalde van 6.615 hoofddiagnoses in 2015 naar 5.770 hoofddiagnoses in 2018 (onderstaande figuur). Zie bijlage B5 voor een toelichting op het verschil tussen klinische opnames, observaties en dagopnames.
- Een probleem met alcohol wordt vaker als nevendiagnose gesteld. Het aantal nevendiagnoses waarbij alcohol een rol speelde, steeg van 19.720 in 2015 naar 21.415 nevendiagnoses in 2018 (onderstaande figuur).



Aantal diagnoses afgerond op vijftallen, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-10 codes: F10 (psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol), 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), Q86.0 (foetaal-alcoholsyndroom (dysmorfisch)), T51.0 (toxisch gevolg van ethanol), T51.1 (toxisch gevolg van methanol). I. Zie bijlage B5 voor definities. Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020).

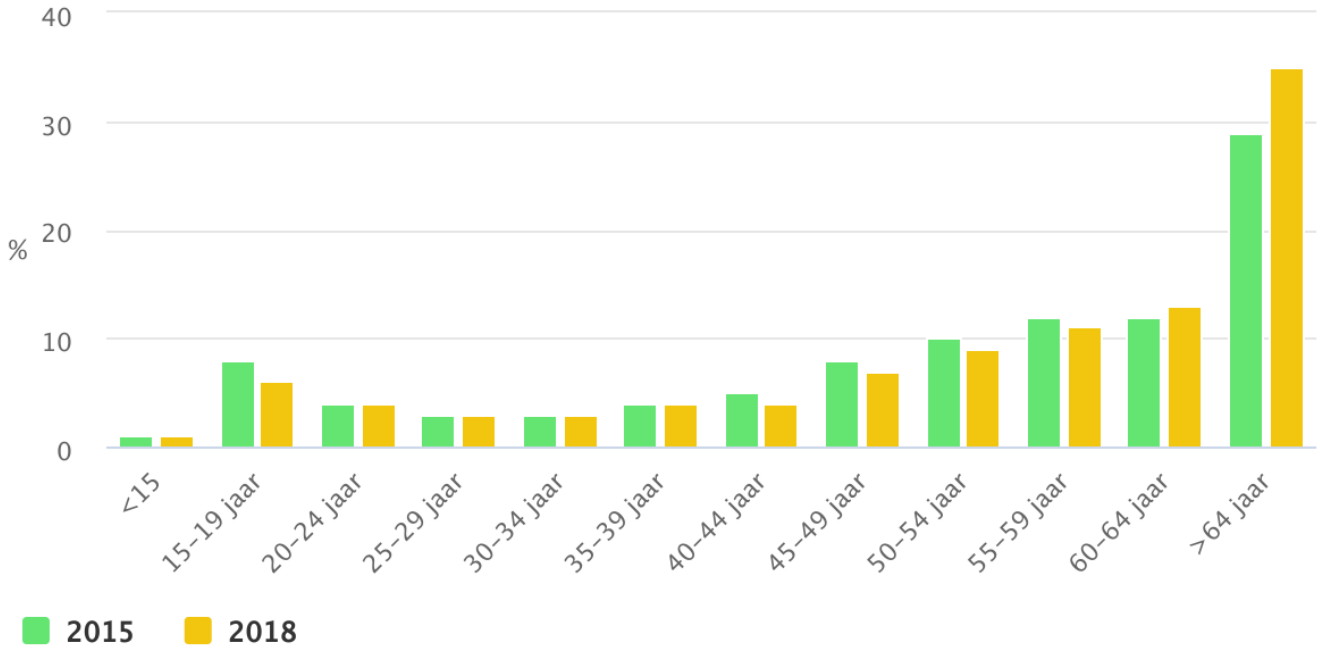
NDM

Categories	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2015	19720	6615

Categories	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2016	19945	6010
2017	20955	6065
2018	21415	5770

- 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 2018 om 21.630 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een probleem gerelateerd aan alcohol als hoofd of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 55 jaar; 71% was man.
- Tussen 2015 en 2018 steeg de gemiddelde leeftijd van de alcoholpatiënten van 53 jaar in 2015 naar 55 jaar in 2018. Het percentage dat 60 jaar of ouder was steeg van 41% in 2015 naar 48% in 2018 (onderstaande figuur). Gecorrigeerd voor dubbeltellingen steeg het aantal alcoholpatiënten in deze periode van 20.585 naar 21.630 alcoholpatiënten.

Leeftijdsverdeling van patiënten opgenomen in algemene ziekenhuizen voor een probleem met alcohol (hoofd en nevendiagnoses samengenomen). Peiljaren 2015 en 2018



Percentage patiënten per leeftijdsgroep. Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020).

NDM

Categories	2015	2018
<15	1	1
15-19 jaar	8	6
20-24 jaar	4	4
25-29 jaar	3	3
30-34 jaar	3	3
35-39 jaar	4	4
40-44 jaar	5	4

Categories	2015	2018
45-49 jaar	8	7
50-54 jaar	10	9
55-59 jaar	12	11
60-64 jaar	12	13
>64 jaar	29	35

1. CBS. Ziekenhuisopnamen voor middelengebruik, 2015-2018: 1-9-2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/36/ziekenhuisopnamen-voor-middelengebruik-2015-2018

11.6.3 Alcoholgerelateerde incidenten bij de spoedeisende hulpafdelingen

Gegevensbronnen

Het Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL houdt in een steekproef van spoedeisende hulpafdelingen (SEH's) van ziekenhuizen het aantal en aard van letsels door ongevallen bij. Voor alcohol worden gegevens verzameld over behandelingen wegens een alcoholvergiftiging, wegens letsels na een ongeval of geweld waarbij alcohol betrokken was (bij het slachtoffer en/of een andere betrokkene) en wegens letsel door zelfbeschadiging waarbij alcohol betrokken is [1,2]. De cijfers worden geëxtrapoleerd naar heel Nederland. Het aantal is een indicatie.

Alcoholvergiftigingen

Het aantal SEH-behandelingen bij alcoholvergiftigingen is tussen 2010 en 2019 geleidelijk toegenomen, maar nam in 2020 flink af. Dit heeft mogelijk te maken met de invloed van de coronacrisis (o.a. horecasluitingen, beperkt bezoekersadvies, afgelasting van festivals, restricties voor alcoholverkoop) [2].

- In 2020 werden naar schatting 4.200 patiënten (3.200 - 5.300) op een SEH-afdeling gezien wegens een alcoholvergiftiging. In 2019 waren dit naar schatting 6.500 patiënten (marges: 5.200 – 8.000). Dit is een daling van 36%. De daling vond plaats in alle leeftijdsgroepen en onder zowel mannen als vrouwen.
- In de periode van de eerste horecasluiting (15 maart 2020 - 31 mei 2020) was het aantal patiënten 59% lager dan in dezelfde periode in 2019.
- In 2010 werden naar schatting nog 4.000 (marges: 2.900 – 5.300) patiënten behandeld wegens een alcoholvergiftiging. Daarmee was er tussen 2010 en 2019 (schatting 6.500 patiënten) nog sprake van een stijging van 31%.
- Ruim 4 op de 10 patiënten in 2020 was jonger dan 25 jaar (44%); ruim twee op de tien was 18 jaar of ouder (18-24 jaar, 24%) en twee op de tien was minderjarig (12-17 jaar, 20%). Er waren onder de patiënten meer mannen (68%) dan vrouwen (32%). Alleen in de leeftijdsgroep 12-17 jaar was er nauwelijks verschil in het aantal jongens en meisjes.
- In ruim een kwart van de gevallen (27%) was bekend dat gebruik van alcohol was gecombineerd met drugs. Combinatiegebruik was het hoogst onder 25-34 jarigen, in deze leeftijdsklasse had 54 procent alcohol en drugs gecombineerd. Bij 20-24 jarigen was dit 43 procent.
- Opname in het ziekenhuis voor verdere behandeling was geïndiceerd bij 25% van de patiënten met een alcoholvergiftiging.

Letsel

Het aantal SEH-behandelingen van letsel naar aanleiding van een ongeval of geweldpleging waarbij, voor zover bekend, alcohol betrokken was (bij slachtoffer en/of andere betrokkene) daalde eveneens in 2020. Ook deze daling heeft mogelijk te maken met de invloed van de coronacrisis (o.a. horecasluitingen, beperkt bezoekersadvies, afgelasting van festivals, restricties voor alcoholverkoop,

minder verkeer) [2].

- In 2020 werden naar schatting 15.400 personen op een SEH behandeld voor een letsel naar aanleiding van een alcoholgerelateerd ongeval (marges: 13.300 – 17.500). Dit is een daling van 19% ten opzichte van 2019 (18.900, marges: 16.600-21.300). Het aandeel in het totaal aantal SEH-behandelingen was gelijk aan 2019, namelijk 3%. De daling was het sterkste onder 12-24-jarigen. Onder mannen en vrouwen was de daling ongeveer gelijk.
- In de periode van de eerste horecasluiting (15 maart 2020 - 31 mei 2020) was het aantal patiënten met letsel na een alcoholgerelateerd ongeval 43% lager dan in dezelfde periode in 2019. Dezelfde daling was te zien in de periode van de tweede horecasluiting (14 oktober 2020 - 31 december 2020) vergeleken met diezelfde periode in 2019.
- In de periode 2010 tot 2019 was er nog sprake van een stijging van 89%. In 2010 waren er naar schatting 5.400 (marges: 4.100 – 6.800) patiënten met letsel, in 2019 was dat opgelopen tot 11.800. Deels kan dit een effect zijn geweest van een verbeterde registratie op de SEH-afdelingen van betrokkenheid van alcohol in deze periode.
- Aanvullend onderzoek van VeiligheidNL maakt aannemelijk dat het werkelijk aantal patiënten met een letsel onder invloed van alcohol op de SEH enkele malen hoger ligt. De genoemde cijfers moeten gezien worden als een ondergrens.
- Driekwart van de patiënten met een aan alcoholgerelateerd letsel in 2020 was man (72%) en 18% was jonger dan 25 jaar.
- In meer dan de helft van alle alcoholgerelateerde ongevallen was sprake van een privé-ongeval (57%), zoals een val van de trap. Bij ruim een derde (33%) betrof het een verkeersongeval (meestal een val van de fiets). Bij 9% van de patiënten was er sprake van geweldpleging (slag, klap of stomp).
- In 2020 werden naar schatting 2.500 personen behandeld op een SEH wegens letsel door zelfbeschadiging waarbij alcohol betrokken was (marges: 1.700 – 3.400).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Valkenberg H, Nijman S. Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol SEH-behandelingen 2019. Amsterdam: VeiligheidNL; 2020.
2. Valkenberg H, Nijman S. Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol SEH-behandelingen 2020. Amsterdam: VeiligheidNL; 2021.

11.6.4 Alcoholintoxicaties onder jongeren

Gegevensbronnen

Het Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde (NSCK) inventariseert onder kinderartsen van Nederlandse ziekenhuizen een variërend aantal aandoeningen, afwijkingen en syndromen, waaronder van opnames wegens alcoholgebruik. Na een digitale melding door één van de Nederlandse kinderartsen ontvangt de kinderarts een digitale vragenlijst. Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van papieren vragenlijsten. In de periode 2007 tot en met 2017 werden deze meldingen gedaan door alle ziekenhuizen in Nederland. Sinds 2018 zijn er alleen meldingen gedaan door 12 ziekenhuizen. De meldingen uit deze ziekenhuizen zijn vergelijkbaar met de meldingen uit de ziekenhuizen die tot 2017 deelnamen, alleen de gemiddelde leeftijd ligt wat hoger ten opzichte van het hele land (respectievelijk 15,5 en 15,4 jaar) en het aantal VWO-leerlingen is lager in de 12 ziekenhuizen [1].

Meldingen ziekenhuizen

Het aantal meldingen is een onderschatting van het werkelijke aantal alcoholintoxicaties, omdat de gegevens zijn verzameld over slechts een deel van de ziekenhuizen. Een andere reden voor onderschatting is dat niet alle jongeren in het ziekenhuis belanden en in het ziekenhuis niet alle jongeren door een kinderarts worden gezien.

De gemiddelde leeftijd van jongeren die worden opgenomen met een alcoholintoxicatie is toegenomen, maar er is geen daling in het aantal meldingen [1]. Tegelijkertijd is er een stijging in combinatie van middelengebruik, met name cannabis.

- In 2019 waren er 279 meldingen van alcoholintoxicaties onder de deelnemende ziekenhuizen.
- Het aantal meldingen nam toe tot 2012, waarna het aantal fluctueerde. In 2018 en 2019 steeg het aantal meldingen opnieuw (zie onderstaande figuur).
- De gemiddelde leeftijd op het moment van de alcoholintoxicatie lag in 2007 op 15,0 jaar en was in 2019 gestegen tot 15,7 jaar.
- In 2017 waren er aanwijzingen voor drugsgebruik in 8,0% van de meldingen en in 2019 was dit verhoogd naar 18,6%. Ook na correctie van de toegenomen leeftijd, geslacht en schoolniveau blijft een sterke stijging van ander middelengebruik naast alcohol zichtbaar. Onder jongeren met een alcoholintoxicatie en positieve drugsscreening werd cannabis het vaakst gebruikt.
- Er werden in 2019 meer jongens (54,3%) dan meisjes (45,7%) opgenomen met een alcoholintoxicatie. Dit is vergelijkbaar met eerdere jaren.
- Het gemiddelde alcoholpromillage (bloedalcoholconcentratie of ethanolspiegel) bij de jongeren was 1,97 promille in 2019. Deze waarde is de afgelopen jaren nagenoeg stabiel gebleven, met uitzondering van een daling in 2018 (2018: 1,81; 2017: 1,97; 2016: 1,99; 2015: 1,94 promille). Van 2007 tot en met 2011 lag de gemiddelde ethanolspiegel onder 1,90 promille. Het alcoholpromillage hangt af van de hoeveelheid alcohol, de snelheid van drinken en het lichaamsgewicht.
- In 2017 had 89,4% van de meldingen een Nederlandse achtergrond en 35% van de jongeren zat op het VMBO of MBO; 25% op de HAVO en 21% op het VWO. Deze verdeling is over de afgelopen jaren redelijk stabiel [2].

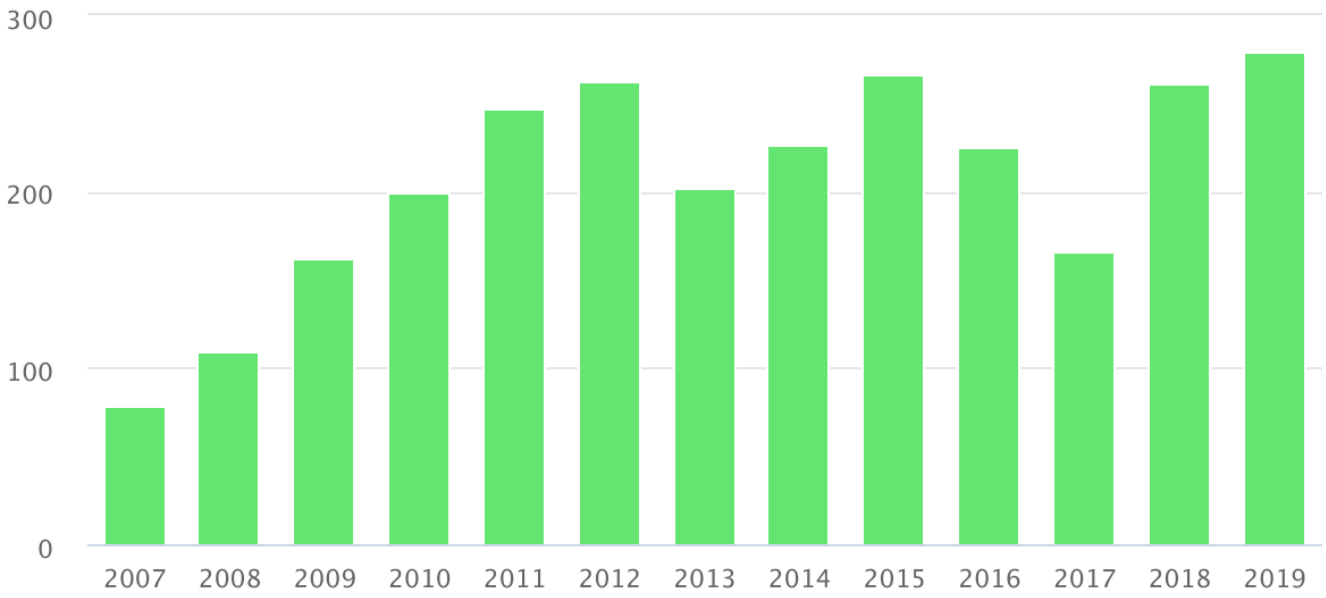
- In 2017 kwamen uit 81% van de ziekenhuizen meldingen. Het aantal meldingen lag toen op 860 [2].

Motieven voor alcoholgebruik onder jongeren met alcoholintoxicatie

In 2019 is een verdiepend onderzoek gepubliceerd naar de motieven voor het drinken van alcohol bij 14 Nederlandse adolescenten die op een spoedeisende hulp zijn behandeld voor een alcoholintoxicatie. Uit interviews bleek dat de motieven voor het drinken verdeeld konden worden in individuele en sociale motieven. De meest genoemde individuele motivatie was nieuwsgierigheid en als sociale motivatie werd het vergroten van het plezier het vaakst genoemd [3].

- De adolescenten uit dit onderzoek gaven verder aan dat zij meestal ongemerkt en ongepland over hun eigen grens waren gegaan, omdat zij niet genoeg kennis en ervaring hadden om de consequenties van ‘te veel’ drinken te overzien. De meesten hadden niet de intentie om dronken te worden. Drie deelnemers van de studie gaven aan dat zij op de dag van de intoxicatie meer dronken dan dat zij normaliter al deden.
- Verschillende risicofactoren voor een intoxicatie kwamen uit deze studie naar voren. Allereerst werd door de adolescenten aangegeven dat, ondanks de leeftijdsgrens van 18 jaar, zij 16 jaar een normale leeftijd vonden om te beginnen met drinken, in enkele gevallen zelfs 15 of 14 jaar. Het gebrek aan een standaard limiet voor wat ‘te veel’ is zorgde er ook voor dat de onderzochte jongeren over hun grens gingen. Verder was er in veel gevallen sterke drank in het spel, hadden zij positieve verwachtingen over de effecten van alcohol, was er soms weinig sturing door ouders of vonden zij dat de voorlichting op school ineffectief was geweest.

Aantal meldingen van alcoholintoxicatie onder jongeren van 10–17 jaar die in een ziekenhuis zijn opgenomen, door een kinderarts in 12 deelnemende ziekenhuizen, jaren 2007–2019



Tot en met 2015 werden uit alle ziekenhuizen meldingen ontvangen; in 2016 kwamen meldingen binnen uit 79% van de ziekenhuizen, in 2017 van 81%. In deze figuur zijn alleen de meldingen van de 12 ziekenhuizen weergegeven die ook in 2018 en 2019 gegevens hebben aangeleverd. Het aandeel van de meldingen van de 12 ziekenhuizen van alle meldingen in de jaren 2007 t/m 2017 wordt getoond. Bron: NSCK, Polikliniek Jeugd en Alcohol, Reinier de Graaf Gasthuis, 2020.

NDM

Categories	Aantal
2007	79
2008	109
2009	162
2010	199
2011	247
2012	263
2013	202
2014	227
2015	267
2016	225
2017	166
2018	261
2019	279

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Ziekenhuismeldingen alcoholintoxicaties onder jongeren door een kinderarts [dataset]. NSCK, Polikliniek Jeugd en Alcohol, Reinier de Graaf Gasthuis; 2020.

2. Wolberink IM, Van der Lely N, Van Hoof JJ. Factsheet: Alcoholintoxicaties 2007 tot en met 2017. Delft/Enschede: Reinier de Graaf Gasthuis/Universiteit Twente; 2018.
3. de Wit N, Nagelhout GE, Meerkerk GJ, Ooms J, Le Net-van Bruggen AP, Gruppen M, et al. Drinking until Intoxication: A Qualitative Study among Underage Adolescents Admitted to the Emergency Room. Alcoholism Treatment Quarterly. Routledge; 2019.

11.7 Ziekte en sterfte

Gegevensbronnen

In deze paragraaf wordt een beknopt overzicht gegeven van de recente literatuur rondom alcoholgerelateerde ziekte en alcoholgerelateerde sterfte. Meer gedetailleerde informatie kan worden gevonden op de website van het Expertisecentrum Alcohol.

11.7.1 Ziekte

Alcohol kan schade aan het lichaam veroorzaken via acute vergiftiging, via chronische effecten op organen en weefsels en via het ontstaan van afhankelijkheid. Alcohol heeft ook invloed op het beloop en de uitkomsten van ziekteprocessen.

De (causale) relatie tussen alcohol en ziektes blijft doorlopend onderwerp van onderzoek. Daardoor komt steeds meer kennis beschikbaar over welke ziektes wel of niet, en in welke mate, verband houden met het (overmatig) gebruik van alcohol. De recent uitgebrachte Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) [1] en het Global Status Report on Alcohol & Health [2] beschrijven dat alcohol wereldwijd leidt tot een grote ziektelast. Een systematische overzichtsstudie van 255 reviews en meta-analyses die tussen 2008 en 2016 verschenen bevestigde dat alcohol een belangrijke risicofactor is voor ziekte en letsels [3]. Voor de meeste aandoeningen geldt dat het risico op ziekte toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt [3].

Ziektelast

Ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies onder een groep mensen die veroorzaakt wordt door ziekten. Ziektelast wordt uitgedrukt in disability-adjusted life-years (DALYs), dat zijn het aantal jaren dat met gezondheidsproblemen wordt geleefd, gewogen voor de ernst van het gezondheidsprobleem.

Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV-2018) is 1,5% van de totale ziektelast in Nederland toe te schrijven aan overmatig alcoholgebruik[1] en daarmee staat het op de vierde plaats, na leefstijlfactoren als roken (met een bijdrage van 9,4% aan de ziektelast), overgewicht (3,7%) en weinig lichamelijke activiteit (2,3%) (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018). De ziektelast door ongevallen waarbij alcohol een rol speelt is hierbij meegerekend. Door verbeterde methodiek kunnen deze resultaten niet vergeleken worden met de resultaten van de VTV-2014.

Beknopt overzicht van gerelateerde ziekten

- Meer dan 40 ziekten zijn voor 100% toe te schrijven aan alcoholgebruik, waaronder alcoholmisbruik en -afhankelijkheid, alcohol-onttrekking en alcoholgerelateerde psychoses, alcoholgerelateerde schade aan zenuwstelsel en spieren, aan hart, maag, lever en alvleesklier, schade aan de foetus door alcoholgebruik van de moeder (zoals FAS, het foetaal alcoholsyndroom, met morfologische veranderingen, functionele uitval en veel voorkomen van bijkomende ziekten) en acute alcoholvergiftigingen [3].
- Daarnaast is ook het ontstaan van een aantal niet-overdraagbare aandoeningen, zoals verschillende vormen van kanker waaronder bijvoorbeeld slokdarmkanker en dikke

darmkanker, voor een deel toe te schrijven aan (overmatig) alcoholgebruik [2].
- Alcoholgebruik verzwakt het immuunsysteem en vergroot de gevoeligheid voor infectieziekten als tuberculose, hiv/aids, andere seksueel overdraagbare ziekten en lage luchtweginfecties zoals longontsteking. Bij het verhoogde risico op een aantal van deze infectieziekten speelt de invloed die alcohol heeft op het adequaat nemen van beslissingen ook een rol.
- Anderzijds heeft alcohol, volgens de WHO, (bij een gematigde consumptie) ook beschermende effecten op het ontstaan van een aantal ziekten en aandoeningen, waaronder diabetus mellitus, hartfalen, ischemische hartziekten en een beroerte [2].

Beïnvloedende factoren

De mate waarin alcoholgebruik schade kan berokkenen hangt niet alleen samen met de hoeveelheid die wordt geconsumeerd, maar ook met het drinkpatroon en het type alcohol. Overmatig drinken is geassocieerd met het ontwikkelen van afhankelijkheid, terwijl binge drinken de kans op verkeersongelukken en hart- en vaatziekten vergroot [4]. In niet-westerse landen kan ook de kwaliteit van de alcohol een rol spelen [5].

- Binge drinken kan invloed hebben op het functioneren van het brein bij jongeren. In een Finse literatuurstudie werd overtuigend bewijs gevonden voor een associatie tussen binge drinken en verbale geheugenstoornissen [6]. Binge drinken heeft ook effect op bepaalde uitvoerende functies van de hersenen, voornamelijk het uitoefenen van remmende controle. Het effect op andere functies van de hersenen, zoals het nemen van beslissingen, is nog onduidelijk.
- Risicofactoren op individueel niveau zijn onder andere leeftijd (jongeren en ouderen zijn extra gevoelig voor de schadelijke effecten van alcohol) en geslacht (vrouwen hebben een hogere bloedalcoholspiegel na het drinken van een zelfde hoeveelheid dan mannen vanwege een lager lichaamsgewicht, een beperktere capaciteit van de lever om alcohol af te breken en een hoger percentage lichaamsvet).
- Onder mensen van 25-49 jaar is alcohol de risicofactor die het meest bijdraagt aan de totale ziektelast [1].
- Ook spelen genetische factoren (verschillende genen beïnvloeden de startleeftijd, de afbraak en de belonende effecten van alcoholgebruik) een rol.
- Tenslotte is de lichamelijke gezondheid medebepalend voor de mate waarin alcohol schade aanricht [2].

Alcoholgebruik en kanker

Ethanol (pure alcohol) in alcoholische dranken en het afbraakproduct acetaldehyde zijn kankerverwekkende stoffen. Het Internationaal Agentschap voor Onderzoek naar Kanker (IARC) heeft alcohol geclassificeerd als een groep 1 kankerverwekkende stof voor mensen, dat wil zeggen dat wetenschappelijk bewijs hiervoor op het hoogste niveau bestaat.

- Alcoholgebruik speelt een oorzakelijke rol bij het ontstaan van kanker in mond- en keelholte, het strottenhoofd, de slokdarm, lever, dikke darm en endeldarm. Bij vrouwen kan borstkanker ontstaan door alcoholgebruik (World Cancer Research Fund & American Institute for Cancer Research, 2018). Ten slotte verlaagt het drinken van tot drie glazen alcohol per dag waarschijnlijk de kans op het krijgen van nierkanker. Wereldwijd zou volgens een schatting 4,8% van alle sterfte door kanker te wijten zijn aan alcoholgebruik (Shield et al., 2020).

- Door methodologische onvolkomenheden is het bewijs voor een mogelijk effect van alcohol op de ontwikkeling van longkanker, alvleesklierkanker en huidkanker suggestief, maar niet overtuigend [7].
- Het consumeren van maximaal 3 standaardglazen alcohol per dag zou het risico op nierkanker verlagen [7]. De mechanismen hierachter zijn echter nog onbekend.
- Het aantal glazen waarbij een verhoogd risico optreedt, verschilt per type kanker. Zo zijn er aanwijzingen dat het drinken van 1 glas alcohol per dag het risico op borstkanker al kan vergroten, terwijl het risico op darmkanker vergroot wordt bij het drinken van 3 glazen alcohol per dag [7]. In het algemeen geldt voor alle gerelateerde kankersoorten dat hoe hoger het alcoholgebruik is, hoe hoger het risico op de desbetreffende kanker wordt.

Meer informatie over alcohol en kanker op Expertisecentrum Alcohol.

Alcoholgebruik en andere niet-overdraagbare ziekten

Alcoholgebruik heeft een negatief effect op depressie, epilepsie, hart- en vaatziekten zoals sommige hartritmestoornissen en hartspierzwakte, en ziekten van de spijsverteringorganen zoals levercirrose, andere chronische leverziekten en alvleesklierontsteking [3]. Overmatig of zwaar alcoholgebruik is geassocieerd met een hoger risico op dementie [8,9]. Licht tot matig alcoholgebruik leidt mogelijk tot een lager risico op dementie dan geen alcoholgebruik, maar deze bevinding zou ook het gevolg kunnen zijn van het gebruik van ‘niet-drinker’ als referentiegroep, zie meer informatie onder Methodologische uitdagingen. Bovendien speelt het drinkpatroon mogelijk ook een rol [10].

Meer informatie over alcohol en hart- en vaatziekten op Expertisecentrum Alcohol.

Alcoholgebruik en zwangerschap

Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap verhoogt de kans op miskramen, foetale sterfte [11] en vroeggeboorte, en een vertraagde psychomotorische ontwikkeling van het kind. De risico’s nemen toe naarmate het gemiddelde alcoholgebruik en het aantal glazen per gelegenheid hoger is, maar ook licht alcoholgebruik tijdens de zwangerschap kan al gevolgen hebben voor het ongeboren kind en het verloop van de zwangerschap. Bij hogere consumptie kunnen aangeboren afwijkingen en het foetaal alcoholsyndroom (FAS) optreden [3]. Licht tot matig alcoholgebruik hield in deze studie in: minder dan 60 g pure alcohol per dag voor mannen en minder dan 40 g pure alcohol per dag voor vrouwen.

Meer informatie over alcohol en zwangerschap op Expertisecentrum Alcohol.

Beschermende effecten van licht alcoholgebruik

Sommige overzichtsstudies beschrijven een gunstig effect van licht alcoholgebruik op het ontstaan of beloop van een aantal aandoeningen. Definities van licht alcoholgebruik verschillen tussen de studies.

- Dat geldt onder andere voor (ouderdoms)suikerziekte (diabetes mellitus type 2), de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie, en enkele hart- en vaatziekten (hartfalen, ischemische hartziekte en – beroerte) [3]. Licht tot matig alcoholgebruik werd in deze studie breed opgevat: minder dan 60 g pure alcohol per dag voor mannen en minder dan 40 g pure alcohol per dag voor vrouwen. Een standaardglas alcoholhoudende drank bevat 10 g alcohol.

- Volgens het WCRF is het waarschijnlijk dat alcohol het risico op nierkanker kan verlagen bij maximaal 2 glazen alcohol per dag. Dit heeft mogelijk te maken met een gunstiger verdeling van vetzuren in het bloed van matig-alcoholdrinkers en een hoger adiponectine gehalte, een hormoon dat is betrokken bij de suikerspiegel en de afbraak van vetzuren. Daarnaast wordt gesuggereerd dat het mogelijk te maken heeft met het diuretische (vochtafdrijvend) effect van alcohol, hoewel dit niet bevestigd wordt door studies omtrent plaspillen [7].

Methodologische uitdagingen

In de wetenschappelijke literatuur is veel discussie over deze zogeheten “J-curve”. Deze zou erop duiden dat licht alcoholgebruik gunstiger voor de gezondheid is dan het niet gebruiken van alcohol (abstinentie). Studies die een beschermend effect van licht alcoholgebruik vinden kampen echter met methodologische onvolkomenheden of fouten.

- Een alternatieve methode die nu nader wordt onderzocht is om in plaats van “niet-drinkers” de “gelegenheidsdrinkers” als referentiegroep te gebruiken. Deze laatste groep lijkt een vergelijkbaar risico op overlijden te hebben als lichte en matige alcoholgebruikers [12]. In dit onderzoek werd het drinken van minder dan 24 g alcohol per dag gezien als licht alcoholgebruik.
- In 2018 is een grootschalig onderzoek (met informatie over het alcoholgebruik van ongeveer 600.000 individuen in hoge-inkomenslanden) gepubliceerd over de laag-risico afkapwaarden die worden aanbevolen in nationale richtlijnen voor alcoholgebruik [13]. Bij een alcoholconsumptie van 100 g per week is het sterfterisico (sterfte door alle oorzaken) het laagst. Alcoholgebruik heeft een rechtlijnig verband met een hoger risico op verschillende hart- en vaatziekten, zoals beroerte, hartfalen en fatale aorta aneurysmata (verwijding van de grote buikslagader). Daarentegen werd een hoger alcoholgebruik geassocieerd met een lager risico op een hartinfarct. Personen die meer dan 100 g alcohol per week consumeren hebben op 40-jarige leeftijd een lagere levensverwachting. Wie 100-200 gram alcohol per week drinkt verliest 6 maanden; wie meer dan 350 gram per week drinkt tot 4 of 5 jaar. Deze studie keek alleen naar huidige alcoholgebruikers, om de resultaten betrouwbaarder te maken. Personen die nooit drinken of gestopt zijn met drinken hebben andere eigenschappen en deze resultaten hoeven niet direct voor hen te gelden.
- De Nederlandse richtlijn voor goede voeding van de Gezondheidsraad (“Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag”) is in lijn met de aanbevelingen van deze studie.

Alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen

Jongeren en jongvolwassenen zijn vatbaarder voor de schadelijke effecten van alcoholgebruik dan volwassenen, met name als het zwaar en langdurig alcoholgebruik betreft of als er al sprake is van bestaande kwetsbaarheden zoals een psychiatrische ziekte in de kindertijd [14–17].

- Bij jongeren die binge drinken wordt de grijze stof in de hersenen versneld minder en wordt de ontwikkeling van witte stof in de hersenen vertraagd, zo bleek uit een recente overzichtsstudie [18]. Dit gebeurt in verschillende hersendelen. Grijze stof bestaat uit cellichamen van zenuwcellen en de witte stof bestaat uit de uitlopers van de zenuwcellen.
- Binge drinken onder jongeren leidt onder andere tot een verminderde werking van het langetermijngeheugen, verminderde vastgehouden aandacht onder mannen en verminderd

visueel ruimtelijk inzicht onder vrouwen, zo bleek uit longitudinale studies [18]. Er zijn ook aanwijzingen dat het stoppen met binge drinken weer tot gedeeltelijk herstel kan leiden in het langetermijn-, kortetermijn- en werkgeheugen.

- Bij jongeren en jongvolwassenen die binge drinken of overmatig drinken zijn sommige delen van de hersenen (namelijk de prefrontale cortex en de kleine hersenen) dunner dan bij niet of sporadisch drinkende leeftijdgenoten [15,18]. De resultaten van verschillende studies suggereren dat vanwege de schadelijke effecten van alcohol op zenuwen het excessief drinken van alcohol tijdens deze cruciale fase in de hersenontwikkeling van jongeren kan leiden tot structuurveranderingen in de hersenen, leidend tot een groter risico op het ontwikkelen van stoornissen in het gebruik van alcohol [15].
- Cognitieve studies in zwaar drinkende adolescenten tonen met name dat alcoholgebruik leidt tot een vermindering van het geheugen, aandacht, ruimtelijk inzicht en uitvoerende taken, maar de resultaten zijn niet altijd met elkaar in lijn. Deze functies zijn grotendeels geconcentreerd in de frontale gebieden van de hersenschors en zijn als laatste uitgerijpt. Meer onderzoek is nodig voordat definitieve conclusies getrokken kunnen worden, dit heeft onder andere te maken met de kleine steekproefgroottes en het verschil in leeftijdscategorieën van de steekproeven [14,17,18].
- In een recente studie onder Nederlandse studenten (18-24 jaar) werd geen verband gevonden tussen cognitieve prestaties en alcoholgebruik [19]. Het is echter mogelijk dat de online thuistest die werd gebruikt om de cognitieve prestaties te meten niet gevoelig genoeg was om veranderingen vast te stellen.
- Jongeren die in hun kindertijd al een psychiatrische ziekte hadden (zoals ADHD, andere gedragsstoornissen of depressie), hebben een grotere kans om later een stoornis in het gebruik van middelen te ontwikkelen [16]. Zo is voor kinderen die ADHD hebben de kans 2,15 keer groter dat zij later een alcoholstoornis krijgen [16].

Meer informatie over gevolgen van alcoholgebruik bij jongeren op Expertisecentrum Alcohol.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 [Internet]. Vol. 396, The Lancet. 2020. p. 1223–1249. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620307522
2. Health Organization W. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018.
3. Rehm J, Gmel Sr. GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. Vol. 112, Addiction. 2017. p. 968–1001.
4. Burton R, Henn C, Lavoie D, O'Conner R, Perkins C, Sweeney K, et al. The Public Health Burden of Alcohol and the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Alcohol Control Policies: An evidence review. London: Public Health England; 2016.
5. Health Organization W. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. Geneva: WHO; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
6. Carbia C, Lopez-Caneda E, Corral M, Cadaveira F. A systematic review of neuropsychological

studies involving young binge drinkers. Vol. 90, Neuroscience and biobehavioral reviews. 2018. p. 332–349.
7. Continuous Update Project Expert Report 2018 Alcohol drinks and the risk of cancer. World Cancer Research Fund American Institute for Cancer Research; 2018.
8. Rehm J. Why the relationship between level of alcohol-use and all-cause mortality cannot be addressed with meta-analyses of cohort studies. Vol. 38, Drug and Alcohol Review. 2019. p. 3–4.
9. Gutwinski S, Schreiter S, Priller J, Henssler J, Wiers C, Heinz A. Drink and Think: Impact of Alcohol on Cognitive Functions and Dementia – Evidence of Dose-Related Effects [Internet]. Vol. 51, Pharmacopsychiatry. 2018. p. 136–143. Available from: http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0043-118664
10. Koch M, Fitzpatrick AL, Rapp SR, Nahin RL, Williamson JD, Lopez OL, et al. Alcohol Consumption and Risk of Dementia and Cognitive Decline Among Older Adults With or Without Mild Cognitive Impairment [Internet]. Vol. 2, JAMA Network Open. 2019. p. e1910319. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2752097
11. Sundermann AC, Zhao S, Young CL, Lam L, Jones SH, Velez Edwards DR, et al. Alcohol Use in Pregnancy and Miscarriage: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. Vol. 43, Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2019. p. 1606–1616. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/acer.14124
12. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do “Moderate” Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. Vol. 77, Journal of studies on alcohol and drugs. 2016. p. 185–198.
13. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. Vol. 391, Lancet (London, England). Emerging Risk Factors Collaboration/EPIC-CVD/UK Biobank Alcohol Study Group; 2018. p. 1513–1523.
14. Meruelo AD, Castro N, Cota CI, Tapert SF. Cannabis and alcohol use, and the developing brain. Vol. 325, Behav Brain Res. 2017. p. 44–50.
15. Cservenka A, Brumback T. The Burden of Binge and Heavy Drinking on the Brain: Effects on Adolescent and Young Adult Neural Structure and Function. Vol. 8, Front Psychol. 2017. p. 1111–.
16. Groenman AP, Janssen TWP, Oosterlaan J. Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse: A Meta-Analysis. Vol. 56, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017. p. 556–569.
17. Silveri MM, Dager AD, Cohen-Gilbert JE, Sneider JT. Neurobiological signatures associated with alcohol and drug use in the human adolescent brain. Vol. 70, Neurosci Biobehav.Rev. 2016. p. 244–259.
18. Lees B, Mewton L, Stapinski LA, Squeglia LM, Rae CD, Teesson M. Neurobiological and Cognitive Profile of Young Binge Drinkers: a Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. Vol. 29, Neuropsychology Review. 2019. p. 357–385. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s11065-019-09411-w
19. Hendriks H, van de Rest O, Snippe A, Kieboom J, Hogenelst K. Alcohol Consumption, Drinking Patterns, and Cognitive Performance in Young Adults: A Cross-Sectional and Longitudinal Analysis [Internet]. Vol. 12, Nutrients. 2020. p. 200. Available from: https://www.mdpi.com/2072-6643/12/1/200

11.7.2 Sterfte

In het kort: Alcoholgebruik is een belangrijke oorzaak van vroegtijdige sterfte. De alcoholgerelateerde sterfte is hoger onder mannen dan onder vrouwen. Belangrijke oorzaken van alcoholgerelateerde sterfte zijn psychische ziekten gerelateerd aan alcohol, een beroerte en kanker.

Gegevensbronnen

De alcoholgerelateerde sterfte werd in de NDM Jaarberichten tot en met 2017 in kaart gebracht op basis van de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS. Door wijzigingen in de methoden is de Doodsoorzakenstatistiek sinds 2013 echter minder toereikend voor een totaaloverzicht van de alcoholsterfte. Daarom worden sinds 2018 als primaire bron schattingen van het RIVM beschreven, waarmee in 2018 is begonnen in het kader van de Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV) [1]. Deze schattingen worden als belangrijkste bron gezien voor de cijfers over alcoholgerelateerde sterfte in Nederland, omdat deze gebruik maken van de laatste Nederlandse cijfers over sterfte en alcoholgebruik.

De schattingen van het RIVM maken gebruik van gegevens over alcoholgebruik uit de Gezondheidsenquête 2021 en de relatieve risico's zoals beschreven in een rapport van de Gezondheidsraad uit 2015 [2]. Voor de relatie tussen alcoholgebruik en diabetes type 2 en dikkedarmkanker worden de relatieve risico's uit de Global Burden of Disease Study (GBD) 2016 gebruikt [3]. Sinds 2021 worden de ICD-codes X45 en Y15 niet meer meegenomen in de categorie 'Psychische en gedragsstoornissen'.

Schatting alcoholsterfte RIVM

De schattingen van de alcoholgerelateerde sterfte vanaf 2019 van het RIVM zijn gebaseerd op een andere methode dan in de voorafgaande jaren. De geschatte alcoholgerelateerde sterfte vanaf 2019 is daarom niet vergelijkbaar met de schattingen van 2017 en 2015. Zie voor meer informatie over de gebruikte methodes bijlage B4.

- Het aantal alcoholgerelateerde sterftegevallen wordt in 2021 geschat op 2.390 (marges: 1.890–3.850). Dat is 1,4% van de totale sterfte. Een beroerte, psychische ziekten en kanker zijn belangrijke oorzaken van alcoholgerelateerde sterfte [1].
- In de schatting van het RIVM is een beschermend effect gevonden van matig alcoholgebruik op sterfte aan coronaire hartziekten onder mannen (zie onderstaande tabel). Dit betekent niet dat wordt geadviseerd om alcohol te drinken, mede vanwege een aantal methodologische kanttekeningen. Zie voor meer uitleg § 11.7.
- Het aantal alcoholgerelateerde sterftegevallen werd in 2020 geschat op 2.500 (marges: 1.900–3.900, 1,5% van de totale sterfte) en in 2019 op 2.400 (marges: 1.900–3.900, 1,6% van de totale sterfte).
- In 2017 stierven er volgens de schatting van het RIVM 1.906 mensen aan de gevolgen van

alcoholgerelateerde ziekten. Vanwege bovengenoemde wijzigingen in de schattingsmethode is deze schatting niet te vergelijken met de schattingen sinds 2019. Het aantal sterfgevallen uit het peiljaar 2015 is ook niet één op één te vergelijken met het aantal uit 2017. Dit komt door een verschil in ICD-10 codes die meegeteld zijn onder "psychische stoornissen en gedragsstoornissen". Zie voor meer uitleg [4].

Schatting van sterfgevallen onder mannen en vrouwen die toe te wijzen zijn aan alcoholgebruik, uitgaande van elf alcoholgerelateerde aandoeningen en verkeersongevallen[I]. Peiljaar 2021.

	Alcoholgerelateerde sterfte			% toewijsbaar aan alcoholgebruik		
Aandoening	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Borstkanker	0	100	100	0,0%	3,1%	3,1%
Dikke darmkanker	120	30	150	4,8%	1,4%	3,3%
Mondholte kanker	50	10	60	20,4%	5,3%	13,9%
Slokdarmkanker	260	-20	250	17,2%	-3,7%	12,2%
Strottenhoofdkanker	40	10	50	22,8%	20,0%	22,2%
Diabetes	40	80	120	2,7%	6,2%	4,3%
Psychische en gedragsstoornissen[II]	430	110	540	100,0%	100,0%	100,0%
Beroerte in hoofdgroep zenuwstelsel	2	4	6	12,5%	12,9%	12,8%
Beroerte in hoofdgroep hart- en vaatstelsel	400	580	980	10,6%	11,3%	11,0%
Coronaire hartziekten	-290	-70	-350	-5,7%	-2,1%	-4,4%
Leverziekten	280	120	400	100,0%	100,0%	100,0%
Totaal (exclusief verkeersongevallen)	1.410	990	2.390	1,6%	1,2%	1,4%
Verkeersongeval	70	30	100	16,3%	16,4%	16,3%

Percentages geven het geschatte aandeel van alcohol aan de sterfte weer. Op basis van CBS Doodsoorzakenstatistiek en de PAF's voor de verschillende ziektes door het RIVM voor het jaar 2021 berekend. Door afronding op tientallen kan de som van de aandoeningen afwijken van het totaal. I. De sterftecijfers uit deze schatting zijn niet vergelijkbaar met schattingen voor 2019. II: Hieronder wordt de volgende ICD-10 code gerekend: F10. Zie voor een toelichting bij deze codes Bijlage D. Bron: RIVM.

Doodsoorzakenstatistiek CBS

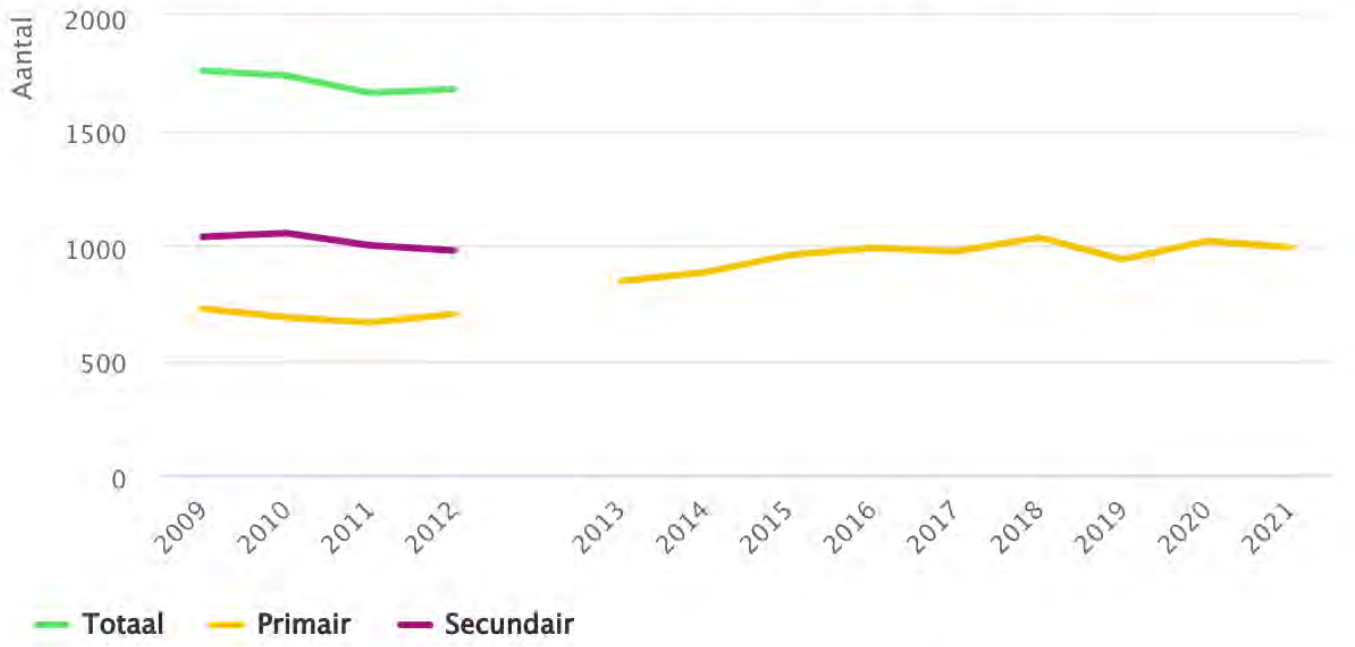
De Doodsoorzakenstatistiek van het CBS rapporteerde tot en met 2012 de alcoholsterfte op basis van een optelsom van primaire en secundaire alcoholsterfte. Bij de primaire sterfte gaat het vooral om een acute dodelijke overdosis en om de sterfte aan alcoholgerelateerde ziekten, waarbij alcohol expliciet als doodsoorzaak is vermeld. Bij de secundaire sterfte gaat het bijvoorbeeld om dodelijke ongelukken onder invloed van alcohol. Tussen 2008 en 2012 schommelde de totale alcoholsterfte rond een gemiddelde van 1.713 gevallen per jaar (zie onderstaande figuur) [5]. In deze periode lag de secundaire sterfte steeds hoger dan de primaire sterfte.

In 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van de doodsoorzaken, waardoor de primaire alcoholsterfte vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken kan worden met de primaire alcoholsterfte uit de voorgaande jaren. Door de automatische codering is de alcoholsterfte meer zichtbaar geworden in de primaire alcoholsterfte [6,7]. Voor de secundaire alcoholsterfte kunnen vanaf 2013 geen betrouwbare gegevens meer worden gerapporteerd (CBS, persoonlijke communicatie, 26-02-2015; bijlage B4).

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2021 in totaal 991 mensen door alcohol als primaire doodsoorzaak. Dat is meer dan in 2013 (844 gevallen) (zie onderstaande figuur). In 2021 is een wijziging opgetreden in de selectie van ICD-codes die de primaire alcoholsterfte bepalen; voor het eerst is ICD code K85.2 (alcohol geïnduceerde pancreatitis) meegenomen, dit betrof 20 gevallen.

- Bij alcohol als primaire doodsoorzaak in 2021 ging het in 54,3% (538/991) van de gevallen om psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol en ging het in 45,7% (453/991) van de gevallen om ziekten, aandoeningen en vergiftiging door alcohol. Deze verdeling is redelijk stabiel gebleven over de jaren.
- De primaire alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 55 tot en met 69 jaar (zie figuur hieronder).
- De meeste overledenen waren man (75,4%, 747/991).
- De bijdrage van alcoholgebruik aan de sterfte wordt niet altijd herkend. Bovenstaande cijfers geven daardoor een onderschatting van het werkelijke aantal. Om deze reden presenteren we ook de schatting van de alcoholgerelateerde sterfte door het RIVM (zie hierboven).

Geregistreerde sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen, vanaf 2009



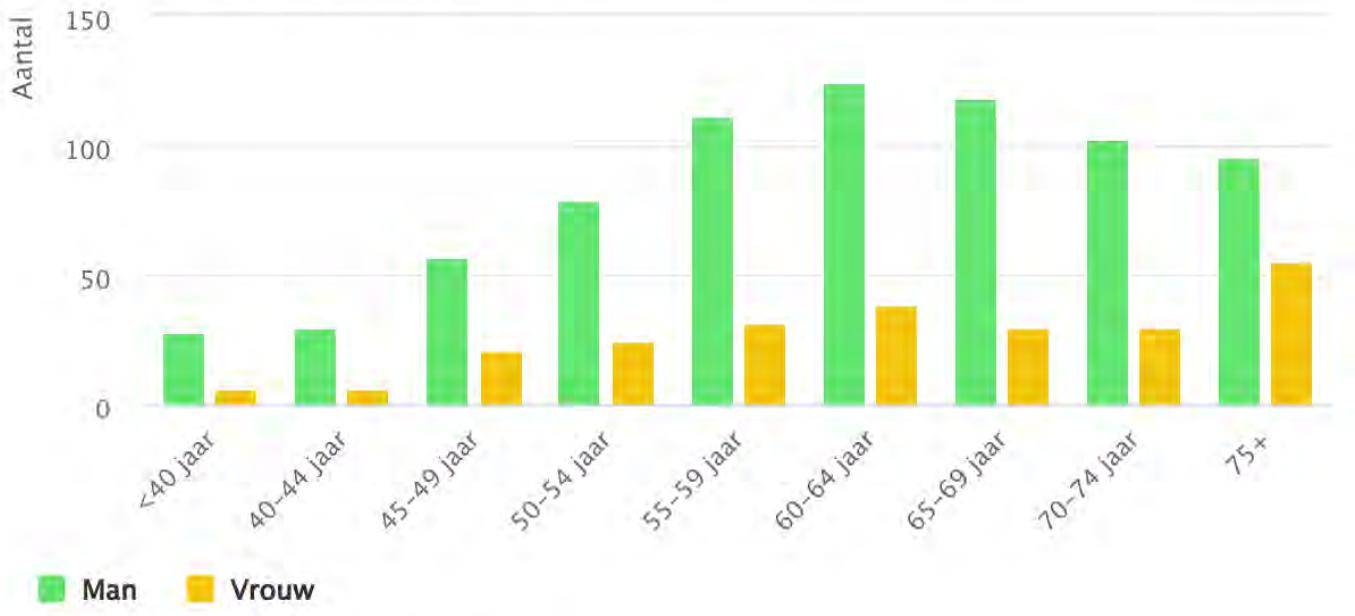
Aantal geregistreerde sterfgevallen aan alcoholgerelateerde aandoeningen. ICD-10 codes: F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45*, X65*, Y15*, T51.0-1 (* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is). Vanaf 2021 is ook K85.2 meegenomen. Voor een verklaring van de codes: zie bijlage D. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

NDM

Jaar	Totaal	Primair	Secundair
2009	1761	724	1037
2010	1739	686	1053
2011	1664	664	1000
2012	1679	701	978
2013		844	
2014		882	

Jaar	Totaal	Primair	Secundair
2015		957	
2016		989	
2017		974	
2018		1034	
2019		939	
2020		1019	
2021		991	

Geregistreerde primaire sterfte door alcohol onder mannen en vrouwen per leeftijdsgroep. Peiljaar 2021



Aantal geregistreerde primaire sterfgevallen. ICD-10 codes: F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K85.2 (voor het eerst in 2021 meegenomen), 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 D. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

NDM

	Man	Vrouw
<40 jaar	28	6
40-44 jaar	30	6
45-49 jaar	57	21
50-54 jaar	79	25
55-59 jaar	111	32
60-64 jaar	125	39
65-69 jaar	118	30

	Man	Vrouw
70-74 jaar	103	30
75+	96	55

Internationaal onderzoek

Naast de nationale schattingen zijn er in het afgelopen jaar internationale onderzoeken uitgebracht naar de alcoholgerelateerde sterfte, waarin ook een aparte schatting voor Nederland is opgenomen. Deze schattingen zijn echter tot stand gekomen op basis van andere methoden en wijken daarom af van de schattingen van het RIVM. De verschillen in methoden betreffen onder andere het aantal ziektes dat is meegenomen en de berekening van het risico op de ontwikkeling van ziekte bij blootstelling aan alcohol.

- In januari 2020 bracht de WHO een rapport uit waarin een schatting werd gemaakt van de alcoholgerelateerde sterfte in landen wereldwijd in 2016, waaronder Nederland [8]. De door de WHO toegepaste methode voor de schatting is echter anders dan die door het RIVM wordt toegepast. De WHO berekende dat 4.945 mensen in Nederland stierven aan de gevolgen van alcohol (marges: 3.850-6.794).
- In oktober 2020 volgde de Global Burden of Disease studie, waarin alcoholgerelateerde sterfte in Nederland in 2019 werd geschat op 7.570 (marges: 6.200-9.120) [9]. Ook de in deze studie gebruikte methode verschilt aanzienlijk van de methode die door het RIVM wordt gehanteerd. Een voorbeeld is dat de gegevens die door de RIVM worden gebruikt specifieker zijn voor de Nederlandse situatie dan de schattingen door de WHO en de GBD.
- Er zijn aanwijzingen dat licht alcoholgebruik ook beschermend kan werken en sterfte kan voorkómen [10], zoals we ook zagen in de schattingen van het RIVM hierboven. Dit beschermende effect geldt met name voor sterfte aan coronaire hartziekten. Echter, omdat alcoholgebruik meer sterfte veroorzaakt dan sterfte voorkomt, is er geen reden om alcoholgebruik te adviseren. Zie voor meer informatie § 11.7.

Alcoholdoden in het verkeer

Er zijn in Nederland geen betrouwbare en actuele gegevens beschikbaar over het aandeel verkeersslachtoffers dat gerelateerd is aan alcohol [11]. Er is in ziekenhuizen en bij de politie een onvolledige registratie van alcoholgebruik onder verkeersslachtoffers, waardoor de officiële gegevens een onderschatting zijn.

- In 2015 vielen naar schatting 12%-23% van de verkeersdoden in Nederland als gevolg van alcohol in het verkeer. De schatting over 2015 komt uit op 75 tot 140 verkeersdoden als gevolg

van alcohol [11]. In totaal overleden in dit jaar 621 mensen ten gevolge van een verkeersongeval. In 2013 lag het percentage op hetzelfde niveau (11%-24%).

- Volgens gegevens van de Nederlandse politie waren er 36 geregistreerde dodelijke slachtoffers door alcohol in het verkeer in 2018 en 29 geregistreerde slachtoffers in 2019 (tot en met september). Dit aantal geregistreerde dodelijke slachtoffers is meer dan een verdubbeling ten opzichte van 2016 (15) en 2017 (13) [12]. De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) verwacht dat het werkelijke aantal verkeersdoden door alcohol groter is dan de cijfers van de politie tonen. De reden hiervoor is dat het alcoholpromillage van overleden verkeersdeelnemers vaak niet wordt gemeten.
- Op basis van het LIS is een schatting gemaakt van het aantal verkeersslachtoffers op de spoedeisende hulp dat alcohol en/of drugs had gebruikt: 6%. Lees er meer over in § 11.6.3.
- Zie voor meer informatie over alcohol in het verkeer § 2.3.2 Alcoholbeleid in het verkeer en § 17.2.4 Rijden onder invloed.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018.
2. Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag: Gezondheidsraad; 2015.
3. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Vol. 392, Lancet (London, England). GBD 2016 Alcohol Collaborators; 2018. p. 1015–1035.
4. Van Laar MW, Beenakkers EMT, Cruts AAN, Ketelaars APM, Kuin MC, Meijer RF, et al. Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
5. Centraal Bureau voor de Statistiek . Alcohol- en drugssterfte, 2019 [Internet]. CBS.nl. 2020 [cited 2020 Oct 14]. Available from: https://web.archive.org/web/20201014130914/https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/42/alcohol-en-drugssterfte-2019
6. Harteloh P, Van Hilten O, Kardaun J. Het automatisch coderen van doodsoorzaken: Een nieuwe werkwijze bij de doodsoorzakenstatistiek. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2014.
7. Harteloh P. Verschuivingen in de doodsoorzakenstatistiek bij de introductie van het automatisch coderen. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2014.
8. Shield K, Manthey J, Rylett M, Probst C, Wettlaufer A, Parry CDH, et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study [Internet]. Vol. 5, The Lancet Public Health. The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license; 2020. p. e51–e61. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30231-2 https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266719302312
9. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 [Internet]. Vol. 396, The Lancet. 2020. p. 1223–1249. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620307522
10. Rehm J, Rovira P, Llamosas-Falcón L, Shield KD. Dose–Response Relationships between Levels of Alcohol Use and Risks of Mortality or Disease, for All People, by Age, Sex, and Specific Risk Factors [Internet]. Vol. 13, Nutrients. 2021. p. 2652. Available from:

https://www.mdpi.com/2072-6643/13/8/2652
11. SWOV. Rijden onder invloed van alcohol: SWOV-factsheet. Den Haag: SWOV; 2018.
12. NOS. “Zorgwekkende toename”: aantal verkeersdoden door alcohol meer dan verdubbeld [Internet]. 2019. Available from: http://web.archive.org/web/20201118141859/https://nos.nl/artikel/2308458-zorgwekkende-toename-aantal-verkeersdoden-door-alcohol-meer-dan-verdubbeld.html

11.8 Aanbod en markt

In het kort: Het merendeel van de officiële verkooppunten zijn fysieke horecazaken. Daarnaast vormen sportkantines een belangrijk verkooppunt van alcohol.

Snel naar:

- Verkooppunten alcoholhoudende dranken
- Ontwikkelingen verkrijgbaarheid alcohol

Volgens de WHO zijn de volgende drie maatregelen het meest kosteneffectief, betaalbaar en uitvoerbaar om problematisch alcoholgebruik terug te dringen: 1) Het beperken van de beschikbaarheid van alcoholhoudende dranken (bijvoorbeeld door het beperken van de openingstijden van verkooppunten), 2) het verhogen van de prijs van alcoholhoudende dranken en 3) het beperken of verbieden van marketing voor alcoholhoudende dranken [1].

Op deze pagina worden de laatste ontwikkelingen rond de verkooppunten op alcoholhoudende dranken besproken. Voor meer informatie over de laatste ontwikkelingen rondom de beleidsmaatregelen en marketing zie § 2.3.

Meer achtergrondinformatie over de beschikbaarheid, marketing en prijzen van alcoholhouden dranken op Expertisecentrum Alcohol.

11.8.1 Verkoop en verkrijgbaarheid

Verkooppunten alcoholhoudende dranken

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) maakte een schatting van het aantal officiële alcoholverkooppunten in Nederland in 2019 [2]. Online verkooppunten waren domeinnamen waarop alcohol werd verkocht. Het merendeel van de verkooppunten zijn fysieke horecazaken.

- In oktober 2019 waren er naar schatting 43.200 (95% betrouwbaarheidsinterval 38.200 tot 48.200) verkooppunten van alcoholhoudende dranken in Nederland.
- Hieronder waren 39.200 (95% betrouwbaarheidsinterval 34.800 tot 43.500) fysieke verkooppunten en 4.000 online verkooppunten (95% betrouwbaarheidsinterval 3.400 tot 4.700).
- De fysieke verkooppunten zijn onder te verdelen in 30.300 (95% betrouwbaarheidsinterval 26.600 tot 33.900) horecazaken en 8.900 (95% betrouwbaarheidsinterval 8.200 tot 9.600) detailhandel-zaken.

De cijfers van het CBS betreffen alleen het aantal officiële verkoopkanalen en nemen niet de para-commerciële verkooppunten mee. Para-commerciële verkooppunten zijn instellingen waarvan horeca-activiteiten niet de kernactiviteit vormen, zoals sportkantines en instellingen voor kunst en cultuur. Deze ontvangen een aparte vergunning van de gemeente. Ook mengvormen van detailhandel en horeca (blurring) zijn niet opgenomen in de cijfers van het CBS. In opdracht van VWS voert SEO

Economisch Onderzoek daarom een onderzoek uit naar de beschikbaarheid van alcoholhoudende dranken [3]. Daarnaast worden verschillende beleidsopties verkend voor de beperking van de beschikbaarheid van alcohol, alsmede de te verwachten effecten op problematisch alcoholgebruik. In 2020 is de nulmeting uitgevoerd [3].

- Op basis van een enquête onder gemeenten, wordt geschat dat er in 2020 bijna 12.000 paracommerciële verkooppunten van alcohol waren in Nederland. Hierbij moet worden aangemerkt dat sommige sportkantines een reguliere vergunning voor een officieel verstrekkingspunt van de gemeente heeft ontvangen. Dit cijfer is daarom mogelijk een onderschatting.
- In een enquête onder volwassen consumenten, geeft 34% aan dat zij in het afgelopen jaar in een sportkantine zijn geweest waar alcohol werd geschonken. Van de ondervraagden was 18% in een instelling voor kunst en cultuur waar alcohol werd geschonken.

Meer informatie over beschikbaarheid van alcohol op Expertisecentrum Alcohol.

Ontwikkelingen verkrijgbaarheid alcohol

- In het coalitieakkoord 2021-2025 is opgenomen dat alcoholverstrekking wordt toegestaan op plaatsen waar dit volgens de huidige Alcoholwet niet mag (blurring of mengvormen) [4]. Het gaan dan om het combineren van bedrijfsmodellen zoals horeca, detailhandel en slijterij.

Meer informatie over blurring op Expertisecentrum Alcohol.

- In opdracht van VWS voert Ecorys een onderzoek uit naar de invloed van verschillende nieuwe beleidsmaatregelen op de verkoop van alcohol op afstand via Nederlandse en buitenlandse verkoopkanalen [5]. Dit onderzoek bestaat uit een analyse van de regelgeving, bezoekersverkeer op verschillende Nederlandse en buitenlandse websites die alcohol verkopen en een enquête onder volwassenen en 16- en 17-jarigen. In 2020 heeft de nulmeting plaatsgevonden, de vervolgmeting staat gepland voor 2023.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Chisholm D, Moro D, Bertram M, Pretorius C, Gmel G, Shield K, et al. Are the “Best Buys” for Alcohol Control Still Valid? An Update on the Comparative Cost-Effectiveness of Alcohol Control Strategies at the Global Level [Internet]. Vol. 79, Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2018. p. 514–522. Available from: https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsad.2018.79.514
2. CBS. Verkooppunten alcoholhoudende drank, oktober 2019 [Internet]. 2020. Available from: http://web.archive.org/web/20201109142256/https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/20/verkooppunten-alcoholhoudende-drank-oktober-2019
3. Vermeulen W, Schwartz T, van Straaten B, Kroon L, Smits T, Nagelhout G, et al. Beschikbaarheid van alcohol: Nulmeting en verkenning van beleidsopties. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek; 2020.
4. D66 CDA en ChristenUnie V. Coalitieakkoord “Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst”: Coalitieakkoord 2021 – 2025 [Internet]. 2021. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/01/10/coalitieakkoord-omzien-naar-el

kaar-vooruitkijken-naar-de-toekomst
5. van der Ende DrM, Peeters R, Steur J, Leonie H. Alcohol verkoop op afstand: Onderzoeksverslag [Internet]. Rotterdam: Ecorys; 2020. Available from: https://www.ecorys.com/sites/default/files/2021-05/alcohol-verkoop-op-afstand.pdf

11.8.2 Naleving leeftijdsgrens

In het kort: De naleving van de leeftijdsgrens voor de alcoholverkoop is in 2022 gestegen ten opzichte van 2020. De naleving is het hoogst in slijterijen en ketensupermarkten. In horecagelegenheden, cafetaria's en via thuisbezorgkanalen wordt de leeftijdsgrens bij slechts een minderheid van de aankooppogingen nageleefd.

Snel naar:

- Landelijk nalevingsonderzoek 2022
- Regionaal nalevingsonderzoek

De leeftijdsgrens voor de verstrekking van alle alcoholhoudende drank is 18 jaar. De verkoper is bij twijfel over de leeftijd verplicht de leeftijd van de aspirant-koper vast te stellen door het controleren van een identiteitsbewijs. Tot 2014 mochten volgens de Drank- en Horecawet aan jongeren van 16 jaar en ouder zwak- alcoholhoudende dranken worden verkocht. Voor sterke drank gold in Nederland al een grens van 18 jaar.

Ondanks de leeftijdsgrens is alcohol in Nederland nog steeds relatief makkelijk beschikbaar voor met name 16- en 17-jarige jongeren. De sociale omgeving is voor deze jongeren een belangrijkere bron om aan alcohol te komen dan commerciële kanalen (zie ook § 11.3).

Landelijk nalevingsonderzoek 2022

In 2022 is een nalevingsonderzoek uitgevoerd, waarbij 16- en 17-jarige jongeren aankooppogingen van alcohol deden [1]. In dit onderzoek is het landelijk protocol nalevingsonderzoek alcohol gehanteerd, zoals dit ook gebeurd is in voorgaande jaren [2–6]. Er zijn in 2022 wel enkele methodewijzigingen ten opzichte van eerdere jaren, zoals het trekken van een aselecte steekproef in plaats van gestratificeerde aselecte steekproeven, zie voor meer informatie [1].

- In 39,4% van alle aankooppogingen in 2022 werd de wet nageleefd en kregen de “mysteryshoppers” geen alcohol mee. In 60,6% van de aankooppogingen konden de minderjarigen dus wel alcohol kopen.
- Er bestaan verschillen in naleving tussen de verschillende verkoopkanalen. Ketenslijterijen (84,0%) en borrelshops (77,0%) scoren het hoogst, gevolgd door ketensupermarkten (63,4%) (zie ook onderstaande tabel).
- De laagste naleving werd geconstateerd bij maaltijdbezorgdiensten (4,0%) en flitsbezorgers (1,1%).
- Uit de resultaten blijkt dat bij de verkooppunten waar relatief vaak een hulpmiddel wordt gebruikt om het ID te controleren, de naleving na ID-vraag met hulpmiddel hoger is dan de naleving na ID-vraag zonder hulpmiddel. Een hulpmiddel is bijvoorbeeld een ID-scanner of het intoetsen van de geboortedatum in het kassasysteem.
- Vergelijking van de nalevingscijfers uit 2020 en 2022 laat zien dat de naleving tussen 2020 (38,0%) en 2022 (39,4%) significant is gestegen, gebaseerd op het totale gewogen cijfer.

- De naleving van de leeftijdsgrens is tussen 2020 en 2022 gestegen in: supermarkten, slijterijen en zelfstandige slijterijen. Bij alle overige verkoopkanalen is er geen significant verschil in de naleving tussen 2020 en 2022.
- Het is mogelijk dat veranderingen (of het uitblijven daarvan) in de naleving van de leeftijdsgrens beïnvloed zijn door de maatregelen als gevolg van het uitbreken van de COVID-19-pandemie in 2020.
- Hoewel de naleving van de leeftijdsgrens laag is bij thuisbezorgkanalen, worden daar niet veel aankooppogingen gedaan door 16- en 17-jarigen. Wanneer het aantal aankooppogingen wordt gecombineerd met gegevens over de naleving, dan vinden de meeste geslaagde aankooppogingen door 16- en 17-jarigen plaats in horecagelegenheden en sportkantines.

Tabel 11.7 Naleving leeftijdsgrenzen alcohol per verkoopkanaal. Peiljaren 2013-2015, 2016 en 2018.

Naleving leeftijdsgrenzen alcohol per verkoopkanaal. Peiljaren 2013-2015, 2016, 2018, 2020 en 2022

Verkooppunt	2015 %	2016 %	2018 %	2020 %	2022 %
Horecagelegenheden	16	27	18	29	23,7
Ketensupermarkten	53	63	72	59	63,4
Slijterijen	33	62	66	66	71,0
Cafetaria's	10	29	21	30	24,8
Sportkantine	9	17	17	24	28,8
Thuisbezorgkanalen	9	2	10	12	10,0
Totaal gemiddelde	30	36	35	38	39,4

In percentages niet-geslaagde aankooppogingen, ofwel juiste naleving. Bronnen: Bureau Objectief, 2015-2022.

Regionaal nalevingsonderzoek

Naast het nationale nalevingsonderzoek zijn er ook regionale nalevingsonderzoeken uitgevoerd.

- Regionaal nalevingsonderzoek in de gemeente Utrecht in 2020 toont aan dat bij

maaltijdbezorgdiensten de wet het minst vaak werd nageleefd, in slijterijen en cafetaria's het meest [7]. Vanwege de coronapandemie konden niet alle aankooppogingen uitgevoerd worden en daarmee zijn de bevindingen voor sportverenigingen en horecagelegenheden indicatief.

- Hotspot-nalevingsonderzoek in de regio Zuid-Holland Zuid in 2021 toont aan dat in 45,9% van de aankooppogingen de wet werd nageleefd en minderjarigen geen alcohol konden kopen. In sportkantines (5,0%) werd de wet het minst vaak nageleefd, in slijterijen (83,3%) en supermarkten (65,3%) het meest. In dit onderzoek zijn geen thuisbezorgkanalen meegenomen. Er waren ook sterke lokale verschillen, met het hoogste nalevingspercentage in Alblasserdam (70,6%) en het laagste in Hendrik-Ido-Ambacht (25,0%) [8].
- Regionaal nalevingsonderzoek in de regio Gooi en Vechtstreek in 2021 toont aan dat in 50,2% van de aankooppogingen de wet werd nageleefd en minderjarigen geen alcohol konden kopen. In sportkantines (29,2%) werd de wet het minst vaak nageleefd, in ketenslijterijen (100%), borrelshops (83,3%) en ketensupermarkten (76,9%) het meest [9].

Bronnen

1. Hessels M, Geerlings M, van den Berk T, Buitink E, van Amerongen G, Wolters T. Landelijk onderzoek naar de naleving van de leefijdsgrens bij alcohol- en tabaksverkoop in 2022 [Internet]. Nijmegen: Bureau Objectief; 2022. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/08/31/rapport-landelijk-onderzoek-naar-de-naleving-van-de-leeftijdsgrens-bij-alcohol-en-tabaksverkoop-in-2022
2. Van Amerongen G, Hessels M, Geerlings M, Schroër E, Baggen R, Wolters T. Landelijk onderzoek naar de naleving van de leeftijdsgrens bij alcohol- en tabaksverkoop in 2020. Nijmegen: Bureau Objectief; 2020.
3. Wolters T, Van Amerongen G, Geerlings M, Hessels M, Huijsman R, Kallen M, Voogt L. Landelijk onderzoek naar de naleving van de leeftijdsgrens bij alcoholverkoop aan minderjarigen in 2018. Nijmegen: Objectief; 2019.
4. Schelleman-Offermans K, Roodbeen R. Alcohol- en tabaksverkoop aan jongeren 2015: landelijke naleving van de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de Drank- en Horecawet en Tabakswet. Nijmegen: Nuchter, Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen; 2015.
5. Roodbeen R, Schelleman-Offermans K. Alcohol- en tabaksverkoop aan jongeren 2016: landelijke naleving van de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de Drank- en Horecawet en Tabakswet. Nijmegen: Nuchter, Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen; 2016.
6. Roodbeen RT, Schelleman-Offermans K, Lemmens PH. Alcohol and Tobacco Sales to Underage Buyers in Dutch Supermarkets: Can the Use of Age Verification Systems Increase Seller's Compliance? Vol. 58, Journal of Adolescent Health. 2016. p. 672–678.
7. Geerlings M, Schröer E, van den Berk T, van der Laan I, (adviseur) G van A, Wolters T. Nalevingsonderzoek leeftijdsgrens gemeente Utrecht 2020 [Internet]. Bureau Objectief; 2020. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiuioKtnMT7AhWNGuwKHTAcASQQFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Futrecht.besturlijkeinformatie.nl%2FDocument%2FView%2F9864d20c-8acc-4bf5-b7ef-81d6f559afee&usg=AOvVaw0Bn_36GY0GhInmk8xY6P6D
8. Hessels M, van Amerongen G, Geerlings M, van den Berk T, Wolters T. Hotspot-Nalevingsonderzoek leeftijdsgrens GGD Zuid-Holland Zuid 2021 [Internet]. Bureau Objectief; 2021. Available from:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiD5tCwlcT7AhUN_KQKHXvzBDcQFnoECAEQAQ&url=https%3A%2F%2Fmolenlanden.bestuurlijkeinformatie.nl%2FDocument%2FView%2Ff4d5d0d5-9faf-47bd-bfa7-628ccec53a30&usg=AOvVaw2M9zZ7h9iNoOqkTupLlr9Y

9. Geerlings M, van den Berk T, van Amerongen G. Nalevingsonderzoek leeftijdsgrens regio gooi & vechtstreek 2021 [Internet]. Bureau Objectief; 2021. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjS28j-nMT7AhUSjqQKHVkJD-kQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.hierfixjenix.nl%2Fwp-content%2Fuploads%2Fsites%2F3%2F2022%2F02%2FNalevingsonderzoek-leeftijdsgrens-regio-Gooi-en-Vechtstreek-2021-def.pdf&usg=AOvVaw2ckd8Upx449wXOX9n8f3Il

Aanvullende informatie

Bronnen

1. WHO. Alcohol labelling: A discussion document on policy options [Internet]. Copenhagen: WHO; 2017. Available from: www.euro.who.int
2. Meier PS, Holmes J, Angus C, Ally AK, Meng Y, Brennan A. Estimated Effects of Different Alcohol Taxation and Price Policies on Health Inequalities: A Mathematical Modelling Study. Vol. 13, PLoS Med. 2016. p. e1001963–.
3. Nelson JP, McNall AD. Alcohol prices, taxes, and alcohol-related harms: A critical review of natural experiments in alcohol policy for nine countries. Vol. 120, Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2016. p. 264–272.
4. De Wit GA, Van Gils PA, Over EAB, Suijkerbuijk AWM, Lokkerbol J, Smit F, et al. Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen. Herziene versie van het RIVM Rapport 2016-0133. Bilthoven: RIVM; 2018.
5. Council of the European Union . Council Directive (EU) 2020/1151 of 29 July 2020: amending Directive 92/83/EEC on the harmonization of the structures of excise duties on alcohol and alcoholic beverages. Brussels: Council of the European Union; 2023.

11.8.3 Accijnzen

In het kort: Er zijn verschillende accijnstarieven voor bier, wijn en gedestilleerd in Nederland.

Snel naar:

- Accijns
- Verschillende accijnstarieven
- Accijnstarieven in 2023

De prijs van alcohol is een belangrijke factor van de (door de consument ervaren) beschikbaarheid van alcohol. Een prijsverhoging kan op verschillende manieren worden ingevoerd. Nederland heeft in twee wetten bepalingen opgenomen die betrekking hebben op de prijs van alcohol, deze bepalingen betreffen de heffing van accijns en regels rondom prijsacties en happy hours. Daarnaast overweegt de Nederlandse overheid in de toekomst een aanvullende prijsmaatregel in te voeren, de zogenoemde Minimum Unit Pricing (MUP).

Op deze pagina wordt de accijns op alcoholhoudende dranken besproken. Zie voor de laatste ontwikkelingen rond het overige prijsbeleid (prijsacties, happy hours en MUP) § 2.3.

Meer achtergrondinformatie over alcohol en prijsbeleid op Expertisecentrum Alcohol.

Accijns

Accijns is een verbruiksbelasting die wordt geheven op verschillende goederen, waaronder alcoholhoudende dranken, maar ook tabak en minerale oliën. Accijnsheffing leidt in het algemeen tot een stijging van de prijs en dat zal een effect van afname hebben op de vraag naar dit goed. Een stijging van de prijs gaat meestal niet gepaard met een evenredige afname van de vraag. Dat hangt onder meer samen met het begrip ‘prijselasticiteit’. Consumenten zijn vaak bereid om meer te gaan betalen voor het (verslavende) product of ze stappen over op een vergelijkbaar product dat goedkoper is (substitutie-effect).

- Toch blijkt uit de wetenschappelijke literatuur dat het verhogen van de prijs van alcohol (zoals bij het heffen van accijns) bij mensen die al alcohol drinken, kan resulteren in een daling van de consumptie doordat individuen minderen of geheel stoppen met alcoholgebruik [1]. Er is ook een preventief effect bij mensen die nog geen alcohol gebruiken waaronder jongeren, omdat door de hoge prijzen een deel van hen niet zal beginnen met consumptie.
- Door het verhogen van de accijns neemt niet alleen de consumptie af, maar ook de alcoholgerelateerde sterfte en de kosten voor de gezondheidszorg [2].
- In het Nationaal Preventie Akkoord wordt accijnsverhoging niet expliciet genoemd als maatregel om het gebruik terug te dringen, ondanks de verwachte grote impact van accijnsverhogingen.
- Een overzichtsstudie van “natuurlijke experimenten” in negen landen concludeerde dat de effecten van alcoholaccijns soms als te rooskleurig worden gezien [3]. Niet alle veronderstelde gezondheidseffecten van een accijnsverhoging zijn even groot. Accijnsverhoging heeft wel een positief effect op sterfte gerelateerd aan het gebruik van alcohol en op leverziekten onder

ouderen (beide nemen af), maar niet op alcoholgebruik in het verkeer of geweldsdelicten onder invloed van alcohol.
- Een update uit 2018 van een Nederlandse maatschappelijke kostenbaten analyse concludeerde dat een accijnsverhoging van 50% over een periode van 50 jaar tussen de 4,5 en 10,7 miljard euro op zal leveren; een accijnsverhoging van 200% brengt op die termijn 12,2 tot 35,8 miljard euro op [4].

Verschillende accijnstarieven

De accijnstarieven voor bier, wijn en gedistilleerd verschillen, 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); in sommige landen wordt bieraccijns berekend aan de hand van het alcoholpercentage. In Nederland geldt de bieraccijnsregelgeving vanaf 0,5% alcohol. Vanaf dat percentage geldt ook een btw-tarief van 21%.
- Voor wijn wordt het alcoholpercentage genomen en gelden aparte accijnstarieven voor mousserende (bruisende wijn zoals champagne) en niet-mousserende wijn.
- Voor gedistilleerde dranken geldt een vast accijnstarief per hectoliter zuivere alcohol.

Accijnstarieven in 2023

In Nederland bedraagt de accijns op peildatum 1 januari 2023 voor een liter gedistilleerd (35% alcohol) 5,90 euro, voor een liter niet-mousserende wijn (8,5% - 15% alcohol) 88 eurocent en voor een liter bier 38 eurocent (11- <15° Plato).

- Voor een glas bier van 25 cl betekent dit 9,5 eurocent accijns, voor een glas wijn van 10 cl 8,8 eurocent en voor een glas gedistilleerd van 3,5 cl 20,6 eurocent.
- Lidstaten van de EU voeren een verschillend accijnsbeleid (onderstaande tabel). De tarieven lopen sterk uiteen. Verschillende landen waarin wijn wordt geproduceerd heffen in het geheel geen accijns op wijn. Voor bier is het lastig om de landen binnen Europa te vergelijken vanwege verschillende methoden om de heffing te bepalen. In onderstaande tabel zijn alle verschillende methoden omgerekend naar een vergelijkbare maat (12° Plato of 4,8% alcohol).
- De Nederlandse accijnstarieven voor wijn en gedistilleerd liggen rond het gemiddelde van de EU-landen.
- Per augustus 2020 is een herziening van de Europese richtlijn van kracht die de structuur van de accijnsheffing op alcoholhoudende dranken reguleert [5]. Eén van de herzieningen omvat de aanpassing van de accijnscategorieën, waarbij de drempel van laag alcoholhoudend bier is verhoogd tot 3,5 volumeprocent alcohol. Dit betekent dat lidstaten verlaagde accijnstarieven mogen toepassen op deze dranken, het is nog onbekend of dit gevolgen heeft voor de Nederlandse accijnstarieven.

Accijnstarieven op bier, wijn en gedistilleerd in 15 lidstaten van de Europese Unie. Peildatum januari 2023

Lidstaat	Bier[I]	Wijn[II]	Gedistilleerd[III]	Verandering ten opzichte van 2020
Zweden	94	253	1.679	Gestegen
Finland	183	421	1.762	Gestegen
Ierland	108	425	1.490	Gelijk
België	24	75	1.047	Gelijk
Griekenland	60	0	858	Gelijk
Denemarken	31	151	706	Gestegen
Frankrijk	38	4	642	Gestegen
Nederland	38	88	590	Gelijk
Portugal	22	0	510	Gestegen
Duitsland	9	0	456	Gelijk
Oostenrijk	24	0	420	Gelijk
Luxemburg	10	0	364	Gelijk
Italië[IV]	14	0	362	IV
Spanje	48	0	336	Gelijk

Bedragen in afgeronde 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. IV. In 2022 was in Italië de accijns op bier tijdelijk verlaagd, het is nog niet duidelijk wat de situatie in 2023 is. Bron: Europese Commissie.



Tabak

12.0 Laatste feiten en trends

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

Tabaksgebruik in de volwassen bevolking

- Door COVID-19 en de coronamaatregelen zijn sommige rokers minder gaan roken, maar zijn andere rokers juist meer gaan roken. In de algemene bevolking en onder professionals in de psychische hulpverlening is het percentage dat meer is gaan roken hoger dan het percentage dat minder is gaan roken. Onder uitgaanders lag dit andersom, het percentage dat minder was gaan roken was hier hoger. Voor studenten was er geen duidelijk beeld (zie § 12.1.2).
- In 2021 rookte 20,6% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder wel eens. Dagelijks roken kwam voor bij 15,2% (§ 12.2).
- Tussen 2014 en 2021 is het percentage rokers onder volwassenen gedaald in de meeste leeftijdsgroepen. De sterkste daling vond plaats in de jongere leeftijdsgroepen.
- De rookprevalentie nam af onder volwassenen van alle opleidingsniveaus. Onder de hoogopgeleiden was de daling echter sterker dan onder de middelbaar- en laagopgeleiden (§ 12.2).
- In 2021 gebruikte 1,4% van de volwassenen van 18 jaar en ouder regelmatig de e-sigaret (§ 12.2).
- In 2020 hoorde Nederland binnen de Europese Unie bij de landen met de laagste percentages rokers (§ 12.4).
- Van de rokers van 18 jaar en ouder had in 2020 in de afgelopen 12 maanden 35,6% één of meer stoppogingen ondernomen (§ 12.5).

Tabaksgebruik onder jongeren

- Onder scholieren van het voortgezet onderwijs is in 2019 en 2021 de dalende trend in het roken gestopt (§ 12.3). In het speciaal onderwijs lag in 2019 het percentage rokers het hoogst in het onderwijs in cluster 4, dit is het speciaal onderwijs aan leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen.
- Onder studenten van het MBO en het HBO daalde tussen 2017 en 2019 het percentage rokers van tabak, maar tussen 2019 en 2021 was deze daling getopt. Het percentage dagelijkse rokers van tabak lag hoger op het HBO vergeleken met de universiteit, en lag hoger onder studenten met een belemmerende psychische stoornis (§ 12.3).
- In 2019 lag het percentage rokers onder scholieren van 15-16 jaar in Nederland onder het (ongewogen) gemiddelde van 35 Europese landen (§ 12.4).

Gevolgen van tabaksgebruik en controles

- In Nederland is 9,4% van de totale ziektelast toe te schrijven aan roken (§ 12.6).
- In 2019 overleden in Nederland meer dan 19.000 mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken. Tussen 2013 en 2019 is dit aantal vrij stabiel gebleven (§ 12.6).
- In 2020 is door de coronacrisis het aantal leeftijdsgrenscontroles naar de verkoop van tabak door de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) gedaald. Met name in de horeca kopen 18-minners nog redelijk makkelijk tabaksproducten. Tussen 2015 en 2020 zijn naar

verhouding evenveel boetes uitgedeeld vanwege het niet nakomen van de leeftijdsgrens (§ 12.7).

- De Nederlandse overheid weerde actief in 2018, 2019 en 2020 de inmenging van de tabaksindustrie, maar dit beleid kan wel nog worden verbeterd (§ 12.7).

12.1 Over tabak (en corona)

12.1.1 Over tabak

Gebruikswijzen van tabak

Tabak wordt gemaakt uit de gedroogde bladeren van de tabaksplant (Nicotiana tabacum). Tabak wordt in Nederland doorgaans gerookt in een sigaret, sigaar, pijp, waterpijp en zelden gesnoven of gepruimd, voornamelijk voor de effecten van nicotine. Nicotine kan ook via vullingen met een elektronische sigaret gedampt worden, de zogenaamde ‘e-sigaret’.

Effecten van tabak

Consumenten ervaren tabak als stimulerend (verbetering concentratievermogen) en rustgevend. Nicotine, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van tabak, is een verslavende stof [1–3]. Bij het inhaleren van tabaksrook komen ook veel andere stoffen vrij, zoals teer en koolmonoxide en tal van andere producten die schadelijk zijn voor de gezondheid, met name verbrandingsproducten. De tijd tussen de inhalatie van nicotine en het bereiken van de hersenen is circa zeven tot tien seconden. Deze korte tijd tussen absorptie, distributie en het aangrijpen op de receptoren in het brein is medeverantwoordelijk voor de zeer verslavende werking van nicotine. Gebruik van tabak leidt vrij snel tot gewenning en lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. Er zijn grote risico’s op de korte en met name de lange termijn, zowel voor de roker als de meeroker.

Additieven

Vaak worden additieven toegevoegd aan de tabak om de smaak te verbeteren of om uitdroging te voorkomen. Van veel additieven is de schadelijkheid bij orale inname wel bekend, maar is de schadelijkheid bij verbranding nog niet bekend. Additieven kunnen sigarettenrook aantrekkelijker of zelfs verslavender maken. In 2015 werden in totaal 693 ‘unieke’ additieven in Nederlandse tabaksproducten aangetroffen. Tabak in sigaretten en pijptabak bevat gemiddeld bijna 75 additieven, die 20% tot 30% van het gewicht van het tabaksproduct uitmaken. De meest gebruikte additieven zijn propyleenglycol, glycerol en suikers. Vanaf 20 mei 2020 is het verboden om nog langer mentholsigaretten te verkopen [4].

E-sigaret

De afgelopen jaren heeft de elektronische sigaret, de e-sigaret, aan terrein gewonnen, een elektronisch apparaat dat nicotine kan afleveren zonder de schadelijke verbranding van tabak [5]. Het gebruik van de elektronische sigaret is echter achtergebleven bij het gebruik van traditionele rookproducten. Echter, ook de damp van elektronische sigaretten bevat een aantal ingrediënten en chemische onzuiverheden in hoeveelheden die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid, zoals propyleenglycol en glycerol [6,7]. De e-sigaret blijkt al met al schadelijker te zijn dan aanvankelijk werd gedacht [5].

Internationaal is er discussie over de vraag of e-sigaretten effectief zijn als hulpmiddel om te stoppen met roken. Ook is er discussie over de vraag of e-sigaretten voor jongeren en niet-rokers kunnen

werken als een opstap naar het gebruik van gewone sigaretten [8]. In 2019 zijn in de VS binnen een paar maanden tijd honderden patiënten met ernstige longproblemen in het ziekenhuis opgenomen en zijn diverse e-sigaretgebruikers overleden. Het vermoeden bestaat echter dat deze gevallen samenhangen met het gebruik van illegale vloeistoffen met nog onbekende vervuilingen, mogelijk samenhangend met THC en/of de olie waarin deze is opgelost [5–9].

Waterpijp

Wereldwijd en ook in Nederland lijkt het roken van de waterpijp (shisha, hookah) steeds meer in zwang te komen. Als rookwaar kunnen in de waterpijp gebruikt worden: tabak, tabaksbladeren, kruiden en vruchtenmengsels. Bij het gebruik van de waterpijp komen schadelijke stoffen vrij, zoals nicotine, teer en koolmonoxide, die zowel door de rookwaar als door de verhittingsbron (kooltjes) worden geproduceerd.

Rookvrije generatie

De belangrijkste ambitie van het deelakkoord Roken van het Preventieakkoord uit 2018 is om in 2040 een rookvrije generatie te realiseren. Dit betekent dat het percentage rokers binnen de volwassen bevolking onder de 5% moet komen en dat er geen minderjarigen meer met roken beginnen. Binnen het Preventieakkoord spelen zowel de landelijke overheid als de gemeenten een belangrijke rol (zie ook § 2.2.1).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. De Kanter W. Geen lobby zo dodelijk als die van de tabaksindustrie: maandag 27 juli 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.tabaknee.nl/nieuws/item/2179-geen-lobby-zo-dodelijk-als-die-van-de-tabaksindustrie.
2. De Kanter W. Parasiet der kwetsbaren: Een nieuwe kijk op gezondheidsbeleid. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Pluim; 2020.
3. Van Aerde M, Croes E, Willemsen M. Notitie: Roken is een verslaving. Utrecht: Trimbos-instituut, Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging; 2020.
4. Rijksoverheid.nl. Waar moet ik op letten bij de nieuwe regels voor tabak- en rookwaren? [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20201109163137/https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/roken/vraag-en-antwoord/waar-moet-ik-op-letten-bij-de-nieuwe-regels-voor-tabak--en-rookwaren.
5. Troelstra S, Croes E, Bommelé J, Willemsen M. Factsheet: Elektronische sigaretten (e-sigaretten). Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
6. Visser W, Geraets L, Bos P, Ramlal R, Fokkens P, Klerx W, et al. De gezondheidsrisico’s van e-sigaretten voor omstanders. Bilthoven: RIVM; 2016.
7. Visser W, Geraets L, Klerx W, Hernandez L, Croes E, Schwillens P, et al. De gezondheidsrisico’s van het gebruik van e-sigaretten. Bilthoven: RIVM; 2015.
8. Green SH, Bayer R, Fairchild AL. Evidence, Policy, and E-Cigarettes–Will England Reframe the Debate? Vol. 374, New England Journal of Medicine. 2016. p. 1301–1303.
9. CDC. Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products. Washington D.C.: CDC; 2019.

12.2 Gebruik algemene bevolking

12.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: Ongeveer 20,6% van de volwassen Nederlanders rookt en 15,2% rookt dagelijks, dit komt neer op bijna drie miljoen rokers en twee miljoen dagelijkse rokers. Na een aanvankelijke daling vanaf 2015 is tussen 2020 en 2021 is het percentage rokers niet verder gedaald.

Snel naar:

- Indicatoren voor gebruik
- Kerncijfers 2021
- Trends in roken

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van tabak in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut [1]. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het gebruik van tabak in de algemene bevolking. Meer informatie over de impact van de coronapandemie op het gebruik van tabak is te vinden in § 12.1.2.

Indicatoren voor gebruik

In de Gezondheidsenquête wordt gevraagd naar het rookgedrag. De totale groep rokers omvat mensen die aangeven ‘wel eens te roken’, ongeacht de frequentie. Het gaat hierbij om zowel dagelijkse als niet-dagelijkse rokers. Dagelijks roken wordt daarnaast apart gerapporteerd. De indicatoren voor het roken wijken hiermee af van de indicatoren die doorgaans voor andere leefstijlgedragingen worden gebruikt, namelijk het ooitgebruik, het laatste-jaar-gebruik, en het laatste-maand-gebruik. De kerncijfers over het roken worden ontleend aan de database van de Gezondheidsenquête.

Kerncijfers 2021

Ongeveer een vijfde deel van de bevolking van 18 jaar en ouder (20,6%) rookte in 2021 (zie

onderstaande tabel). Bijna drie kwart van de rokers (73,9%) rookte dagelijks; dit komt neer op 15,2% van de hele bevolking van 18 jaar en ouder. Omgerekend naar de bevolking van 18 jaar en ouder waren er naar schatting bijna drie miljoen rokers en waren er twee miljoen dagelijkse rokers (zie onderstaande tabel). In 2021 was van de Nederlanders van 18 jaar en ouder 32,6% een ex-roker en had 46,9% nooit gerookt.

Percentage en aantal rokers (dagelijks en niet-dagelijks) en percentage en aantal dagelijkse rokers in de bevolking van 18 jaar een ouder. Peiljaar 2021

Rokers/Dagelijkse rokers	Percentage	Aantal[1]	Aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval[1]
Rokers (dagelijks en niet-dagelijks)	20,6	2.850.000	2.690.000-3.010.000
Dagelijkse rokers	15,2	2.110.000	1.960.000-2.250.000

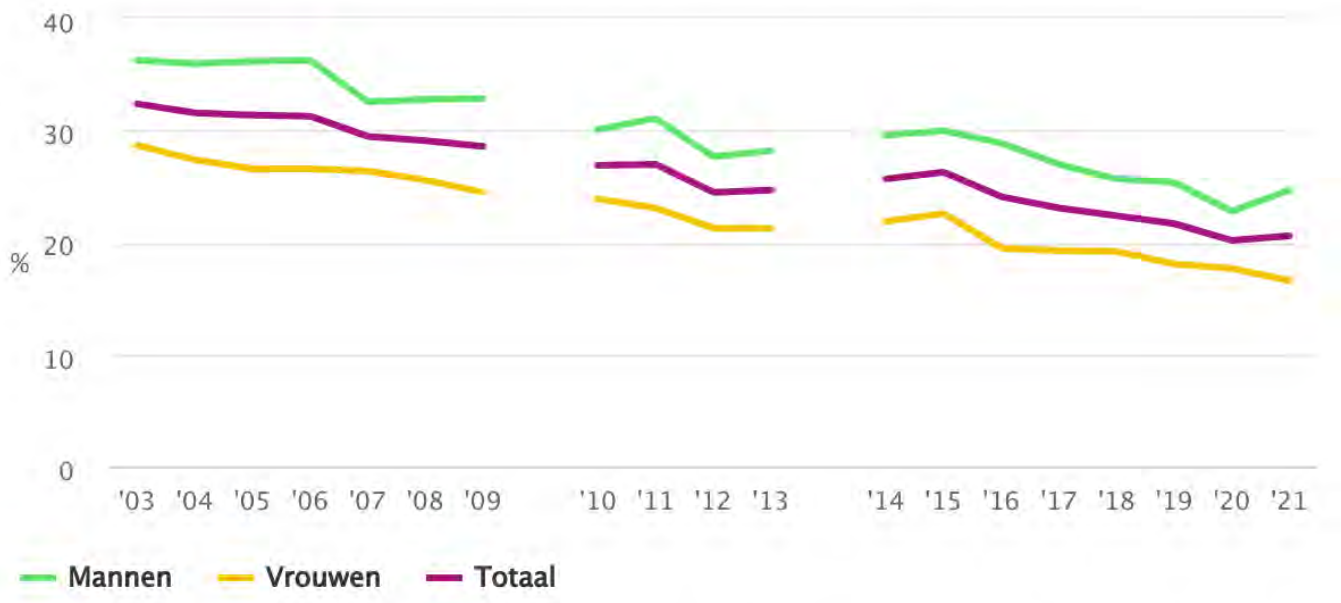
Percentage en aantal rokers en percentage en aantal dagelijkse rokers. I. De aantallen zijn afgerond op tienduizendtallen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Trends in roken

Vanaf 2014 zijn jaarlijks vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van tabak in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder (zie ook bijlage A1). Vanwege methodebreuken zijn de cijfers niet goed vergelijkbaar met de jaren daarvoor.

- Sinds 2015 is sprake van een licht dalende trend, maar tussen 2020 en 2021 blijft het percentage rokers gelijk. De komende jaren zal moeten blijken of deze stagnatie tijdelijk is, of dat de afname van het percentage rokers voor langere tijd tot stilstand is gekomen (zie onderstaande figuren).
- Het percentage dagelijkse rokers ligt met 15,2% in 2021 lager dan in 2014 (19,7%). De daling heeft zich vooral voorgedaan in de periode tot 2018. Daarna is het percentage dagelijks rokers niet meer significant gedaald. Onder mannen is zelfs sprake van een stijging tussen 2020 en 2021 (van 16,2% naar 18,2%).

Percentage rokers (dagelijks en niet-dagelijks) van 18 jaar en ouder naar geslacht, 2003-2021



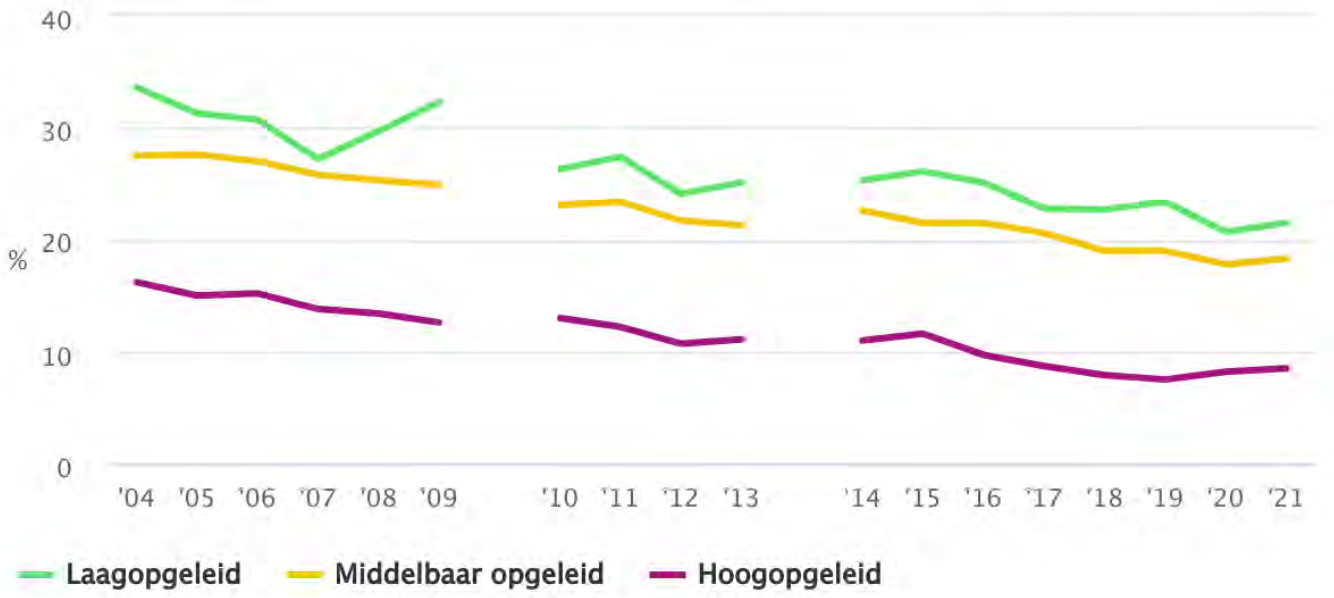
Percentage rokers (dagelijks en niet-dagelijks). Methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS, 2003 tot en met 2013; Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2014 tot en met 2020.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Mannen	Vrouwen	Totaal
'03	36.3	28.7	32.4
'04	36,0	27.4	31.6
'05	36.2	26.6	31.4
'06	36.3	26.6	31.3
'07	32.6	26.4	29.5
'08	32.8	25.6	29.1
'09	32.9	24.5	28.6

	Mannen	Vrouwen	Totaal
'10	30.1	23.9	26.9
'11	31.1	23.1	27,0
'12	27.7	21.3	24.5
'13	28.2	21.3	24.7
'14	29.6	21.9	25.7
'15	30,0	22.6	26.3
'16	28.9	19.5	24.1
'17	27,0	19.3	23.1
'18	25.7	19.2	22.4
'19	25.4	18.1	21.7
'20	22.8	17.7	20.2
'21	24,7	16,6	20,6

Percentage dagelijkse rokers in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau, 2004-2020



Percentage dagelijkse rokers. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS, 2004 tot en met 2013; Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2014 tot en met 2020.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Laagopgeleid	Middelbaar opgeleid	Hoogopgeleid
'04	33,6	27,5	16,2
'05	31,3	27,6	15
'06	30,7	27	15,2
'07	27,2	25,8	13,8
'08	29,7	25,3	13,4
'09	32,3	24,9	12,6

	Laagopgeleid	Middelbaar opgeleid	Hoogopgeleid
'10	26,3	23,1	13
'11	27,4	23,4	12,2
'12	24,1	21,7	10,7
'13	25,1	21,3	11,1
'14	25,3	22,6	11
'15	26,1	21,5	11,6
'16	25,1	21,5	9,7
'17	22,8	20,6	8,7
'18	22,7	19	7,9
'19	23,4	19	7,5
'20	20,7	17,8	8,2
'21	21,5	18,3	8,5

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Bommelé J, Willemsen M. Factsheet: Kerncijfers roken 2021. Utrecht: Trimbos-instituut, Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging; 2022.

12.1.2 Effect van de coronamaatregelen op het gebruik van tabak

In deze paragraaf vatten wij gegevens samen uit onderzoeken onder de algemene bevolking [1–3], studenten in het hoger onderwijs [4–6], uitgaanders [7,8] en specifieke studies [9] naar de impact van de coronacrisis en de coronamaatregelen op het gebruik van tabak.

COVID-19 en de coronamaatregelen hebben verschillende effecten gehad op het gebruik van tabak. Sommige rokers zijn minder gaan roken, maar andere rokers zijn juist meer gaan roken. In de algemene bevolking [1,2], onder studenten [4–6] en onder professionals in de psychische hulpverlening [10] ligt het percentage dat meer is gaan roken hoger dan het percentage dat minder is gaan roken. Lokaal werden voor studenten weer andere resultaten gevonden [6]. Onder uitgaanders [7,8] ligt de verhouding andersom, het percentage dat minder is gaan roken ligt hier hoger. Onder ouderen in Noord-Nederland is het percentage rokers stabiel gebleven [11]. Dit sluit niet uit dat sommige oudere rokers meer zijn gaan roken.

Algemene bevolking

Het effect van de coronamaatregelen op het gebruik van tabak in de algemene bevolking is onderzocht door zowel het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), als het Trimbos-instituut. Het RIVM onderzocht de effecten gedurende elf rondes onder mensen van 16 jaar en ouder, waarbij 47.254 respondenten hadden deelgenomen aan de elfde ronde [1]. Het onderzoek van het RIVM is niet helemaal representatief voor de Nederlandse bevolking, met name vanwege de ondervertegenwoordiging van de jongere populatie, een ondervertegenwoordiging van deelnemers die niet in Nederland zijn geboren en een oververtegenwoordiging van vrouwen en hoger opgeleiden. Het Trimbos-instituut ondervroeg 957 volwassen rokers afkomstig uit een panel van I&O research [2,3].

De eerste meetronde van het RIVM liep van 17 tot en met 24 april 2020, de elfde meetronde liep van 24 tot en met 28 maart 2021. In alle elf meetrondes werd gevonden dat het percentage rokers dat meer was gaan roken, na de coronamaatregelen, hoger lag dan het percentage rokers dat minder was gaan roken. In de eerste meetronde was 26,5% (veel) meer gaan roken en was 12,2% (veel) minder gaan roken. Tijdens de elfde meetronde was 32,2% (veel) meer gaan roken en was 16,6% (veel) minder gaan roken [1]. Voor de elf rondes samengenomen, was gemiddeld 28,9% (veel) meer gaan roken en was gemiddeld 15,2% (veel) minder gaan roken.

Het Trimbos-instituut vond dat in een eerste meting 19% van de rokers meer was gaan roken na de coronamaatregelen en dat 14% minder was gaan roken. In een tweede meting werd gevonden dat 24% van de rokers meer was gaan roken na de coronamaatregelen, vergeleken met 10% rokers die minder waren gaan roken. Wel vond het Trimbos-instituut in de tweede meting van 27 juli tot en met 4 augustus 2020 onder 893 rokers dat corona de motivatie om te stoppen met roken had verhoogd. Van de rokers die in 2020 wilden meedoen aan Stoptober is namelijk 53% extra gemotiveerd geraakt om te stoppen met roken vanwege de coronacrisis [3]. Ook bleek dat het meer of minder gaan roken samenhangt met stress gerelateerd aan corona [2].

Studenten in Nederland

De Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs onderzocht in 2021 voor het eerst de mentale gezondheid en het middelengebruik onder studenten in het Hoger Beroepsonderwijs (HBO) en het wetenschappelijk onderwijs (universiteit) [4,5]. Het gaat om een landelijk onderzoek waaraan 28.442 studenten deelnamen, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs. Studenten werden ook bevraagd over de verandering in hun gebruik van tabak ten gevolge van de coronapandemie. De meeste studenten (71%) gaven aan dat de vraag voor hen niet van toepassing was, vermoedelijk omdat zij niet rookten. Van diegenen die wel rookten, gaf de helft (50%) aan dat hun rookgedrag niet veranderd was, een vijfde (20%) gaf aan minder te zijn gaan roken en bijna een derde (31%) gaf aan meer te zijn gaan roken dan voor de coronapandemie.

Uitgaanders in Nederland

Via het Grote Uitgaansonderzoek 2020 (HGU 2020) werd het gebruik van tabak onderzocht tijdens de lockdown van 15 maart 2020 tot en met 1 juni 2020 [7]. Vervolgens werd het gebruik van tabak onderzocht tijdens de versoepelingen van de coronamaatregelen van 1 juni tot en met 1 september 2020 [8]. Er werd daarbij ook weer teruggekeken naar de eerste lockdown [8]. In de eerste ronde werden 4.460 respondenten geïncludeerd van 16 tot en met 35 jaar die in het jaar voorafgaand aan de coronamaatregelen minimaal een keer een festival of club/discotheek hadden bezocht [7]. Aan de tweede ronde werd deelgenomen door 3.765 respondenten.

Tijdens de lockdown was volgens de eerste ronde van het onderzoek 32,7% minder gaan roken en was 25,9% meer gaan roken, vergeleken met dezelfde periode in 2019 [7]. Per keer dat men rookte was 30,6% minder gaan roken, was 45,9% evenveel blijven roken, en was 23,5% meer gaan roken. Terugkijkend vanuit de tweede ronde werd gevonden dat 28,5% minder was gaan roken, 51,2% even vaak was blijven roken en dat 20,3% meer was gaan roken [8]. Er zijn uitgaanders die overwegend roken tijdens het uitgaan. Door de coronamaatregelen kwam een groot deel van het uitgaansleven echter stil te liggen. Dit kan mogelijk verklaren dat een deel van de uitgaanders minder is gaan roken tijdens de lockdown.

Tijdens de versoepelingen van de coronamaatregelen van 1 juni tot en tot en met 1 september 2020 was 31,4% minder gaan roken en was 20,0% meer gaan roken, vergeleken met dezelfde periode in 2019 [8].

De redenen om niet te roken waren tijdens de lockdown vooral het gevaar van corona zelf (42,8%), minder kunnen uitgaan (25,9%) en geen zin om te gebruiken (22,9%) [8]. Tijdens de versoepelingen waren de belangrijkste redenen om niet te roken geen interesse in roken (46,2%), de fysieke gezondheid(18,5%) en geen zin om te gebruiken (17,8%) [8].

Studenten van de Wageningen University & Research

In mei 2020 vulden 1.484 studenten van de Wageningen University & Research een digitale vragenlijst in over hun welzijn tijdens de coronacrisis [6]. In deze periode werd een daling gevonden in het gebruik van tabak onder deze studenten.

Ouderen in Noord-Nederland

In 2006 startte Lifelines een onderzoek onder 167.000 ouderen in Noord-Nederland naar het gezond ouder worden. Voor het Lifelines Corona-onderzoek hebben tienduizenden deelnemers wekelijks een vragenlijst ingevuld [11,12]. In de week van de eerste coronamaatregelen, van 16 maart tot en met 22 maart 2020, lag het percentage rokers op 7,8%. Ook in de week van 3 tot en met 9 februari 2020 lag dit percentage op 7,8%, net als in de meting van 27 juli tot 10 augustus 2020. Het percentage rokers bleef daarmee stabiel onder deze ouderen. Dit sluit echter niet uit dat sommige oudere rokers minder zijn gaan roken en dat andere oudere rokers meer zijn gaan roken.

Professionals voor psychische hulp

Op een landelijke vragenlijst die werd uitgezet onder professionals in de frontlinie van de psychische hulp, werd gereageerd door 1.862 respondenten [10,13,14]. De gegevens werden verzameld van 23 juni tot en met 20 juli 2020. Van de hulpverleners voor psychische hulp was in de coronacrisis 6,9% meer gaan roken en was 2,6% minder gaan roken.

Samenvatting van de resultaten van onderzoek naar over de impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op het gebruik van tabak

Samenvatting van resultaten van onderzoek naar de impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op het gebruik van tabak

Doelgroep	Monitor/Instelling	Leeftijd -Methode -Aantal respondenten	Periode	Maat	Impact van COVID-19 en coronamaatregelen op het gebruik van tabak		
					Daling (%)	Gelijk (%)	Stijging (%)
Algemene bevolking	RIVM gedragsonderzoek	-16 jaar en ouder	Elf perioden april 2020 t/m maart 2021	Van de mensen die bleven roken, het percentage dat heeft geantwoord minder, even veel, of meer te zijn gaan roken			
		-47.254 respondenten hebben deelgenomen aan de elfde ronde van maart 2021	-17 tot en met 24 april 2020		13,0	-	22,3
			-7 tot en met 12 mei 2020		12,5	-	31,8
			-27 mei tot en met 1 juni 2020		11,9	-	31,2
			-17 tot en met 21 juni 2020		12,1	-	29,3
			-8 tot en met 12 juli 2020		12,0	-	28,0
			-19 tot en met 23 augustus 2020		11,9	-	26,4
			-24 t/m 28 maart 2021		16,6	-	32,2
	NET, Trimbos-instituut	-Volwassen rokers	-11 tot en met 18 mei 2020	Van de rokers het percentage dat heeft geantwoord meer of minder te zijn gaan roken	14	-	19
		-957 respondenten	- 27 juli tot en met 4 augustus		10	-	24
Studenten	Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs	-16 jaar en ouder -online vragenlijst -29.442 respondenten	Verandering in mate van gebruik (minder, niet veranderd, meer) ten tijde van invullen vragenlijst ten opzichte van voor corona		20	50	31
Uitgaanders	Het Grote Uitgaansonderzoek	-16 t/m 35 jaar	15 maart t/m 1 juni 2020	Verandering in de mate van gebruik vergeleken met dezelfde periode in 2019	28,5	51,2	20,3
		-Online vragenlijst	1 juni t/m 1 september 2020		31,4	48,6	20,0
		-4.460 en 3.785 respondenten					
Studenten	Wageningen University & Research	-Mediaan 22 jaar	mei 2020	Verandering in frequentie van gebruik vóór en na de eerste coronamaatregelen	Daling		
		-Vragenlijst					
		-1.484 respondenten					
Ouderen	Lifelines Corona-onderzoek	-Ouderen	-16 tot en met 22 maart 2020	Percentage dat de afgelopen week had gerookt		Stabiel	
		- Tienduizenden respondenten uit Noord-Nederland	-27 juli tot en met 10 augustus			Stabiel	
Professionals voor psychische hulp	Trimbos-instituut	-Gemiddeld 43,7 jaar	23 juni tot en met 20 juli 2020	Verandering in mate van gebruik sinds de start van de coronacrisis	2,6	-	8,9
		-Vragenlijst					
		-1.882 respondenten					

I. Vanwege verschillen in de methoden en steekproeftrekkingen dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Bronnen: RIVM gedragsonderzoek; Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging, Het Grote Uitgaansonderzoek 2020, Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek 2020, Covid-19 International Student Well-being Study (C19 ISWS), Lifelines Corona-onderzoek, Impact van de coronacrisis op het werk en welzijn van professionals voor psychische hulp: Eindrapport.

Vanwege verschillen in de methoden en steekproeftrekkingen dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. RIVM. Onderzoek gedragsmaatregelen en welbevinden: Resultaten 11e ronde [Internet]. 2021. Available from: https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden/resultaten-11e-ronde-gedragsonderzoek/welbevinden-en-leefstijl.
2. Bommelé J, Hopman P, Hipple-Walters B, Geboers C, Croes E, Fong GT, et al. The double-edged relationship between COVID-19 stress and smoking: Implications for smoking cessation. Vol. 18, Tobacco Induced Diseases. 2020. p. 63.
3. Troelstra S, Bommelé J, Willemsen M. Fatsheet: Stoptober 2020: Hoe denken Nederlandse rokers over Stoptober, stoppen met roken en de coronacrisis? Utrecht: Trimbos-instituut, Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging; 2020.
4. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport I Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–116.
5. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–123.
6. Super S, Van Disseldorp L. Covid-19 International Student Well-being Study (C19 ISWS): Data from Wageningen University & Research: June 2020. Wageningen: Wageningen University & Research, Department of Social Sciences, Subdivision Health and Society; 2020.
7. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Beek R. Factsheet: De impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op alcohol-, tabak- en drugsgebruik onder uitgaanders. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
8. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar M. Factsheet: Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
9. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
10. Van Bon-Martens M, Van Doesum T, Leone S, De Beurs D, Kroon H, Shields-Zeeman L. Impact van de coronacrisis op het werk en welzijn van professionals voor psychische hulp: Eindrapport. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
11. Lifelines.nl. Over Lifelines [Internet]. 2020. Available from: https://www.lifelines.nl/over-lifelines.
12. Coronabarometer.nl. Leefstijl [Internet]. 2020. Available from: https://coronabarometer.nl/.
13. Van Bon-Martens M, Van Doesum T, De Beurs D, Kroon H, Shields-Zeeman L. Impact van de coronacrisis op werk en welzijn van professionals voor psychische hulp: Rapportage kerncijfers.

Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
14. Van Bon-Martens M. Onderzoek naar werk en welzijn van professionals voor psychische hulp in coronatijd: 23 juni 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/onderzoek-naar-werk-en-welzijn-van-professionals-voor-psychische-hulp-in-coronatijd.

12.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Migratieachtergrond
- Regionale verschillen in roken

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van tabak in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut [1]. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

De cijfers over rookgedrag kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en regio.

Geslacht

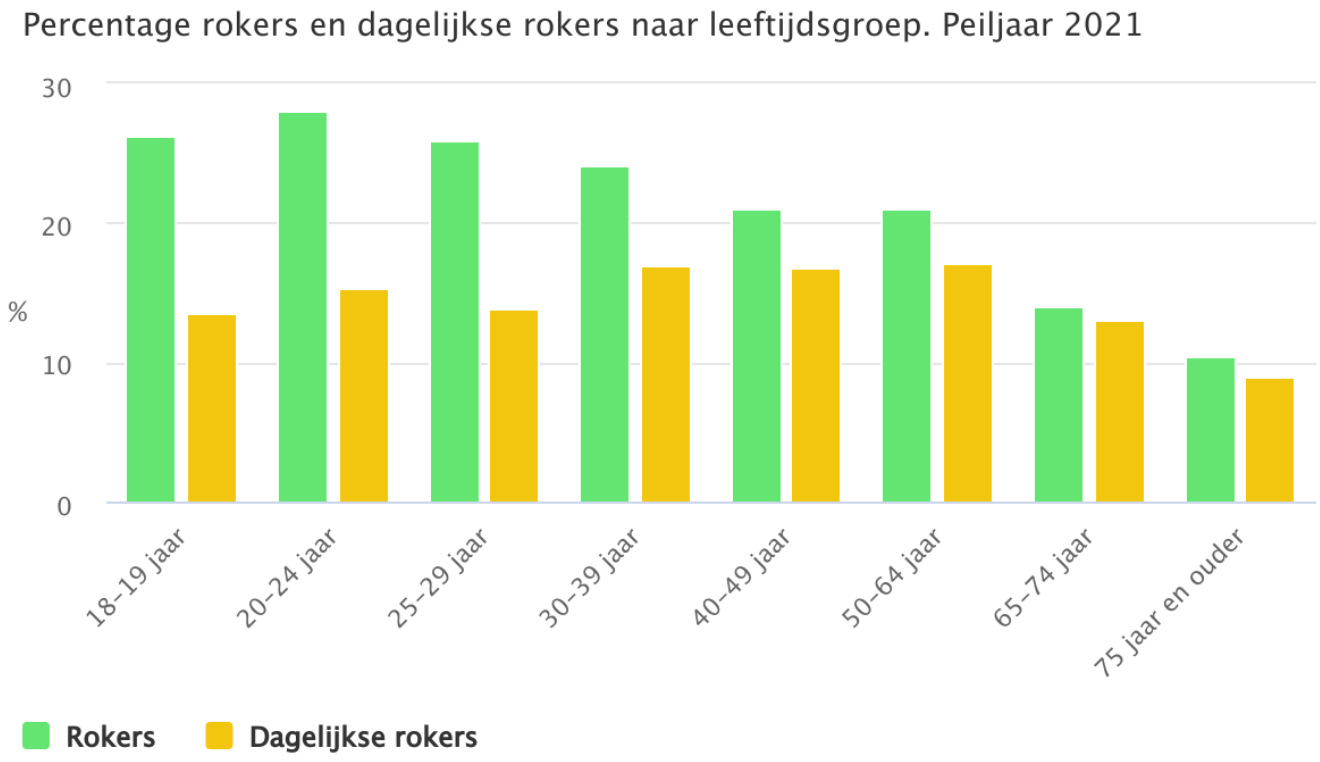
Meer mannen dan vrouwen roken wel eens. Dit geldt ook voor het dagelijkse roken. In 2021 rookte 24,7% van de mannen wel eens, vergeleken met 16,6% van de vrouwen. Van de mannen rookte 18,2% dagelijks, vergeleken met 12,2% van de vrouwen. Tussen 2014 en 2021 daalde het percentage rokers onder de mannen van 29,6% naar 24,7% en daalde het onder de vrouwen van 21,9% naar 16,6%. In deze periode daalde het percentage dagelijkse rokers onder de mannen van 22,4% naar 18,2% en daalde het onder de vrouwen van 17,0% naar 12,2% (zie ook de figuren in § 12.2.1).

Leeftijd

Onderstaand figuur toont het percentage rokers en het percentage dagelijkse rokers voor verschillende leeftijdsgroepen.

- Onder de mensen van 65 jaar en ouder lag het percentage rokers lager dan in de andere leeftijdsgroepen. Daarbij lag onder de mensen van 75 jaar en ouder het percentage rokers weer lager dan onder de mensen van 65-74 jaar. Onder de 20-24-jarigen en de 25-29-jarigen lag het percentage rokers hoger dan onder de leeftijdsgroepen vanaf 40 jaar.
- Het percentage dagelijkse rokers lag onder mensen van 65 jaar en ouder lager dan in de meeste andere leeftijdsgroepen (met uitzondering van de 18-19-jarigen en de 25-29-jarigen). Daarbij lag onder de mensen van 75 jaar en ouder het percentage dagelijkse rokers weer lager dan onder de mensen van 65-74 jaar.

- Het percentage rokers lag in 2021 in de meeste leeftijdsgroepen lager dan in 2014 (alleen onder de leeftijdsgroepen 18-19 jaar, 30-39 jaar en 75 jaar en ouder bleef het percentage ongeveer gelijk).
- Ook het percentage dagelijkse rokers was in de meeste leeftijdsgroepen in 2021 lager dan in 2014 (alleen in de leeftijdsgroepen 18-19 jaar, 65-74 jaar en 75 jaar en ouder bleef het percentage ongeveer gelijk).



Percentage rokers en dagelijkse rokers. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

	Rokers	Dagelijkse rokers
18-19 jaar	26,3	13,6
20-24 jaar	28	15,4
25-29 jaar	26	13,9
30-39 jaar	24,1	16,9
40-49 jaar	21,1	16,8

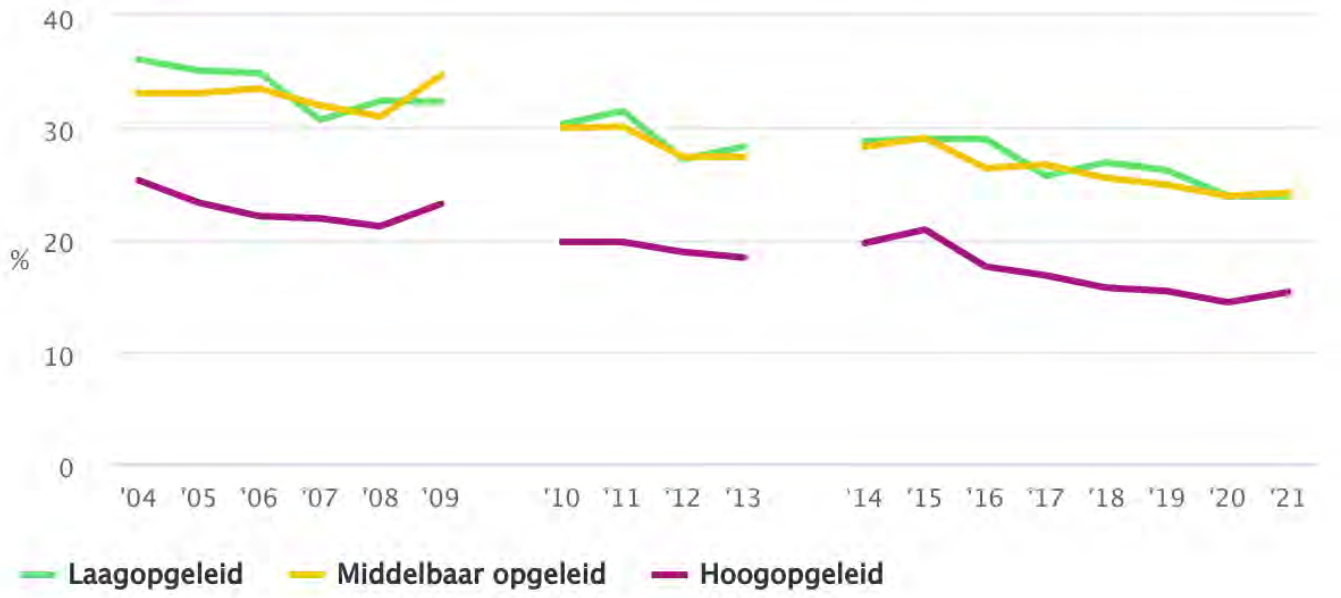
	Rokers	Dagelijkse rokers
50-64 jaar	21	17,2
65-74 jaar	14,0	13,1
75 jaar en ouder	10,4	8,9

Opleidingsniveau

Het percentage rokers ligt het laagst onder de hoogopgeleiden. Ook het percentage dagelijkse rokers ligt het laagst onder de hoogopgeleiden (zie onderstaand figuur).

- In alle peiljaren lag het percentage rokers en dagelijkse rokers onder de laag- en middelbaar opgeleiden beduidend hoger dan onder de hoogopgeleiden. Tussen de middelbaar- en de laagopgeleiden waren er nauwelijks verschillen in het percentage rokers. Wel was het percentage dagelijkse rokers onder de laagopgeleiden hoger dan onder de middelbaar opgeleiden.
- Onder zowel laag-, middelbaar-, als hoogopgeleide volwassenen is er tussen 2014 en 2021 sprake van een geleidelijke afname in het percentage volwassenen dat wel eens rookt. Tussen 2020 en 2021 bleef het percentage echter vrijwel gelijk. Ook het percentage dagelijkse rokers daalde geleidelijk in alle opleidingsniveaus, waarbij de percentages tussen 2020 en 2021 vrijwel gelijk bleven.
- Het percentage rokers en dagelijks rokers is tussen 2014 en 2021 relatief gezien het sterkst gedaald onder de hoogopgeleide volwassenen.
- De verschillen in het roken tussen hoog- en laagopgeleiden vormen een belangrijke oorzaak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen [2].

Percentage rokers (dagelijks en niet dagelijks) van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau, 2004-2021



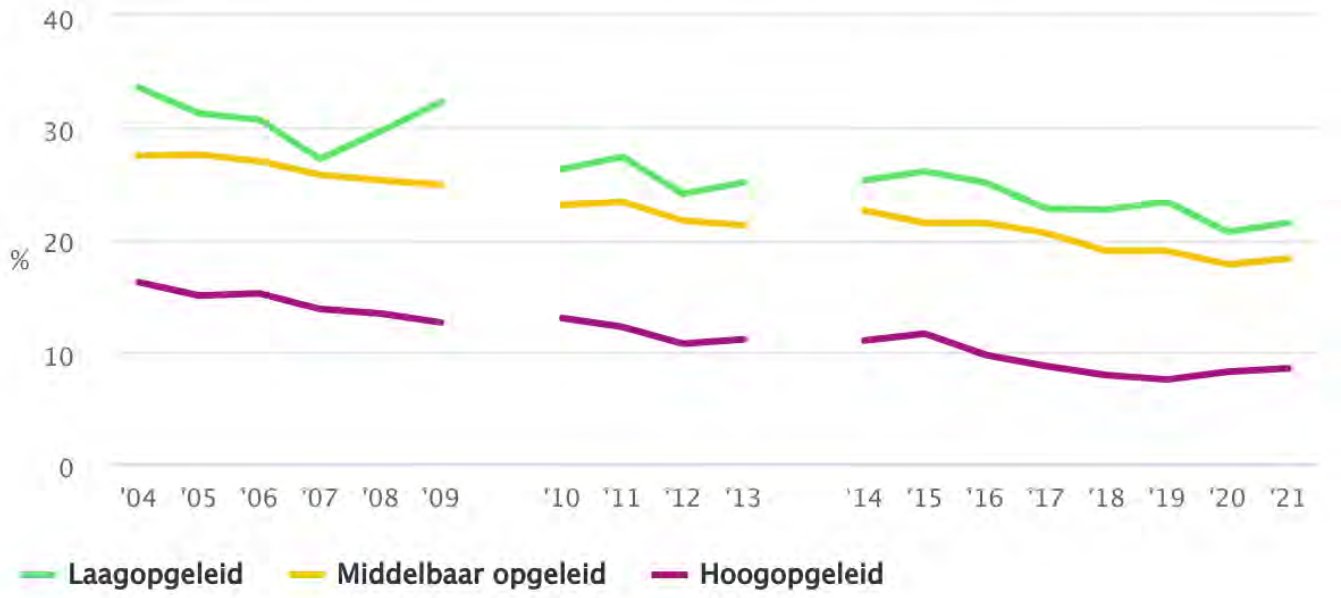
Percentage rokers. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS, 2004 tot en met 2013; Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2014 tot en met 2021.

NDM

	Laagopgeleid	Middelbaar opgeleid	Hoogopgeleid
'04	36,1	33,1	25,3
'05	35,1	33,1	23,3
'06	34,9	33,5	22,1
'07	30,7	32	21,9
'08	32,4	31	21,2
'09	32,3	34,7	23,2

	Laagopgeleid	Middelbaar opgeleid	Hoogopgeleid
'10	30,3	30	19,8
'11	31,5	30,1	19,8
'12	27,2	27,4	18,9
'13	28,3	27,4	18,4
'14	28,8	28,3	19,7
'15	29	29,1	20,9
'16	29	26,4	17,6
'17	25,7	26,7	16,8
'18	26,9	25,5	15,7
'19	26,2	24,9	15,4
'20	23,9	23,9	14,4
'21	23,9	24,2	15,3

Percentage dagelijkse rokers in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau, 2004-2020



Percentage dagelijkse rokers. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS, 2004 tot en met 2013; Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2014 tot en met 2020.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Laagopgeleid	Middelbaar opgeleid	Hoogopgeleid
'04	33,6	27,5	16,2
'05	31,3	27,6	15
'06	30,7	27	15,2
'07	27,2	25,8	13,8
'08	29,7	25,3	13,4
'09	32,3	24,9	12,6

	Laagopgeleid	Middelbaar opgeleid	Hoogopgeleid
'10	26,3	23,1	13
'11	27,4	23,4	12,2
'12	24,1	21,7	10,7
'13	25,1	21,3	11,1
'14	25,3	22,6	11
'15	26,1	21,5	11,6
'16	25,1	21,5	9,7
'17	22,8	20,6	8,7
'18	22,7	19	7,9
'19	23,4	19	7,5
'20	20,7	17,8	8,2
'21	21,5	18,3	8,5

Migratieachtergrond

Zowel het percentage rokers als het percentage dagelijkse rokers ligt hoger onder mensen met een migratieachtergrond (zie onderstaande tabel). Dit geldt zowel voor mensen met een Westerse migratieachtergrond als voor mensen met een niet-Westerse migratieachtergrond. Vergeleken met

2014 lag in 2021 het percentage rokers lager onder mensen met een Nederlandse achtergrond en een niet-Westerse migratieachtergrond, maar dit gold niet voor mensen met een Westerse migratieachtergrond. Hetzelfde patroon werd gevonden voor het percentage dagelijkse rokers.

Percentage rokers en dagelijkse rokers van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond. Peiljaren 2014 en 2021

	Rokers (%)		Dagelijkse rokers (%)	
	2014	2021	2014	2021
Nederlandse achtergrond	24,8	19,3	18,6	13,7
Westerse achtergrond	30,1	26,4	24,6	21,9
Niet-Westerse achtergrond	28,6	23,3	23,3	18,2

Percentage rokers (dagelijks en niet-dagelijks) en dagelijkse rokers. Een persoon heeft een Westerse migratieachtergrond als hij of zij zelf of één van de ouders is geboren in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Indonesië, of Japan. Als iemand zelf of één van de ouders in een ander land is geboren, heeft deze persoon volgens de definitie van het CBS een niet-Westerse migratieachtergrond. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos- instituut, 2021.

Regionale verschillen in roken

In 2020 is de gezamenlijke Gezondheidsmonitor van de GGD'en, het CBS en het RIVM uitgevoerd onder volwassenen van 18 jaar en ouder [3].

- Het percentage rokers is niet gelijk verdeeld over Nederland. In enkele verstedelijkte gebieden in de Randstad (GGD-regio's Rotterdam-Rijnmond en Amsterdam) en de GGD-regio's in het noorden en zuiden van het land (Groningen en Zuid-Limburg) wordt het meest gerookt.
- Het percentage rokers was in 2020 het hoogst in de GGD-regio Amsterdam (20,4%). In de GGD-regio Zuid-Holland Zuid werd in 2020 het minst gerookt (14,5%).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Bommelé J, Willemsen M. Factsheet: Kerncijfers roken 2021. Utrecht: Trimbos-instituut, Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging; 2022.
2. Springvloet L, Kuipers MAG, Van Laar MW. Effecten van tabaksontmoedigende beleidsmaatregelen onder rokers met een lage sociaaleconomische status. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
3. Volksgezondheidenzorg.info. Rokers 2020: Per GGD-regio, 18 jaar en ouder: 09-09-2021 [Internet]. 2021. Available from: https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/regionaal-internationaal/regionaal#node-rokers-ggd-regio

12.2.3 Gebruikspatronen

Snel naar:

- Aantal sigaretten
- Zwaar roken

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van tabak in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut [1]. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Aantal sigaretten

De rokers van 18 jaar en ouder rookten in 2021 gemiddeld 9,9 sigaretten per dag (zie onderstaande tabel). Mannen rookten gemiddeld iets meer dan vrouwen (10,5 versus 9,2 sigaretten per dag).

Gemiddeld aantal sigaretten per dag per roker onder rokers van 18 jaar en ouder naar geslacht. Peiljaar 2021

	Gemiddeld aantal sigaretten per dag
Mannen	10,5
Vrouwen	9,2
Totaal	9,9

Gemiddeld aantal sigaretten per dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos- instituut, 2021.

Zwaar roken

Een zware roker wordt gedefinieerd als iemand die gemiddeld 20 of meer sigaretten of shagjes per dag rookt. In 2021 was 2,7% van de bevolking van 18 jaar en ouder een zware roker (zie onderstaande tabel). Daarmee was 13,3% van de rokers een zware roker.

- Zwaar roken komt meer voor onder mannen (3,6%) dan onder vrouwen (1,9%). Ook komt zwaar roken meer voor onder mensen van 35 jaar en ouder (3,0%) dan onder mensen van 25-34 jaar (1,9%). Onder mensen met een lage opleiding ligt het percentage zware rokers hoger dan onder

mensen met een middelbare opleiding (4,4% tegenover 2,9%), en dit percentage ligt het laagst onder mensen met een hoge opleiding (1,7%).

Percentage zware rokers onder de bevolking van 18 jaar en ouder naar geslacht, leeftijdsgroep en opleidingsniveau. Peiljaar 2021

	Zware rokers (%)
Geslacht	
Mannen	3,6
Vrouwen	1,9
Leeftijdsgroep	
18-24 jaar	1,9
25-34 jaar	1,9
35 jaar en ouder	3,0
Opleidingsniveau	
Laag	4,4
Middelbaar	2,9
Hoog	1,7
Totaal	2,7

Percentage zware rokers. Zwaar roken is gedefinieerd als het roken van 20 of meer sigaretten/shagjes per dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

12.2.4 Elektronische sigaret, verhitte tabak en meeroken

Snel naar:

- Elektronische sigaret en verhitte tabak
- Meeroken

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van tabak in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut [1]. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Elektronische sigaret en verhitte tabak

In 2021 gebruikte 1,4% van de volwassenen de e-sigaret, 0,8% deed dat elke dag en 0,6% wel eens maar niet elke dag (zie onderstaande tabel). Rokers gebruikten ook vaker wel eens een e-sigaret (4,4%), vergeleken met ex-rokers (1,1%) en nooit-rokers (0,3%). Verhitte tabak werd gebruikt door 0,4% van de volwassenen.

Percentage gebruikers van de e-sigaret in de bevolking van 18 jaar en ouder naar geslacht. Peiljaar 2021

Geslacht/Totaal	Regelmatige gebruikers van de e-sigaret (%)
Mannen	1,4
Vrouwen	1,4
Totaal	1,4

Percentage gebruikers van de e-sigaret, mensen die zeggen wel eens de e-sigaret te gebruiken. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos- instituut, 2021.

Meeroken

Een niet-roker is een regelmatige meeroker, als hij of zij minstens één keer per week binnen een huis of gebouw wordt blootgesteld aan de tabaksrook van een ander. In 2021 werd 8,7% van de niet-rokers van 18 jaar en ouder binnen een huis of gebouw regelmatig blootgesteld aan de tabaksrook van een ander. Voor 5,6% was dat minstens één keer per week, maar niet iedere dag, 1,9% werd elke dag minder dan één uur blootgesteld en 1,2% elke dag één uur of meer. Het binnen meeroken door niet-rokers kwam vaker voor bij mannen (9,9%), 18-24-jarigen (19,7%), middelbaar opgeleiden (10,1%), en niet-rokers met een niet-Westerse migratieachtergrond (14,1%).

Percentage niet-rokende volwassenen van 18 jaar en ouder dat regelmatig (minstens één keer per week) binnen een gebouw of huis meerookt naar geslacht. Peiljaar 2021

Geslacht/Totaal	Niet-rokers die regelmatig binnen meeroken (%)
Mannen	9,9
Vrouwen	7,6
Totaal	8,7

Percentage niet-rokers dat regelmatig (minstens één keer per week) binnen meerookt in een gebouw of in een huis. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos- instituut, 2021.

12.2.5 Speciale groepen in de algemene bevolking

Zwangeren

Via de Monitor Middelengebruik en Zwangerschap (MMZ) is het middelengebruik vóór, tijdens en na de zwangerschap onderzocht [1]. In het najaar van 2021 namen aan dit onderzoek 992 moeders deel die het Consultatiebureau bezochten met een kind dat jonger was dan twee jaar [1].

- In de vier weken vóór de zwangerschap rookte 14,0% van de moeders. Tijdens de zwangerschap daalde het percentage: 7,7% van de moeders had op enig moment tijdens de zwangerschap nog gerookt, 4,8% had gerookt tijdens de hele zwangerschap. Na de zwangerschap steeg de prevalentie van het roken weer: 9,6% van de moeders heeft na de zwangerschap weer gerookt. In 2021 werden hiervoor geen statistisch significante verschillen gevonden met de cijfers uit 2016 en 2018 [1].
- Van de moeders die vóór de zwangerschap al rookten, rookte in 2021 een derde (33,5%) door tijdens de hele zwangerschap. Dit percentage was statistisch significant gestegen van 23,0% in 2018 naar 33,5% in 2021 [1]. Mogelijk heeft de coronapandemie een rol gespeeld, doordat enerzijds "een deel van de rokers tijdens de coronapandemie meer is gaan roken," en anderzijds "zorgverleners minder contactmomenten met vrouwen hebben gehad of minder aandacht hebben gehad voor het bespreken van stoppen met roken door de drukte omtrent COVID-19" [1].
- Het roken op enig moment tijdens de zwangerschap kwam met name voor onder jonge moeders van 16-24 jaar (23,3%), vrouwen met een lage- of middelbare opleiding (15,6%), en vrouwen zonder partner (30,4%). Er werden geen verschillen gevonden voor migratieachtergrond en stedelijkheid [1].
- In 2021 bleek dat, van de vrouwen die ooit tijdens de zwangerschap hadden gerookt, 71% met een zorgverlener had gesproken over stoppen met roken, terwijl bij 40% een zorgverlener actief naar het rookgedrag had gevraagd [1]. Van de vrouwen die tijdens de zwangerschap hadden gerookt en een stoppoging deden, had 20,6% gebruik gemaakt van stoppen-met-roken ondersteuning. De stoppen-met-roken ondersteuning bestond uit nicotinevervangende middelen (64,1%); advies, begeleiding, of hulp van een zorgverlener (26,4%); online hulpmiddelen (22,1%); en schriftelijke hulpmiddelen (13,3%). Sommige zwangeren hadden daarbij gebruik gemaakt van meerdere vormen van stoppen-met-roken ondersteuning.

Mensen met psychische stoornissen

Mensen met psychische stoornissen (inclusief andere verslavingen en schizofrenie) roken meer en vaker dan gemiddeld: het percentage rokers ligt naar schatting twee tot vier keer zo hoog als in de algemene bevolking [2]. Roken is een belangrijke oorzaak voor de aanzienlijk kortere levensverwachting in deze groep. Voor mensen met een stemmingsstoornis zijn gegevens uit de studie NEMESIS 2007-2009 in de algemene bevolking van 18-64 jaar beschikbaar [3].

- Uit de cijfers over de periode 2007-2009 bleek dat bijna de helft (46%) van de Nederlanders met een depressie rookte. Dat zijn ongeveer 1,5 maal zoveel rokers vergeleken met de algemene bevolking van 18-64 jaar (32%) in dezelfde periode.
- Omgekeerd blijkt ook dat onder rokers een depressieve stoornis vaker voorkomt. Rokers

hebben twee keer zo vaak te kampen met een depressie (in het jaar voorafgaand aan het onderzoek) vergeleken met niet-rokers (8% versus 4%).
- Mensen met een depressie leven gemiddeld 7 tot 11 jaar korter dan mensen uit de algemene bevolking. Geschat wordt dat de helft van deze verhoogde sterfte is toe te schrijven aan de gevolgen van roken.
- De relatie tussen roken en depressie is complex. Voor een deel wordt deze relatie verklaard door gemeenschappelijke risicofactoren, zoals werkloosheid, stress, of bepaalde genen. Deze risicofactoren vergroten zowel de kans op een depressie als de kans om te gaan roken. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat roken de kans vergroot op een latere depressie. Omgekeerd zijn er ook aanwijzingen dat een depressie de kans vergroot om te gaan roken.
- Een depressie lijkt ook bij te dragen aan het in stand houden van het roken, mensen met een depressie zijn namelijk minder succesvol in het stoppen met roken dan mensen zonder een depressie. Er zijn géén aanwijzingen dat stoppen of minderen met roken het beloop van een depressie ongunstig beïnvloedt. Integendeel, het risico op een depressie lijkt juist af te nemen door te stoppen of te minderen met roken.
- Roken heeft bij sommige mensen een negatieve invloed op het cognitieve functioneren. Bij patiënten met een psychose die stoppen met roken is een verband gevonden met beter cognitief functioneren. Dat verband is niet gevonden bij niet-patiënten [4].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Scheffers-Van Schayck T, Thissen V, Errami F, Tuithof M. Monitor Middelengebruik en Zwangerschap 2021: Middelengebruik van vrouwen en hun partners vóór, tijdens en na de zwangerschap. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Minichino A, Bersani FS, Calò WK, Spagnoli F, Francesconi M, Vicinanza R, et al. Smoking behaviour and mental health disorders-mutual influences and implications for therapy. Vol. 10, International Journal of Environmental Research and Public Health. 2013. p. 4790–4811.
3. Monshouwer K, Blankers M, Van der Meer R, Van Laar MW. Factsheet: Roken en depressie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
4. Vermeulen JM, Schirmbeck F, Blankers M, Van Tricht M, Bruggeman R, Van Den Brink W, et al. Association between smoking behavior and cognitive functioning in patients with psychosis, siblings, and healthy control subjects: Results from a prospective 6-year follow-up study. Vol. 175, American Journal of Psychiatry. 2018. p. 1121–1128.

12.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

12.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

In het kort: Onder scholieren van het voortgezet onderwijs is in 2019 en 2021 de dalende trend in het roken gestopt.

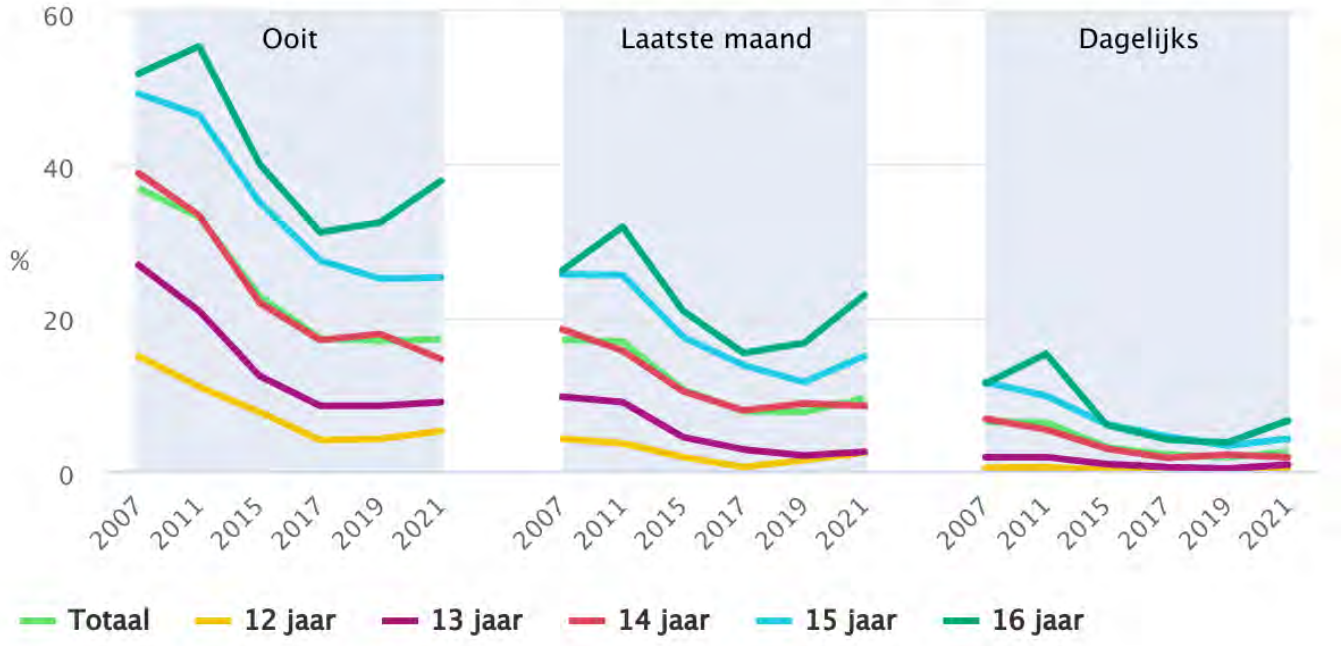
Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren [1] en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie [2]. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). In 2021 werd de HBSC-studie uitgevoerd in het voortgezet onderwijs in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van 5.733 leerlingen, waaronder 5.243 scholieren van 12 tot en met 16 jaar [2]. De HBSC-studie bevat minder vragen over middelengebruik dan het Peilstationsonderzoek scholieren. Daarom kan maar een deel van de gegevens geüpdatet worden naar 2021 en hebben de overige gegevens nog betrekking op 2019.

Trends

- Het (dagelijks) roken onder jongeren steeg sinds eind jaren tachtig tot midden jaren negentig, waarna een daling inzet. Onderstaand figuur laat zien dat de dalende trend onder scholieren van 12-16 jaar, die tussen 2011 en 2015 waarneembaar was, zich weliswaar in 2017 heeft voortgezet, maar in 2019 en 2021 is gestopt [2]. Uitzondering hierop is het dagelijks roken dat al sinds 2015 niet meer verder daalt.
- Het percentage scholieren tussen 12 en 16 jaar dat de afgelopen maand heeft gerookt, daalde tussen 2011 en 2015 van 16,9% naar 10,6%. In 2017 nam het percentage verder af naar 7,8%, maar de daling is daarna gestopt. In 2019 had 7,7% van de scholieren de afgelopen maand gerookt en in 2021 was dat 9,5%. Het verschil tussen 2019 en 2021 is niet statistisch significant [2].
- Tussen 2011 en 2015 daalde het percentage scholieren dat ooit had gerookt van 33,2% naar 22,8%. In 2017 daalde het percentage verder naar 17,3% maar bleef vervolgens op ongeveer hetzelfde niveau (17,2% in 2021) [2].
- Het percentage dagelijkse rokers halveerde tussen 2011 en 2015 van 6,3% naar 3,1%, maar in 2017, 2019, en 2021 bleef dit percentage steken op 2,1%, 1,8%, en 2,5% [2].

Trends in roken in het voortgezet onderwijs, naar leeftijd, 12 t/m 16 jaar



Ooit = tenminste eenmaal gerookt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gerookt in de laatste maand, dagelijks = elke dag gerookt. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM (2017, 2021) en Peilstationsonderzoek scholieren / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM (2007, 2011, 2015, 2019).

NDM

	Totaal	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
2007	36,9	15,0	26,9	38,9	49,3	51,9
2011	33,2	11,0	20,9	33,4	46,5	55,5
2015	22,8	7,7	12,4	22,0	35,1	40,1
2017	17,3	4,0	8,5	17,1	27,5	31,2
2019	17,0	4,2	8,5	17,9	25,1	32,5
2021	17,2	5,2	9,0	14,6	25,3	37,9

	Totaal	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
2007	17,1	4,2	9,7	18,5	25,7	26,2
2011	16,9	3,6	9,0	15,7	25,6	31,9
2015	10,6	1,8	4,4	10,4	17,5	20,9
2017	7,8	0,5	2,8	7,9	13,8	15,4
2019	7,7	1,4	2,0	8,8	11,6	16,7
2021	9,5	2,4	2,5	8,5	15,0	23,0
2007	6,4	0,4	1,8	6,8	11,6	11,4
2011	6,3	0,5	1,8	5,4	9,8	15,3
2015	3,1	0,1	0,9	2,9	6,1	6,0
2017	2,1	0,0	0,5	1,7	4,5	4,1
2019	1,8	0,0	0,3	2,1	3,3	3,7
2021	2,5	0,3	0,8	1,8	4,2	6,6

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K.

Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.

12.3.2 Demografische kenmerken scholieren regulier onderwijs

In het kort: Het percentage rokers ligt hoger onder jongeren met een lage gezinswelvaart en onder jongeren die niet bij beide ouders wonen. Onder leerlingen van het VWO wordt het minst gerookt. Er zijn geen verschillen tussen jongens en meisjes en tussen jongeren met of zonder migratieachtergrond.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Migratieachtergrond
- Schoolniveau
- Gezinswelvaart
- Gezinsvorm
- Wijze van verkrijgen
- Regionale verschillen in roken

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren [1] en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie [2]. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). In 2021 werd de HBSC-studie uitgevoerd in het voortgezet onderwijs in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van 5.733 leerlingen, waaronder 5.243 scholieren van 12 tot en met 16 jaar [2]. De HBSC-studie bevat minder vragen over middelengebruik dan het Peilstationsonderzoek scholieren. Daarom kan maar een deel van de gegevens geüpdatet worden naar 2021 en hebben de overige gegevens nog betrekking op 2019.

Daarnaast levert de Gezondheidsmonitor Jeugd van de GGD'en, GGD GHOR Nederland en het RIVM informatie over regionale verschillen in roken onder scholieren. Deze Gezondheidsmonitor is voor de derde keer uitgevoerd in 2021 onder tweede- en vierde-klassers van het regulier voortgezet onderwijs.

Geslacht

Er zijn geen verschillen tussen jongens en meisjes in het percentage rokers.

- In 2021 heeft 18,0% van de meisjes en 16,5% van de jongens ooit in het leven gerookt. Gebruik in de afgelopen maand werd door 10,2% van de meisjes en 8,7% van de jongens

gerapporteerd. Dagelijks roken lag zowel bij de meisjes als de jongens op 2,5% [2].

Leeftijd

Vanaf 12 jaar neemt het gebruik van tabak snel toe met de leeftijd.

- In 2021 had 2,4% van de 12-jarigen in de afgelopen maand gerookt, en onder de 16-jarigen lag dit percentage op 23,0% (zie bovenstaand figuur).
- De daling tussen 2007 en 2017 in het percentage ooitrokers en laatste-maand-rokers deed zich in alle leeftijdsgroepen voor. In 2017 rookte 4,1% van de 16-jarige scholieren dagelijks. In 2007 rookte nog 11,4% van de 16-jarigen dagelijks (zie bovenstaand figuur). Het stoppen van de daling in het roken in 2019 en 2021 deed zich eveneens voor in alle leeftijdsgroepen.

Migratieachtergrond

Er zijn tussen leerlingen met of zonder migratieachtergrond geen verschillen in het percentage rokers.

- In 2021 had 17,8% van de leerlingen met een migratieachtergrond gerookt, onder leerlingen zonder migratieachtergrond was dit 17,0%. Van de leerlingen zonder migratieachtergrond was 2,4% een dagelijks roker, bij leerlingen met een migratieachtergrond was dit 2,9%.

Schoolniveau

VWO-leerlingen roken minder vaak (ooit in het leven en dagelijks) dan leerlingen van andere schoolniveaus (zie onderstaande tabel). Vooral het verschil met VMBO-b is groot. Van de VMBO-b leerlingen is 5,5% een dagelijks roker vergeleken met 0,4% op het VWO. VMBO-b, VMBO-t en HAVO verschillen niet van elkaar wat betreft het percentage rokers, met uitzondering van het dagelijks roken dat onder havo leerlingen lager ligt dan onder VMBO-b leerlingen (2,2% versus 5,5%).

Ooit roken en dagelijks roken in het voortgezet onderwijs, naar schoolniveau, 12 t/m 16 jaar. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Dagelijks (%)
VMBO-b	22,5	5,5
VMBO-t	18,2	2,8
HAVO	18,2	2,2
VWO	11,1	0,4

Ooit = tenminste eenmaal gerookt in het leven, dagelijks = elke dag roken. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM.

Gezinswelvaart

Het percentage rokers ligt hoger onder jongeren met een lage gezinswelvaart.

- Bij een lage gezinswelvaart lag in 2021 het percentage dat ooit had gerookt op 25,1%, vergeleken met 16,3% bij een midden gezinswelvaart en 17,2% bij een hoge gezinswelvaart. Het percentage dagelijkse rokers was 5,7% bij een lage gezinswelvaart, vergeleken met 2,5% bij een midden gezinswelvaart en 2,1% bij een hoge gezinswelvaart [2].

Gezinsvorm

Het percentage rokers ligt hoger onder jongeren die niet bij beide ouders wonen.

- Van de jongeren die niet bij beide ouders woonden had 24,3% ooit gerookt, vergeleken met 15,0% van de jongeren die wel bij beide ouders woonden. Voor het dagelijks roken lag dit percentage op 4,5% tegenover 1,9% [2].

Wijze van verkrijgen

Van de scholieren die in de afgelopen maand hadden gerookt, had 16,3% de sigaretten meestal zelf gekocht, dit ondanks het verkoopverbod van sigaretten aan jongeren onder de 18 jaar [2]. Scholieren die niet meestal zelf de sigaretten kochten, kregen deze meestal van vrienden (40,7%), lieten ze door anderen kopen (18,1%), kregen ze meestal van anderen (10,7%), of kregen de sigaretten meestal van hun ouders (5,1%).

Regionale verschillen in roken

In 2021 is de derde gezamenlijke Gezondheidsmonitor Jeugd van de GGD’en, GGD GHOR Nederland en het RIVM gehouden onder tweede- en vierdeklassers van het voortgezet onderwijs: de Corona Gezondheidsmonitor Jeugd [3]. Hierin is gevraagd naar het ooit roken en het wekelijks roken. Er zijn regionale verschillen in het roken.

- Het percentage dat ooit had gerookt lag het hoogst in de regio's Gooi en Vechtstreek (21,2%) en Zeeland (21,1%) en lag het laagst in de regio Haaglanden (10,4%) [3].
- Het percentage dat wekelijks rookte lag het hoogst in de regio's Gooi en Vechtstreek (6,8%), Drenthe (6,6%) en Zeeland (6,6%) en lag het laagst in de regio Brabant-Zuidoost (2,5%) [3].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.
3. RIVM. Corona Gezondheidsmonitor Jeugd 2021; regio: Gewijzigd op: 24 mei 2022 [Internet].

2022. Available from:
https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50092NED/table?ts=1653398979958

12.3.3 Elektronische sigaret, verhitte tabak, en waterpijp

Snel naar:

- Elektronische sigaret
- Verhitte tabak
- Waterpijp

Elektronische sigaret

Bij de elektronische sigaret (e-sigaret) gaat het om producten als de shisha-pen, e-hooka, e-smoker en flavor vape. Er bestaan e-sigaretten mét en zonder nicotine [1]. Bij verhitte tabak gaat het om “een klein apparaat waarin tabak niet wordt verbrand, maar verhit” zoals de IQOS en de heat stick [2] . Daarnaast kan er ook nog worden gerookt via de waterpijp.

- In 2021 had 14,1% van de 12- tot 16-jarige scholieren ooit een elektronische sigaret gebruikt [1]. Het ging daarbij om elektronische sigaretten mét en zonder nicotine (zie onderstaande tabel). Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden tussen jongens (15,3%) en meisjes (12,9%).
- Het experimenteren met de e-sigaret stijgt met de leeftijd. Van de 12-jarigen had 4,8% ooit een elektronische sigaret gebruikt, en bij de 16-jarigen lag dit percentage op 25,0% (zie onderstaande tabel) [1].
- Het ooitgebruik van de e-sigaret daalde van 34,3% in 2015 naar 27,5% in 2017, 24,8% in 2019, en daalde verder naar 14,1% in 2021 [1]. In 2021 werd echter voor het eerst gevraagd naar het gebruik van e-sigaretten mét en zonder nicotine. Het is daarbij onbekend in hoeverre deze verandering van de vraagstelling het percentage heeft beïnvloed.

Ooitgebruik van elektronische sigaretten[1] door 12-16-jarige scholieren, naar geslacht en leeftijd. Peiljaar 2021

Geslacht		Leeftijd					
Jongens (%)	Meisjes (%)	12 jaar (%)	13 jaar (%)	14 jaar (%)	15 jaar (%)	16 jaar (%)	Totaal (%)
15,3	12,9	4,8	9,3	15,1	19,3	25,0	14,1

Ooitgebruik = tenminste eenmaal gebruikt in het leven. 1. Elektronische sigaretten mét en zonder nicotine. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM.

Verhitte tabak

Gegevens over verhitte tabak zijn beschikbaar tot en met 2019. Verhitte tabak wordt minder vaak gebruikt dan gewone sigaretten. In 2019 had van de 12-16-jarige scholieren 17,0% ooit een gewone sigaret gebruikt, en had 3,0% ooit verhitte tabak gebruikt (zie onderstaande tabel) [2].

- Het percentage scholieren dat ooit verhitte tabak had geprobeerd, lag bij de 16-jarigen (3,3%) bijna zes maal zo hoog als bij de 12-jarigen (0,6%). Dit percentage lag echter nog hoger bij de 14-jarigen (4,3%) en de 15-jarigen (4,5%) (zie onderstaande tabel) [2].

Ooitgebruik van heat-not-burn producten door 12-16-jarige scholieren, naar geslacht en leeftijd. Peiljaar 2019

Geslacht		Leeftijd					
Jongens (%)	Meisjes (%)	12 jaar (%)	13 jaar (%)	14 jaar (%)	15 jaar (%)	16 jaar (%)	Totaal (%)
3,7	2,3	0,6	2,0	4,3	4,5	3,3	3,0

Percentage ooitgebruikers. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM, 2019 (Rombouts, Van Dorsselaer, et al., 2020).

Waterpijp

Ongeveer evenveel scholieren hadden in 2019 ervaring met het roken van gewone sigaretten (17,0%) als met het roken van de waterpijp (16,7%, zie onderstaande tabel) [2].

- Het percentage ooitgebruikers van de waterpijp lag in 2019 bij de 16-jarigen (25,4%) ongeveer vier maal zo hoog als bij de 12-jarigen (5,7%, zie onderstaande tabel) [2].

Ooitgebruik van de waterpijp door 12-16-jarige scholieren, naar geslacht en leeftijd. Peiljaar 2019

Geslacht		Leeftijd					
Jongens (%)	Meisjes (%)	12 jaar (%)	13 jaar (%)	14 jaar (%)	15 jaar (%)	16 jaar (%)	Totaal (%)
18,4	15,0	5,7	11,4	18,6	24,0	25,4	16,7

Percentage ooitgebruikers. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM, 2019.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.
2. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

12.3.4 Opvattingen en rol van ouders

Opvattingen van ouders over gebruik van tabak en e-sigaret

De laatste gegevens over de opvattingen en het opvoedgedrag van ouders over het risicogedrag van jongeren zijn afkomstig uit de oudermodule van het Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-onderzoek [1].

- In 2021 vindt 97% van de ouders dat zij makkelijk met hun kind kunnen praten over roken, vindt 95% dat hun kind zich daarbij begrepen voelt, en vindt 90% van de ouders dat zij en hun kind hetzelfde denken over roken. Tussen 2015 en 2021 zijn deze percentages nauwelijks veranderd [1].
- Van de ouders denkt 65% in 2021 dat zij effectieve maatregelen kunnen nemen om te voorkomen dat hun kind gaat roken, denkt 84% dat hun kind hun (eventuele) advies om niet te roken over zal nemen, en denkt 49% dat zij hun kind ervan kunnen weerhouden een sigaret te gaan roken. Deze percentages waren gestegen tussen 2007 en 2015, maar zijn daarna gelijk gebleven [1].
- In 2021 is 65% van de ouders van mening dat hun kind zeker géén trekje van een sigaret mag nemen, vindt 81% het niet goed dat hun kind af en toe rookt, en vindt 79% van de ouders dat hun kind niet voor het achttiende jaar mag roken. In de afgelopen jaren zijn ouders hierin minder streng geworden [1]. Wat betreft de e-sigaret vindt 71% van de ouders dat hun kind zeker geen trekje mag nemen van een e-sigaret [1].
- Het percentage ouders waarvan binnenshuis niet mag worden gerookt, steeg van 76% in 2011 naar 97% in 2019, maar bleef ongeveer gelijk in 2021 (98%). Het percentage ouders dat rookt in het bijzijn van kinderen daalde van 28% in 2011 naar 14% in 2019, en bleef in 2021 gelijk (14%). Het percentage ouders dat tabak heeft liggen in het zicht van het kind daalde van 22% in 2011 naar 17% in 2019, maar bleef ongeveer gelijk in 2021 (16%) [1].
- Het percentage ouders dat vindt dat af en toe roken schadelijk is voor jongeren onder de 18 jaar, steeg van 65% in 2007 naar 94% in 2019, maar steeg niet verder in 2021 (93%). Het percentage dat vindt dat meeroken schadelijk is voor jongeren onder de 18 jaar, steeg van 85% in 2015 naar 91% in 2021 [1]. Het percentage ouders dat vindt dat af en toe een e-sigaret roken schadelijk is voor jongeren onder de 18 jaar, daalde van 90% in 2019 naar 87% in 2021 [1].
- Bij een NIX18-afspraak maken ouders met hun kind de afspraak om én niet te roken én geen alcohol te drinken onder de 18 jaar. Het percentage ouders dat een NIX18-afspraak had gemaakt, daalde van 35% in 2019 naar 31% in 2021 [1].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Monshouwer K, Van Dorsselaer S. Ouders over middelengebruik, sociale mediagebruik en gamen door jongeren: Cijfers uit het HBSC-onderzoek 2021 onder ouders. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.

12.3.5 Studenten

In het kort: Onder studenten van het MBO en het HBO daalde tussen 2017 en 2019 het percentage rokers van tabak, maar tussen 2019 en 2021 was deze daling getopt. Het percentage dagelijkse rokers van tabak lag hoger op het HBO vergeleken met de universiteit, en lag hoger onder studenten met een belemmerende psychische stoornis.

Snel naar:

- Studenten van het MBO en HBO
- Studenten van het MBO in Amsterdam
- Studenten van het HBO en de universiteit

Gegevensbronnen

Om een beeld te krijgen van het middelengebruik onder jongeren van 16 t/m 18 jaar, onderzoekt het Trimbos-instituut sinds 2015 elke twee jaar het middelengebruik onder MBO- en HBO-studenten in deze leeftijdsgroep met de Middelenmonitor MBO-HBO [1–3]. Deze monitor onderzocht ook het roken onder 16-18-jarige studenten van het MBO en het HBO. Het gaat om een landelijk onderzoek. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [3].

Daarnaast is in 2021 voor het eerst een grootschalig landelijk onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (HBO en WO). Ook deze monitor zal iedere twee jaar worden uitgevoerd. Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs is ontwikkeld en uitgevoerd door een consortium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de brancheorganisatie van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en het Trimbos-instituut (bijlage B9). Deze monitor is gestart vanwege zorgen over de mentale gezondheid, het middelengebruik en de interactie tussen die twee factoren onder studenten [4,5]. In 2021 namen 28.442 studenten deel, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs [5]. Het middelengebruik werd vergeleken tussen studenten in het HBO en studenten op de universiteit.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse MBO-scholen (bijlage B8) [6,7]. De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 MBO-studenten (> 16 jaar) van acht MBO-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Cijfers over middelengebruik zijn gebaseerd op gewogen data [7].

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken, bijvoorbeeld HBO-studenten. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet vergelijkbaar.

De cijfers over het roken uit deze verschillende onderzoeken zijn samengevat in de tabel onderaan de pagina.

Studenten van het MBO en HBO

De Middelenmonitor MBO-HBO gaf voor het roken onder 16-18-jarige MBO-HBO studenten in 2015, 2017, 2019 en 2021 het volgende beeld (zie tabel onderaan de pagina) [3]:

- In 2021 had 46,9% van de MBO-HBO studenten ooit gerookt, had 27,0% in de afgelopen maand gerookt, en rookte 10,7% dagelijks. Deze percentages lagen lager dan in 2015, maar lagen niet lager vergeleken met 2019. De daling had zich vooral voorgedaan tussen 2017 en 2019. In deze periode was het ooitgebruik gedaald van 51,0% naar 45,1%, was het laatste-maand-gebruik gedaald van 31,2% naar 25,1%, en was het dagelijks roken gedaald van 16,9% naar 11,0% (zie onderstaande tabel) [3].
- Het percentage rokers van tabak lag hoger op het MBO dan op het HBO. Op het MBO, bijvoorbeeld, was 13,7% van de 18-jarigen een dagelijks roker vergeleken met 8,7% op het HBO [3].
- In 2021 had 36,1% van de MBO-HBO studenten wel eens een e-sigaret gebruikt en 8,6% deed dat nog steeds. Op het MBO lagen deze percentages hoger dan op het HBO. Van de 18-jarige leerlingen op het MBO had 40,8% ooit een e-sigaret gebruikt, vergeleken met 26,7% op het HBO. Op het MBO gebruikte 9,2% van de 18-jarigen nog steeds de e-sigaret, vergeleken met 4,1% op het HBO [3].
- In 2021 had 36,0% van de MBO-HBO studenten wel eens een waterpijp gebruikt, en 8,6% in de afgelopen maand [3].
- In 2021 had 7% van de MBO-HBO studenten wel eens nicotinezakjes gebruikt, en 1,6% in de afgelopen maand [3].

Studenten van het MBO in Amsterdam

- In 2021 had van de studenten van het MBO in Amsterdam 43,2% ooit gerookt, had 31,1% in het afgelopen jaar gerookt, 23,7% in de afgelopen maand, en rookte 11,8% dagelijks (zie onderstaande tabel) [7].
- In het afgelopen jaar had 10,2% van de Amsterdamse MBO'ers een e-sigaret gebruikt, 12,0% een shisa-pen, 10,9% een waterpijp, en 6,1% snus [7]. In totaal rookte 26% op minimaal één van deze alternatieve manieren, waarvan de helft ook gewone sigaretten of shag bleef roken [7].
- Tussen 2016 en 2021 daalde het percentage rokers van tabak onder de Amsterdamse MBO-studenten (zie onderstaande tabel). Het ooitgebruik daalde van 57,4% naar 43,2%, het laatste-jaar-gebruik daalde van 43,4% naar 31,1%, het laatste-maand-gebruik daalde van 35,3% naar 23,7%, en het dagelijks roken daalde van 17,7% naar 11,8% [7].

Studenten van het HBO en de universiteit

- Van de studenten van het HBO en de universiteit samengenomen rookte 8,0% dagelijks, rookte 6,8% regelmatig maar niet elke dag, had 15% een enkele keer gerookt en rookte 69% niet [5].
- Het percentage dagelijkse rokers lag hoger op het HBO (9,5%) vergeleken met de universiteit (5,7%).
- Onder de studenten van 22-25 jaar en 26-29 jaar lag het percentage dagelijkse rokers het hoogst (respectievelijk 9,3% en 12,2%).
- Studenten die zelfstandig wonen (9,8%) rookten vaker dagelijks dan studenten die bij hun ouders wonen (5,0%).

- Het dagelijkse gebruik van tabak lag hoger onder internationale studenten (11,6%) dan onder Nederlandse studenten met (6,8%) of zonder (7,9%) migratieachtergrond.
- Studenten met een belemmerende psychische stoornis (11,9%) rookten vaker dagelijks dan studenten zonder een belemmerende psychische stoornis (7,1%).
- Studenten die een bèta-opleiding volgen (5,3%) rookten minder vaak dagelijks dan studenten die geen bèta-opleiding volgen (8,5%).

Percentage gebruikers van tabak onder studenten

	Locatie	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Ooit (%)	Afgelopen maand MBO HBO/Regelmatig HBO WO(%)	Dagelijks (%)
Studenten van het MBO en HBO	Nederland	2021	MBO + HBO	16-18 jaar	46,9	27,0	10,7
		2019			45,1	25,1	11,0
		2017			51,0	31,2	16,9
		2015			54,0	32,9	17,9
Studenten van het MBO	Amsterdam	2021	MBO	16 jaar en ouder (19,0 gemiddeld)	43,2	23,7	11,8
		2016		15 jaar en ouder (18,9 gemiddeld)	57,4	35,3	17,7
Studenten van het HBO en de universiteit[1]	Nederland	2021	Totaal HBO + WO	16 jaar en ouder	16	7	8,0
			HBO		-	-	8,8
			WO		-	-	5,7

Percentage rokers ooit in het leven, regelmatige rokers (regelmatig maar niet elke dag) en dagelijkse rokers. – = Geen gegevens bekend. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking niet mogelijk. 1. Alle HBO- en WO-studenten die ouder waren dan 16 jaar werden geïncludeerd in dit onderzoek. Bronnen: Middelenmonitor MBO-HBO, Antenne Amsterdam MBO-Survey, Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
2. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
3. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
4. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs: Deelrapport I: Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021.
5. Dopmeijer JM, Nuijen J, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs: Deelrapport II: Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021.
6. Nabben T, Luijk SJ, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
7. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.

12.3.6 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Onder uitgaanders worden hoge percentages rokers aangetroffen, maar ook onder de uitgaanders is de afgelopen jaren een lichte daling te zien in het percentage rokers.

Snel naar:

- Uitgaanders in Nederland
- Uitgaanders in Amsterdam en Gooi en Vechtstreek
- Uitgaanders in Den Haag

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht. De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld via een online vragenlijst. Om vertekening door de impact van de coronamaatregelen te voorkomen, werd aan de respondenten gevraagd naar hun middelengebruik in de periode vóór 13 maart 2020, de dag van het invoeren van de coronamaatregelen. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie bijlage B2). Voor het vergelijken van de resultaten met die uit een eerdere peiling uit 2016 zijn aanvullende analyses uitgevoerd.

De Amsterdamse Antenne-monitor peilt (bijna) jaarlijks het rookgedrag onder verschillende groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie tabel).

Uit een Haags onderzoek in 2017 naar het uitgaansgedrag van jongeren en studenten tot en met 35 jaar in de gemeenten Den Haag, Zoetermeer en Westland blijkt dat deze (uitgaande) jongeren ongeveer twee keer zo vaak roken als jongeren uit de algemene bevolking in dezelfde leeftijdsgroep (zie onderstaande tabel).

De tabel op deze pagina vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij ‘op locatie’ of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders.

De situatie is in 2020 door de coronacrisis mogelijk veranderd. In § 12.1.2 beschrijven we bevindingen uit de meest recente onderzoeken sinds het begin van de coronacrisis in maart 2020.

Uitgaanders in Nederland

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht.

- Van de uitgaanders had 73,3% ooit gerookt en 60,4% had in het afgelopen jaar gerookt (zie onderstaande tabel).
- Het percentage dat in het afgelopen jaar had gerookt lag hoger onder mannen, laag- en middelbaar opgeleiden, inwoners van zeer sterk stedelijke gebieden, frequente kroegbezoekers, frequente clubbezoekers en frequente feestbezoekers.
- Op de dagen waarop de respondenten uitgingen, rookten de laatste-jaar-rokers meer sigaretten (gemiddeld 11,1) dan op de dagen waarop ze niet uitgingen (gemiddeld 7,5 sigaretten).
- In het afgelopen jaar had 22,4% een e-sigaret gerookt en had 16,3% een waterpijp gerookt.
- Van de uitgaanders die in het afgelopen jaar hadden gerookt, had 40,6% dagelijks gerookt, 11,4% een paar keer per week, 6,0% eens per week, 9,7% een paar keer per maand, 5,5% eens per maand, 20,1% een paar keer en 6,9% had slechts een keer gerookt in het afgelopen jaar.
- Vergeleken met Het Grote Uitgaansonderzoek uit 2016 daalde het percentage dat in het afgelopen jaar had gerookt van 68,8% in 2016 naar 60,4% in 2020 [1,2]. Onder de laatste-jaar-rokers daalde in deze periode het percentage dagelijkse rokers van 47% in 2016 naar 40,6% in 2020 [1,2].

Uitgaanders in Amsterdam en Gooi en Vechtstreek

De Amsterdamse Antenne-monitor peilt (bijna) jaarlijks het rookgedrag onder verschillende groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie tabel).

- In 2019 constateerde de Amsterdamse Antenne-monitor [3] de volgende algemene trend: "Tien jaar geleden konden café- en clubgangers overal nog sigaretten en/of joints roken. Vanwege stringentere regelgeving is het tabaksgebruik in de reguliere horeca nu nagenoeg uitgebannen. De sigarettenautomaten zijn in hoog tempo uit clubs en cafés verdwenen en er zijn slechts nog een paar vierkante meter over voor bezoekers die zich niet kunnen bedwingen. Het roken van sigaretten en joints in speciale cabines wordt nog oogluikend toegestaan, maar een algeheel rookverbod maakt daar naar verwachting in 2021 definitief een einde aan."
- In 2018 had 55,4% van alle Amsterdamse cafébezoekers in de afgelopen maand gerookt [4]. Dagelijks werd er door 18,7% van deze groep gerookt. Jongeren en jongvolwassenen rookten meer dan de 30-plussers. In de afgelopen maand hadden de jongeren onder de 20 jaar het vaakst gerookt (63,6%). De e-sigaret met nicotine was door 19,8% van de cafébezoekers ooit gebruikt en een waterpijp met nicotine door 69,1%.
- De Amsterdamse cafébezoekers rookten vaker *tijdens* het cafébezoek dan ervoor of erna.
- De afgelopen 18 jaar is het aandeel laatste-maand-rokers onder de Amsterdamse uitgaanders ongeveer gelijk gebleven. In die periode is het aandeel dagelijkse rokers wel significant verminderd. Het percentage dagelijkse rokers daalde namelijk van 26,4% in 2014 naar 18,7% in 2018 [4].
- In de regio Gooi- en Vechtstreek, waar in 2018 ook een Antenne-onderzoek is uitgevoerd onder uitgaanders, wordt vaker gerookt door de cafébezoekers dan in Amsterdam: 61% rookte in de afgelopen maand en 33% rookte elke dag [5].

Uitgaanders in Den Haag

Uit een Haags onderzoek in 2017 naar het uitgaansgedrag van jongeren en studenten tot en met 35 jaar in de gemeenten Den Haag, Zoetermeer en Westland blijkt dat deze (uitgaande) jongeren ongeveer twee keer zo vaak roken als jongeren uit de algemene bevolking in dezelfde leeftijdsgroep (zie onderstaande tabel).

- Twee derde van de uitgaanders heeft in het afgelopen jaar gerookt en 59% in de afgelopen maand. Een vijfde (22%) rookt dagelijks.
- Van de studenten van de Haagse Hogeschool heeft zes op de tien (59%) in het afgelopen jaar gerookt, 46% in de afgelopen maand. Een op de zes rookt dagelijks (16%) [6].

Roken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Uitgaanders	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2020	-	73,3	60,4	-
		2016	22	80,1	68,8	58,0
Cafébezoekers[II]	Amsterdam	2018	27	85,4	66,3	55,4
	Hilversum, Bussum, Huizen	2018	24	87,0	72,3	60,9
Bezoekers van clubs, raves[III] en festivals	Amsterdam	2017	26	89,2	70,3	60,8
		2013	24	85,5	72,0	64,1
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum, Bussum, Huizen	2017	21	84,5	74,8	65,8
Uitgaanders	Den Haag	2017	24	82,0	67,0	59,0
		2014	24	89,8	73,9	64,9

Percentage rokers ooit, in het afgelopen jaar, en in de afgelopen maand. 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. Om goede uitspraken te kunnen doen over de trends in middelengebruik, wordt er bij Het Grote Uitgaansonderzoek (landelijk) en de Antenne-monitor (Amsterdam) een aanvullende analyse gedaan die vergelijkingen tussen de jaren mogelijk maakt. Voor de andere onderzoeken wordt deze analyse niet gedaan. Hier geldt dat bij kleine verschillen niet met zekerheid kan worden gezegd of er sprake is van een toe- of afname. I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via Facebook, online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. III. Raves zijn (semi-illegale) underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw" (Antenne 2017). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves; per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Antenne 2017). Bronnen: Trimbos-instituut, Het Grote Uitgaansonderzoek 2016, 2020; Bonger Instituut voor Criminologie, UvA/Hogeschool van Amsterdam/Jellinek: Antenne 2013, 2014, 2015, 2017, 2018, 2019, Antenne Gooi en Vechtstreek 2017, 2018; GGD Haaglanden, Het Haags Uitgaansonderzoek 2014, 2017.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.

2. Monshouwer K, Van der Pol P, Drost YC, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2016: Uitgaanspatronen, middelengebruik en preventieve maatregelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
3. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
4. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.
5. Korf DJ, Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2018. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek.; 2019.
6. Van Dijk A, Keetman M, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L, Mohabir A. HUO 2018: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2018.

12.3.7 Kwetsbare groepen jongeren

In het kort: Vergeleken met hun leeftijdsgenoten in het reguliere onderwijs, ligt het percentage gebruikers van tabak hoger onder kwetsbare groepen van jongeren in het praktijkonderwijs, het cluster 4 onderwijs, het VMBO-b onderwijs, jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen, en jongeren in de jeugdzorg. Wel is in het praktijkonderwijs en het cluster 4 onderwijs het percentage dagelijkse rokers gedaald. In de jeugdzorg daalde het percentage dat in de afgelopen maand had gerookt.

Snel naar:

- Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3
- Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen
- Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg

Gegevensbronnen

Roken komt veel voor onder jongeren. Binnen de groep jongeren zijn bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak te maken met een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

In 2019 is via het EXPLORE-onderzoek het roken gemeten in een landelijk onderzoek onder 12-16-jarige scholieren van het praktijkonderwijs, het cluster 4 onderwijs en het VMBO-b onderwijs (zie onderstaande tabel) [1]. Het praktijkonderwijs richt zich op jongeren die beter kunnen leren door praktijkervaring en niet in staat worden geacht om een diploma op het VMBO te halen. Het voortgezet speciaal onderwijs is bedoeld voor leerlingen die specialistische of intensieve begeleiding nodig hebben. Cluster 4 biedt daarbij onderwijs aan leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen. In 2019 hebben 34 scholen van het praktijkonderwijs (1.118 leerlingen) en 34 cluster 4-scholen (1.032 leerlingen) deelgenomen aan het onderzoek. Aan het onderzoek in cluster-3 namen 21 scholen deel (266 leerlingen), maar daar werd het roken niet gemeten. De cijfers zijn vergeleken met een steekproef van jongeren uit de VMBO basis- en kaderberoepsgerichte leerweg (VMBO-b). De gegevens van het VMBO-b zijn afkomstig uit de Peilstationsonderzoeken uit 2007 en 2019 [2]. Voor een trendanalyse zijn de cijfers vergeleken met die uit het eerdere EXPLORE-onderzoek uit 2008 [3]. In 2020 heeft het EXPLORE-onderzoek het gebruik van tabak onderzocht in de residentiële jeugdzorg [4]. Aan het onderzoek werd deelgenomen door 357 jongeren uit 17 jeugdzorginstellingen. Hun leeftijd varieerde van 12 tot en met 25 jaar.

Daarnaast is in 2022 als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [5]. Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen (gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld.

Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd.

De tabel onderaan deze pagina geeft een samenvatting van de resultaten uit uiteenlopende studies naar het gebruik van tabak in verschillende groepen kwetsbare jongeren. In het landelijke EXPLORE onderzoek zijn jongeren uit het praktijkonderwijs en het speciaal onderwijs geïncludeerd, en jongeren in de residentiële jeugdzorg [1]. Ook zijn er enkele lokale en regionale studies uitgevoerd [6,7]. De cijfers zijn onderling niet altijd vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3

In 2019 is via het EXPLORE-onderzoek het roken gemeten in een landelijk onderzoek onder 12-16 jarige scholieren van het praktijkonderwijs, het cluster 4 onderwijs en het VMBO-b onderwijs (zie onderstaande tabel) [1]. Het praktijkonderwijs richt zich op jongeren die beter kunnen leren door praktijkervaring en niet in staat worden geacht om een diploma op het VMBO te halen. Het voortgezet speciaal onderwijs is bedoeld voor leerlingen die specialistische of intensieve begeleiding nodig hebben. Cluster 4 biedt daarbij onderwijs aan leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen.

- Het percentage dat ooit had gerookt lag het hoogst onder de scholieren van het cluster 4 onderwijs (31%), gevolgd door de scholieren van het VMBO-b onderwijs (24%) en de scholieren van het praktijkonderwijs (21%).
- Ook de maandprevalentie lag het hoogst in het cluster 4 onderwijs (19%), gevolgd door het praktijkonderwijs (13%) en het VMBO-b onderwijs (12%).
- Eveneens lag in het cluster 4 onderwijs het percentage dagelijkse rokers het hoogst (10%), gevolgd door het praktijkonderwijs (6%) en het VMBO-b onderwijs (4%). Van de 16-jarigen in het cluster 4 onderwijs was 23% een dagelijkse roker.
- Wel was in het cluster 4 onderwijs het percentage dagelijkse rokers gedaald van 32% in 2008 naar 10% in 2019. In het praktijkonderwijs was het percentage dagelijkse rokers gedaald van 14% naar 6%.
- Bovenstaande percentages zijn hoger dan de percentages op het reguliere onderwijs. In 2019 had 17% van de scholieren van 12-16 jaar op het reguliere onderwijs ooit gerookt, had 7,7% in de afgelopen maand gerookt en rookte 1,8% dagelijks [2].

In 2022 is als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [5].

- Negen op de tien jongeren in de JJI (89%) heeft ooit gerookt, ruim zeven op de tien (72%) heeft dit in de afgelopen maand gedaan en meer dan de helft (55%) rookt dagelijks.
- De jongeren die in de afgelopen maand hebben gerookt (n = 79) roken gemiddeld 8,6 sigaretten per dag.
- De dagelijkse rokers (n = 60) roken gemiddeld 9,9 sigaretten per dag.
- Van de jongeren die in de afgelopen maand hebben gerookt, deed 91% dit al vóór plaatsing in de inrichting.

- De meerderheid (56%, n = 40) geeft aan dat ze minder zijn gaan roken sinds ze in de inrichting zijn geplaatst. Een kwart (25%, n = 20) geeft aan dat ze meer zijn gaan roken en 15% (n = 12) geeft aan dat ze evenveel roken sinds de plaatsing.
- Gevraagd naar motieven voor gebruik wordt vooral genoemd ‘tegen de verveling’ (75%), ‘om minder stress hebben’ (66%) en ‘omdat het gevoel lekker is’ (60%).
- Van de jongeren die in de laatste maand hebben gerookt, vindt 58% dat zij (soms) te veel roken.
- Onder jongeren uit de JJI wordt veel meer gerookt dan onder studenten van het MBO/HBO (ooit: 89% vs. 45% en afgelopen maand: 72% vs. 25%).

Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg

In 2020 heeft het EXPLORE-onderzoek het gebruik van tabak onderzocht in de residentiële jeugdzorg [4]. Aan het onderzoek werd deelgenomen door 357 jongeren uit 17 jeugdzorginstellingen. Hun leeftijd varieerde van 12 tot en met 25 jaar.

- Van de jongeren in de residentiële jeugdzorg had 72% ooit gerookt en had 55% in de afgelopen maand nog gerookt (zie onderstaande tabel). Tussen 2008 en 2020 daalde onder de 12-15-jarigen het percentage dat in de afgelopen maand had gerookt van 62% naar 40%. Onder de 16-17-jarigen daalde dit percentage in deze periode van 77% naar 61%.
- In 2019 onderzocht de Amsterdamse Antenne-monitor het middelengebruik in de jeugdzorg [7]. Het ging daarbij om cliënten die ambulante hulp ontvingen, in residentiële groepen verbleven of in pleegzorg zaten. In 2019 had van deze jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg 63,6% ooit gerookt, 54,2% in het afgelopen jaar en 50,0% in de afgelopen maand. De gemiddelde leeftijd van deze jongeren was 18 jaar [7].
- In 2019 had van de jongeren in de jeugdzorg in de Gooi en Vechtstreek, 73,9% ooit gerookt, 60,9% in het afgelopen jaar en 56,5% in de afgelopen maand. Hun gemiddelde leeftijd was 17 jaar [6].

Gebruik van tabak in kwetsbare groepen jongeren

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)	Dagelijks (%)
Praktijkonderwijs	Landelijk	2019	12 - 16	21	-	13	6
Cluster 4 onderwijs	Landelijk	2019	12 - 16	31	-	19	10
VMBO-b onderwijs	Landelijk	2019	12 - 16	24	-	12	4
Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichting	Landelijk	2022	Gemiddeld 18	89	-	72	55
Jongeren in de jeugdzorg	Landelijk	2020	-	72	-	55	-
	Amsterdam	2019	Gemiddeld 18	63,6	54,2	50,0	-
	Gooi en Vechtsreek	2019	Gemiddeld 17	73,9	60,9	56,5	-

- = Gegevens niet beschikbaar. Bronnen: EXPLORE, Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Scheffers-van Schayck T, Van Dorsselaer S, Kleinjan M, Onrust S, Monshouwer K. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen in het praktijkonderwijs en cluster 4-onderwijs: Resultaten van het EXPLORE-onderzoek 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
3. Kepper A, Van Dorsselaer S, Monshouwer K, Vollebergh W. Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg: Resultaten meting oktober - december 2008. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.

4. Möhle M, Van Gelder N, Rombouts M, Scheffers-van Schayck T, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
5. Möhle M, Rombouts M, Van Gelder N, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de Justitiële Jeugdinrichtingen: Het EXPLORE-onderzoek 2022. Utrecht: Trimbos-insituut; 2022.
6. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.
7. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.

12.4 Gebruik: internationale vergelijking

12.4.1 Algemene bevolking internationaal

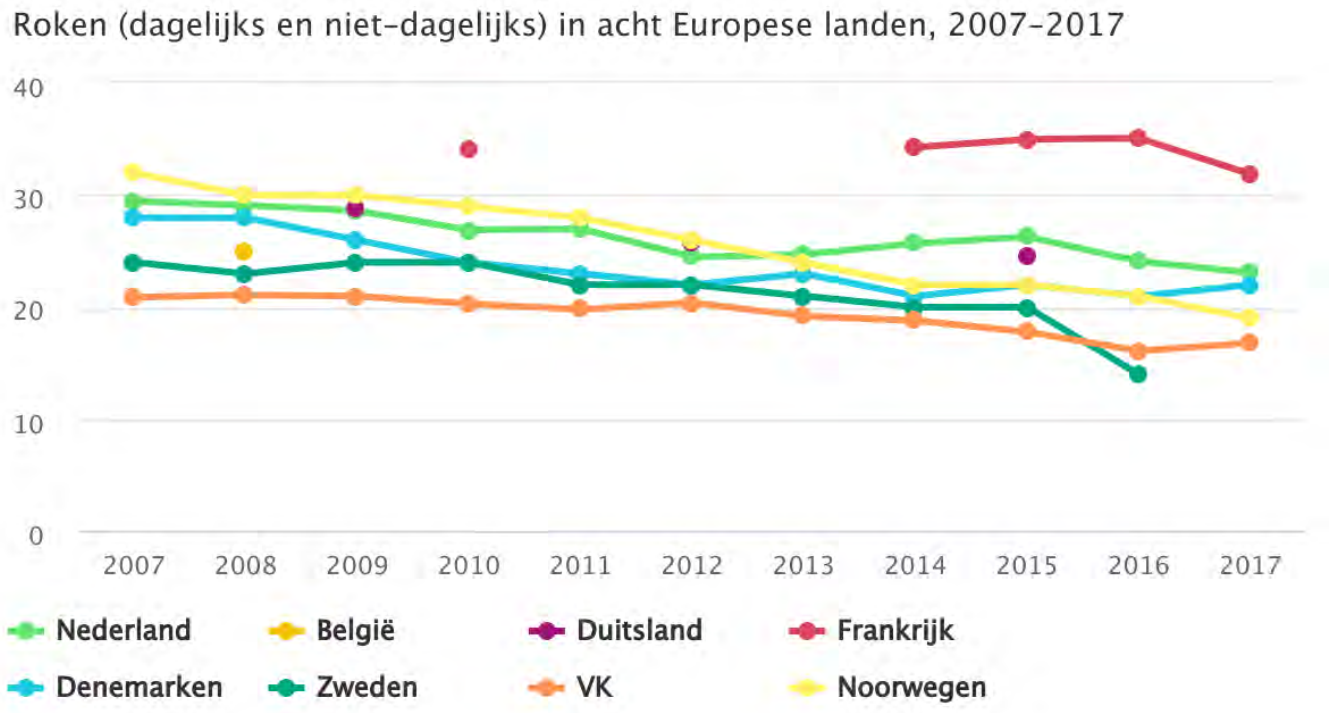
Gegevensbronnen

Op Europees niveau zijn er twee onderzoeken die het percentage rokers op een uniforme manier monitoren, namelijk de Eurobarometer en de European Health Interview Survey (EHIS). De Eurobarometer is een survey die in opdracht van de Europese Commissie in 2006, 2009, 2012, 2014, 2017 en 2020 is uitgevoerd. De EHIS wordt elke 5 jaar in alle lidstaten van de EU uitgevoerd (in 2014 voor het laatst). Daarnaast zijn er de nationale surveys.

Vergelijking tussen landen

Voor een recente Nederlandse factsheet werden de ‘officiële’ prevalenties van tabaksgebruik, zoals die via periodieke nationale surveys worden gepeild, van de volgende landen opgevraagd: België, Duitsland, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Noorwegen, Zweden en Denemarken (zie onderstaand figuur) [1].

- Over het algemeen is in alle acht Europese landen een dalende trend te zien. De gemiddelde jaarlijkse afname in de rookprevalentie tussen 2007 en 2017 is -0,6% voor Nederland, -0,4% voor België, -0,75% voor Duitsland, -0,3% voor Frankrijk, -0,6% voor Denemarken, -1,1% voor Zweden, -0.4% voor het Verenigd Koninkrijk, en -1,3% voor Noorwegen.



Percentage rokers (dagelijks en niet dagelijks). Bron: Nationale surveys. In Nederland was er in 2014 een methodebreuk. Elk land heeft andere wijze van dataverzameling, een andere steekproefgrootte en een andere responsratio waardoor de onderlinge vergelijkbaarheid vooral indicatief is.

NDM

Categories	Nederland	België	Duitsland	Frankrijk	Denemarken	Zweden	VK	Noorwegen
2007	29,5				28	24	20,9	32
2008	29,1	25			28	23	21,1	30
2009	28,6		28,9		26	24	21	30
2010	26,9			34,2	24	24	20,3	29
2011	27				23	22	19,8	28
2012	24,5		25,7		22	22	20,4	26
2013	24,7	23			23	21	19,2	24
2014	25,7			34,3	21	20	18,8	22
2015	26,3		24,6	35	22	20	17,8	22

Categories	Nederland	België	Duitsland	Frankrijk	Denemarken	Zweden	VK	Noorwegen
2016	24,1			35,1	21	14	16,1	21
2017	23,1			31,9	22		16,8	19

De Special Eurobarometer uit 2020 (N=28.300) peilde de prevalentie van tabaksgebruik en de houding van de Europese burgers ten aanzien van tabak. In de bevolking (15+) werd gekeken naar het percentage dat rookt ('I currently smoke'), het percentage dat gestopt is met roken en het percentage dat nooit gerookt heeft (zie onderstaande tabel) [2]. Een voordeel van deze peiling is de vergelijkbaarheid van de onderzoeksmethode tussen de meetjaren en de landen. Per land wordt echter een klein aantal (ongeveer 1.000 personen) ondervraagd. Deze kleine aantallen leiden tot minder zuivere schattingen. Ook zijn er vaak verschillen in de methode van dataverzameling tussen de nationale surveys en de Eurobarometer [3].

- In de EU-27 samengenomen met het Verenigd Koninkrijk was 23% van de bevolking van 15 jaar en ouder in 2020 een roker. Daarnaast was 22% een ex-roker en 55% had nooit gerookt [2].
- Van de EU-15 scoort Griekenland het hoogst met 42% huidige rokers. Zweden scoort het laagst met 7% rokers. Nederland bevindt zich met 12% rokers (volgens de vraagstelling van de Eurobarometer) in de groep landen met de minste rokers.
- Tussen 2014 en 2020 daalde het percentage rokers in tien van de EU-14 landen. In drie landen steeg het aantal rokers en in een land bleef het percentage gelijk.
- In de EU-28 is het gemiddelde ongewogen percentage rokers tussen 2006 en 2009 gedaald van 32% naar 29%. In 2012 bleef het percentage bijna hetzelfde, namelijk 28%. In 2014 is het percentage verder gedaald naar 26%. In 2017 bleef dat percentage gelijk op 26%. In 2020 daalde dit percentage in de EU-27 samengenomen met het Verenigd Koninkrijk met drie procentpunten naar 23% [2].
- Van de Europese rokers (EU-27 en VK) die deelnamen aan de Eurobarometer rookt 89% dagelijks [2]. Het percentage dagelijkse rokers onder de rokers varieert daarbij van 98% in Griekenland tot 57% in Zweden. In Nederland lag dit percentage op 77% [2].
- Gemiddeld roken de rokers 14,2 sigaretten per dag, maar er zijn duidelijke verschillen tussen de landen. Het gemiddeld aantal sigaretten per dag varieert van 9,1 in Zweden tot 18,7 in Griekenland [2].
- In de EU-27 samengenomen met het Verenigd Koninkrijk gebruikte 2% van de bevolking in 2020 de e-sigaret [2]. Dit percentage varieerde van 7% in Ierland tot 0% in Portugal. In Nederland lag dit percentage op 1%. Van de gebruikers probeerde 57% de e-sigaret te gebruiken om te minderen of te stoppen met roken.

Percentage rokers[1], ex-rokers en nooit-rokers van 15 jaar en ouder in 14 landen van de Europese Unie en het Verenigd Koninkrijk. Peiljaren 2009, 2012, 2014, 2017 en 2020

Land	Rokers (%)[1]					Ex-rokers (%)					Nooit-rokers (%)				
	2009	2012	2014	2017	2020	2009	2012	2014	2017	2020	2009	2012	2014	2017	2020
Griekenland	42	42	38	37	42	14	16	18	19	17	44	44	44	44	41
Frankrijk	33	28	32	36	28	26	24	22	22	26	41	48	46	42	46
Spanje	35	33	29	28	24	21	22	19	22	31	44	45	52	50	45
Oostenrijk	34	33	26	28	25	23	20	17	19	19	43	47	57	53	56
Portugal	23	23	25	26	21	13	15	12	14	15	64	62	63	60	64
Duitsland	25	26	27	25	24	26	26	22	21	21	44	45	52	52	55
Italië	26	24	21	24	23	16	13	16	14	16	57	62	63	62	61
Luxemburg	25	27	21	21	23	22	22	22	22	27	53	50	57	57	50
Finland	21	25	19	20	15	27	22	24	29	29	52	53	57	51	56
België	30	27	25	19	21	21	20	19	24	24	49	52	56	57	55
Denemarken	29	26	23	19	16	31	31	30	33	31	40	43	47	48	53
Ierland	31	29	21	19	18	20	19	19	18	34	49	52	59	63	48
Nederland	24	24	23	19	12	33	31	31	32	29	43	45	46	49	59
Verenigd Koninkrijk	28	27	22	17	12	25	26	19	22	31	47	47	59	60	57
Zweden	16	13	11	7	7	31	30	35	41	33	53	57	53	52	60

I. Percentage respondenten dat met 'ja' antwoordt op de vraag 'I currently smoke'. Bron: European Commission, Special Eurobarometer 506.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Aerde M, Van Laar M, Willemsen M. Rookprevalentie in Europa: een vergelijking tussen 8 landen; factsheet. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
2. EC. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes: Special Eurobarometer 506. Brussels: European Commission; 2021.
3. Bogdanovica I, Godfrey F, McNeill A, Britton J. Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey methods and results. Vol. 20, Tobacco Control. 2011.

12.4.2 Jongeren internationaal

Scholieren in Europese landen

Het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) maakt een vergelijking mogelijk op de langere termijn van het rookgedrag van 15- en 16-jarige scholieren. De ESPAD-peilingen werden uitgevoerd in 2003, 2007, 2011, 2015 en 2019 [1–5]. In 2015 deden 34 landen mee aan het onderzoek en in 2019 deden 35 landen mee. Tabel 12.4.2 toont het percentage ooitrokers, laatste-maand-rokers en dagelijkse rokers in veertien landen van de Europese Unie, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden in sommige jaren wel vergelijkbaar onderzoek uit.

- Tussen 2003 en 2019 is in de meerderheid van de landen van tabel 12.4.2 het percentage scholieren dat ooit heeft gerookt in bijna elk jaar van de meting afgenomen. Alleen in Denemarken en Spanje vond er tussen 2015 en 2019 weer een stijging plaats in het percentage ooitrokers.
- In 2019 telde van de vergeleken landen Italië (19%) de meeste en Noorwegen (2,5%) de minste dagelijkse rokers onder de 15-16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (tabel 12.4.2).
- Gemiddeld was 10% van de Europese 15-16-jarige scholieren een dagelijkse roker. De Nederlandse scholieren scoren met 5,3% onder dat Europese gemiddelde. In 2015 was in Nederland nog 11% van de 15-16-jarige scholieren een dagelijkse roker. De meeste landen tonen, net als Nederland, een daling in het aantal dagelijkse rokers tussen 2011, 2015 en 2019.
- Het gemiddelde in tabel 12.4.2 is berekend op de 34 landen die deelnamen van 2003 tot en met 2015 en de 35 landen die deelnamen in 2019. Tussen 2015 en 2019 stabiliseerden de gemiddelden voor het percentage dat ooit had gerookt (40%/41%), in de afgelopen maand had gerookt (21%/20%) en het percentage dat dagelijks had gerookt (11%/10%). In 2019 lag Nederland onder het gemiddelde voor zowel het percentage ooitrokers (31%), het percentage rokers in de afgelopen maand (15%), alsook het percentage dagelijkse rokers (5,3%).

Roken door leerlingen van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Peiljaren 2003, 2007, 2011, 2015 en 2019

Land	Ooit (%)					Afgelopen maand (%)					Dagelijks (%)				
	2003	2007	2011	2015	2019	2003	2007	2011	2015	2019	2003	2007	2011	2015	2019
Italië	64	61	59	58	55	38	37	36	37	32	22	24	22	21	19
Polen	67	56	56	55	50	31	21	29	25	22	21	11	16	13	11
Oostenrijk	80	75	-	53	48	49	45	-	28	23	36	31	-	18	12
Frankrijk	68	60	63	55	45	33	30	38	26	22	23	17	23	16	12
Duitsland	77	69	61	-	45	45	33	33	-	20	33	23	19	-	8,8
Denemarken	64	-	51	39	42	30	-	24	19	22	19	-	15	9	10
Spanje	59	46	35	37	41	27	26	19	22	21	26	26	19	8	9
Finland	70	60	60	47	39	38	30	34	22	17	25	20	20	11	6,7
Portugal	62	52	43	37	34	28	19	29	19	14	21	8	15	9	5,5
Griekenland	50	45	45	39	32	28	22	21	19	15	19	14	13	11	8,1
Nederland	57	46	52	39	31	31	30	29	21	15	22	21	18	11	5,3
Zweden	60	51	48	33	26	23	21	21	13	11	11	10	12	6	5,1
Noorwegen	62	46	37	28	25	28	19	14	10	10	19	10	5	2	2,5
België	61	47	47	31	-	32	23	26	15	-	22	14	14	9	-
Verenigd Koninkrijk	58	52	47	-	-	29	22	23	-	-	19	14	13	-	-
Verenigde Staten	-	35	30	-	-	-	14	12	-	-	-	8	6	-	-
Gemiddelde[1]	64	51	50	40	41	33	27	25	21	20	23	17	16	11	10

Percentage rokers ooit, in de afgelopen maand, en dagelijks. De tabel is geordend op het percentage ooitrokers in 2019. 1. Ongewogen gemiddelde in 34 Europese landen in 2003-2015 en 35 Europese landen in 2019. In 2019 werden voor het eerst, voor sommige middelen, gegevens afgerond op 1 decimaal gerapporteerd om met meer precisie uitspraken te kunnen doen, echter niet voor het roken dat nog steeds in hele cijfers werd gerapporteerd. Bron: ESPAD.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN; 2009.
2. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: CAN; 2012.
3. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al. The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries Björn. Stockholm: CAN; 2004.
4. Kraus L, Leifman H, Vicente J. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. Available from: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
5. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

12.5 Hulpvraag

Vormen van hulp

Om te stoppen met roken kan men een beroep doen op de verslavingszorg, of kan men proberen op eigen kracht te stoppen, eventueel ondersteund door zelfhulpmaterialen. Daarnaast wordt voor hulpvragen onder meer een beroep gedaan op huisartsen, particuliere aanbieders van stopondersteuning en rookstoppoli's van ziekenhuizen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is daarbij bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van Stoppen-met-rokenprogramma's voor de kwaliteitsnormen, de tarieven en de transparantie over de zorg [1]. Met de Zorgstandaard Tabaksverslaving is daarbij een stap gezet op weg naar structurele inbedding van de behandeling van tabaksverslaving en roken in de gezondheidszorg [2].

Stoppogingen, stopondersteuning en hulpmiddelen

De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor van het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut heeft in 2020 onderzocht hoeveel procent van de rokers een serieuze stoppoging heeft gedaan [3]. Er is pas sprake van een serieuze stoppoging, zodra men er in is geslaagd om 24 uur of langer te stoppen met roken. Het doen van stoppogingen is daarbij een onderdeel van het deelakkoord Roken van het Nationaal Preventieakkoord (NPA) (zie § 2.2.1).

- In 2020 had van de rokers van 18 jaar en ouder 35,6% een serieuze stoppoging gedaan [3].
- Laagopgeleide rokers deden minder vaak een serieuze stoppoging (30,4%), vergeleken met middelbaar opgeleiden (36,3%) en hoogopgeleiden (40,9%).
- Het percentage rokers dat een serieuze stoppoging deed was het hoogst onder de 25-34-jarigen (42,1%) en was het laagst onder de rokers van 35 jaar en ouder (33,5%).

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [4] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht. De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld via een online vragenlijst (zie § 12.3.6).

- Van de uitgaanders dacht iets meer dan de helft (53,6%) dat af en toe tabak roken nogal of erg schadelijk is, en 99,2% dacht dat het roken van één of meer pakjes per dag nogal of erg schadelijk is [4]. Een relatief grote groep (46,4%) was dus van mening dat af en toe roken geen kwaad kan. Van de rokers vond 52,3% zelf dat zij te vaak rookten.
- Bijna één op de vijf (18,7%) van de uitgaanders dacht dat één of twee keer een e-sigaret gebruiken nogal of erg schadelijk is [4].
- Van de rokers onder de uitgaanders wilde 55,8% minderen, wilde 50,4% stoppen, en had 40,6% in het afgelopen jaar een serieuze stoppoging gedaan [4]. Van de dagelijkse rokers wilde 76,1% minderen en wilde 57,2% stoppen. Van de niet-dagelijkse rokers wilde 43,0% minderen en wilde 42,2% stoppen. Van de stoppers had bijna iedereen (95,7%) het langer dan 24 uur volgehouden om niet te roken. Van alle rokers had 11,7% hulp gezocht bij het stoppen met roken, voornamelijk via een stoppen met roken app (5,5%), of via familie, vrienden of kennissen (4,4%).

Internationale vergelijking

Het International Tobacco Control (ITC)-project heeft in 2016 in acht Europese landen een vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar stoppogingen door rokers (zie onderstaande tabel). Daarbij is ook onderzocht in welke mate stoppers gebruik hebben gemaakt van hulpmiddelen [5].

Stoppogingen door rokers in de laatste 12 maanden, stopadvies gegeven door hulpverleners en gebruik e-sigaret als stopmethode in acht Europese landen, 2016

	Verenigd Koninkrijk (N=3.536)	Duitsland (N=1.003)	Griekenland (N=1.000)	Hongarije (N=1.000)	Nederland (N=1.136)	Polen (N=1.006)	Roemenië (N=1.001)	Spanje (N=1.001)
Stoppoging rokers (%)	46,3	17,1	15,1	10,4	31,5	16,2	27,1	17,7
Stopadvies hulpverlener (%)	38,3	39,3	53,0	21,7	21,8	20,8	56,5	45,7
Gebruik e-sigaret (%)	51,6	15,9	28,7	16,2	43,8	13,0	11,0	5,0

Percentage stoppogingen onder rokers. Bron: ITC-project.

- Stoppogingen kwamen het meest voor in het Verenigd Koninkrijk en het minst in Hongarije. Van de rokers in het Verenigd Koninkrijk deed 46,3% een stoppoging in het afgelopen jaar. Nederland staat op de tweede plaats: 31,5% van de rokers heeft een stoppoging gedaan. Dit is iets lager dan de 38,1% uit de Gezondheidsenquête 2016 [6]. Ook de stopintenties waren het hoogst in het Verenigd Koninkrijk.
- Volgens de respondenten (rokers) geven hulpverleners in Nederland in vergelijking met andere landen aan hun patiënten niet zo vaak een stopadvies.
- Het gebruik van de e-sigaret als middel om te stoppen met roken is met name in het Verenigd Koninkrijk en Nederland redelijk populair. Overigens is er geen bewijs gevonden dat de e-sigaret als zodanig daadwerkelijk helpt om te stoppen met roken [7].

Stoptober in Nederland

Vanaf 2014 wordt elk jaar in Nederland de campagne ‘Stoptober, 28 dagen niet roken!’ georganiseerd. Dit is een campagne met het doel om rokers te stimuleren om 28 dagen te stoppen met roken en daarvoor massale steun te organiseren. Stoptober werd voor het eerst in 2012 in het Verenigd Koninkrijk georganiseerd en is vervolgens een nieuw internationaal stopmoment geworden, naast 1 januari. In 2021 ging in Nederland de jaarlijkse Stoptober campagne van start op donderdag 2 september 2021 [8]. In de media werd de campagne onder de aandacht gebracht door de Bekende Nederlanders Hans Klok en Patricia Paay [9].

- De Nederlandse Stoptober campagne van 2016 had meer dan 53.000 deelnemers. Een evaluatieonderzoek liet positieve effecten zien [10]. Van de respondenten was bij het begin van de campagne 35,2% een zware roker en was 20,4% een zwaar verslaafde roker. Gemiddeld

rookten de deelnemers 15,9 sigaretten per dag. Na drie maanden was 71,8% van de respondenten gestopt met roken. De stoppercentages waren hetzelfde voor de verschillende leeftijdsgroepen, voor mannen en vrouwen en voor opleidingsniveaus.
- Zowel onder de stoppers als onder de blijvende rokers werden gunstige veranderingen gevonden in rokengerelateerde stress, sociale niet-roken norm, sociale druk, zelfvertrouwen in vermogen om te stoppen, gewoontegedrag en roker identiteit [11].
- In 2020 was Stoptober bekend bij 84% van de rokers en was bijna 9% van de rokers van plan om mee te doen [12].

Het bespreken van (stoppen met) roken door Nederlandse zorgverleners

Uit de meest recente cijfers van de LSM-A komt naar voren dat er nog ruimte is voor verbetering van de rol van zorgverleners bij het stoppen met roken [13]. Van de rokers van 18 jaar en ouder die in 2016 aangaven minimaal één zorgverlener te hebben bezocht in de afgelopen 12 maanden, ontving volgens eigen zeggen 33,1% een stopadvies.

- Bijna drie kwart (72,2%) van alle rokers kwam in 2016 bij de huisarts, maar slechts met een kwart (23,8%) tot een derde van deze rokers werd (stoppen met) roken besproken. In 2020 vond een online onderzoek plaats onder de huisartsenpraktijken uit een representatieve steekproef van 36 gemeenten in Nederland [14]. Van deze huisartsen gaf 10% een stopadvies aan vrijwel alle rokende patiënten.
- Ruim de helft (57,1%) van de zwangere rokers rapporteerde dat de verloskundige een stopadvies had gegeven. Het aantal respondenten in deze survey was laag (in totaal hebben 81 rokende respondenten de verloskundige gecontacteerd).
- Medisch specialisten werden bezocht door 43,4% van de rokers, waarvan 22,4% een stopadvies ontving.
- Van de rokers die in de afgelopen 12 maanden een tandarts hadden bezocht (73,7%), ontving 18,0% een stopadvies.

Het gebruik van ontwenningsmiddelen in 2020

- Bij anti-rook preparaten gaat het om nicotine-vervangers in de vorm van kauwgom, pleisters, capsules, tabletten en dragees. De omzet op de Nederlandse markt van anti-rook preparaten steeg tussen 2019 en 2020 met 18,1% van 28,170 miljoen euro naar 33,281 miljoen euro [15]. Van de 33,281 miljoen euro die werd besteed in 2020 werd 10,917 miljoen euro besteed aan kauwgom, 11,127 miljoen aan pleisters, 8,951 miljoen aan capsules, tabletten en dragees, en werd 2,286 miljoen euro besteed aan overige anti-rook preparaten.
- De meest gebruikte stoppen-met-roken medicijnen zijn bupropion (Zyban) en varenicline. Dit zijn receptgeneesmiddelen. Van bupropion zijn twee verschillende geneesmiddelen geregistreerd, elk met een aparte indicatie: Zyban en Wellbutrin. Alleen Zyban is geregistreerd voor gebruik bij stoppen met roken en wordt niet vergoed uit het basispakket, terwijl Wellbutrin geregistreerd is als antidepressivum en wel wordt vergoed uit het basispakket.
- Volgens cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) is het aantal gebruikers van beide middelen na 2011 flink afgenomen (zie onderstaande tabel). Het hoge aantal gebruikers in 2011 kan worden verklaard uit het feit dat in 2011 het gebruik van deze middelen voor het eerst werd vergoed door de zorgverzekeraars als de gebruiker ervan deelnam aan een erkend integraal stoppen-met-roken-programma. In 2012 bestond die vergoeding niet meer, maar

vanaf 2013 weer wel [16].

Aantal gebruikers van varenicline en bupropion (Zyban), 2011-2020[1]

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Varenicline	112.000	47.000	56.000	40.000	37.000	43.000	56.000	52.000	47.000	63.000
Bupropion (ZYBAN)	17.500	7.000	7.000	5.000	4.200	4.300	4.600	4.400	5.300	2.600

Aantal gebruikers. I. In 2019 zijn ook de cijfers van de online apotheek 'De Nationale Apotheek' opgenomen. Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK), persoonlijke communicatie met het Trimbos-instituut, 21-09-2021.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Stcrt.2018-45703. Regeling stoppen-met-rokenprogramma. Den Haag: Rijksoverheid; 2018.
2. Partnership-Stop-met-Roken. Zorgstandaard Tabaksverslaving 2019. Utrecht: Partnership Stop met Roken; 2019.
3. Bommelé J, Willemsen M. Factsheet: Kerncijfers roken 2020. Utrecht: Trimbos-instituut, Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging; 2021.
4. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
5. Hummel K, Nagelhout GE, Fong GT, Vardavas CI, Papadakis S, Herbeć A, et al. Quitting activity and use of cessation assistance reported by smokers in eight European countries: Findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys. Vol. 16, Tobacco Induced Diseases. 2018. p. 1–17.
6. Van Laar MW, Van Ooyen-Houben M, Meijer R, Croes E, Ketelaars A, van der Pol P. Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2016. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
7. Hedman L, Galanti MR, Ryk L, Gilljam H, Adermark L. Electronic cigarette use and smoking cessation in cohort studies and randomized trials: A systematic review and meta-analysis. Vol. 7, Tobacco Prevention & Cessation. 2021. p. 62.
8. Stoptober.nl. Stoptober 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://web.archive.org/web/20210811233033/https://stoptober.nl/.
9. Nu.nl. Hans Klok en Patricia Paay stoppen met roken voor actiemaand Stoptober [Internet]. 2021. Available from: https://web.archive.org/web/20210903111924/https://www.nu.nl/privacy-gate/accept?redirectUri=https%3A%2F%2Fwww.nu.nl%2Fachterklap%2F6154781%2Fhans-klok-en-patricia-paay-stoppen-met-roken-voor-actiemaand-stoptober.html%3F_ga%3D2.195409256.517269461.1630326
10. Troelstra SA, Harting J, Kunst AE. Effectiveness of a large, nation-wide smoking abstinence campaign in the Netherlands: A longitudinal study. Vol. 16, International Journal of

Environmental Research and Public Health. 2019.
11. Troelstra SA, Kunst AE, Harting J. “Like you are fooling yourself”: How the “stoptober” temporary abstinence campaign supports Dutch smokers attempting to quit. Vol. 19, BMC Public Health. BMC Public Health; 2019. p. 1–10.
12. Troelstra S, Bommelé J, Willemsen M. Fatsheet: Stoptober 2020: Hoe denken Nederlandse rokers over Stoptober, stoppen met roken en de coronacrisis? Utrecht: Trimbos-instituut, Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging; 2020.
13. Springvloet L, Van Laar MW. Factsheet: Roken onder volwassenen: Kerncijfers 2016. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
14. Willemse E, Van Westen-Lagerweij N, Troelstra S, Van Aerde M, Willemsen M. Stoppen-met-rokenzorg in de huisartsenpraktijk: Een verkenning naar de stand van zaken [Internet]. 2021. Available from: https://web.archive.org/web/20210901142832/https://www.trimbos.nl/docs/01136f63-8332-4cfd-9c43-3f6f4eb21ffb.pdf.
15. IQVIA-Nederland. Anti-rookmiddelen Zelfzorg Markt: [2021/09/06]: Voorbereid voor: Trimbos Instituut. Amsterdam: IQVIA Nederland; 2021.
16. Verbiest ME, Chavannes NH, Crone MR, Nielen MM, Segaar D, Korevaar JC, et al. An increase in primary care prescriptions of stop-smoking medication as a result of health insurance coverage in the Netherlands: population based study. Vol. 108, Addiction. 2013. p. 2183–2192.

12.6 Ziekte en sterfte

12.6.1 Ziekte

Blootstelling aan tabaksrook heeft onder andere invloed op het ontstaan van kanker, longziekten en hart- en vaatziekten.

- Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 is roken nog steeds de belangrijkste oorzaak van morbiditeit in Nederland: 9,4% van de totale ziektelast komt door roken [1].
- De ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's (Disability-Adjusted Life-Years). De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: de jaren geleefd met ziekte en de jaren verloren door vroegtijdige sterfte. In 2015 was wereldwijd het aantal aan roken toe te schrijven DALY’s 170,9 miljoen [2]. In 2017 konden volgens de Global Burden of Disease Study wereldwijd 7,1 miljoen doden en 182 miljoen DALY’s aan roken worden toegeschreven [3]. In 2019 was dit gestegen naar 7,7 miljoen doden door het roken en 200 miljoen DALY's door het roken [4].
- Roken is de belangrijkste oorzaak voor longkanker, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), slokdarmkanker, strottenhoofdkanker en mondholtekanker. In 2018 kon in Nederland 89% van de sterfte door longkanker bij mannen en 73% 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 een ongunstig beloop van chronische ziekten. Het is ook aannemelijk dat rokers een grotere kans hebben om ziek te worden van een besmetting met het coronavirus [5].
- Uit een recente meta-analyse blijkt dat rokers in vergelijking met niet-rokers drie keer zo veel kans hebben op een acute hartdood [6].
- Er bestaat ook een verband tussen het roken en enkele psychische stoornissen (depressie, schizofrenie en angststoornissen). Uit een systematische review uit 2017 kwam naar voren dat er verbanden bestaan tussen het roken enerzijds en depressie en angst anderzijds, maar dat over de causaliteit nog geen duidelijke uitspraken gedaan kunnen worden [7].

Roken tijdens zwangerschap

Roken tijdens de zwangerschap is geassocieerd met verminderde foetale groei en verhoogt het risico op een laag geboortegewicht, vroeggeboorte, aangeboren afwijkingen en sterfte rond de geboorte [8–10].

- 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 [9].
- Op de lange termijn is roken geassocieerd met onder andere een verhoogde kans op astma, overgewicht en een verminderde vruchtbaarheid van het kind zelf.
- Uit een recente systematische review kwam naar voren dat er een dosis-respons verband bestaat tussen de mate waarin de moeder tijdens de zwangerschap heeft gerookt en de kans

op een groeiachterstand van de baby bij de geboorte [11].
- Een grootschalige meta-analyse heeft een relatie aangetoond tussen het instellen van rookverboden en een vermindering van vroeggeboortes én ernstige astmaklachten bij baby's [12]. Uit een overzichtsstudie blijkt dat wereldwijd, na de invoering van antirookwetgeving, dalingen werden gemeten van 4% in het aantal te vroeg geboren baby's, 10% van het aantal ziekenhuisopnames voor astma aanvallen, 3% van infecties van het ademhalingssysteem en 18% van de ziekenhuisopnames voor lage luchtweginfecties [13].
- In 2014 overleden in Nederland naar schatting 60 baby's doordat de moeder gedurende de gehele zwangerschap dagelijks rookte [8].
- Uit een grote meta-analyse wordt duidelijk dat laagopgeleide vrouwen minder vaak stoppen met roken tijdens de zwangerschap dan andere vrouwen [14].

Meeroken en derdehands rook

Omgevingstabaksrook is een mengsel van rook afkomstig van het smeulen van tabak, rook die wordt uitgeblazen door rokers en rook die direct door het omhulsel van de sigaret trekt. 'Meeroken' is het inademen van tabaksrook uit de omgeving door niet-rokers, ook wel 'passief roken' genoemd. Tabaksrook is een mengsel van vele verschillende stoffen, waarvan er honderden schadelijk zijn voor de gezondheid [15]. Met derdehands rook worden de stoffen aangeduid die tijdens het roken neerdalen in de omgeving en daar achterblijven [16].

- Meeroken (tweedehands rook) kan diverse ziekten veroorzaken. Mensen die zelf niet roken, maar regelmatig meeroken met een rokende partner of een andere roker, hebben een verhoogde kans op longkanker, hart- en vaatziekten, hersenbloedingen, luchtwegklachten, dementie, blaaskanker en baarmoederhalskanker [17–19].
- Meeroken kan ook ernstige gezondheidsproblemen bij kinderen veroorzaken. Kinderen die meeroken hebben meer kans op wiegendood, luchtwegklachten en verminderde longfunctie, astma en andere lage luchtwegziekten en oorontsteking [15].
- In een groot Zweeds onderzoek werd aangetoond dat niet-rokende personen die zowel thuis als op het werk regelmatig meeroken, drie keer meer kans hebben om COPD te ontwikkelen dan niet-rokende personen die niet hadden meegerookt [20]. Vooral hulpverleners die bij mensen in hun thuisomgeving werken, kunnen aan rook in hun werkomgeving worden blootgesteld [21].
- Kinderen en baby's lopen een groter risico om derdehands rook binnen te krijgen dan volwassenen. De precieze gezondheidsschade door derdehands rook is nog niet bekend. Onderzoekers schatten dat 5% tot 60% van de gezondheidsschade die wordt toegeschreven aan meeroken, in werkelijkheid wordt veroorzaakt door derdehands rook. Ook als iemand alleen maar buiten rookt, kan er toch derdehands rook het huis in komen [1,16].
- Een kwart van de gebruikers van e-sigaretten is op dit product overgestapt om omstanders te ontzien voor het meeroken. Toch worden ook bij het gebruik van e-sigaretten schadelijke stoffen uitgeademd, zoals propyleenglycol, nicotine en nitrosamines. De hoeveelheid die wordt uitgeademd is sterk afhankelijk van de samenstelling van de gebruikte vloeistof, de intensiteit van het dampen (frequentie en inhalatie), en de ventilatie en afmetingen van de ruimte waarin wordt gedampt. Dit bepaalt ook in hoeverre gezondheidsrisico's kunnen optreden [22].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht: Synthese. Bilthoven: RIVM; 2018.
2. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. Vol. 113, Addiction. 2018. p. 1905–1926.
3. Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Stu. Vol. 392, The Lancet. 2018. p. 1923–1994.
4. GBD-2019-Risk-Factors-Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019. Vol. 397, Lancet. 2021. p. 2337–2360.
5. Croes E. Hoe onzin over roken en corona de wereld in komt: maandag 25 mei 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.trimbos.nl/actueel/blogs/blog/hoe-onzin-over-roken-en-corona-de-wereld-in-komt.
6. Aune D, Schlesinger S, Norat T, Riboli E. Tobacco smoking and the risk of heart failure: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. Vol. Oct 2018, European Journal of Preventive Cardiology. 2018.
7. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafo MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. Vol. 19, Nicotine and Tobacco Research. 2017. p. 3–13.
8. Hopman P, Croes E. Kinderen en roken: een aantal feiten op een rij. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
9. Lanting CI, Van Wouwe JP, Van Dommelen P, Van der Pal-De Bruin KM, Jong S De Josselin de, Van Laar M. Alcoholgebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding. Leiden/Utrecht: TNO/Trimbos-instituut; 2015.
10. Philips EM, Santos S, Trasande L, Et-al. Changes in parental smoking during pregnancy and risks of adverse birth outcomes and childhood overweight in Europe and North America: An individual participant data meta-analysis of 229,000 singleton births. PLOS Medicine. 2020. p. published: August 18, 2020.
11. Quelhas D, Kompala C, Wittenbrink B, Han Z, Parker M, Shapiro M, et al. The association between active tobacco use during pregnancy and growth outcomes of children under five years of age: A systematic review and meta-analysis. Vol. 18, BMC Public Health. BMC Public Health; 2018. p. 1–17.
12. Been JV, Nurmatov UB, Cox B, Nawrot TS, van Schayck CP, Sheikh A. Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. Vol. 383, The Lancet. 2014. p. 1549–1560.
13. Faber T, Kumar A, Mackenbach JP, Millett C, Basu S, Sheikh A, et al. Effect of tobacco control policies on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. Vol. 2, The Lancet Public health. 2017. p. 420–437.
14. Riaz M, Lewis S, Naughton F, Ussher M. Predictors of smoking cessation during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Vol. 113, Addiction. 2018. p. 610–622.
15. Ter Weijde W, Croes E, Verdurmen JE, Monshouwer K. Factsheet: Meeroken. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
16. Bommelé J, Van Laar MW. Notitie: Derdehands Rook. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.

17. Peters RJG. Nieuwe wetenschappelijke argumenten voor het verder terugdringen van tabaksgebruik, ook in horecagelegenheden. Vol. 151, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2007. p. 167–168.
18. Roman-Urrestarazu A, Yang J, Robertson R, McCallum A, Gray C, McKee M, et al. Brexit threatens the UK's ability to tackle illicit drugs and organised crime: What needs to happen now? [Internet]. Vol. 123, Health Policy. Elsevier Ireland Ltd; 2019. p. 521–525. Available from: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.04.005
19. Yan H, Ying Y, Xie H, Li J, Wang X, Ke LH, et al. Secondhand smoking increases bladder cancer risk in nonsmoking population: a meta-analysis. Cancer Management and Research. 2018. p. 10–3781.
20. Hagstad S, Bjerg A, Ekerljung L, Backman H, Lindberg A, Ronmark E, et al. Passive smoking exposure is associated with increased Risk of COPD in never smokers. Vol. 145, Chest. 2014. p. 1298–1304.
21. Angus K, Semple S. Home Health and Community Care Workers' Occupational Exposure to Secondhand Smoke: A Rapid Literature Review. Vol. 21, Nicotine and Tobacco Research. 2019. p. 1673–1679.
22. Visser W, Geraets L, Bos P, Ramlal R, Fokkens P, Klerx W, et al. De gezondheidsrisico's van e-sigaretten voor omstanders. Bilthoven: RIVM; 2016.

12.6.2 Sterfte

In het kort: Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte. In 2019 overleden in Nederland volgens de gangbare schatting 19.272 mensen van twintig jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken, exclusief de sterfte door meeroken. Doordat het aandeel van het roken in de sterfte door corona nog onbekend is, is dit aantal voor 2020 en 2021 nog onbekend.

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte.

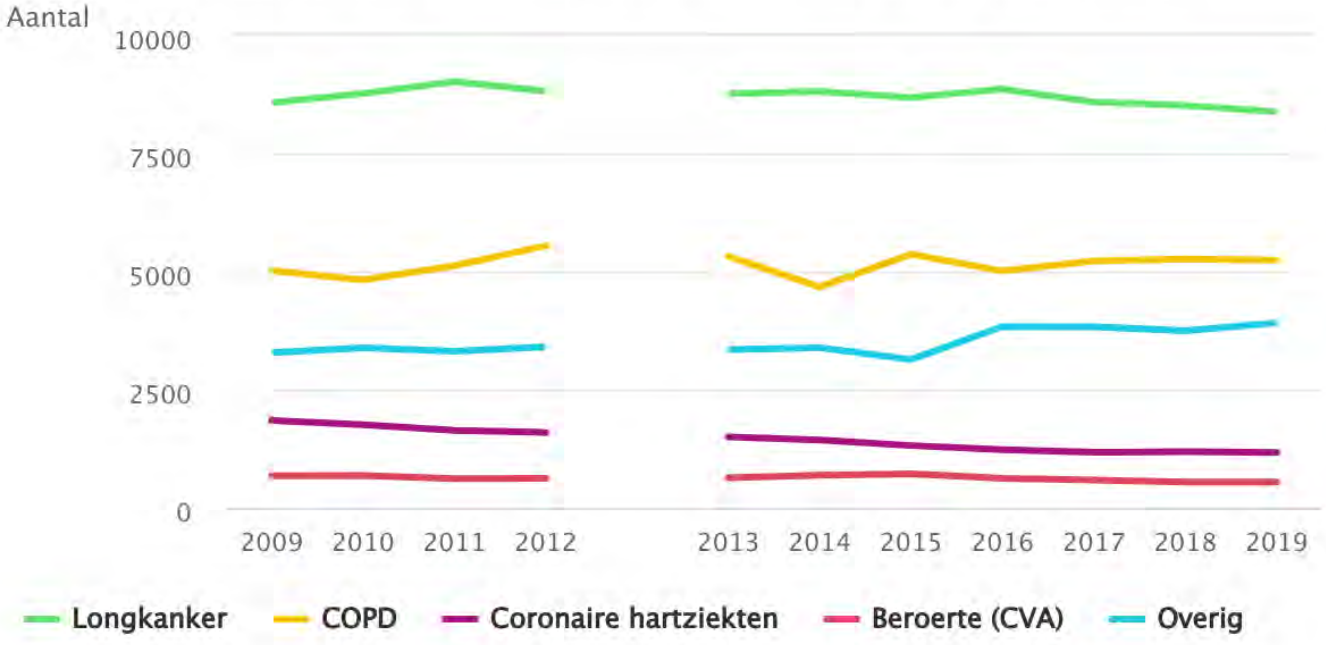
- In 2019 overleden in Nederland volgens de gangbare schatting 19.272 mensen van twintig jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken, exclusief de sterfte door meeroken (zie onderstaande tabel). Dit betekent dat in Nederland 12,7% van alle sterfgevallen onder mensen van 20 jaar en ouder aan roken kan worden toegeschreven. Voor 2020 en 2021 zijn nog geen vergelijkbare gegevens beschikbaar, doordat nog niet bekend is welk deel van de coronagerelateerde sterfte gerelateerd is aan het roken [1].
- Enkele maanden na de eerste coronagolf en coronamaatregelen in 2020 waren er iets minder rokers, maar de rokers die bleven roken zijn gemiddeld wel meer gaan roken. Naar verwachting zullen daardoor door de coronacrisis per jaar 200 tot 700 extra overlijdens plaatsvinden door het roken [2].
- Uit een Nederlandse cohortstudie bleek dat levenslange zware rokers een kans van 23% hebben om vóór hun 65^{e} jaar te overlijden, tegenover 7% van de niet-rokers. De zware rokers verliezen naar schatting 13 levensjaren, matige rokers 9 en lichte rokers verliezen 5 levensjaren [3].
- Dit komt overeen met buitenlands onderzoek. Zo blijkt uit Britse, Amerikaanse en Japanse grootschalige bevolkingsonderzoeken dat rokers gemiddeld ongeveer tien jaar eerder sterven dan niet-rokers. Het gaat hierbij om jarenlang, onafgebroken roken. Stoppen met roken zorgt voor een geleidelijk herstel in de levensverwachting [4–6]. In een grootschalige Australische cohortstudie werd bevestigd dat rokers gemiddeld 10 jaar eerder stierven dan niet-rokers. Bij twee derde van de overleden rokers kon de doodsoorzaak aan roken worden toegeschreven [7].
- Wereldwijd is naar schatting één op de honderd sterfgevallen het gevolg van meeroken. Jaarlijks sterven er in totaal naar schatting 600.000 niet-rokers aan de gevolgen van meeroken [8,9]. De sterfte ontstaat vooral door hartziekten, luchtweginfecties, astma en longkanker.
- Door een forse daling van het aantal rokers onder mannen in de periode 1960-1990 is het aantal nieuwe gevallen van longkanker onder mannen vanaf het midden van de jaren tachtig gedaald. Deze daling bij mannen heeft zich in de periode 1990-2017 voortgezet. Bij vrouwen stijgt het aantal nieuwe gevallen van longkanker al sinds 1960. Deze stijging heeft zich in de periode 1990-2014 voortgezet, hoewel deze stijging sinds 2008 is afgezwakt. Vrouwen zijn in tegenstelling tot mannen vanaf de jaren zestig meer gaan roken. Vanaf de jaren tachtig gingen vrouwen geleidelijk minder roken. In absolute getallen is het aantal vrouwen dat jaarlijks longkanker krijgt nog steeds kleiner dan het aantal mannen dat jaarlijks longkanker krijgt. De sterfte aan coronaire hartziekten door roken (vanwege afwijkingen in de kransslagaders) daalt bij mannen en vrouwen (zie onderstand figuur).

Sterftegevallen onder mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder die toe te wijzen zijn aan roken, voor 15 'aan roken gerelateerde aandoeningen'. Peiljaar 2019

	Aan roken gerelateerde sterfte			% toewijsbaar aan roken van de totale sterfte		
Aandoening	**Mannen**	**Vrouwen**	**Totaal**	**Mannen**	**Vrouwen**	**Totaal**
Longkanker	5.175	3.212	8.387	89%	73%	82%
COPD	2.889	2.359	5.248	84%	68%	76%
Coronaire hartziekten	869	301	1170	18%	9%	14%
Slokdarmkanker	772	212	984	53%	41%	50%
Hartfalen	389	304	693	13%	6%	9%
Beroerte	353	194	547	9%	4%	6%
Alvleesklierkanker	243	182	425	17%	12%	14%
Darmkanker	282	185	467	12%	8%	10%
Blaaskanker	247	89	336	30%	21%	26%
Borstkanker	0	229	229	0%	7%	7%
Mondholtekanker	115	67	182	61%	43%	53%
Strottenhoofdkanker	151	31	182	85%	82%	85%
Diabetes	94	62	156	7%	4%	6%
Nierkanker	115	46	161	19%	12%	16%
Maagkanker	72	33	105	10%	6%	9%
Totaal (15 oorzaken)	11.766	7.506	19.272			
Totale sterfte in Nederland	74.432	77.453	151.885	15,8%	9,7%	12,7%

Aantal overledenen gerelateerd aan roken en aandeel van het roken (%) in de sterfte aan een ziekte. Berekening op basis van de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS en de PAR's voor de verschillende ziektes door het RIVM voor het jaar 2019; PAR = Populatie Attributief Risico. Bronnen: CBS, RIVM.

Sterfte door roken voor enkele aandoeningen onder mensen van 20 jaar en ouder, 2009–2019



Aantal sterfgevallen door roken. Overige aandoeningen zijn onder meer mondholtekanker, strottenhoofdkanker, slokdarmkanker en hartfalen. De cijfers zijn berekend door het RIVM op basis van de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS en de PAR's voor de verschillende ziektes. Bronnen: CBS, RIVM.

NDM

	Longkanker	COPD	Coronaire hartziekten	Beroerte (CVA)	Overig
2009	8583	5023	1849	681	3285
2010	8774	4824	1761	687	3388
2011	9024	5125	1642	619	3318
2012	8827	5551	1595	624	3409

	Longkanker	COPD	Coronaire hartziekten	Beroerte (CVA)	Overig
2013	8767	5328	1505	638	3356
2014	8820	4677	1438	690	3392
2015	8692	5371	1319	722	3140
2016	8872	5016	1232	627	3840
2017	8593	5227	1176	588	3836
2018	8524	5270	1188	544	3749
2019	8387	5248	1170	547	3920

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Volksgezondheidenzorg.info. Sterfte door roken [Internet]. 2022. Available from: https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/gevolgen#node-sterfte-door-roken
2. RIVM. c-VTV: 27 november 2020: Door coronacrisis 200 tot 700 sterfgevallen door roken per jaar extra [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20210126113615/https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/c-vtv/gezondheid/leefstijl.
3. Reep-van-den-Bergh CMM, Harteloh PPM, Croes EA. Doodsoorzaak nr. 1 bij jonge Nederlanders: de sigaret. Vol. 161:D1991, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2017.
4. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. Vol. 328, BMJ. 2004.
5. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. Vol. 370, The New England Journal of Medicine. 2014. p. 60–68.
6. Sakata R, McGale P, Grant EJ, Ozasa K, Peto R, Darby SC. Impact of smoking on mortality and

life expectancy in Japanese smokers: a prospective cohort study. Vol. 345, BMJ. 2012.
7. Banks E, Joshy G, Weber MF, Liu B, Grenfell R, Egger S, et al. Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. Vol. 13, BMC Medicine. 2015.
8. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Pruss-Ustun A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. Vol. 377, The Lancet. 2011. p. 139–146.
9. WHO. Report on the global tobacco epidemic. Geneva: WHO; 2013.

12.7 Aanbod en markt

In het kort: De daling in het roken gedurende de afgelopen jaren komt overeen met een daling in de hoeveelheid verkochte tabak en een daling in het aantal verkooppunten van tabak.

Snel naar:

- Verkoop van tabak
- Verkrijgbaarheid van tabak
- Marktaandelen

12.7.1 Verkoop en verkrijgbaarheid

Verkoop van tabak

De verkoop van tabak in Nederland geeft ook een indicatie van de mate waarin tabak wordt gebruikt.

- Het Ministerie van Financiën levert gegevens over de tabaksomzet in Nederland aan de Europese Unie [1]. De zogenaamde ‘releases for consumption’ zijn de hoeveelheden die zijn uitgeleverd aan de kleinhandel die tabak verkoopt. Daarbij wordt accijns geheven. Voor sigaretten wordt het aantal stuks geteld, voor shag wordt het aantal kilo’s dat voor consumptie is vrijgegeven doorgegeven. In onderstaande tabel is op basis van de uitgiftecijfers van kilo’s shag het aantal shagjes geschat.
- In grote lijnen worden er vanaf 2003 jaarlijks minder tabaksproducten verkocht, met af en toe moeilijk te duiden fluctuaties. Tussen 2020 en 2021 vond er nog een daling plaats van 11,3 naar 8,5 miljard verkochte sigaretten en van 8,7 naar 4,4 miljard verkochte shagjes (zie onderstaande tabel) [1].

Verbruik van sigaretten en shag in Nederland, vanaf 2000

Jaar	Aantal sigaretten (miljard)	Aantal shagjes (miljard)[1]	Totaal aantal sigaretten en shagjes (miljard)
2000	16,7	13,7	30,4
2001	16,3	12,4	28,7
2002	17,0	13,1	30,1
2003	17,1	12,9	30,0
2004	15,0	12,1	27,1
2005	13,7	11,0	24,7
2006	14,0	10,8	24,8
2007	15,2	10,7	25,9
2008	14,9	10,3	25,2
2009	13,4	9,6	23,0
2010	13,4	9,0	22,4
2011	12,8	8,7	21,5
2012	12,4	8,8	21,2
2013	9,2	7,0	16,2
2014	11,2	8,0	19,2
2015	9,3	6,5	15,8
2016	10,4	6,9	17,3
2017	9,9	6,3	16.2
2018	11,1	6,6	17,7
2019	10,4	5,9	16,3
2020	11,3	8,7	20,0
2021	8,5	4,4	12,9

I. Onder de aanname: 1 gram shag per shagje. Bronnen: STIVORO, CBS, Ministerie van Financiën, European Commission.

Verkrijgbaarheid van tabak

Rookwaren worden verkocht via verschillende kanalen, zoals kanalen voor de verkoop van voedsel (supermarkten), tankstations en tabakskanalen (tabaks- en gemakszaken) [2]. Het marktaandeel van deze verkoopkanalen verschilt voor sigaretten, shag en sigaren (zie onderstaande tabel). Dit betreft dus gegevens van de aanbodkant van de markt.

Marktaandeel in percentages van verschillende verkoopkanalen in de verkoop van sigaretten, shag en sigaren. Peiljaar 2021

Verkoopkanaal	Sigaretten (%)	Shag (%)	Sigaren (%
Voedsel (supermarkt)	59,0	69,5	53,2
Tankstation	30,4	17,3	25,9
Tabakskanaal (tabaks- en gemakszaak)	9,5	12,2	20,9
Overig	1,1	1,0	-
Totaal	100	100	100

Bron: NSO Retail.

Marktaandelen

- Sigaretten (59,0%), shag (69,5%) en sigaren (53,2%) worden het meest verkocht via voedselketens (supermarkten). Sigaren worden voor een groot deel ook in tabaks- en gemakszaken en tabaksspeciaalzaken (20,9%) aangeschaft [2].
- Tussen 2020 en 2021 daalde het aantal verkooppunten van tabak van 9.936 naar 9.666 verkooppunten [3]. De grootste daling vond plaats in de supermarkten, waar het aantal verkooppunten van tabak daalde van 4.797 in 2020 naar 4.501 in 2021 [3]. In 2014 waren er nog ruim 23.000 verkooppunten van tabak bekend [4].

In de aanvullende module van de Leefstijlmonitor is in 2018 gevraagd waar de rokers hun tabakswaren kopen. Dit is dus vanuit de vraagkant. Men mocht maximaal 3 locaties aankruisen.

- Rokers kopen hun rookwaar meestal (ook) in de supermarkt (73,4%), gevolgd door tankstations (38,3%) en tabaksspeciaalzaken (27,3%).
- In mindere mate werden tabaksproducten gekocht in tijdschriften- of gemakswinkels (14,3%), via een automaat (6,1%), bij een stationskiosk (2,9%), in de snackbar aan de kassa (1,6%), in een café aan de bar (1,4%), of via het internet (0,4%).
- Rookwaar wordt het minst vaak gekocht in de discotheek (0,1%) (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2018).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EC. Releases for consumption of cigarettes and fine cut tobacco (2002-2021) [Internet]. 2023. Available from: https://taxation-customs.ec.europa.eu/taxation-1/excise-duties/excise-duties-tobacco_en
2. NSO. Marktcijfers [Internet]. 2023. Available from: https://www.tabaksdetailhandel.nl/assortimenten/tabak/marktcijfers
3. SEO. Factsheet verkooppunten tabak ultimo 2021 [Internet]. 2023. Available from: https://www.seo.nl/wp-content/uploads/2022/12/Factsheet-verkooppunten-tabak-ultimo-2021-v03-1.pdf
4. Gerritsen M, Van der Voort J, Rougoor W, Smits T, Huizer S. Economische effecten beperken verkooppunten tabak: omzet- en werkgelegenheidseffecten verkooppunten als gevolg van verbod tabaksverkoop. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek; 2015.

12.7.2 Naleving leeftijdsgrens en rookverbod

In het kort: In 2021 werden weer meer boetes uitgedeeld voor het overtreden van de leeftijdsgrens voor het verkopen van tabak. Het maatregelpercentage bleef het hoogst in de horeca. Op enkele onderwijsterreinen werden overtredingen van het rookverbod geconstateerd.

Controle en handhaving van de leeftijdsgrens

Vanaf 2015 voert de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) leeftijdsgrenscontroles uit met als doel de naleving van de wet- en regelgeving te bevorderen [1]. Artikel 8 van de Tabaks- en rookwarenwet bepaalt dat het verboden is tabaksproducten, dampwaren en kruidenrookproducten te verstrekken aan een persoon van wie niet is vastgesteld dat deze de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Deze vaststelling dient plaats te vinden aan de hand van een officieel identiteitsbewijs [1]. Kooppogingen zijn daarbij waarnemingen door de inspecteurs dat een persoon die niet onmiskenbaar de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt, tabaksproducten of e-sigaretten probeert te kopen. Als de verkoper niet op een juiste wijze vaststelt dat de koper onmiskenbaar 18 jaar is, is er sprake van een overtreding. Bij overtreding van de Tabaks- en rookwarenwet is de NVWA bevoegd een maatregel op te leggen. De maatregel kan bestaan uit een boete of een tijdelijke ontzegging van de tabaksverkoop. Bij een overtreding kan de NVWA een boete opleggen variërend van 450 euro tot 450.000 euro [2]. Ook kan de NVWA producten die niet aan de nieuwe regels voldoen in beslag nemen.

- In de periode van 2015 tot en met 2021 lag het percentage boetes het hoogst in 2021 (38%, zie onderstaande tabel) [1].
- Het aantal leeftijdscontroles (inspecties) steeg van 3.305 in 2015 tot 6.111 in 2019, maar daalde naar 1.723 in 2020 vanwege de coronamaatregelen. In 2021 vond er weer een stijging plaats naar 3.469 controles [3]. Het maatregelpercentage verschilt per branche, maar blijft het hoogst bij de horeca. Vanaf 2015 tot en met 2017 daalde het percentage opgelegde maatregelen (van 20% naar 16%), maar in 2018 was er weer een stijging tot 24%, waarna er weer een daling plaatsvond naar 19% in 2019 en weer een stijging naar 23% in 2020 en een verdere stijging naar 38% in 2021.

Resultaten leeftijdsgrensinspecties door de NVWA, 2015-2021

		2015	2016	2017	2018	2019	2020[i]	2021
Verkooplocatie		Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal
Controles								
	Horeca	612	980	1.091	1.382	1.414	291	296
	Supermarkten: keten/klein	536	821	686	944	949	100/162	266/446
	Evenementen	36	22	3	-	-	-	-
	Tabaksspeciaalzaken	706	1.02	844	1.161	1.72	553	789
	Tankstations	1.097	1.079	818	923	1.579	440	1.334
	Overige	318	394	387	513	449	177	338
	Totaal	**3.305**	**4.316**	**3.829**	**4.923**	**6.111**	**1.723**	**3.469**
Koppoging								
	Horeca	161	166	130	110	95	26	52
	Supermarkten: keten/klein	221	221	160	172	131	23/19	522/250
	Evenementen	11	10	2	-	-	-	-
	Tabaksspeciaalzaken	301	244	164	144	175	78	398
	Tankstations	434	280	174	112	128	58	307
	Overige	97	88	52	51	42	42	106
	Totaal	**1.225**	**999**	**682**	**589**	**571**	**246**	**1.635**
Maatregelen[ii] (m.n. boetes) %								
	Horeca	61 (38%)	59 (38%)	32 (25%)	42 (38%)	32 (34%)	13 (50%)	26 (50%)
	Supermarkten: keten/klein	35 (16%)	36 (16%)	28 (18%)	46 (27%)	25 (19%)	0 (0%)/9 (47%)	129 (25%)/130 (52%)
	Evenementen	4 (36%)	0	1 (50%)	-	-	-	-
	Tabaksspeciaalzaken	57 (19%)	41 (17%)	25 (15%)	31 (22%)	26 (15%)	11 (14%)	164 (41%)
	Tankstations	65 (15%)	19 (7%)	12 (7%)	11 (10%)	6 (5%)	11 (19%)	119 (39%)
	Overige	29 (30%)	21 (24%)	10 (19%)	9 (18%)	-	12 (29%)	49 (46%)
	Totaal	**251**	**176**	**108**	**139**	**106**	**56**	**617**
	(%)	**(20%)**	**(18%)**	**(16%)**	**(24%)**	**(19%)**	**(23%)**	**(38%)**

i. Vanwege de coronamaatregelen zijn er in 2020 minder inspecties uitgevoerd dan gepland. ii. De aantallen (en percentages) bij "Maatregelen" zijn gerelateerd aan de koppogingen. Bron: NVWA, Leeftijdsgrensinspecties 2015-2021.

Onderzoek naar de naleving van de leeftijdsgrens

- In 2022 heeft Bureau Objectief, in opdracht van het Ministerie van VWS, met behulp van minderjarige mysteryshoppers van 16 en 17 jaar de naleving van de leeftijdsgrens onderzocht [4]. In totaal werden voor tabak 1.112 aankooppogingen gedaan. Voor tabak werd gemiddeld in 63,7% van de aankooppogingen door 16- en 17-jarigen hun leeftijd door de verkoper goed gecontroleerd. De gemiddelde naleving was daarmee gestegen van 55,2% in 2020 naar 63,7% in 2022. De mate waarin niet werd nageleefd lag daarmee in 2022 op 36,3%. Dit percentage komt dicht in de buurt van de 38% niet-naleving die hierboven werd genoemd op grond van de cijfers van de NVWA.
- De leeftijd werd in 2022 het vaakst goed gecontroleerd in de ketensupermarkten (80,8%), gevolgd door de avondwinkels (59,4%), de tabaksspeciaalzaken (58,2%), de tankstations (49,8%), en de zelfstandige supermarkten (48,3%). Minder vaak werd gecontroleerd in de cafetaria's (39,4%) en de thuisbezorgkanalen (18,6%) [4].
- In 2020 voerde onderzoeksbureau Breuer&Intraval een online enquête uit onder 7.565 minderjarigen van 14-17 jaar [5]. Van de 14-17-jarigen die wel eens tabak probeerden te kopen, lukte 76% dat in de tabakswinkels en eveneens 76% in de supermarkten, 78% in de tankstations, 85% in de cafetaria en eveneens 85% in de horeca. Van de minderjarigen zei 38% wel eens speciale tactieken toe te passen om tabak te kunnen kopen, zoals er ouder uit proberen te zien. Als speciale tactiek had met name 20% van de minderjarigen wel eens een identiteitsbewijs gebruikt van een ouder iemand en had 19% wel eens een vervalst identiteitsbewijs gebruikt [5]. Dit zal de kans op een geslaagde kooppoging hebben vergroot.
- Begin 2019 heeft de Universiteit Twente in twee provincies een benchmark onderzoek uitgevoerd, eveneens met behulp van minderjarige mysteryshoppers. De gemiddelde naleving van de Tabakswet was 49%. De naleving bleek het hoogst in de supermarkten (70%), gevolgd door de tabaks- en gemakszaken (65%), de horeca (43%), de tankstations (38%) en de cafetaria's (30%) [6].
- Gebruik in supermarkten van leeftijdsverificatiesystemen (LVS), die uitrekenen en bevestigen of een klant een legale koopleeftijd (voor tabak) heeft bereikt, vergroten de kans op het correct naleven van de leeftijdsgrens bij pogingen tot tabaksaankopen van 17-jarigen. Caissières die naar legitimatie vragen en gebruik maken van een LVS leven de wet 12 tot 13 keer vaker na dan caissières die geen LVS gebruiken [7].
- Bovenstaande onderzoeken hebben alleen betrekking op de verkoop van tabak bij openbare gelegenheden. Hiermee is nog onbekend hoe goed de leeftijdsgrenscontroles verlopen bij verkoop via thuisbezorging [8].

Controle en handhaving van het rookverbod

Niet alleen houdt de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) toezicht op de leeftijdsgrenscontroles, zoals hierboven werd beschreven. De NVWA houdt ook toezicht op de naleving van het rookverbod in onder andere de horeca [9] en op onderwijsterreinen [10].

- In 2021 zijn in de horeca 807 inspecties uitgevoerd op momenten dat er een verhoogd risico was op overtreding van het rookverbod [9]. Er werden daarbij 134 maatregelen opgelegd (17%), waarvan 123 boetes en 11 schriftelijke waarschuwingen. Bij 45 boetes ging het om een horecazaak die nog een rookruimte had. Sinds 27 september 2019 mogen horecazaken geen rookruimte meer hebben [9].
- Vanaf augustus 2020 dienen de terreinen bij scholen, universiteiten en andere onderwijsinstellingen volledig rookvrij te zijn [10]. Van maart 2021 tot en met juli 2022 inspecteerde de NVWA in totaal 568 onderwijsinstellingen op de handhaving van het rookverbod op hun onderwijsterreinen. Er werden 343 basisscholen bezocht en daarbij werd één overtreding geconstateerd. Bij de 168 instellingen voor voortgezet onderwijs werd geen enkele overtreding vastgesteld. Bij 41 instellingen voor middelbaar beroepsonderwijs werden 4 overtredingen geconstateerd, bij 13 instellingen voor hoger beroepsonderwijs 2, en bij 1 instelling voor wetenschappelijk onderwijs werd 1 overtreding geconstateerd [10].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. NVWA. Inspectieresultaten leeftijdsgrens tabak 2021: Inspectieresultaat 17-03-2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.nvwa.nl/documenten/consument/eten-drinken-roken/roken/publicaties/inspectieresultaten-leeftijdsgrens-tabak-2021
2. NVWA. De hoogte van de bestuurlijke boete [Internet]. 2022. Available from: https://www.nvwa.nl/over-de-nvwa/hoe-de-nvwa-werkt/toezicht-maatregelen-en-boetes/bestuurlijke-boete/de-hoogte-van-de-bestuurlijke-boete
3. NVWA. Leeftijdsgrens tabak: Inspectieresultaten 2020. Utrecht: NVWA; 2021.
4. Hessels M, Geerlings M, van den Berk T, Buitink E, van Amerongen G, Wolters T. Landelijk onderzoek naar de naleving van de leefijdsgrens bij alcohol- en tabaksverkoop in 2022 [Internet]. Nijmegen: Bureau Objectief; 2022. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/08/31/rapport-landelijk-onderzoek-naar-de-naleving-van-de-leeftijdsgrens-bij-alcohol-en-tabaksverkoop-in-2022
5. Kruize A, Pieper R. Monitor Kopen tabak door jongeren: Meting 2020. Groningen-Rotterdam: Breuer&Intraval; 2021.
6. Van Hoof JJ. Naleving leeftijdsgrens bij verkoop tabak. Benchmark onderzoek 2019 : factsheet. Enschede: Universiteit Twente; 2019.
7. Roodbeen R, Schelleman-Offermans K. Alcohol- en tabaksverkoop aan jongeren 2016: landelijke naleving van de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de Drank- en Horecawet en Tabakswet. Nijmegen: Nuchter, Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen; 2016.
8. Braam S. Flitsbezorging tabak schreeuwt om vergunningstelsel tabaksverkoop [Internet]. 2021. Available from: https://web.archive.org/web/20210813085600/https://www.tabaknee.nl/nieuws/item/2412-flitsbezorging-tabak-schreeuwt-om-vergunningstelsel-tabaksverkoop.
9. NVWA. Inspectieresultaten rookverbod 2021: Inspectieresultaat 17-03-2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.nvwa.nl/documenten/consument/eten-drinken-roken/roken/publicaties/inspectieresultaten-rookverbod-2021

10. NVWA. Inspectieresultaten rookverbod op onderwijsterreinen 2021-2022: Inspectieresultaat 19-09-2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.nvwa.nl/documenten/consument/eten-drinken-roken/roken/publicaties/inspectieresultaten-rookverbod-op-onderwijsterreinen-2021-2022

12.7.3 Accijnzen

De prijs van tabaksproducten is opgebouwd uit productiekosten, accijnzen, andere belastingen (zoals BTW) en winst. In veel landen bestaat de helft tot drie kwart van de verkoopprijs uit belastingen. Door de Nederlandse overheid worden accijnzen primair gezien als een bron van inkomsten. Daarnaast speelt accijnsverhoging een rol in het tabaksontmoedigingsbeleid [1]. Een stapsgewijze verhoging van de prijs van tabaksproducten wordt in de wetenschappelijke literatuur beschouwd als de meest effectieve beleidsmaatregel om het aantal rokers en het aantal gerookte sigaretten (bij rokers die doorgaan met roken) te verlagen [1,2].

- 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 [3]. Nederland is in 2011 overgegaan naar de WAP-berekening van de accijnzen [4]. De trend is dat de gemiddelde belastingdruk op sigaretten toeneemt, hoewel in 2016, 2017 en 2018 de totale belastingdruk iets was afgenomen ten opzichte van 2014 en 2013. Vanaf 2019 deed zich weer een stijging voor (zie onderstaande tabel).
- In Nederland was in maart 2021 de gemiddelde gewogen kleinhandelsprijs van een pakje van 20 sigaretten 6,49 euro, waarvan 3,93 euro accijns en 1,27 euro BTW.
- In het Preventieakkoord was afgesproken dat in 2020 de accijns op een pakje sigaretten met 20 stuks zodanig zou worden verhoogd dat de prijs van een pakje met 1 euro zou stijgen. Vanaf 1 april 2020 is de accijns op tabak inderdaad verhoogd met 1 euro [5]. Ook voor shag, volumetabak en heatsticks is de accijns verhoogd. Tabaksfabrikanten kunnen echter het beoogde effect van de accijnsverhoging omzeilen, door de prijs niet te laten stijgen en genoegen te nemen met minder winst per pakje sigaretten [6].
- Het voornemen van het kabinet is om via accijnsverhogingen in april 2023 de gemiddelde prijs van een pakje sigaretten te laten stijgen van gemiddeld 8 euro naar gemiddeld 9 euro, en in april 2024 naar gemiddeld 10 euro [7]. Volgens de WHO MPOWER maatregelen zijn accijnsverhogingen met name effectief als die ertoe leiden dat tabaksproducten minder betaalbaar worden, doordat de prijzen meer stijgen dan de inflatie en de inkomensgroei [8].
- De belastingdruk op tabaksproducten verschilt sterk tussen de lidstaten van de Europese Unie. In de EU-14 en het Verenigd Koninkrijk ligt de accijns het hoogst in Ierland en het laagst in Luxemburg (zie onderstaande tabel). Nederland hoort bij de landen met een lagere accijns.

Prijzen en belastingdruk op sigaretten in Nederland per pakje van (omgerekend) 25 stuks, vanaf 2000

Jaar	Prijs	Belastingdruk	Belastingdruk (%)
2000	3,15	2,27	72
2001	3,43	2,50	73
2002	3,54	2,58	73
2003	3,54	2,63	74
2004	4,60	3,36	73
2005	4,60	3,36	73
2006	5,00	3,65	73
2007	5,00	3,65	73
2009	6,05	4,42	73
2010	6,32	4,62	73
2011	6,84	4,99	73
2012	6,84	4,99	73
2013	6,29	5,48	87
2014	6,62	5,55	84
2016	7,43	5,83	79
2017	7.56	5.85	77
2018	7,70	5,89	76
2019	7,74	6,10	79
2020	8,11	6,50	80
2021	8,11	7,41	91
2022	8,11	7,41	91

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: European Commission.

Gemiddelde prijzen (in euro's) en belastingdruk op sigaretten in 14 lidstaten van de Europese Unie en het Verenigd Koninkrijk. Peildatum maart 2021

Land	Gemiddelde prijs per 20 sigaretten	Accijns	BTW	Accijns + BTW	Belastingdruk (%)	Minimum accijns per 20 sigaretten
Ierland	12,81	8,42	2,22	10,64	83,06%	8,28
Verenigd Koninkrijk	10,06	6,69	1,68	8,37	83,18%	6,48
Frankrijk	9,70	6,61	1,62	8,22	84,76%	6,72
Finland	7,71	5,53	1,49	7,02	91,14%	6,05
Denemarken	7,12	4,74	1,42	6,17	86,55%	-
Nederland	6,49	4,80	1,13	5,93	91,34%	4,87
België	6,40	4,19	1,11	5,30	82,87%	4,40
Zweden	6,11	3,15	1,22	4,37	71,57%	-
Duitsland	6,03	3,27	0,96	4,23	70,23%	3,27
Oostenrijk	5,11	3,10	0,85	3,95	77,35%	3,04
Italië	5,04	3,01	0,91	3,92	77,83%	-
Luxemburg	4,66	2,56	0,68	3,23	69,40%	2,37
Portugal	4,64	2,67	0,87	3,54	76,23%	2,73
Spanje	4,55	2,81	0,79	3,60	79,22%	2,63
Griekenland	4,22	2,75	0,82	3,56	84,48%	2,35

Gemiddelde prijs, accijns en BTW in euro per pakje van 20 sigaretten. Bron: European Commission, Excise Duty Tables 2021.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Ketelaars T, Croes E. Effecten van accijns en prijs op het gebruik van tabaksproducten [fact sheet]. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
2. De Kinderen RJA, Wijnen BFM, Evers SMAA, Hiligsmann M, Paulus ATG, De Wit GA. Social cost-benefit analysis of tobacco control policies in the Netherlands [Maatschappelijke kosten baten analyse van tabaksontmoediging]. Maastricht/Bilthoven/Utrecht: Maastricht Universtity/RIVM/Trimbos-instituut; 2016.
3. EC. Excise Duties on Tobacco [Internet]. 2021. Available from: https://web.archive.org/web/20210812123929/https://ec.europa.eu/taxation_customs/excise-duties-tobacco_en.
4. Hamerlijnck D. Factsheet: Accijns 2013. Den Haag: Hartstichting; 2013.
5. Rijksoverheid.nl. Maatregelen overheid om roken te ontmoedigen [Internet]. 2020. Available from: https://web.archive.org/web/20201106065601/https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/roken/roken-ontmoedigen.
6. Tabaknee.nl. Tabaksindustrie gebruikt prijs om accijnsverhogingen te dempen: maandag 23 augustus 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://web.archive.org/web/20210824011811/https://www.tabaknee.nl/nieuws/item/2414-tabaksindustrie-gebruikt-prijs-om-accijnsverhogingen-te-dempen
7. Rijksoverheid.nl. Roken wordt duurder [Internet]. 2023. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/belastingplan/gezondheid/tabaksaccijns#:sim:text=Het kabinet verhoogt de belasting,1 april 2024 € 10.
8. Van Walbeek C, Filby S. Analysis of Article 6 (tax and price measures to reduce the demand for tobacco products) of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Vol. 28, Tobacco Control. 2019. p. S97–S103.

12.7.4 Beleidsindicatoren tabak en tabaksontmoediging

Kosten baten analyse roken

In 2016 voerden de Maastricht University, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Trimbos-instituut een maatschappelijke kosten baten analyse uit naar tabaksontmoediging [1]. De belangrijkste bevindingen waren:

- In Nederland rookt 23% van de populatie 15 jaar of ouder (19,8% vanaf 0-100 jaar, waarop de berekeningen in deze studie zijn gebaseerd). Bij een gelijkblijvend overheidsbeleid (zonder verdere intensiveringen) daalt de prevalentie van roken met 2,3 procentpunt de komende 35 jaar.
- In de alternatieve scenario's kan de prevalentie met 14,2 procentpunt dalen tot 5,6% in 2050 door een verdere intensivering van tabaksontmoedigingsbeleid. Alle onderzochte scenario's resulteren in een positief saldo, al worden de baten bij verschillende stakeholders behaald, afhankelijk van het scenario.
- In scenario's waarin vooral de prevalentie daalt, als gevolg van massa media campagnes, zijn de baten het grootst voor de consumenten (verhoging van het aantal QALYs) en voor de werkgevers (daling in de productiviteitsverliezen).
- In scenario's waarin de accijnzen stijgen, zijn de baten het grootst voor de overheid. De scenario's waarin zowel een maatregelenpakket ingevoerd wordt en een accijnsverhoging van 5% of 10% per jaar, resulteren in zowel baten voor de consumenten en werkgevers als in de accijnsinkomsten voor de overheid.

Tobacco Control Scale 2019

De Tobacco Control Scale (TCS) meet op zes beleidsindicatoren de inspanningen van een land om het gebruik van tabak te ontmoedigen. De TCS is ontwikkeld door de Association of European Cancer Leagues en werd voor het eerst toegepast in 2004. De TCS-score van een land wordt gebaseerd op objectieve indicatoren en op inschattingen van experts. Een studie uit 2015 in 13 Europese landen laat zien dat een hogere score op de TCS samenhangt met een lagere prevalentie van dagelijks roken onder jongeren [2].

De zes indicatoren voor de TCS-score zijn als volgt [3]:

1. de prijs van tabaksartikelen;
2. rookverboden in openbare ruimten en werkplekken;
3. voorlichting aan het brede publiek;
4. een verbod op rookreclame;
5. waarschuwingen op rookwaren;
6. de toegankelijkheid van stoppen-met-roken programma's.

Scores van landen op de Tobacco Control Scale

Momenteel worden 36 landen gescoord op de Tobacco Control Scale (TCS).

- Tussen 2014 en 2019 daalde Nederland op de TCS-ranglijst van de 9e naar de 14e plaats [3]. Worden de maatregelen van het Nationaal Preventieakkoord (NPA) uitgevoerd, dan kan Nederland vanaf 2020 weer gaan stijgen op deze ranglijst [4].
- Net als bij de vorige meeting uit 2016 stond ook in 2019 het Verenigd Koninkrijk op de 1e plaats. Duitsland stond in 2019 helemaal onderaan op de 36e plaats [3]. In 2020 lag de rookprevalentie in het Verenigd Koninkrijk dan ook lager dan in Duitsland, 12% in het Verenigd Koninkrijk vergeleken met het dubbele van 24% in Duitsland [5].

Global Tobacco Industry Interference Index 2018-2021

Vanaf 2018 weert de Nederlandse overheid actief de inmenging van de tabaksindustrie, maar het kan wel nog beter. De Global Tobacco Industry Interference Index geeft daarbij aan in hoeverre een land actief de inmenging van de tabaksindustrie tegengaat [6–8]. Aan dit onderzoek werd deelgenomen door 80 landen, waarvan 16 Europese landen.

- Wereldwijd stond Nederland in 2021 op de zesde plaats, waarmee er wereldwijd slechts vijf landen waren die het in 2021 beter deden dan Nederland [7,8]. Binnen Europa gekeken, stond Nederland in 2021 op de derde plaats en deden alleen Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk het beter [8]. Wereldwijd stond het Verenigd Koninkrijk op de derde plaats en stond Frankrijk op de vierde plaats.
- Nederland heeft er vooral goed aan gedaan om de tabaksindustrie actief buiten de beleidsvorming over het Nationaal Preventieakkoord (NPA) te houden (zie ook § 2.2). Er zijn met name twee dingen die Nederland nog beter kan doen. In de eerste plaats dient de samenwerking tussen de douane en de tabaksindustrie te worden beperkt. In de tweede plaats dient er via het transparantieregister meer transparantie te komen over de contacten tussen de regering en de tabaksindustrie [6].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. De Kinderen RJA, Wijnen BFM, Evers SMAA, Hiligsmann M, Paulus ATG, De Wit GA. Social cost-benefit analysis of tobacco control policies in the Netherlands [Maatschappelijke kosten baten analyse van tabaksontmoediging]. Maastricht/Bilthoven/Utrecht: Maastricht Universtity/RIVM/Trimbos-instituut; 2016.
2. Kuipers MA, Monshouwer K, Van Laar MW, Kunst AE. Tobacco Control and Socioeconomic Inequalities in Adolescent Smoking in Europe. Vol. 49, American Journal of Preventive Medicine. 2015. p. e64–e72.
3. Joossens L, Feliu A, Fernandez E. The Tobacco Control Scale 2019 in Europe. Brussels: Association of European Cancer Leagues, Catalan Institute of Oncology; 2020.
4. Trimbos.nl. Nederland daalt een aantal plaatsen in de Europese ranglijst voor tabaksontmoediging [Internet]. 2020. Available from: https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/nederland-daalt-een-aantal-plaatsen-in-de-europese-ranglijst-voor-tabaksontmoediging.
5. EC. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes: Special Eurobarometer 506. Brussels: European Commission; 2021.
6. Willemsen M. De overheid moet alert blijven op de tabakslobby [Internet]. 2021. Available from: https://web.archive.org/web/20211102112733/https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/de

-overheid-moet-alert-blijven-op-de-tabakslobby
7. GGTC. Global Tobacco Index Score: Netherlands 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://globaltobaccoindex.org/country/NL
8. Assunta M. Global Tobacco Industry Interference Index 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://globaltobaccoindex.org/upload/assets/bY25u7FkWjmHqhiIxeLRJ0D9DM1OqcJ9iFtHGjkkNPxKVigEoR.pdf



Lachgas

13.0 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over lachgas zijn:

- In 2021 had 1,6% in de bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar lachgas gebruikt. Vergeleken met 2020 nam het laatste-jaar-gebruik af. De daling deed zich met name voor onder vrouwen, 18-24 jarigen, mensen met een Nederlandse achtergrond en mensen in matig stedelijke gebieden (§ 13.2.1).
- De laatste jaar prevalentie van lachgasgebruik is het hoogst onder 18-19 jarigen en twintigers (§ 13.2.2).
- Het gebruik van lachgas daalde tussen 2019 en 2021 onder scholieren van het voortgezet onderwijs. De daling vond plaats onder zowel jongens als meisjes (§ 13.3.1).
- In 2019 is er een stijging van het aantal MBO en HBO studenten dat de afgelopen maand lachgas heeft gebruikt (van 6,4% in 2017 naar 8,1% in 2019). Het ooitgebruik stabiliseerde wel (§ 13.3.3).
- De onderzoeken naar het lachgasgebruik onder uitgaanders laten zien dat de prevalentie van het gebruik hoger ligt dan in de algemene bevolking. Het gebruik komt ook op verschillende locaties voor: in clubs, op festivals, thuis en buiten (§ 13.3.4). Onderzoek naar het lachgasgebruik onder uitgaanders tijdens de coronacrisis suggereert dat het gebruik van lachgas in deze periode is afgenomen. Of de daling blijvend is, is nog niet bekend (§ 13.1.2).
- Het gebruik onder leerlingen van het speciaal onderwijs (cluster 4) is in 2019 hoger dan onder leerlingen van het praktijkonderwijs en VMBO-b (§ 13.3.5).
- Er zijn indicaties dat in plaats van gebruik van losse lachgaspatronen er steeds meer gebruikt wordt gemaakt van lachgas uit grote tanks. Dit leidt soms tot een hogere dosering (meer lachgasballonnen per sessie) en frequentie van gebruik (§ 13.3.5).
- In de Monitor Drugsincidenten werd tussen 2017 en 2021 een toename in het aandeel gemelde gezondheidsincidenten met lachgas op de spoedeisende hulp geregistreerd. In tenminste 10% van de in 2021 gemelde incidenten met lachgas was sprake van (ernstige) neurologische uitvalsverschijnselen (§ 13.6.2).
- Bij het NVIC is het aantal informatieverzoeken over gezondheidsklachten na lachgasgebruik na een jarenlange stijging in 2021 gedaald (§ 13.6.2).
- Sinds 1 januari 2023 staat lachgas op lijst II van de Opiumwet. Vanaf die datum is het verboden om lachgas te importeren of exporteren, te verkopen of te hebben (§ 13.8.1).

13.1 Over lachgas (en corona)

13.1.1 Over lachgas

Over lachgas

Lachgas (distikstofmonoxide, N2O, E942) is een kleurloos, niet-irriterend, zoetgeurend en zoet smakend gas dat wordt gebruikt als narcosemiddel in het ziekenhuis of als kortdurende pijnstiller door tandartsen en in ambulances. Lachgas remt de pijnprikkel en werkt kalmerend. Inmiddels wordt lachgas minder frequent gebruikt als narcosemiddel tijdens operaties, omdat er meer geschikte middelen zijn. Lachgas wordt daarnaast in de voedingsindustrie in slagroomspuiten gebruikt en in gasflessen die onder andere in de auto- en motorsport circuleren om het vermogen van verbrandingsmotoren te vergroten. Tot slot wordt het middel al sinds halverwege de jaren negentig als roesmiddel gebruikt. Lachgas wordt dan doorgaans geïnhaleerd uit een ballon. In dit hoofdstuk wordt het gebruik van lachgas als roesmiddel besproken.

Het inhaleren van lachgas zorgt voor een korte maar sterke roes. De (subjectieve) effecten treden ook vrijwel meteen na het innemen op. Gebruikers ervaren een ‘bijna-bewustzijnsverlies’. Er wordt minder pijn gevoeld en de spieren ontspannen. De effecten van lachgas kunnen echter nog uren na gebruik ‘na-ijlen’ [1].

Gebruikers van lachgas

Lachgas wordt in uiteenlopende sociaal-demografische groepen gebruikt, variërend van soms zeer jonge jongeren die nooit alcohol of drugs hebben gebruikt tot doorgewinterde uitgaanders die veel ervaring hebben met allerlei roesmiddelen. Onder de gebruikers van lachgas bevinden zich ook kwetsbare jongeren, een deel van hen is minderjarig [2].

Risico’s

Lachgas wordt niet altijd als drug gezien. De gebruikers die lachgas wel als drug zien, erkennen dat er risico’s aan gebruik zitten, maar nemen deze niet altijd serieus [3]. Het middel heeft een positief en onschuldig imago onder gebruikers.

Risicobeoordeling en verbod

In december 2019 bracht het Coördinatiepunt Assesement en Monitoring nieuwe drugs (CAM) een risicobeoordeling uit over lachgas, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In dit rapport wordt geconcludeerd dat het recreatief gebruik van lachgas als verdovend middel een risico kan vormen voor de gezondheid. Er bestaat geen veilige onder- of bovengrens voor gebruik. Na het gebruik van een enkele ballon worden bijvoorbeeld al tintelingen in handen en voeten gerapporteerd, wat kan duiden op neurotoxiciteit [2]. Bij excessief gebruik kunnen soms (ernstige) neurologische problemen ontstaan [4,5].

Sinds 1 januari 2023 staat lachgas op lijst II van de Opiumwet [6]. Dit betekent onder andere dat het

vanaf die datum verboden is om lachgas te importeren of exporteren, te verkopen of te hebben. Het doel van het lachgasverbod is om het aanbod te beperken en het recreatief gebruik terug te dringen. Het professioneel gebruik van lachgas voor medische en technische doeleinden, evenals het gebruik van lachgas als voedingsadditief, blijft wel toegestaan.

Aanpassing voorlichtingsboodschap lachgas

Naar aanleiding van het CAM rapport [2] zijn verschillende voorlichtingsmaterialen aangepast met de meest recente informatie over lachgas. Een belangrijke wijziging is de boodschap dat er geen 'veilige grens' is voor gebruik (zie voor meer informatie, § 2.1.4).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Goor M. Factsheet lachgas. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. Risicobeoordeling lachgas. Bilthoven: RIVM; 2019.
3. Nabben T, Van der Pol P, Korf DJ. Roes met een luchtje. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
4. Dong X, Ba F, Wang R, Zheng D. Imaging appearance of myelopathy secondary to nitrous oxide abuse: a case report and review of the literature [Internet]. International Journal of Neuroscience. 2018. p. 1–10. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00207454.2018.1526801
5. Keddie S, Adams A, Kelso ARC, Turner B, Schmierer K, Gnanapavan S, et al. No laughing matter: subacute degeneration of the spinal cord due to nitrous oxide inhalation [Internet]. Vol. 265, Journal of Neurology. Springer Berlin Heidelberg; 2018. p. 1089–1095. Available from: https://doi.org/10.1007/s00415-018-8801-3
6. Stb. 2022-461. Besluit van 17 november 2022, houdende wijziging van het Opiumwetbesluit en lijst II, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing van distikstofmonoxide (lachgas) op deze lijst . Den Haag: Rijksoverheid; 2022.

13.1.2 Effect van de coronamaatregelen op het gebruik van lachgas

Er zijn slechts een aantal onderzoeken die een beeld geven van het lachgasgebruik tijdens de coronapandemie § 13.2 [1,2]. Onderzoek naar het lachgasgebruik tijdens de coronacrisis is alleen onder uitgaanders uitgevoerd en suggereert dat het gebruik van lachgas in deze periode is afgenomen. Het is niet bekend hoe het gebruik zich tijdens de coronacrisis in andere groepen jongeren heeft ontwikkeld.

Uitgaanders in Nederland

In het kader van het Grote Uitgaansonderzoek 2020 (HGU 2020) zijn de effecten van de coronacrisis op het middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen (16 t/m 35 jaar) twee keer in kaart gebracht. Het eerste onderzoek werd uitgevoerd in april en mei 2020, tijdens de eerste lockdown [3]. De resultaten zijn samengevat in de tabel hieronder. In september en oktober is een tweede onderzoek uitgevoerd [1]. In dit vervolgonderzoek is teruggekeken op zowel de periode van de eerste lockdown (15 maart – 1 juni 2020) als de periode van de versoepelingen van de coronamaatregelen (1 juni – 1 september 2020).

- Het percentage uitgaanders dat minimaal één keer lachgas gebruikte tijdens de eerste lockdown lag lager dan in dezelfde periode in 2019 (resp. 9,6% en 20,7%). Hetzelfde beeld werd gevonden voor de versoepelingen ten opzichte van dezelfde periode in 2019 (resp. 10,3% en 20,7%).
- Onder diegenen die zowel in het voorjaar van 2019 en de eerste lockdown lachgas hadden gebruikt, deed 38,2% dat op minder dagen tijdens de lockdown, 36,8% gebruikte op evenveel dagen en 25,0% nam op meer dagen.
- Tijdens de periode van de versoepelingen werd er overwegend minder frequent gebruikt dan in de zomer van 2019: het percentage dat op minder dagen gebruikte groeide naar 48,3%.
- Lachgas werd vóór de coronacrisis voornamelijk thuis en op feesten en festivals gebruikt. De locaties waar lachgas tijdens de coronacrisis (zowel tijdens de eerste lockdown als de versoepelingen) het meest gebruikt werd waren thuis, op een huisfeest, of bij een afspraak met vrienden binnen. Tijdens de versoepelingen kwam ook het café (14,3%) naar voren als locatie voor lachgasgebruik.
- De meest genoemde reden om helemaal geen lachgas te gebruiken tijdens de coronacrisis was het niet uit kunnen gaan, maar ook het verdwijnen van de interesse in het middel en geen zin om het middel te gebruiken. Het is mogelijk dat het gebruik van lachgas voor veel respondenten verbonden is aan het uitgaan.

Samenvatting van de resultaten van onderzoek naar de impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op het gebruik van lachgas[I]

Doelgroep	Monitor/instelling	-Leeftijd -Methode -Aantal respondenten	Periode	Maat	Impact corona op gebruik van lachgas Daling (%)	Gelijk (%)	Stijging (%)
Uitgaanders[II]	Het Grote Uitgaansonderzoek	- 16 t/m 35 jaar - online vragenlijst - 4.460 respondenten	28 april tot en met 19 mei 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer lachgas hadden gebruikt tijdens de lockdown	45,3	36,7	18,0
Uitgaanders[II]	Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut	- 16 t/m 35 jaar - online vragenlijst - 3.765 respondenten	18 september tot en met 18 oktober 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer lachgas hadden gebruikt **tijdens de lockdown** en dezelfde periode in 2019	38,2	36,8	25,0
				Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer lachgas hadden gebruikt **tijdens de versoepelingen** en dezelfde periode in 2019	48,3	33,6	18,1

I. Vanwege verschillen in de methoden en steekproeftrekkingen dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd. II. Deelnemers werden alleen geïncludeerd als zij minimaal een keer in het voorjaar voor corona (13 maart 2019 – 13 maart 2020) een club of festival hadden bezocht.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar M. Factsheet: Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
3. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Beek R. Factsheet: De impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op alcohol-, tabak- en drugsgebruik onder uitgaanders. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

13.2 Gebruik: algemene bevolking

13.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: In 2021 had 1,6% in de bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar lachgas gebruikt, dit komt neer op 230 duizend volwassenen. Vergeleken met 2020 nam het laatste-jaar-gebruik af. De daling deed zich met name voor onder vrouwen, 18-24 jarigen, mensen met een Nederlandse achtergrond en mensen in matig stedelijke gebieden.

Snel naar:

- Kerncijfers 2021
- Trends in lachgasgebruik

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van lachgas in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Deze cijfers geven geen informatie over veranderingen in problematisch lachgasgebruik en/of de frequentie van gebruik.

Kerncijfers 2021

Ongeveer een op de dertien mensen (7,9%) in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder rapporteerde in 2021 ooit in het leven lachgas te hebben gebruikt. Dit komt neer op ruim 1 miljoen volwassen Nederlanders die ooit lachgas gebruikten. Circa 230 duizend volwassenen gebruikten lachgas in het afgelopen jaar en 90 duizend volwassenen deden dat de afgelopen maand.

Percentage en aantal lachgasgebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2021

	%	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% Betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	7,9	1.090.000	990.000 - 1.200.000
Laatste jaar	1,6	230.000	170.000 - 280.000
Laatste maand	0,7	90.000	60.000 - 120.000

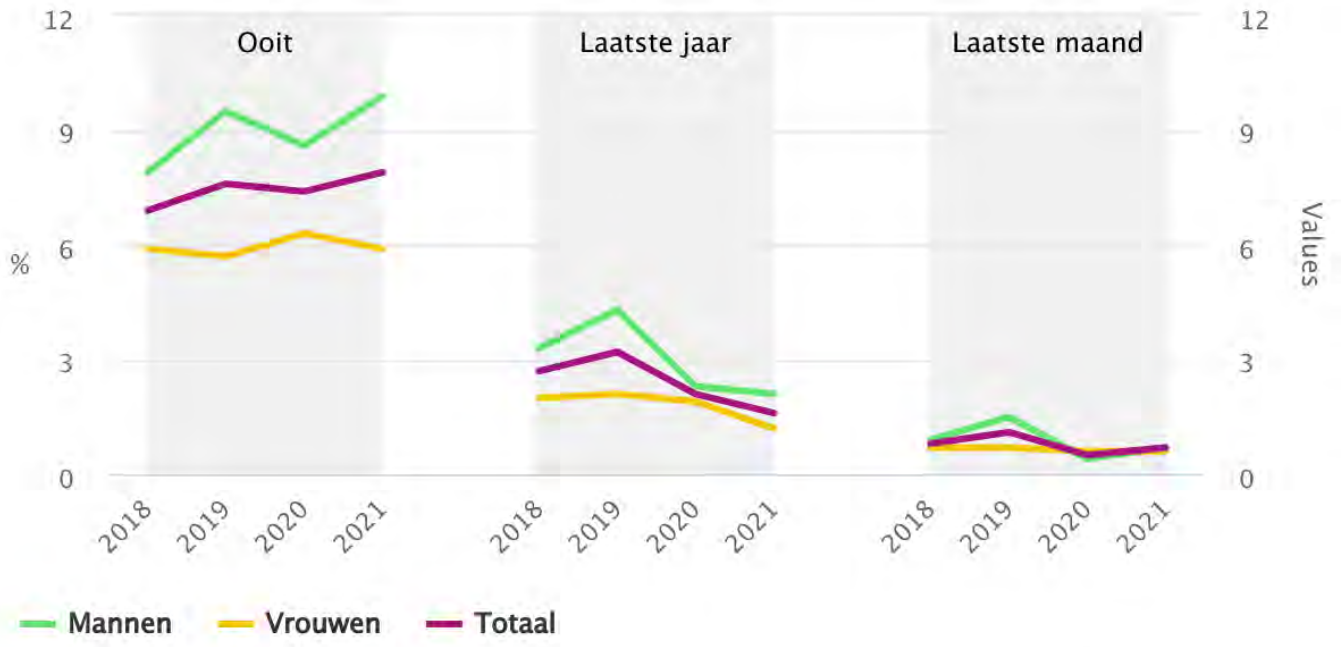
Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat lachgas gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Trends in lachgasgebruik

Vanaf 2018 zijn jaarlijks vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van lachgas in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder (zie ook bijlage A1).

- Het percentage volwassenen dat ervaring heeft met lachgas bleef in 2021 (7,9%) op hetzelfde niveau als in 2020 (7,4%).
- In 2019 werd een toename in het gebruik geconstateerd (alleen onder mannen). In 2020 daalde het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van lachgas. De daling in het laatste-jaar-gebruik heeft zich in 2021 voortgezet. Het laatste-maand-gebruik bleef in 2021 op hetzelfde niveau als in 2020.
- De daling in het laatste-jaar-gebruik van lachgas in 2021 deed zich met name voor onder vrouwen, 18-24 jarigen, mensen met een Nederlandse achtergrond en mensen in matig stedelijke gebieden (zie § 13.2.2).

Gebruik van lachgas in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2018, totaal en naar geslacht



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2018	7.9	5.9	6.9
2019	9.5	5.7	7.6

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2020	8.6	6.3	7.4
2021	9,9	5,9	7,9
2018	3.3	2	2.7
2019	4.3	2.1	3.2
2020	2.3	1.9	2.1
2021	2,1	1,2	1,6
2018	0.9	0.7	0.8
2019	1.5	0.7	1.1
2020	0.4	0.6	0.5
2021	0,7	0.6	0.7

13.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Migratieachtergrond
- Stedelijkheid

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van lachgas in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2020 (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Het ooit- en laatste-jaar-gebruik van lachgas kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid. Het aantal laatste-maand-gebruikers van lachgas in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken.

Geslacht

Lachgasgebruik kwam in 2021 vaker voor onder mannen dan onder vrouwen. Dit geldt zowel voor het gebruik ooit in het leven als voor het gebruik in het afgelopen jaar (zie tabel hieronder). Onder mannen nam het laatste-jaar-gebruik van lachgas toe van 2018 naar 2019, daalde in 2020 en bleef in 2021 op hetzelfde niveau. Onder vrouwen bleef het laatste-jaar-gebruik tussen 2018 en 2020 stabiel, maar daalde in 2021 (zie ook figuur §13.2.1)

Gebruik van lachgas in de bevolking van 18 jaar en ouder naar geslacht. Peiljaar 2021

Mannen	9,9	2,1
Vrouwen	5,9	1,2

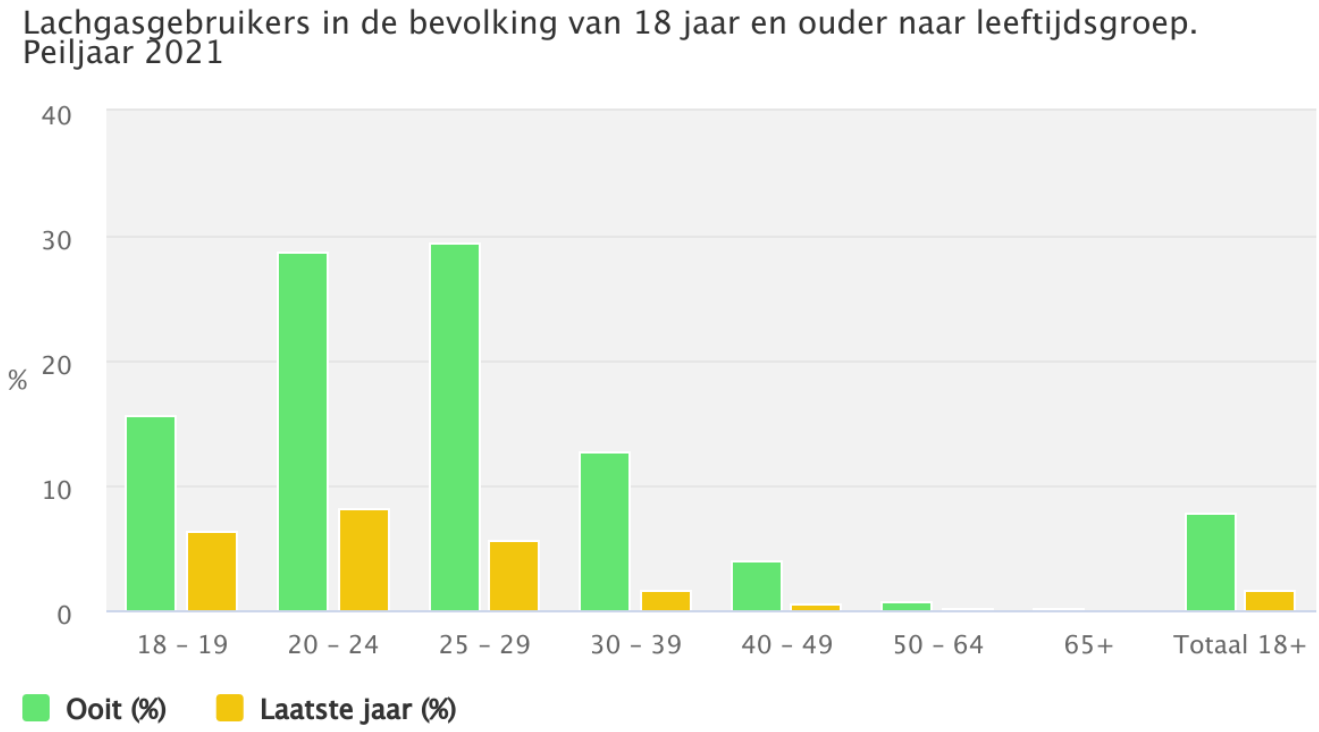
Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2021.

Leeftijd

Gebruik van lachgas komt het meest voor onder 18-19 jarigen en twintigers. Na het 29ste levensjaar neemt het gebruik van lachgas flink af.

- Het percentage gebruikers in het afgelopen jaar was in 2021 het hoogst onder jongvolwassenen van 18-19 jaar (6,4%), 20-24 jaar (8,1%) en 25-29 jaar (5,7%).
- In 2021 lag het laatste-jaar-gebruik van lachgas onder 18-19 jarigen (6,4%) en 20-24 jarigen (8,1%) lager dan in 2020 (respectievelijk 14,5% en 12,1%).
- De gemiddelde leeftijd van de laatste-jaar-gebruikers bedroeg 26,3 jaar. In 2019 bedroeg de gemiddelde leeftijd 25,6 jaar en in 2020 24,7 jaar.

In de LSM-A 2020 werd aan lachgasgebruikers gevraagd op welke leeftijd zij dit middel voor het eerst namen. De helft van de volwassen Nederlanders die in het afgelopen jaar lachgas gebruikten, nam dit middel tussen hun 18de en 23ste levensjaar voor het eerst. Een kwart van de lachgasgebruikers was jonger toen ze voor het eerst gebruikten, en een kwart was ouder. De gemiddelde startleeftijd van alle gebruikers is 21,5 jaar.



Percentage gebruikers ooit en in het laatste jaar per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
18 - 19	15,7	6,4
20 - 24	28,8	8,1
25 - 29	29,5	5,7
30 - 39	12,8	1,7
40 - 49	4,0	0,5
50 - 64	0,8	0,1
65+	0,1	0,0
Totaal 18+	7,9	1,6

Opleidingsniveau

Het laatste-jaar-gebruik van lachgas is hoger onder de hoogopgeleiden (2,3%) en middelbaar opgeleiden (1,7%) dan onder laagopgeleiden (0,5%). Het gebruik van lachgas daalde tussen 2019 en 2020 onder hoogopgeleiden en middelbaar opgeleiden en bleef in 2021 op hetzelfde niveau. Onder laagopgeleiden is het laatste-jaar-gebruik sinds 2018 stabiel.

Gebruik van lachgas in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[1]. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Laag opgeleid	1,8	0,5
Middelbaar opgeleid	8,0	1,7
Hoog opgeleid	11,6	2,3

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. 1. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Migratieachtergrond

Onder mensen met een niet-westerse migratieachtergrond is het gebruik van lachgas in het laatste jaar (3,3%) hoger dan onder mensen met een Nederlandse achtergrond (1,4%) en mensen met een westerse migratieachtergrond (1,5%). Onder mensen met een Nederlandse achtergrond daalde het laatste-jaar-gebruik van lachgas van 2,0% in 2020 naar 1,4% in 2021.

Gebruik van lachgas in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[1]. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Nederlandse achtergrond	7,7	1,4
Westerse migratieachtergrond	9,3	1,5
Niet-westerse migratieachtergrond	7,8	3,3

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage D: "Migratieachtergrond"). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

Stedelijkheid

Lachgasgebruik komt vaker voor in (zeer) sterk stedelijke gebieden dan in matig- en weinig/niet stedelijke gebieden. Dit geldt voor het gebruik ooit in het leven en in het laatste jaar. In matig stedelijke gebieden daalde het laatste-jaar-gebruik van 1,9% in 2020 naar 0,4% in 2021.

Gebruik van lachgas in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
(Zeer) sterk stedelijk	10,3	2,2
Matig stedelijk	5,9	0,4
Weinig/niet stedelijk	4,2	1,1

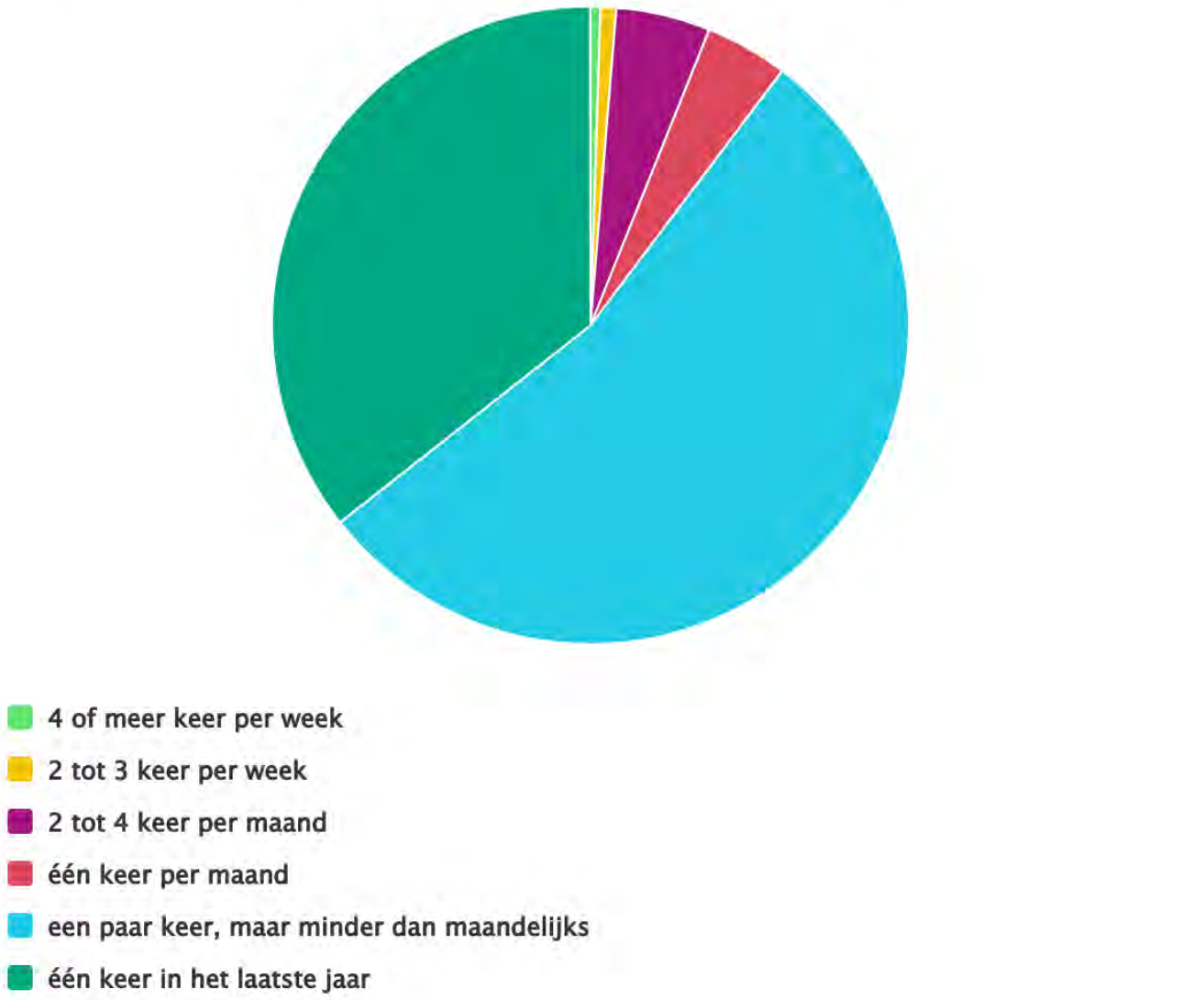
Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

13.2.3 Gebruikspatronen

In de LSM-A 2020 is gevraagd naar de mate van gebruik van lachgas. Uit het onderzoek blijkt dat de meeste laatste-jaar-gebruikers het middel incidenteel nemen, maar er is ook een kleine groep die frequent gebruikt.

- In 2020 gebruikte ruim de helft (54,1%) in het afgelopen jaar een paar keer, maar minder dan maandelijks lachgas. Ongeveer een derde (35,6%) nam lachgas één keer. Frequenter gebruik komt aanzienlijk minder vaak voor: 4,2% nam lachgas maandelijks en de overige 6,1% deed dit vaker dan maandelijks.
- Deze mate van gebruik ligt op hetzelfde niveau als in voorgaande jaren.
- Op de vraag wanneer gebruikers meestal lachgas gebruiken, antwoordde 90,7% dit meestal in het weekend te doen; 7.0% deed het zowel in het weekend als op doordeweekse dagen en 2,2% meestal op doordeweekse dagen.

Frequentie lachgasgebruik onder laatste-jaar-gebruikers. Peiljaar 2020



Percentage van de laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van lachgasgebruik. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met RIVM en CBS, 2020.

everviz.com

Gebruiksfrequentie	%
4 of meer keer per week	0.5
2 tot 3 keer per week	0.8
2 tot 4 keer per maand	4.8

Gebruiksfrequentie	%
één keer per maand	4.2
een paar keer, maar minder dan maandelijks	54.1
één keer in het laatste jaar	35.6

13.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

13.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

In het kort: Het gebruik van lachgas daalde tussen 2019 en 2021 onder scholieren van het voortgezet onderwijs. De daling vond plaats onder zowel jongens als meisjes.

Snel naar:

- Kerncijfers 2021
- Trends in het gebruik van lachgas
- Mate van consumptie

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend gemeten in het Peilstationsonderzoek scholieren en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). In 2021 werd de HBSC-studie uitgevoerd in het voortgezet onderwijs in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van 5.733 leerlingen, waaronder 5.243 scholieren van 12 tot en met 16 jaar [1]. In de HBSC-studie wordt het laatste-jaar-gebruik niet gerapporteerd, voor de NDM is het-laatste-jaar-gebruik op hoofdniveau geanalyseerd. Bij de uitsplitsingen naar schoolniveau, migratieachtergrond, gezinsvorm en gezinswelvaart rapporteert de NDM net zoals de HBSC-studie uitsluitend het ooitgebruik en het laatste-maand-gebruik. De HBSC-studie bevat minder vragen over middelengebruik dan het Peilstationsonderzoek scholieren. Daarom kan maar een deel van de gegevens geüpdatet worden naar 2021 en hebben de overige gegevens nog betrekking op 2019.

Kerncijfers 2021

In 2021 heeft van alle scholieren van 12 tot en met 16 jaar in het voortgezet onderwijs één op de twintig (4,7%) ooit lachgas gebruikt. Van de scholieren gebruikte 1,3% in de laatste maand.

Lachgasgebruik in het voortgezet onderwijs, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

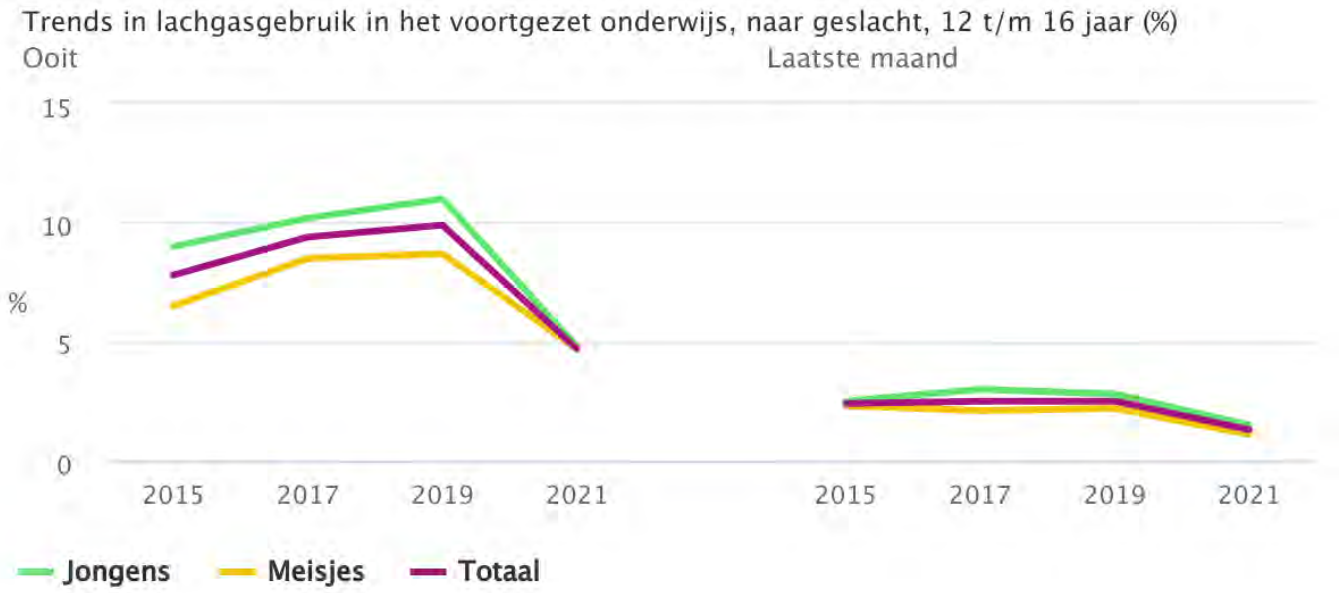
	(%)
Ooit	4,7
Laatste maand	1,3

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021.

Trends in het gebruik van lachgas

Lachgasgebruik is in 2015 voor het eerst gemeten onder scholieren van 12-16 jaar (zie figuur hieronder).

- Tussen 2019 en 2021 is het percentage scholieren dat ervaring heeft met lachgasgebruik sterk afgenomen. Het ooitgebruik daalde van 9,9% in 2019 naar 4,7% in 2021.
- Ook het percentage scholieren dat in de afgelopen maand lachgas gebruikte nam af. Het percentage daalde van 2,5% in 2019 naar 1,3% in 2021.
- De daling in het lachgasgebruik vond plaats onder zowel jongens als meisjes.



Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM (2017, 2021) en Peilstationsonderzoek scholieren / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM (2015, 2019).

NDM

	Jongens	Meisjes	Totaal
2015	9,0	6,5	7,8
2017	10,2	8,5	9,4
2019	11,0	8,7	9,9
2021	4,8	4,7	4,7
2015	2,5	2,3	2,4
2017	3,0	2,1	2,5

	Jongens	Meisjes	Totaal
2019	2,8	2,2	2,5
2021	1,5	1,1	1,3

Mate van consumptie

In het Peilstationsonderzoek van 2019 is aan de jongeren gevraagd hoeveel lachgas zij gebruikten [2]. Het aantal ballonnen dat per keer werd gebruikt (onder de laatste-jaar-gebruikers) liep sterk uiteen.

- 19% gebruikte meestal 1 ballon en 41% nam meestal 2 tot 4 ballonnen, 20% gebruikte 5 tot 9 ballonnen en 20% nam 10 of meer ballonnen.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.
2. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

13.3.2 Demografische kenmerken scholieren regulier onderwijs

In het kort: Er zijn geen verschillen in lachgasgebruik tussen jongens en meisjes van het voortgezet onderwijs. Lachgasgebruik hangt wel samen met leeftijd, schoolniveau, migratieachtergrond, gezinswelvaart en gezinsvorm.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Schoolniveau
- Migratieachtergrond
- Gezinswelvaart
- Gezinsvorm

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend gemeten in het Peilstationsonderzoek scholieren en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie bijlage B1). In 2021 werd de HBSC-studie uitgevoerd in het voortgezet onderwijs in 288 klassen en konden de gegevens worden geanalyseerd van 5.733 leerlingen, waaronder 5.243 scholieren van 12 tot en met 16 jaar [1]. In de HBSC-studie wordt het laatste-jaar-gebruik niet gerapporteerd, voor de NDM is het-laatste-jaar-gebruik op hoofdniveau geanalyseerd. Bij de uitsplitsingen naar schoolniveau, migratieachtergrond, gezinsvorm en gezinswelvaart rapporteert de NDM net zoals de HBSC-studie uitsluitend het ooitgebruik en het laatste-maand-gebruik. De HBSC-studie bevat minder vragen over middelengebruik dan het Peilstationsonderzoek scholieren. Daarom kan maar een deel van de gegevens geüpdatet worden naar 2021 en hebben de overige gegevens nog betrekking op 2019.

Geslacht

Er zijn geen verschillen tussen jongens en meisjes in het gebruik van lachgas (zie figuur § 13.3.1).

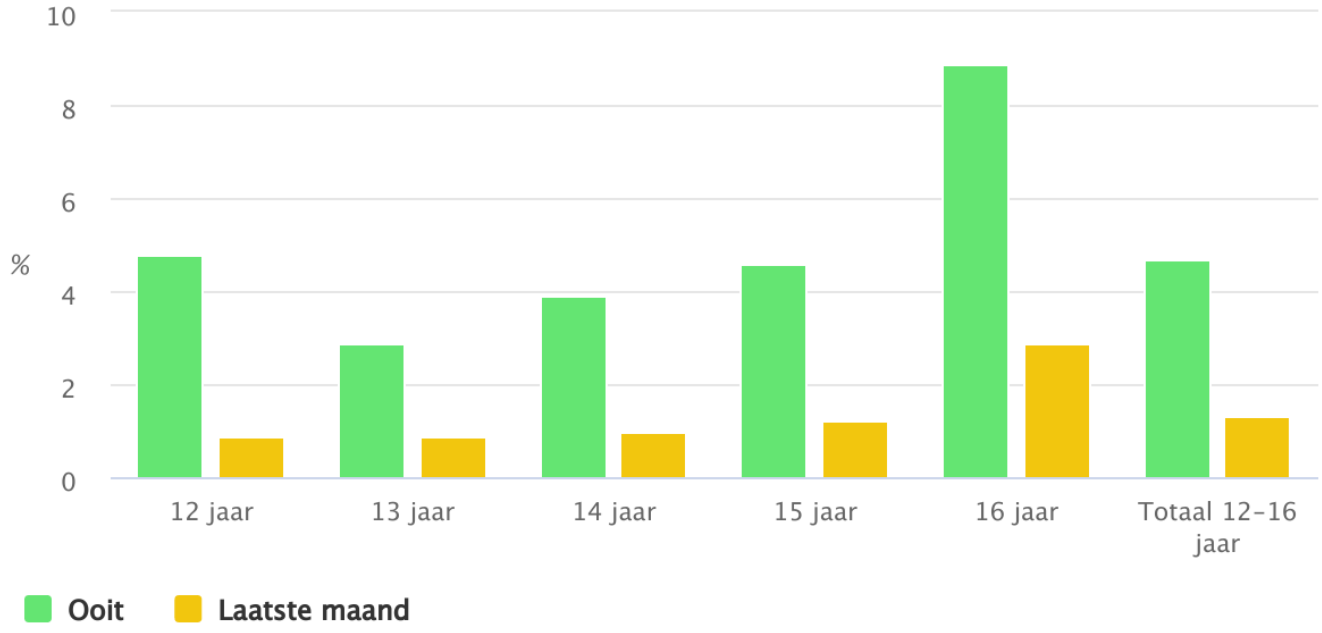
Leeftijd

Het gebruik van lachgas stijgt geleidelijk met de leeftijd [1].

- Onder 12- tot 15-jarigen lag het lachgasgebruik relatief laag, het gebruik schiet echter omhoog bij 16 jaar (zie figuur hieronder). Van de 12-jarigen heeft 4,8% ervaring met lachgas, vergeleken met 8,9% van de 16-jarigen.

- De gemiddelde leeftijd waarop de scholieren voor het eerst lachgas hadden gebruikt was in 2019 13,6 jaar [2]. De startleeftijd was vergelijkbaar voor jongens en meisjes (respectievelijk 13,5 en 13,7 jaar). Er zijn geen gegevens over 2021 beschikbaar.

Lachgasgebruik in het voortgezet onderwijs, naar leeftijd, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021



Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

NDM

Categories	Ooit	Laatste maand
12 jaar	4,8	0,9
13 jaar	2,9	0,9
14 jaar	3,9	1,0
15 jaar	4,6	1,2
16 jaar	8,9	2,9
Totaal 12-16 jaar	4,7	1,3

Schoolniveau

Scholieren van het VWO hadden in 2021 minder vaak ervaring met lachgas dan scholieren van andere schoolniveaus [1].

- Het percentage dat ervaring had met lachgas was onder scholieren van het vwo lager dan onder de andere schoolniveaus. De andere schoolniveaus verschilden niet statistisch significant van elkaar (zie tabel hieronder).
- In de bevolking van 18 jaar en ouder ligt het gebruik van lachgas juist hoger onder hoogopgeleiden.

Lachgasgebruik in het voortgezet onderwijs, naar schoolniveau, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Maand (%)
VMBO-b	6,6	2,0
VMBO-t	5,6	1,9
HAVO	4,9	0,9
VWO	2,2	0,5

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

Migratieachtergrond

Scholieren met een migratieachtergrond hadden in 2021 vaker ervaring met lachgas dan scholieren zonder migratieachtergrond.

- Hetzelfde geldt voor het gebruik in de afgelopen maand (zie tabel hieronder).
- Onderzoek laat zien dat jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond een speciale risicogroep vormen voor problematisch en/of riskant lachgasgebruik (zie ook paragraaf ‘kwetsbare groepen’ § 13.3.5) [3].

Lachgasgebruik in het voortgezet onderwijs, naar migratieachtergrond, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit (%)	Maand (%)
Zonder migratieachtergrond	4,1	0,9
Met migratieachtergrond	6,7	2,4

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. I. Jongeren zonder migratieachtergrond = in Nederland geboren evenals beide ouders. Jongeren met een migratieachtergrond = zelf en/of ten minste één van beide ouders is niet in Nederland geboren. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

Gezinswelvaart

Lachgasgebruik hangt samen met gezinswelvaart.

- Ervaring met lachgas kwam in 2021 vaker voor onder jongeren met een lage gezinswelvaart, dan onder jongeren met een midden of hoge gezinswelvaart (zie tabel hieronder).

Lachgasgebruik in het voortgezet onderwijs, naar gezinswelvaart, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit (%)
Laag	8,2
Midden	4,5
Hoog	4,4

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven. Gezinswelvaart is vastgesteld aan de hand van vragen over o.a. concrete bezittingen en kenmerken van het huis, voor meer informatie zie rapport HBSC 2021 Nederland. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

Gezinsvorm

Lachgasgebruik hangt ook samen met gezinsvorm.

- Ervaring met lachgas kwam in 2021 vaker voor onder jongeren die niet bij beide ouders wonen, dan onder jongeren die wel bij beide ouders wonen (zie tabel hieronder).

Lachgasgebruik in het voortgezet onderwijs, naar gezinswelvaart, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2021

	Ooit (%)
Laag	8,2
Midden	4,5
Hoog	4,4

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven. Gezinswelvaart is vastgesteld aan de hand van vragen over o.a. concrete bezittingen en kenmerken van het huis, voor meer informatie zie rapport HBSC 2021 Nederland. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2022.
2. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
3. Spronk D, Nijkamp L, Nabben T, De Jonge M. Lachgasgebruik bij jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond: Een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-insituut; 2020.

13.3.3 Studenten

In het kort: Alhoewel het lachgasgebruik tussen 2019 en 2021 is gedaald onder MBO- en HBO-studenten, is onder degenen die wel gebruikten het percentage dat tien ballonnen per keer of meer gebruikte juist toegenomen. Ook onder MBO-studenten in Amsterdam daalde het lachgasgebruik tussen 2016 en 2021, maar nam onder degenen die wel lachgas gebruikten de frequentie van gebruik toe. In 2021 waren er tussen het HBO en de universiteit geen grote verschillen in het percentage studenten dat in het voorgaande jaar lachgas had gebruikt.

Snel naar:

- Studenten van het MBO en HBO
- Studenten van het HBO en de universiteit
- MBO-studenten in Amsterdam

Gegevensbronnen

Om een beeld te krijgen van het middelengebruik onder jongeren van 16 t/m 18 jaar, onderzoekt het Trimbos-instituut sinds 2015 elke twee jaar het middelengebruik onder MBO- en HBO-studenten in deze leeftijdsgroep met de Middelenmonitor MBO-HBO [1–4]. Deze monitor onderzocht in 2017, 2019 en 2021 het lachgasgebruik onder 16-18 jarige studenten van het MBO en het HBO. Het gaat om een landelijk onderzoek. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [4].

Daarnaast is in 2021 voor het eerst een grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (HBO en WO). Ook deze monitor zal iedere twee jaar worden uitgevoerd. Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs is ontwikkeld en uitgevoerd door een consortium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de brancheorganisatie van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en het Trimbos-instituut (zie bijlage B9). Deze monitor is gestart vanwege zorgen over de mentale gezondheid, het middelengebruik en de interactie tussen die twee factoren onder studenten [5,6]. In 2021 namen 28.442 studenten deel, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs [5,6]. Het middelengebruik werd vergeleken tussen studenten in het HBO en studenten op de universiteit, maar is voor lachgas niet getoetst op statistische significantie.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse MBO-scholen (bijlage B8) [7,8]. De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 MBO-studenten (> 16 jaar) van acht MBO-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Cijfers over middelengebruik zijn gebaseerd op gewogen data [8].

Studenten van het MBO en HBO

De Middelenmonitor MBO-HBO gaf voor het lachgasgebruik onder 16-18 jarige MBO-HBO studenten in de periode 2015-2021 het volgende beeld [4]:

- In 2021 had 20,3% van de 16 t/m 18 jarige MBO- en HBO-studenten ooit in het leven lachgas gebruikt, 3,6% gebruikte lachgas in de afgelopen maand.
- Het ooitgebruik van lachgas liet onder studenten van het MBO en HBO een duidelijke piek zien in 2017 (28,7%) en 2019 (30,0%). In 2021 daalde het ooitgebruik naar 20,3% en was daarmee weer op het niveau van 2015 (19,8%).
- Het laatste-maand-gebruik piekte ook in 2017 (6,4%) en 2019 (8,1%), maar lag in 2021 (3,6%) lager dan in 2015 (5,2%).
- Het gebruik van lachgas lijkt hoger onder studenten van het MBO hoger dan onder studenten van het HBO, maar de verschillen zijn niet significant.
- Het ooitgebruik van lachgas ligt hoger onder 16- en 17-jarige MBO-studenten dan onder 16- en 17-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs. Het laatste-maand-gebruik verschilt niet.
- Van de 16 t/m 18 jarige MBO- en HBO-studenten die in de afgelopen maand lachgas gebruikten, deed de meerderheid (84%) dit maximaal 5 keer. De overige 16% gebruikte vaker dan 5 keer.
- Van de laatste-maand-gebruikers gaf vier op de tien (44%) aan gemiddeld 10 ballonnen per keer of meer te gebruiken. In 2019 was dit percentage nog een stuk lager, toen gaf 24% van de laatste-maand-gebruikers aan tien ballonnen of meer per keer te gebruiken.

Studenten van het HBO en de universiteit

- Ruim een op de vier (28,3%) studenten gebruikte lachgas ooit in het leven [6]. Er waren geen grote verschillen in het percentage studenten dat ervaring heeft met lachgas op het HBO (27,3%) en de universiteit (29,7%).
- Een kleiner deel van de studenten (8,9%) gebruikte lachgas in het afgelopen jaar. Ook wat betreft het laatste-jaar-gebruik waren er geen grote verschillen tussen studenten van het HBO (8,8%) en studenten van de universiteit (9,0%).
- In totaal gaf 1,5% van de studenten aan lachgas in de laatste maand te hebben gebruikt; het percentage laatste-maand gebruikers was onder studenten van het HBO en studenten van de universiteit ongeveer gelijk (1,6% versus 1,4%).
- Het laatste-jaar-gebruik van lachgas onder studenten (9%) is vergelijkbaar met het laatste-jaar-gebruik onder 18-29-jarigen in de algemene bevolking (4-15%), hoewel de leeftijdsgroep in de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs iets afwijkt (18+) ten opzichte van deze leeftijdsgroep (18-29).

MBO-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het lachgasgebruik van MBO-studenten uitgevraagd [8]. Het is van belang om op te merken dat het hier om een oudere leeftijdsgroep (gemiddeld 19,0 jaar) gaat dan in de hierboven genoemde MBO-HBO monitor (gemiddeld 17,3 jaar). De percentages zijn daarom niet een op een vergelijkbaar.

- In 2021 had een kwart (24%) van de Amsterdamse MBO-studenten ervaring met lachgas [8]. Ongeveer een op de zeven (14%) gebruikte lachgas in het afgelopen jaar en een op de twintig (5%) gebruikte lachgas in de afgelopen maand.

- Van de laatste-jaar-gebruikers gebruikt de meerderheid (62%) maximaal een paar keer per jaar, 3% gaf aan dagelijks te gebruiken.
- Ruim een kwart (27%) van de laatste-jaar-gebruikers gaf aan te willen minderen of stoppen met lachgas.
- In vergelijking met 2016 daalde het percentage ooit- laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers onder de Amsterdamse MBO-studenten. Opvallend is dat onder degenen die wel lachgas gebruikten de frequentie van gebruik toe nam, van gemiddeld 11 dagen per jaar naar gemiddeld 33 dagen per jaar.

Percentage lachgasgebruikers onder studenten

	Locatie	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO (16–18 jaar)	Nederland	2021	MBO + HBO	16–18 jaar	20,3	–	3,6
		2019			30,0	–	8,1
		2017			28,7	–	6,4
		2015			19,8	–	5,2
Studenten van het HBO en de universiteit[1]	Nederland	2021	Totaal HBO + WO	16 jaar en ouder	28,3	8,9	1,5
			HBO		27,3	8,8	1,6
			WO		29,7	9,0	1,4
Studenten van het MBO	Amsterdam	2021	MBO	16 jaar en ouder (19,0 gemiddeld)	24,0	14,2	5,2
		2016	MBO	15 jaar en ouder (18,9 gemiddeld)	27,4	21,0	9,4

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand. 1. Alle HBO- en WO-studenten die ouder waren dan 16 jaar werden geïncludeerd in dit onderzoek. Door verschillen in leeftijd en meetmethoden is een directe vergelijking tussen de onderzoeken niet mogelijk. Bronnen: MBO-HBO monitor, Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs, Antenne Amsterdam.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Verdurmen JE, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Factsheet: Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
2. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
3. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
4. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
5. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport I Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–116.
6. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–123.
7. Nabben T, Luijk SJ, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
8. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.

13.3.4 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: De onderzoeken naar het lachgasgebruik onder uitgaanders laten zien dat de prevalentie van het gebruik hoger ligt dan in de algemene bevolking. Voor sommigen is lachgas een secundair middel dat wordt gebruikt in combinatie met andere drugs, maar er zijn ook groepen waarin lachgas de primaire drug is. Het gebruik komt ook op verschillende locaties voor: in clubs, op festivals, thuis en buiten. In het Grote Uitgaansonderzoek 2020 blijkt dat het merendeel incidenteel gebruikt, in ieder geval niet vaker dan één keer per maand. Toch zijn er ook groepen waarin frequent en in grote hoeveelheden wordt gebruikt. Dit is met name zorgelijk omdat de risico's van lachgasgebruik niet bij iedereen bekend zijn.

Snel naar:

- Uitgaanders in Nederland
- Uitgaanders in Amsterdam en Gooi en Vechtstreek
- Uitgaanders in Den Haag

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht. De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld via een online vragenlijst. Om vertekening door de impact van de coronamaatregelen te voorkomen, werd aan de respondenten gevraagd naar hun middelengebruik in de periode vóór 13 maart 2020, de dag van het invoeren van de coronamaatregelen. De resultaten zijn niet rechtstreeks te vergelijken met die van de peilingen uit 2013 en 2016. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie bijlage B2). Zie voor een uitgebreide beschrijving van de resultaten van HGU 2016 en 2013 het Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor 2017 [2].

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik onder uitgaande jongeren in Amsterdam en in de Gooi en Vechtstreek middels vragenlijsten onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen. In de Antenne-monitor Amsterdam van 2019 zijn ook kwalitatieve gegevens van sleutelfiguren uit het Amsterdamse uitgaansleven verzameld [3].

In het Haags Uitgaansonderzoek 2019, een uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden, is het middelengebruik van 519 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar op vier Haagse uitgaanslocaties in kaart gebracht [9]. De studie werd ook in 2017 en 2015 [10] uitgevoerd, en combineert eveneens een vragenlijst en panelinterviews met sleutelfiguren uit het Haagse uitgaansleven.

De tabel op deze pagina vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en

zijn zij ‘op locatie’ of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders.

De situatie is in 2021 door de coronacrisis mogelijk veranderd. In § 13.1.2 beschrijven we bevindingen uit onderzoeken sinds het begin van de coronacrisis in maart 2020.

Uitgaanders in Nederland

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht.

- In HGU 2020 had meer dan de helft van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen ooit wel eens lachgas gebruikt en een derde gebruikte lachgas in het afgelopen jaar (zie tabel hieronder).
- Lachgas werd in deze groep uitgaanders door de helft van de laatste-jaar-gebruikers incidenteel gebruikt: 81,6% van alle laatste-jaar-gebruikers nam het 1 of een paar keer. Ook gebruikte 15,6% maandelijks of een paar keer per maand. Het overige (kleine) deel gebruikte wekelijks of vaker.
- Lachgas wordt in deze steekproef zowel op feesten als thuis gebruikt. Op de vraag waar ze lachgas gebruiken, noemde 46,1% van de laatste-jaar-gebruikers een club of discotheek, 35,1% een festival, maar ook 40,2% gebruikte op een huisfeest en 39,6% thuis of bij vrienden thuis. Gebruik ‘buiten’ kwam in deze steekproef minder vaak voor (5,3%).
- Aan de laatste-jaar-gebruikers werd ook gevraagd hoe veel ballonnen met lachgas ze meestal op een gebruiksdag nemen. Dit is apart uitgevraagd voor een uitgaansdag en een dag waarop niet wordt uitgegaan. Gemiddeld gebruikten zij 5 ballonnen op een niet-uitgaansavond en 4 op een uitgaansavond.

In HGU 2020 is respondenten ook gevraagd of zij zelf vinden dat zij te vaak of teveel lachgas gebruiken en of zij zouden willen minderen of stoppen met het gebruik van lachgas. Er is niet gevraagd in welke tijdsperiode de respondenten dit zouden willen doen.

- Ongeveer 1 op de 10 lachgasgebruikers (10,5%) vindt dat zij zelf te veel of te vaak gebruiken.
- Het percentage gebruikers dat wilt stoppen of minderen ligt hoger. Het aandeel gebruikers dat wil stoppen (32,6%) ligt hoger dat het aandeel dat wel zou willen minderen (23,4%). Meer frequente dan niet-frequente gebruikers zouden willen minderen (30,0% versus 21,6%).
- Voor stoppen lag het juist andersom: 25,7% van de frequente gebruikers zou willen stoppen, tegenover 34,2% van de niet-frequente gebruikers. De drempel om te stoppen lijkt voor frequente gebruikers dus hoger.

Verdiepend onderzoek naar lachgasgebruikers in 2017

Een jaar na Het Grote Uitgaansonderzoek uit 2016 is een vervolgstudie onder de laatste-jaar-gebruikers van lachgas uit HGU 2016 uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in gebruikspatronen van lachgas onder deze specifieke groep [4]. Zie voor een uitgebreide beschrijving van deze resultaten

het Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor 2018 [5] of bekijk het rapport.

Uitgaanders in Amsterdam en Gooi en Vechtstreek

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik onder uitgaande jongeren in Amsterdam en in de Gooi en Vechtstreek middels vragenlijsten onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen.

- In 2017 werd een enquête gehouden onder bezoekers van clubs en festivals. Het percentage laatste-jaar-gebruikers van lachgas daalde tussen 1998 en 2008, maar vervijfvoudigde naar 57% in 2013. Van de club-en festivalbezoekers in 2017 had 71% ooit lachgas gebruikt, gemiddeld voor het eerst op hun 21e jaar. Ruim de helft (52%) gebruikte het laatste jaar lachgas en 22% in de laatste maand (zie tabel hieronder) [6].
- De enquête uit 2018 laat zien dat lachgas ook onder bezoekers van cafés veel wordt gebruikt: meer dan de helft (54,3% in de Gooi- en Vechtstreek en 62,4% in Amsterdam) heeft ervaring met het middel. Ongeveer 1 op de 8 cafébezoekers gebruikte lachgas in de afgelopen maand [7,8].
- In Amsterdam nam het percentage cafébezoekers dat ervaring had met lachgas toe van 46,1% in 2014 naar 62,4% in 2018, maar het laatste-jaar-gebruik en laatste-maand-gebruik bleef in deze periode stabiel.
- Ook in dit onderzoek werd gezien dat lachgas gebruikt werd in uiteenlopende groepen wat betreft geslacht, leeftijd, herkomst, woonplaats en opleidingsniveau. Wel was het gebruik in het laatste jaar hoger onder personen jonger dan 20 jaar en onder 20-24 jarigen dan onder andere leeftijdsgroepen en werd lachgas vaker door studerende dan door werkende cafébezoekers gebruikt.

In de Antenne-monitor Amsterdam van 2019 zijn ook kwalitatieve gegevens van sleutelfiguren uit het Amsterdamse uitgaansleven verzameld [3].

- Sleutelfiguren uit het uitgaansleven zeggen dat lachgas met name nog populair is in het urbanmilieu, en vooral bij jonge groepen (met weinig drugservaring) die lachgas niet als een echte drug zien. In het dancemilieu wordt lachgas vooral als een secundair middel gebruikt en vaak in combinatie met andere drugs [6].
- Sinds een paar jaar worden de losse lachgaspatronen vaker vervangen door grote lachgastanks. Dit leidt soms tot een hogere dosering (meer lachgasballonnen per sessie) en frequentie van gebruik.

Uitgaanders in Den Haag

In het Haags Uitgaansonderzoek 2019, een uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden, is het middelengebruik van 519 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar op vier Haagse uitgaanslocaties in kaart gebracht [9]. De studie werd ook in 2017 en 2015 [10] uitgevoerd, en combineert eveneens een vragenlijst en panelinterviews met sleutelfiguren uit het Haagse uitgaansleven.

- In 2019 had tweederde (66%) van de bezoekers van Haagse uitgaanslocaties ooit lachgas gebruikt, in 2017 was dit 56%. 43% gebruikte in het afgelopen jaar en 16% in de afgelopen maand. Het gebruik van lachgas was het hoogst onder de jonge uitgaanders (jonger dan 25

jaar).

- Het gebruik van lachgas varieert sterk tussen de onderzochte netwerken, in sommige uitgaansnetwerken wordt het nauwelijks gebruikt terwijl in een ander netwerk 60% wekelijks gebruikt.
- Over het algemeen signaleren de panelleden een toename in gebruik. Lachgas is zichtbaar, en mensen hebben het ‘gewoon’ thuis liggen.
- Voor de meeste uitgaanders ligt de dosering tussen 1 en 6 ballonnen op een avond, op een festival beperkt het gebruik zich en is het ‘leuk tussendoor’, maar thuis kan het aantal ballonnen hoger oplopen.
- In de netwerken in Den Haag e.o. werd lachgas door jongeren vooral gezien 'als een grappige toevoeging', doordat het goedkoop en kortdurend is.

Percentage lachgasgebruikers onder verschillende groepen uitgaanders[III]

	Locatie	Peiljaar	Leef(o)d (jaar)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Nederland	2016	22 (gemiddeld)	53,5	37,3	10,6
		2020	22 (gemiddeld)	58,4	35,2	-
Bezoekers van clubs, raves[II] en festivals	Amsterdam	2013	24 (gemiddeld)	71,4	57,2	32,7
		2017	26 (gemiddeld)	70,9	52,3	21,8
Cafébezoekers	Gooi- en Vechtstreek	2018	24 (gemiddeld)	54,3	35,9	12,0
	Amsterdam	2018	26 (gemiddeld)	62,4	34,6	10,9
		2014	27 (gemiddeld)	46,1	31,0	10,9
		2010	27 (gemiddeld)	25,5	10,8	1,9
Bezoekers van Haagse uitgaanslocaties	Den Haag, Zoetermeer, Westland	2016-2017	24 (gemiddeld)	56,0	-	12,0
		2019	-	66,0	-	16,0

Percentage gebruikers van lachgas ooit in het leven en in de laatste maand. Door verschillen in steekproeven en meetmethoden is een directe vergelijking niet mogelijk. 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 underground feesten “op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw”, het zijn “semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media” (Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). III. Om goede uitspraken te kunnen doen over de trends in middelengebruik, wordt er bij Het Grote Uitgaansonderzoek en de Antenne monitor een aanvullende analyse gedaan die vergelijkingen tussen jaren mogelijk maakt. Voor de andere onderzoeken wordt deze analyse niet gedaan. Hier geldt dat bij kleine verschillen niet met zekerheid kan worden gezegd of er sprake is van een toe- of afname. Bronnen: Antenne 2016 (Nabben, Luijk, et al., (2017); Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al, (2016); Antenne 2017 (Nabben et al., 2018); Antenne 2018 (Korf et al., 2019); Antenne Gooi- en Vechtstreek 2018 (Korf et al., 2019); Haags Uitgaansonderzoek (Van Dijk & Keetman, 2019).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Van Laar MW, Van Gestel B. Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2017. Utrecht/Den Haag:

Trimbos-instituut/WODC; 2017.
3. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
4. Nabben T, Van der Pol P, Korf DJ. Roes met een luchtje. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
5. Van Laar MW, Van Gestel B. Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2018. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC; 2019.
6. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.
7. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.
8. Korf DJ, Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2018. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek.; 2019.
9. Van Dijk A, Van der Meer R, Gerrits N, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L. HUO 2019/2020: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2020.
10. Van Dijk A, Keetman M, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L, Mohabir A. HUO 2018: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2018.

13.3.5 Kwetsbare groepen jongeren

In het kort: Het algemene beeld is dat relatief veel jongeren in kwetsbare groepen ervaring hebben met het gebruik van lachgas, maar de prevalenties variëren per ondervraagde groep. Jongeren in de residentiele jeugdzorg hebben relatief vaak ervaring met lachgas. Een groot deel van de kwetsbare jongeren lijkt één of een paar keer te gebruiken, maar er zijn ook jongeren die frequent en in grote hoeveelheden gebruiken. Onder jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen lijkt het gebruik van lachgas nauwelijks voor te komen.

Snel naar:

- Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4, en cluster 3
- Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen
- Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg
- Kwetsbare groepen in de regio

Gegevensbronnen

Binnen de groep jongeren zijn bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

In 2019 is in een landelijk onderzoek (EXPLORE) het middelengebruik gemeten onder jongeren van het praktijkonderwijs (PrO), het cluster 4 van het speciaal voorgezet onderwijs (REC-4, leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen) en jongeren van het cluster 3 (REC-3, leerlingen met een licht verstandelijke beperking) [1]. Er deden 34 scholen van het praktijkonderwijs (1.118 leerlingen) mee en 34 cluster 4-scholen (1.032 leerlingen). Aan het onderzoek in cluster 3 namen 21 scholen deel (266 leerlingen). De cijfers zijn vergeleken met een steekproef van jongeren van het VMBO basis- en kaderberoepsgerichte leerweg (VMBO-b). De gegevens van het VMBO-b zijn afkomstig uit de Peilstationsonderzoeken uit 2007 en 2019 [2]. De cijfers zijn ook vergeleken met het eerdere EXPLORE onderzoek uit 2008, hierin is het cluster 3 onderwijs nog niet onderzocht. In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over lachgasgebruik onder jongeren (12-17 jaar) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) verzameld [3]. In 2008 is voor het eerst landelijk onderzoek gedaan naar middelengebruik onder deze doelgroep.

Daarnaast is in 2022 als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [4]. Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen (gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld. Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd.

Daarnaast is in 2019 en 2020 de Antenne Regiomonitor uitgevoerd [5]. Deze monitor beoogt op kwalitatieve wijze zicht te krijgen op het gebruik onder groepen kwetsbare jongeren uit verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt op basis van interviews met jongeren- en preventiewerkers die zicht hebben op verschillende (35 in 2020) jongerengroepen verspreid over het land. Begin 2021 werden via een kwalitatieve studie jongeren- en preventiewerkers ondervraagd over hun indruk van het middelengebruik van in totaal 35 groepen jongeren uit 10 provincies, waar deze professionals direct mee in contact staan. Deze groepen zijn niet representatief voor alle jongerengroepen in de regio. Van de 35 groepen jongeren kwamen er 23 uit een grotere of kleinere stad en kwamen er 12 uit een dorp. Het aantal jongeren per groep varieerde van 8 tot 90 personen, met gemiddeld 20 personen. In totaal hadden de professionals zicht op ongeveer 850 jongeren tussen 11 en 27 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar. Vanuit de Antenne-monitor uit 2019 zijn ook specifiek gegevens beschikbaar over lachgasgebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek. De ondervraagde jongeren waren merendeels 16-19 jaar oud (87%), de rest was 15 of tussen de 20 en 28 jaar.

De tabel onderaan de pagina geeft een samenvatting van de resultaten uit uiteenlopende studies naar het lachgasgebruik in verschillende groepen kwetsbare jongeren. In het landelijke EXPLORE onderzoek zijn jongeren uit het praktijk- en het speciaal onderwijs geïncludeerd, en jongeren in de residentiële jeugdzorg. Ook zijn er enkele lokale en regionale studies uitgevoerd. De cijfers zijn onderling niet altijd vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4, en cluster 3

In 2019 is in een landelijk onderzoek (EXPLORE) het middelengebruik gemeten onder jongeren van het praktijkonderwijs (PrO), het cluster 4 van het speciaal voorgezet onderwijs (REC-4, leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen) en jongeren van het cluster 3 (REC-3, leerlingen met een licht verstandelijke beperking) [1].

- Van alle cluster 4-leerlingen van 12 t/m 16 jaar heeft één op de zes (17,0%) ooit lachgas gebruikt. Het gebruik onder cluster 4-leerlingen is hoger dan onder leerlingen van het praktijkonderwijs (11,0%) en VMBO-b (13,1%), maar het verschil met scholieren van het VMBO-b is niet significant (zie tabel hieronder).
- Dit verschil valt nog meer op onder de 15- en 16-jarigen. Van de 15- en 16-jarigen in cluster 4 heeft respectievelijk 22% en 23% ooit lachgas gebruikt, vergeleken met 8% en 18% in het praktijkonderwijs en 15% en 14% in het VMBO-b.
- Procentueel gezien hebben meisjes (21%) in cluster 4 meer ervaring met lachgas dan jongens (16%), maar de verschillen zijn niet significant.
- In cluster 3 (6,8%) hebben minder leerlingen ervaring met het gebruik lachgas dan bij cluster 4 (17,0%) en VMBO-b leerlingen (13,1%). Het verschil met het praktijkonderwijs (11,0%) is kleiner, maar wel aanwezig.

Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn gegevens verzameld over het gebruik van lachgas onder

jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen [4]. De vragenlijst is in vier JJI afgenomen bij in totaal 110 jongens.

- Eén jongere gaf aan in de afgelopen maand lachgas te hebben gebruikt.

Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over lachgasgebruik onder jongeren (12-17 jaar) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) verzameld [3]. In 2008 is voor het eerst landelijk onderzoek gedaan naar middelengebruik onder deze doelgroep.

De prevalentie van het lachgasgebruik lijkt onder jongeren in de RJZ hoger te liggen dan onder jongeren in het regulier voortgezet onderwijs.

- Ruim één derde (36%) van de jongeren heeft ooit in het leven lachgas gebruikt en meer dan één op de tien (11%) heeft dit de afgelopen maand gedaan. Er zijn geen verschillen tussen jongens en meisjes. Minder jongere jongeren (12 t/m 15) dan oudere jongeren (16+) gebruiken lachgas, maar de verschillen zijn niet statistisch significant.
- Omdat het gebruik van lachgas in 2008 niet is gemeten, zijn er geen trendgegevens beschikbaar.

Daarnaast zijn er vanuit de Antenne-monitor uit 2019 specifiek gegevens beschikbaar over lachgasgebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek. De ondervraagde jongeren waren merendeels 16-19 jaar oud (87%), de rest was 15 of tussen de 20 en 28 jaar.

- Ongeveer vier op de tien jongeren uit Amsterdam heeft ooit lachgas gebruikt waarvan bijna de helft niet vaker dan 1 of 2 keer (zie tabel hieronder).
- Het gebruik van lachgas in deze groep ligt dus lager dan het gebruik van cannabis, maar hoger dan dat van ecstasy.
- Er waren in totaal 41 laatste-jaar-gebruikers. De meerderheid van hen (63,4%) nam één of een paar keer lachgas. Een op de drie gebruikte een paar keer per maand en de rest (4,9%) een paar keer per week. Niemand gebruikte dagelijks.
- Gemiddeld namen de jongeren 12 ballonnen per keer, maar de mediaan (de middelste waarde) is 5. Dit betekent dat een groot deel van de jongeren rond de 5 ballonnen per keer gebruikt, maar dat er een kleine groep is die lachgas in grote hoeveelheden gebruikt, waardoor het gemiddelde omhoog getrokken wordt.
- Lachgas werd vrijwel uitsluitend gebruikt om het uitgaan leuker te maken of vanwege het gevoel, en nauwelijks vanwege coping motieven of om ‘erbij te horen’.
- Bijna alle jongeren uit de jeugdzorg (90,2%) vonden dat ze niet te veel of te vaak lachgas gebruikten.

Gebruik van lachgas in kwetsbare groepen jongeren.

Groep	Locatie	Peiljaar	Leeftijd	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Praktijkonderwijs	Nederland	2019	12-16 jaar	11	-	4,7
Cluster 4	Nederland	2019	12-16 jaar	17	-	6,7
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Nederland	2020	12-15 jaar	28	-	12
	Nederland	2020	16-17 jaar	39	-	12
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2019	16+	41,5	34,7	15,3
	Gooi en Vechtstreek	2019	16+	52,2	47,8	13
	Amsterdam[1]	2012	16 jaar (gemiddeld)	13,6	11,1	1,3

Percentage ooitgebruikers, laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. - = Niet gemeten. 1. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Bronnen: EXPLORE, Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.

Kwetsbare groepen in de regio

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen van kwetsbare jongeren in diverse regio's van Nederland [5]. Deze monitor probeert zicht te krijgen op groepen jongeren waarin sprake is van problematisch drugsgebruik, meervoudige problematiek in de directe, institutionele of sociale omgeving, of het veroorzaken van overlast.

In 2020 is er door het Trimbos-instituut ook een kwalitatieve studie uitgevoerd naar lachgasgebruik bij jongeren met een niet-Westerse migratieachtergrond [6]. Hoewel er een toename van problematisch gebruik wordt gesignaleerd onder alle gebruikers van lachgas, lijken juist deze jongeren een belangrijke risicogroep. Landelijk onderzoek [2] laat zien dat de gebruiksprevalenties het hoogst zijn in deze groep, en er zijn signalen dat deze jongeren vaker een patroon van chronisch en langdurig gebruik ontwikkelen. Door middel van interviews met jongeren en professionals en observaties werd beoogd om deze groep beter in beeld te krijgen.

- Lachgas werd volgens waarnemingen van de professionals gebruikt in 30 van de 35 groepen [5] . In 11 groepen werd lachgas gebruikt door (bijna) alle jongeren (76-100%), in 7 groepen werd lachgas gebruikt door de helft of meer van de jongeren (51-75%), in 9 groepen door een kwart tot de helft (26-50%), en in 3 groepen door minder dan een kwart (1-25%).
- In 16 van de 30 groepen waarin lachgas werd gebruikt, zagen de professionals een toename van het gebruik. In 7 groepen was het gebruik afgenomen en in 7 groepen was het gebruik gestabiliseerd.
- Professionals zien verschillende soorten gebruikers: experimenteerders, gelegenheidsgebruikers, bingers en wekelijkse gebruikers. In beide onderzoeken werd ook gesignaleerd dat de opkomst van grote lachgastanks mogelijk zorgt voor een toename in hoeveelheid van gebruik [5,6].

- Volgens sommige professionals is lachgas onder Marokkaanse jongeren soms een “substituut voor alcohol, wat meer een taboe is”, omdat de ouders en docenten gebruik niet kunnen ruiken [6].
- De ouders van jongeren met een niet-Westerse migratrieachtergrond hebben vaak ook weinig kennis van lachgas, waardoor ze minder snel het gesprek met hun kind hierover aangaan en weinig weten van signalen van (problematisch) gebruik [6].

Jongeren lijken zich niet goed bewust van de gezondheidsrisico’s van lachgas.

- Tot 2023 was lachgas eenvoudig verkrijgbaar, goedkoop en (nog) legaal (zie § 13.8). En onder andere vanwege de kortdurende werking werd daarom het risico door jongeren laag ingeschat en dachten ze dat het niet verslavend is [7].
- In sommige groepen ervaren jongeren problemen door het lachgasgebruik. Het gaat om tintelingen in voeten, brandwonden, sociaal isolement en verslaving [5]. Het blijkt dat er weinig hulp wordt gezocht, of soms niet erkend wordt dat er hulp nodig is [6].
- In sommige groepen begint wel door te dringen dat lachgas niet zonder risico is. Meerdere jongeren hebben lachgasincidenten meegemaakt of gezien. Zo zijn er jongeren die brandwonden hebben opgelopen door de vrieskou van de lachgastank [5]. Anderen hebben ernstigere, tot fatale incidenten gezien [6].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Scheffers-van Schayck T, Van Dorsselaer S, Kleinjan M, Onrust S, Monshouwer K. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen in het praktijkonderwijs en cluster 4-onderwijs: Resultaten van het EXPLORE-onderzoek 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
3. Möhle M, Van Gelder N, Rombouts M, Scheffers-van Schayck T, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
4. Möhle M, Rombouts M, van Gelder N, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de Justitiële Jeugdinrichtingen. Het EXPLORE-onderzoek 2022. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
5. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
6. Spronk D, Nijkamp L, Nabben T, De Jonge M. Lachgasgebruik bij jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond: Een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
7. Nijkamp L. Lachgas: van zorgen naar acties. Utrecht: Trimbos-insituut; 2020.

13.4 Problematisch gebruik

Snel naar:

- Definitie van problematisch gebruik
- Risico op afhankelijkheid ('verslaving')
- Overmatig gebruik van lachgas
- Stoppen en minderen met gebruik van lachgas

Gegevensbronnen

Gegevens over het vóórkomen van het problematisch gebruik van lachgas in Nederland zijn niet beschikbaar. Dat komt onder andere omdat het aantal frequent gebruikers van lachgas in algemene bevolkingsonderzoeken, zoals de LSM of NEMESIS, te klein is om betrouwbare schattingen te kunnen maken. Een aantal Nederlandse studies onder specifieke doelgroepen (zoals de Antenne-monitor onder wisselende populaties van jongeren en jongvolwassenen en Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) onder uitgaande jongvolwassenen) geeft echter wel informatie over *indicatoren* voor problematisch gebruik, zoals screeningsinstrumenten voor problematisch gebruik, de mate waarin mensen zelf vinden dat zij te veel of vaak gebruiken, of willen stoppen en minderen.

Definitie van problematisch gebruik

De term problematisch middelengebruik kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie bijlage D en bijlage B12). Bij de verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd staat echter het volgende aspect centraal, namelijk een gebruikspatroon dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen.

Risico op afhankelijkheid ('verslaving')

Volgens de risicobeoordeling van het CAM uit 2019 is het niet duidelijk in welke mate gebruikers afhankelijk kunnen worden van het gebruiken van lachgas [1]. Het risico op lichamelijke afhankelijkheid wordt geschat op gering en het risico op geestelijke afhankelijkheid gering tot matig. Toch rapporteren frequente gebruikers symptomen van craving en gewenning. Er zijn steeds meer signalen dat een deel van de gebruikers tekenen van verslaving vertoont. Ook zijn er aanwijzingen dat het aantal mensen dat hulp zoekt in de verslavingszorg voor problematisch lachgasgebruik toeneemt, al ontbreken landelijke cijfers hierover. Een deel van de problematisch lachgasgebruikers lijkt geen of pas laat professionele hulp te zoeken.

- Het is bekend dat hoe vaker en hoe meer lachgas wordt gebruikt, hoe vaker craving (een sterke hunkering/zucht om het middel (opnieuw) te gebruiken) en gewenning worden ervaren [2]. In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) uit 2020 rapporteerde 7% van de laatste-jaar-gebruikers van lachgas craving te ervaren en ruim één op de tien (12%) gaf aan gewenning te ervaren [3].
- Voor het rapport ‘roes met een luchtje’ uit 2017 werd onder zwaardere gebruikers van lachgas

(gedefinieerd als ooit in hun leven maandelijks of vaker en/of meer dan 10 ballonnen gebruikt) een screeningsvragenlijst afgenomen voor afhankelijkheid, de Severity of Dependence Scale [4] . Dit instrument is niet gevalideerd voor lachgasgebruik, maar geeft mogelijk toch een indicatie van problematisch lachgasgebruik. Eén op de tien gebruikers had een score van 2 of hoger, een waarde die bij andere middelen als afkappunt wordt gehanteerd voor problematisch gebruik. Daarnaast gaf 17% van de zwaardere gebruikers aan zich in ieder geval in enige mate zorgen te maken over het eigen lachgasgebruik en 20% gaf aan wel eens het verlangen te hebben gehad om te stoppen met het gebruiken van lachgas [4].

- In het rapport worden ook de uitkomsten van een veldonderzoek uit 2017 beschreven, waarin onder andere aan jongeren in de leeftijdscategorie 12-24 jaar werd gevraagd in hoeverre zij denken dat lachgas verslavend is. Het merendeel van de jongeren denkt op basis van hun eigen ervaring dat lachgas niet verslavend is. Een aantal jongeren beschrijft echter dat zij gebruikers kennen die geen maat meer kunnen houden met lachgas [4]. In 2019 werden dezelfde signalen waargenomen in groepen kwetsbare jeugd in Amsterdam [5].
- In een studie onder jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond signaleerden professionals die met deze jongeren werken, zoals jongerenwerkers en preventiewerkers, kenmerken van verslaving [6]. Het gaat dan om een zucht naar gebruik, het gebruik van grote hoeveelheden en het uitgeven van veel geld aan lachgas. Het blijkt dat er weinig hulp wordt gezocht, of dat soms niet erkend wordt dat er hulp nodig is [6].
- In 2021 zijn 13 Marokkaans-Nederlandse overmatig lachgasgebruikers uit Amsterdam Nieuw-West geïnterviewd. Zeven van hen waren in behandeling voor hun lachgasgebruik, zes van hen waren niet in behandeling maar gebruikten minstens wekelijks. Uit de interviews blijkt dat lachgas door hen met name wordt gebruikt uit verveling, om stress tegen te gaan en om negatieve gedachten te onderdrukken. Uit de interviews blijkt ook dat door het taboe dat binnen de Marokkaanse cultuur rust op middelengebruik en door wantrouwen en schaamte de hulpverlening pas laat deze groep problematisch lachgasgebruikers bereikt [7,8].
- Uit onderzoek uit 2021 onder jongeren- en preventiewerkers die in contact staan met kwetsbare groepen jongeren verspreid onder 12 dorpen en 23 steden in Nederland blijkt dat de gezondheidsrisico’s van lachgas in deze groepen vaak worden onderschat. Hoewel het lachgasgebruik in een aantal van deze groepen beperkt lijkt te blijven tot een experimentele gebruiksfase, worden in een aantal groepen ook problemen door lachgasgebruik waargenomen. Het gaat om overmatig gebruik, tintelingen in voeten, sociaal isolement en tekenen van verslaving (zie voor meer informatie § 13.3.5).
- Het herhaaldelijk gebruik van een middel in situaties waarin dit fysiek gevaar kan opleveren, zoals in het verkeer, kan een teken zijn van verslaving. Er zijn signalen dat het aantal verkeersincidenten waarbij lachgas in het spel was de afgelopen jaren is toegenomen (zie ook § 13.6.2).
- Er zijn signalen dat het aantal mensen dat hulp zoekt in de verslavingszorg voor problematisch lachgasgebruik toeneemt, al ontbreken landelijke cijfers hierover [9,10].
- Wetenschappelijke studies naar afhankelijkheid van lachgas zijn schaars. Wel zijn er vanuit de internationale wetenschappelijke literatuur aanwijzingen dat er lachgasgebruikers zijn die mogelijk voldoen aan de DSM-5 criteria voor een stoornis in het gebruik van een middel [11].

Overmatig gebruik van lachgas

De afgelopen jaren werd gesignaleerd dat met de opkomst van de lachgastanks ook de hoeveelheid lachgas die gebruikt wordt is toegenomen [5,12]. Het gebruik van lachgas in grotere hoeveelheden

geeft een hogere kans op gezondheidsschade [1]. Zo kan lachgasgebruik op langere termijn ernstige neurologische problemen veroorzaken. Er bestaat geen veilige onder- of bovengrens voor lachgasgebruik, ook beperkt gebruik kan ongewenste bijwerkingen geven.

- Na een jarenlange stijging nam het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum in 2021 een daling waar in het aantal meldingen over gezondheidsklachten na het gebruik van lachgas [13] (zie ook § 13.6). In 2021 werden in totaal 98 gevallen telefonisch gerapporteerd (144 meldingen in 2020). Bij ruim een derde van de meldingen was er sprake van tintelingen of een verdoofd gevoel in armen en/of benen. Dit kan wijzen op neurologische stoornissen door een vitamine B12-tekort, dat kan ontstaan door overmatig lachgasgebruik (meer informatie over negatieve gezondheidseffecten van lachgasgebruik in paragraaf § 13.7).
- Uit een enquête onder neurologen lijkt het aantal patiënten met neurologische klachten door overmatig lachgasgebruik de afgelopen jaren te zijn toegenomen [14] (zie voor meer informatie § 13.7). Deze klachten ontstaan door een vitamine-B12-tekort als gevolg van het lachgasgebruik. Als iemand stopt met lachgasgebruik en op tijd vitamine B12 krijgt toegediend kunnen de klachten weer verdwijnen. Er zijn signalen dat een deel van de lachgasgebruikers uit voorzorg vitamine-B12 tabletten slikt, dit lijkt echter niet voldoende om klachten te voorkomen [15].
- In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020, een onderzoek onder 15-34 jarige uitgaanders, is aan de laatste-jaar-gebruikers van lachgas gevraagd naar de frequentie en hoeveelheid van hun gebruik [3]. Wanneer lachgas wordt gebruikt op een uitgaansdag dan worden er gemiddeld 4,1 ballonnen gebruikt, wanneer lachgas wordt gebruikt op een niet-uitgaansdag worden er gemiddeld meer ballonnen gebruik (5,4 ballonnen). Op een uitgaansdag gebruikt 5% meer dan 10 ballonnen, daarnaast gebruikt 5% op een niet-uitgaansdag meer dan 15 ballonnen.

Stoppen en minderen met gebruik van lachgas

Een deel van de lachgasgebruikers geeft aan van mening te zijn te veel of te vaak te gebruiken en/of de wens te hebben om te minderen of te stoppen met het gebruik van lachgas.

- In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 is aan de laatste-jaar-gebruikers van lachgas gevraagd of zij vinden dat ze te veel of te vaak gebruiken en of zij zouden willen minderen of stoppen met het gebruik van lachgas. Eén op de tien (10,5%) laatste-jaar-gebruikers vindt dat zij te veel of te vaak gebruiken. Daarnaast gaf ongeveer een kwart aan te willen minderen (23,4%) en ongeveer een derde gaf aan te willen stoppen (32,6%) (er is enige overlap tussen het percentage deelnemers dat aangaf te willen minderen en het percentage dat aangaf te willen stoppen, omdat deelnemers beide mogelijkheden konden aangeven; de percentages kunnen dus niet bij elkaar worden opgeteld). Het percentage laatste-jaar-gebruikers dat aangeeft te willen minderen is hoger onder frequente gebruikers (30,0%) dan niet-frequente gebruikers (21,0%) [3]. Frequent gebruik betekent dat de respondent het middel maandelijks of vaker gebruikt.
- Dit komt overeen met bevindingen uit het Drug Use Persona’s onderzoek, in dat onderzoek gaf in 2019 28% van de laatste-jaar-gebruikers aan dit jaar te gaan minderen of stoppen met het gebruik van lachgas [16]. Ongeveer een kwart van de laatste-jaar-gebruikers (24%) gaf aan al meerdere keren te hebben geprobeerd om bewust een tijdje geen lachgas te gebruiken. De belangrijkste redenen om geen lachgas meer te gebruiken waren: ‘ik heb geen reden (meer) om lachgas te gebruiken, ‘het past niet bij mij/mijn leven’ en ‘ik verwacht dat ik klachten krijg

door het gebruik van lachgas’.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. Risicobeoordeling lachgas. Bilthoven: RIVM; 2019.
2. Van Goor M. Factsheet lachgas. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
3. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
4. Nabben T, Van der Pol P, Korf DJ. Roes met een luchtje. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
5. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
6. Spronk D, Nijkamp L, Nabben T, De Jonge M. Lachgasgebruik bij jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond: Een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
7. Nabben T, Weijs J, van Amsterdam J. Problematic use of nitrous oxide by young moroccan–dutch adults. Vol. 18, International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021.
8. Nabben T, Bahara K. Als de tank je beste vriend wordt... Problematisch lachgasgebruik bij jonge Marokkaanse Amsterdammers. Adviezen en aanbevelingen voor een interventie en preventiecampagne. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
9. Boer H. Lachgas verslavender dan gedacht: “Het is geen onschuldig middel” [Internet]. RTL Nieuws. 2020. Available from: https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5192904/lachgas-trimbos-drugs-jellinek-verslaving-verslavend-middel
10. Den Blijker J. Hulpverleners waarschuwen voor explosie aan lachgasverslaafden [Internet]. Trouw. 2022. Available from: https://www.trouw.nl/binnenland/hulpverleners-waarschuwen-voor-explosie-aan-lachgasverslaafdensimb4d9f7a8/?utm_campaign=shared_earned&utm_medium=social&utm_source=whatsapp
11. Fidalgo M, Prud’homme T, Allio A, Bronnec M, Bulteau S, Jolliet P, et al. Nitrous oxide: What do we know about its use disorder potential? Results of the French Monitoring Centre for Addiction network survey and literature review [Internet]. Vol. 40, Substance Abuse. Taylor & Francis; 2019. p. 33–42. Available from: https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1573210
12. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.
13. van Riel AJHP, Hunault CC, van den Hengel-Koot IS, Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, de Lange DW, Hondebrink L. Alarming increase in poisonings from recreational nitrous oxide use after a change in EU-legislation, inquiries to the Dutch Poisons Information Center [Internet]. Vol. 100, International Journal of Drug Policy. Elsevier B.V.; 2022. p. 103519. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103519
14. Dorresteijn L, Titulaer M, Ruijter B, Bruijnes A. Lachgas is een schadelijke drug. Enquete wijst op forse toename neurologische klachten na reacreatief lachgasgebruik. [Internet]. Medisch Contact. 2021. Available from:

https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/lachgas-is-een-schadelijke-drug.htm
15. Van Oijen M. “Hij kon amper op zijn benen staan”: neuroloog ziet groeiend aantal jongeren met dwarslaesie door lachgas [Internet]. Volkskrant. 2021. Available from: https://www.volkskrant.nl/wetenschap/hij-kon-amper-op-zijn-benen-staan-neuroloog-ziet-groeiend-aantal-jongeren-met-dwarslaesie-door-lachgassimb3719e63/
16. De Jonge MC. Persona’s in middelengebruik: Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.

13.5 Gebruik: internationale vergelijking

13.5.1 Algemene bevolking internationaal

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, maar hierin wordt lachgas niet meegenomen. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [1]. De cijfers uit het Verenigd Koninkrijk zijn afkomstig uit de British Crime Survey 2018 [2] en 2020 [3]. Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Van invloed is onder andere de leeftijdsgroep.

Vergelijking tussen landen

Onderstaande tabel presenteert gegevens over het gebruik van lachgas in Nederland, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales).

- Voor zover vergelijkbaar, ligt het ooitgebruik van lachgas in Nederland hoger dan in de Verenigde Staten en in het Verenigd Koninkrijk.
- In de Verenigde Staten zijn een beperkte toename te zien in gebruik van 2016 naar 2017, over alle leeftijdsklassen. Het gebruik is het hoogst onder 26+-jarigen. In de VS is er voor het ooitgebruik sprake van een kleine stijging sinds 2016.
- In Engeland en Wales is het laatste-jaar-gebruik sinds 2013 stabiel gebleven. De prevalentie van lachgasgebruik in 2017-2018 was 2,3% onder volwassenen tussen de 16 en 59 jaar (725.000 mensen). Net zoals bij andere drugs was het gebruik van lachgas het hoogst onder jongeren tussen de 16 en 24 jaar (8,7%, 521.000 mensen). Ook dit aantal is stabiel sinds 2013 (7,6%).

Gebruik van lachgas in de algemene bevolking van de Verenigde Staten, Het Verenigd Koninkrijk en Nederland: wisselende leeftijdsgroepen[1]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar- gebruik (%)
Verenigde Staten	2017	18+	5,1	–
Verenigde Staten	2016	18+	4,8	–
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2017/2018	16–59	–	2,2
	2018/2019	16–59	–	2,3
		16–24	–	8,7
Nederland	2019	18+	7,6	3,2

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het 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: SAMHSA, British Crime Survey, Gezondheidsenquête. Voor de volledige bronvermeldingen: zie onderaan deze pagina.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. SAMHSA. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2020.
2. Office H. Drug Misuse: Findings from the 2017/18 Crime Survey for England and Wales [Internet]. 2018. Available from: https://www.gov.uk/government/statistics/announcements
3. Office H. United Kingdom drug situation 2019: Focal Point annual report [Internet]. 2020. Available from: https://www.gov.uk/government/publications/united-kingdom-drug-situation-focal-point-annual-report/united-kingdom-drug-situation-focal-point-annual-report-2019#ketamine

13.5.2 Jongeren internationaal

Er zijn geen internationaal vergelijkbare onderzoeken naar lachgasgebruik onder jongeren uitgevoerd. Lachgasgebruik is in 2019 ook niet uitgevraagd in het ESPAD-onderzoek (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs.

13.6 Hulpvraag en incidenten

Gegevensbronnen

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal mensen dat hulp zoekt bij de verslavingszorg of wordt opgenomen in algemene ziekenhuizen vanwege het (chronisch) gebruik van lachgas. Er zijn wel gegevens beschikbaar over acute gezondheidsincidenten door lachgasgebruik. De acute hulpvraag wordt geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten (MDI). Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen.

13.6.1 Verslavingszorg

In 2019 meldt instelling voor verslavingszorg Novadic Kentron in een nieuwsbericht dat “enkele jongeren zich hebben aangemeld voor hulp bij problematisch lachgasgebruik”. Er wordt gesproken van klachten van craving en gewenning, beide risicofactoren voor verslaving [1]. Hoewel landelijke cijfers ontbreken werd in de media door verslavingsartsen de afgelopen jaren meerdere keren aandacht gevraagd voor de voor de gevaren van een geestelijke, en een lichamelijke verslaving. Steeds vaker zien deze artsen cliënten die behandeld moeten worden voor hun lachgasverslaving.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Ketelaars D. Lachgas leidt steeds vaker tot gezondheidsproblemen [Internet]. 2019. Available from: https://www.novadic-kentron.nl/lachgas-leidt-steeds-vaker-tot-gezondheidsproblemen/

13.6.2 Incidenten

In het kort: In de Monitor Drugsincidenten (MDI) werd tussen 2017 en 2021 een toename in het aandeel gemelde gezondheidsincidenten met lachgas op de spoedeisende hulp geregistreerd. In tenminste 10% van de in 2021 gemelde incidenten met lachgas was sprake van (ernstige) neurologische uitvalsverschijnselen. Bij het NVIC is het aantal informatieverzoeken over gezondheidsklachten na lachgasgebruik na een jarenlange stijging in 2021 gedaald. Volgens cijfers van de politie is het aantal verkeersincidenten waarbij lachgas vermoedelijk een rol speelde de afgelopen jaren flink toegenomen.

Snel naar:

- Monitor Drugsincidenten
- Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
- Verkeersincidenten
- Brandwonden

Gegevensbronnen

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage B3) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende eerste hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door forensisch artsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) [1]. De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen. Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd. Tot slot geven cijfers van de politie een beeld van het aantal verkeersincidenten waarbij lachgas vermoedelijk een rol speelde.

Monitor Drugsincidenten

In 2021 werden in totaal 3.984 drugsincidenten geregistreerd. Het gebruik van lachgas werd bij 141 (4%) van de incidenten gemeld, waarvan 68% als enige gebruikte drug (monogebruik) met of zonder alcohol. Bij de overige incidenten was lachgas in combinatie met één of meer andere drugs gebruikt, meestal met cannabis (35%), ecstasy (33%), cocaïne (20%) en/of GHB (15%). Het aandeel lachgasintoxicaties (als enige drug of in combinatie met één of meerdere andere drugs) steeg tussen 2017 en 2021 van 1% naar 7% in zowel MDI- als LIS-ziekenhuizen. Bij ambulancediensten is de toename in dezelfde tijd minder fors en maken incidenten met (onder andere) lachgas minder dan 2% van het totaal aantal meldingen uit. EHBO-diensten meldden anno 2021 geen incidenten met lachgas, vermoedelijk door een verbod op de verkoop van lachgas in de horeca en op evenementen in veel gemeenten.

Incidenten met lachgas als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2021

	Ambulances	MDI-ziekenhuizen	LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	7 (1)	39 (5)	42 (4)	7 (1)	0
Man (%)*	43	59	62	100	-
Leeftijd: <25 jaar (%)	100	59	67	71	-
Ook alcohol gebruikt (%)	57	8	29	33	-
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	33	58	-	25	-
Matig (%)[II]	0	16	-	25	-
Ernstig (%)[III]	67	26	-	50	-

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

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van lachgas

- In 2021 werd 7% van de geregistreerde incidenten met lachgas gemeld door ambulancediensten, 41% door MDI-ziekenhuizen, 44% door LIS-ziekenhuizen en 7% door forensisch artsen. EHBO-diensten meldden geen incidenten met lachgas.
- In tenminste 10% van de in 2021 gemelde incidenten met lachgas was sprake van (ernstige) neurologische uitvalsverschijnselen, zoals krachtverlies in armen en benen, sensitiviteits-, coördinatie- en loopstoornissen en blijvende tintelingen en/of pijn in extremiteiten. Andere patiënten zochten hulp voor duizeligheidsklachten (39%), misselijkheid (29%), buik- (20%) en hoofdpijn (18%), opwinding (14%) of angsttoestanden (13%). Veel van hen hadden last van een verhoogde hartslag (33%), bloeddruk (25%) en/of versnelde ademhaling (11%) of flauwvallen (18%). Ook ernstige bijwerkingen als insulten (9%), psychoses (9%) en hartritmestoornissen

(4%) werden gemeld. Twee op de vijf lachgaspatiënten waren bewusteloos.
- Bij 22% van de in 2021 geregistreerde incidenten met lachgas als enige gebruikte drug werd ook alcohol gebruikt.
- Patiënten met een lachgas-intoxicatie zijn relatief jong. De mediane leeftijd van patiënten met een lachgas-intoxicatie bedroeg in 2021 22 jaar. Ter vergelijking: de mediane leeftijd van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie bedroeg 31 jaar.

Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [2].

- Het aantal telefonische gemelde blootstellingen aan lachgas is na een jarenlange stijging in 2021 gedaald. In totaal werden 98 blootstellingen aan lachgas telefonisch gerapporteerd, lachgas staat hiermee op de vijfde plaats in de top 10 van de drugs met het hoogste aantal telefonisch gemelde blootstellingen. In 2020 ging het nog om 144 meldingen.
- Net als in voorgaande jaren ging het in 2021 bij een groot aandeel van de meldingen over regelmatig gebruik en/of het gebruik van lachgas in grote hoeveelheden (50 of meer ballonnen in een keer). Bij ongeveer de helft van de meldingen was er sprake van lachgas uit (grote) tanks/cilinders.
- Bij ruim een derde van de meldingen was er sprake van tintelingen of een verdoofd gevoel in armen en/of benen. Dit kan wijzen op neurologische stoornissen door een vitamine B12-tekort, dat kan ontstaan door overmatig lachgasgebruik.

Verkeersincidenten

Lachgas verstoort de waarneming en het reactievermogen en handelingen met ballonnen in de auto kunnen de aandacht afleiden van het verkeer. Hierdoor is het niet veilig om tijdens en na het gebruik van lachgas deel te nemen aan het verkeer.

- Volgens cijfers van de politie is het aantal verkeersincidenten waarbij lachgas vermoedelijk een rol speelde de afgelopen jaren flink toegenomen, van 2652 in 2019 naar 5102 in 2020 [3–5].
- Ook in 2021 lijken de cijfers stabiel hoog, 4860 incidenten in totaal. Het gaat dan bijvoorbeeld om incidenten waarbij sprake was van het rijden onder invloed, onveilig rijgedrag, maar ook om verkeersongelukken [3].
- Het aantal verkeersongelukken waarbij lachgas vermoedelijk een rol speelde nam toe van 2019 naar 2020. Het gaat hierbij om ongelukken met blikschade (213 in 2019; 319 in 2020), maar ook om ongelukken met letsel (100 in 2019; 145 in 2020) en zelfs met dodelijke afloop (16 in 2019; 25 in 2020) [3].
- Een belangrijke kanttekening bij deze cijfers is dat niet met een blaas-, bloed- of speekseltest kan worden gemeten of iemand onder invloed is van lachgas. Bij de hierboven genoemde aantallen was er op enigerlei wijze sprake van lachgas. Het kan dan gaan om het daadwerkelijk gebruik, maar bijvoorbeeld ook dat er een tankje en/of ballonnen in een voertuig werden aangetroffen. Er kan dus niet met zekerheid worden vastgesteld of lachgasgebruik de directe aanleiding is geweest van deze incidenten.
- Er is momenteel onderzoek gaande om uit te zoeken of lachgas kan worden aangetoond in adem. In opdracht van de politie is een onderzoeksvoorstel ingediend voor het meten van

lachgas in adem en het vaststellen van grenswaarden van lachgas. Het onderzoek is halverwege 2021 gestart en duurt maximaal 18 maanden [6].

Jongeren komen soms samen met auto's om lachgas te gebruiken. Uit een enquête uit 2019 van Stichting TeamAlert in samenwerking met de NOS blijkt dat veel jongeren zich niet bewust zijn van de risico's van het rijden onder invloed. Van de jongeren uit deze enquête die wel eens lachgas in de auto gebruiken, gebruikt 45% als bestuurder (in totaal 193 jongeren). Van hen geeft een meerderheid (57,2%) aan te gebruiken terwijl de auto rijdt. Bijna de helft (47,2%) zegt te gebruiken omdat ze denken dat het hun rijstijl niet beïnvloedt [7].

De toename van het aantal processen-verbaal van de politie waarbij lachgas werd genoemd, is aanleiding geweest voor de Minister van Infrastructuur en Waterstaat om een campagne "Lachgas in het verkeer" te ontwikkelen. Deze campagne www.rijballonvrij.nl is gestart op 19 november 2020. De campagne is specifiek gericht op het gebruik van lachgas in het verkeer. Zie voor meer informatie over de wetgeving rondom lachgasgebruik in het verkeer Hoofdstuk 2 beleid.

Brandwonden

Brandwondencentra in Nederland sloegen in april 2019 alarm vanwege de snelle opkomst van letsel geassocieerd met lachgas gebruik [8]. In korte tijd waren er 14 slachtoffers met bevriezingsverschijnselen van de huid tot op de onderhuidse vetlaag, dat komt overeen met 2e of 3e-graads brandwonden, waarvoor een operatie nodig is en blijvende littekens ontstaan [9].

- De bevriezingen ontstonden door het vastklemmen van een cilinder lachgas en dus vrijwel altijd aan de bovenbenen. Doordat de persoon die de ballonnen vult zelf gebruikt, wordt de sterke afkoeling van de fles niet waargenomen en ontstaan de klachten pas later.
- De gevallen kwamen plots, en in een korte tijd, namelijk tijdens de eerste periode van het lenteseizoen van 2019. Daarvoor waren er geen meldingen van dit type letsel. Naar verwachting is het aantal ongevallen gestegen, maar cijfers ontbreken.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Van Velzen AG, Mulder-Spijkerboer HN, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2021: NVIC Rapport 01/2022. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2022.
3. Politie Nederland. Persoonlijke communicatie met het Trimbos-instituut, februari 2022 (e-mail). 2022.
4. Politie.nl. Lachgas en verkeer een levensgevaarlijke combinatie [Internet]. 2021. Available from: https://www.politie.nl/nieuws/2021/december/2/00-lachgas-en-verkeer-levensgevaarlijke-combinatie.html
5. Van Hulzen D. Lachgas afgelopen jaren gevonden bij 1800 ongelukken met tientallen doden [Internet]. 2021. Available from: https://nos.nl/artikel/2407852-lachgas-afgelopen-jaren-gevonden-bij-1800-ongelukken-met-tient

allen-doden
6. T.K. 2021D50789 Antwoord op vragen van de leden Sneller en Hagen over drugsgebruik in het verkeer. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal. [Internet]. 2021. Available from: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?id=2021Z21398&did=2021D50789
7. Hamans H, Timmermans E. Uitkomsten enquête lachgas in het verkeer. Utrecht; 2019.
8. Brandwonden Stichting N. Brandwondencentra slaan alarm: partydrug lachgas eist slachtoffers [Internet]. 2019. Available from: https://brandwondenstichting.nl/nieuws/brandwondencentra-slaan-alarm-partydrug-lachgas-eist-slachtoffers/.
9. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. Risicobeoordeling lachgas. Bilthoven: RIVM; 2019.

13.7 Ziekte en sterfte

13.7.1 Ziekte

Het gebruik van lachgas kan naast de verwachte positieve effecten, ook nadelige bijwerkingen met zich meebrengen. Er is geen bovengrens voor veilig gebruik bekend. De gezondheidsrisico's van lachgas zijn onder te verdelen in acute risico's, en risico's op de lange termijn.

Acute risico's

Lachgas kan zorgen voor een zuurstoftekort doordat het gas zuurstof uit de weefsels verdringt. Symptomen die ontstaan als gevolg hiervan zijn onder andere hoofdpijn, duizeligheid, verwardheid, desoriëntatie, opwinding, verminderd bewustzijn, benauwdheid, pijn op de borst, hartkloppingen, tintelingen, verminderde motoriek, verlies van evenwicht, transpireren, bleke huid, wazig zicht, pijn in de mond of keel, misselijkheid, braken en diarree. Zuurstoftekort kan ook hartritmestoornissen en een lage bloeddruk veroorzaken [1].

Ook bij laag frequent gebruik worden negatieve effecten ervaren. In het (vervolg)onderzoek naar lachgas onder uitgaanders in 2017 [2] zijn de meest voorkomende effecten die tijdens of kort na lachgasgebruik optreden duizeligheid (46%), verwardheid (27%) en hoofdpijn (25%). Misselijkheid, gevoelloosheid en tintelingen van handen en voeten kwamen ook voor, maar werden minder vaak genoemd.

- Gevoelloosheid en/of tintelingen lijken vaker voor te komen bij chronisch gebruik of gebruik van grote hoeveelheden, maar kan ook ontstaan na een enkele keer [3,4].
- Het ervaren van klachten hangt samen met de frequentie van lachgasgebruik. Uitgaanders die minstens één keer per maand lachgas gebruiken ervaren anderhalf tot twee keer zo vaak één of meer acute negatieve effecten dan degenen die minder vaak gebruiken.
- Degenen die geen enkel acuut negatief effect hadden ervaren, namen gemiddeld 4 ballonnen op een typische gebruiksdag. Bij degenen die wel één of meer acute negatieve effecten hadden ervaren, varieerde dit gemiddelde afhankelijk van het soort effect tussen 5 en 10 ballonnen op een typische gebruiksdag.

Overige acute risico's kunnen als volgt worden beschreven:

- Door het gebruik van lachgas kan de druk in of het volume van de holtes toenemen. Dit effect is afhankelijk van de blootstelling aan lachgas en van de doorbloeding van de holte. Een te hoge druk in de holtes, bijvoorbeeld in het oor, kan pijnlijk zijn en, in het geval van het oor, gehoorschade veroorzaken [5].
- Het inhaleren van het gas direct uit een (slagroom)spuit, gastank of gaspatroon kan leiden tot bevriezingsverschijnselen van de lippen, mond en luchtwegen. Bevriezingsverschijnselen aan handen en vingers en aan de bovenbenen door het vullen van ballonnen met lachgas worden ook gemeld [6,7].
- Ook bestaat het risico dat gebruikers er niet bij stil staan dat het effect nog kan 'na-ijlen'. Zij denken dan dat het middel is uitgewerkt, terwijl dit niet zo is. Onbekend is bij welke hoeveelheden dit optreedt [7].

Risico’s op lange termijn

- Moeheid, duizelingen, concentratieproblemen en tintelingen zijn effecten die gebruikers soms ook op de lange termijn ervaren. Hierbij geldt dat hoe vaker en meer lachgas wordt gebruikt, hoe vaker deze effecten worden ervaren [2].
- Lachgas is, voor zover bekend, niet kankerverwekkend [6].
- Bij gebruik van lachgas kan een tekort aan vitamine B12 ontstaan, wat kan leiden tot bloedziekten en neurologische klachten [6]. Vitamine B12 is onder andere nodig om myeline aan te maken. Myeline is een belangrijk onderdeel van het zenuwstelsel en draagt bij aan een efficiënte prikkeloverdracht tussen de zenuwen. Wanneer de klachten van een vitamine B12-tekort optreden kan behandeling met vitamine B12 soms helpen om de symptomen te verlichten. Neurologische klachten worden meestal na langdurig gebruik gezien, maar kunnen ook voorkomen na éénmalig gebruik van een grote hoeveelheid lachgas [1].
- Bij vroege opsporing is de schade meestal behandelbaar met vitaminesupplementen en fysiotherapie. Soms zijn er nog wel restklachten zoals spierzwakte, verminderde balans, verminderde conditie en sensibiliteitsstoornissen (bijvoorbeeld tintelingen, een dof gevoel of koud gevoel in handen en/of voeten).
- Aanwijzingen voor een dosis-afhankelijke relatie voor neurologisch symptomen komen als bevinding naar voren uit een aanvullende analyse van de gegevens van de Global Drug Survey [8]. In dit onderzoek werd een duidelijke dosis-respons relatie gevonden voor de hoeveelheid lachgas per sessie en zelfgerapporteerde neurologische symptomen. Ook werd een verschil geconstateerd voor mannen en vrouwen en voor leeftijd: het risico op neurologische symptomen bij hogere doseringen was groter voor vrouwen dan voor mannen, en hoger bij een jongere leeftijd dan bij een oudere leeftijd.
- Dit komt overeen met de bevindingen dat jonge gebruikers, vrouwen in de vruchtbare leeftijd en andere mensen met een laag vitamine B12-niveau, zoals vegetariërs en veganisten, gevoeliger zijn voor schadelijke effecten [9]. Dat wil zeggen dat ze mogelijk bij eenmalig gebruik al klachten kunnen krijgen.
- ‘Craving’ en gewenning zijn risico’s op lange termijn bij het gebruik van lachgas (§ 13.4).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Kan AA, Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, De Lange DW, Van Riel AJHP, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2018: NVIC Rapport 07/2019 [Internet]. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2019. Available from: https://www.umcutrecht.nl/getmedia/7f6543a2-6609-46f2-a043-a554bef36475/NVIC-Jaaroverzicht-2016.pdf.aspx?ext=.pdf
2. Nabben T, Van der Pol P, Korf DJ. Roes met een luchtje. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
3. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. Risicobeoordeling lachgas. Bilthoven: RIVM; 2019.
4. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Kan AA, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, Visser CC, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2019: NVIC Rapport 06/2020. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies,

Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2020.
5. Brodsky JB, Cohen EN. Adverse effects of nitrous oxide. Vol. 1, Med Toxicol. 1986. p. 362–74.
6. Milieu R voor Volksgezondheid en. Beoordeling gezondheidsrisico's lachgas (N2O). Bilthoven: RIVM; 2016 p. 1–9.
7. Van Goor M. Factsheet lachgas. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
8. Winstock AR, Ferris JA. Nitrous oxide causes peripheral neuropathy in a dose dependent manner among recreational users. Vol. 34, Journal of Psychopharmacology. 2020. p. 229–236.
9. Green R, Allen LH, Bjrke-Monsen AL, Brito A, Guéant JL, Miller JW, et al. Vitamin B12 deficiency [Internet]. Vol. 3, Nature Reviews Disease Primers. Macmillan Publishers Limited; 2017. p. 1–19. Available from: http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2017.40

13.7.2 Sterfte

Cijfers over sterfte door lachgas in Nederland ontbreken. In een casereview studie van Garakani et al. (2016) worden 11 publicaties beschreven met in totaal 29 sterfgevallen als direct gevolg van overmatig lachgasgebruik. Deze ‘cases’ speelden niet in Nederland. In de meeste gevallen werd het slachtoffer gevonden met een zak of mondkapje naast een (professionele) lachgascilinder. In 10 gevallen werd lachgas aangetroffen in de bloedbaan, waarbij acute verstikking en acute hartritmestoornissen de doodsoorzaak waren [1].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Garakani A, Jaffe RJ, Savla D, Welch AK, Protin CA, Bryson EO, et al. Neurologic, psychiatric, and other medical manifestations of nitrous oxide abuse: A systematic review of the case literature. Vol. 25, American Journal on Addictions. 2016. p. 358–369.

13.8 Aanbod en markt

13.8.1 Verkoop en verkrijgbaarheid

Sinds 1 januari 2023 staat lachgas op lijst II van de Opiumwet. Dit betekent onder andere dat verboden is om lachgas te importeren of exporteren, te verkopen of te hebben. Het lachgasverbod is ingevoerd om het recreatief gebruik van lachgas tegen te gaan.

Makkelijke beschikbaarheid van lachgas

Voor 2016 viel het recreatief gebruik van lachgas onder de Geneesmiddelenwet (zie ook § 2.1.4). Het Hof scherpte de juridische definitie van een geneesmiddel aan waardoor lachgas niet in alle gevallen meer onder de Geneesmiddelenwet viel, maar soms onder de Warenwet. Dit betekende dat vanaf 2016 de verkoper van lachgas aan de verplichtingen van de Warenwet diende te voldoen, maar dat verkoop, handel, bezit en gebruik van lachgas niet strafbaar was [1]. Volgens het CAM was lachgas afkomstig uit een regulier legaal circuit en daarom meestal van goede kwaliteit. Ook de kwaliteit van niet-medicinaal lachgas leek goed te zijn, waarbij verontreiniging met andere gassen niet leek voor te komen [2].

Echter, het CAM noemde de makkelijke beschikbaarheid van lachgas ook als een van de grootste problemen bij het gebruik van lachgas als roesmiddel. “Lachgas is gemakkelijk te verkrijgen voor iedereen, ook voor minderjarigen. Er kan openlijk worden geadverteerd voor het product. Jongeren worden er bij het uitgaan mee geconfronteerd en bezorgservices komen overal en zijn zichtbaar aanwezig. Door de grote schaal van gebruik worden ook minder frequente ernstige gezondheidsschade en gevolgen van intensief gebruik manifest. Sinds enkele jaren wordt lachgas niet alleen maar als ampul aangeboden, maar ook als cilinder wat overmatig gebruik in de hand werkt” [2] .

Lijst II van de Opiumwet

Naar aanleiding van de risicobeoordeling, waaruit bleek dat lachgas een gevaar kan vormen voor de volksgezondheid en de openbare orde, is door de Staatssecretaris van het ministerie van VWS en de minister van Justitie en Veiligheid besloten om lachgas voor oneigenlijk gebruik per 1 januari 2023 op Lijst II van de Opiumwet te plaatsen [3]. Dit betekent onder andere dat het vanaf die datum verboden is om lachgas te importeren of exporteren, te verkopen of te hebben. Het doel van het lachgasverbod is om het aanbod te beperken en het recreatief gebruik terug te dringen. Het professioneel gebruik van lachgas voor medische en technische doeleinden, evenals het gebruik van lachgas als voedingsadditief, blijft wel toegestaan.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Goor M. Factsheet lachgas. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. Risicobeoordeling lachgas. Bilthoven: RIVM; 2019.

3. Stb. 2022-461. Besluit van 17 november 2022, houdende wijziging van het Opiumwetbesluit en lijst II, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing van distikstofmonoxide (lachgas) op deze lijst . Den Haag: Rijksoverheid; 2022.

13.8.2 Beperkende maatregelen voor lachgasverkoop

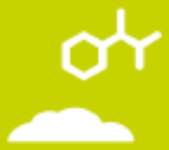
Voor invoering van het landelijk verbod op 1 januari 2023 hadden gemeenten zelf reeds mogelijkheden voor het inperken van de beschikbaarheid van lachgas. Gemeenten konden namelijk lokale maatregelen instellen, toegespitst op waar werd verkocht. Bijvoorbeeld via de Algemene Plaatselijke Verordening (APV) of via andere regelgeving [1].

- Plekken waar lachgas werd verkocht waren onder andere: de horeca, op festivals en evenementen, in de detail- en groothandel, op openbare plekken en via bezorgdiensten.
- Gemeenten konden bijvoorbeeld een verbod op de verkoop van lachgas in de evenementenvergunning opnemen of een bepaling opnemen in de APV met betrekking tot het voorkomen van overlast door gebruik op straat.
- Sommige winkels (zowel detailhandels als groothandels en online verkoopdiensten) pasten ook zelf vrijwillige beperkende maatregelen toe. Bijvoorbeeld door een maximum aantal patronen per klant te hanteren [2].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Nijkamp L. Lachgas: van zorgen naar acties. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Nabben T, Van der Pol P, Korf DJ. Roes met een luchtje. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.



Ketamine

14.0 Laatste feiten en trends

De laatste feiten en trends over ketamine zijn:

- In 2020 heeft 2,0% van de volwassen bevolking ooit ketamine gebruikt en 0,9% deed dit in het afgelopen jaar. Vergeleken met 2018 is het gebruik van ketamine gestegen (§ 14.2.1).
- Het gebruik van ketamine in de algemene bevolking komt het meest voor onder 20-24 jarigen en 25-29 jarigen (§ 14.2.2).
- Het percentage MBO-HBO studenten dat in de afgelopen maand ketamine heeft gebruikt is tussen 2017 en 2021 (0,8%) gelijk gebleven (§ 14.3.2).
- Uit Het Grote Uitgaansonderzoek 2020 blijkt dat het gebruik van ketamine tussen 2016 en 2020 flink is gestegen (§ 14.3.3). Onderzoek naar de impact van de coronacrisis in 2020 suggereert dat het gebruik ook tijdens de coronacrisis gelijk is gebleven, maar dat de patronen van het gebruik wel zijn veranderd: sommigen zijn minder gaan gebruiken terwijl anderen juist méér zijn gaan gebruiken (§ 14.1.2).
- Het aantal gezondheidsincidenten met ketamine lijkt toe te nemen volgende de Monitor Drugsincidenten (MDI). Ketamine-intoxicaties worden doorgaans gemeld door EHBO-posten, maar steeds vaker ook door ziekenhuizen. Het aandeel patiënten dat een medische behandeling nodig had voor een intoxicatie met ketamine groeide in 2021 fors. Vooral in hoge doseringen kan ketamine zorgen voor bewustzijnsverlies (§ 14.6.2).
- Bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum werd in 2021 opnieuw vaker een telefonisch informatieverzoek bij een potentiële intoxicatie gedaan. Ook het aantal risicoanalyses dat online werd opgevraagd steeg opnieuw (§ 14.6.2).
- Tussen 2012 en 2020 is het aandeel ketaminemonsters aangeleverd bij het DIMS gestegen. In 2021 daalde dit aandeel weer (§ 14.8).
- De concentratie ketamine in poeders die werden verkocht als ketamine, is hoog en steeg de laatste jaren licht. Daarnaast wordt vaker een vervuiling met levamisol aangetroffen (§ 14.8).

14.1 Over ketamine (en corona)

14.1.1 Over ketamine

Ketamine als geneesmiddel

Ketamine wordt gebruikt als een middel tegen pijn of als narcosemiddel in de (dier)geneeskunde. Vanwege de geneeskundige toepassingen valt ketamine onder de Geneesmiddelenwet: zonder vergunning of doktersrecept, is het produceren, verhandelen of in bezit hebben van ketamine strafbaar.

Er wordt veel onderzoek gedaan naar de mogelijke toepassingen en veiligheid van ketamine bij therapieresistente depressie [1–4] en recentelijk worden er gerichtere studies gedaan naar de toepassing bij suïcidale neigingen [5–7]. Ook in Nederland is onderzoek hiernaar gaande.

In deze studies wordt consistent gevonden dat ketamine snelle antidepressieve effecten heeft bij patiënten met therapieresistente depressie. De effecten op lange termijn moeten echter nog verder worden onderzocht [8]. Het middel zou daarnaast een rol kunnen spelen bij de behandeling van verslaving aan alcohol, cocaïne en opiaten, maar het onderzoek hiernaar is nog beperkt [9,10]. In de Verenigde Staten is esketamine, een sterke vorm van ketamine, door de Federal Drug Agency op 6 maart 2019 goedgekeurd als medicijn, in de vorm van een neusspray, voor therapieresistente depressie.

Dissociatief tripmiddel

Ketamine wordt ook voor recreatieve doeleinden gebruikt als zogenaamd dissociatief tripmiddel. Dissociatie betekent letterlijk ‘ontkoppeling’. Gebruikers hebben het gevoel dat hun gedachten, gevoelens en lichaam tijdelijk niet meer van hen zijn. Andere namen voor ketamine in deze setting zijn: ‘K’, ‘Special K’, ‘Keta’ of ‘Vitamine K’. Wanneer gebruikers een (te) hoge dosis ketamine nemen, kunnen zij in zeer sterke mate beleven dat er een scheiding optreedt tussen lichaam en geest (dissociatie) en hebben zij het gevoel dat zij zich in een andere wereld bevinden. Dit wordt een K-hole genoemd [11].

Gebruikers

Ketamine werd jarenlang gebruikt door een kleine groep mensen die intense psychedelische ervaringen zochten (‘psychonauten’). De toename van het aantal ingeleverde ketaminemonsters bij testservices van het Drugs Informatie en Monitoringssysteem, en het aandeel gezondheidsincidenten waar ketamine bij betrokken was, waren signalen voor een toename van het gebruik. Inmiddels is het bekend dat het gebruikerspubliek is verbreed [12–14] en dat ketamine in diverse uitgaanssettingen wordt gebruikt, bijvoorbeeld op huisfeesten, op festivals en in clubs.

Belang van ketamine in ontwikkelingslanden

In een risicobeoordeling van de Wereldgezondheidsorganisatie wordt geconcludeerd dat ketaminegebruik gepaard gaat met gezondheidsrisico’s, maar dat deze niet opwegen tegen de

voordelen van de geneeskundige toepassingen. De Wereldgezondheidsorganisatie adviseert daarom dat het middel niet onder het Verdrag Inzake Verdovende Middelen geplaatst hoeft te worden omdat dit zou kunnen leiden tot een verminderde beschikbaarheid van het middel. Dat is met name van belang voor ontwikkelingslanden waar de medische voorzieningen beperkt zijn en ketamine een betaalbaar en toegankelijk (niet verboden) middel is dat een belangrijke rol speelt bij operatieve ingrepen [15].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Fava M, Freeman MP, Flynn M, Judge H, Hoeppner BB, Cusin C, et al. Double-blind, placebo-controlled, dose-ranging trial of intravenous ketamine as adjunctive therapy in treatment-resistant depression (TRD) [Internet]. Vol. 25, Molecular Psychiatry. Springer Nature; 2020. p. 1592–1603. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30283029/
2. Han Y, Chen J, Zou D, Zheng P, Li Q, Wang H, et al. Efficacy of ketamine in the rapid treatment of major depressive disorder: A meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled studies [Internet]. Vol. 12, Neuropsychiatric Disease and Treatment. Dove Medical Press Ltd.; 2016. p. 2859–2867. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27843321/
3. Phillips JL, Norris S, Talbot J, Hatchard T, Ortiz A, Birmingham M, et al. Single and repeated ketamine infusions for reduction of suicidal ideation in treatment-resistant depression [Internet]. Vol. 45, Neuropsychopharmacology. Springer Nature; 2020. p. 606–612. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31759333/
4. Phillips JL, Norris S, Talbot J, Birmingham M, Hatchard T, Ortiz A, et al. Single, repeated, and maintenance ketamine infusions for treatment-resistant depression: A randomized controlled trial. In: American Journal of Psychiatry [Internet]. American Psychiatric Association; 2019. p. 401–409. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30922101/
5. Bartoli F, Riboldi I, Crocamo C, Di Brita C, Clerici M, Carrà G. Ketamine as a rapid-acting agent for suicidal ideation: A meta-analysis [Internet]. Vol. 77, Neuroscience and Biobehavioral Reviews. Elsevier Ltd; 2017. p. 232–236. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28342764/
6. Wilkinson ST, Ballard ED, Bloch MH, Mathew SJ, Murrough JW, Feder A, et al. The effect of a single dose of intravenous ketamine on suicidal ideation: A systematic review and individual participant data meta-analysis. In: American Journal of Psychiatry [Internet]. American Psychiatric Association; 2018. p. 150–158. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28969441/
7. Witt K, Potts J, Hubers A, Grunebaum MF, Murrough JW, Loo C, et al. Ketamine for suicidal ideation in adults with psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis of treatment trials [Internet]. Vol. 54, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. SAGE Publications Inc.; 2020. p. 29–45. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31729893/
8. Na KS, Kim YK. Increased use of ketamine for the treatment of depression: Benefits and concerns. Vol. 104, Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. Elsevier Inc.; 2020. p. 110060.
9. Dakwar E, Levin F, Hart CL, Basaraba C, Choi J, Pavlicova M, et al. A Single Ketamine Infusion Combined With Motivational Enhancement Therapy for Alcohol Use Disorder: A Randomized Midazolam-Controlled Pilot Trial. Vol. 177, The American journal of psychiatry. 2020. p. 125–133.

10. Dakwar E, Nunes EV, Hart CL, Foltin RW, Mathew SJ, Carpenter KM, et al. A single ketamine infusion combined with mindfulness-based behavioral modification to treat cocaine dependence: A randomized clinical trial. Vol. 176, American Journal of Psychiatry. 2019. p. 923–930.
11. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Goor M. Factsheet: Ketamine. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
12. Vrolijk R, Van der Gouwe D. Annual Report 2019 Drugs Information and Monitoring System (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
13. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
14. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
15. Health Organization W. WHO | WHO Recommends against International Control of Ketamine [Internet]. WHO. WHO; 2016. Available from: https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/recommends_against_ick/en/

14.1.2 Effect van de coronamaatregelen op het gebruik van ketamine

Er zijn geen gegevens over de invloed van de coronacrisis op het gebruik van ketamine in een representatieve steekproef van de algemene bevolking (zie § 14.2.1). In deze paragraaf vatten wij gegevens samen uit specifieke studies naar de impact van de coronacrisis op het ketaminegebruik [1–3]. In hoofdlijnen suggereren de bevindingen dat er aanwijzingen zijn dat het gebruik van ketamine tijdens de coronacrisis onder bepaalde (risico)groepen stabiel is gebleven. Wel lijken onder uitgaanders gebruikspatronen veranderd te zijn: sommigen zijn minder gaan gebruiken, maar anderen zijn juist meer gaan gebruiken.

Het effect van de coronacrisis op het gebruik van ketamine is echter alleen onderzocht onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen en de steekproef is niet volledig representatief voor de doelgroep van het onderzoek. Bij de resultaten van de Antenne-Monitor 2021 gaat het om kwalitatieve gegevens, maar prevalentiecijfers ontbreken. Om deze reden dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Van belang is ook dat de resultaten uit deze onderzoeken een momentopname zijn geweest. De coronamaatregelen zijn sinds de verschillende perioden van dataverzameling weer aangepast. De impact daarvan is nog niet bekend.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kader van het Grote Uitgaansonderzoek 2020 (HGU 2020) zijn de effecten van de coronacrisis op het middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen (16 t/m 35 jaar) twee keer in kaart gebracht. Het eerste onderzoek werd uitgevoerd in april en mei 2020, tijdens de eerste lockdown [1]. De resultaten zijn samengevat in de tabel hieronder. In september en oktober is een tweede onderzoek uitgevoerd [2]. In dit vervolgonderzoek is teruggekeken op zowel de periode van de eerste lockdown (15 maart – 1 juni 2020) als de periode van de versoepelingen van de coronamaatregelen (1 juni – 1 september 2020).

- Het percentage uitgaanders dat minimaal één keer ketamine gebruikte tijdens de eerste lockdown lag ongeveer op hetzelfde niveau als in dezelfde periode in 2019 (resp. 17,9% en 18,8%). Hetzelfde beeld werd gevonden voor de versoepelingen (resp. 19,4% en 19,3%).
- Ketamine werd tijdens de lockdown niet overwegend minder of meer frequent gebruikt. Onder diegenen die zowel in het voorjaar van 2019 en de eerste lockdown ketamine hadden gebruikt, deed 38,5% dat op minder dagen tijdens de lockdown, 30,0% gebruikte op evenveel dagen en 31,5% nam op meer dagen.
- Tijdens de periode van de versoepelingen werd er wel overwegend minder frequent gebruikt: het percentage dat op minder dagen gebruikte dan in de zomer van 2019 groeide naar 48,2%.
- Ketamine werd vóór de coronacrisis voornamelijk thuis gebruikt, maar ook op festivals. De locaties waar ketamine tijdens de coronacrisis (zowel tijdens de eerste lockdown als de versoepelingen) het meest gebruikt werd waren thuis, op een huisfeest, of bij een afspraak met vrienden binnen.
- De meest genoemde reden om helemaal geen ketamine te gebruiken tijdens de coronacrisis was het niet of minder vaak kunnen zien van vrienden (21,1%). Deze reden werd ook het vaakst gegeven voor psychedelische middelen zoals LSD en 2C-B.

Samenvatting van de resultaten van onderzoek naar de impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op het gebruik van ketamine[I]

Doelgroep	Monitor/instelling	-Leeftijd -Methode -Aantal respondenten	Periode	Maat	Impact corona op ketaminegebruik		
					Daling (%)	Gelijk (%)	Stijging (%)
Uitgaanders II	Het Grote Uitgaansonderzoek	-16 t/m 35 jaar -Online vragenlijst -4.460 respondenten	28 april tot en met 19 mei 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer ketamine hadden gebruikt tijdens de eerste lockdown	24,8	40,6	34,6
Uitgaanders II	Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek	-16 t/m 35 jaar -Online vragenlijst -3.765 respondenten	18 september tot en met 19 oktober 2020	Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer ketamine hadden gebruikt **tijdens de lockdown** en dezelfde periode in 2019	38,5	30,0	31,5
				Verandering in frequentie van gebruik (aantal dagen) onder degenen die tenminste 1 keer ketamine hadden gebruikt **tijdens de versoepelingen** en dezelfde periode in 2019	48,5	28,2	23,6

I. Vanwege verschillen in de methoden en steekproeftrekkingen dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd. II. Deelnemers werden alleen geïncludeerd als zij minimaal een keer in het voorjaar voor corona (13 maart 2019 – 13 maart 2020) een club of festival hadden bezocht. Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2020, Vervolgmeting Het Grote Uitgaansonderzoek 2020.

Kwetsbare jongeren in de regio

In de Antenne-monitor Nederland 2021 is het middelengebruik onder groepen kwetsbare jongeren (11 t/m 27 jaar) in diverse regio's van Nederland op kwalitatieve wijze in kaart gebracht (zie ook § 14.3.4) [3].

- Volgens preventiewerkers werd er in 2021 in het merendeel van de groepen kwetsbare jongeren geen ketamine gebruikt. In de groepen waar ketamine werd gebruikt, lijkt het gebruik stabiel gebleven ten opzichte van 2019-2020. Hierdoor is er sprake van een afgezwakte groei in het gebruik van ketamine.
- Volgens een veldwerker is de gebruikssetting veranderd door de coronacrisis. Ook wordt opgemerkt dat het risico op verslaving bij jongeren toeneemt vanwege hun sociaal isolement.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Beek R. Factsheet: De impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op alcohol-, tabak- en drugsgebruik onder uitgaanders. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar M. Factsheet: Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.

3. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.

14.2 Gebruik: algemene bevolking

14.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: In 2020 heeft 2,0% van de volwassen bevolking ooit ketamine gebruikt en 0,9% deed dit in het afgelopen jaar. Vergeleken met 2018 is het gebruik van ketamine gestegen.

Snel naar:

- Kerncijfers 2020
- Trends in gebruik

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van ketamine in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor, die in 2016, 2018 en 2020 is uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De LSM-A is een onderzoek dat parallel loopt aan de Gezondheidsenquête en dieper ingaat op het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen (bijlage A1 en A2). In 2020 zijn er geplande en ongeplande wijzigingen in de dataverzameling van de LSM-A geweest, zie hiervoor bijlage A2.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het gebruik van ketamine in de algemene bevolking. Op basis van de cijfers uit de LSM-A kunnen hierover echter geen uitspraken worden gedaan. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2020 verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2019. Meer informatie over de impact van de coronapandemie op het gebruik van ketamine leest u in § 14.1.2.

Kerncijfers 2020

In 2020 had naar schatting een op de vijftig volwassenen ooit in het leven wel eens ketamine gebruikt. Dat komt neer op ongeveer 280 duizend Nederlanders. In het laatste jaar had 0,9% ketamine gebruikt en in de laatste maand 0,2%. Het gebruik ligt lager dan van stimulerende middelen zoals ecstasy en cocaïne.

Percentage en absoluut aantal ketaminegebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2020

	(%)	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal (95% Betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	2,0	280.000	240.000 - 320.000
Laatste jaar	0,9	130.000	100.000 - 150.000
Laatste maand	0,2	30.000	20.000 - 50.000

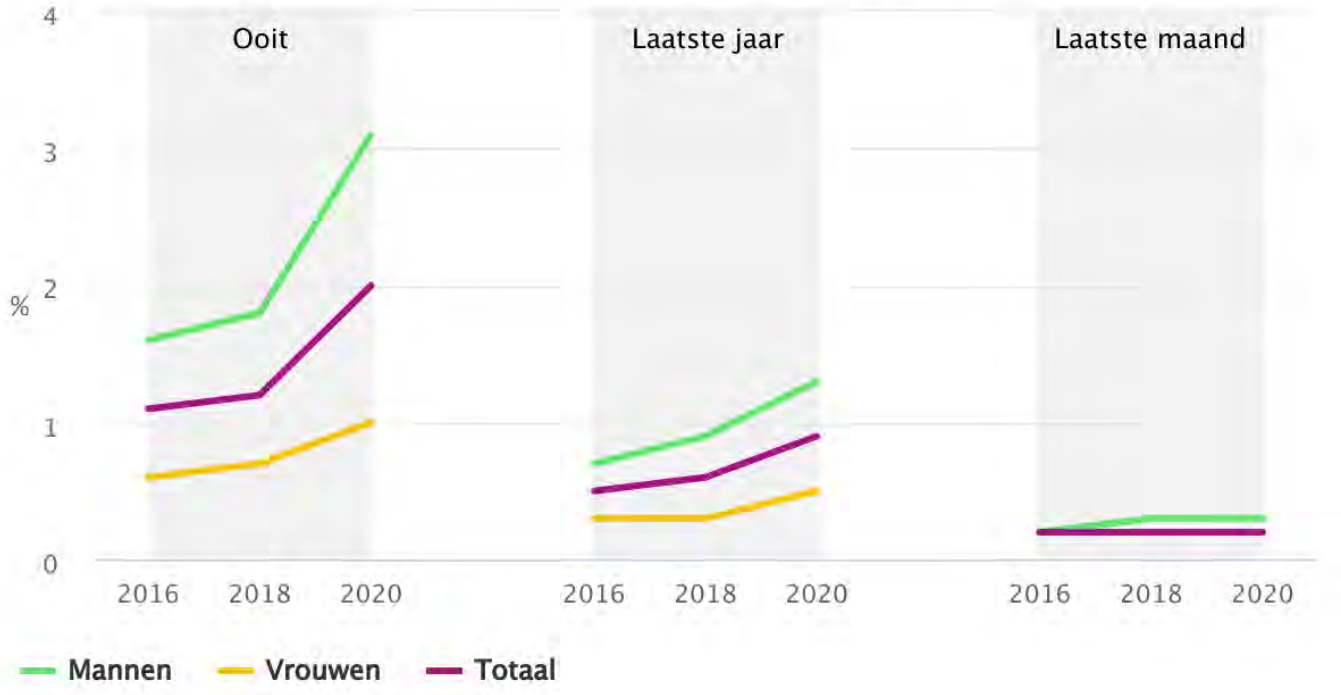
Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, in de laatste maand. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat ketamine gebruikt is weergeven in tienduizendtallen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2020

Trends in gebruik

Vanaf 2016 zijn vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van ketamine in de algemene bevolking in de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder (zie ook bijlage A2). Het gebruik werd gemeten in 2016, 2018 en 2020.

- Het ooit- en laatste-jaar-gebruik van ketamine onder volwassenen is in 2020 toegenomen vergeleken met de vorige peilingen in 2016 en 2018.
- Het ooitgebruik van ketamine steeg van 1,2% in 2018 naar 2,0% in 2020 en het laatste-jaar-gebruik nam toe van 0,6% naar 0,9%.
- De stijging in het gebruik is met name te zien onder mannen, twintigers (vooral twintigers tussen 25 en 29 jaar oud) en mensen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.
- De gevonden stijging in het gebruik komt overeen met de eerdere signalen voor een toename van ketaminegebruik. Het aandeel ketaminemonsters dat bij het DIMS wordt ingeleverd nam de afgelopen jaren toe (§ 14.8), evenals het aandeel incidenten met ketamine bij EHBO’s op festivals en feesten (§ 14.6). Ook werd een toename in gebruik gesignaleerd onder uitgaanders (zie § 14.3.3).

Gebruik van ketamine in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2016, naar geslacht



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Leefstijlmonitor-Aanvullend; CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2020.

NDM

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2016	1.6	0.6	1.1
2018	1.8	0.7	1.2
2020	3.1	1	2
2016	0.7	0.3	0.5
2018	0.9	0.3	0.6
2020	1.3	0.5	0.9

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2016	0.2	0.2	0.2
2018	0.3	0.2	0.2
2020	0.3	0.2	0.2

14.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Het gebruik van ketamine in de algemene bevolking komt het meest voor onder 20-24 jarigen en 25-29 jarigen.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Migratieachtergrond
- Stedelijkheid

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van ketamine in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor, die in 2016, 2018 en 2020 is uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De LSM-A is een onderzoek dat parallel loopt aan de Gezondheidsenquête en dieper ingaat op het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen (bijlage A1 en A2). In 2020 zijn er geplande en ongeplande wijzigingen in de dataverzameling van de LSM-A geweest, zie hiervoor bijlage A2.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het gebruik van ketamine in de algemene bevolking. Op basis van de cijfers uit de LSM-A kunnen hierover echter geen uitspraken worden gedaan. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2020 verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2019. Meer informatie over de impact van de coronapandemie op het gebruik van ketamine leest u in § 14.1.2.

De cijfers over het gebruik van ketamine kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid. Het aantal laatste-maand-gebruikers van ketamine is in deze steekproef te laag om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken.

Geslacht

Meer mannen dan vrouwen gebruiken ketamine. Dit geldt voor het gebruik ooit in het leven (3,1% tegenover 1,0%) en voor het gebruik in het afgelopen jaar (1,3% tegenover 0,5%). Voor zowel mannen als vrouwen nam het ooitgebruik toe ten opzichte van 2016, maar de stijging was sterker onder mannen. De stijging in laatste-jaar-gebruik was alleen zichtbaar voor mannen.

Gebruik van ketamine in de bevolking van 18 jaar en ouder naar geslacht. Peiljaar 2020

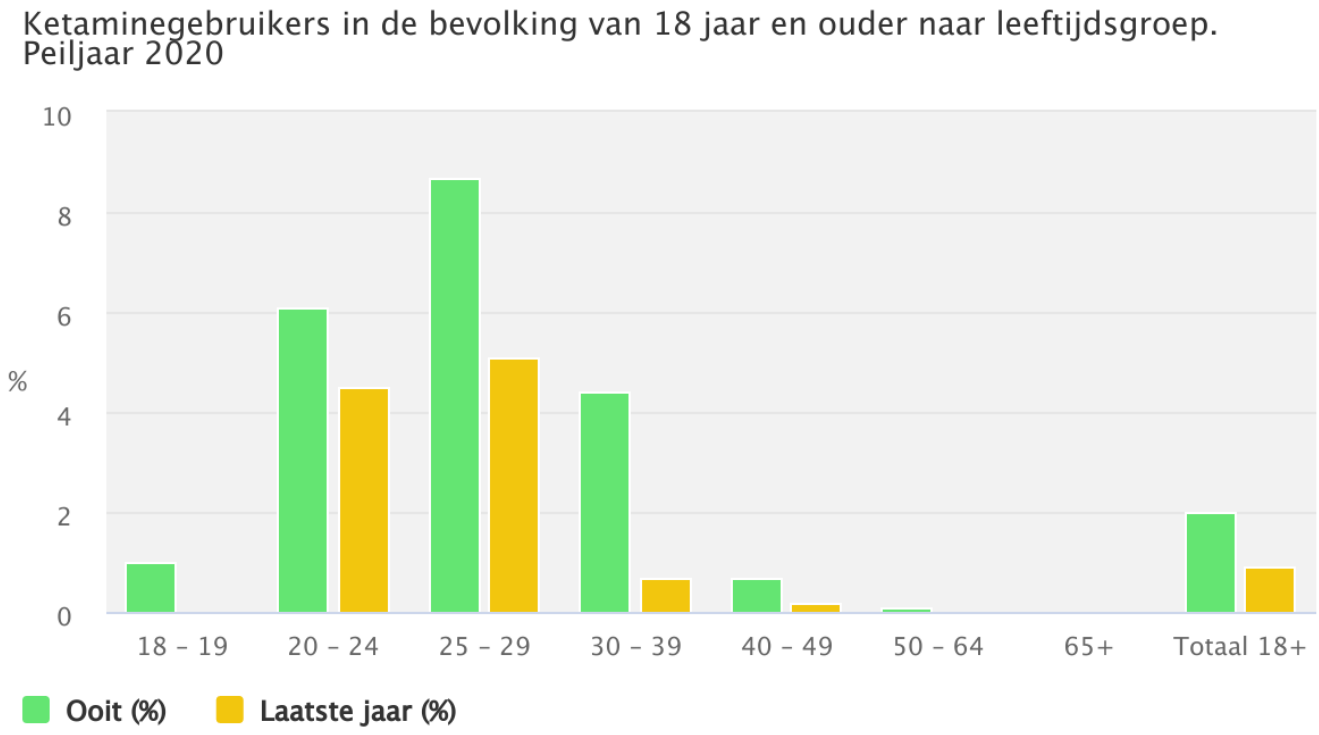
	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Mannen	3,1	1,3
Vrouwen	1,0	0,5

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Bron: Leefstijlmonitor-aanvullend, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2020.

Leeftijd

Ketamine wordt het meest gebruikt door 20-24 jarigen en 25-29 jarigen. Gebruik in het laatste jaar komt in andere leeftijdsgroepen nauwelijks voor.

- De stijging in het ketaminegebruik in het laatste jaar is ook het grootst in deze groepen. Zo lag het gebruik voor 25-29 jarigen in 2016 nog op 2,1%, in 2020 is dat 5,1%. Onder 20-24 jarigen steeg het laatste-jaar-gebruik van 2,0% naar 4,5%, meer dan een verdubbeling.
- De gemiddelde leeftijd van ketaminegebruikers is 26,2 jaar.



Percentage gebruikers ooit en in het laatste jaar per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2020.

NDM

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
18 - 19	1	
20 - 24	6.1	4.5
25 - 29	8.7	5.1
30 - 39	4.4	0.7
40 - 49	0.7	0.2
50 - 64	0.1	
65+		
Totaal 18+	2	0.9

In de LSM-A is aan ketaminegebruikers gevraagd op welke leeftijd zij dit middel voor het eerst namen.

- De helft van de volwassen Nederlanders die in het afgelopen jaar ketamine gebruikte, nam dit middel tussen hun 22e en 25e levensjaar voor het eerst. Een kwart van de ketaminegebruikers was jonger dan 22 jaar toen ze voor het eerst gebruikten, en een kwart was ouder dan 25 jaar. De gemiddelde startleeftijd van alle gebruikers is 23,6 jaar.
- De startleeftijd ligt gemiddeld hoger dan die van ecstasy en cannabis.

Opleidingsniveau

Het gebruik van ketamine in het laatste jaar onder hoogopgeleiden (1,8%) steekt ver uit boven het gebruik onder middelbaar- (0,4%) en laagopgeleiden (0,1%). Het gebruik onder hoogopgeleiden nam in 2020 toe (ooit, laatste jaar).

Gebruik van ketamine in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[I]. Peiljaar 2020

	Ooit (%)	Laatste Jaar (%)
Laag opgeleid	0,6	0,1
Middelbaar opgeleid	1,6	0,4
Hoog opgeleid	3,3	1,8

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2020.

Migratieachtergrond

Het gebruik van ketamine ooit in het leven en in het laatste jaar ligt het hoogst onder mensen met een Westerse migratieachtergrond. In eerdere metingen werd geen verschil gevonden tussen mensen met verschillende migratieachtergronden. Echter, in de groep volwassenen met een Westerse migratieachtergrond vond een stijging in het gebruik plaats (ooit, laatste jaar).

Gebruik van ketamine in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[I]. Peiljaar 2020

	Ooit (%)	Laatste Jaar (%)
Nederlandse achtergrond	2,0	0,9
Westerse migratieachtergrond	3,2	1,6
Niet-westerse migratieachtergrond	1,4	0,5

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. I. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage D: "Migratieachtergrond"). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2020.

Stedelijkheid

Het gebruik in (zeer) sterk stedelijke gebieden is meer dan twee keer zo hoog als in matig- en niet stedelijke gebieden. In de sterk stedelijke gebieden vond ook een stijging in het gebruik plaats (ooit, laatste jaar).

Gebruik van ketamine in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2020

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
(Zeer) sterk stedelijk	2,9	1,3
Matig stedelijk	1,1	0,5
Weinig/niet stedelijk	0,9	0,4

Percentage gebruikers van ketamine naar stedelijkheid. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2019.

14.2.3 Gebruikspatronen

In de LSM-A 2020 is gevraagd naar de mate van gebruik van ketamine. Uit het onderzoek blijkt dat de meeste gebruikers het middel incidenteel nemen, maar dat er ook een groep is die frequent gebruikt.

- Van de laatste-jaar-gebruikers van ketamine in 2020 gebruikte de meerderheid (53,2%) het middel een paar keer, maar minder dan maandelijks. Ongeveer een derde (35,9%) gebruikte ketamine één keer. De rest (10,7%) gebruikte ketamine maandelijks of vaker.
- Het overgrote deel (89,9%) gebruikt ketamine alleen op weekenddagen. Een klein deel (6,3%) gebruikt zowel op weekend- als doordeweekse dagen, en een heel kleine groep (3,8%) gebruikt uitsluitend op doordeweekse dagen.

Frequentie ketaminegebruik onder laatste-jaar-gebruikers. Peiljaar 2020



Percentage van de laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van ketaminegebruik. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met RIVM en CBS, 2020.

everviz.com

Gebruiksfrequentie	%
4 of meer keer per week	1.2
2 tot 3 keer per week	
2 tot 4 keer per maand	2.5

Gebruiksfrequentie	%
één keer per maand	7
een paar keer, maar minder dan maandelijks	53.2
één keer in het laatste jaar	35.9

14.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

14.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend gemeten in het Peilstationsonderzoek scholieren en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Het gebruik van ketamine is niet gemeten onder deze scholieren.

Er zijn wel gegevens beschikbaar over het gebruik van ketamine onder specifieke groepen jongeren en jongvolwassenen.

- § 14.3.2 beschrijft in gegevens over het gebruik van ketamine op basis van onder andere landelijke onderzoek naar middelengebruik onder een representatieve steekproef van studenten van het HBO en MBO en studenten van het HBO en de universiteit.
- In § 14.3.3 en § 14.4.4 worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen (kwetsbare) jongeren en jongvolwassenen waarvan uit eerder onderzoek bekend is dat zij meer dan hun doorsnee leeftijdsgenoten middelen gebruiken. Het gebruik van ketamine lijkt volgens de gegevens nog steeds het meest voor te komen onder jongeren en jongvolwassenen die uitgaan. Nieuw onderzoek laat ook zien dat er een toenemende belangstelling voor ketamine is onder bepaalde groepen risicojongeren.

14.3.2 Studenten

In het kort: Het percentage MBO-HBO studenten dat in de afgelopen maand ketamine heeft gebruikt is tussen 2017 en 2021 (0,8%) gelijk gebleven. Er zijn signalen dat het gebruik van ketamine hoger is onder WO-studenten dan onder HBO-studenten.

Snel naar:

- Studenten van het MBO en HBO
- Studenten van het HBO en de universiteit
- MBO-studenten in Amsterdam

Gegevensbronnen

Om een beeld te krijgen van het middelengebruik onder jongeren van 16 t/m 18 jaar, onderzoekt het Trimbos-instituut sinds 2015 elke twee jaar het middelengebruik onder MBO- en HBO-studenten in deze leeftijdsgroep met de Middelenmonitor MBO-HBO [1–3]. Deze monitor onderzocht in 2017, 2019 en 2021 het ketaminegebruik onder 16-18 jarige studenten van het MBO en het HBO. Het gaat om een landelijk onderzoek. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [3].

Daarnaast is in 2021 voor het eerst een grootschalig landelijk onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (HBO en WO). Ook deze monitor zal iedere twee jaar worden uitgevoerd. Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs is ontwikkeld en uitgevoerd door een consortium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de brancheorganisatie van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en het Trimbos-instituut (zie bijlage B9). Deze monitor is gestart vanwege zorgen over de mentale gezondheid, het middelengebruik en de interactie tussen die twee factoren onder studenten [4,5]. In 2021 namen 28.442 studenten deel, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs [5]. Het middelengebruik werd vergeleken tussen studenten in het HBO en studenten op de universiteit, maar is voor ketamine niet getoetst op statistische significantie.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse MBO-scholen (bijlage B8). De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 MBO-studenten (> 16 jaar) van acht MBO-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Cijfers over middelengebruik zijn gebaseerd op gewogen data [6].

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken, bijvoorbeeld HBO-studenten. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet vergelijkbaar.

De cijfers over het ketaminegebruik uit deze verschillende onderzoeken zijn samengevat in de tabel onderaan de pagina.

Studenten van het MBO en HBO

De Middelenmonitor MBO-HBO gaf voor het ketaminegebruik onder 16-18 jarige MBO-HBO studenten in 2017, 2019 en 2021 het volgende beeld [1–3]:

- In 2021 had 2,6% van de MBO-HBO studenten ooit in het leven ketamine gebruikt. Het laatste-maand-gebruik lag op 0,8% (zie tabel hieronder).
- Het ooitgebruik van ketamine was in 2021 onveranderd ten opzichte van de eerste meting in 2017.
- Het percentage MBO- en HBO-studenten dat in 2021 ervaring had met ketamine is ongeveer vergelijkbaar met dan van 2C-B (3,1%) en 3-MMC (2,3%).

Studenten van het HBO en de universiteit

- In 2021 had een op de tien (9,4%) studenten in het HBO en op de universiteit ooit in het leven ketamine gebruikt. Er waren iets minder ooit-gebruikers onder studenten van het HBO (7,3%) dan onder studenten van de universiteit (12,2%) (zie tabel hieronder) [5].
- Een kleiner deel van de studenten (5,8%) gebruikte ketamine in het afgelopen jaar. Laatste-jaar-gebruik kwam minder vaak voor onder studenten van het HBO (4,2%) dan onder studenten van de universiteit (8,1%) [5].
- In totaal gaf 1,8% van de studenten aan ketamine in de laatste maand te hebben gebruikt. Ook laatste-maand-gebruik kwam minder vaak voor onder studenten van het HBO dan onder studenten van de universiteit (1,3% versus 2,6%) [5].

MBO-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het ketaminegebruik van MBO-studenten uitgevraagd [6]. Het is van belang om op te merken dat het hier om een oudere leeftijdsgroep (gemiddeld 19,0 jaar) gaat dan in de hierboven genoemde MBO-HBO monitor (gemiddeld 17,3 jaar). De percentages zijn daarom niet een op een vergelijkbaar.

- Het percentage Amsterdamse MBO-studenten dat in 2021 ervaring heeft met ketamine is 4,4%, en daarmee onveranderd ten opzichte van de meting in 2016.
- Het laatste-jaar-gebruik ligt rond de 2%.

Percentage ketaminegebruikers onder studenten

	Locatie	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO	Nederland	2021	MBO + HBO	16-18 jaar	2,6	-	0,8
		2019			2,2	-	0,9
		2017			2,4	-	0,7
Studenten van het HBO en de universiteit[1]	Nederland	2021	Totaal HBO + WO	16 jaar en ouder	9,4	5,8	1,8
			HBO		7,3	4,2	1,3
			WO		12,2	8,1	2,6
Studenten van het MBO	Amsterdam	2021	MBO	16 jaar en ouder (19,0 gemiddeld)	4,4	2,2	-
		2016		15 jaar en ouder (18,9 gemiddeld)	4,4	3,0	1,2

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste-jaar en in de laatste maand. - = Geen gegevens bekend. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking tussen beide onderzoeken niet mogelijk. 1. Alle HBO- en WO-studenten die ouder waren dan 16 jaar werden geïncludeerd in dit onderzoek. Bronnen: Middelenmonitor MBO-HBO; Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
2. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
3. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Trimbos-instituut; 2022.

4. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport I Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–116.
5. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–123.
6. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Hogeschool van Amsterdam; 2022.

14.3.3 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Het algemene beeld dat uit de onderzoeken naar voren komt is dat onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen het gebruik van ketamine de afgelopen jaren fors is toegenomen. Het middel wordt op verschillende locaties gebruikt, maar vooral thuis (op afterparties). Voor de meeste uitgaanders is het gebruik wel incidenteel: minder dan maandelijks.

Snel naar:

- Uitgaanders in Nederland
- Uitgaanders in Amsterdam en Gooi en Vechtstreek
- Uitgaanders in Den Haag

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht. De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld via een online vragenlijst. Om vertekening door de impact van de coronamaatregelen te voorkomen, werd aan de respondenten gevraagd naar hun middelengebruik in de periode vóór 13 maart 2020, de dag van het invoeren van de coronamaatregelen. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie bijlage B2). Voor het vergelijken van de resultaten met die uit een eerdere peiling uit 2016 zijn aanvullende analyses uitgevoerd.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik onder uitgaande jongeren in Amsterdam en in de Gooi en Vechtstreek middels vragenlijsten onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen.

In het Haags Uitgaansonderzoek (HUO) 2019, een uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden, is het middelengebruik van 519 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar op vier Haagse uitgaanslocaties in kaart gebracht [6]. Deze studie combineert eveneens een survey met panelinterviews met sleutelfiguren uit het Haagse uitgaansleven.

De tabel op deze pagina vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij ‘op locatie’ of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders.

De situatie is in 2020 door de coronacrisis mogelijk veranderd. In § 14.1.2 beschrijven we bevindingen uit de meest recente onderzoeken sinds het begin van de coronacrisis in maart 2020.

Uitgaanders in Nederland

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht.

- In 2020 had 27,3% van de uitgaanders ooit ketamine gebruikt en 22,1% had ketamine in het jaar voorafgaand aan de vragenlijst nog gebruikt. Vergeleken met 2016, is het gebruik van ketamine fors toegenomen. In 2016 had 17,3% van de uitgaanders ervaring met ketamine. Het laatste-jaar-gebruik verdubbelde bijna (12,3% in 2016).
- Ketamine werd vaker door mannen dan door vrouwen gebruikt en was met name hoog onder de twintigers. Ook een hogere mate van stedelijkheid ging gepaard met een hogere prevalentie van ketaminegebruik.
- De meeste laatste-jaar-gebruikers gebruikten minder dan maandelijks ketamine: 23,2% nam het één keer, en 49,9% nam het een paar keer, maar minder dan maandelijks. 13,2% gebruikte ketamine maandelijks. De rest deed het meerdere keren per maand.
- De frequentie van feest/festival- en clubbezoek hangt samen met de kans om ketamine te gebruiken: hoe vaker men een festival bezoekt, hoe groter de kans dat uitgaanders in het laatste jaar ketamine gebruikten.
- Ketamine wordt zowel thuis als op feesten gebruikt. De meest genoemde locaties van gebruik van de respondenten waren ‘thuis of bij vrienden thuis’ (72,2%), op een huisfeest (49,6%) en op een festival of feest (39,9%).
- Een op de drie gebruikers combineert ketamine wel eens of met alcohol en/of ecstasy: 21% zei ketamine meestal met alcohol te combineren en 16% deed dat altijd. Voor de combinatie met ecstasy zijn deze percentages respectievelijk 21% (meestal) en 11% (altijd).
- Het gebruik van ketamine samen met cannabis kwam het minst voor: 8% zegt dit meestal te doen en 7% altijd.

In HGU 2020 is respondenten ook gevraagd of zij zelf vinden dat zij te vaak of teveel ketamine gebruiken en of zij zouden willen minderen of stoppen met het gebruik van ketamine. Er is niet gevraagd in welke tijdsperiode de respondenten dit zouden willen doen.

- Ongeveer 1 op de 7 ketaminegebruikers (14,9%) vindt dat zij zelf te veel of te vaak gebruiken.
- Het aandeel gebruikers dat wil minderen (18,8%) ligt hoger dat het aandeel dat wel zou willen stoppen (13,0%). Meer frequente dan niet-frequente gebruikers zouden willen minderen (27,3% versus 15,7%).
- Voor stoppen lag het juist andersom: 4,1% van de frequente gebruikers zou willen stoppen, tegenover 16,2% van de niet-frequente gebruikers. De drempel om te stoppen lijkt voor frequente gebruikers dus hoger.

Uitgaanders in Amsterdam en Gooi en Vechtstreek

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik onder uitgaande jongeren in Amsterdam en in de Gooi en Vechtstreek middels vragenlijsten onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen.

- In 2017 had 33,3% van de bezoekers van clubs en festivals ooit in het leven ketamine gebruikt, 25,7% in het afgelopen jaar en 15,2% had dit gedaan in de laatste maand [3].

- Club- & festivalbezoekers die ketamine gebruikten in het afgelopen jaar deden dit op gemiddeld 10 dagen. Iets meer dan een derde (37,7%) gebruikte één of twee keer, en ongeveer een vijfde (19,8%) gebruikte meer dan tien keer.
- In de survey van 2018 onder cafébezoekers in Amsterdam werd een forse toename in het ketaminegebruik geconstateerd. Het laatste-jaar-gebruik steeg van 3,8% in 2010 naar 14,2% in 2014. Daarna steeg het gebruik verder naar 19,8% in 2018 [4].
- Ketaminegebruik onder de cafébezoekers uit de Gooi- en Vechtstreek kwam minder vaak voor. Van deze groep heeft 14,1% ervaring met ketamine, 6,5% gebruikte in het laatste jaar en 2,2% in de laatste maand. Het gebruik lijkt hoger dan in de algemene bevolking, maar lager dan onder Amsterdamse bezoekers van clubs, festivals en raves in 2017 [5]. De gemiddelde startleeftijd van ketamine was in deze onderzoeksgroep 21 jaar.

In de Antenne-monitor Amsterdam van 2019 zijn ook kwalitatieve gegevens van sleutelfiguren uit het uitgaansleven verzameld [2].

- Sleutelfiguren signaleren dat het gebruik van ketamine is gestabiliseerd op het niveau van 2016. Ketamine wordt in verschillende settingen gebruikt. In het ene netwerk wordt het tijdens het uitgaan (in de club) gebruikt, in andere netwerken alleen op een afterparty. In 2019 wordt er wel vaker gezien dat het middel in clubs en op festivals genomen wordt.
- Weer in een ander netwerk wordt ketamine genomen op spelletjesavonden of puur als tijdverdrijf.

Uitgaanders in Den Haag

In het Haags Uitgaansonderzoek (HUO) 2019, een uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden, is het middelengebruik van 519 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar op vier Haagse uitgaanslocaties in kaart gebracht [6]. Deze studie combineert eveneens een survey met panelinterviews met sleutelfiguren uit het Haagse uitgaansleven.

In Den Haag en omstreken is het gebruik van ketamine “minder ‘populair’ en bekend dan andere middelen”.

- Bijna een kwart (23%) van de uitgaanders in de vragenlijst had ooit ketamine gebruikt en 17% in het afgelopen jaar.
- Het laatste-jaar-gebruik van ketamine is het hoogst onder jongeren tussen 20-24 jaar (22%).
- In Den Haag wordt ketamine gebruikt op huisfeesten, afterparty’s, hangouts (bijeenkomsten) en festivals.

Percentage ketaminegebruikers onder verschillende groepen uitgaanders.

	Locatie	Peiljaar	(gemiddelde) Leeftijd	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2016	22	17,3	12,3	5,3
		2020	22	27,3	22,1	-
Bezoekers van clubs, raves[II] en festivals	Amsterdam	2017	26	33,3	25,7	15,2
		2013	24	28,8	23,9	11,7
Bezoekers van cafés	Gooi- en Vechtstreek	2018	24	14,1	6,5	2,2
	Amsterdam	2018	26	26,5	19,8	9,6
		2014	27	19,9	13,2	4
Bezoekers van Haagse uitgaanslocaties	Den Haag e.o.	2019	18-35 (range)	23	17	7

Percentage gebruikers die ooit en in de laatste maand ketamine gebruikten. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking niet mogelijk. I: 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 underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media"(Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). Bron: Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en het HBO 2015 (Verdurmen et al., 2016); Antenne 2016 (Nabben, Luijk, et al., 2017), Het grote uitgaansonderzoek (Monshouwer et al., 2016), Antenne 2017 (Nabben et al., 2018), Antenne 2008 (Benschop et al., 2009); Antenne 2018 (Korf, Nabben, et al., 2019); Antenne Gooi- en Vechtstreek 2018 (Korf, Benschop, et al, 2019); Haags Uitgaansonderzoek 2019 (van Dijk et al., 2020)

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
3. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.
4. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.
5. Korf DJ, Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2018. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek.; 2019.
6. Van Dijk A, Van der Meer R, Gerrits N, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L. HUO 2019/2020: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag. Den Haag: GGD Haaglanden, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie; 2020.

14.3.4 Kwetsbare groepen jongeren

In het kort: Er is nog weinig bekend over het gebruik van ketamine in kwetsbare groepen. Mogelijk is er sprake van een toenemende belangstelling voor het middel, maar prevalentiecijfers ontbreken.

Snel naar:

- Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen
- Jongeren in de jeugdzorg
- Kwetsbare jongeren in de regio

Gegevensbronnen

Binnen de groep jongeren zijn bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

Over het gebruik van ketamine onder kwetsbare groepen jongeren is weinig bekend. Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar over het gebruik van ketamine onder jongeren uit het praktijk- en speciaal onderwijs. Deze pagina geeft een samenvatting van de resultaten uit lokale en regionale studies naar het ketaminegebruik in verschillende groepen kwetsbare jongeren. De cijfers zijn onderling niet altijd vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen van kwetsbare jongeren in diverse regio's van Nederland [1,2]. In 2019 en 2021 is de Antenne Regiomonitor uitgevoerd [1,2]. Deze monitor beoogt op kwalitatieve wijze zicht te krijgen op het gebruik onder groepen kwetsbare jongeren uit verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt op basis van interviews met jongeren- en preventiewerkers die zicht hebben op verschillende (35 in 2021) jongerengroepen verspreid over het land. Begin 2021 werden via een kwalitatieve studie jongeren- en preventiewerkers ondervraagd over hun indruk van het middelengebruik van in totaal 35 groepen jongeren uit 10 provincies, waar deze professionals direct mee in contact staan [2]. Deze groepen zijn niet representatief voor alle jongerengroepen in de regio. Het aantal jongeren per groep varieerde van 8 tot 90 personen, met gemiddeld 20 personen. In totaal ging het om ongeveer 850 jongeren. De leeftijd varieerde van 11 tot 27 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar.

Daarnaast zijn er vanuit de Antenne-monitor uit 2019 specifiek gegevens beschikbaar over ketaminegebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek [3,4].

Daarnaast is in 2022 als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [5]. Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen

(gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld. Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd.

Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn gegevens verzameld over het gebruik van ketamine onder jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen [5]. De vragenlijst is in vier JJI afgenomen bij in totaal 110 jongens.

- Ruim één op de tien jongeren (14%) heeft ooit ketamine gebruikt en geen van de jongeren rapporteerde dit in de afgelopen maand te hebben gedaan.
- De meeste jongeren die vaker dan één keer in hun leven ketamine hebben gebruikt (n = 13), deden dit voordat ze in de inrichting werden geplaatst en zijn sindsdien minder gaan gebruiken.

Jongeren in de jeugdzorg

Vanuit de Antenne-monitor uit 2019 zijn specifiek gegevens beschikbaar over ketaminegebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek. De ondervraagde jongeren waren merendeels 16-19 jaar oud (87%), de rest was 15 of tussen de 20 en 28 jaar [3,4].

Vier van de onderzochte jongeren in Amsterdam hadden ooit ketamine gebruikt (3%). Slechts 1 jongere uit de Gooi- en Vechtstreek had ooit ketamine gebruikt. Er zijn verder geen aanvullende vragen gesteld over ketamine.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het ketaminegebruik onder jongeren in de residentiële jeugdzorg.

Kwetsbare jongeren in de regio

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen van kwetsbare jongeren in diverse regio's van Nederland [1,2]. Deze monitor probeert zicht te krijgen op groepen jongeren waarin sprake is van problematisch drugsgebruik, meervoudige problematiek in de directe, institutionele of sociale omgeving, of het veroorzaken van overlast.

• Ketamine werd volgens waarnemingen van de professionals gebruikt in 11 van de 35 groepen, verdeeld over 4 dorpen en 7 steden. In 1 groep werd ketamine gebruikt door de meerderheid van de jongeren (51-75%), in 2 groepen werd ketamine gebruikt door 26-50% van de jongeren, in 4 groepen door 11-25% van de jongeren en in 4 groepen door 1-10% van de jongeren.
• Ketamine is met name populair onder uitgaande jongeren, maar lijkt volgens een aantal professionals ook populairder te worden onder sommige groepen risicojongeren. Het heeft de belangstelling 'vanwege het unieke effect', zo kan ketamine 'een apart afwezigheidsgevoel' geven.
• In 3 van de 11 groepen waarin ketamine werd gebruikt zagen de professionals signalen van een toename van het gebruik in vergelijking met 2019, in de 8 andere groepen was het gebruik

gestabiliseerd.
• De jongeren in risicogroepen zijn zich volgens de professionals niet bewust van de risico's van ketaminegebruik of zijn zich hier wel van bewust, maar handelen hier niet altijd naar.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
2. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
3. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.
4. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
5. Möhle M, Rombouts M, van Gelder N, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de Justitiële Jeugdinrichtingen. Het EXPLORE-onderzoek 2022. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.

14.4 Problematisch gebruik

Snel naar:

- Definitie problematisch ketaminegebruik
- Risico op afhankelijkheid (‘verslaving’)
- Stoppen en minderen van ketamine
- Coping motieven
- Chronisch gebruik en gezondheidsrisico’s

Gegevensbronnen

Gegevens over de omvang van het problematisch gebruik van ketamine in de Nederlandse bevolking zijn niet beschikbaar. Dat komt onder andere omdat het aantal chronisch harddrugsgebruikers of frequent gebruikers van ketamine in algemene bevolkingsonderzoeken, zoals de LSM-A of NEMESIS, te klein is om betrouwbare schattingen te kunnen maken. Een aantal Nederlandse studies onder specifieke doelgroepen (zoals de Antenne-monitor onder wisselende populaties van jongeren en jongvolwassenen en Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) onder uitgaande jongvolwassenen) geeft echter wel informatie over indicatoren voor problematisch gebruik, zoals cijfers over de hulpvraag bij de verslavingszorg, de mate waarin mensen zelf vinden dat zij te veel of te vaak gebruiken, of willen stoppen en minderen.

Definitie problematisch ketaminegebruik

De term problematisch middelengebruik kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie bijlage D en bijlage B12). Bij verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd staat echter het volgende aspect centraal, namelijk een gebruikspatroon dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen.

Risico op afhankelijkheid (‘verslaving’)

- Bij frequent ketaminegebruik treedt vrij snel tolerantie op, men heeft dan meer nodig van het middel om hetzelfde effect te bereiken [1–3]. Zie ook § 14.7.
- Daarnaast lijkt ‘craving’ (hunkering naar het middel) voor te komen onder gebruikers en kan ketamine geestelijk verslavend zijn [3]. Onder de laatste-jaar-gebruikers van ketamine in Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 rapporteerde één op de vijf (21%) gewenning en 7% craving [4].
- Een ander kenmerk dat het risico op afhankelijkheid van ketamine vergoot is het zogenaamde ‘bingen’: in korte tijd veel gebruiken, vaak tot de voorraad ketamine op is [3]. Er zijn signalen dat sommige risicojongeren veel of hoog doseren (bingen), om in een zogeheten K-hole te komen [5]. Het bingen van ketamine kan worden gezien als problematisch gebruik: het heeft het cyclische patroon, met craving en optreden van tolerantie, wat ook bij een cocaïneafhankelijkheid wordt gezien [6].

- Uit verdiepende analyses van de Global Drug Survey uit 2010, een internationale online survey (zie ook § 8.5.3), bleek dat ongeveer een op de zes ketaminegebruikers (15,7%) voldeed aan de DSM-IV criteria voor een stoornis in het gebruik [7].
- Informatie over ketamine in de verslavingszorg is te vinden in § 14.6.

Stoppen en minderen van ketamine

- Bijna een op de zeven (14,9%) van de laatste-jaar-gebruikers van ketamine uit Het Grote Uitgaansonderzoek 2020 vindt dat hij of zij wel eens te veel of te vaak gebruikt (zie ook § 14.3.3). Het percentage laatste-jaar-gebruikers dat zou willen minderen (18,8%) ligt hoger dan het percentage laatste-jaar-gebruikers dat zou willen stoppen (13,0%). Frequente gebruikers (gebruikers die ten minste maandelijks gebruiken) van ketamine gaven vaker dan niet-frequente gebruikers van ketamine aan te willen minderen (respectievelijk 27,3% en 15,7%). Andersom zouden niet-frequente gebruikers (16,2%) van ketamine vaker dan frequente (4,1%) gebruikers willen stoppen [4].
- Onder de laatste-jaar-gebruikers van ketamine van het Drug Use Persona's onderzoek in 2019 zegt 18% het komende jaar te willen minderen of stoppen; 31% heeft al één of meerdere keren geprobeerd te stoppen. De belangrijkste redenen daarvoor zijn ‘(ik heb) geen reden meer om ketamine te gebruiken’ en ‘het past niet meer in mijn leven’. Barrières in het stoppen met gebruik van ketamine zijn: ‘dan mis ik de effecten’ (70%) en ‘ik zie mensen om mij heen ketamine gebruiken en krijg dan ook zin’ (47%) [8].

Coping motieven

- Volgens een kwalitatieve studie (zie ook bijlage B8, Regiomonitor) werd er tussen 2019 en 2021 ook een toename gezien van het gebruik van ketamine onder groepen kwetsbare jongeren [5]. In deze studie signaleren professionals dat sommige kwetsbare jongeren ketamine gebruiken om te vluchten van persoonlijke problemen (coping), vanwege het ‘unieke effect’ dat ketamine heeft: gevoelsmatig prettig en een apart afwezigheidsgevoel [5]. Volgens het Drug Use Persona’s onderzoek, uitgevoerd in 2019, hadden coping gedreven gebruikers een verhoogd risico op afhankelijkheid: negatieve emoties worden verdoofd, maar niet verholpen. Bij het groeien van de problemen, stijgt mogelijk ook het gebruik, wat vervolgens kan leiden tot meer problemen [8].

Chronisch gebruik en gezondheidsrisico’s

Chronisch gebruik van ketamine kan gezondheidsrisico’s met zich meebrengen. Meer informatie hierover is te vinden in § 14.7 (ziekte en sterfte).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Mitrovic D, Touw DJ. Ketamine [Internet]. 2017. Available from: https://toxicologie.org/monografie/ketamine
2. Morgan CJA, Curran HV. Acute and chronic effects of ketamine upon human memory: A review. Vol. 188, Psychopharmacology. 2006. p. 408–424.
3. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Goor M. Factsheet: Ketamine. Utrecht: Trimbos-instituut;

2019.
4. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
5. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
6. Jansen KLR, Darracot-Cankovic R. The nonmedical use of ketamine, part two: A review of problem use and dependence. Vol. 33, Journal of Psychoactive Drugs. 2001. p. 151–158.
7. Uosukainen H, Tacke U, Winstock AR. Self-reported prevalence of dependence of MDMA compared to cocaine, mephedrone and ketamine among a sample of recreational poly-drug users. Vol. 26, The International journal on drug policy. 2015. p. 78–83.
8. De Jonge MC. Persona's in middelengebruik: Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-insituut; 2021.

14.5 Gebruik: internationale vergelijking

14.5.1 Algemene bevolking internationaal

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt geen gestandaardiseerde gegevens over het gebruik van ketamine in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije. Wel zijn in het Europees Drugsrapport van 2022 schattingen van het gebruik van ketamine in een aantal Europese landen gerapporteerd. In de Verenigde Staten worden de gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking verzameld door de SAMHSA. De cijfers uit het Verenigd Koninkrijk zijn afkomstig uit de British Crime Survey 2018 en 2020. Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Van invloed is onder andere de leeftijdsgroep.

Vergelijking tussen landen

- In Nederland lag het percentage volwassenen (18+) dat ervaring heeft met ketamine in 2020 op 2,0%, het laatste-jaar-gebruik lag op 0,9% (zie § 14.2.1).
- Recente schattingen van het gebruik van ketamine in het laatste jaar onder jongeren en jongvolwassenen (16-34 jaar) was 0,4% in Denemarken (2021) en 0,8% in Roemenië (2019) [1]. Het is niet bekend wat de laatste-jaar-prevalentie onder deze leeftijdsgroep in Nederland is.
- In het Verenigd Koninkrijk was er een sterke toename in het ketaminegebruik tussen 2016 en 2018 onder jongeren van 16-24 jaar. Sinds 2018 is de prevalentie gestabiliseerd (zie onderstaande tabel) [2].
- In de Verenigde Staten had in 2019 1,5% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit ketamine gebruikt. Dit percentage is niet veranderd ten opzichte van 2018 [3].

Gebruik van ketamine in de algemene bevolking van de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Nederland: wisselende leeftijdsgroepen[1]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar- gebruik (%)
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2018-2019	16-59	-	0,8
	2018-2019	16-24	-	2,4
Verenigde Staten	2018	18+	1,4	-
	2019	18+	1,5	-
Nederland	2020	18+	2,0	0,9
	2018	18+	1,4	0,6

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers. I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en de oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Bronnen: SAMHSA, British Crime Survey, Gezondheidsenquête. Voor de volledige bronvermeldingen: zie onderaan deze pagina.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
2. Office H. United Kingdom drug situation 2019: Focal Point annual report [Internet]. 2020. Available from: https://www.gov.uk/government/publications/united-kingdom-drug-situation-focal-point-annual-report/united-kingdom-drug-situation-focal-point-annual-report-2019#ketamine
3. SAMHSA. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2020.

14.6 Hulpvraag en incidenten

Gegevensbronnen

Ketamine kan leiden tot problematiek waarvoor een hulpvraag wordt gedaan in de verslavingszorg, maar dit aantal is gering. Er zijn geen gegevens over het aantal mensen dat vanwege het gebruik van ketamine wordt opgenomen in algemene ziekenhuizen. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) rapporteerde tot en met 2015 over de hulpvraag in de verslavingszorg. De acute hulpvraag wordt geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten (MDI) Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen.

14.6.1 Verslavingszorg

Hulpvraag bij ketamine-problematiek komt relatief weinig voor. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, zie bijlage B6) rapporteerde tot en met 2015 over de hulpvraag in de verslavingszorg [1].

Let op: Tussen 2015 en 2022 zijn er geen nieuwe gegevens beschikbaar gekomen uit het LADIS (zie bijlage B6: LADIS), omdat deze niet meer verzameld konden worden in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag (een wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) geregeld voor het aanleveren van gegevens, waarna de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart kon worden. De ‘pauze’ heeft echter gezorgd voor een onderregistratie, waardoor de gegevens niet volledig zijn.
De Tussenrapportage Kerncijfers Verslavingszorg 2016-2021 geeft een voorlopig beeld van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. In het najaar van 2023 wordt een gedetailleerdere versie van deze rapportage verwacht, aangevuld met de gegevens van 2022. Deze gegevens worden daarom later dit jaar verwerkt in de Nationale Drug Monitor.

- Hulpvraag bij ketamineverslaving valt onder de categorie ‘overige hulpvragen’. In totaal waren er 28 geregistreerde gevallen in 2015. Er zijn geen trendgegevens beschikbaar over ketamineverslaving.
- Bij instelling voor verslavingszorg ‘Novadic Kentron’ zijn in de eerste helft van 2019 50 cliënten in behandeling voor primaire ketamineproblematiek, dat rapporteren zij in hun kwartaalverslag. Dit is 0,8% van het totaal aantal cliënten dat bij deze instelling in de eerste helft van 2019 in behandeling is [2]. Er zijn geen recentere gegevens beschikbaar.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2015. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg; 2016.

2. Kentron N. Cijfers eerste half jaar 2019 [Internet]. 2019. Available from: https://www.novadic-kentron.nl/cijfers-eerste-half-jaar-2019/

14.6.2 Incidenten

In het kort: Het aantal gezondheidsincidenten met ketamine lijkt toe te nemen volgende de Monitor Drugsincidenten (MDI). Ketamine-intoxicaties worden doorgaans gemeld door EHBO-posten, maar steeds vaker ook door ziekenhuizen. Het aandeel patiënten dat een medische behandeling nodig had voor een intoxicatie met ketamine groeide in 2021 fors. Vooral in hoge doseringen kan ketamine zorgen voor bewustzijnsverlies. Bij het NVIC werd daarnaast in 2021 opnieuw vaker een telefonisch informatieverzoek bij een potentiële ketamine-intoxicatie gedaan. Ook het aantal risicoanalyses dat online werd opgevraagd steeg opnieuw.

Snel naar:

- Monitor Drugsincidenten
- Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Gegevensbronnen

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage B3) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende eerste hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door forensisch artsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) [1]. De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen. Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Monitor Drugsincidenten

In 2021 werden in totaal 3.984 drugsincidenten geregistreerd. Het gebruik van ketamine werd bij 115 (3%) van de incidenten gemeld, waarvan 35% als enige gebruikte drug met of zonder alcohol (monogebruik). Bij de overige incidenten was ketamine in combinatie met één of meer andere drugs gebruikt, meestal met ecstasy (28%), cocaïne (27%), GHB (21%), en/of 3/4-MMC (13%) [1].

Incidenten met ketamine als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2021

Subtitle

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	14 (1)	9 (1)	0 (0)	1 (<1)	16 (4)
Man (%)	57	78	-	100	94
Leeftijd: <25 jaar (%)	21	33	-	0	62
Ook alcohol gebruikt (%)	64	44	-	0	75
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)I	30	11	-	-	25
Matig (%)II	30	22	-	-	58
Ernstig (%)III	30	67	-	-	17

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

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van ketamine

- In 2021 werd 35% van de geregistreerde incidenten met ketamine gemeld door ambulancediensten, 23% door MDI-ziekenhuizen, 40% door EHBO-diensten en 3% door forensisch artsen. LIS-ziekenhuizen meldden geen incidenten met ketamine.
- Incidenten die worden geregistreerd bij de MDI worden ingedeeld naar de mate van intoxicatie (licht, matig of ernstig). In het LIS wordt de mate van intoxicatie niet bijgehouden. In 2021 waren de meeste patiënten die werden behandeld op EHBO-posten (58%) matig onder invloed na het gebruik van ketamine. Deze patiënten waren vaak verminderd aanspreekbaar of vertoonden verward gedrag. Daarnaast was 25% licht onder invloed met klachten als angst, pijn

op de borst, misselijkheid en buikpijn. Tot slot was 17% ernstig onder invloed. Met deze patiënten is vaak geen contact te maken, door bewusteloosheid, hevige agitatie, psychose of insulten. Ketamine-intoxicaties bij patiënten die worden behandeld op spoedeisende hulpafdelingen en door ambulancediensten zijn doorgaans ernstiger van aard dan op EHBO-posten.
- Buikpijn is een opvallend frequente klacht na ketaminegebruik. Eén op de vijf patiënten die ketamine als enige drug hadden gebruikt (en bij wie deze informatie beschikbaar is) had hier last van, meer dan bij elke andere drug. Er zijn aanwijzingen dat langdurig en intensief ketaminegebruik ernstige schade kan toebrengen aan de blaas, met als gevolg onder andere hevige buikkrampen ('K-cramps'). Uit de MDI data wordt niet duidelijk of het bij de gerapporteerde buikpijnklachten gaat om acute effecten of (deels) om langetermijneffecten van overmatig ketaminegebruik.
- Bij 64% van de in 2021 geregistreerde incidenten met ketamine als enige gebruikte drug werd ook alcohol gebruikt.
- Patiënten met een ketamine-intoxicatie zijn relatief jong. De mediane leeftijd van patiënten met een ketamine-intoxicatie bedroeg in 2021 26 jaar. Ter vergelijking: de mediane leeftijd van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie bedroeg 31 jaar.

Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging. De informatieverzoeken kunnen telefonisch zijn, maar ook via de website www.vergiftigingen.info kan informatie opgevraagd worden voor een risicoanalyse [2].

- Het aantal telefonische raadplegingen over ketamine steeg van 33 in 2018 naar 45 in 2020. Deze stijging zette in 2021 fors door, met in totaal 76 telefonisch gemelde blootstellingen aan ketamine. Ketamine stond daarmee op plek 8 van de drugs met het hoogste aantal telefonisch gemelde blootstellingen.
- Daarnaast werden voor ketamine 227 risicoanalyses uitgevoerd (ten opzichte van 206 in 2020) via www.vergiftigingen.info. Dit wijst op een mogelijke toename van het aantal gezondheidsincidenten met ketamine.
- De meeste blootstellingen waren mengintoxicaties met alcohol en/of andere drugs. Dit vergroot de kans op ernstige klachten.
- Langdurig gebruik van ketamine kan leiden tot urinewegproblemen (zie ook § 14.7). In 2021 heeft het NVIC één melding ontvangen van een patiënten met mogelijke blaasproblemen bij een ketamineverslaving.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Van Velzen AG, Mulder-Spijkerboer HN, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2021: NVIC Rapport 01/2022. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2022.

14.7 Ziekte en sterfte

14.7.1 Ziekte

Het gebruik van ketamine kan ongewenste effecten hebben. De gezondheidsrisico's van ketamine zijn onder te verdelen in risico's op de korte, en risico's op de lange termijn.

Risico's op korte termijn

- Tijdens het gebruik van ketamine ontstaat vaak misselijkheid die soms gepaard gaat met overgeven.
- Ook tijdens het gebruik kunnen de hartslag en de bloeddruk stijgen [1].
- Ketamine verstoort de coördinatie en oriëntatie, en kan zelfs zorgen voor tijdelijke verlamming. Hierdoor bestaat dus ook een aanzienlijk risico op ongelukken en letsel door bijvoorbeeld vallen [2].
- 'Recreatieve' gebruikers die zich melden bij de EHBO op feesten en festivals hebben soms last van spierverstijving na ketaminegebruik. Het is onduidelijk of dit wordt veroorzaakt door alleen ketamine of ook door een combinatie van middelen die tegelijkertijd zijn gebruikt.

Risico's op lange termijn

- Ketamine kan bij langdurig gebruik problemen aan de lage urinewegen veroorzaken, wat in medische termen 'ketamine-geïnduceerde ulceratieve cystitis' wordt genoemd [3,4]. Er is dan sprake van een ontsteking aan de lage urinewegen, waarbij ook de blaaswand verdikt is en/of de capaciteit van de blaas kleiner is [4]. In een verder stadium kunnen deze klachten chronisch worden en kunnen de bovenste urinewegen en nieren ook betrokken raken [5].
- Op basis van een internationale online survey wordt geschat dat ongeveer een kwart (26,6%) van de laatste-jaar-gebruikers van ketamine blaasproblemen ervaart door het gebruik [6]. De meest genoemde klachten waren: vaak moeten plassen, buikpijn, een brandend gevoel tijdens het plassen, incontinentie en bloed bij de urine. De kans op blaasproblemen neemt toe naarmate men vaker of meer ketamine per keer gebruikt [6].
- In HGU 2020 (zie § 14.3.3) gaf bijna een kwart (23,7%) van alle laatste-jaar-gebruikers van ketamine aan blaasproblemen te ervaren als gevolg van gebruik; 18,6% ervaart dit soms en 5,1% ervaart dit vaak [7]. Onder degenen die frequent (maandelijks of vaker) gebruikten kwamen deze klachten vaker voor: 6,3% gaf aan vaak en 33,1% soms blaasproblemen te ondervinden door het gebruik van ketamine. Er is niet uitgevraagd om welke klachten het precies gaat.

- Daarnaast rapporteren sommige langdurige gebruikers hevige aanvallen van buikpijn, die zij ook wel een "ketaminekramp" (K-kramp) noemen. De oorzaak hiervan is nog onbekend, hoewel in klein aantal casestudies stoornissen in de maag- en leverfuncties werden gevonden [8].
- Er zijn indicaties dat bij langdurig, frequent ketaminegebruik een aantal cognitieve functies achteruit kan gaan. Het aantal studies hiernaar is echter beperkt, en er is ook een grote mate van inconsistentie tussen de onderzoeksmethoden en resultaten [9]. Het grootste deel van deze studies was daarbij cross-sectioneel, en toont dus geen oorzakelijk verband aan. Er zijn op dit moment geen aanwijzingen dat niet-frequent ketaminegebruik (minder dan wekelijks) blijvende

schade aan het geheugen aanricht, maar het onderzoek is nog te beperkt [9,10].
- Bij ketaminegebruik treedt vrij snel tolerantie op; de gebruiker moet hierdoor een steeds grotere dosis gebruiken om de gewenste effecten te ervaren [8,11]. Daarnaast lijkt ‘craving’ (hunkeren naar het middel) voor te komen onder gebruikers, hoewel dit niet op grote schaal is onderzocht. Een ander kenmerk dat het risico op verslaving vergroot is het zogenaamde ‘bingen’: in korte tijd veel gebruiken (totdat de voorraad op is) [12]. Lichamelijke ontwenningsverschijnselen zoals trillen en zweten worden in enkele casestudies beschreven, maar dit zijn uitzonderingen [13].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Orhurhu VJ, Vashisht R, Claus LE, Cohen SP. Ketamine Toxicity [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2019. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31082131
2. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Goor M. Factsheet: Ketamine. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
3. Myers FA, Bluth MH, Cheung WW. Ketamine: A Cause of Urinary Tract Dysfunction. Vol. 36, Clin Lab Med. 2016. p. 721–744.
4. Shahani R, Streutker C, Dickson B, Stewart RJ. Ketamine-Associated Ulcerative Cystitis: A New Clinical Entity. Vol. 69, Urology. 2007. p. 810–812.
5. Yee C-H, Teoh JY-C, Lai P-T, Leung VY-F, Chu WC-W, Lee W-M, et al. The Risk of Upper Urinary Tract Involvement in Patients With Ketamine-Associated Uropathy. [Internet]. Vol. 21, International neurourology journal. Korean Continence Society; 2017. p. 128–132. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28673061 http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5497195
6. Winstock AR, Mitcheson L, Gillatt DA, Cottrell AM. The prevalence and natural history of urinary symptoms among recreational ketamine users. Vol. 110, BJU International. Blackwell Publishing Ltd; 2012. p. 1762–1766.
7. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
8. Morgan CJA, Curran HV. Ketamine use: A review. Vol. 107, Addiction. 2012. p. 27–38.
9. Morgan CJA, Muetzelfeldt L, Curran HV. Consequences of chronic ketamine self-administration upon neurocognitive function and psychological wellbeing: A 1-year longitudinal study. Vol. 105, Addiction. 2010. p. 121–133.
10. Morgan CJA, Muetzelfeldt L, Curran HV. Ketamine use, cognition and psychological wellbeing: A comparison of frequent, infrequent and ex-users with polydrug and non-using controls. Vol. 104, Addiction. 2009. p. 77–87.
11. Mitrovic D, Touw DJ. Ketamine [Internet]. 2017. Available from: https://toxicologie.org/monografie/ketamine
12. Kalsi SS, Wood DM, Dargan PI. The epidemiology and patterns of acute and chronic toxicity associated with recreational ketamine use. Vol. 4, Emerging Health Threats Journal. 2011.
13. Bokor G, Anderson PD. Ketamine: An update on its abuse. Vol. 27, Journal of Pharmacy Practice. 2014. p. 582–586.

14.7.2 Sterfte

Een overdosering ketamine kan coma of overlijden als gevolg hebben, juist door de verhoging van de hartslag en bloeddruk die ketamine geeft. Bij een ernstige overdosering zijn de hartslag en bloeddruk dermate hoog dat er vocht in de longen kan komen. Dit kan verzuring van het bloed, epileptische aanvallen, onderdrukking van de ademhaling en een hartstilstand als gevolg hebben. Doordat ketamine de bloedvaten verwijdt en de hartslag verhoogt, kan ook vocht in de hersenen terecht komen waardoor de druk in de hersenen toeneemt en de gebruiker in coma raakt [1].

- Ketamine heeft een grote 'therapeutische breedte' (het verschil tussen een net werkzame en net niet schadelijke dosis), waardoor overdosering niet vaak voorkomt. Er zijn gevallen bekend waarbij 10 tot 100 keer de toegestane dosering werd gegeven zonder dat dit voor ernstige complicaties zorgde [2]. Overlijden door het gebruiken van ketamine samen met andere drugs, ongelukken en ander letsel lijken een groter risico.

Het aantal sterfgevallen door het gebruik van ketamine in Nederland is niet bekend. In de Doodsoorzakenstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) valt ketamine onder dezelfde code als andere verdovingsmiddelen, waardoor het onmogelijk is om onderscheid te maken tussen verschillende middelen.

- Voor Engeland zijn wel cijfers bekend, maar die dateren uit 2015. Deze kunnen ook niet-Britse personen betreffen, die zijn overleden in Engeland. In 2015 zijn er in totaal twaalf sterftegevallen geregistreerd waarbij ketamine genoemd werd op de overlijdensakte [3].
- Bij zeven personen was ketamine de enige genoemde drug op de akte, maar mogelijkerwijs zou ook alcohol in het spel kunnen zijn geweest.
- De overige literatuur over het risico op overlijden bij ketaminegebruik is samengevat in een aantal literatuuronderzoeken [2,4,5]. Hieruit blijkt dat wanneer bij postmortem onderzoek ketamine in het lichaam gevonden werd, dit ook vaak samen was met een andere drug of dat de doodsoorzaak niet het gevolg was van een overdosering, maar van een ongeluk, verdrinking of onderkoeling.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Mitrovic D, Touw DJ. Ketamine [Internet]. 2017. Available from: https://toxicologie.org/monografie/ketamine
2. Morgan CJA, Curran HV. Ketamine use: A review. Vol. 107, Addiction. 2012. p. 27–38.
3. Office for National Statistics. Deaths related to drug poisoning involving specific substances, England and Wales, deaths registered in 2016. 2016.
4. Bokor G, Anderson PD. Ketamine: An update on its abuse. Vol. 27, Journal of Pharmacy Practice. 2014. p. 582–586.
5. Muetzelfeldt L, Kamboj SK, Rees H, Taylor J, Morgan CJA, Curran HV. Journey through the K-hole: Phenomenological aspects of ketamine use. Vol. 95, Drug and Alcohol Dependence. 2008. p. 219–229.

14.8 Aanbod en markt

14.8.1 Kwaliteit en samenstelling

In het kort: In de afgelopen tien jaar is het aantal ketaminemonsters aangeleverd bij het DIMS gestegen. In 2021 is het aandeel ketaminemonsters voor het eerst weer iets afgenomen. De concentratie ketamine die aanwezig is in poeders verkocht als ketamine is hoog en vertoont de laatste jaren een lichte stijging. Het percentage aangeleverde ketamine dat ook daadwerkelijk ketamine bevat is stabiel hoog sinds 2018. Wel wordt vaker een vervuiling met levamisol aangetroffen.

Snel naar:

- Ketaminemonsters bij het DIMS
- Samenstelling

Gegevensbronnen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van testlocaties met als doel inzicht te krijgen in de markt van illegale drugs. Het DIMS biedt gebruikers de mogelijkheid drugs te laten testen op inhoud. Gebruikers weten op die manier wat voor stoffen hun drugs bevatten, en het DIMS gebruikt deze data om de markt te monitoren en te waarschuwen als dat nodig is [1].

Een deel van de drugsmonsters die worden ingeleverd wordt herkend bij het inleverpunt zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm, zoals ketamine, worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse. Sinds 2017 worden ketaminepoeders op het Trimbos-instituut geanalyseerd met een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie).

Ketaminemonsters bij het DIMS

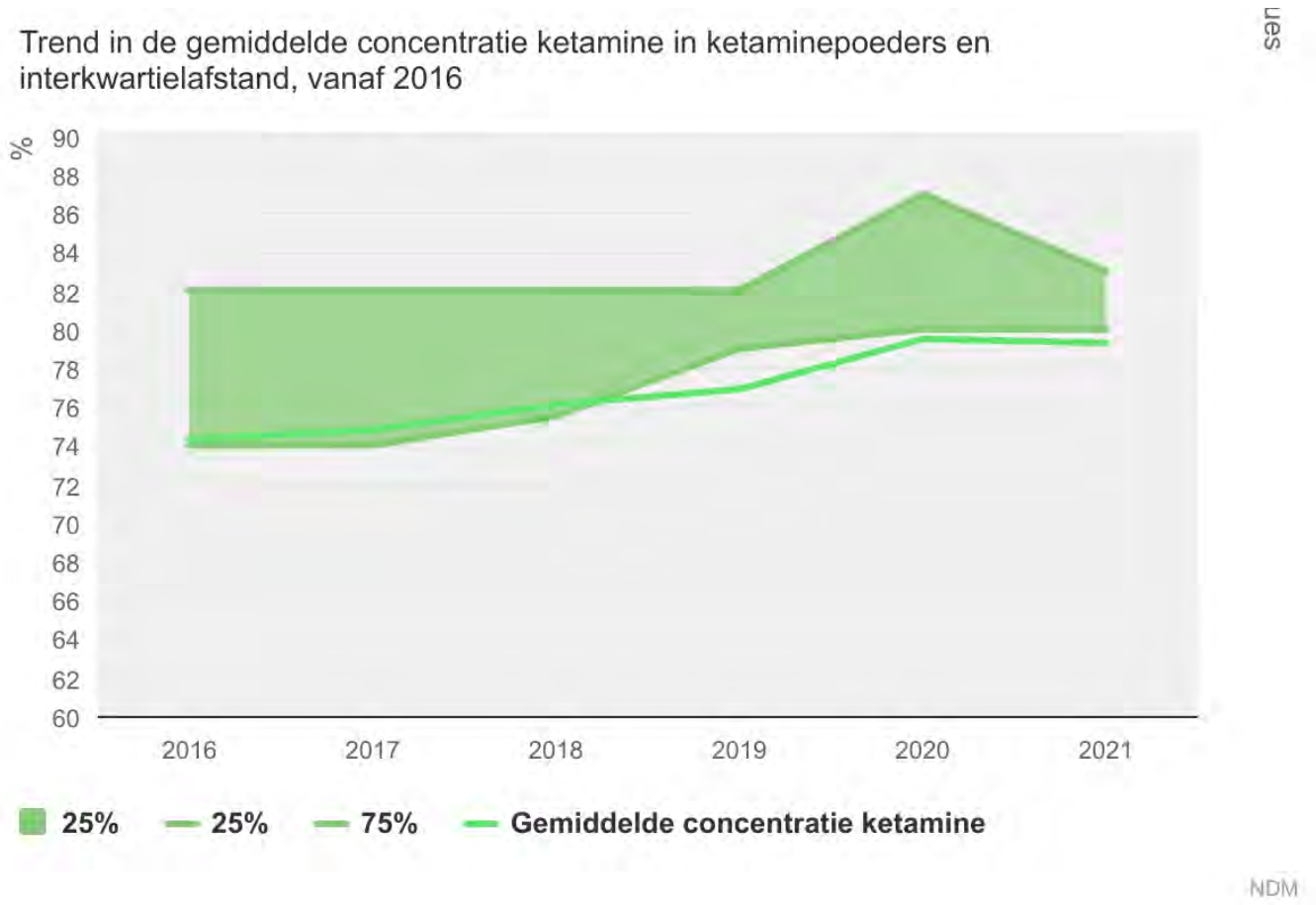
- In 2021 was 4,1% van het totaal aantal monsters bij het DIMS aangekocht als ketamine, in 2016 was dit nog 2,7%.
- In de afgelopen tien jaar heeft het aantal ketaminemonsters een redelijke groei doorgemaakt, zowel in absolute aantallen als in vergelijking met het (toenemende) totaal. In 2021 is het aandeel ketaminemonsters voor het eerst weer iets afgenomen.

Samenstelling

De concentratie ketamine die aanwezig is in poeders verkocht als ketamine is hoog en vertoont de laatste jaren een lichte stijging.

- In 2021 bevatte 88,2% van de als ketamine verkochte monsters daadwerkelijk de stof ketamine.
- De gemiddelde concentratie ketamine was 79,3%. Omdat ketamine altijd in de verbinding

ketaminehydrochloride voorkomt, is de maximale zuiverheid van het ketaminedeel 87%. De rest van het poeder wordt dan ingenomen door de hydrochloride-groep (HCl).
- De gemiddelde concentratie van ketamine ligt iets onder de range waarbinnen de (middelste) helft van de ketaminepoeders valt. Deze range ligt tussen 80% en 83%. Dit betekent dat er een aantal ketaminepoeders een zeer lage concentratie ketamine bevatte, waardoor het gemiddelde lager uitkwam.



Jaar	Gemiddelde concentratie ketamine	25%	75%
2016	74.3	74	82
2017	74.8	74	82
2018	76.1	75.5	82
2019	76.9	79	82
2020	79,5	80	87

Jaar	Gemiddelde concentratie ketamine	25%	75%
2021	79,3	80	83

Het percentage aangeleverde ketamine dat ook daadwerkelijk ketamine bevat is stabiel hoog sinds 2018. Wel wordt vaker een vervuiling met levamisol aangetroffen.

- Vervuilingen kunnen alleen getest worden wanneer een ketaminemonster in het laboratorium wordt onderzocht. Een vervuiling die sinds 2019 wat vaker voorkomt is levamisol, een versnijdingsmiddel bekend van de cocaïnemarkt. Sinds 2018 is het aantal ketaminepoeders dat levamisol bevat gestegen gestegen van 0,2% naar 4,0% in 2020. In 2021 bevatte 2,9% van de ketaminepoeders levamisol.
- De poeders bevatten dan ook direct een hoge concentratie levamisol: 62%. Ter vergelijking: 30,9% van de cocaïnepoeders bevatte levamisol, met een gemiddelde concentratie van 10,6%. Vanaf 10% levamisol raadt het DIMS gebruik af vanwege de negatieve effecten van levamisol zoals de ondermijning van het immuunsysteem.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.

14.8.2 Prijs

Gegevensbronnen

De Amsterdamse Antenne-monitor en het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een gram ketamine.

- De gemiddelde prijs van ketamine per gram is in 2021 €23,80. De gemiddelde prijs is de afgelopen jaren ongeveer gelijk gebleven [1]. De helft van de ketaminepoeders kostte tussen de 20 en 30 euro.
- Panelleden uit het Amsterdamse uitgaansleven signaleren dat de ketaminemarkt het laatste decennium fors is gegroeid [2]. Volgens sleutelfiguren in de Amsterdamse Antenne-monitor lag de gemiddelde prijs van ketaminepoeders in 2019 op 26 euro per gram, terwijl dit in 2014 nog 30 euro was [3]. In 2021 werd ketamine aangeboden voor 25-40 euro per gram [2].

Prijs (euro) per gram ketamine op consumentenniveau, vanaf 2013

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aantal monsters (n)	244	243	361	306	441	428	720	430	423
Gemiddelde (€)	23	24	37	26	25	24	25	24	24
Interkwartiel (€)[1]	20-25	20-30	20-30	20-30	20-30	20-30	20-30	20-30	20-30

1. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de ketaminemonsters valt. 25% van de samples zit dus nog boven deze range, en 25% er onder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.

3. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.



ADHD-medicatie

15.0 Laatste feiten en trends

De laatste feiten en trends over ADHD-medicijnen zoals Ritalin zijn:

- In 2020 rapporteerde 1,4% van de volwassenen in het laatste jaar ADHD-medicijnen gebruikt te hebben. Meer dan twee vijfde van de laatste-jaar-gebruikers nam ADHD-medicijnen (ook) zonder recept, dit is 0,6% van de volwassen bevolking (§ 15.2.1)
- Het gebruik van ADHD-medicijnen in Nederland bleef tussen 2016 en 2020 gelijk, maar wanneer alleen wordt gekeken naar het gebruik (ook) zonder recept kan er wel een stijging worden waargenomen (§ 15.2.1)
- Uit het ESPAD-onderzoek blijkt dat onder de 15- en 16-jarige scholieren het gebruik van ADHD-medicijnen zonder doktersrecept sinds 2007 op hetzelfde niveau ligt (§ 15.3.1)
- In 2021 had één op de twintig (4%) studenten van het HBO en de universiteit in het afgelopen jaar concentratieverhogende middelen zoals Ritalin zonder doktersrecept gebruikt (§ 15.3.2).
- Het gebruik van ADHD-medicijnen zoals Ritalin zonder doktersrecept komt voor onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen, maar dit is vaker in een studie-gerelateerde context dan in een uitgaanssetting (§ 15.3.3)
- Er is weinig bekend over het gebruik van ADHD-medicijnen in kwetsbare groepen jongeren. Onder jongeren in de jeugdzorg komt het gebruik wel voor, maar dit is vermoedelijk vooral op voorschrift van een arts (§ 15.3.4)
- Het verkrijgen van ADHD-medicijnen voor gebruik als prestatieverhogend middel (oneigenlijk gebruik) lijkt vooral via vrienden te gaan, die al dan niet een voorschrift hebben, of online (§ 15.8.1)

15.1 Over ADHD-medicatie

Ritalin is de meest bekende (merk)naam van het medicijn methylfenidaat, een middel dat door artsen voornamelijk wordt voorgeschreven aan kinderen en jongeren met ADHD. Deze stof staat op Lijst 1 van de Opiumwet. Sinds eind 2017 mag Ritalin ook worden voorgeschreven aan volwassenen, onder de merknaam Medikinet. Ritalin is het medicijn bij de behandeling van ADHD dat het meest bekend is geworden. Andere medicijnen met als werkzame stof methylfenidaat zijn bijvoorbeeld Concerta™ en Equasym™. Daardoor wordt Ritalin niet meer alleen als merknaam gebruikt (Ritalin™), maar inmiddels ook als algemene benaming voor medicijnen met methylfenidaat.

Ritalin wordt ook oneigenlijk gebruikt, dus zonder voorschrift van een arts, bijvoorbeeld in het uitgaansleven of door scholieren en studenten die als doel hebben om hun leerprestaties te verbeteren. Het onderzoek hiernaar is in Nederland echter nog beperkt. Ritalin is echter geen onschuldig middel, in elk geval niet als het gaat om ‘recreatief gebruik’ [1].

In 2020 werden er Kamervragen gesteld over het gebruik van Ritalin, en beantwoord. In de brief werd als antwoord op een vraag gegeven: “Als studenten dit middel ook voor niet-medische doeleinden en dus zonder voorschrift van een arts gebruiken, is dat onwenselijk [….]. Alle geneesmiddelen die zonder medische indicatie en zonder tussenkomst van een arts en apotheker worden verkregen en gebruikt, brengen immers gezondheidsrisico’s met zich mee voor de gebruiker en gebruik zonder medische indicatie is om die reden onverantwoord” [2].

Bij mensen met ADHD is de regulatie van dopamine en noradrenaline, twee neurotransmitters (signaalstoffen) in de hersenen uit balans. Door deze disbalans ervaren zij moeite met onder andere het langdurig behouden van aandacht, het onderdrukken van impulsen en het sturen en plannen van gedrag; dit zijn enkele symptomen van ADHD. Methylfenidaat zorgt ervoor dat de neurotransmitters dopamine en noradrenaline langer actief blijven in de hersenen, waardoor de symptomen van ADHD verminderen [3].

Voor Ritalin zijn er geen gegevens bekend over de mogelijke invloed van de coronamaatregelen.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, Van Den Brink W. Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. Vol. 16, European Addiction Research. 2010. p. 202–207.
2. T.K.2020D13588. Antwoord op vragen van de leden Van der Molen, Van den Berg en Kuik over de berichten ‘Prestatiedruk in het hoger onderwijs leidt tot misbruik ADHD-medicatie’’ en “Braindrug modafinil is populair onder studenten, maar ‘je kunt er suïcidaal van worden’’’’.’”’ Den Haag; 2020.
3. Monshouwer K, Van der Pol P, Drost YC, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2016: Uitgaanspatronen, middelengebruik en preventieve maatregelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.

15.2 Gebruik: algemene bevolking

15.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: In 2020 rapporteerde 1,4% van de volwassenen in het laatste jaar ADHD-medicijnen gebruikt te hebben. Meer dan twee vijfde van de laatste-jaar-gebruikers nam ADHD-medicijnen (ook) zonder recept, dit is 0,6% van de volwassen bevolking. Het gebruik van ADHD-medicijnen in Nederland bleef tussen 2016 en 2020 gelijk, maar wanneer alleen wordt gekeken naar het gebruik (ook) zonder recept kan er wel een stijging worden waargenomen.

Snel naar:

- Kerncijfers 2020
- Trends in ADHD-medicatiegebruik

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van ADHD-medicijnen in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor, die in 2016, 2018 en 2020 is uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De LSM-A is een onderzoek dat parallel loopt aan de Gezondheidsenquête en dieper ingaat op het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen (zie bijlage A1 en A2). Ritalin is het medicijn tegen ADHD dat het meest bekend is geworden. Andere medicijnen met als werkzame stof methylfenidaat zijn bijvoorbeeld Concerta™, Equasym™ en Medikinet™.

De kerncijfers over ADHD-medicijnen worden op twee manieren weergeven. Er wordt gerapporteerd over 'het gebruik van ADHD-medicijnen': dit betreft mensen die ADHD-medicijnen gebruiken, ongeacht of zij dit met of zonder recept doen. Daarnaast wordt gesproken over het gebruik *(ook) zonder recept*: dit betreft mensen die ADHD-medicijnen alleen zónder recept gebruiken of soms zonder recept gebruiken.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het gebruik van ADHD-medicijnen in de algemene bevolking. Op basis van de cijfers uit de LSM-A kunnen hierover echter geen uitspraken worden gedaan. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2020 verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2019.

Kerncijfers 2020

Ongeveer één op de 30 volwassenen (3,4%) rapporteerde in 2020 ooit in het leven wel eens ADHD-medicijnen gebruikt te hebben en ongeveer één op de 70 (1,4%) deed dit in het afgelopen jaar nog. Van de mensen die in het laatste jaar ADHD-medicijnen gebruikten deed 41% dat *(ook) zonder recept*;

dit is 0.6% van de algemene volwassen bevolking en komt neer op circa 80 duizend personen. Onder de laatste-maand-gebruikers deed een derde (33,3%) het (ook) zonder recept.

Percentage en aantal gebruikers van ADHD-medicijnen met en (ook) zonder recept in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2020

	Totaal (%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% Betrouwbaarheidsinterval)
Gebruik ADHD-medicijnen			
Ooit	3,4	470.000	410.000 - 520.000
Laatste jaar	1,4	190.000	150.000 - 230.000
Laatste maand	0,9	120.000	90.000 - 150.000
Gebruik ADHD-medicijnen (ook) zonder recept			
Laatste jaar	0,6	80.000	50.000 - 100.000
Laatste maand	0,3	40.000	20.000 - 60.000

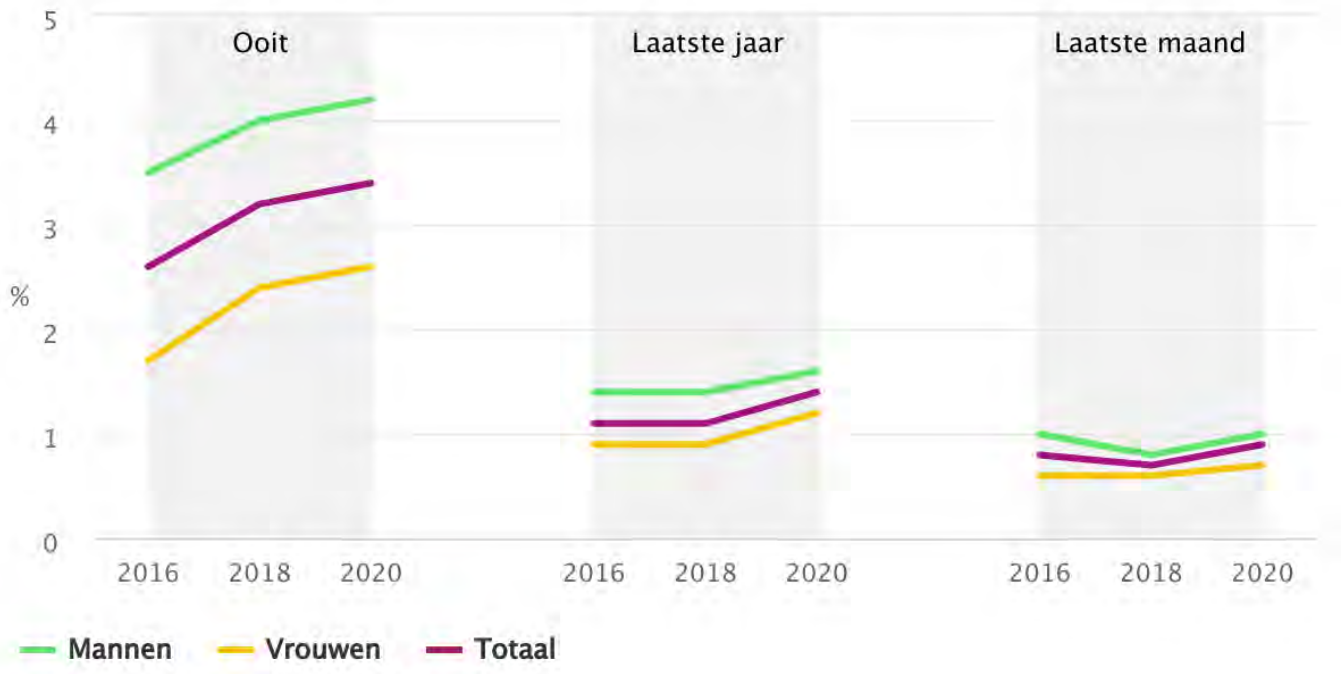
Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en de laatste maand. I. Schatting van het aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat ADHD-medicijnen gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2020

Trends in ADHD-medicatiegebruik

Vanaf 2016 zijn om het jaar vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van ADHD-medicijnen in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder.

- Het gebruik van ADHD-medicijnen veranderde niet statistisch significant over de jaren (zie figuur). Sinds 2017 worden ADHD-medicijnen steeds vaker voorgeschreven aan volwassenen [1] . Deze stijging is (nog) niet terug te zien in de kerncijfers.
- Wanneer alleen gekeken wordt naar het gebruik *(ook) zonder recept* kan wel een stijging worden waargenomen, zowel in het laatste jaar als in de laatste maand. De stijging in dit gebruik vond plaats onder vrouwen, mensen met een lagere opleiding en mensen tussen de 40 en 74 jaar.

Gebruik van ADHD-medicijnen in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2016, naar geslacht



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Leefstijlmonitor-Aanvullend; CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2020.

NDM

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2016	3,5	1,7	2,6
2018	4,0	2,4	3,2
2020	4,2	2,6	3,4
2016	1,4	0,9	1,1
2018	1,4	0,9	1,1
2020	1,6	1,2	1,4

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2016	1,0	0,6	0,8
2018	0,8	0,6	0,7
2020	1,0	0,7	0,9

15.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Migratieachtergrond
- Stedelijkheid

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van ADHD-medicijnen in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor, die in 2016, 2018 en 2020 is uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De LSM-A is een onderzoek dat parallel loopt aan de Gezondheidsenquête en dieper ingaat op het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen (zie bijlage A1 en A2). Ritalin is het medicijn tegen ADHD dat het meest bekend is geworden. Andere medicijnen met als werkzame stof methylfenidaat zijn bijvoorbeeld Concerta™, Equasym™ en Medikinet™.

De cijfers over het gebruik van ADHD-medicijnen kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid. Het aantal laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers van ADHD-medicijnen (ook) zonder recept is in deze steekproef te laag om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken.

De coronapandemie heeft mogelijk invloed gehad op het gebruik van ADHD-medicijnen in de algemene bevolking. Op basis van de cijfers uit de LSM-A kunnen hierover echter geen uitspraken worden gedaan. De gegevens die worden gepresenteerd zijn namelijk door het hele jaar 2020 verzameld. Omdat vaak terug wordt gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik), hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2019.

Geslacht

Meer mannen dan vrouwen hebben ervaring met het gebruik van ADHD-medicijnen. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen in het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik. Het gebruik ooit in het leven nam tussen 2016 (1,7%) en 2020 (2,6%) onder vrouwen wel toe.

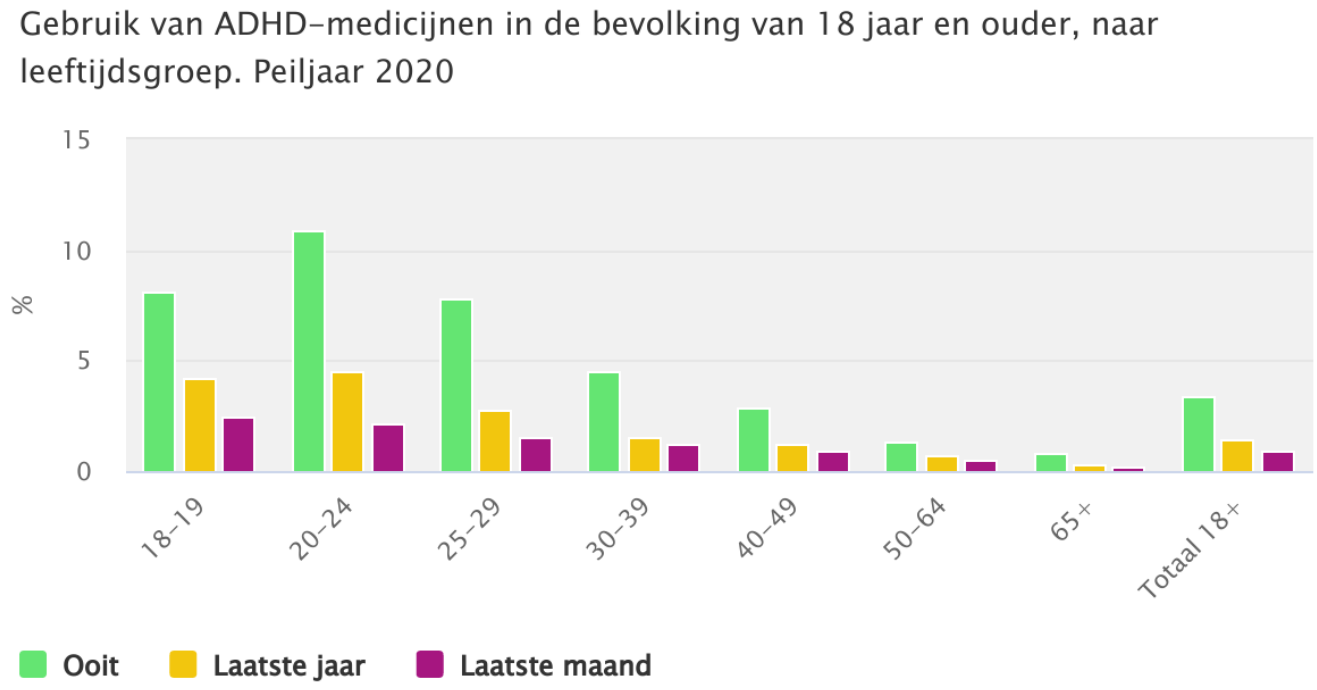
Gebruik van ADHD-medicijnen in de bevolking van 18 jaar en ouder naar geslacht. Peiljaar 2020

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Mannen	4,2	1,6	1,0
Vrouwen	2,6	1,2	0,7

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2020.

Leeftijd

Het gebruik van ADHD-medicijnen is het hoogst onder mensen tussen de 18 en 30 jaar. Dit geldt zowel voor het ooit-, het laatste-jaar- en het laatste-maand-gebruik.



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor. Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2020.

NDM

	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
18-19	8,1	4,2	2,5
20-24	10,9	4,5	2,2
25-29	7,8	2,8	1,5
30-39	4,5	1,5	1,2
40-49	2,9	1,2	0,9
50-64	1,3	0,7	0,5
65+	0,8	0,3	0,2
Totaal 18+	3,4	1,4	0,9

Opleidingsniveau

Meer middelbaar opgeleiden en hoogopgeleiden hebben ooit in het leven ADHD-medicijnen gebruikt. In het laatste-jaar-gebruik zijn er geen verschillen tussen mensen met verschillende opleidingsniveaus.

Gebruik van ADHD-medicijnen in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[1]. Peiljaar 2020

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Laagopgeleid	2,1	1,1	0,6
Middelbaar opgeleid	3,8	1,4	1,1
Hoogopgeleid	3,8	1,5	0,9

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. 1. opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 jaar en ouder hoogst behaald niveau. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor. Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2020.

Migratieachtergrond

Het gebruik van ADHD-medicijnen verschilt niet statistisch significant voor mensen met verschillende migratieachtergronden, hoewel de percentages wel uiteenlopen. Dit geldt zowel voor het ooit-, het laatste-jaar- en het laatste-maand-gebruik.

Gebruik van ADHD-medicijnen in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[1]. Peiljaar 2020

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Nederlandse achtergrond	3,5	1,3	0,9
Westerse migratieachtergrond	3,8	1,0	0,9
Niet-westerse migratieachtergrond	2,9	2,0	1,1

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage D "Migratieachtergrond"). Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor. Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2020.

Stedelijkheid

Het percentage mensen uit (zeer) sterk stedelijke gebieden (3,9%) en matig stedelijke gebieden (3,6%) dat ooit ADHD-medicijnen heeft gebruikt ligt hoger dan het percentage mensen uit weinig tot niet stedelijke gebieden (2,4%). Ook in het laatste-jaar-gebruik is de prevalentie het laagst voor mensen uit weinig tot niet stedelijke gebieden (1,0%), maar alleen het verschil met (sterk) stedelijke gebieden (1,6%) is statistisch significant.

Gebruik van ADHD-medicijnen in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2020

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
(Zeer) sterk stedelijk	3,9	1,6	0,9
Matig stedelijk	3,6	1,2	0,9
Weinig/niet stedelijk	2,4	1,0	0,7

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor. Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2020.

15.2.3 Verstrekkingen van methylfenidaat bij de apotheek

Gegevens over het gebruik van methylfenidaat (waaronder Ritalin) zijn ook afkomstig van het aantal medische voorschriften voor dit middel, gerapporteerd door de Stichting Farmaceutische Kengetallen [1]. Apotheken verstrekten in 2019 ruim 1,3 miljoen keer methylfenidaat aan 210.000 verschillende personen. Dat is een stijging van 2% ten opzichte van 2018. De stijging is alleen onder volwassenen, want bij de groep jongeren neemt het aantal gebruikers – zoals in de afgelopen jaren – verder af.

- Tussen 2007 en 2016 vond er een sterke toename plaats in het aantal gebruikers van methylfenidaat: van bijna 100.000 naar circa 230.000.
- Vanaf 2015 is een daling in voorschriften bij jongeren van 6 tot en met 15 jaar. In 2019 zet de daling zich voort. Het aantal jonge gebruikers van methylfenidaat daalde met 3000 naar 94.000, een afname van 3,1% ten opzichte van 2018. Deze daling is hoogstwaarschijnlijk toe te schrijven aan de effecten van het adviesrapport van de Gezondheidsraad in 2014 met als titel “ADHD: medicatie en maatschappij”. Hierin worden behandelaars opgeroepen een zorgstandaard voor de diagnose en behandeling van ADHD te ontwikkelen. Waarschijnlijk leidde dit advies al tot meer terughoudendheid bij het voorschrijven van methylfenidaat bij jongeren [2].
- Het aantal gebruikers in de leeftijdsgroep achttien tot vijftig jaar steeg juist in 2019 met 6000 naar 98.000; een stijging van 6,5% ten opzichte van 2018. Dit is hoogstwaarschijnlijk het gevolg van de goedkeuring van methylfenidaat als medicijn voor ADHD bij volwassenen [1].
- Binnen de medicamenteuze behandeling van ADHD heeft ook dexamfetamine een plaats. In 2017 is het aantal voorschriften van dit middel juist wel toegenomen, met 15,6%. Hoewel beperkt nam in de leeftijdsgroep zes tot en met vijftien jaar in 2018 het aantal gebruikers van dexamfetamine toe met 1,7% tot 6.900 personen [2].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Stichting Farmaceutische Kengetallen S. Toename aantal volwassen methylfenidaatgebruikers [Internet]. Vol. 155, Pharmaceutisch Weekblad. 2020. Available from: https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2020/toename-aantal-volwassen-methylfenidaatgebruikers
2. Stichting Farmaceutische Kengetallen S. Minder gebruikers in 2017 van ADHD-middel methylfenidaat. Vol. 153, Pharmaceutisch Weekblad. 2018.

15.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

15.3.1 Scholieren van het regulier onderwijs

In het kort: Het gebruik van ADHD-medicijnen zonder doktersrecept ligt onder 15- en 16-jarige scholieren sinds 2007 op hetzelfde niveau.

Gegevensbronnen

Het gebruik van ADHD-medicijnen wordt niet gemonitord in het Peilstationsonderzoek en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie (zie bronnentabel en bijlage B2).

In het ESPAD-onderzoek, een internationaal onderzoek onder 15- en 16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs, zijn aan de Nederlandse deelnemers wel een aantal vragen gesteld over het gebruik Ritalin [1]. Van deze studie zijn ook trendgegevens beschikbaar.

Kerncijfers 2019

- Uit het ESPAD-onderzoek blijkt dat onder de 15- en 16-jarige scholieren het gebruik van Ritalin zonder doktersrecept sinds 2007 op hetzelfde niveau ligt (tabel 15.3.1).
- Het gebruik met een doktersrecept is in 2019 wel hoger dan in 2007, maar op hetzelfde niveau als 2011 en 2015.
- Het gebruik van Ritalin zonder doktersrecept verschilt in 2019 niet tussen jongens (2,8%) en meisjes (2,0%), of tussen de verschillende schoolniveaus (VMBO-b, VMBO-t, havo en vwo), maar voor het gebruik met een doktersrecept zijn er wel verschillen: jongens (8,3%) krijgen vaker Ritalin voorgeschreven dan meisjes (4,0%), en het gebruik met doktersrecept is veel hoger op het VMBO-b (9,8%) en VMBO-t (8,4%), dan op havo (2,6%) en het vwo (3,1%).

Gebruik van Ritalin onder 15- en 16-jarige scholieren

	2007	2011	2015	2019
Ritalin zonder recept	3,0	3,1	3,2	2,4
Ritalin met recept	4,1	5,8	7,4	6,2

Percentage gebruikers ooit in het leven. Bron: ESPAD-onderzoek Nederland, Trimbos-instituut.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

15.3.2 Studenten

In het kort: In 2021 had bijna een op de twintig studenten van hoger onderwijs in het afgelopen jaar concentratieverhogende middelen (zoals Ritalin, Concerta of Modafinil) zonder doktersrecept gebruikt. Onder MBO-studenten in Amsterdam rapporteerde ongeveer één op de 70 studenten (1,4%) in het afgelopen jaar ADHD-medicijnen zoals Ritalin of Concerta (ook) zonder recept te hebben gebruikt.

Snel naar:

- Studenten van het HBO en de universiteit
- MBO-studenten in Amsterdam

Gegevensbronnen

Om een beeld te krijgen van het middelengebruik onder jongeren van 16 t/m 18 jaar, onderzoekt het Trimbos-instituut sinds 2015 elke twee jaar het middelengebruik onder MBO- en HBO-studenten in deze leeftijdsgroep met de Middelenmonitor MBO-HBO [1–4]. In deze monitor is echter niet het gebruik van ADHD-medicijnen onderzocht.

In 2021 is voor het eerst een grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (HBO en WO). Deze monitor zal iedere twee jaar worden uitgevoerd. Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs is ontwikkeld en uitgevoerd door een consortium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de brancheorganisatie van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en het Trimbos-instituut (zie bijlage B9). Deze monitor is gestart vanwege zorgen over de mentale gezondheid, het middelengebruik en de interactie tussen die twee factoren onder studenten [5,6]. In 2021 namen 28.442 studenten deel, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs [6]. Het middelengebruik werd vergeleken tussen studenten in het HBO en studenten op de universiteit.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse MBO-scholen (bijlage B8) [7,8]. De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 werd er ook naar het gebruik van ADHD-medicatie gevraagd. In totaal deden 1.174 MBO'-studenten (> 16 jaar) van acht MBO-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Cijfers over middelengebruik zijn gebaseerd op gewogen data [8].

Studenten van het HBO en de universiteit

In de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs is het oneigenlijk gebruik van concentratieverhogende middelen onderzocht. Het gaat hierbij niet alleen om middelen met als werkzame stof methylfenidaat (zoals Ritalin en Concerta), maar ook om middelen

met Modafinil. Dit is een medicijn dat slaapaanvallen voorkomt en wordt voorgeschreven bij narcolepsie (slaapziekte).

- Bijna een op de twintig (4%) studenten heeft in het afgelopen jaar concentratieverhogende middelen zonder doktersrecept gebruikt (zie tabel onderaan de pagina). Het gebruik ligt hoger onder mannen (4,7%) dan onder vrouwen (3,3%).
- De studenten die aangaven in het afgelopen jaar concentratieverhogende middelen te hebben gebruikt (niet op doktersrecept) deden dit met name tijdens het studeren/tentamens (85%).
- Het oneigenlijk gebruik van concentratieverhogende middelen in het afgelopen jaar komt iets meer voor bij bachelor-studenten dan bij master-/andere studenten (4,0% vs. 3,8%); komt meer voor bij studenten die op zichzelf wonen dan bij studenten die bij hun ouders wonen (5,3% vs. 2,5%), en komt meer voor bij studenten met een belemmerende psychische aandoening zoals een depressie, angst- of eetstoornis dan bij studenten zonder belemmerende psychische aandoening (6,2% vs. 3,8%).
- Daarnaast komt het oneigenlijk gebruik van concentratieverhogende middelen in het afgelopen jaar meer voor bij studenten met een concentratie-, lees-, of rekenprobleem dan bij studenten zonder dit soort problemen (8,7% vs. 3,6%). Mogelijk heeft een deel van deze studenten de medicijnen daadwerkelijk nodig, maar is er (nog) geen diagnose gesteld.
- Studenten die veel stress ervaren, studenten die vaak prestatiedruk ervaren en studenten die veel slaapproblemen ervaren hebben vaker oneigenlijk gebruik gemaakt van concentratieverhogende middelen in het afgelopen jaar dan studenten die weinig stress ervaren, die niet vaak prestatiedruk ervaren en die weinig slaapproblemen ervaren.
- Studenten met een huidige studieschuld van €10.000 of meer, studenten met een toekomstige studieschuld van €30.000 of meer hebben en studenten met een studievertraging hebben vaker concentratieverhogende middelen (niet op recept) in het afgelopen jaar gebruikt dan studenten met een lagere (toekomstige) studieschuld en studenten zonder studievertraging.
- Aan de studenten is ook gevraagd of de coronapandemie en de coronamaatregelen invloed hebben gehad op het oneigenlijk gebruik van concentratieverhogende middelen. De meeste studenten (87%) gaven aan dat deze vraag niet op hen van toepassing was, vermoedelijk omdat zij deze middelen niet gebruikten.
- Van diegenen die wel concentratieverhogende middelen gebruikten gaf de meerderheid (72%) aan dat hun gebruik niet was veranderd, een zesde (16%) gaf aan meer te gebruiken en een kleinere groep (12%) gaf aan minder te gebruiken dan voor de coronapandemie.

MBO-studenten in Amsterdam

- In 2021 gaf 6,4% van de Amsterdamse MBO-studenten aan in het afgelopen jaar ADHD-medicatie zoals ritalin of concerta te hebben gebruikt [8]. Van de studenten gaf 5,3% aan de medicatie op doktersvoorschrift te gebruiken, 1,4% gebruikte (ook) zonder recept.

Oneigenlijk gebruik van ADHD-medicijnen en concentratieverhogende middelen onder studenten

	Locatie	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Laatste jaar (%)
Studenten van het HBO en de universiteit[I]	Nederland	2021	Totaal HBO + WO	16 jaar en ouder	4,0
			HBO		3,3
			WO		4,8
Studenten van het MBO[II]	Amsterdam	2021	MBO	16 jaar en ouder (19,0 gemiddeld)	1,4

Percentage gebruikers in het laatste jaar I. Alle HBO- en WO-studenten die ouder waren dan 16 jaar werden geïncludeerd in dit onderzoek. Gebruik van ADHD-medicijnen zoals Ritalin en Concerta en Modafinil. II. Gebruik van ADHD-medicijnen zoals Concerta en Ritalin. Door verschillen in leeftijd en meetmethoden is een directe vergelijking tussen de onderzoeken niet mogelijk. Bron: Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs, Antenne Amsterdam.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Verdurmen JE, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
2. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
3. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
4. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
5. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport I Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–116.
6. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–123.

7. Nabben T, Luijk SJ, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
8. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.

15.3.3 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Uit de onderzoeken blijkt dat Ritalin wordt gebruikt door jongeren en jongvolwassenen die uitgaan. Echter wordt Ritalin (als het gaat om niet medische doeleinden) vooral gebruikt als ‘prestatieverhogend’ middel voor studie of werk en in mindere mate als ‘recreatieve’ uitgaansdrug.

Snel naar:

- Uitgaanders in Nederland
- Uitgaanders in Amsterdam en Gooi en Vechtstreek

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht [1]. De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld via een online vragenlijst. Om vertekening door de impact van de coronamaatregelen te voorkomen, werd aan de respondenten gevraagd naar hun middelengebruik in de periode vóór 13 maart 2020, de dag van het invoeren van de coronamaatregelen. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie bijlage B2). Voor het vergelijken van de resultaten met die uit een eerdere peiling uit 2016 zijn aanvullende analyses uitgevoerd.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven en in de regio Gooi en Vechtstreek via een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven en vragenlijsten onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen [2].

De tabel op deze pagina vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij ‘op locatie’ of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders.

De situatie is door de coronacrisis mogelijk veranderd.

Uitgaanders in Nederland

In HGU 2020 is gevraagd of respondenten Ritalin gebruiken zonder voorschrift van een arts. Vervolgens werd aan deze ‘niet-medische’ gebruikers de frequentie van gebruik en de locatie van gebruik gevraagd.

- Bijna 1 op de 10 (8,9%) uitgaanders had Ritalin in het afgelopen jaar gebruikt voor niet-medische doeleinden.
- De meerderheid van de gebruikers (80,8%) gebruikte Ritalin een keer of een paar keer in het afgelopen jaar. Eens per maand gebruikte 8,3% en een paar keer per maand 8,0%. Eens per week, een paar keer per week of bijna elke dag Ritalin zonder doktersrecept gebruiken werd door maar zeer weinig respondenten gedaan.
- Respectievelijk 72% en 67% van de laatste-jaar-gebruikers van ADHD-middelen zonder doktersrecept, noemt een betere concentratie en het langer volhouden van studeren en werken, als (zeer) belangrijke redenen voor gebruik.
- Een kleinere groep vindt aan uitgaan gerelateerde motieven voor gebruik van ADHD-middelen zoals ‘uitgaan langer vol kunnen houden’ (22%) en ‘mezelf goed voelen tijdens het uitgaan’ (15%) (zeer) belangrijk.
- Dit suggereert dat Ritalin (als het gaat om niet medische doeleinden) vooral wordt gebruikt als ‘prestatieverhogend’ middel voor studie/werk en in mindere mate als ‘recreatieve’ uitgaansdrug.

Uitgaanders in Amsterdam en Gooi en Vechtstreek

In het panel van sleutelfiguren uit het uitgaansleven in Amsterdam wordt in sommige groepen Ritalin gebruikt, maar dit is dan vaker in de context van het studeren (prestatieverhogend middel) dan van uitgaan. Enkele panelleden denken wel dat Ritalin de drempel naar amfetaminegebruik heeft verlaagd.

- Ongeveer een op de vijf cafébezoekers (19% in de Gooi- en Vechtstreek en 20,9% in Amsterdam) had ooit in het leven Ritalin gebruikt [3,4]. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen het gebruik met en zonder voorschrift.
- In Amsterdam gebruikte 7,6% in het afgelopen jaar Ritalin, in de Gooi- en Vechtstreek was dit percentage iets hoger, namelijk 10,3%.
- Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de verschillende demografische groepen leeftijd, geslacht, etniciteit, woonplaats en bezigheid (studerend of werkend). Dit gold zowel voor Amsterdamse als voor Gooise cafébezoekers.
- Tussen 2010 en 2018 deed zich in Amsterdam een forse procentuele toename voor in het ooitgebruik van Ritalin onder de cafébezoekers van 8,7% naar 20,9% naar (zie tabel hieronder). Het laatste-maand-gebruik nam toe van 1 naar 3 procent.

In 2017 is het gebruik van Ritalin ook onder bezoekers van clubs en festivals in Amsterdam uitgevraagd [5]. Hierbij is eveneens geen onderscheid gemaakt tussen gebruik met of zonder voorschrift.

- Bijna een kwart (22,1%) van deze uitgaanders heeft ervaring met Ritalin; 11,4% gebruikte Ritalin nog in het jaar voorafgaand aan het onderzoek en 3,4% nam het middel in de laatste maand.
- Ritalin wordt het meest gebruikt onder 20-24 jarigen, net zoals in de algemene bevolking.
- Studenten gebruiken vaker Ritalin dan niet-studenten (26,6% vs. 17,1%).

Gebruik van ADHD-medicijnen onder verschillende groepen uitgaanders

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2016	22	16,8		4,1
		2020	22		8,8	
Bezoekers van clubs, raves[II] en festivals	Amsterdam	2017	26	22,1		3,4
Bezoekers van cafés	Gooi- en Vechtstreek	2018	24	19,0		3,8
	Amsterdam	2010	27	8,7		1,0
		2018	26	20,9		3,0

Percentage ooitgebruikers en laatste-maand-gebruikers 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. 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 underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media"(Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). Bronnen: Antenne 2010 (Benschop, et al., 2011); Antenne 2018 (Korf, Nabben et al., 2019); Antenne Gooi- en Vechtstreek (Korf, Benschop et al., 2019); Antenne 2017 (Nabben et al., 2018); Het grote uitgaansonderzoek (Monshouwer et al., 2016, 2021).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
3. Korf DJ, Nabben T, Benschop A. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2019.
4. Korf DJ, Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2018. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek.; 2019.
5. Nabben T, Luijk SJ, Korf DJ. Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2018.

15.3.4 Kwetsbare groepen jongeren

In het kort: Er is nog weinig bekend over het gebruik van ADHD-medicatie in groepen kwetsbare jongeren. Onder jongeren in de jeugdzorg komt het gebruik wel voor, maar dit is vermoedelijk meestal op voorschrift van een arts.

Gegevensbronnen

Binnen de groep jongeren zijn er bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

In 2020 zijn er voor het eerst cijfers beschikbaar over Ritalingebruik onder kwetsbare groepen uit twee regionale studies uitgevoerd onder jongeren in de jeugdzorg [1,2]. Daarnaast is in 2021 de Antenne Regiomonitor uitgevoerd [3]. Deze monitor beoogt op kwalitatieve wijze zicht te krijgen op het gebruik onder groepen kwetsbare jongeren uit verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt op basis van interviews met jongeren- en preventiewerkers die zicht hebben op verschillende (35 in 2021) jongerengroepen verspreid over het land.

Daarnaast is in 2022 als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [4]. Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen (gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld. Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd.

Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn gegevens verzameld over het gebruik van medicijnen onder jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen [4]. De vragenlijst is in vier JJI afgenomen bij in totaal 110 jongens.

- Van de jongeren rapporteerde 6% in de afgelopen maand medicijnen te hebben gebruikt zonder recept van de dokter. In de vragenlijst zijn de volgende medicijnen als voorbeeld genoemd: benzodiazepinen (kalmerende middelen), ritalin of modafinil (AD(H)D medicatie).

Jongeren in de jeugdzorg

Als onderdeel van de Antenne monitor werd in 2019 een vragenlijst afgenomen onder cliënten van 16 jaar en ouder die ambulante hulp ontvingen, in residentiële groepen verbleven of in pleegzorg zaten

in de regio's Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek-Waterland [1,2]. In totaal namen 118 jongeren deel aan het onderzoek. De antenne voerde soortgelijk onderzoek uit onder jongeren in de jeugdzorg in de Gooi- en Vechtstreek. Deze jongeren worden ambulant begeleid, wonen op een leefgroep of ontvangen pleegzorg. In deze regio werden 23 (van de 100) jongeren ondervraagd die onder behandeling zijn bij Youké. Het gebruik van ritalin komt hier wel voor, maar meestal op voorschrift van een dokter.

- In totaal had 21% van de jongeren uit Amsterdam wel eens ADHD-medicijnen gebruikt. Ongeveer één op de zes jongeren kreeg ooit van een arts ADHD-medicatie (Ritalin of Concerta, 15%). Minder jongeren gebruikten deze ADHD-medicijnen (ook) zonder voorschrift (7%).
- In de Gooi- en Vechtstreek was het percentage dat wel eens ADHD-medicijnen had gebruikt iets hoger (27%), maar niemand deed dit zonder doktersrecept.

Kwetsbare groepen in de regio

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen van kwetsbare jongeren in diverse regio's van Nederland [3]. Deze monitor probeert zicht te krijgen op groepen jongeren waarin sprake is van problematisch drugsgebruik, meervoudige problematiek in de directe, institutionele of sociale omgeving, of het veroorzaken van overlast.

Begin 2021 werden via een kwalitatieve studie jongeren- en preventiewerkers ondervraagd over hun indruk van het middelengebruik van in totaal 35 groepen jongeren uit 10 provincies, waar deze professionals direct mee in contact staan [3]. Deze groepen zijn niet representatief voor alle jongerengroepen in de regio. Van de 35 groepen jongeren kwamen er 23 uit een grotere of kleinere stad en kwamen er 12 uit een dorp. Het aantal jongeren per groep varieerde van 8 tot 90 personen, met gemiddeld 20 personen. In totaal hadden de professionals zicht op ongeveer 850 jongeren tussen 11 en 27 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar.

Er waren signalen dat in 11 van deze 35 groepen (ook) zonder recept medicijnen werden gebruikt. Het ging daarbij vooral om het gebruik van Ritalin en benzodiazepinen, en door een enkeling werd ook Rivotril gebruikt. Rivotril is de merknaam voor de benzodiazepine clonazepam. De medicijnen werden gebruikt tegen de stress, om te kunnen slapen of als demper na stimulantia [3].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.
3. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
4. Möhle M, Rombouts M, van Gelder N, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de Justitiële Jeugdinrichtingen. Het EXPLORE-onderzoek 2022. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.

15.4 Problematisch gebruik

Snel naar:

- Definitie problematisch gebruik
- Risico op afhankelijkheid ('verslaving')
- Oneigenlijk gebruik
- Stoppen en minderen van ADHD-medicijnen

Gegevensbronnen

Gegevens over het vóórkomen van het problematisch gebruik van ADHD-medicijnen in Nederland zijn niet beschikbaar. Dat komt onder andere omdat het aantal (oneigenlijk) gebruikers van ADHD-medicijnen in algemene bevolkingsonderzoeken, zoals de LSM of NEMESIS, te klein is om betrouwbare schattingen te kunnen maken. Een aantal Nederlandse studies onder specifieke doelgroepen (zoals Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) onder uitgaande jongvolwassenen) geeft echter wel informatie over indicatoren voor problematisch gebruik, zoals de mate waarin mensen zelf vinden dat zij te veel of te vaak gebruiken, of willen stoppen en minderen.

Definitie problematisch gebruik

De term problematisch middelengebruik kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie bijlage D en bijlage B12). Bij de verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd staat echter het volgende aspect centraal, namelijk een gebruikspatroon dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen.

Risico op afhankelijkheid ('verslaving')

- Chronisch gebruik van ADHD-medicatie kan leiden tot gewenning en afhankelijkheid [1,2].
- In een richtlijn van de Federatie Medisch Specialisten wordt geconcludeerd dat ADHD-medicatie misbruikt kan worden, en dat dit aandacht verdient, vooral omdat de stoornis ADHD reeds gepaard gaat met een verhoogd risico op verslaving [3]. In deze richtlijn wordt wel genoemd dat “stimulerende medicatie vaker door derden (personen in de omgeving van de patiënt) dan door de patiënt zelf misbruikt wordt” [3].
- Een recente literatuurreview concludeert dat er aanwijzingen zijn dat ADHD-medicatie ter behandeling van ADHD in de kindertijd mogelijk juist bijdraagt aan het voorkomen van een verslaving in de adolescentie of jonge volwassenheid [4]. Ook zijn er aanwijzingen dat ADHD-medicatie kan helpen bij de behandeling van adolescenten die zowel ADHD als een verslaving hebben [4].

Oneigenlijk gebruik

Voor het oneigenlijk gebruik van ADHD-medicijnen kan worden gesteld dat elk gebruik als

problematisch kan worden gezien. Het zijn geen onschuldige middelen, in elk geval niet als deze zonder voorschrift en toezicht van een arts worden gebruikt [5]. Kerncijfers over het oneigenlijk gebruik van ADHD-medicijnen in de volwassen bevolking staan beschreven in §15.2.1. Oneigenlijk gebruik lijkt met name voor te komen onder studerende jongeren en jongvolwassenen, zie voor meer info §15.3.3.

Stoppen en minderen van ADHD-medicijnen

Een klein deel van de oneigenlijk gebruikers van ADHD-medicijnen geeft aan van mening te zijn te veel of te vaak te gebruiken en/of de wens te hebben om te minderen of te stoppen met het gebruik.

- In het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 is aan de laatste-jaar-gebruikers van ADHD-medicijnen (zonder recept) gevraagd of zij vinden dat ze te veel of te vaak gebruiken en of zij zouden willen minderen of stoppen met het gebruik [6]. Eén op de twintig (5,4%) laatste-jaar-gebruikers vindt dat zij te veel of te vaak gebruiken. Ongeveer een tiende gaf aan te willen minderen (11,4%) en bijna een vijfde gaf aan te willen stoppen (18,6%) (er is enige overlap tussen het percentage deelnemers dat aangaf te willen minderen en het percentage dat aangaf te willen stoppen, omdat deelnemers beide mogelijkheden konden aangeven; de percentages kunnen dus niet bij elkaar worden opgeteld).
- In het Drug Use Persona's onderzoek uit 2019 gaf 19% van de laatste-jaar-gebruikers van prestatie- en concentratie verhogende middelen aan dit jaar te gaan minderen of stoppen met het gebruik (het ging hierbij om het niet-medisch gebruik van geneesmiddelen zoals Ritalin, Concerta en Modafinil) [7]. Ruim een derde van de laatste-jaar-gebruikers (36%) gaf aan al meerdere keren te hebben geprobeerd om bewust een tijdje geen concentratie- en prestatie verhogende middelen te gebruiken. De belangrijkste redenen om deze niet meer te gebruiken waren: 'ik heb geen reden (meer) om te gebruiken', 'het past niet bij mij/mijn leven' en 'ik wil gezond leven'.
- In 2021 heeft het Trimbos-instituut 21 interviews afgenomen bij studenten die in het laatste jaar oneigenlijk ADHD-medicatie hadden gebruikt [8]. De meesten van hen gaven aan te willen stoppen of te zijn gestopt na het afronden van hun studie. De meerderheid gaf aan geen behoefte te hebben aan hulp, of te verwachten geen hulp nodig te hebben bij het stoppen [8].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Dexamfetamine [Internet]. Farmacotherapeutisch Kompas. 2022. Available from: www.farmacotherapeutischkompas.%0Anl/bladeren/preparaatteksten/d/dexamfetamine%0A
2. Methylfenidaat [Internet]. Farmacotherapeutisch Kompas. 2022. Available from: www.farmacotherapeutischkompas.%0Anl/bladeren/preparaatteksten/m/methylfenidaat
3. Vereniging voor Psychiatrie N. ADHD bij volwassenen [Internet]. 2015. Available from: http://link.springer.com/10.1007/BF03087540
4. Özgen H, Spijkerman R, Noack M, Holtmann M, Schellekens A, Dalsgaard S, et al. Treatment of adolescents with concurrent substance use disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. Vol. 10, Journal of Clinical Medicine. 2021. p. 1–37.
5. Van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, Van Den Brink W. Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. Vol. 16, European Addiction

Research. 2010. p. 202–207.
6. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
7. De Jonge MC. Persona's in middelengebruik: Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-insituut; 2021.
8. Van der Horst M. Oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie. Feiten en cijfers over oneigenlijk gebruik van methylfenidaat en andere ADHD-medicatie. [Internet]. Utrecht: Trimbos-isntituut; 2022. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/07/AF1717-Oneigenlijk-gebruik-van-ADHD-medicatie.pdf

15.5 Gebruik: internationale vergelijking

15.5.1 Algemene bevolking internationaal

Het EMCDDA verzamelt geen gestandaardiseerde gegevens over het gebruik van ADHD-medicijnen in de lidstaten van de Europese Unie, het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen en Turkije. Er zijn ook geen gegevens beschikbaar uit andere landen zoals het Verenigd Koninkrijk en Australië, waar doorgaans voor andere middelen wel prevalentiecijfers bekend zijn.

In de Verenigde Staten worden wel enkele gegevens verzameld over het gebruik van methylfenidaat in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder. In 2017, 2018 en 2019 had 1,1% van de volwassenen in het afgelopen jaar methylfenidaat gebruikt en 0,3% kon worden bestempeld als ‘misbruik’ (niet op of volgens voorschrift van de dokter) [1]. Omgerekend gaat het om 29% van de laatste-jaar-gebruikers (vergelijkbaar met Nederland: 1,1% laatste-jaar-gebruik, waarvan 27% niet op recept). In Amerika is het gebruik de afgelopen jaren gelijk gebleven.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. SAMHSA. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2020.

15.6 Hulpvraag en incidenten

In het kort: Incidenten gerelateerd aan het gebruik van ADHD-medicijnen komen voor, maar het is niet bekend of het om eigenlijk (op recept) of oneigenlijk gebruik gaat.

Snel naar:

- Monitor Drugsincidenten
- Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Gegevensbronnen

Er zijn geen gegevens over het aantal mensen dat vanwege het gebruik van Ritalin (methylfenidaat) hulp zoekt bij de verslavingszorg of wordt opgenomen in algemene ziekenhuizen. De Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS) (zie bijlage B3) beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen.

Monitor Drugsincidenten

De Monitor Drugsincidenten richt zich primair op incidenten met illegale drugs [1]. Ritalin (methylfenidaat) wordt niet standaard geregistreerd, de monitor geeft dus geen goed beeld van de omvang van aan Ritalin gerelateerde incidenten. In 2021 werd Ritalingebruik gemeld bij 17 incidenten in combinatie met één of meer andere drugs.

Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) registreert informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over (vermoede) intoxicaties bij middelen. Intoxicaties die gemeld worden, worden niet analytisch/toxicologisch geverifieerd. De informatieverzoeken kunnen telefonisch zijn, maar ook via de website www.vergiftigingen.info kan informatie opgevraagd worden voor een risicoanalyse. Door vernieuwing van de website in 2018 is het totale aantal uitgevoerde risicoanalyses na 2017 sterk gestegen.

- Het NVIC werd in 2021 telefonisch geraadpleegd over ruim 21.000 blootstellingen aan humane geneesmiddelen [2]. In 2021 werd er 449 keer gebeld over Ritalin (methylfenidaat), vergeleken met 465 keer in 2020. Daarmee staat Ritalin (methylfenidaat) op plaats 7 van de humane geneesmiddelen met het hoogste aantal telefonische informatieverzoeken. Het is niet bekend of het om eigenlijk (op recept) of oneigenlijk gebruik gaat.
- Van de 449 meldingen ging het 90 keer om een blootstelling bij kinderen tussen 0 en 12 jaar.

Het is waarschijnlijk dat deze kinderen Ritalin (methylfenidaat) op doktersrecept kregen.

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Van Velzen AG, Mulder-Spijkerboer HN, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2021: NVIC Rapport 01/2022. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2022.

15.7 Ziekte en sterfte

15.7.1 Ziekte

Het gebruik van Ritalin kan ook nadelige bijwerkingen met zich meebrengen. Deze gezondheidsrisico's zijn onder te verdelen in risico's op de korte -, en risico's op de lange termijn. Omdat het onderzoek naar (risico's bij) het oneigenlijk gebruik van Ritalin zeer beperkt is, zijn de risico's die hier vermeld worden grotendeels afkomstig van bronnen die rapporteren over bijwerkingen bij medisch ('eigenlijk') gebruik. Het is op dit moment nog niet duidelijk in welke mate er overlap is tussen de risico's bij medisch - en niet-medisch gebruik.

Risico's op de korte termijn

Hartkloppingen, slaapproblemen en een verminderde eetlust zijn ervaren ongewenste effecten die zowel bij medisch - als bij oneigenlijk gebruik gerapporteerd worden.

- Volgens bijwerkingencentrum Lareb zijn hoofdpijn, slapeloosheid, nervositeit, hartkloppingen en verhoogde bloeddruk, misselijkheid en een droge mond de belangrijkste bijwerkingen die soms (bij 10 tot 30 op de 100 mensen) voorkomen [1].
- Deze ongewenste effecten komen grotendeels overeen met een onderzoek waarbij studenten werden gevraagd om de ongewenste effecten na het gebruik zelf te rapporteren. Zij rapporteerden onder andere hartkloppingen, slaapproblemen en een verminderde eetlust. Momenteel is er nog onvoldoende bewijs om conclusies te trekken over eventuele verschillen in bijwerkingen tussen medisch en niet-voorgeschreven gebruik [2].
- Het NVIC (www.vergiftigingen.info) meldt bij overdosering van Ritalin een vergrote kans op opwinding, agitatie of agressie, hallucinaties, koorts en hoofdpijn. Daarnaast kan er pijn op de borst of kunnen hartkloppingen ontstaan. Ernstige overdoseringen zijn zeldzaam.

Risico's op de lange termijn

Er is ook nog veel onduidelijk over de risico's van Ritalin op de lange termijn.

- Langdurige behandeling met Ritalin kan de groei vertragen en zorgen voor een lager gewicht. De effectgroottes zijn echter klein en hebben daarom waarschijnlijk een lage (klinische) impact [3,4]. Echter, het gewicht en de lengte moeten goed gemonitord worden bij het gebruik van Ritalin.
- Ritalin kan daarnaast een verhoogde kans op hart- en vaatziekten geven [1].
- Ook rapporteerde het Lareb het voorkomen van psychische problemen (niet gespecificeerd) bij gebruik van Ritalin. In een meta-analyse [5] werd echter gevonden dat het langdurig gebruik van Ritalin geen verhoogd effect geeft op depressieve symptomen, angst of prikkelbaarheid. Wel werd een verhoogd risico gezien voor psychose en tics, maar stoppen met Ritalin zou dit weer kunnen terugdraaien. Het ging in deze meta-analyse om studies onder kinderen, adolescenten en jongvolwassenen, het is niet bekend in welke mate de resultaten ook voor volwassenen in het algemeen gelden.
- Lichamelijke afhankelijkheid aan Ritalin treedt niet op. Wel is er een risico op geestelijke afhankelijkheid, ook bij eigenlijk gebruik en normale dosering van het middel onder toezicht van

een arts. Dit kan worden opgemerkt wanneer iemand zich, wanneer hij of zij geen Ritalin heeft gebruikt, bijvoorbeeld onrustig of agressief begint te voelen.
- Bij chronisch gebruik kan gewenning optreden.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Lareb B. Ritalin (methylfenidaat) [Internet]. 2017. Available from: https://www.lareb.nl/nl/databank/Result?drug=RITALIN%28METHYLFENIDAAT%29&formGroup=Tablet&atc=N06BA04
2. De Bruyn S, Wouters E, Ponnet K, Van Hal G. Popping smart pills in medical school: Are competition and stress associated with the misuse of prescription stimulants among students? [Internet]. Vol. 54, Substance Use & Misuse. Taylor & Francis; 2019. p. 1191–1202. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10826084.2019.1572190
3. Carucci S, Balia C, Gagliano A, Lampis A, Buitelaar JK, Danckaerts M, et al. Long term methylphenidate exposure and growth in children and adolescents with ADHD. A systematic review and meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. Elsevier BV; 2020.
4. Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, Sibley MH, Hechtman LT, Hinshaw SP, et al. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. Vol. 58, Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2017. p. 663–678.
5. Krinzinger H, Hall CL, Groom MJ, Ansari MT, Banaschewski T, Buitelaar JK, et al. Neurological and psychiatric adverse effects of long-term methylphenidate treatment in ADHD: A map of the current evidence. Vol. 107, Neuroscience and Biobehavioral Reviews. Elsevier Ltd; 2019. p. 945–968.

15.7.2 Sterfte

Er zijn geen gestandaardiseerde cijfers beschikbaar over het aantal sterfgevallen veroorzaakt door Ritalin in Nederland.

- Het Bijwerkingencentrum Lareb meldt wel 3 sterfgevallen die met Ritalin in verband worden gebracht [1].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Lareb B. Ritalin (methylfenidaat) [Internet]. 2017. Available from: https://www.lareb.nl/nl/databank/Result?drug=RITALIN%28METHYLFENIDAAT%29&formGroup=Tablet&atc=N06BA04

15.8 Aanbod en markt

Het gebruik van ADHD-medicijnen zoals Ritalin komt voor zonder recept.

- In Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 en 2020 geeft de meerderheid van de gebruikers aan dat zij het middel van anderen krijgen [1,2].
- Het verkrijgen van Ritalin voor gebruik als prestatieverhogend middel (oneigenlijk gebruik) blijkt ook volgens andere studies vooral via vrienden te gaan [3,4]. Deze vrienden krijgen het middel soms voorgeschreven door een arts op basis van een ADHD-diagnose, maar soms hebben zij het middel ook al via illegale wegen verkregen [5].
- Een ander, Belgisch onderzoek naar het 'oneigenlijk' gebruik van Ritalin door geneeskundestudenten toonde aan dat kennissen en/of vrienden binnen of buiten het studentenmilieu met een voorschrift van een arts (of ouder) de belangrijkste leveranciers zijn [4].
- Ritalin kan ook online gekocht worden, en dit wordt gedaan door studenten [6,7]. Er zijn meerdere websites waarop Ritalin zonder doktersrecept aangeschaft kan worden.

Omdat Ritalin een geneesmiddel is, wordt de 'illegale markt' van dit middel niet gemonitord bij het DIMS, het Drug Informatie en Monitoring Systeem. Wel wordt door Stichting Farmaceutische Kengetallen het aantal voorschriften van Ritalin in openbare apotheken bijgehouden, zie § 15.2.3.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Monshouwer K, Van der Pol P, Drost YC, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2016: Uitgaanspatronen, middelengebruik en preventieve maatregelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
2. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
3. Bavarian N, Flay BR, Ketcham PL, Smit E. Illicit use of prescription stimulants in a college student sample: A theory-guided analysis. Vol. 132, Drug Alcohol Depend. 2013. p. 665–673.
4. Van Damme J, Thienpondt A, Rosiers J, Bruyn SD, Soyez V, Sisk M, et al. In hogere sferen?, volume 4: een onderzoek naar het middelengebruik bij vlaamse studenten. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). Brussel: Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs; 2018.
5. Faraone SV, Rostain AL, Montano CB, Mason O, Antshel KM, Newcorn JH. Systematic Review: Nonmedical Use of Prescription Stimulants: Risk Factors, Outcomes, and Risk Reduction Strategies. Vol. 59, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Elsevier Inc.; 2020. p. 100–112.
6. Hockenhull J, Wood DM, Dargan PI. The Availability of Modafinil and Methylphenidate Purchased from the Internet in the United Kingdom Without a Prescription [Internet]. Vol. 55, Substance Use and Misuse. Taylor and Francis Ltd; 2020. p. 56–65. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10826084.2019.1654516

7. Van der Heijde C, Van den Berk C, Vonk P. Ervaringen en visies van professionals over gebruik en misbruik van methylfenidaat door studenten in het hoger onderwijs: Een kwalitatief onderzoek naar het perspectief van huisartsen, psychiaters en studentenpsychologen. Vol. 98, TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2020. p. 1–8.



Illegale handel, bezit en gebruik

16.0 Laatste feiten en trends

Georganiseerde misdaad en drugshandel (§ 16.2)

- Het aantal opsporingsonderzoeken naar georganiseerde ondermijnende criminaliteit waarbij drugs het eerste aandachtsgebied is, nam toe tussen 2015 en 2021. In 2021 ging het in totaal om 746 opsporingsonderzoeken: 110 naar grootschalige hennepteelt, 324 naar cocaïne of heroïne en 312 opsporingsonderzoeken naar synthetische drugs.
- Liquidaties in Nederland waren meestal het gevolg van conflicten gerelateerd aan de handel in drugs. Tussen 2012 en 2017 schommelde het aantal geregistreerde liquidaties tussen 21 (in 2012) en 38 (in 2014). Sinds 2017 daalde het aantal liquidaties van 31 naar 10 liquidaties in 2020.

Inbeslagnames van drugs en ontmantelingen van productielocaties (§ 16.3)

- In 2021 zijn door de politie minder cannabisplanten in beslag genomen dan in 2020. Het aantal kilo’s in beslag genomen cannabistoppen lag hoger in 2021 dan in 2020.
- Er zijn in 2021 in totaal ruim 2.000 hennepkwekerijen geruimd. Dat zijn er bijna 600 minder dan in 2020. Een eenduidige verklaring voor de landelijke afname van het aantal geruimde hennepkwekerijen is niet beschikbaar. Mogelijke verklaringen zijn volgens de politie dat, in vergelijking met eerdere jaren, minder prioriteit gegeven is aan hennepbestrijding, een hoge druk op de capaciteit voor hennepbestrijding en/of innovaties in het productieproces.
- Het totaal aantal kilo's drugs dat door de Douane in beslag is genomen in de eerste helft van 2022 is ongeveer vergelijkbaar met de inbeslagnames in de eerste helft van 2021. Het aantal kilo’s cocaïne dat de Douane in beslag nam was in de eerste helft van 2022 wel flink hoger dan in de eerste helft van 2021. Daarnaast is het aantal door de Douane onderschepte poststukken met synthetische drugs, door extra controles, in de eerste helft verdrievoudigd ten opzichte van dezelfde periode een jaar eerder.
- In 2021 werd in totaal 8.273 kilo (pre-)precursoren voor de productie van synthetische drugs in beslag genomen. Dat is vergelijkbaar met 2020, maar flink lager dan in de jaren 2017-2019.
- Vanaf 2013 tot 2020 steeg het aantal ontmantelde productielocaties. In 2021 daalde het aantal ontmantelde productielocaties echter ten opzichte van 2020. Deze daling kan mogelijk worden verklaard door de strafrechtelijke aanpak van verschillende criminele netwerken in 2020 en 2021. Het aantal aangetroffen dumplocaties is in 2021, na een afname in 2019 en 2020, opnieuw gestegen. Dit kan mogelijk verklaard worden door meer kleinschalige afvaldumpingen en lege verpakkingen (jerrycans).
- Het aantal ontmantelde methamfetaminelabs is in 2021 sterk gedaald ten opzichte van 2020. Ook het aantal ontmantelde cocaïnewasserijen is ten opzichte van 2020 sterk gedaald.

Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen (§ 16.4)

- In de periode 2014-2021 daalde het aantal door de politie geregistreerde harddrugsincidenten voor bezit en handel, met uitzondering van een piek in 2019. Het aantal door de politie geregistreerde softdrugsincidenten voor bezit en handel daalde tevens in de periode 2014-2021, met uitzondering van een piek in 2019 en 2020.
- In 2021 nam het aantal door de politie geregistreerde verdachten van Opiumwetmisdrijven af

ten opzichte van 2020. Ook het aantal geregistreerde Opiumwetmisdrijven daalde in 2021, vergeleken met 2020. Zowel het aantal geregistreerde verdachten van Opiumwetmisdrijven als het aantal geregistreerde Opiumwetmisdrijven was lager dan het niveau van 2018, toen de registratievoorschriften bij de politie zijn gewijzigd. De totale instroom van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie (OM) is in 2021, net als in 2020, gedaald. Ten opzichte van de totale instroom van zaken bij het OM was het aandeel Opiumwetzaken in 2021 ruwweg vergelijkbaar met voorgaande jaren.

- De instroom bij het OM van softdrugsdelicten daalde in 2021 ten opzichte van de instroom van 2020. Het aantal harddrugsdelicten steeg. Het aantal gecombineerde zaken, met hard- én softdrugsdelicten, bleef in 2021 min of meer gelijk aan het aantal in 2020.
- Het relatieve aandeel van softdrugszaken in de instroom van Opiumwetdelicten bij het OM nam in 2021 licht af (naar 41%), ten gunste van het aandeel harddrugszaken. Daarmee was de categorie harddrugszaken met 51% voor het vierde achtereenvolgende jaar de grootste. Het aandeel van de ingestroomde gecombineerde hard- en softdrugszaken bleef in 2021 gelijk aan het aandeel in 2020 (8%).
- Bij de harddrugsdelicten ging het meestal om het aanwezig hebben (bezit) van een harddrug; bij de softdrugsdelicten ging het meestal om vervaardiging (lees: cannabisteelt). Bij harddrugsdelicten zijn het aantal en het aandeel van delicten rondom handel in 2021 gestegen. Bij softdrugsdelicten bleef het aantal en het aandeel van delicten rondom handel gelijk.
- Bijna de helft van de Opiumwetzaken bracht het OM in 2021 voor de rechter. Dat is ongeveer gelijk aan het aandeel in 2020. In 2021 steeg het aandeel dagvaardingen voor Opiumwetdelicten in het totaal van de door het OM behandelde misdrijfzaken.
- In 2021 steeg het totaal aantal afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter in vergelijking met 2020.
- Bij de rechter eindigde in 2021 ruwweg één op de tien Opiumwetzaken in een vrijspraak. Dat is meer dan in 2020, toen was dat nog één op de twaalf zaken. Het aandeel vrijspraken in Opiumwetzaken door de rechter in eerste aanleg toonde in 2021 een lichte stijging. Het aandeel vrijspraken bleef het hoogst in softdrugszaken.
- Net als in 2020 waren in 2021 de taakstraf en de (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf de meest voorkomende sancties in Opiumwetzaken. Bij softdrugszaken werden vooral taakstraffen opgelegd. Bij harddrugszaken waren dat vooral onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen. Dit beeld is vergelijkbaar met voorgaande jaren.
- In 2021 was ongeveer één op de vijf gedetineerden gedetineerd vanwege een Opiumwetdelict. Dat is vergelijkbaar met het aandeel in de drie jaren ervoor.

Recidive van Opiumwetdelinquenten (§ 16.5)

- De meest recente cijfers over recidive van Opiumwetdelinquenten gaan over daders die in 2018 voor een Opiumwetdelict zijn vervolgd. Ongeveer 10% van de Opiumwetovertreders uit 2018 kwam binnen twee jaar opnieuw in aanraking met de politie vanwege een drugsdelict. Van de Opiumwetovertreders die in 2016 een delict hebben gepleegd werd 15% binnen vier jaar opnieuw voor een Opiumwetdelict vervolgd. Binnen zes jaar werd 18% van de daders opnieuw vervolgd voor een soortgelijk delict (bij daders uit 2014). Deze recidivepercentages zijn al enkele jaren relatief stabiel.

16.1 Gegevensverzameling

In dit hoofdstuk staan overtredingen van de Opiumwet centraal. Het gaat om illegale handel, smokkel, productie en bezit van drugs die op de bij de Opiumwet behorende lijst I (harddrugs) of lijst II (softdrugs) zijn geplaatst. Bij harddrugs gaat het om heroïne, cocaïne, GHB, amfetamine, ecstasy en andere drugs. Bij softdrugs gaat het niet alleen om cannabis, maar bijvoorbeeld ook om qat, hallucinogene paddenstoelen en 3-MMC (per 28 oktober 2021). Delicten tegen de Wet voorkoming misbruik chemicaliën (Wvmc) worden hier ook als ‘Opiumwetdelict’ geteld. Deze wet gaat over legaal verkrijgbare chemicaliën die gebruikt worden bij de productie van drugs (precursoren).

Registratiesystemen worden regelmatig aangepast en verbeterd. Door die wijzigingen in registratiesystemen kunnen de huidige cijfers verschillen van de in eerdere edities gerapporteerde cijfers: in deze update gaat het om de periode 2012-2021. Het komt echter voor dat er nog geen cijfers over 2021 beschikbaar zijn, of dat cijfers over eerdere jaren ontbreken. In dat geval volstaan we met de meest recent beschikbare cijfers.

De informatie komt uit landelijke registraties van de politie en het Openbaar Ministerie (OM), jaarverslagen van instanties die betrokken zijn bij de opsporing en tenuitvoerlegging van sancties, de Recidivemonitor van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) en andere (wetenschappelijke) onderzoeksrapporten. Bij de interpretatie van de gegevens is voorzichtigheid geboden. De registratiecijfers geven geen zicht op de totale drugscriminaliteit, omdat de criminaliteit die niet bekend wordt bij justitiële instanties en die (dus) niet geregistreerd wordt, buiten beeld blijft. Bovendien zijn de registratiecijfers niet zelden vooral een weerspiegeling van de opsporingsprioriteiten en de beschikbare capaciteit van opsporingsdiensten. De cijfers van politie en OM worden daarnaast ook beïnvloed door de introductie van nieuwe registratiesystemen en gewijzigd registratiebeleid, maar lang niet altijd is duidelijk in welke mate en op welke wijze dit van invloed is. Tevens is de registratiedruk bij deze instanties hoog terwijl het registreren van cijfers geen primaire taak van hen is. Hierdoor zijn cijfers en gegevens niet altijd volledig.

In aanvulling op de bovenstaande informatiebronnen is voor het opstellen van dit hoofdstuk in 2022 en 2021 een groepsgesprek met inhoudelijk experts (zoals OM, politie, Douane, WODC, en Trimbos-Instituut) en wetenschapers georganiseerd. Daarin is gezamenlijk de context van gesignaleerde cijfermatige ontwikkelingen in de verzamelde data over het jaar 2021 en 2020 verkend en zijn mogelijke verklaringen besproken om de ontwikkelingen te duiden. De bevindingen zijn opgenomen in notities over deze zogenoemde 'duidingssessies' [1,2].

Een meer uitgebreide toelichting op de gegevensverzameling is opgenomen in bijlage B10.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.
2. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.

16.2 Georganiseerde misdaad en drugshandel

16.2.1 Opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit

- Het totaal aantal (gestarte of lopende) opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit meer dan verdubbelde tussen 2015 en 2021 [1–3]. In 2021 werden 746 opsporingsonderzoeken uitgevoerd naar georganiseerde criminaliteit waarbij drugs het eerste aandachtsgebied was. In 2020 waren dat 651 onderzoeken. Uit de duidingssessie in 2021 bleek dat de stijgende trend volgens het Openbaar Ministerie (OM) mogelijk enerzijds te verklaren is door prioritering van georganiseerde drugscriminaliteit en anderzijds door een geleidelijk verbeterde registratie van dergelijke onderzoeken [4]. Het totaal aantal opsporingsonderzoeken waarin drugs een rol spelen is mogelijk groter doordat ook in onderzoeken waarin drugs niet de primaire focus is, sprake kan zijn van drugsgerelateerde criminaliteit.
- In 2021 ging het in 110 van de 746 opsporingsonderzoeken om een onderzoek naar grootschalige hennepteelt. Het aandeel onderzoeken naar grootschalige hennepteelt, ten opzichte van het totaal aantal strafrechtelijke onderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit, is in 2015-2021 afgenomen: van 34% in 2015 naar 15% in 2021. Het absolute aantal [1,3,5].
- In 2021 ging het in 324 gevallen om opsporingsonderzoek naar cocaïne en heroïne. Dit is meer dan het aantal opsporingsonderzoeken naar cocaïne en heroïne in 2020. In 2021 steeg het relatieve aandeel van onderzoeken naar cocaïne en heroïne van 38% in 2020 naar 43% [1,3,5].
- Tussen 2015 en 2021 nam het aantal opsporingsonderzoeken naar synthetische drugs fors toe van 101 naar 312. In 2019 was sprake van een aanzienlijke toename in het aantal onderzoeken naar synthetische drugs ten opzichte van eerdere jaren. Deze stijgende trend heeft zich doorgezet in 2020 en 2021 [1,3,5].
- Experts wezen tijdens de duidingssessie in 2021 op de door de politie gekraakte Pretty Good Privacy-servers (PGP-servers), zoals ‘EncroChat’, die onder meer bijgedragen hebben aan de opsporing van synthetische drugslabs, als mogelijke verklaring voor de stijging in 2020. EncroChat was een bedrijf dat een versleutelde PGP-berichtendienst leverde, dat door criminelen werd gebruikt [4]. De berichten op de gekraakte PGP-servers bevatten naast informatie over synthetische drugslabs, ook informatie over cocaïnehandel [6]. De kraak heeft daardoor mogelijk ook bijdragen aan de toename van opsporingsonderzoeken naar cocaïne.
- Naast een absolute toename van het aantal opsporingsonderzoeken naar synthetische drugs in de afgelopen jaren, is ook het aandeel opsporingsonderzoeken naar synthetische drugs gestegen, ten opzichte van het totaal van opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit. Dit is vooral ten koste gegaan van het aandeel opsporingsonderzoeken naar grootschalige hennepteelt. Het absolute aantal opsporingsonderzoeken naar grootschalige hennepteelt is relatief gelijk gebleven over de afgelopen jaren [1,3,5].

Aantal strafrechtelijke onderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit door arrondissementsparketten en het Landelijk Parket, naar aandachtsgebied, 2015-2021, in aantal en percentage van het jaartotaal

Aandachtsgebied	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Grootschalige hennepteelt	115 (34%)	118 (25%)	124 (24%)	122 (21%)	125 (20%)	121 (19%)	110 (15%)
Cocaïne & heroïne	125 (37%)	184 (39%)	217 (42%)	252 (44%)	250 (41%)	248 (38%)	324 (43%)
Synthetische drugs	101 (30%)	174 (37%)	173 (34%)	204 (35%)	238 (39%)	282 (43%)	312 (42%)
Totaal	341 (100%)	476 (100%)	514 (100%)	578 (100%)	613 (100%)	651 (100%)	746 (100%)

Bron: OM, 2020, 2021; bewerking Regioplan 2022.

- In 2021 zijn in totaal 406 personen veroordeeld tot een vrijheidsstraf, voortkomend uit de onderzoeken naar georganiseerde handel in en/of productie van drugs [1,3]. Het aantal personen veroordeeld tot een gevangenisstraf is gestegen in 2021 ten opzichte van 2020. In de periode 2015-2019 was een stijgende lijn te zien in het aantal personen veroordeeld tot een gevangenisstraf, terwijl in 2020 het aantal veroordeelden daalde.
- Een vergelijkbare trend is zichtbaar in het aantal veroordelingen tot een gevangenisstraf van 2 jaar of langer, voortkomend uit onderzoek naar georganiseerde handel en/of productie in drugs. In 2021 ging het om 207 veroordelingen, in 2020 om 170 veroordelingen en in 2019 om 188 veroordelingen. Het aantal veroordelingen tot een vrijheidsstraf korter dan 2 jaar, voortkomende uit onderzoek naar georganiseerde handel en/of productie in drugs steeg in 2021 ongeveer even sterk als het aantal veroordelingen tot een vrijheidsstraf langer dan 2 jaar [3].
- Uit de duidingssessie in 2021 bleek dat de afname van het totaal aantal veroordelingen in 2020 mogelijk door de coronamaatregelen te verklaren is. Tussen 17 maart en 11 mei 2020 hebben vanwege de maatregelen geen rechtszittingen plaatsgevonden. Uitsluitend zaken waarin een rechterlijke beslissing niet uitgesteld kon worden, vanwege de rechten van verdachten of rechtzoekenden, hebben in die periode doorgang gevonden. Het betrof geen inhoudelijke behandeling van zaken maar pro forma zittingen. In de periode daarna zijn rechtszittingen weer opgestart. Dit ging geleidelijk vanwege een verminderde capaciteit. Complexere strafzaken hebben daarbij prioriteit gekregen boven minder grote zaken [7–9]. Dit biedt een mogelijke verklaring voor de afname van het aantal veroordelingen van relatief lichte drugsdelicten en de toename van het aantal veroordelingen tot gevangenisstraf van twee jaar of meer.
- Verder geldt dat niet elk onderzoek in een strafrechtelijke interventie resulteert. Uit de

duidingssessie in 2021 blijkt bijvoorbeeld dat relatief eenvoudige drugsdelicten ook buiten het strafrecht via alternatieve afdoeningen, zoals een financiële of bestuurlijke afdoening, worden afgedaan [4].
- In de duidingssessie in 2022 wezen experts erop dat de sluiting van de rechtbanken in 2020 nog doorwerkt in het totaal aantal veroordelingen in 2021. Door de sluiting van de rechtbanken in 2020 is het aantal nog te behandelen zaken opgelopen. Om de achterstanden weg te werken is beleid ontwikkeld waarin onder andere gezocht is naar alternatieve, buitengerechtelijke afdoeningen [10].

Aantal personen veroordeeld tot een vrijheidsstraf, voortkomend uit onderzoek naar georganiseerde handel en/of productie in drugs, 2015-2021, in aantal

Aandachtsgebied	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Personen veroordeeld tot vrijheidsstraffen	119	275	302	393	423	330	406
Veroordelingen tot gevangenisstraf 2 jaar of meer	43	106	132	154	188	170	207

Bron: OM, 2021; bewerking Regioplan 2022.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. OM . Jaarbericht 2020. Den Haag: OM; 2021 p. 1–35.
2. Rapportage aanpak georganiseerde ondermijnende criminaliteit 2018. Den Haag: Openbaar Ministerie & Nationale Politie; 2019.
3. OM . Jaarbericht 2021. Den Haag: OM; 2022 p. 1–37.
4. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.
5. OM . Jaarbericht 2019. Den Haag: OM; 2020.
6. Vermeulen I, Soudijn M, van der Leest W. Open heimelijke netwerken in de Nederlandstalige georganiseerde synthetische-drugscriminaliteit. Tijdschrift voor Criminologie. 2021;63(2):187–211.
7. Kamerstukken II, 2952497 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/06/25/tk-contouren-aanpak-achterstanden-strafrechtketen
8. Kamerstukken II, 3026347 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2020/09/18/tk-vervolg-aanpak-corona-achterstanden-strafrechtketen/tk-vervolg-aanpak-corona-achterstanden-strafrechtketen.pdf
9. Tijdelijke algemene regeling zaaksbehandeling Rechtspraak. Preambule. [Internet]. 2021.

Available from: https://www.rechtspraak.nl/coronavirus-(COVID-19)/Paginas/COVID-19-tijdelijke-algemene-regeling-zaaksbehandeling-Rechtspraak.aspx#urgentezaken
10. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.

16.2.2 Handel en smokkel soft- en harddrugs

Smokkel, routes en samenwerkingsverbanden

Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) en Europol concludeerden in 2022 dat de rol van Europa in de internationale drugsmarkt verandert [1–3]. Zo wordt onder andere cocaïne niet meer alleen in Zuid-Amerika geproduceerd, maar vinden delen van het productieproces nu ook plaats in Europa, waaronder Nederland. Ook zijn er signalen dat er in Europa, waaronder Nederland, mogelijk een opkomende methamfetaminemarkt is en Europa inmiddels een grotere rol heeft in de productie van deze drugs. Daarnaast zien het EMCDDA en Europol een meer diverse, dynamische drugsmarkt, gedreven door een nauwere samenwerking tussen Europese en internationale criminele organisaties. Deze ontwikkelingen hebben geleid tot een stijging tot recordhoogte van de beschikbaarheid van drugs in Europa, een stijging in geweld en corruptie en een toename van gezondheidsproblemen.

In het Fenomeenbeeld Drugs 2021 van de politie zijn ontwikkelingen in georganiseerde, internationale drugssmokkel beschreven voor de periode 2017-2020 [4]. De studie concludeerde dat de Nederlandse drugshandel wordt gekenmerkt door opportunisme: criminele netwerken en personen daarin handelen in verschillende soorten drugs en stappen daarnaast in andere lucratieve handel als die mogelijkheid zich voordoet, zoals de handel in illegale sigaretten, illegale medicijnen of vuurwapens. Daarnaast is de werkwijze van Nederlandse drugshandelaren en -producenten aan te merken als professioneel en leveren zij een hoge kwaliteit drugs af [4].

Een overzichtsstudie uit 2020 over georganiseerde criminaliteit wijst op praktische redenen waarom de omstandigheden in Nederland vermoedelijk gunstig zijn voor het ontstaan en de groei van georganiseerde (drugs)criminaliteit [5]:

- grote bevolkingsdichtheid;
- Engels als tweede voertaal;
- internetdichtheid en -snelheid;
- (internationaal) goederen- en dienstenverkeer;
- lucht- en zeehavens;
- open grenzen;
- relatief mild strafklimaat.

In een studie uit 2022 is onderzocht of Nederland een gunstig vestigingsklimaat voor drugscriminaliteit heeft. De onderzoekers concludeerden dat de drugshandel en -productie in Nederland zich tot een ‘industrie’ heeft kunnen ontwikkelen, wat de drugsmarkt tot op zekere hoogte vergelijkbaar maakt met andere sterke markten in Nederland [6]. Onder andere het maatschappelijke klimaat in Nederland heeft de ontwikkeling van criminele netwerken over een langere periode in Nederland bevorderd. De aanwezigheid van een goede legale infrastructuur is hiervoor belangrijk geweest, maar niet doorslaggevend. Doordat deze criminele netwerken zijn ontwikkeld (en daarbij de aanwezigheid van voldoende en geschikt personeel) is het moeilijk om deze af te breken zolang gelegenheidsstructuren in stand blijven. De aanwezigheid van deze criminele netwerken, in combinatie met het kunnen leveren van uiteenlopende soorten verdovende middelen en een goede prijs/kwaliteitsverhouding met leveringszekerheid, verklaren vermoedelijk waarom het voor criminele

samenwerkingsverbanden aantrekkelijk is drugs in Nederland in te kopen [6].

Een studie van de EMCDDA uit 2022 wijst erop dat, ondanks de verschillende lockdowns die in 2020-2021 wereldwijd zijn ingevoerd, tot op heden de drugssmokkel onverminderd is doorgegaan [1]. Inbeslagnames van cocaïne bij enkele van de belangrijkste toegangspoorten van cocaïne naar de EU suggereren dat er weinig tot geen verstoring is geweest van de aanvoer van cocaïne naar de EU tijdens de coronapandemie [1]. Een analyse van het EMCDDA en Europol uit 2022 suggereert zelfs dat sprake is geweest van een stijging van de productie en aanvoer van cocaïne in Europa tijdens de coronapandemie [7]. Het EMCDDA signaleerde in 2020 en 2021 dat smokkelaars zich hebben aangepast aan de reisrestricties en gesloten landsgrenzen. Als gevolg zijn smokkelroutes en -methoden veranderd; er werden vaker dan voor de coronapandemie drugs vervoerd via zeeroutes (met drugs verstopt in zeecontainers), waarbij gebruik gemaakt werd van bestaande toeleveringsketens, in plaats van landroutes en koeriers die verschillende vormen van openbaar vervoer gebruikten. Het gebruik van postpakketten voor het transporteren van drugs lijkt te zijn toegenomen [2,8].

De smokkelroutes zijn beschreven in het EU Drug Report 2020 dat werd opgesteld door het EMCDDA [9] en in het EU Drug Markets Impact of COVID-19-rapport dat is opgesteld door het EMCDDA samen met Europol [10]. In Nederland hielden criminele organisaties zich hoofdzakelijk bezig met internationale smokkelactiviteiten. Daarbij was Nederland zowel een productielocatie als doorvoerland en bestemming van drugs [2]. Wanneer geen recente informatie beschikbaar is, zoals over de smokkelroutes van synthetische drugs, presenteren we de meest recente maar enigszins verouderde informatie.

Cocaïne

- De teelt en productie van cocaïne vindt voornamelijk plaats in landen van de Andes-regio, zoals Colombia, Peru en Bolivia. Sinds 2017 is de productie in deze landen sterk toegenomen. Tegelijkertijd is het aantal hectaren dat gebruikt wordt voor de teelt van coca in 2018 en 2019 afgenomen. In 2020 was dit gelijk aan het jaar daarvoor [11]. Een groot deel van de landen waar cocaïne in beslaggenomen wordt ligt in Noord-, Midden- en Zuid-Amerika, maar ook in België, Nederland en Spanje wordt veel cocaïne in beslag genomen [4].
- Bij de cocaïnehandel functioneert Nederland als een doorvoerland [11]. Cocaïne in Nederland is vaak afkomstig van de productielanden Colombia, Peru en Bolivia. Cocaïne bestemd voor Nederlandse criminele organisaties kwam de afgelopen jaren vooral binnen via de Antwerpse en Rotterdamse haven, via Schiphol en via kleinere havens zoals Vlissingen en IJmuiden/Amsterdam [20]. De smokkelaars gebruiken daarbij legale infrastructuren om illegale middelen te verplaatsen. Leveringen van cocaïne kunnen rechtstreeks van de productielanden komen of via zogenaamde transitlanden in onder andere Zuid-Amerika, Midden-Amerika of de Caraïben [12]. Cocaïneleveringen worden over land, over zee of per vliegtuig naar deze transitlanden gestuurd. Voor smokkelaars is Brazilië erg populair gezien de grootte van het land en de vele internationale havens. Verder blijkt dat landen in Midden-Amerika, zoals Panama, Honduras, Guatemala en Costa Rica ook steeds populairdere transitlanden worden. Vooral in Panama is een sterke stijging in het aantal inbeslagnames van cocaïne tussen 2017 en 2021. Daarnaast gaat een deel van de cocaïne ook via routes in West-Afrika en vervolgens Noord-Afrika, van waaruit ook gebruik wordt gemaakt van bekende hasj smokkelroutes. Cocaïne komt vervolgens vaak aan in de haven van Rotterdam of Antwerpen [4]. Uit het jaarlijkse rapport van

de United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) blijkt dat in de periode 2020-2021 Antwerpen en Rotterdam de belangrijkste havens voor de import van cocaïne in Europa waren [13].

- In de Rotterdamse haven houdt het Hit and Run Cargo-team (HARC-team) zich bezig met opsporing en vervolging van georganiseerde ondermijnende criminaliteit. Het HARC-team is een samenwerking van de Douane, de Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst (FIOD), de Zeehavenpolitie en het Openbaar Ministerie (OM) in Rotterdam en omgeving. Zij zijn verantwoordelijk voor het merendeel van de onderschepte cocaïne in de Rotterdamse haven. Het grootste deel van de door het HARC-team in beslag genomen drugs kwam uit Zuid-Amerika (Colombia, Ecuador, Brazilië, en Paraguay) en de Dominicaanse Republiek [8,14–16].
- Er waren aanwijzingen dat de invoer van cocaïne zich de laatste jaren verplaatste tussen de Rotterdamse haven en de haven in Antwerpen [17]. De havens leken te functioneren als communicerende vaten: met toenemende flexibiliteit werden de smokkelroutes verlegd naar de plaats waar de risico's het kleinst werden geschat. Daarmee kon verscherping van de controles in de ene haven leiden tot een toename van invoer van verdovende middelen via de andere haven [18]. Daarnaast kon aanscherping van de veiligheidsmaatregelen in de havens resulteren in verplaatsing van de smokkelroute van cocaïne in en rondom de haven; er werd naar andere 'zwakke' fysieke ruimtes in en rondom de haven gezocht. Dit maakte de betrokkenheid van medewerkers die van binnenuit opereren in toenemende mate onmisbaar voor de smokkelaars [8]. Daarnaast hebben recent relatief veel inbeslagnames plaatsgevonden op andere plekken in Europa, wat volgens het EMCDDA en Europol erop kan duiden dat smokkelaars hun activiteiten uitbreiden naar havens met minder toezicht [7].
- Onderzoek uit 2021 toonde dat de Nederlandse visserij door de economische problemen in de sector kwetsbaar is voor betrokkenheid bij cocaïnesmokkel. Dat geldt niet alleen voor Nederland; over de hele wereld worden vissersschepen gebruikt voor maritieme drugssmokkel. In het onderzoek is de drop-off smokkelmethode onderzocht: de cocaïne wordt op containerschepen uit het productieland vervoerd en voor de Nederlandse kust overboord gezet om door vissers opgevist te worden. In Nederland benaderen drugssmokkelaars personen die kwetsbaar zijn voor criminele werving, zoals kottereigenaren, schippers en andere bemanningsleden. Daarbij zijn zogenoemde criminele sleutelfiguren betrokken die de contacten onderhouden met de criminele netwerken die verantwoordelijk zijn voor de (internationale) organisatie van de drugssmokkel en -handel. Het overgrote deel van de vissers wijst aanbiedingen van drugssmokkelaars echter af. De omvang van de maritieme drugssmokkel waar de Nederlandse visserij bij betrokken is, blijft op basis van het onderzoek onduidelijk. Dat maritieme drugssmokkel met behulp van de Nederlandse visserij plaatsvindt, lijkt volgens de onderzoekers zeker het geval te zijn [19].

Heroïne

- In de periode 2017 tot en met 2020 is de omvang van de Europese heroïnemarkt stabiel gebleven, alhoewel opvalt dat de groep heroïnegebruikers aan het vergrijzen en aan het afnemen is. Over het algemeen komt het gebruik van heroïne en andere opiaten en opioïden in de EU weinig voor [4]. Heroïne is echter de drug die het meest wordt aangetroffen bij gevallen van fatale overdoseringen, met grote verschillen tussen de Europese landen [20].
- Cijfers over de omvang van de Nederlandse markt zijn niet volledig, maar heroïne is een – voor Nederlandse begrippen – kleinere drugsmarkt. Het gebruik van heroïne is bovendien aan het dalen. In 2018 lag het percentage ooitgebruik en laatstejaargebruik op respectievelijk 0,6% en

0,1%. In 2019 waren deze percentages respectievelijk 0,3% en 0,1%. In Nederland wordt heroïne afgenomen via (straat)dealers. Uit politiecijfers bleek dat dealers vaak heroïne verkopen in combinatie met cocaïne [4].

- Nederland is voor de heroïnehandel een belangrijk doorvoerland [11]. Heroïne komt Nederland binnen via vrachtwagens, maar ook via scheepsvrachten. In mindere mate worden ook luchtvrachten gebruikt. Heroïne kan via verschillende routes in Nederland terechtkomen. Een populaire route is de Balkanroute, maar het komt ook vaker voor dat heroïne, vanuit de regio rond de Zwarte zee en Iran en Turkije, wordt gesmokkeld via Kazachstan en Kirgizië of de Kaukasus. Heroïne komt de Europese Unie vervolgens binnen via Polen. De zogenoemde Balkanroute was echter de belangrijkste aanvoerroute voor de heroïnehandel in Nederland. Turkse en/of Koerdische drugshandelaren zijn al geruime tijd dominant in de heroïnehandel. Zij organiseren vanuit Turkije heroïnetransporten via de Balkanroute. Daarbij loopt de Balkanroute van de heroïnetransporten in toenemende mate via Griekenland [4,21,22]. Deze aanvoerroute werd niet belemmerd tijdens de coronacrisis [23].
- In de jaren tot 2017 bleken duizenden kilo's heroïne uit Afghanistan naar de kuststroken van Iran of Pakistan getransporteerd te zijn en van daaruit met schepen richting de Oostkust van Afrika. Dit is de zogenaamde zuidelijke route. Vanuit Afrika ging een deel van de heroïne dan door naar Europa. Een andere ontwikkeling was dat de heroïne steeds vaker in zeecontainers rechtstreeks vanuit Pakistan of Iran, zonder tussenstop in Afrika, naar Europa ging [21].
- Heroïne die in Nederland binnenkomt is bestemd voor verschillende criminele netwerken in Nederland, België en Duitsland. Deze netwerken maken afspraken over wanneer, hoe en waar geïmporteerde leveringen worden opgedeeld. Dit opdelen gebeurt o.a. in Nederland, Duitsland en Zuid-Frankrijk. Een klein deel van de heroïne die in Nederland wordt verhandeld is voor de Nederlandse markt. Heroïne wordt vanuit Nederland ook doorgevoerd naar België, Frankrijk, Scandinavië, het Verenigd Koninkrijk, Ierland en Spanje [4].
- Om een beter beeld te krijgen op criminele netwerken en verdachten binnen de heroïnehandel in Nederland zijn heroïnegerelateerde opsporingsonderzoeken in 2019 en 2020 in het politieregistratiesysteem Summ-IT onderzocht. In beide jaren bleek ongeveer 15% van de verdachten een Turkse (migratie)achtergrond te hebben van wie het merendeel zowel de Nederlandse als de Turkse nationaliteit had. Daarnaast zijn er soms ook verdachten met een West-Afrikaanse (migratie)achtergrond of een Balkanachtergrond betrokken. In 2019 had ruim 80 procent van de verdachten de Nederlandse nationaliteit, in 2020 was dat bijna 90%. Bij deze verdachten gaat het veelal om jongeren tussen de 20 en 29 jaar [4].
- Bij verdachten met een Turkse of Iraanse (migratie)achtergrond spelen familiebanden of andere sociale relaties in respectievelijk Turkije of Iran mogelijk een rol in de handel. Deze relaties kunnen belangrijk zijn in de toegang tot een doorvoerland (Turkije) of een productieland (Iran). Aangezien deze verdachten de taal spreken, kunnen zaken gemakkelijker worden geregeld [4].
- Netwerken binnen de heroïnehandel zijn veelal open en fluïde. Netwerken werken regelmatig samen en binnen een netwerk zijn personen met verschillende nationaliteiten actief. Nederlandse personen in deze netwerken doen vaak zaken met afnemers in Spanje, Verenigd Koninkrijk, Scandinavië, Ierland en Duitsland [4].
- Nederlandse netwerken of verdachten zijn niet alleen in Nederland actief maar opereren ook transnationaal of vanuit het buitenland. Nederlandse netwerken of verdachten kunnen ook betrokken zijn bij de productie in het land waar de heroïne vandaan komt. Internationale netwerken kunnen daarnaast ook gebruikmaken van Nederland als doorvoerland. In veel gevallen gaat de heroïnehandel dan gepaard met de handel van andere drugs, sigaretten of

wapens [4].

Synthetische drugs

Over ‘de wereld van de synthetische drugs in Nederland’ is in 2018 een studie uitgekomen [14]. De studie is gebaseerd op een documentenanalyse en interviews met sleutelinformanten. Uit het onderzoek kwam onder meer naar voren dat criminele groepen die zich in Nederland bezighouden met de productie van synthetische drugs ‘tot de mondiale top’ behoorden. Dat kon volgens de onderzoekers worden toegeschreven aan een aantal factoren:

- vanuit het buitenland worden grote drugsorders in Nederland geplaatst;
- Nederlandse synthetische drugs hebben een goede prijs-kwaliteitverhouding;
- drugs uit Nederland worden doorgaans betrouwbaar geleverd.

Daarnaast zien we de volgende ontwikkelingen met betrekking tot synthetische drugs:

- Nederland speelde de afgelopen jaren een grote rol in de wereldwijde productie van synthetische drugs, voornamelijk op het gebied van amfetamine en MDMA. Daarnaast was ook de productie van methamfetamine in opkomst. Nederland was bovendien in groeiende mate een doorvoerland voor de afzet van synthetische drugs [4].
- De (pre)precursoren die voor de productie van synthetische drugs worden gebruikt kwamen tussen 2017 en 2020 voornamelijk uit China. In 2018 en 2020 kwamen ook veel (pre)precursoren uit Hong Kong. In mindere mate kwamen (pre)precursoren) in 2017 en 2018 uit Vietnam [4].
- De herkomst van chemicaliën die gebruikt worden voor de productie van synthetische drugs was niet altijd met zekerheid vast te stellen. De herkomst kon bijvoorbeeld afgeleid worden uit labels, etiketten en merktekens over de transportroutes die op verpakkingen voor chemicaliën aanwezig waren. Het bleek echter dat kenmerken vaak van deze labels of etiketten zijn verwijderd of dat de inhoud uit de originele verpakking gehaald is. Ook werden etiketten in sommige gevallen vervalst. Op deze manier is (vermoedelijke)geprobeerd om de herkomst van de chemicaliën te verbergen [4].
- Uit eerder onderzoek bleek dat de in Nederland geproduceerde synthetische drugs in de periode 2012-2016 een afzetmarkt hadden in de gehele wereld. De belangrijkste afzetlanden van ecstasy waren Australië, Turkije, Groot-Brittannië en Spanje. De al eerder ingezette ontwikkeling van afzet naar Zuid-Amerika zette in die periode eveneens door [24].
- In het Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Indonesië, Australië en Zweden was de afgelopen jaren het merendeel van de in beslag genomen synthetische drugs afkomstig uit Nederland [4].
- Criminele netwerken beschikten in de periode 2017-2020 over verschillende smokkelroutes en maakten vaker gebruik van elkaars infrastructuur. Bij inbeslagnames werden dan ook wel eens zogenoemde polyzendingen gevonden: leveringen van verschillende soorten drugs. Wat betreft de smokkelmethodes zijn er weinig veranderingen geweest in de afgelopen tien jaar. Gedurende deze periode werden grote industriële machines gebruikt om drugs in te verbergen en zochten criminele netwerken vervoersmethoden die makkelijk opgaan in het normale verkeer (bijvoorbeeld door landbouwvoertuigen te kopen en te exporteren) [4].
- Een opvallende ontwikkeling was de toename van het aantal postzendingen met synthetische drugs. Bij deze verzendingen werden kleine hoeveelheden drugs verstuurd. De toename van het aantal postzendingen hing sterk samen met de digitalisering van drugshandel en -verkoop.

Gebruikers bestelden drugs via het open web of het dark web en handelaren verstuurden het vervolgens via de post. Bij deze zendingen werd drugs verborgen in verschillende producten zoals verfblikken, bordspellen, zakken snoep of elektronische apparatuur. De pakketten werden meestal verstuurd via reguliere postbedrijven, maar werden daarbij wel gemaskeerd. Post uit Nederland werd in het buitenland namelijk extra gecontroleerd [4].

Cannabis

- In het Fenomeenbeeld Drugs 2021 werd gesignaleerd dat tussen 2017 en 2020 in Nederland een diversiteit aan criminele groepen actief was die zich bezighielden met de handel in hennep en hasj. Nederlandse groepen zijn niet alleen actief in Nederland, maar ook in België en Spanje. De cannabis die zij in deze landen produceerden is ook deels bedoeld voor de Nederlandse markt. Daarnaast zijn in Nederland onder andere criminele groepen met een Vietnamese achtergrond actief en Albaneessprekende criminele groepen [4,12].
- Ondanks dat hennep ook in Nederland werd geproduceerd, exporteerden verschillende landen hennep naar Nederland. Het ging bijvoorbeeld om België, Spanje en Albanië. Een deel van de hennep in Nederland was bestemd voor de binnenlandse markt, maar een groter percentage werd weer verder vervoerd naar andere landen in bijvoorbeeld Noord-Europa. Deze landen zouden met hun productie aan de binnenlandse vraag kunnen voldoen, maar prefereerden Nederlandse hennep gezien de hoge kwaliteit en TetraHydroCannabinol-(THC)-gehaltes. Zij importeren dus liever Nederlandse hennep [9]. Uit het jaarlijkse rapport van de UNODC uit 2022 blijkt dat binnen Europa, in de periode 2016-2020, Nederland samen met Albanië, het vaakst genoemd wordt als land van herkomst, exportland en doorvoerland van cannabis [25].
- De hasj die in Nederland terechtkomt, was vaak afkomstig uit Marokko. Vanuit Marokko werd de hasj vervolgens vervoerd naar Spanje van waaruit het verdeeld werd over verschillende landen in Europa, waaronder Nederland. Het is tevens mogelijk dat hasj eerst naar Libië verplaatst werd om vervolgens naar Spanje of andere Europese landen vervoerd te worden. Het vervoer van hasj naar Spanje en/of Libië ging meestal via schepen [4,26].
- Zowel hennep als hasj werd vanuit Spanje vervoerd naar de andere Europese landen. Vandaar dat criminele netwerken vaak de smokkelroutes voor beide soorten drugs gebruikten [9].
- In het Nationaal Dreigingsbeeld 2017 werd al gesignaleerd dat verplaatsing van hennepkwekerijen van Nederland naar het buitenland vaker plaatsvond dan in de jaren daarvoor. In België, Duitsland, Spanje en Frankrijk kwamen kwekerijen op die zijn opgezet met Nederlandse materialen, met de hulp van Nederlandse kennis, of die geleid worden door onder andere Nederlandse misdaadondernemers [14,21].
- Door innovaties in het kweekproces was het THC-gehalte van hennep in veel Europese landen verhoogd. Een gevolg hiervan was dat de vraag naar in Nederland geteelde hennep uit een aantal landen is afgenomen [21].
- De Balkanlanden, met name Albanië, Servië, Bulgarije en Kosovo, produceerden hennep waarmee Centraal-, Oost-, en Zuidoost-Europa werden voorzien. Via Griekenland werd deze hennep naar Italië, Kroatië, Hongarije, Tsjechië en Oostenrijk gedistribueerd. Er waren aanwijzingen dat Albanese hennep met een laag THC-gehalte naar Nederland werd geëxporteerd om hier vervolgens te worden gemengd met sterke hennep [21].
- Binnen de hennepteelt speelde internet een steeds belangrijkere rol. Het wettelijk verbod op de handel in kweekbenodigdheden bij growshops was hier waarschijnlijk mede debet aan. Kwekers bleken in de praktijk echter via online verkoopkanalen nog toegang te hebben tot kweekbenodigdheden [21].

- Voor meer informatie over cannabis, aanbod en de markt: zie § 3.8.

Drugshandel via internet

- Op Europees niveau waren er signalen dat sinds de afkondiging van coronamaatregelen in het voorjaar van 2020, de (ver)koop van drugs in toenemende mate online plaatsvond [10]. Over het algemeen leek de online (ver)koop van drugs zowel via het ‘dark net’ als via ‘encrypted messenger services’ te verlopen [15]. Er werden echter zowel op internationaal, Europees als landelijk niveau pogingen ondernomen om (ver)koop van drugs op het ‘dark net’ en via ‘encrypted messenger services’ tegen te gaan. Dit resulteerde in verschillende arrestaties, zowel in Nederland als in andere Europese landen [16,27–30].
- Binnen Europa bleek dat met name MDMA, LSD, amfetamine, 2C-B en cocaïne online werden gekocht [15].
- In Nederland leek de online drugmarkt via mobiele apps en het ‘dark net’, maar ook via het voor iedereen toegankelijke deel van internet (het ‘clear net’ of ‘surface web’) te verlopen [10]. In hoeverre de verschuiving naar online verkoopkanalen ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden in Nederland is niet bekend. Enerzijds ging de verkoop van softdrugs via coffeeshops in Nederland gedurende de coronamaatregelen via afhaalloketten door. Anderzijds waren coffeeshops wellicht door de afgekondigde reisbeperkingen minder goed bereikbaar.

- Na een internationaal onderzoek werd in 2017 een van de grootste, illegale marktplaatsen op het 'dark net' door de politie en het OM ontmanteld, overgenomen en offline gehaald. Op deze illegale marktplaats, met de naam ‘Hansa Market’, werden dagelijks gemiddeld 1.000 bestellingen gedaan in reactie op ongeveer 40.000 advertenties [33]. Cijfers van het EMCDDA wijzen erop dat mondiaal gezien sinds deze ontmanteling de omzet van drugshandel via het darkweb (sterk) is gedaald. In het Fenomeenbeeld Drugs 2021 van de politie wordt geschetst dat deze daling mogelijk verklaard kan worden door de ontmanteling van Hansa Market, maar dat het realistischer is het uitblijven van herstel te interpreteren als gevolg van fragmentatie van de markt (het inwisselen van grote verkoopportalen voor kleinere, persoonlijke verkoopportalen) en/of een toename van het gebruik van privacy coins. Een privacy coin maakt het moeilijker of zelfs onmogelijk om een transactie te traceren. Het gevolg daarvan is dat deze transacties niet kunnen worden opgenomen in de cijfers over de omvang van darkweb marktplaatsen [9].
- Eerder internationaal onderzoek, tussen december 2015 en mei 2016, naar het internet als verkoopkanaal van drugs concludeerde dat zowel op het voor iedereen toegankelijke deel van het internet (het ‘clear net’) als op het ‘dark net’ drugs werden aangeboden [31]. De handel in drugs via het internet nam toe. Het ‘dark net’ is dat deel van het internet dat opzettelijk verborgen is voor zoekmachines en dat alleen met speciale software te benaderen is. In de periode 2013-2016 is de omzet van drugshandel op de cryptomarkets van het ‘dark net’ verdubbeld en het aantal verkopers verzesvoudigd [31].
- In 2015/2016 was de mondiale omzet van de drugshandel op het ‘dark net’ beperkt vergeleken met schattingen van de traditionele offline drugshandel. De volumes waarin werd gehandeld waren meestal klein [31].
- Mondiaal werd in 2015/2016 de meeste omzet gegenereerd door handel in cannabis, ecstasy en andere stimulantia. Ongeveer 8% van de totale maandelijkse omzet was te herleiden naar Nederlandse aanbieders. Vooral ecstasy werd relatief vaak aangeboden door Nederlandse verkopers, in de cannabishandel speelden ze een enigszins beperkte rol [31]. In aanvulling

hierop blijkt uit cijfers van het EMCDDA over de periode 2015-2020 dat 6,6% van de omzet van drugshandel via de toen grootste online markten afkomstig was van uit Nederland verzonden drugs [4].

- Uit het Fenomeenbeeld Drugs 2021 bleek verder dat de Nederlandse drugshandel via het darkweb in de jaren 2018 en 2019 voornamelijk gericht was op handel in cocaïne en andere stimulerende middelen, zoals MDMA en amfetamines. De verhoudingen in hoeveelheden handel per type drug zijn vergelijkbaar met de offline, reguliere drugshandel [4].
- Het grondwettelijke briefgeheim maakt opsporing van daders die, na een bestelling via een webshop, drugs per post versturen lastig: alleen de officier van justitie is gemachtigd de pakketten te openen en een legitimatieplicht voor afzenders van postpakketten is daardoor ook niet mogelijk (zie ook § 2.1.5). De verzenders van postpakketten met drugs lijken relatief vaak hoger opgeleide, jonge mannen te zijn [32]. De Australische douane heeft door deze postzendingen met voornamelijk ecstasy en Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) een honderdprocentscontrole op Nederlandse post ingevoerd – met als gevolg een toename van Nederlandse drugspostzendingen die net over de grens vanuit Duitsland op de post gedaan werden [24]. Dat zou kunnen wijzen op een waterbedeffect. Daarnaast gingen volgens de politie veel drugs per post naar andere landen in Europa (inclusief het Verenigd Koninkrijk), de Verenigde Staten, Canada, Azië en Australië [32,33]. In de beantwoording van Kamervragen over drugshandel per post blijkt dat in de periode 2017 tot en met 2019 zowel meer uitgaande postpakketten met verdovende middelen als een groter aantal kilo’s drugs in beslag zijn genomen. In 2020 werden minder pakketten met verdovende middelen en minder kilo’s drugs onderschept ten opzichte van de periode 2017-2019 [34].

Aantal in beslag genomen uitgaande postpakketten, 2017-2020

	2017	2018	2019	2020
Aantal inbeslaggenomen pakketten	309	443	584	355
Aantal kilo's inbeslaggnomen verdovende middelen	374	335	384	217
...waarvan aantal kilo's synthetische drugs	339	303	362	195

Bron: Antwoorden van de minister van Justitie en Veiligheid en de staatssecretaris van Financiën op de schriftelijke vragen van de leden Yesilgöz-Zegerius en Lodders (beiden VVD) over het bericht ‘Nederland internationaal onder vuur om drugshandel per post’ (ingezonden 1 juli 2020, nr. 2020Z12910).

- Naast het overbruggen van afstand is het aspect van de veronderstelde anonimiteit een voordeel van internet, zo kwam in 2018 en 2019 in de Monitor georganiseerde criminaliteit naar voren [35,36]. Ontmoetingen tussen kopers en verkopers van drugs kunnen anoniem

plaatsvinden en drugstransacties kunnen – tot op zekere hoogte, bij kleine hoeveelheden – anoniem worden verricht. Niettemin vinden binnen de georganiseerde drugshandel veel activiteiten nog steeds ‘offline’ plaats en biedt internet voor veel logistieke stappen geen oplossing, denk bijvoorbeeld aan onderhandelingen en de levering van grote partijen drugs [37,38]. Bovendien ontwikkelen de opsporingsinstanties steeds meer technieken om de anonimiteit op internet te doorbreken, bijvoorbeeld met behulp van de Darkweb- of de ‘virtual identity’-monitor waarbij wordt getracht criminele activiteiten en drugshandel op het ‘dark net’ te traceren [39].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA, Europol. Europe’s changing role in expanding cocaine and methamphetamine markets [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/news/2022/5/eu-drug-markets-cocaine-and-methamphetamine_en#:~:text=While%20cocaine%20use%20remains%20concentrated,high%20availability%20of%20the%20drug.
2. Madarie R, Kruisbergen EW. Traffickers in Transit: Analysing the Logistics and Involvement Mechanisms of Organised Crime at Logistical Nodes in the Netherlands: Empirical Results of the Dutch Organised Crime Monitor. In: Weisburd D, Savona E, Hasisi B, Calderoni F, editors. Understanding Recruitment to Organized Crime and Terrorism. Cham: Springer International Publishing; 2020.
3. EMCDDA, Europol. EU Drug Market: Methamphetamine -. 2022.
4. Chessa, T.van Mantgem, J.Vermeulen I. Fenomeenbeeld drugs 2021: “De narcostand van Nederland.” Zoetermeer; 2022.
5. De Waard J. Georganiseerde criminaliteit in Nederland: een overzicht [Internet]. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid (DGRR); 2020. p. 1–16. Available from: https://www.researchgate.net/publication/341371137
6. Spapens T, van de Mheen D, Kuipers E, Blatter I, Bourdoud L, Dijcks V. Het vestigingsklimaat voor drugscriminaliteit in Nederland. 2022.
7. EMCDDA, Europol. EU Drug Market: Cocaine. 2022.
8. Roks R, Bisschop L, Staring R. Getting a foot in the door. Spaces of cocaine trafficking in the Port of Rotterdam. Trends in Organized Crime. 2021;24(2):171–88.
9. Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction E. European Drug Report 2020: trends and developments. Luxembourg: Publications office of the European Union; 2020.
10. EMCDDA-Europol. EU Drug Markets: Impact of COVID-19. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
11. UNODC. World Drug Report 2022. Cocaine, Amphetamine- type stimulants and New Psychoactive Substances [Internet]. 2022. Report No.: 9789211483758. Available from: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html
12. EMCDDA-Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
13. UNODC. Drugs Monitoring Platform. 2022.
14. Tops P, Van Valkenhoef J, Van der Torre E, Van Spijk L. Waar een klein land groot in kan zijn: Nederland en synthetische drugs in de afgelopen 50 jaar [Internet]. Den Haag: Boom

criminologie; 2018. Available from: www.politieacademie.nl
15. EMCDDA. Impact of COVID-19 on drug markets, use, harms and drug services in the community and prisons. Luxembourg; 2021 p. 1–38.
16. Politie. Arrestaties in onderzoek naar drugshandel via darkweb [Internet]. 2018. Available from: https://www.politie.nl/nieuws/2018/juni/29/07-arrestaties-in-onderzoek-naar-drugshandel-via-darkweb.html
17. De Middeleer F, Van Nimwegen S, Ceulen R, Gerbrands D, Roevens E, Spapens T, et al. Illegale drugsmarkten in België en Nederland: Communicerende vaten? Brussel: BELSPO; 2018.
18. Staring R, Bisschop L, Roks R, Brein E, Van de Bunt H. Drugscriminaliteit in de Rotterdamse haven: aard en aanpak van het fenomeen: Eindrapport. Rotterdam: Erasmus Univeriteit Rotterdam, Erasmus School of Law, Sectie Criminologie; 2019.
19. Mehlbaum Shanna. Zuiver op de graat? Over de betrokkenheid van de visserij bij maritieme drugssmokkel. SDU Uitgevers B.V; 2022.
20. EMCDDA. Frequently asked questions (FAQ): drug overdose deaths in Europe. 2022.
21. Boerman F, Grapendaal M, Nieuwenhuis F, Stoffers E. Nationaal dreigingsbeeld 2017: Georganiseerde criminaliteit. Driebergen; 2017.
22. Europol. Serious and Organised Crime Threat Assessment. 2021.
23. UNODC . COVID-19 and the drug supply chain: from production and trafficking to use: Research brief. Vienna: UNODC; 2020.
24. Boerman F, Grapendaal M, Nieuwenhuis F, Stoffers E. Nationaal dreigingsbeeld 2017: georganiseerde criminaliteit. Driebergen: Politie, Dienst Landelijke informatieorganisatie; 2017.
25. UNODC. World Drug Report 2022. Cannabis and Opioids [Internet]. 2022. Report No.: 9789211483758. Available from: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html
26. Nations Office On Drugs U, Crime. World Drug Report 2020: 1- Executive Summary, Impact of COVID-19, Policy Implications. Vienna, Austria: UNODC; 2020.
27. Politie. Internationale operatie tegen drugsverkopers op het dark web leidt tot 179 arrestaties [Internet]. 2020. Available from: https://www.politie.nl/nieuws/2020/september/22/11-internationale-operatie-tegen-drugsverkopers-op-het-dark-web-leidt-tot-179-arrestaties.html
28. Politie. Politie keek live mee met chattende criminelen [Internet]. 2020. Available from: https://www.politie.nl/nieuws/2020/juli/2/11-live-meekijken-met-criminelen.html
29. Politie. Verdachten achter darknet webshop Dutchmasters aangehouden [Internet]. 2021. Available from: https://www.politie.nl/nieuws/2021/januari/26/verdachten-achter-darknet-webshop-dutchmasters-aangehouden.html
30. Politie. Aanhouding verdachte #EncroChat [Internet]. 2021. Available from: https://www.politie.nl/nieuws/2021/maart/12/04-aanhouding-verdachte-encrochat.html
31. Kruithof K, Aldridge J, Décary-Hétu D, Sim M, Dusjo E, Hoorens S. Internet-facilitated drugs trade: an analysis of the size, scope and the role of the Netherlands. Santa Monica: RAND Corporation; 2016.
32. Politie. Mannen opgepakt voor het runnen van een drugspostorderbedrijf [Internet]. 2018. Available from: https://www.politie.nl/nieuws/2018/april/9/11-mannen-opgepakt-voor-het-runnen-van-een-drugspostoderbedrijf.html
33. Politie. Drugs via postpakketten: Verdachten in bewaring [Internet]. 2021. Available from:

https://www.politie.nl/nieuws/2021/maart/5/11-drugs-via-postpakketten-verdachten-in-bewaring.html
34. Grapperhaus F. Antwoorden Kamervragen over internationale drugshandel per post (2020Z12693). 2020.
35. Kruisbergen EW, Leukfeldt ER, Kleemans ER, Roks RA, Kouwenberg RJ, Nabi SS, et al. Georganiseerde criminaliteit en ICT: Rapportage in het kader van de vijfde ronde van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit: Cahier 2018-8. Den Haag: WODC; 2018.
36. Kruisbergen EW, Roks RA, Kleemans ER, Kouwenberg RJ, Knol D, Nabi SS, et al. Georganiseerde criminaliteit in Nederland: daders, verwevenheid en opsporing: Rapportage in het kader van de vijfde ronde van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit: Cahier 2019-17. Den Haag: WODC; 2019.
37. Bijlenga N, Kleemans ER. Criminals seeking ICT-expertise: an exploratory study of Dutch cases. European Journal on Criminal Policy and Research. 2018;24(3):253–68.
38. Leukfeldt ER, Kleemans ER, Kruisbergen EW, Roks RA. Criminal networks in a digitised world: on the nexus of borderless opportunities and local embeddedness. Trends in Organized Crime. 2019;22(3):324–45.
39. TNO. De juiste tools voor een effectieve opsporing & bestrijding van cybercrime [Internet]. 2021. Available from: https://www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/defensie-veiligheid/roadmaps/information-sensor-systems/digitale-weerbaarheid-nederland/de-juiste-tools-voor-een-effectieve-opsporing-bestrijding-van-cybercrime/

16.2.3 Liquidaties

In 2021 is een tweede verkennende studie uitgevoerd naar (ontwikkelingen ten aanzien van) liquidaties in Nederland van 2014 tot en met 2020 [1]. Het eerste onderzoek is in 2017 gedaan naar de periode 2000-2016 [2]. Beide studies zijn gebaseerd op interviews met politie- en justitiefunctionarissen en gegevens uit opsporingsdossiers van de politie. Daarnaast zijn gekraakte PGP-berichten uit cryptotelefoons (vanaf 2015) gebruikt voor inzicht in motivaties voor liquidaties [1].

Onder liquidaties worden “afrekeningen in het criminele milieu” verstaan. Het gaat om “incidenten met dodelijke slachtoffers, waarbij de *modus operandi* wijst op een vooraf geplande, doelgerichte moord en het doelwit en/of dader kan in verband gebracht worden met georganiseerde criminaliteit”. Per liquidatie kunnen meerdere slachtoffers vallen [3,4].

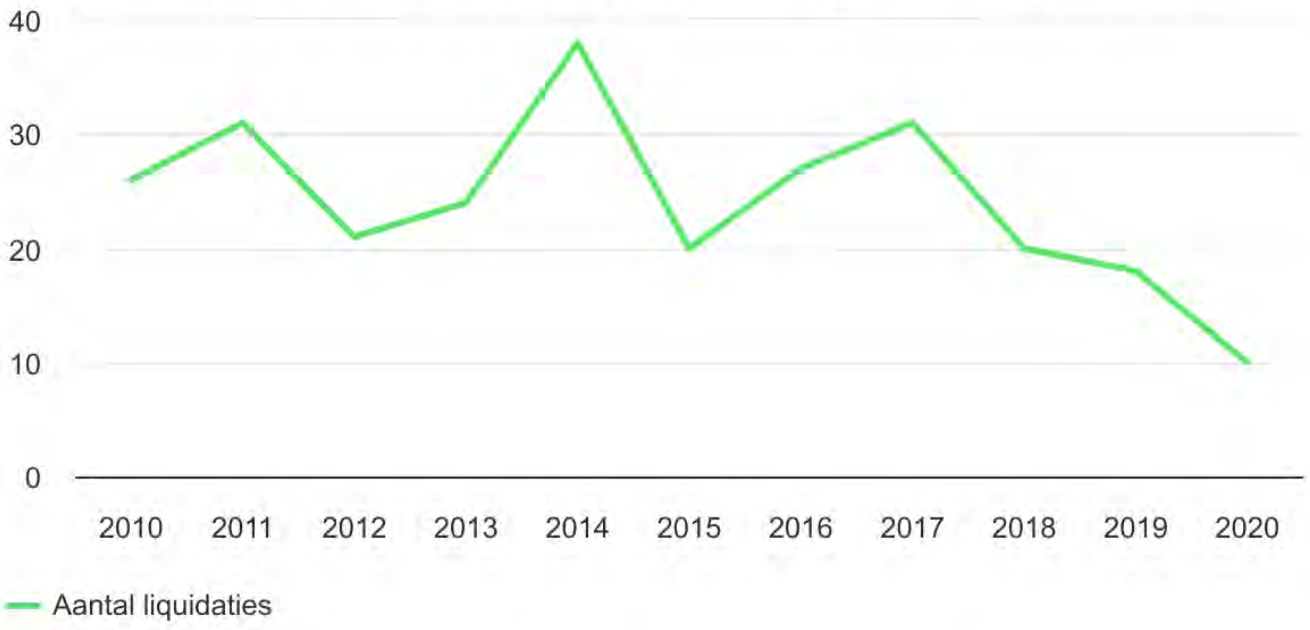
De achtergrond van liquidaties

- Liquidaties zijn meestal het gevolg van conflicten gerelateerd aan de georganiseerde drugshandel. Het gaat bijna altijd om geld en om de verdeling van de drugsmarkt. In de eerste verkenning is verondersteld dat liquidaties een uiterst middel waren om een conflict op de drugsmarkt te beslechten na gebruik van minder ingrijpende middelen [2]. Dit geldt niet voor een deel van de liquidaties die het afgelopen decennium zijn uitgevoerd. Er is een verandering zichtbaar in de aard van het fenomeen naar meer excessief en opzichtig gebruik van geweld. Wraak, intimidatie en straffen binnen de interne criminele organisatie worden genoemd als hoofdredenen voor liquidaties [1].
- De ontwikkelingen in liquidaties vinden plaats in een drugsmarkt waarin de internationale cocaïnehandel blijft groeien, nieuwe groepen drugshandelaren zich in Nederland blijven vestigen en nu nog grotere geldbedragen door cocaïnehandelaren worden verdiend [1].
- De vaak grove en slordige uitvoering van liquidaties blijkt niet alleen toegeschreven te kunnen worden aan onervarenheid van schutters en de grote beschikbaarheid van automatische vuurwapens. Ook de intimiderende en verharde opstelling van opdrachtgevers speelt daarbij een rol. Dit uit zich in een verbreding van excessief geweld [1].
- De verbreding van excessief geweld is ten eerste zichtbaar in een toegenomen afrekencultuur binnen de eigen geledingen. Ten tweede worden liquidaties soms bewust in het bijzijn van familie en kinderen uitgevoerd om het intimiderende effect te versterken. Ten derde worden ook personen buiten de criminele organisatie doelwit van liquidaties. Dit is een nieuwe ontwikkeling: waar dodelijk geweld in het verleden diende als bestraffing van verraad van personen die deel uitmaakten van de criminele organisatie, heeft het geweld zich nu uitgebreid tot de kring van niet-criminele verwanten (zoals geliefden, advocaten en andere professionals in de strafrechtketen). Dit kan ook gaan om een dreiging. Daarbij wordt geprobeerd bij partijen die bij de rechtsgang betrokken zijn de druk te verhogen [1].
- In lijn met de verkenning uit 2017 blijkt dat het criminele bedrijfsproces rondom liquidaties zich kenmerkt door een strikte taakverdeling tussen spotters en schutters. Dit lijkt enerzijds efficiënt en professioneel maar kan anderzijds resulteren in fouten in de uitvoering van de liquidatie omdat de schutters minder goed bekend zijn met het beoogde doelwit of vanwege verkeerde of gebrekkige informatieoverdracht via PGP-berichten. Dit kan leiden tot het doden van een ander persoon dan het beoogde doelwit [1].

Het aantal liquidaties

- Sinds 2017 daalde het aantal liquidaties van 31 naar 10 liquidaties in 2020. Tussen 2012 en 2017 schommelde het aantal liquidaties tussen 21 in 2012 en 38 in 2014 [1].
- Liquidaties in het buitenland van Nederlanders die gerelateerd waren aan georganiseerde criminaliteit in Nederland, worden ook meegeteld. Voor zover bekend zijn in 2020 geen Nederlanders slachtoffer geworden van liquidaties in het buitenland. In 2019 werden drie liquidaties uitgevoerd in het buitenland; in 2017 en 2018 ging het om respectievelijk vier en vijf liquidaties in het buitenland [4].
- Uit onderzoek blijkt dat de daling in het aantal liquidaties mogelijk verklaard kan worden door het relatief grote aantal aanhoudingen van criminele kopstukken en andere sleutelfiguren. Daarnaast is in dit onderzoek naar voren gebracht dat opsporingsinstanties door gekraakte PGP-berichten vroegtijdig hebben kunnen ingrijpen om liquidaties te voorkomen. Bijgevolg zou een deel van de spelers in de drugshandel zich even gedeisd houden. Tot slot is het mogelijk dat de vrijheidsbeperkende maatregelen ter bestrijding van de coronapandemie bijgedragen hebben aan het relatief lage aantal liquidaties in 2020: door de rust op straat zou aanwezigheid op straat meer opvallen en zouden de potentiële slachtoffers minder bereikt zijn [1].
- Nederland kende in de jaren zeventig gemiddeld één of twee liquidaties per jaar. Parallel aan de snelle groei van de internationaal georganiseerde smokkel van soft- en harddrugs in Nederland, steeg het aantal liquidaties vanaf de jaren tachtig. Tussen 1980 en 1987 vonden gemiddeld vijf liquidaties per jaar plaats, tussen 1988 en 1990 gemiddeld tien per jaar, tussen 1991 en 2000 per jaar vijftien tot twintig en vanaf het jaar 2000 gemiddeld twintig tot dertig per jaar [2].

Aantal liquidaties[I] in Nederland (inclusief liquidaties in het buitenland van Nederlandse ingezetenen/gerelateerd aan Nederlandse georganiseerde drugshandel), 2010-2020



I. Aantal liquidaties, soms vallen bij één liquidatie meerdere slachtoffers. Bron: WODC (Van Gestel & Kouwenberg, 2019; 2020, 2021).

NDM

Jaar	Aantal liquidaties
2010	26
2011	31
2012	21
2013	24
2014	38
2015	20
2016	27
2017	31
2018	20
2019	18
2020	10

Slachtoffers van liquidaties

- In de periode 2013-2020 zijn 188 liquidaties gepleegd [1,4]. In de jaren 2013-2019 ging het in totaal om 199 dodelijke slachtoffers van liquidaties. Daarbij ging het in acht gevallen om een dubbele moord en in één geval ging het om een viervoudige moord. Het aantal liquidaties waarbij meerdere mensen zijn gedood lag de afgelopen jaren hoger dan in de vier jaren daarvoor: in 2017 betrof het viermaal een dubbele moord, in 2018 werden bij één liquidatie vier mensen gedood en in 2019 was er één dubbele moord [4].
- Bij de liquidaties waarbij meerdere dodelijke slachtoffers zijn gevallen, is het aannemelijk dat niet alle slachtoffers het beoogde doelwit van de liquidatie waren. Een deel van de slachtoffers van meervoudige liquidaties werd vermoedelijk gedood omdat zij getuige waren van de

liquidatie van het beoogde slachtoffer of in de nabijheid van het beoogde slachtoffer waren [4].
- Vanaf 2013 werd bijna elk jaar bij minimaal één liquidatie een verkeerde persoon door de schutter(s) voor het beoogde doelwit aangezien: in 2017 ging het om één zogenoemde ‘vergismoord’ en in 2018 om twee. Voor zover bekend werden in 2019 geen vergismoorden gepleegd [4] terwijl in 2020 bij twee moorden op de verkeerde persoon is geschoten [1].
- Over de gehele periode 2013-2019 was 63% van de slachtoffers in de leeftijd 21-40 jaar ten tijde van het overlijden. Sinds 2017 is het aandeel slachtoffers dat ouder was dan 40 jaar toegenomen en in 2019 was de meerderheid van de dodelijke slachtoffers van liquidaties ouder dan 40 jaar. In zowel 2018 als 2019 was één slachtoffer jonger dan 21 jaar. Beide slachtoffers waren niet het beoogde doelwit van de liquidatie [4].
- In 2021 werd misdaadjournalist Peter R. de Vries, die de kroongetuige in het Marengo-proces bijstond, geliquideerd. Deze en hieraan gerelateerde eerdere liquidaties toonden aan dat ook buiten het directe criminele circuit slachtoffers worden gemaakt. Naar aanleiding hiervan wordt een steeds groter aantal personen beveiligd mede vanwege de dreiging vanuit de georganiseerde criminaliteit [5].

Het RIEC Midden-Nederland heeft onderzoek gedaan naar de achtergronden van 26 uitvoerders van aan cocaïne gerelateerde liquidaties die woonachtig waren in Midden-Nederland ten tijde van de liquidatie. Het rapport ‘Kruitsporen in de cocaïnehandel’ laat zien dat hoewel uitvoerders hun criminele carrière gemiddeld op zestienjarige leeftijd startten, zij gemiddeld tussen de 26 en 30 jaar oud waren ten tijde van de liquidatie [6,7][7]. Voorafgaand aan de liquidatie pleegden de uitvoerders ongeveer 22 delicten. Persoonskenmerken van de uitvoerders van liquidaties zijn [8]:

- man;
- geboren in Nederland, met veelal Marokkaans/Nederlandse achtergrond;
- gemiddeld 30,2 jaar oud bij de eerste liquidatie;
- eerder in beeld als persoon bij politie;
- pleegden eerder geweldsdelicten;
- periode(s) uit beeld;
- komt uit eenoudergezin;
- financiële- en/of psychische problemen (bijvoorbeeld door middelengebruik, verslaving van soft- en/of harddrugs, antisociaal gedrag en agressieproblemen).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Gestel B, Kouwenberg RF. Tweede verkennende studie Liquidaties. Den Haag: WODC; 2021.
2. Van Gestel B, Verhoeven MA. Liquidaties nieuwe stijl. Verruwing en professionalisering bij liquidaties in Nederland [Contract killings in a new style. The coarsening and professionalization in contract killings in the Netherlands]. Vol. 43, Justitiële verkenningen. 2017. p. 9–28.
3. Van Gestel B, Kouwenberg RF. Update liquidaties 2019: Factsheet 2019-3. Den Haag: WODC; 2019.
4. Van Gestel B, Kouwenberg RF. Update liquidaties 2020: Factsheet 2020. Den Haag: WODC; 2020.
5. OM. Jaarbericht 2021. 2022.

6. RIEC. Infographic Kruitsporen in cocainehandel. 2021.
7. Centrum voor criminaliteitspreventie en veiligheid. Uitvoerders van liquidaties, wat is hun profiel? [Internet]. 2021. Available from: https://ccv-secondant.nl/platform/article/uitvoerders-van-liquidaties-wat-is-hun-profiel
8. Bourgonje AR, Abdulle AE, Timens W, Hillebrands J, Navis GJ, Gordijn SJ, et al. Angiotensin-converting enzyme-2 (ACE2), SARS-CoV -2 and pathophysiology of coronavirus disease 2019 (COVID -19) . Vol. 2, The Journal of Pathology. 2020.

16.3 Inbeslagnames en ontmanteling

16.3.1 In beslag genomen drugs

Politie-eenheden, de Douane en Koninklijke Marechaussee (KMar) houden registraties bij over in beslag genomen drugs, maar het blijkt tot dusver nog niet mogelijk om die gegevens op landelijk niveau eenduidig bijeen te brengen. Hierdoor is het beeld van in beslag genomen drugs gefragmenteerd en is het beperkt mogelijk om betrouwbare trends te schetsen. Deze paragraaf beschrijft de meest recente gegevens over in beslag genomen drugs, afkomstig van verschillende bronnen en registratiejaren. Over de jaren 2020 en 2021 zijn (nog) niet voor alle drugs de volledige (geregistreerde) gegevens beschikbaar.

Inbeslagnames gerapporteerd door de politie

De meest recente informatie over door de politie in beslag genomen drugs betreft het jaar 2019, met uitzondering van cijfers over cannabis. In dit jaar rapporteerde de politie over inbeslagnames van drugs door de politie, de KMar, de Douane en de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst/Economische controledienst (FIOD/ECD). Vanuit de politie hebben vijf van de elf politie-eenheden gegevens aangeleverd bij de Dienst Landelijke Informatie Organisatie (DLIO) van de politie. Daardoor is niet bekend hoeveel drugs in totaal in 2019 in Nederland in beslag werden genomen. De mate van onderregistratie is daarbij onbekend [1].

Omvang inbeslagnames gerapporteerd door de politie naar type drug in 2019[1]

Aandachtsgebied	Hoeveelheid in 2019
Hasj	1.552 kilo
Heroïne	1.326 kilo
Cocaïne	43.836 kilo
Ecstasy/MDMA	599 kilo
Amfetamine	475 kilo
Methamfetamine	837 kilo
DMT	51 kilo
Qat	2.271 kilo
GHB	1.630 gram
Ketamine	19 kilo

1. Cijfers van de politie betreffen 5 van de 11 eenheden. Bron: Nationale Politie, 2019c, 2019d, 2020a, 2020c; Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019; bewerking Regioplan.

Inbeslagnames door de Douane

De Douane rapporteert jaarlijks ook zelfstandig over inbeslagnames van geïmporteerde drugs. De meest recente cijfers van de Douane gaan over de eerste helft van 2022 (januari t/m juni) [2]. De totale omvang van het aantal kilo's drugs dat door de Douane in de eerste helft van 2022 in beslag is genomen is ongeveer gelijk gebleven ten opzichte van de eerste helft van 2021. Het aantal poststukken met synthetische drugs dat is onderschept is echter, door verscherping van controles op Nederland uitgaande post, verdriedubbeld ten opzichte van een jaar eerder [2].

- In de eerste helft van 2022 is door de Douane in Nederland 22.009 kilo cocaïne in beslag genomen. Daarnaast is in die periode 47.000 kilo cocaïne in beslag genomen in zendingen voor Nederland. Dat is een grote stijging ten opzichte van een jaar eerder toen bijna 30.000 kilo in

beslag werd genomen [2]. De cijfers van de Federale Gerechtelijke Politie (FGP) Antwerpen laten zien dat in de haven van Antwerpen in de periode 2017-2020 meer cocaïne in beslag is genomen dan door de Douane en KMar in Nederland [3]. In eerdere onderzoeken is geschat dat 70% tot 80% hiervan onderweg was naar Nederland [4].

- Het overgrote deel van de kilo's cocaïne werd in de eerste helft van 2022 in de zeehavens in beslag genomen (21.545 van de 22.009 kilo). Het overige (kleinere) deel werd op Schiphol in beslag genomen (464) [2].
- Tussen 2017 en 2021 is de hoeveelheid cocaïne die de Douane jaarlijks in Nederland in beslag nam toegenomen van ongeveer 10.000 kilo in 2017 tot ruim 70.000 kilo in 2020. De meeste inbeslagnames vonden plaats in de haven van Rotterdam. Daarnaast hebben enkele grote inbeslagnames in de havens van Vlissingen en Moerdijk plaatsgevonden [3].
- Sinds 2017 is het aantal door de Douane in beslag genomen kilo’s heroïne gedaald, met uitzondering van 2019. In 2021 was echter een flinke stijging te zien, die in de eerste helft van 2022 voorgezet lijkt te zijn [2].
- Uit de duidingssessie in 2022 blijkt dat de stijging van in beslag genomen heroïne mogelijk verklaard kan worden door incidentele, grote (maritieme) vangsten (meer dan 1.000 kilo). Doordat het doorgaans om inbeslagnames van relatief geringe omvang (per type drugs) per jaar gaat, kunnen relatief grote drugsvangsten de omvang van de inbeslagnames op jaarbasis vertekenen[5].
- De intensieve controle van post door de Douane heeft geresulteerd in een groter aantal onderschepte postpakketten met drugs die op weg waren naar het buitenland: tussen eind 2021 en begin 2022 zijn ongeveer 13.500 pakketten met vooral synthetische drugs in beslag genomen. In het gehele jaar 2021 waren dat 15.500 postpakketten [2].
- Voor het eerst sinds 2017 heeft de Douane XTC aangetroffen in de haven van Rotterdam (65 kilo) [2].

Omvang en aantal inbeslagnames Douane naar type drug, 2016-2022 (t/m juni)

	2016		2017		2018		2019		2020		2021	2022 (t/m juni)
	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Kilo
Cocaïne	15.581	962	10.219	1.146	21.188	1.251	40.095	1.109	48.891	1.426	71.796	22.009
-waarvan maritiem	14.154	79	9.328	65	20.074	99	38.406	127	25.599	77	69.479	21.545
Heroïne	437	40	830	66	296	110	625	25	105	88	1.734	2.816
Ecstasy/MDMA	144	183	830	164	472	344	426	489	519	2.284	259	219
Amfetamine	22	16	108	4	1	5	2	11	34	248	19	14
Methamfetamine	29	15	9	20	6	15	550	11	17	6	20	9
Marihuana	1.299	110	2.852	90	322	125	583	231	514	393	734	1.313
Hasj	250	58	716	68	3.910	93	299	101	1.010	106	1.712	171
Qat	3.738	233	6.371	383	3.331	177	2.080	108	9.137	629	2.887	1.189

Bron: Douane, 2021, 2022; bewerking Regioplan.

In beslag genomen chemicaliën voor drugsproductie

Voor de productie van (synthetische) drugs zijn verschillende chemicaliën nodig. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen (pre-)precursoren en andere chemicaliën. Precursoren zijn stoffen die in een chemische reactie kunnen worden omgezet in een drugssoort. Benzylmethylketon (BMK) en Piperonyl methylketon (PMK) zijn bijvoorbeeld de belangrijkste precursoren voor respectievelijk amfetamine en MDMA/ecstasy. Pre-precursoren kunnen omgezet worden in een precursor. Daarnaast zijn andere chemicaliën nodig, om de synthese aan te gaan met de precursor of als hulpstof.

Een deel van de gebruikte chemicaliën kent ook legale toepassingen, bijvoorbeeld voor het maken van medicijnen, cosmetica of plastics. Vanwege dit gevarieerde (en soms grootschalige) legaal gebruik kan de handel in deze stoffen niet helemaal verboden worden en is een controle- en opsporingsmechanisme van kracht om misbruik te bestrijden. Hiertoe dient de Wet voorkoming

misbruik chemicaliën (Wvmc) in Nederland. Deze wet verplicht marktdeelnemers om de bevoegde instanties onverwijld in kennis te stellen van elk voorval dat wijst op mogelijk misbruik van stoffen die zowel voor legale doeleinden kunnen worden gebruikt als voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen. In dit kader is de FIOD voor Nederland aangewezen als 'Competente Nationale Autoriteit' en daarom is het 'Meldpunt Verdachte Transacties Chemicaliën' bij de FIOD belegd. Alle signalen die bij het meldpunt binnenkomen, worden vastgelegd en beoordeeld op een mogelijke opvolging door de FIOD zelf of door één van haar partners, zoals de politie of de Douane [6].

Ontwikkeling in beslag genomen pre-precursoren en andere chemicaliën

- Voor chemicaliën die niet in de Wvmc geregistreerd zijn, geldt voor marktdeelnemers een meldingsregeling op basis van vrijwilligheid. Sommige van deze stoffen staan op de 'EU Voluntary Monitoring List', een lijst met stoffen die internationaal bekend zijn omdat ze veelvuldig worden gebruikt bij de productie van synthetische drugs [6].
- Jaarlijks worden in Europa grote hoeveelheden (pre-)precursoren en andere chemicaliën in beslag genomen die bestemd waren voor de productie van synthetische drugs in Nederland [6].
- Uit registraties van de FIOD blijkt dat in Nederland in 2021 ongeveer 175.000 kilo chemicaliën, die voor drugsproductie bestemd waren, in beslag is genomen. Het gaat daarbij om chemicaliën bestemd voor de productie van synthetische drugs maar ook voor de (synthetische) productie van cocaïne en heroïne. In 2020 werd nog dubbel zoveel (meer dan 350.000 kilo) drugsgerelateerde chemicaliën in beslag genomen [6].
- De FIOD houdt registraties bij over activiteiten van de FIOD, de politie en de Douane met betrekking tot in beslag genomen chemicaliën die bestemd zijn voor de productie van drugs, waaronder synthetische drugs, cocaïne en heroïne. In 2021 werden bij 47 inbeslagnames in totaal 13.087 kilo pre-precursoren door politie, FIOD en Douane in beslag genomen. Dit aantal is hoger dan in 2020 (8.314 kilo) maar flink lager dan in de jaren 2017 t/m 2019 [6].
- Uit informatie van de Douane en de FIOD bleek dat zij de afgelopen jaren signalen ontvingen dat de meeste zendingen (pre-)precursoren (met bronland China) niet meer rechtstreeks naar Nederland kwamen, maar via andere EU-lidstaten ons land bereikten. Deze trend leek op basis van informatie van de politie, de Douane en de FIOD ook in 2021 te zijn voortgezet. De opsporingsinstanties zagen dat minder zendingen werden onderschept, maar dat de productie van synthetische drugs niet afnam. De (internationale) coronamaatregelen leken hierin niets te hebben veranderd [6].
- Dit is mogelijk te verklaren doordat het goederentransport en vrachtverkeer in Nederland ten tijde van de coronamaatregelen doorgang vonden. In 2020 was dat op een lager niveau dan in 2019, maar in 2021 was het goederentransport via de weg, het spoor of de binnenvaart, globaal gezien terug op het niveau van 2019 of het steeg er boven uit. Alleen het goederenvervoer via de zeevaart was in 2020 en 2021 nog niet terug op het niveau van 2019 [7,8].

Nieuwe pre-precursoren

- Regelmatig verschijnen nieuwe pre-precursoren op de illegale markt en lijken internationaal gereguleerde pre-precursoren geleidelijk in onbruik te raken [6].
- Na de stoffen alpha-fenylaceto-acetonitril (APAAN), alpha-fenylacetoacetamide (APAA) en methyl 3-oxo-2-phenyl butanoate (MAPA) werd in 2020 de vloeibare pre-precursor ethyl 3-oxo-2-phenyl butanoate (EAPA) twee keer aangetroffen. EAPA is een niet-geregistreerde precursor voor BMK [6].

- In 2021 werden in Nederland verder twee nieuwe pre-precursoren voor PMK aangetroffen, waarmee MDMA/ecstasy geproduceerd kan worden. Het gaat om de niet-geregistreerde pre-precursoren methyl 3-oxo-2-(3,4-methylenedioxyphenyl) butanoate (MAMDPA) en 3,4-MDP-2-P ethyl glycidaat. Na internationale signalering en profilering door de Douane is door de FIOD een onderzoek naar deze pre-precursoren gestart. In totaal is daarbij 4.464 kilo MAMDPA en 350 kilo 3,4-MDP-2-P ethyl glycidaat in beslag genomen [6].
- Het aantal inbeslagnames en de totale hoeveelheid in beslag genomen APAA zijn sinds 2018 blijven dalen. Met uitzondering van een piek in 2019 is het aantal in beslag genomen kilo's van de pre-precursor MAPA sinds 2018 vergelijkbaar gebleven. Het aantal inbeslagnames van de pre-precursor natriumzout van BMK-glycidezuur was in 2021 vergelijkbaar met 2020, 2019 en 2018, maar heeft geleid tot een kleiner in beslag genomen volume [6].
- PMK-glycidaat en natriumzout van PMK-glycidezuur zijn geregistreerde precursoren voor PMK, waarmee MDMA/ecstasy geproduceerd kan worden. In 2021 is, in vergelijking tot de jaren 2017 t/m 2020, het aantal in beslag genomen PMK-glycidaat verder afgenomen tot 1 inbeslagname. Het gaat echter om een relatief grote vangst van 1.000 kilo. De omvang van het in beslag genomen natriumzout van PMK-glycidezuur is in 2021 verder gedaald, vergeleken met de jaren 2018 t/m 2020 [6].

Hoeveelheden en aantallen van in Nederland in beslag genomen pre-precursoren voor de productie van synthetische drugs[I,II], 2017-2021

Stof[II]	2017		2018		2019		2020		2021	
	Totale hoeveelheid (kg)	Aantal inbeslagnames	Totale hoeveelheid (kg)	Aantal inbeslagnames	Totale hoeveelheid (kg)	Aantal inbeslagnames	Totale hoeveelheid (kg)	Aantal inbeslagnames	Totale hoeveelheid (kg)	Aantal inbeslagnames
APAAN	1.559	5	3.928	7	0	0	24	2	-	-
APAA	10.443	22	14.091	21	4.341	11	1.224	6	80	2
MAPA	488	3	5.022	9	7.407	32	4.949	28	6.167	24
EAPA	-	-	-	-	-	-	150	1	85	2
MAMDPA	-	-	-	-	-	-	-	-	4464	6
3,4-MDP-2-P ethyl glycidate	-	-	-	-	-	-	-	-	350	1
Natriumzout van BMK-glycidezuur	1.625	3	2.066	7	4.897	7	1.140	9	848	9
PMK-glycidaat	5.810	9	3.374	9	2.395	5	475	3	1.000	1
Natriumzout van PMK-glycidezuur	98	1	1.125	1	570	2	350	1	93	2
Totaal	20.023	43	29.606	54	19.610	57	8.314	50	13.087	47

I. Informatie over lege verpakkingen die bij de Nederlandse productielocaties zijn aangetroffen zijn niet opgenomen in de bovenstaande cijfers. II. De stoffen in de bovenstaande tabel zijn, met uitzondering van EAPA, MAMDPA en 3,4-MDP-2-P ethyl glycidate inmiddels geregistreerde stoffen (categorie 1). Cijfers zijn gebaseerd op informatie die de FIOD heeft bereikt en zijn mogelijk niet compleet. Bron: FIOD, het Centraal Punt Precursoren: PICS substance statistics, 2021, 2022.

Pre-precursoren voor heroïne

- Bij de conversie van morfine naar heroïne wordt de stof azijnzuuranhydride gebruikt. Azijnzuuranhydride is een geregistreerde stof met vele legale toepassingen. In 2021 werd 5.610 liter azijnzuuranhydride in beslag genomen, naar aanleiding van signalen van mogelijk misbruik van de stof voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen. De illegale vervaardiging van heroïne werd voor het jaar 2017 in Nederland niet eerder op deze schaal gezien [6]. Cijfers van de FIOD tonen aan dat inbeslagnames van azijnzuuranhydride zijn gedaald in 2019 en 2020, na een piek in 2018. In de eerste helft van 2021 was de omvang van inbeslagnames azijnzuuranhydride hoger dan in 2020 [3].
- Ook in het buitenland werden enkele jaren geleden grote partijen azijnzuuranhydride in beslag genomen. Daarbij waren er aanwijzingen dat deze partijen uit Nederland verstuurd waren. De partijen hadden onder andere Turkije, Iran of Afghanistan als bestemming [3,6].
- Azijnzuuranhydride wordt niet alleen gebruikt voor de omzetting van morfine naar heroïne, maar ook voor de omzetting van fenylazijnzuur naar BMK, een belangrijke grondstof voor de productie van methamfetamine en amfetamine. In landen waar heroïne wordt geproduceerd wordt de afgelopen jaren ook in toenemende mate methamfetamine geproduceerd [9,10].

Pre-precursoren voor methamfetamine

- In 2021 lijkt de productie van methamfetamine in Nederland waarbij methamfetamine (vanuit poedervorm) gekristalliseerd is en/of hergekristalliseerd weer afgenomen te zijn ten opzichte van het piekjaar 2020 (zie daarvoor ook §16.3.2). Methamfetamine wordt ook wel crystal meth genoemd [6]. Het merendeel van de methamfetamine geproduceerd in Nederland wordt voor het buitenland geproduceerd [11].
- Uit signalen van de Landelijk Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen (LFO) blijkt dat bij de productie van methamfetamine in Nederland typisch Nederlandse productiemethoden zijn gebruikt, te weten de ‘reductieve aminering’ en de ‘Leuckart-synthese’. De precursor BMK, nodig voor de productie van methamfetamine, werd meestal vanuit pre-precursoren (zoals APAA, MAPA) binnen Nederland geproduceerd. Zendingen met Nederland als bestemming die in het buitenland in beslag zijn genomen, zijn in dit overzicht niet opgenomen. Jaarlijks worden grote hoeveelheden (pre-)precursoren met Nederland als bestemming in beslag genomen [6].
- Naast reeds genoemde precursoren wordt bij de productie van methamfetamine van wijnsteenzuur gebruik gemaakt. De hoeveelheid in beslag genomen wijnsteenzuur (een niet-geregistreerde stof) steeg in 2020 sterk ten opzichte van voorgaande jaren. Het volume van in beslag genomen wijnsteenzuur was in 2021 kleiner dan in 2020 maar was nog steeds groter dan in de jaren 2017 t/m 2019 [6].
- Naast wijnsteenzuur worden ook de stoffen methylthioglycolaat (MTG) en 2,2-azobis-(2-isobutylnitril) (AIBN) in de productie van methamfetamine gebruikt. In 2020 werd voor het eerst ook de stof dimyristyl peroxydicarbonate (MYPC) in beslag genomen [6].
- Voorheen werd methamfetamine binnen Europa voornamelijk in zogenoemde ‘keukenlabs’ in Tsjechië geproduceerd. Daarbij werd voornamelijk gebruikgemaakt van (pseudo)efedrine, die

met de zogenoemde ‘jodium-/rode-fosfor-methode’ of varianten daarvan in methamfetamine werd omgezet. (Pseudo)efedrine is een geregistreerde categorie 1 stof en is aan een vergunningsplicht onderworpen, waardoor de stof lastig te verkrijgen is. Rode fosfor is vanaf medio januari 2021 een geregistreerde categorie 2A stof (zie ook §2.1.3) [6].

- Behalve (pseudo)efedrine en rode fosfor zijn de bovengenoemde stoffen niet geregistreerd in Europa. Daardoor is het handelen zonder vergunning niet strafbaar, behalve als de stoffen voor illegale doeleinden (zoals de productie van synthetische drugs) worden aangewend [6].

Omvang en aantallen van in Nederland in beslag genomen stoffen die te relateren zijn aan de productie van methamfetamine[I,II], 2017-2021

Stof[II]	2017		2018		2019		2020		2021	
	Totale hoeveelheid (kg)	Aantal inbeslagnames	Totale hoeveelheid (kg)	Aantal inbeslagnames	Totale hoeveelheid (kg)	Aantal inbeslagnames	Totale hoeveelheid (kg)	Aantal inbeslagnames	Totale hoeveelheid (kg)	Aantal inbeslagnames
MTG	-	-	-	-	-	-	525	6	90	2
AIBN	-	-	-	-	-	-	326	7	49	2
MYCP	-	-	-	-	-	-	244	4	138	2
(Pseudo)efedrine	8	3	28,8	8	0	0	2	2	-	-
Rode fosfor	69	2	233	7	35	2	250	3	-	-
Wijnsteenzuur	0	0	875	3	154	3	15.767	38	3.959	14
Jodium	403	2	1.542	7	160	4	163	2	5	1
Hypofosforigzuur	490	1	7.063	3	12	1	42	1	-	-
Totaal	970	8	9.741,8	28	361	10	16.225	46	9.851	23

I. Informatie over lege verpakkingen die bij de Nederlandse productielocaties zijn aangetroffen zijn niet opgenomen in de bovenstaande cijfers. II. (Pseudo)efedrine is geregistreerd (categorie1). Cijfers zijn gebaseerd op informatie die de FIOD heeft bereikt en zijn mogelijk niet compleet. Cijfers zijn gebaseerd op informatie die de FIOD heeft bereikt en zijn mogelijk niet compleet. Bron: FIOD, het Centraal Punt Precursoren: PICS substance statistics, 2020, 2021 en 2022.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Politie. Informatierapport inbeslagname drugs 2019. Den Haag; 2020.
2. Douane. Douane - Drugsvangsten 1e helft 2022. 2022;
3. Chessa, T.van Mantgem, J.Vermeulen I. Fenomeenbeeld drugs 2021: “De narcostand van Nederland.” Zoetermeer; 2022.
4. Boerman F, Grapendaal M, Nieuwenhuis F, Stoffers E. Nationaal dreigingsbeeld 2017: georganiseerde criminaliteit. Driebergen: Politie, Dienst Landelijke informatieorganisatie; 2017.
5. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.

6. FIOD . Het Centraal Punt Precursoren: PICS substance statistics. ; 2022 p. .
7. Taale H, Olde Kalter M, Smit R, Barnas B, Evers C. Monitor Mobiliteit & Vervoer, nr 12. Den Haag; 2022.
8. Taale H, Olde Kalter M, De Bruin R, Barnas B. Achtergrondrapportage “Monitor mobiliteit tijdens COVID-19.” 2020.
9. Tops P, Van Valkenhoef J, Van der Torre E, Van Spijk L. Waar een klein land groot in kan zijn: Nederland en synthetische drugs in de afgelopen 50 jaar [Internet]. Den Haag: Boom criminologie; 2018. Available from: www.politieacademie.nl
10. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D, Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
11. EMCDDA, Europol. EU Drug Market: Methamphetamine -. 2022.

16.3.2 Ontmantelde productielocaties van drugs en drugsdumpingen

Snel naar:

- Synthetische drugs
- Cocaïnewasserijen, methamfetamine- en heroïnelabs
- Geruimde hennepkwekerijen

De afdeling Specialistische Ondersteuning van de Dienst Landelijke Recherche van de Landelijke Eenheid van de politie houdt meldingen bij over productielocaties, opslagplaatsen en dumplocaties van synthetische drugs. Dit doet deze afdeling in het kader van het European Reporting on Illicit Synthetic Substance Production sites (ERISSP). Het eerste volledig ingevulde jaar was 2014. Het betreft een verkort overzicht van de locaties, per provincie en per eenheid in Nederland. De cijfers zijn gebaseerd op cijfers van de Eenheden en de Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen (LFO), een bevraging in het incidentregistratiesysteem Basisvoorziening Handhaving (BVH-systeem) (op code M0111) en op zelf bijgehouden registraties. Deze cijfers worden (ook) doorgegeven aan Europol en het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Ze zijn mogelijk incompleet omdat niet alles wordt gemeld bij de politie en de politie niet alles meldt aan andere landelijke instanties. De afdeling Specialistische Ondersteuning stelt met nadruk dat het cijfers betreffen over “dat wat zij weet”, in het bijzonder geldt dat voor de dumpingen.

Synthetische drugs

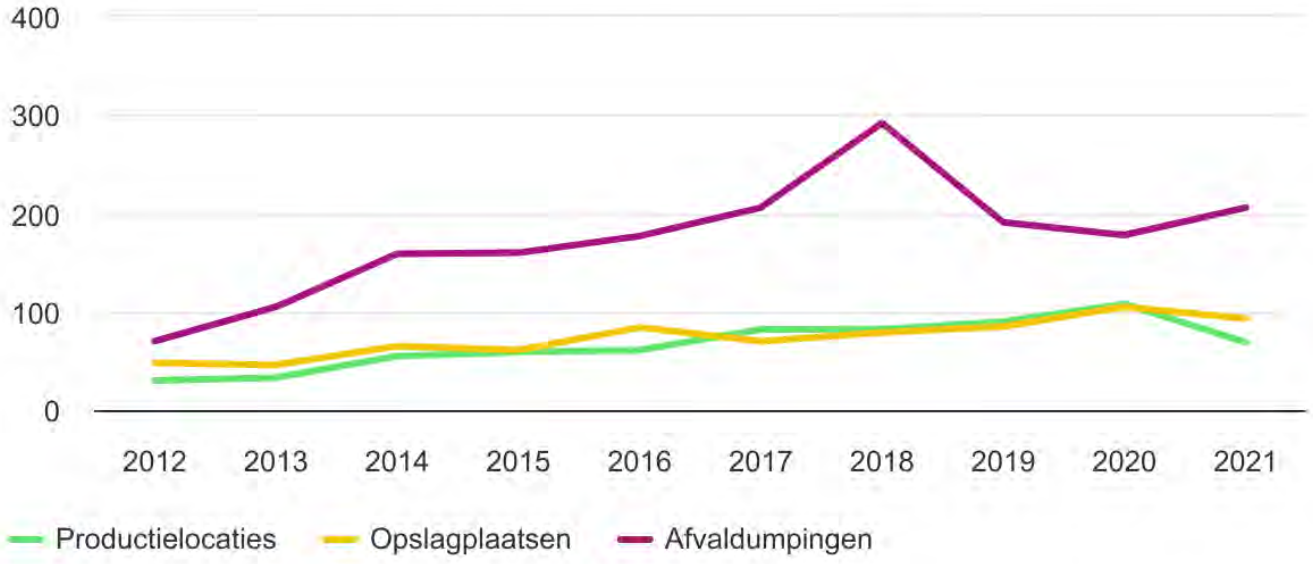
Onderzoek van Europol uit 2021 laat zien dat in de huidige Europese drugsmarkt in Nederland de meeste productielocaties van MDMA worden ontmanteld [1]. Daarnaast blijkt uit het jaarlijkse rapport van de United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) dat, in de periode 2016-2020, Nederland wereldwijd het vaakst genoemd werd als land van herkomst van in beslag genomen MDMA [2]. Voor Nederland zien we het volgende beeld:

- Op productielocaties kunnen verschillende soorten synthetische drugs worden geproduceerd. In 2021 werd op 86% van de locaties MDMA, amfetamine of methamfetamine (of meerdere van deze middelen) geproduceerd. In de overige gevallen ging het om de productie van GHB, mefedron en andere NPS [3–5].
- In 2021 daalde het aantal ontmantelde productielocaties in Nederland ten opzichte van 2020, na een stijging in het aantal ontmantelde productielocaties tussen 2013 en 2020. Voor synthetische drugs was deze daling in 2021 alleen in Noord-Holland niet zichtbaar; daar bleef het aantal ontmantelde productielocaties gelijk. Het aantal lag in 2021 wel lager dan in 2018 en 2019. Net als in 2020 kwamen in 2021 de meeste meldingen uit de provincies Noord-Brabant, Noord-Holland, Gelderland en Limburg [3,4].
- Uit cijfers van de politie blijkt dat in de periode 2017-2020 amfetamine de meest aangetroffen drug is op productielocaties, gevolgd door MDMA. Op een aantal locaties zijn gecombineerde synthetische drugslaboratoria aangetroffen (combilabs) [6]. In de periode 2016-2020 zijn

wereldwijd de meeste amfetamine-laboratoria ontmanteld in Nederland [2].

- De toename van ontmantelde productielocaties en aangetroffen opslagplaatsen tot en met 2020 is, net als de gestegen hoeveelheid in beslag genomen eindproducten op productielocaties, tevens mogelijk te verklaren door de gekraakte PGP-servers, zoals 'EncroChat'. De kraak heeft geleid tot succesvolle interventies van de politie. Daarnaast wijst de politie erop dat meer politie-inzet geleid heeft tot de ontdekking van meer drugslabs en -opslaglocaties. Bovendien zouden volgens de politie burgers drugslabs sneller herkennen en daarom meer bij de politie en Meld Misdaad Anoniem melden [7]. De daling van het aantal ontmantelde productielocaties is mogelijk het gevolg van de strafrechtelijke aanpak van verschillende criminele netwerken [5].
- De daling van het aantal productielocaties in 2021 (ten opzichte van 2020) komt volgens de politie hier mogelijk uit voort: de gekraakte PGP-servers hebben geleid tot intensivering van de strafrechtelijke aanpak van verschillende criminele netwerken in 2020 en 2021. Deze netwerken hielden zich volgens de politie (vermoedelijk) bezig met het op grootschalige wijze opzetten en exploiteren van productielocaties. Het is echter onduidelijk in hoeverre deze aanpak daadwerkelijk heeft bijgedragen aan de daling in 2021.
- Na een afname in 2019 en 2020 is het aantal aangetroffen dumplocaties in 2021 opnieuw gestegen. De meeste meldingen van drugsafvaldumpingen in 2021 waren afkomstig uit de provincie Limburg; daarna volgen Noord-Brabant, Gelderland, Zuid-Holland en Noord-Holland. Bij de cijfers moet aangetekend worden dat niet alle dumpingen bij de LFO worden gemeld [5]. In de periode 2017 tot en met 2020 is meer dan een miljoen liter/kilo drugsafval aangetroffen [6].
- Een mogelijke verklaring voor de stijging van de dumplocaties zou kunnen liggen in de grootte van de dumpingen in 2021. Volgens de politie suggereren eerste analyses van de aangetroffen dumplocaties dat afvaldumpingen kleinschaliger zijn en/of dat vaker lege verpakkingen (jerrycans) gevonden worden. Dit zou een verklaring voor de stijging kunnen zijn [3,4].

Aantal aan de Landelijke Eenheid gemelde ontmantelde productie- en opslaglocaties en afvaldumplocaties voor de productie van synthetische drugs, 2012-2021, in aantallen



Bron: Nationale Politie, Cluster Synthetische Drugs, ERISSP Landelijk overzicht Synthetische Drugs 2020; Nationaal Overzicht Drugslocaties 2021: Cannabis, Synthetische Drugs, Heroïne en Cocaïne (Nationale Politie, 2021, 2022). Bewerking Regioplan.

NDM

	Productielocaties	Opslagplaatsen	Afvaldumpingen
2012	30	48	70
2013	33	46	105
2014	55	65	159
2015	59	61	160
2016	61	84	177
2017	82	70	206
2018	82	79	292

	Productielocaties	Opslagplaatsen	Afvaldumpingen
2019	90	85	191
2020	108	105	178
2021	69	93	206

- De stijging van het aantal geregistreerde productielocaties en opslaglocaties tot en met 2020 kan mogelijk ook een indicatie zijn van een toegenomen productie. Dit lijkt in strijd met de daling van het aantal geregistreerde dumplocaties in 2019 en 2020. In 2019 waren er echter indicaties dat, meer dan in eerdere jaren, grote hoeveelheden afval achterbleven op verlaten productielocaties en dat meer afvalwater in bodem- en oppervlaktewater werd geloosd. Daarnaast was de hoeveelheid afval per dumping groter [7]. In 2020 wees de politie er opnieuw op dat criminele organisaties, in plaats van afval te dumpen, meer afval achterlaten op productielocaties en zich vermoedelijk via de reguliere kanalen voor chemisch afval van het drugsafval ontdoen. Hierdoor wees de afname van het aantal afvaldumpingen niet noodzakelijkerwijs op een afname van de hoeveelheid geproduceerd afval [3,4].

Cocaïnewasserijen, methamfetamine- en heroïnelabs

Cocaïne

- In 2021 zijn zeven productielocaties voor cocaïne aangetroffen. Dit betrof locaties waar de productie van cocaïne plaatsvond, zoals extractie (uitwassen), kristallisatie of verpakken [2][4].
- In vergelijking met 2020 is het aantal cocaïne productielocaties sterk gedaald; toen waren namelijk negentien productielocaties ontmanteld. Tussen 2019 en 2020 steeg het aantal ontmantelde productielocaties juist van tien naar negentien. In de eenheden Amsterdam en Noord-Holland werden in 2021 ieder twee productielocaties ontmanteld. In de eenheden Den Haag, Rotterdam en Midden-Nederland werd één productielocatie ontmanteld [2][4].
- In 2021 werden door de politie veertien locaties aangetroffen waar alleen de versnijding van cocaïne plaatsvond [2]. In 2020 waren dat vier versnijdingslocaties [2].
- Het aantal ontmantelde opslaglocaties van cocaïne is in 2021 licht gestegen. In 2021 werden achttien opslaglocaties ontmanteld. In 2020 waren dat er elf. Een opslaglocatie betreft een locatie waar hardware (glaswerk, ketels etc.) en/of chemicaliën ten behoeve van de productie van cocaïne is opgeslagen. Dit betreft geen locaties waar het eindproduct is aangetroffen. In 2021 werden de meeste opslaglocaties ontmanteld in de eenheid Rotterdam (8), gevolgd door de eenheid Amsterdam (4) [2].
- Het EMCDDA en Europol constateerden dat Europa in 2020 een belangrijke bron was voor

chemicaliën die geassocieerd worden met het produceren van cocaïne. Binnen Europa wordt cocaïne voornamelijk geproduceerd in Nederland, Spanje en België: de productie in deze landen samen was in 2020 goed voor 70% van de geproduceerde cocaïne in Europa [2].

Methamfetamine

- In 2021 werden vijftien locaties aangetroffen waar (vermoedelijk) sprake was van de productie van methamfetamine. In vergelijking met 2020 is dit aantal sterk gedaald, toen 32 methamfetamine productielocaties waren ontmanteld [8].
- Over 2021 is geen informatie beschikbaar over het aantal opslaglocaties van productiematerialen voor methamfetamine [8]. In 2020 werden vijftien opslaglocaties van laboratoria-productiematerialen voor de productie van methamfetamine aangetroffen. De productielocaties werden verspreid over het hele land aangetroffen; de meeste locaties bevonden zich echter in de eenheid Oost-Nederland. De productie van de aangetroffen methamfetaminelabs vond voornamelijk plaats in schuren, bedrijfspanden en loodsen in het buitengebied [4].
- Uit de duidingssessie in 2022 bleek dat een mogelijke verklaring voor de daling van het aantal ontmantelde methamfetaminelabs in Nederland gelegen is in een gewijzigde prioriteit in de opsporingscapaciteit van de politie: in 2020 is door de politie meer prioriteit gegeven aan de aanpak van methamfetamineproductie. Mogelijk heeft dit ook in 2021 de productie van methamfetamine verstoord. Daarnaast wijzen experts tijdens de duidingssessie op de door de politie gekraakte PGP-servers in 2020, die bijgedragen hebben aan de opsporing en ontmanteling van methamfetaminelabs [9].
- Bij zowel cocaïne als bij methamfetamine is veelal sprake van samenwerking tussen verdachten met een Nederlandse nationaliteit en verdachten uit Zuid-Amerikaanse landen. Het EMCDDA en Europol rapporteerden in 2022 dat de betekenis van Nederland als productieland van methamfetamine sinds 2019 toeneemt [5,7,10]. Op basis van bovenstaande informatie van de politie over 2021 lijkt dit beeld echter inmiddels achterhaald.

Heroïne

- Er werden drie heroïnelabs ontmanteld in Nederland in 2021. Een productielocatie betreft hier een locatie waar de activiteiten plaatsvinden met betrekking tot productie van heroïne zoals: synthese, kristallisatie, versnijden of verpakken. De heroïnelabs bevonden zich in de eenheden Den Haag, Noord-Holland en Rotterdam [3].
- In 2021 zijn drie opslaglocaties voor heroïne ontmanteld. Opslaglocaties betreffen locaties waar hardware (glaswerk, ketels etc.) en/of chemicaliën ten behoeve van heroïne zijn aangetroffen. In 2021 bevonden alle ontmantelde opslaglocaties zich in de eenheid Rotterdam [3].
- In 2021 werden twee dumplocaties van afval van heroïneproductie aangetroffen. Een dumplocatie betreft hier een locatie waar afval gedumpt wordt, waarbij voldoende indicatoren zijn die erop wijzen dat het afval afkomstig is van de productie van heroïne. Eén locatie bevond zich in de eenheid Amsterdam en één locatie bevond zich in de eenheid Den Haag [3].

Aantal ontmantelde methamfetaminelabs in de periode 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Aantal ontmantelingen	5	7	9	32	15

Bron: Nationale Politie (2021), Nationale Politie (2022). Nationaal Overzicht Drugslocaties 2021: Cannabis, Synthetische Drugs, Heroïne en Cocaïne. Den Haag: Nationale Politie.

Geruimde hennepkwekerijen

De cijfers over de aantallen geruimde hennepkwekerijen zijn afkomstig van alle tien regionale politie-eenheden en van de Landelijke Eenheid [4].

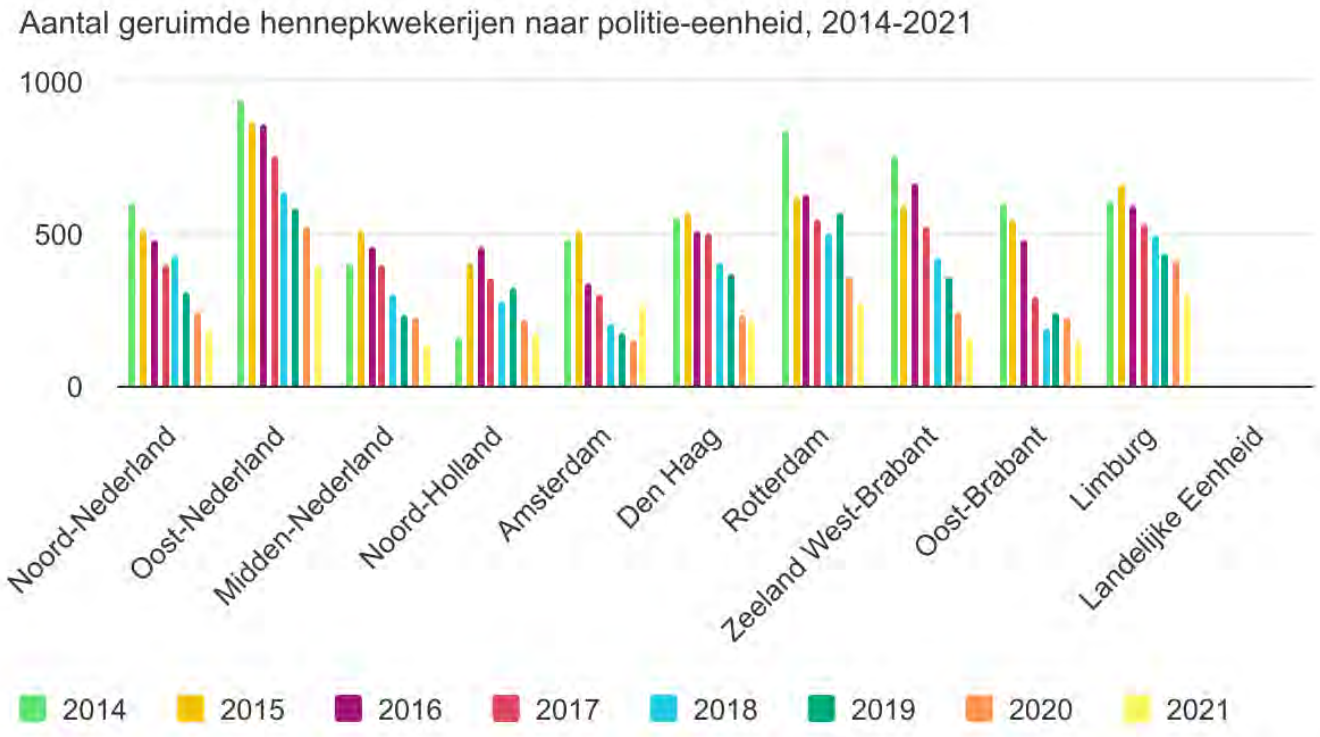
- In 2021 werden 2.285 hennepkwekerijen geruimd [5]. Dat zijn er bijna 600 minder dan in 2020, toen 2.894 hennepkwekerijen werden ontmanteld. De afname van het totaal aantal opgerolde hennepkwekerijen in 2021 is een voortzetting van de dalende trend sinds 2014. Opvallend is dat er in elke politie-eenheid een daling van het aantal geruimde hennepkwekerijen wordt waargenomen, behalve bij de eenheid Amsterdam: in 2021 werden in die eenheid 268 hennepkwekerijen geruimd terwijl dat er 158 waren in 2020 [4,5].
- Een eenduidige verklaring voor de landelijke afname van het aantal geruimde hennepkwekerijen is niet beschikbaar. Een mogelijke verklaring was volgens de politie dat door lokale driehoeken (burgemeester, politie en Openbaar Ministerie (OM)) minder prioriteit gegeven is aan hennepbestrijding vergeleken met andere jaren [5]. Het ruimen van hennepkwekerijen is bij de Basisteams belegd, waar de druk op de capaciteit hoog is. Dit in tegenstelling tot het ontmantelen van synthetische drugslabs, wat bij de opsporing is belegd [3,4,6,7]. Daarnaast is door de politie gewezen op een toename van de kweekcapaciteit per productielocatie door innovaties in het productieproces. Hierdoor kan een grotere hoeveelheid hennep van een plant gehaald worden. Cijfers van Netbeheer Nederland tonen echter dat de omvang van energiediefstal de afgelopen jaren stabiel is gebleven, wat doet vermoeden dat het daadwerkelijke aantal hennepkwekerijen niet afneemt [6].
- De meeste kwekerijen werden in 2021 ontmanteld in de regionale eenheden Oost-Nederland, Limburg, Rotterdam en, in tegenstelling tot 2020, Amsterdam [3,5].
- Het aantal meldingen over (mogelijke) hennepplantages bij Meld Misdaad Anoniem steeg tussen 2019 en 2020 met 7,5% naar 4.300 meldingen. Vooral het aantal meldingen van hennepkwekerijen in woningen steeg (8%). Het aantal meldingen over hennepkwekerijen in bedrijven nam juist af (7%). De vermoedelijke oorzaak hiervan is dat in 2020 meer mensen vanwege de coronamaatregelen thuis werkten [8]. Vanwege druk op de politiecapaciteit (zoals

hierboven genoemd) heeft het toenemende aantal meldingen bij Meld Misdaad Anoniem niet geleid tot een stijging van het aantal geruimde hennepkwekerijen [11]. Het aantal meldingen over (mogelijke) hennepplantages in 2021 is niet bekend.

Aantal geruimde hennepkwekerijen, 2012-2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aantal	5.773	5.962	6.006	5.856	5.538	4.670	3.913	3.635	2.894	2.285

Bron: Nationale Politie, Landelijke Eenheid, Dienst Landelijke Informatieorganisatie (2021 en 2022)



Bron: Nationale Politie, Landelijke Eenheid, Dienst Landelijke Informatieorganisatie (Nationale Politie, 2021, 2022). Bewerking Regioplan.

NDM

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Noord-Nederland	607	524	488	404	436	313	246	184
Oost-Nederland	950	871	866	761	640	587	527	406
Midden-Nederland	413	513	463	405	306	236	231	139
Noord-Holland	162	412	461	357	281	325	226	177
Amsterdam	486	512	342	309	206	176	158	268
Den Haag	556	576	516	510	414	374	240	216
Rotterdam	842	629	634	550	507	576	363	279
Zeeland West-Brabant	763	598	673	532	424	365	249	164
Oost-Brabant	606	551	487	301	193	245	233	146
Limburg	612	662	600	538	502	437	419	304
Landelijke Eenheid	9	8	8	3	4	1	2	2

- Het overgrote deel van de opgerolde hennepkwekerijen betrof in 2021 binnenkwekerijen (90%). Een kleiner deel bestond uit buitenteelt (10%). Dit beeld is vergelijkbaar met 2020 [5].
- Buitenkwekerijen werden in 2021 vooral door de eenheden Rotterdam (41) en Den Haag (41) gerapporteerd. Het aantal buitenkwekerijen daalde sterk in deze eenheden. In 2020 werden nog 92 buitenkwekerijen in de eenheid Rotterdam ontmanteld. In de eenheid Den Haag betrof het zestig buitenkwekerijen in 2020. De afname van het aantal geruimde buitenkwekerijen vond in 2021 ook plaats in de eenheden Limburg en Oost-Brabant [5].
- In 2021 daalde het aantal in beslag genomen hennepplanten van ruim 464.000 planten in 2020 naar 399.376 planten. Met uitzondering van 2019, daalt het aantal in beslag genomen hennepplanten sinds 2017. In 2017 betrof het nog bijna 723.000 planten [5].
- Het Openbaar Ministerie (OM) en de politie rapporteerden eerder al dat het aantal grammen per

plant in voorgaande jaren behoorlijk is gestegen, doordat de toppen van de planten vele malen groter werden dan voorheen [12]. In 2021 is, tegenstelling tot 2020 en 2019, het aantal kilo in beslag genomen henneptoppen gedaald: er werd ongeveer 1.800 kilo henneptoppen in beslag genomen. In 2020 was dit ruim 4.200 kilo en in 2019 bijna 4.000 kilo [5].

- Een mogelijke verklaring voor de daling van het aantal in beslag genomen hennepplanten is gelegen in innovatieve productiemethoden van hennepkwekers. Deze innovaties, gericht op afscherming van de hennepteelt, bestaan onder andere uit klimaatbeheersingssystemen waarmee de afvoer van verwarmde lucht niet of verminderd waarneembaar is en op de maskering van de hennepgeur. Door deze innovaties zijn kwekerijen minder zichtbaar en daarmee lastiger op te sporen. Daarnaast maken kwekers de laatste jaren meer gebruik van kleine locaties waar een onderdeel van het productieproces plaatsvindt; oogsten, knippen en drogen kunnen bijvoorbeeld op dezelfde locaties plaatsvinden maar kunnen ook over verschillende locaties worden verspreid. Hierdoor zijn per locatie minder planten aanwezig en blijven de planten een kortere tijdsperiode op een locatie [6].
- Experts in de duidingssessie van 2022 wijzen er daarnaast op dat de daling van het aantal in beslaggenomen hennepplanten mogelijk verklaard kan worden doordat vanwege druk op de capaciteit, de politie, het OM en de rechtspraak minder prioriteit hebben gegeven aan opsporing en rechterlijke afdoening van softdrugsdelicten [9].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Europol. European Union serious and organised crime threat assessment, A corrupting influence: the infiltration and undermining of Europe’s economy and society by organised crime. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
2. UNODC. World Drug Report 2022: 4 - Drug market trends of Cocaine, Amphetamine-type stimulants and New Psychoactive Substances. UNODC; 2022.
3. Politie . ERISSP Landelijk overzicht Synthetische Drugs 2020. Den Haag: Den Haag: Nationale Politie; 2021 p.
4. Politie. Nationaal Overzicht Drugslocaties 2021: Cannabis, Synthetische Drugs, Heroïne en CocaÏne. Den Haag; 2022.
5. Politie . ERISSP Landelijk overzicht Synthetische Drugs 1e helft 2021. Den Haag: Nationale Politie; 2021 p.
6. Chessa T, van Mantgem J, Vermeulen I. Fenomeenbeeld drugs 2021: “De narcostand van Nederland.” Zoetermeer; 2022.
7. Politie . Ondermijningsaanpak Synthetische drugs – cijfers 2020. Den Haag: Nationale Politie; 2021 p.
8. Politie . Informatierapport cocaïnewasserijen, methamfetamine- en heroïnelabs 2020. Nationale Politie; 2021 p.
9. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken 2022. 2023.
10. EMCDDA, Europol. EU Drug Market: Methamphetamine -. 2022.
11. Noordanus P, Tops P, Van der Torre E, Red. Een Pact voor de Rechtsstaat: Een sterke terugdringing van drugscriminaliteit in tien jaar. Den Haag: Strategisch Beraad Ondermijning; 2020.
12. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D, Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.

16.4 Opiumwetdelicten

16.4.1 Alcohol- en drugsgerelateerde incidenten

Toepassing Wet Damocles

Burgemeesters hebben door artikel 13b Opiumwet ('Wet Damocles') de bevoegdheid om op te treden indien in een pand sprake is van drugshandel, de aanwezigheid van een handelshoeveelheid drugs of de aanwezigheid van voorwerpen of stoffen waarvan betrokkene weet of ernstige reden heeft te vermoeden dat zij bestemd zijn voor bijvoorbeeld het telen of bereiden van soft- of harddrugs. De burgemeester heeft dan de bevoegdheid om een last onder bestuursdwang op te leggen. In de praktijk kan het toepassen van de bevoegdheid leiden tot de sluiting van een pand of perceel, een last onder dwangsom of een waarschuwing [1].

De Rijksuniversiteit Groningen heeft een onderzoek uitgevoerd naar de toepassing van de Wet Damocles door gemeenten in Nederland. Het onderzoek bevat zowel algemenere informatie van 245 gemeenten in Nederland als informatie over exacte aantallen over de toepassing van de Wet Damocles door 135 gemeenten in de periode 1 januari 2018 tot 1 juni 2020. Uit het onderzoek blijkt dat:

- De bevoegdheid werd door een groot aantal Nederlandse burgemeesters toegepast. Dit gold zowel in kleine, middelgrote als grote gemeenten in Nederland [1].
- De toepassing van de bevoegdheid vertaalde zich vooral in het geven van waarschuwingen of het sluiten van panden. Gemiddeld werden er door burgemeesters in de periode januari 2018 tot juni 2020 1 tot 10 waarschuwingen per gemeente gegeven [1].
- Vrijwel alle 245 bevraagde gemeenten gaven aan dat zij minstens één pand hebben gesloten in de onderzoeksperiode. Het gaat gemiddeld om 1 tot 10 gesloten panden per gemeente per jaar. Vooral woningen worden door burgemeesters gesloten [1].
- Als de bewoners in de wijk overlast van het pand ervaarden, keerde de rust terug in de wijk door de sluiting van de woning. Wanneer er geen overlast van het pand was nam het ervaren veiligheidsgevoel in de wijk juist af [1].

Landelijke ontwikkeling door de politie geregistreerde incidenten

De politie registreert incidenten die te maken hebben met de Opiumwet in het registratiesysteem BVH. Daarbij worden de incidenten onder vastgestelde maatschappelijke klassen geregistreerd. Voor softdrugsincidenten zijn dat F41 (bezit softdrugs) en F43 (handel e.d. softdrugs). Harddrugsincidenten worden geregistreerd onder de codes F40 (bezit harddrugs) en F42 (handel e.d. harddrugs). Deze registraties van soft- en harddrugsincidenten zijn voor de periode 2014-2018 onderzocht in een periodieke monitor [2]. Aanvullend zijn de politieregistraties over 2019, 2020 en 2021 opgevraagd (zie voor een toelichting ook bijlage B10).

In 2021 daalde zowel het aantal geregistreerde softdrugsincidenten als het aantal geregistreerde harddrugsincidenten. Dit is in lijn met de daling die te zien was in de periode 2014-2018. In 2019 was echter een stijging te zien in het aantal geregistreerde softdrugsincidenten en geregistreerde harddrugsincidenten, waarna in 2020 het aantal geregistreerde harddrugsincidenten daalde, terwijl

het aantal geregistreerde softdrugsincidenten enigszins toenam [2].

In overeenstemming met de politieregistraties daalde in 2021 het aantal meldingen bij Meld Misdaad Anoniem (M.) over druggerelateerde delicten zoals de productie en handel van harddrugs, hennepkwekerijen en internationale drugssmokkel met 6% naar 12.500 meldingen, ten opzichte van 2020 [3].

Geregistreerde soft- en harddrugsincidenten bij de politie, 2014-2021, in aantallen

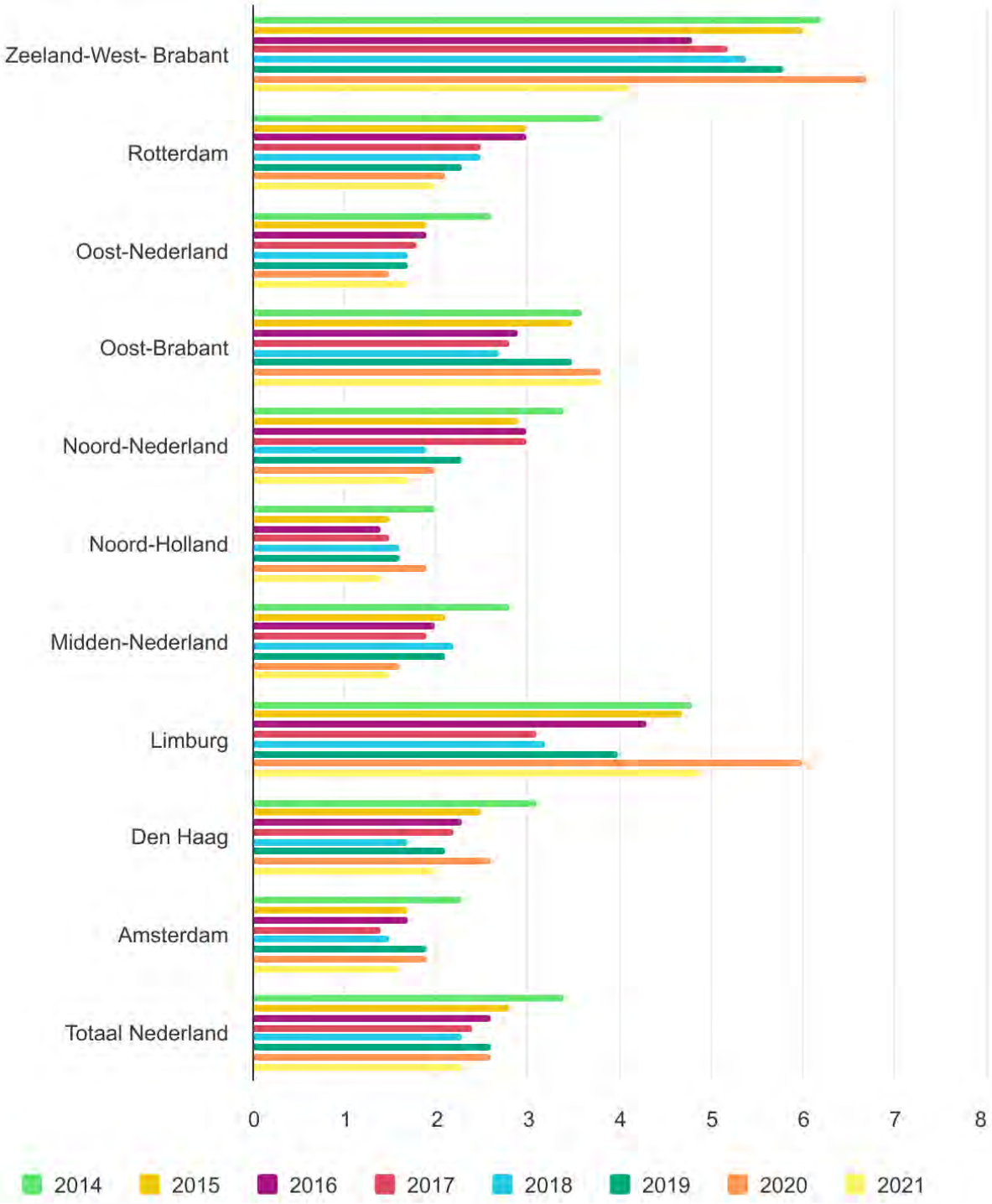
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Geregistreerde softdrugsincidenten	5.663	4.788	4.463	4.162	4.031	4.445	4.518	4.011
Geregistreerde harddrugsincidenten	8.587	8.424	8.164	7.942	7.999	8.720	7.963	7.167

Bron: cijfers over 2014-2018 zijn afkomstig uit Mennes et al., 2020. Cijfers over 2019, 2020 en 2021 betreffen registraties ontvangen van de Nationale Politie (augustus 2020, september 2021, maart 2022).

Regionale ontwikkeling door de politie geregistreerde incidenten

Als we op regionaal niveau het aantal geregistreerde softdrugsincidenten per 10.000 inwoners bekijken, zien we in 2021 in alle politie-eenheden behalve Oost-Nederland en Oost-Brabant een daling ten opzichte van 2020. In Oost-Nederland steeg het aantal geregistreerde softdrugsincidenten licht en in Oost-Brabant is het aantal geregistreerde softdrugsincidenten per 10.000 inwoners in 2021 vergelijkbaar met 2020. De grootste daling van het aantal geregistreerde softdrugsincidenten deed zich in 2021 voor in de eenheid Zeeland-West-Brabant (bijna 40%). Ten opzichte van 2020 is het aantal geregistreerde softdrugsincidenten in 2021 in heel Nederland licht gedaald: van 2,6 naar 2,3 per 10.000 inwoners.

Geregistreerde softdrugsincidenten per politie-eenheid[I], 2014-2021, in aantallen (per 10.000 inwoners)



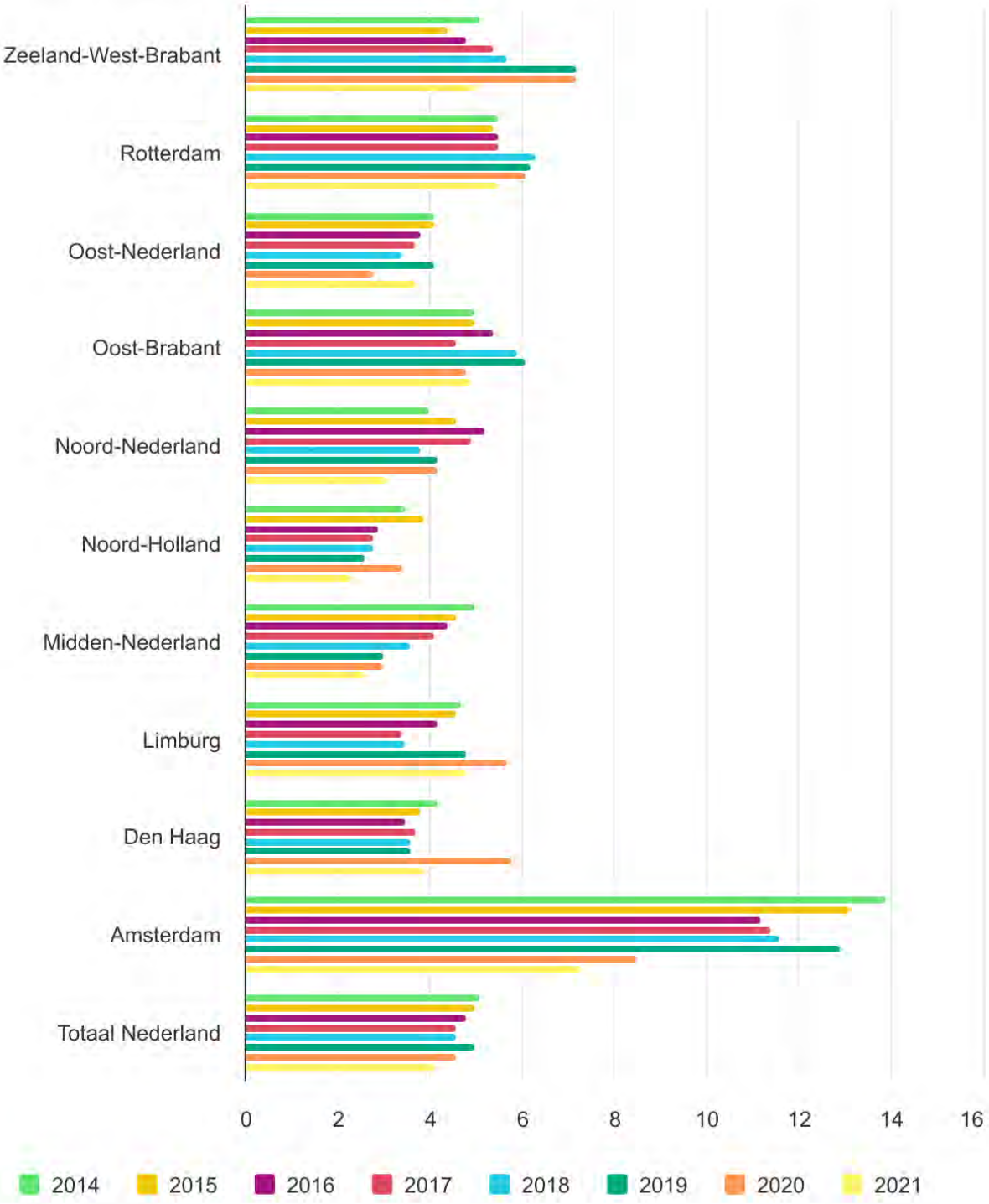
I. In Mennes et al. (2020) is de eenheid Oost-Nederland opgedeeld in twee regio's (niet-grens en grens). Omdat niet inzichtelijk is welke gemeenten in welke regio ondergebracht zijn, is hierboven gekozen om een gemiddelde van deze twee regio's weer te geven voor 2014-2018. Bron: cijfers over 2014-2018 zijn afkomstig uit Mennes et al., 2020. Cijfers over 2019, 2020 en 2021 betreffen registraties ontvangen van de Nationale Politie (augustus 2020, september 2021, maart 2022). Bewerking Regioplan.

NDM

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Zeeland-West- Brabant	6.2	6	4.8	5.2	5.4	5.8	6.7	4.1
Rotterdam	3.8	3	3	2.5	2.5	2.3	2.1	2
Oost-Nederland	2.6	1.9	1.9	1.8	1.7	1.7	1.5	1.7
Oost-Brabant	3.6	3.5	2.9	2.8	2.7	3.5	3.8	3.8
Noord-Nederland	3.4	2.9	3	3	1.9	2.3	2	1.7
Noord-Holland	2	1.5	1.4	1.5	1.6	1.6	1.9	1.4
Midden-Nederland	2.8	2.1	2	1.9	2.2	2.1	1.6	1.5
Limburg	4.8	4.7	4.3	3.1	3.2	4	6	4.9
Den Haag	3.1	2.5	2.3	2.2	1.7	2.1	2.6	2
Amsterdam	2.3	1.7	1.7	1.4	1.5	1.9	1.9	1.6
Totaal Nederland	3.4	2.8	2.6	2.4	2.3	2.6	2.6	2.3

Ook op regionaal niveau zien we dat in alle politie-eenheden, behalve Oost-Nederland en Oost-Brabant, het aantal geregistreerde harddrugsincidenten per 10.000 inwoners in 2021 afneemt. In die twee eenheden steeg het aantal geregistreerde harddrugsincidenten. De afname in geregistreerde harddrugsincidenten per 10.000 inwoners was het grootst in de eenheid Amsterdam (ruim 40%), gevolgd door de eenheden Noord-Holland en Den Haag (beide ruim 30%). In de eenheden Noord-Holland en Midden-Nederland was het aantal geregistreerde harddrugsincidenten aanzienlijk lager dan het landelijk gemiddelde. Ten opzichte van 2020 is het aantal geregistreerde harddrugsincidenten voor heel Nederland in 2021 licht gedaald: van 4,6 naar 4,1 per 10.000 inwoners.

Geregistreerde harddrugsincidenten per politie-eenheid[I], 2014-2021, in aantallen (per 10.000 inwoners)



I. In Mennes et al. (2020) is de eenheid Oost-Nederland opgedeeld in twee regio's (niet-grens en grens). Omdat niet inzichtelijk is welke gemeenten in welke regio ondergebracht zijn, is hierboven gekozen om een gemiddelde van deze twee regio's weer te geven voor 2014-2018. Bron: cijfers over 2014-2018 zijn afkomstig uit Mennes et al., 2020. Cijfers over 2019, 2020 en 2021 betreffen registraties ontvangen van de Nationale Politie (augustus 2020, september 2021, maart 2022). Bewerking Regioplan.

NDM

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Zeeland-West-Brabant	5.1	4.4	4.8	5.4	5.7	7.2	7.2	5
Rotterdam	5.5	5.4	5.5	5.5	6.3	6.2	6.1	5.5
Oost-Nederland	4.1	4.1	3.8	3.7	3.4	4.1	2.8	3.7
Oost-Brabant	5	5	5.4	4.6	5.9	6.1	4.8	4.9
Noord-Nederland	4	4.6	5.2	4.9	3.8	4.2	4.2	3.1
Noord-Holland	3.5	3.9	2.9	2.8	2.8	2.6	3.4	2.3
Midden-Nederland	5	4.6	4.4	4.1	3.6	3	3	2.6
Limburg	4.7	4.6	4.2	3.4	3.5	4.8	5.7	4.8
Den Haag	4.2	3.8	3.5	3.7	3.6	3.6	5.8	3.9
Amsterdam	13.9	13.1	11.2	11.4	11.6	12.9	8.5	7.3
Totaal Nederland	5.1	5	4.8	4.6	4.6	5	4.6	4.1

Uit de duidingssessie van 2022 bleek dat onder experts beperkt zicht is op mogelijke verklaringen voor de afname van het aantal geregistreerde soft- of harddrugsincidenten: of de ontwikkeling van het aantal geregistreerde incidenten en de verschillen per politie-eenheid bijvoorbeeld toe te schrijven zijn aan gewijzigde prioriteiten in de inzet van capaciteit (vanwege maatschappelijke onrust naar aanleiding van de coronamaatregelen) is onbekend [4].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Bruijn LM, Vols M. Onderzoek toepassing artikel 13b Opiumwet. Groningen /; 2021.

2. Mennes R, Schoonbeek I, Pieper R, Bieleman B. Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid: Meting 2018. Groningen-Rotterdam/Den Haag: Breuer&Intraval/WODC; 2020.
3. Meld. Misdaad. Anoniem. Anonieme tips voor tweede jaar op rij uitzonderlijk hoog, veel tips over geweldplegers en relschoppers. 2022.
4. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.

16.4.2 Verdachten van Opiumwetdelicten bij de politie

Verdachten van drugsgerelateerde opsporingsverzoeken bij de politie

In het registratiesysteem Summ-IT registreert de politie drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken en kenmerken van verdachten in deze opsporingsonderzoeken.

- In de periode 2017-2020 zijn in totaal 4.089 drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken van de politie geregistreerd in Summ-IT. Het jaarlijks aantal drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken is in deze periode relatief stabiel rond de 1.000 onderzoeken [1].
- In 2019 en 2020 was het aandeel drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken naar cocaïne het grootst, gevolgd door synthetische drugs, cannabis en heroïne. In één opsporingsonderzoek kunnen meerdere typen drugs voorkomen [1].

In 2020 zijn, in vergelijking met 2019, minder verdachten geregistreerd in opsporingsonderzoeken naar hennep, hasj, synthetische drugs, cocaïne en heroïne [1].

- Voor hennepgerelateerde opsporingsonderzoeken: in 2020 waren het 700 verdachten en in 2019 ging het om 1.137 verdachten. Het overgrote merendeel van de verdachten was man [1].
- Voor hasjgerelateerde opsporingsonderzoeken: 404 verdachten in 2020 en 457 in 2019. Mannen zijn eveneens in deze groep verdachten sterk oververtegenwoordigd [1].
- Voor synthetische drugs: 1.129 verdachten in 2020 en 1.265 verdachten in 2019. Het overgrote merendeel van de verdachten in opsporingsonderzoeken naar synthetische drugs was man en was tussen de 20 en 39 jaar [1].
- Voor cocaïnegerelateerde opsporingsonderzoeken: in 2020 betrof het 1.428 verdachten en in 2019 waren dit nog 1.528 verdachten. Het overgrote merendeel van de verdachten in cocaïnegerelateerd politieonderzoek was man. Meer dan de helft van deze verdachten was in 2019 en 2020 ouder dan 30 jaar [1].
- Voor heroïnegerelateerde criminaliteit: 354 verdachten in 2020 en 441 verdachten in 2019. Het overgrote merendeel van de verdachten in onderzoeken naar heroïne was man en tussen de 20 en 30 jaar oud [1].

Ontwikkeling van verdachten van Opiumwetdelicten

- Gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (gebaseerd op registraties van de politie) laten zien dat het (voorlopig) aantal geregistreerde verdachten van Opiumwetdelicten in 2021 sterk is afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren: van ruwweg 19.000 verdachten in 2020 naar ongeveer 16.000 verdachten in 2021. Het totaal aantal verdachten van misdrijven daalde echter ook grofweg in vergelijkbare mate in 2021, ten opzichte van 2020 [2].
- Het *aandeel* geregistreerde verdachten van een Opiumwetmisdrijf op alle geregistreerde verdachten van misdrijven was in 2021 vergelijkbaar met 2020: ongeveer 7%. Mogelijk wordt de trend van de afgelopen jaren vertekend door gewijzigde registratievoorschriften bij de politie, waardoor vanaf juli 2018 meerdere delicten niet meer in één registratie – van het zwaarste feit – mogen worden vastgelegd. Deze delicten worden nu apart van elkaar geregistreerd [2].
- In 2021 zijn de effecten van de coronapandemie op de strafrechtketen in de periode maart

2020-juni 2021 onderzocht door politiegegevens te analyseren. Uit de statistische analyse bleek dat de coronapandemie nauwelijks invloed heeft gehad op het aantal geregistreerde verdachten: het aantal verdachten van Opiumwetdelicten in de periode maart 2020-juni 2021 week niet veel af van de prognose van de situatie zonder coronapandemie [3]. Dit wijst op dat de ontwikkelingen van het aantal verdachten van Opiumwetdelicten sinds de de start van de coronapandemie niet verklaard kan worden door (maatregelen ter bestrijding van) de coronapandemie.
- De gegevens van het CBS zijn door definitieverschillen niet vergelijkbaar met de gegevens uit de OMDATA/RACmin over Opiumwetdelicten die in de volgende paragrafen worden gepresenteerd (zie ook bijlage B10).

Verdachten van Opiumwetmisdrijven ten aanzien van het totaal aantal verdachten, 2012-2021, in absolute aantallen en percentage[I,II]

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	20
% Opiumwetverdachten	6,5	6,8	6,9	6,8	6,6	6,7	7,0	7,3	7,0	6,9
Opiumwetverdachten (afgerond, *1.000)	24	24	23	21	18	17	18	20	19	16
Totaal verdachten misdrijven (afgerond, *1.000)	373	350	327	302	279	258	259	276	264	23

I. Geregistreerde verdachten misdrijven, in duizendtallen. II. Voorlopige cijfers over 2020 en 2021. Bron: CBS Statline (2022), bewerking Regioplan.

- Het aantal geregistreerde Opiumwetmisdrijven daalde, evenals het aantal Opiumwetverdachten, in 2021 naar ruwweg 12.000. Daarmee lijkt de daling van 2020 door te zetten. Ook het totaal aantal geregistreerde misdrijven daalde in 2021 opnieuw (zie tabel 16.4.3 hieronder) [2].
- Het *aandeel* Opiumwetmisdrijven in het totaal aantal misdrijven was in 2021 vergelijkbaar met het voorgaande jaar (1.6%). Ten aanzien van de trendontwikkeling van het aantal geregistreerde Opiumwetmisdrijven vanaf 2018 (ten opzichte van voorgaande jaren) kan een registratie-effect een rol spelen: sinds juli 2018 kunnen meerdere delicten niet meer onder één registratie worden vastgelegd [2].
- De daling van het totaal aantal geregistreerde misdrijven in 2020 (ten opzichte van 2019) lijkt verband te houden met de coronamaatregelen, waaronder met name in de periode maart-mei 2020. De daling werd namelijk pas bij het ingaan van de maatregelen in maart ingezet en vanaf mei, toen de maatregelen werden versoepeld, steeg de geregistreerde criminaliteit weer [4].

- Op basis van registraties van de politie bleek dat het aantal geregistreerde Opiumwetdelicten aan het begin van de tweede lockdown, voordat de avondklok werd ingevoerd (19 december 2020 tot 23 januari 2021), significant was toegenomen. Desalniettemin bleek dat, wanneer de hele periode maart 2020-juni 2021 wordt bezien, de coronamaatregelen geen effect hebben gehad op het aantal geregistreerde Opiumwetdelicten [2].
- De toename van het totaal aantal geregistreerde misdrijven in 2019 (ten opzichte van 2018) is mogelijk (mede) veroorzaakt doordat het eenvoudiger is geworden om aangifte via internet te doen [5]. Dit kan geen verklaring zijn voor de toename van het aantal geregistreerde Opiumwetmisdrijven in 2019, aangezien Opiumwetdelicten doorgaans niet via aangiften ter kennis van de politie komen.

Opiumwetmisdrijven op totaal aantal misdrijven, 2012-2021, in absolute aantallen en %[I,II]

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	202
% Opiumwetmisdrijven	1,5	1,5	1,6	1,5	1,4	1,5	1,7	1,8	1,6	1,6
Opiumwetmisdrijven (afgerond, *1.000)	18	17	16	15	13	13	13	15	13	12
Totaal misdrijven (afgerond, *1.000)	1.155	1.106	1.026	979	930	833	786	822	813	754

I. Geregistreerde misdrijven, in duizendtallen. II. Voorlopige cijfers voor 2020 en 2021. Bron: CBS Statline (2022), bewerking Regioplan.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Chessa T, van Mantgem J, Vermeulen I. Fenomeenbeeld drugs 2021: “De narcostand van Nederland.” Zoetermeer: ; 2022 p. 1–327.
2. CBS. Geregistreerde criminaliteit; soort misdrijf, regio . 2022.
3. Moolenaar D, Choenni S. Effect van COVID-19 op de strafrechtketen. Memorandum 2021-3 [Internet]. Den Haag; 2021. Available from: www.wodc.nl.
4. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, Van den Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2020. Ontwikkelen en samenhangen. Den Haag: WODC; 2021 p. 1–190. (Cahier 2021-22).
5. Meijer RF, Van den Braak SW, Choenni R. Criminaliteit en rechtshandhaving 2019: Ontwikkelingen en samenhangen. Den Haag: WODC; 2020 p. (Cahier 2020-16).

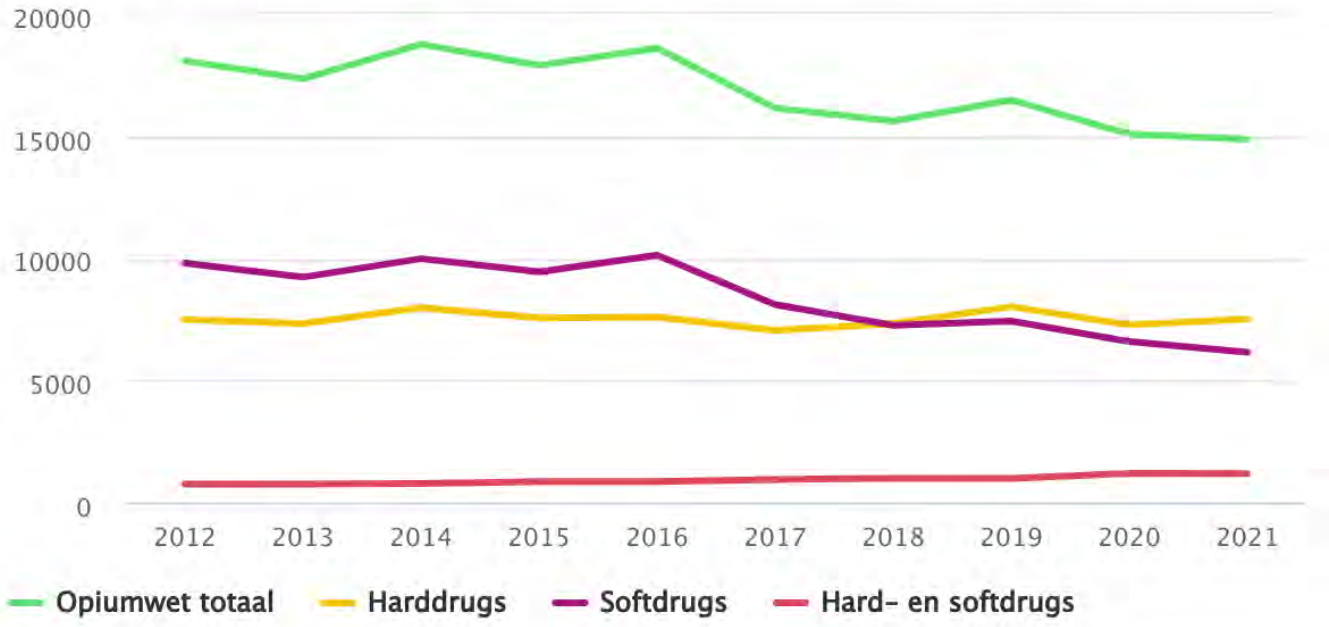
16.4.3 Instroom van Opiumwetzaken en -delicten bij het OM

Totale instroom van Opiumwetdelicten

Opiumwetdelicten worden conform de beleidsregels in de Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie (OM) vervolgd (zie www.om.nl). In 2021 daalde de instroom van Opiumwetzaken bij het OM licht in vergelijking met 2020. Ook de instroom van het totaal aantal strafrechtzaken bij het OM daalde in 2021 [1–4]. Het aandeel Opiumwetzaken in het totaal aantal ingestroomde strafrechtzaken bij het OM was in de periode 2012-2021 relatief stabiel rond 10% [1,4].

- De daling van het aantal Opiumwetzaken in 2021 is in lijn met de ingezette daling vanaf 2016, met uitzondering van een stijging in 2019. De toename in dat jaar werd voornamelijk veroorzaakt door een stijging van het aantal harddrugszaken.
- In 2021 daalde, in lijn met de dalende trend vanaf 2016, het aantal softdrugsdelicten ten opzichte van het jaar daarvoor. Het aandeel softdrugszaken, in het totaal van bij het OM ingestroomde Opiumwetzaken, daalde in 2021 wederom. In 2021 was 41% een softdrugszaak, terwijl tot 2017 nog de helft van het aantal ingestroomde Opiumwetzaken uit softdrugszaken bestond.
- Het aantal harddrugsdelicten steeg in 2021 na een daling in 2020. Het aandeel harddrugszaken in de instroom steeg licht in 2021 (51%). Sinds 2018 is de categorie harddrugszaken, na een zesjarige periode waarin softdrugszaken domineerden, in 2021 opnieuw de grootste.
- Het aantal gecombineerde hard- en softdrugszaken bleef in 2021 min of meer gelijk aan het aantal in 2020. In 2021 was het aandeel ingestroomde gecombineerde hard- en softdrugszaken gelijk aan het aandeel in 2020 (8%). Sinds 2012 is het aandeel gestegen van 4% tot 8% in 2021.
- Uit de duidingssessie in 2021 bleek dat het aandeel softdrugsdelicten mogelijk is gedaald omdat deze delicten beperkt door aangiften worden gedreven; het zijn delicten die de handhaving moet aantreffen. In de coronapandemie was de capaciteit bij de politie voor softdrugsdelicten beperkt. Dit geldt volgens experts niet voor harddrugsdelicten (informatie per e-mail ontvangen van de politie, oktober 2021; [5]). Daarnaast kan de afname van het aandeel ingestroomde softdrugsdelicten mogelijk worden verklaard door de daling van het aantal ontmantelde hennepkwekerijen; een relatief groot deel van de ingestroomde softdrugsdelicten betreft 'vervaardigen' en de omvang van dit type delicten neemt eveneens af sinds 2016 (zie ook § 16.3.2).
- In de duidingssessie in 2022 wezen experts erop dat de voortzetting van de stijging van het aandeel harddrugsgerelateerde zaken mogelijk een indicatie is van normalisering van harddrugsgebruik [6].
- Het is volgens de experts in de duidingssessie in 2022 mogelijk dat de instroom van softdrugsgerelateerde zaken in 2021 is gedaald als gevolg van de coronamaatregelen, zoals de tijdelijke sluiting van de horeca. Hierdoor was er nauwelijks sprake van uitgaansleven en waren de gelegenheden om softdrugs te gebruiken beperkt [6]. Tijdens de duidingssessie in 2021 is een vergelijkbare verklaring aangedragen voor de daling van het aandeel harddrugszaken waarin het gaat om bezit van harddrugs (zie ook hieronder) [5].

Opiumwetzaken[I] ingestroomd bij het OM, naar hard- en softdrugsII, 2012-2021, in aantallen



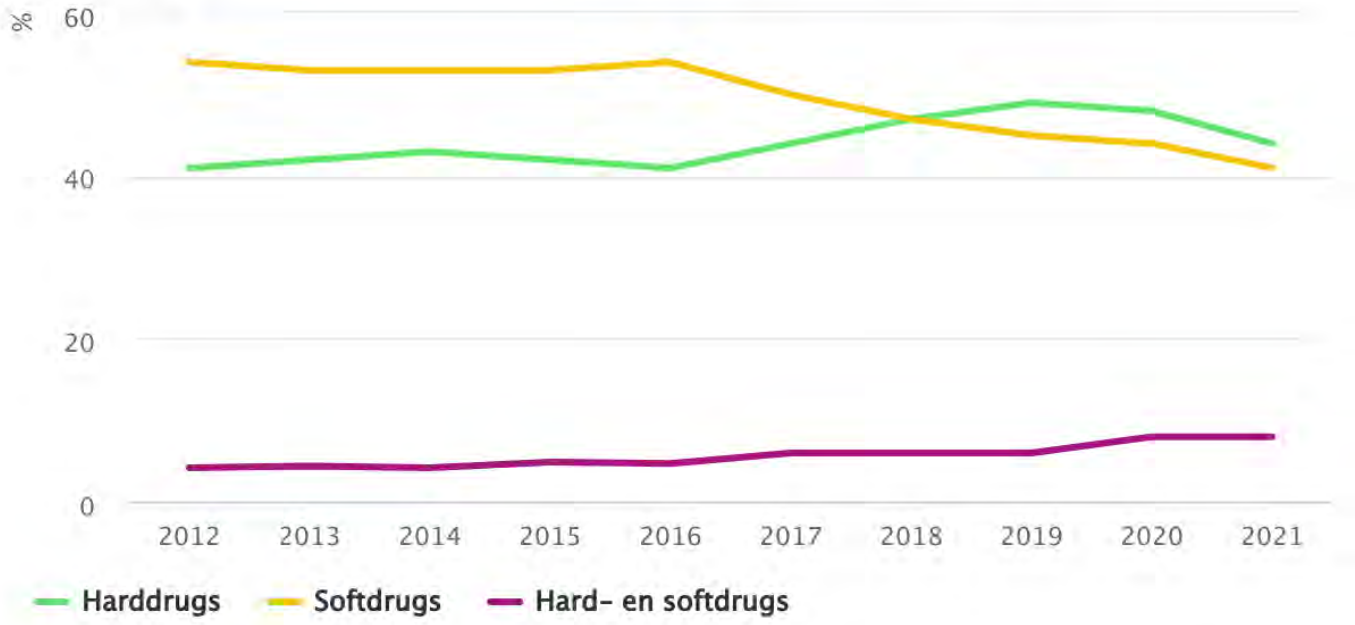
I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. II. Een gering aantal Opiumwetzaken laat zich niet indelen in een van de categorieën. Deze zaken zijn hier niet opgenomen. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

Jaar	Opiumwet totaal	Harddrugs	Softdrugs	Hard- en softdrugs
2012	18090	7505	9815	765
2013	17360	7340	9240	765
2014	18775	7990	9995	790
2015	17910	7570	9455	870
2016	18620	7600	10140	870
2017	16160	7060	8115	955
2018	15625	7340	7270	1005

Jaar	Opiumwet totaal	Harddrugs	Softdrugs	Hard- en softdrugs
2019	16490	8030	7445	1000
2020	15095	7285	6600	1205
2021	14880	7520	6160	1200

Opiumwetzaken[I] ingestroomd bij het OM, naar hard- en softdrugsII, 2012-2021, in %



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, bewerking WODC.

NDM

Jaar	Harddrugs	Softdrugs	Hard- en softdrugs
2012	41	54	4.2
2013	42	53	4.4

Jaar	Harddrugs	Softdrugs	Hard- en softdrugs
2014	43	53	4.2
2015	42	53	4.9
2016	41	54	4.7
2017	44	50	6
2018	47	47	6
2019	49	45	6
2020	48	44	8
2021	44	41	8

- Ten opzichte van de totale instroom bij het OM is het aandeel Opiumwetzaken in 2021 licht toegenomen tot 8,9%. Vanaf 2016 daalde het aandeel Opiumwetzaken bij het OM, voornamelijk door de daling van het aantal softdrugszaken.
- De stijging van het totaal aantal zaken die in 2019 bij het OM zijn ingestroomd, werd veroorzaakt door een wijziging in de registratiemethode: zaken die in voorgaande jaren voor instroom bij het OM werden geseponeerd, worden in 2019 wel als instroom bij het OM geregistreerd [1,5]. Mogelijk worden relatief weinig Opiumwetzaken voor instroom bij het OM geseponeerd, waardoor het aandeel Opiumwetzaken in de totale instroom bij het OM in 2019 desondanks daalde.

Aandeel Opiumwetzaken op totale instroom OM, 2012-2021, in %[1]

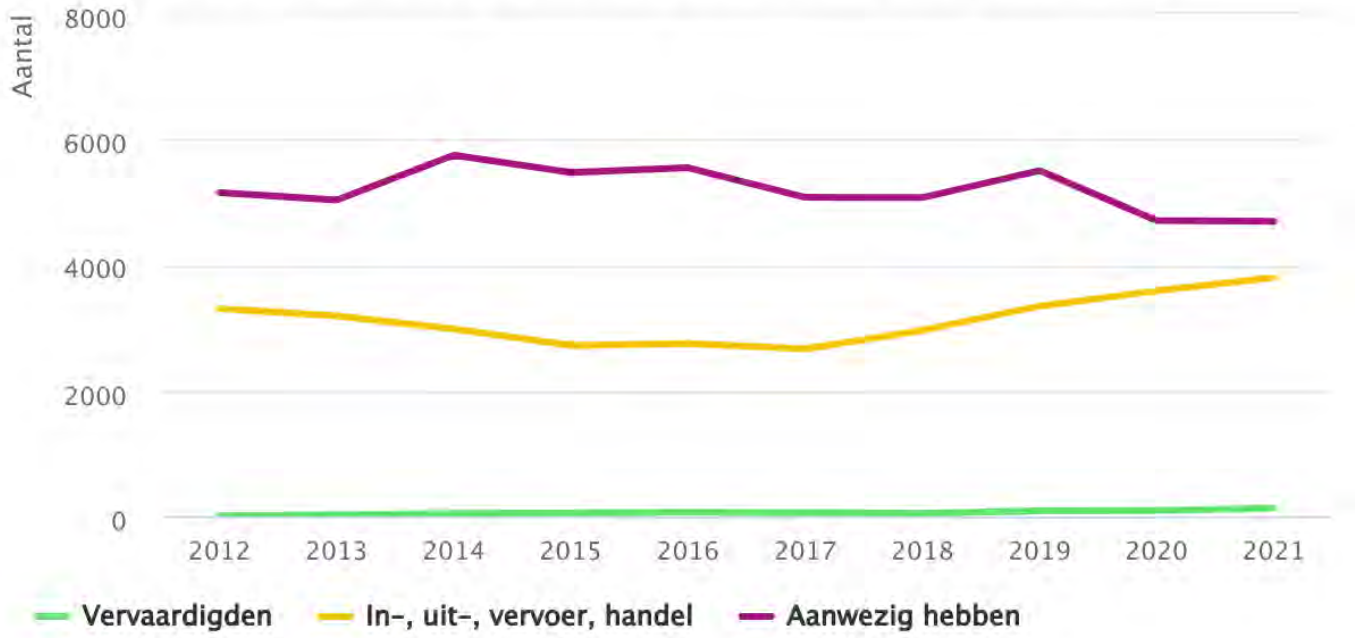
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
% Opiumwet	8,1	8,3	8,9	9,4	9,8	9,3	9,1	8,7	8,6	8,9
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	224	209	211	190	190	175	171	190	176	168

I. Zaken totaal in duizendtallen. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC/Regioplan.

Instroom van harddrugsdelicten

- In de instroom bij het OM van Opiumwetdelicten voor harddrugs kan onderscheid gemaakt worden naar vervaardigen, in-, uit- en vervoer en handel, en het aanwezig hebben van harddrugs.
- In 2021 had 53% van de harddrugsdelicten betrekking op het ‘aanwezig hebben’ (vrij vertaald: bezit) van harddrugs. Hieronder zijn zowel het bezit van relatief kleine hoeveelheden voor eigen gebruik als het bezit van handelshoeveelheden geschaard. De dalende trend van de bezitsdelicten werd in 2021 gecontinueerd.
- Voor het vijfde jaar op een rij is het aandeel ‘in-, uit- en vervoer en handel’ van harddrugsdelicten gestegen, naar 43% in 2021. Experts in de duidingssessie van 2021 wezen erop dat de coronapandemie mogelijk van invloed is geweest op de relatief sterke stijging in 2020 ten opzichte van 2019: door de sluiting van horeca en beperkte doorgang van evenementen (zoals festivals) is mogelijk minder bezit van drugs geconstateerd [7]. Het absolute aantal harddrugsdelicten dat betrekking heeft op ‘in-, uit- en vervoer en handel’ is in 2021 gestegen ten opzichte van het jaar daarvoor. Tot 2016 daalde het aandeel van ‘in-, uit- en vervoer en handel’ van harddrugsdelicten. Dit sluit aan bij de stijgende trend die vanaf 2016 zichtbaar is. Het betreft een brede categorie met delicten die op basis van het registratiesysteem van het OM niet verder te specificeren vallen.
- Een klein deel van de harddrugsdelicten betreft de productie van een harddrug. In 2021 was dat 1,5% van de harddrugsdelicten. Dat is een lichte stijging ten opzichte van 2020. Vanaf 2019 is het aandeel productie van een harddrug boven de 1%. Bij de categorie gecombineerde hard- en softdrugsdelicten is dit aandeel groter (10% in 2021) zoals verderop zal worden beschreven. Productie van drugs is mogelijk moeilijker te bewijzen dan handel of bezit waardoor dergelijke casussen minder snel zouden resulteren in een zaak (en daarmee registratie bij het OM), bleek uit de duidingssessie in 2021 [7].

Instroom van harddrugsdelicten[I] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, en aanwezig hebben, 2012-2021, in aantallen

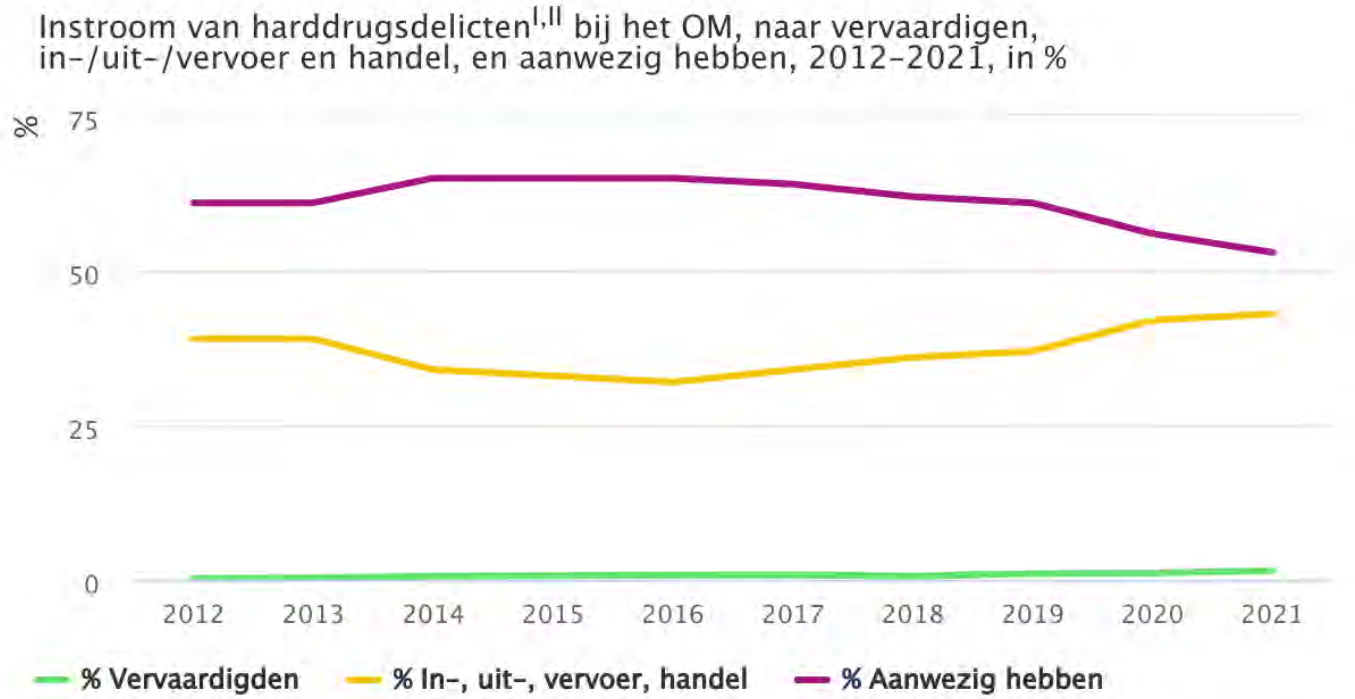


I. In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC/Regioplan.

NDM

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
2012	15	3310	5160
2013	25	3195	5040
2014	50	2985	5755
2015	55	2725	5480
2016	70	2755	5555
2017	60	2670	5085
2018	50	2965	5080

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
2019	90	3350	5510
2020	95	3595	4715
2021	130	3805	4700



I. In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten. II. In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten, daardoor tellen de aantallen op tot een hoger aantal dan in het voorgaande figuur 'Opiumwetzaken ingestroomd bij het OM, naar hard- en softdrugs'. Bron: OM/RACmin, bewerking WODC.

NDM

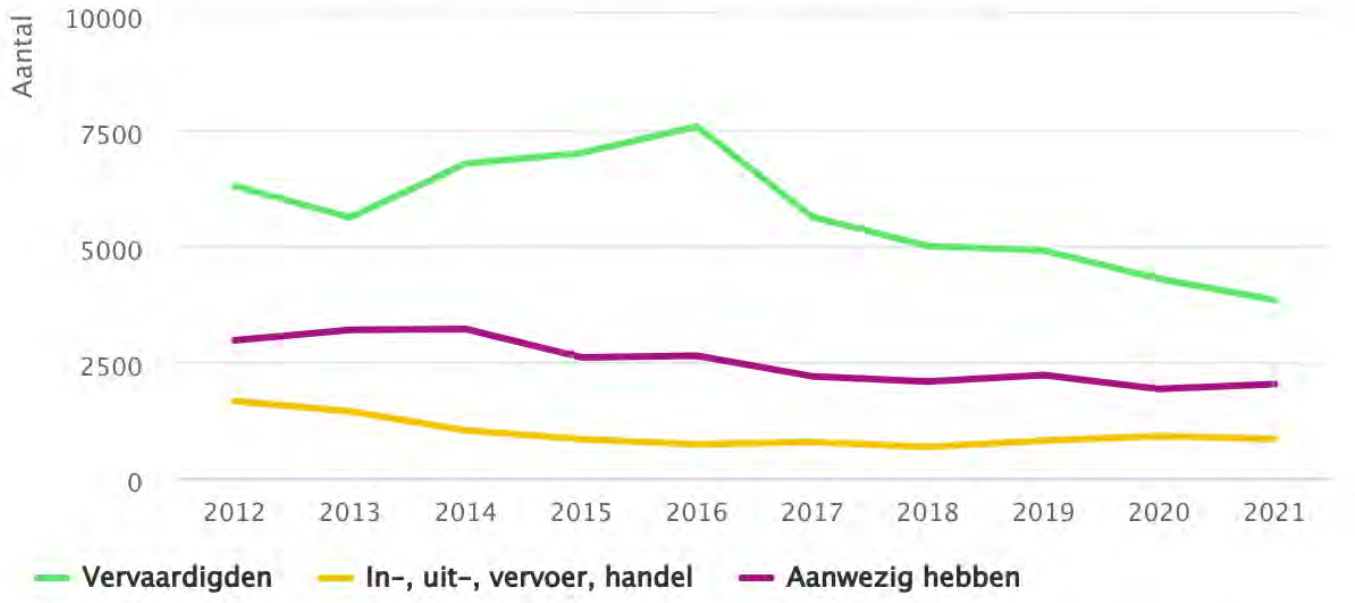
Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2012	0.2	39	61
2013	0.3	39	61

Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2014	0.6	34	65
2015	0.7	33	65
2016	0.8	32	65
2017	0.8	34	64
2018	0.6	36	62
2019	1	37	61
2020	1.1	42	56
2021	1,5	43	53

Instroom van softdrugsdelicten

- In de instroom bij het OM van Opiumwetdelicten voor softdrugs kan onderscheid gemaakt worden naar vervaardigen, in-, uit- en vervoer en handel, en het aanwezig hebben.
- In 2021 had bijna één derde van de softdrugsdelicten betrekking op de categorie ‘aanwezig hebben’. Dit is een lichte stijging ten opzichte van 2020 en in lijn met een licht stijgende trend vanaf 2017. Deze delictscategorie betreft het bezit van softdrugs. Hieronder wordt zowel het bezit van relatief kleine hoeveelheden voor eigen gebruik als het bezit van handelshoeveelheden begrepen.
- In 2021 betrof 12% van de softdrugsdelicten de categorie ‘in- uit- en vervoer en handel’ van softdrugs. Dit is ongeveer gelijk aan het jaar 2020. In de voorgaande jaren schommelde dit percentage rond de 9%. Daarmee lijken de cijfers te suggereren dat dit aandeel aan het stijgen is.
- In 2021 had 56% van de softdrugsdelicten betrekking op de delictscategorie ‘vervaardigen’. Dit is in lijn met de vanaf 2017 ingezette daling.

Instroom van softdrugsdelicten[I,II] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, aanwezig hebben, 2012-2021, in aantallen



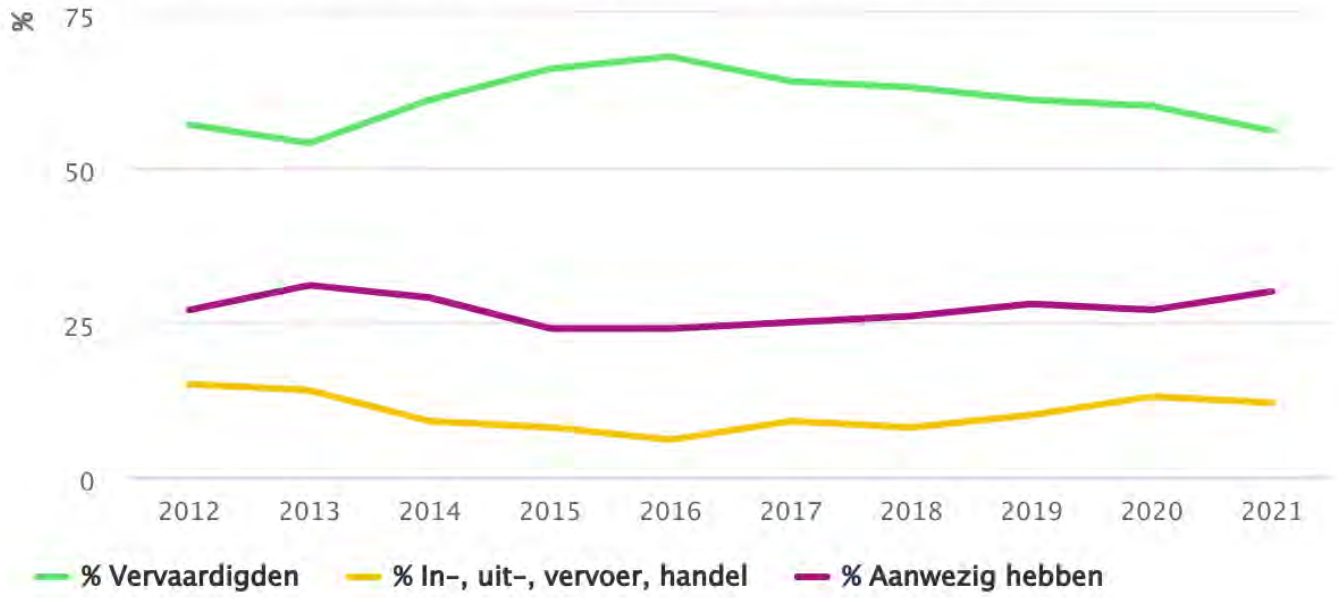
I In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten. II In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten, daardoor tellen de aantallen op tot een hoger aantal dan in het voorgaande figuur 'Opiumwetzaken ingestroomd bij het OM, naar soft- en harddrugs'. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
2012	6295	1655	2965
2013	5615	1435	3195
2014	6780	1025	3210
2015	7005	835	2600
2016	7580	725	2635
2017	5630	770	2190
2018	5000	665	2080

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
2019	4905	805	2220
2020	4295	900	1915
2021	3835	840	2020

Instroom van softdrugsdelicten[I,II] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, aanwezig hebben, 2012-2021 in %



I In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten. II. In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten, daardoor tellen de aantallen op tot een hoger aantal dan in het voorgaande figuur 'Opiumwetzaken ingestroomd bij het OM, naar hard- en softdrugs'. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

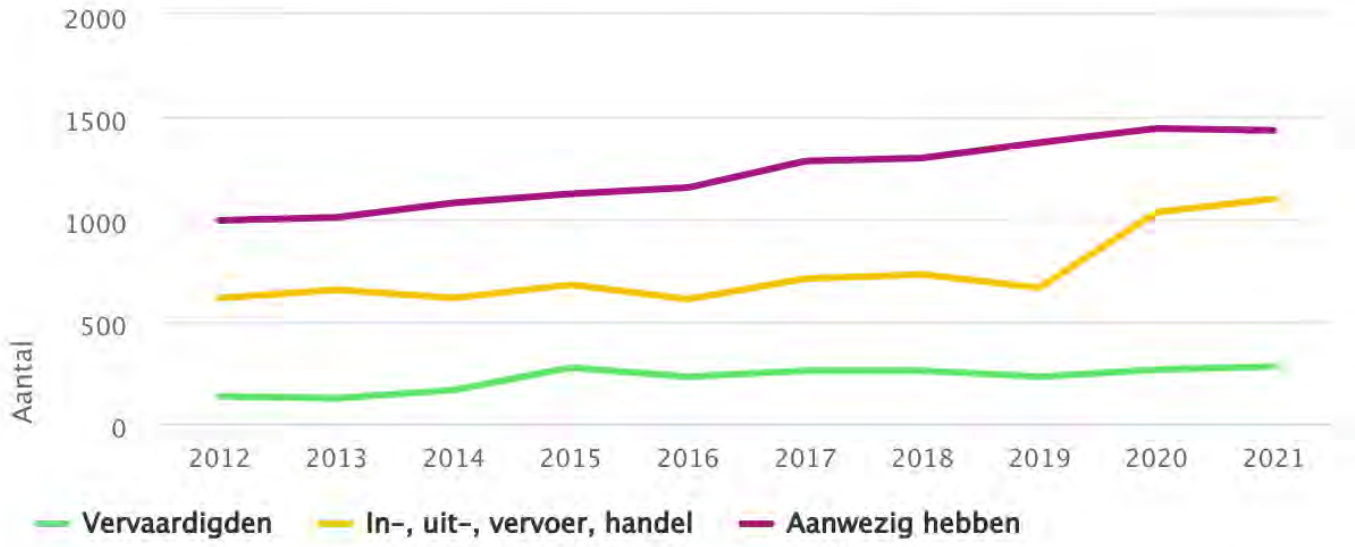
Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2012	57	15	27
2013	54	14	31

Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2014	61	9	29
2015	66	8	24
2016	68	6	24
2017	64	9	25
2018	63	8	26
2019	61	10	28
2020	60	13	27
2021	56	12	30

Instroom van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten

- Ook in de instroom van Opiumwetdelicten voor gecombineerde hard- en softdrugsdelicten bij het OM kan onderscheid worden gemaakt naar vervaardigen, in-, uit- en vervoer en handel, en het aanwezig hebben.
- De grootste delictcategorie van gecombineerde hard- en softdrugszaken was in 2021 aanwezig hebben (vrij vertaald ‘bezit’): 49%. Dit aandeel is ongeveer gelijk aan 2020. In de periode 2012-2018 schommelde het aandeel van deze categorie rond 55%.
- In 2021 betrof de categorie ‘in-, uit- en vervoer en handel’ ruim 37% van de gecombineerde drugsmisdrijven. Dit is ongeveer gelijk aan 2020, maar meer dan in de jaren daarvoor waarin het aandeel schommelde rond 32% (2012-2020).
- In 2021 had één op de tien delicten betrekking op het vervaardigen van drugs (10%). Vanaf 2015 ligt dit aandeel rond de 11%.

Instroom van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten[I,II] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, en aanwezig hebben, 2012-2021, in aantal



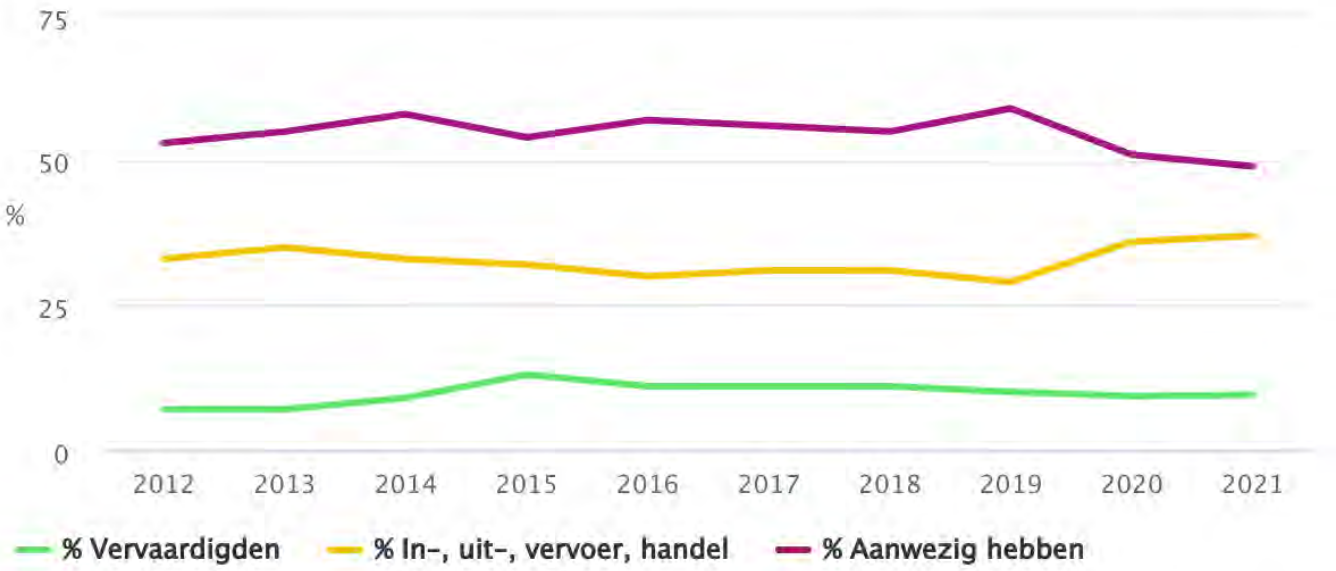
I In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten. II. In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten, daardoor tellen de aantallen op tot een hoger aantal dan in het voorgaande figuur 'Opiumwetzaken ingestroomd bij het OM, naar hard- en softdrugs'. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
2012	135	615	995
2013	125	655	1010
2014	165	615	1080
2015	275	680	1125
2016	230	610	1155
2017	260	710	1285
2018	260	730	1300

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
2019	230	665	1375
2020	265	1035	1445
2021	280	1100	1435

Instroom van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten[I,II] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, en aanwezig hebben, 2012-2021, in %



I. In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten. II. In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten, daardoor tellen de aantallen op tot een hoger aantal dan in het voorgaande figuur 'Opiumwetzaken ingestroomd bij het OM, naar hard- en softdrugs'. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2012	7	33	53
2013	7	35	55

Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2014	9	33	58
2015	13	32	54
2016	11	30	57
2017	11	31	56
2018	11	31	55
2019	10	29	59
2020	9,3	36	51
2021	9,5	37	49

Aanvullende informatie

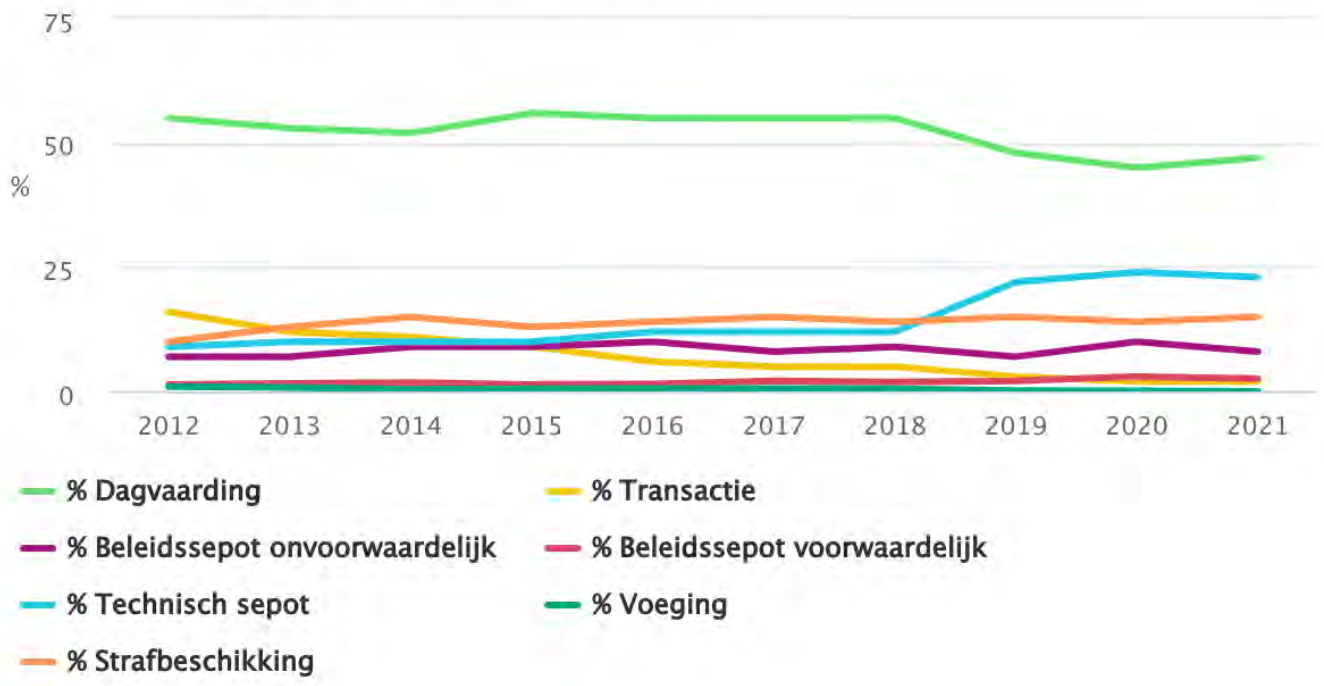
Bronnen

1. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, Van den Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2020: Ontwikkelen en samenhangen. Den Haag: WODC; 2021 p. 1–190. (Cahier 2021-22).
2. OM . Jaarbericht 2020. Den Haag: OM; 2021 p. 1–35.
3. OM . Jaarbericht 2021. Den Haag: OM; 2022 p. 1–37.
4. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, van den Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2021: Ontwikkelingen en samenhangen. Den Haag; 2022.
5. Meijer RF, Van den Braak SW, Choenni R. Criminaliteit en rechtshandhaving 2019: Ontwikkelingen en samenhangen. Den Haag: WODC; 2020 p. 1–188. (Cahier 2020-16).
6. . Notitie opbrengsten groepsgesprekken. Regioplan; 2022 p. 1–6.
7. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. Regioplan; 2021 p. 1–6.

16.4.4 Beslissingen door het OM in Opiumwetzaken

- In 2021 werd, net als in 2020, iets minder dan de helft van de verdachten van een Opiumwetdelict door het Openbaar Ministerie (OM) voor de rechter gebracht, dat wil zeggen: zij zijn door het OM gedagvaard. Dat is minder dan in de jaren daarvoor (2012-2018).
- Het aandeel dagvaardingen in het totaal van door het OM behandelde misdrijfzaken steeg daarentegen licht in 2021 (van 45% in 2020 naar 47% in 2021). Dit volgt op een daling in 2020, die strookte met de afspraken tussen het OM en de rechtspraak in 2020 om de druk op de zittingscapaciteit te verlichten. Vanwege de coronamaatregelen hebben in maart-mei 2020 nagenoeg geen zittingen plaatsgevonden, waardoor de voorraad strafzaken voor behandeling op zitting snel opliep. Daardoor zijn zaken door het OM opnieuw beoordeeld en in toenemende mate door het OM zelf afgedaan [1–4]. Het stijgende aandeel dagvaardingen in 2021 is mogelijk het gevolg van de inhaalslag die door de rechtspraak dat jaar is gemaakt om de voorraad strafzaken voor behandeling op zitting terug te brengen, blijkt uit de duidingssessie van 2022 [5].
- Het aandeel transacties bedroeg 1,5% in 2021. Dit is ongeveer vergelijkbaar met het percentage in 2020 maar aanzienlijk lager dan in de jaren daarvoor. Door de opkomst van de strafbeschikking daalde dit aandeel sinds 2012. Meestal gaat het om financiële transacties (ofwel ‘geldsomtransacties’), maar ook vergoeding van schade en taakstraffen vallen hieronder.
- Het aandeel beleidssepots is in 2021 gedaald naar 10%, wat het aandeel weer in lijn brengt met het aandeel in de periode 2014-2018. De afname van het aandeel beleidssepots in 2021 is voornamelijk toe te schrijven aan een daling van onvoorwaardelijke beleidssepots. De tussentijdse stijging van het aandeel beleidssepots in 2020 is mogelijk toe te schrijven aan de coronamaatregelen. Tussen 17 maart en 11 mei 2020 hebben vanwege de maatregelen geen rechtszittingen plaatsgevonden waardoor een werkvoorraad is ontstaan. Tijdelijk beleid van het OM is gericht de beperkte zittingscapaciteit te sparen door wanneer mogelijk relatief eenvoudige zaken met een strafbeschikking af te doen of deze te seponeren.
- In 2021 is het aandeel technische sepots op 23% gestabiliseerd (in vergelijking met de twee jaar ervoor). In 2019 was het aandeel technische sepots bijna verdubbeld ten opzichte van 2018. De aanzienlijke stijging van de technische sepots werd veroorzaakt doordat het OM sinds 2019 alle sepotbeslissingen, waaronder technische sepots, vastlegt in de eigen registratiesystemen en dat alle sepotbeslissingen sindsdien in de uitstroom meegeteld werden. In 2013 tot 2019 registreerde het OM de (technische) sepotbeslissingen ook, maar vond die registratie plaats in het politiesysteem BOSZ (Betere Opsporing door Sturing op Zaken) [6,7]. Voegingen kwamen in de afgelopen tien jaar betrekkelijk weinig voor (< 1%) en dit aandeel daalde sinds 2012.
- Het aandeel strafbeschikkingen bleef met 15% in 2021 relatief stabiel. Sinds 2013 schommelt het aandeel strafbeschikkingen rond de 14%.

Afdoening OM in Opiumwetzaken[I], 2012-2021, in %



I De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC

NDM

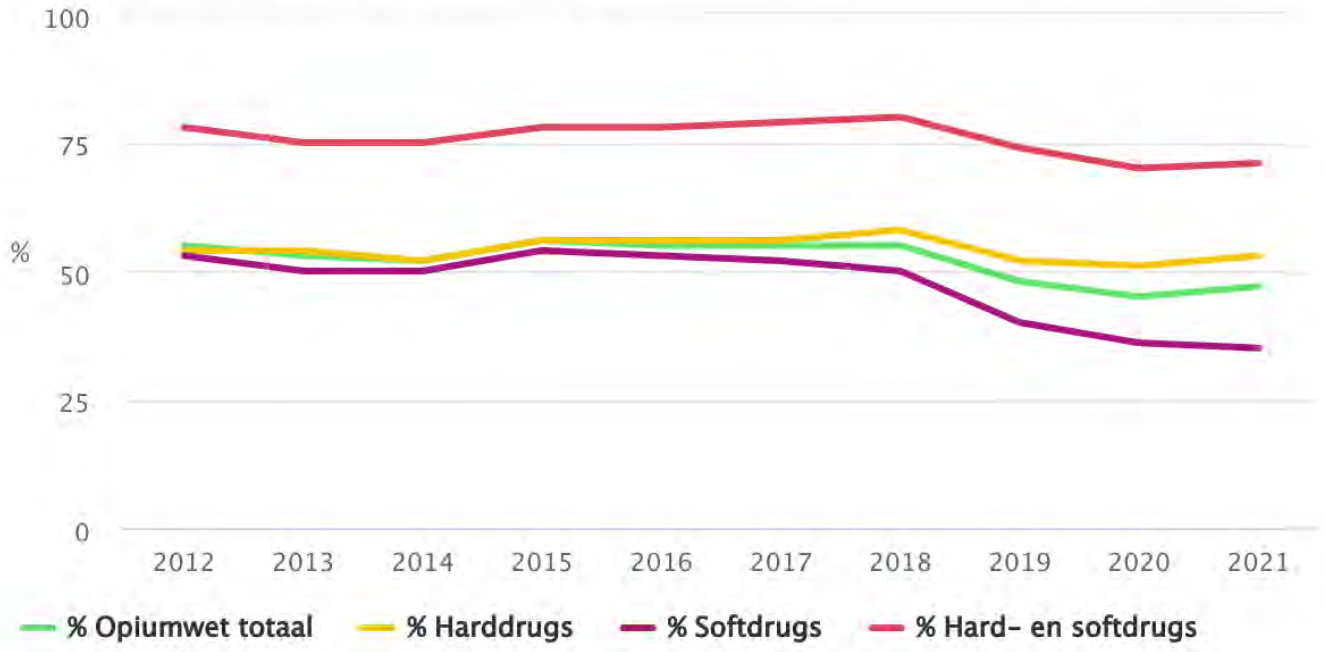
	% Dagvaarding	% Transactie	% Beleidssepot onvoorwaardelijk	% Beleidssepot voorwaardelijk	% Technisch sepot	% Voeging	% Strafbeschikking
2012	55	16	7	1.4	9	1	10
2013	53	12	7	1.6	10	0.8	13
2014	52	11	9	1.8	10	0.4	15
2015	56	9	9	1.4	10	0.5	13
2016	55	6	10	1.5	12	0.6	14
2017	55	5	8	2.1	12	0.6	15
2018	55	5	9	1.9	12	0.5	14
2019	48	3	7	2.1	22	0.2	15
2020	45	2	10	3	24	0.1	14

	% Dagvaarding	% Transactie	% Beleidssepot onvoorwaardelijk	% Beleidssepot voorwaardelijk	% Technisch sepot	% Voeging	% Strafbeschikking
2021	47	2	8	2.6	23		15

De cijfers over de verschillende typen afdoeningen door het OM verschilden sinds 2019 op het eerste gezicht voor harddrugszaken, softdrugszaken en zaken met zowel hard- als softdrugs. Deze verschillen worden echter vertekend door een wijziging in de manier van registreren. Het OM registreert sinds 2019 alle sepotbeslissingen in de eigen systemen en beschouwt ze als uitstroom. Het aandeel technische sepots nam daardoor met tien procentpunten toe.

- Harddrugszaken werden, evenals in de voorgaande jaren, ook in 2021 vaker gedagvaard dan softdrugszaken. De daling van het aandeel dagvaardingen door het OM bij harddrugszaken in 2019 en 2020 kan vanwege de hierboven genoemde gewijzigde registratiesystematiek bij het OM duiden op een stabilisatie ten opzichte van 2018. Bij softdrugszaken lijkt er een daling van het aandeel dagvaardingen te zijn, die niet volledig aan het gewijzigde registratiebeleid kan worden geweten: van 50% in 2018 naar 36% in 2021. Het aandeel dagvaardingen was in 2021 opnieuw het hoogst bij zaken met een combinatie van hard- én softdrugs (71%). Dit is vergelijkbaar met 2020 (70%) maar lager dan in de voorgaande jaren. Als we de doorwerking van het gewijzigde registratiebeleid (meer technische sepots) in dit beeld meenemen, zou deze daling feitelijk een lichte stijging impliceren.

Aandeel dagvaardingen in Opiumwetzaken OM, naar harddrugs, softdrugs en hard- en softdrugs[I], 2012-2021, in %



I. De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC

NDM

Jaar	% Opiumwet totaal	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
2012	55	54	53	78
2013	53	54	50	75
2014	52	52	50	75
2015	56	56	54	78
2016	55	56	53	78
2017	55	56	52	79
2018	55	58	50	80

Jaar	% Opiumwet totaal	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
2019	48	52	40	74
2020	45	51	36	70
2021	47	53	35	71

- De toename van *technische sepots* bleek bij zowel harddrugszaken als softdrugszaken en gecombineerde zaken zichtbaar. Zoals hierboven besproken lag hier de registratiewijziging van sepotbeslissingen bij het OM aan ten grondslag: het OM registreert sinds 2019 alle sepotbeslissingen in de eigen registratiesystemen en beschouwt ze als uitstroom. Technische sepots kwamen in 2021, net als de tien jaar daarvoor, het meest voor in softdrugszaken (27%). In 2021 was dit aandeel bij harddrugszaken 22% en bij zaken met hard- en softdrugs 9%. Voor zowel softdrugszaken als harddrugszaken en gecombineerde zaken is het aandeel technische sepots in 2021 vergelijkbaar met 2020 (niet in figuur).
- Het aandeel *strafbeschikkingen van het OM* was in 2021 het hoogste bij softdrugszaken (19%). Dit is een kentering ten opzichte van de afgelopen tien jaar toen het aandeel bij harddrugszaken het grootste was. Bij softdrugszaken was in 2020 het aandeel strafbeschikkingen 16%. Bij harddrugszaken was in 2021 (net als in 2020) het aandeel 12%. In 2021 was bij gecombineerde drugszaken het aandeel strafbeschikkingen 11%, dat was 10% in 2020 (niet in figuur).
- Het aandeel *beleidssepots – voorwaardelijke plus onvoorwaardelijke* – was ook in 2021 het hoogst bij softdrugszaken (12%), gevolgd door harddrugszaken (10%). Bij gecombineerde drugszaken was dit het laagst (5%) (niet in figuur).

Aanvullende informatie

Bronnen

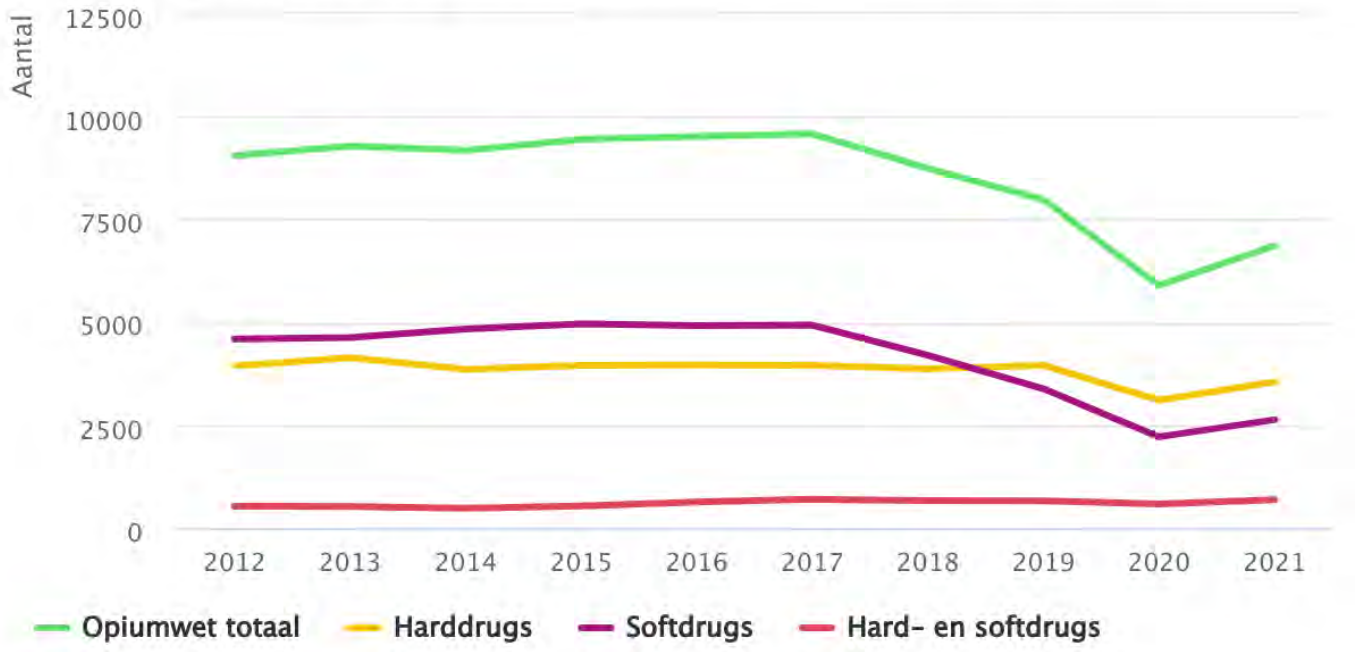
1. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, Van den Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2020: Ontwikkelingen en samenhangen. Den Haag: WODC; 2021 p. 1–190. (Cahier 2021-22).
2. Kamerstukken II, 2952497 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/06/25/tk-contouren-aanpak-achterstanden-strafrechtketen
3. Kamerstukken II, 3026347 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2020/09/18/tk-vervolg-aanpak-corona-achterstanden-strafrechtketen/tk-vervolg-aanpak-corona-achterstanden-strafrechtketen.pdf
4. Tijdelijke algemene regeling zaaksbehandeling Rechtspraak. Preambule. [Internet]. 2021.

Available from: https://www.rechtspraak.nl/coronavirus-(COVID-19)/Paginas/COVID-19-tijdelijke-algemene-regeling-zaaksbehandeling-Rechtspraak.aspx#urgentezaken
5. Regioplan . Notitie opbrengsten groepsgesprekken. ; 2022 p. 1–6.
6. OM . Jaarbericht 2019. Den Haag: OM; 2020.
7. Meijer RF, Van den Braak SW, Choenni R. Criminaliteit en rechtshandhaving 2019: Ontwikkelingen en samenhangen. Den Haag: WODC; 2020 p. (Cahier 2020-16).

16.4.5 Afdoening door de rechter in eerste aanleg in Opiumwetzaken

- Het totaal aantal afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter (in eerste aanleg) steeg in 2021 met 16% ten opzichte van 2020, maar bleef lager dan het aantal in 2019. De cijfers lijken daarmee, ondanks de stijging, aan te sluiten bij de dalende trend die vanaf 2018 is ingezet. Ook het aantal afdoeningen van het totaal aan misdrijfzaken door de rechter (in eerste aanleg) steeg in 2021 (met 6%) [1,2]. In 2020 was er een sterke afname (23%) van het totaal aantal misdrijfzaken dat door de rechter in eerste aanleg is afgedaan. Deze daling hangt samen met de tijdelijke (gedeeltelijke) sluiting van de rechtbanken en de daling van het aantal dagvaardingen [1,3]. Daardoor is de voorraad strafzaken voor behandeling op zitting snel opgelopen. In reactie hierop heeft het Openbaar Ministerie (OM) meer zaken zelfstandig afgedaan [1,4–6].
- De stijging van het totaal aantal Opiumwetzaken in 2021 werd veroorzaakt door een toename in het aantal van zowel softdrugszaken als harddrugszaken en gecombineerde hard- en softdrugszaken.
- Het aantal softdrugszaken steeg in 2021 met 19% ten opzichte van 2020, maar is nog steeds een stuk lager dan de jaren daarvoor. Het aantal harddrugszaken steeg in 2021 met 15% ten opzichte van 2020 maar is eveneens kleiner dan in de jaren voor 2020. In 2021 steeg het aantal combinatiezaken met 18%, wat het aantal weer vergelijkbaar maakt met het aantal in de periode voor 2020.
- In 2021 bleef het aandeel softdrugszaken gelijk aan het aandeel in 2020 (38%). De dalende trend sinds 2016 lijkt hiermee af te vlakken. In de jaren 2012-2017 bestond minimaal de helft van de afdoeningen uit softdrugszaken. Sinds 2016 daalde dit aandeel ten gunste van de harddrugszaken en de gecombineerde zaken. In 2021 is het aandeel harddrugszaken met 52% ruwweg vergelijkbaar met 2020. Het aandeel van de gecombineerde hard- en softdrugszaken was 10% in zowel 2021 als 2020.

Door de rechter afgedane Opiumwetzaken in eerste aanleg, naar hard- en softdrugs, 2012-2021[1], in aantallen



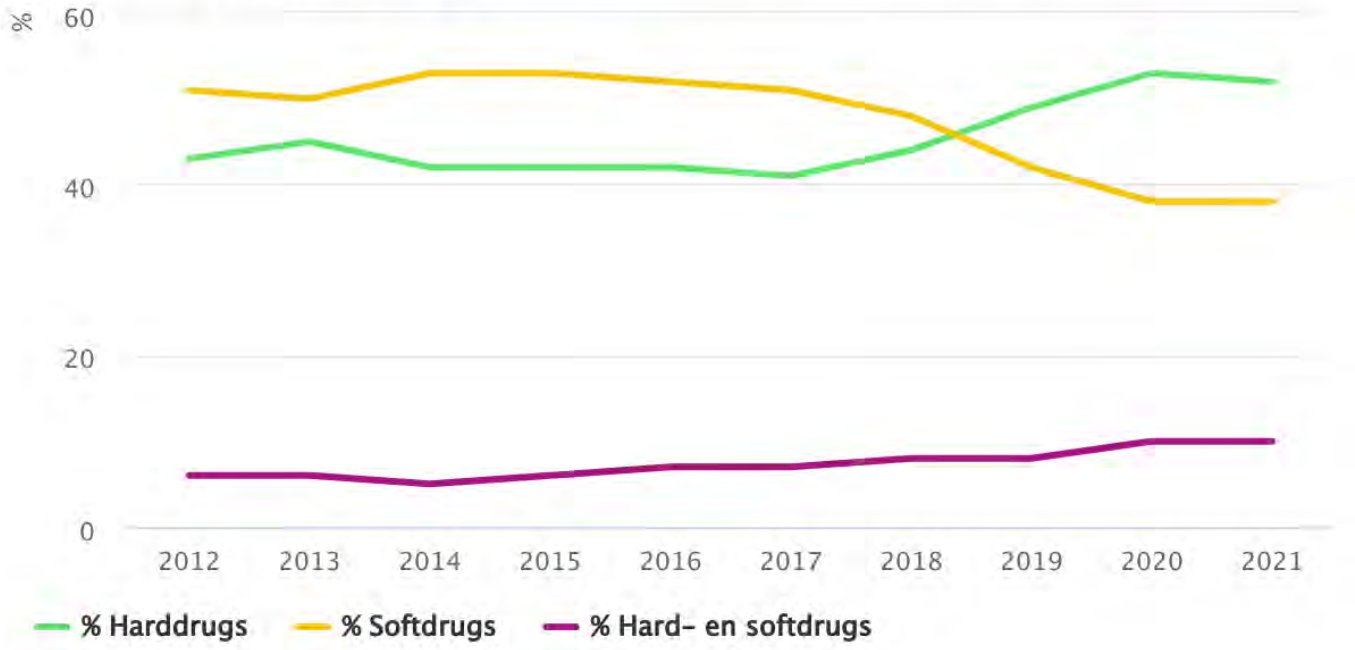
1. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	Opiumwet totaal	Harddrugs	Softdrugs	Hard- en softdrugs
2012	9060	3940	4595	525
2013	9295	4140	4635	520
2014	9185	3860	4840	480
2015	9455	3955	4965	535
2016	9525	3965	4925	630
2017	9590	3955	4935	695
2018	8750	3875	4200	665

	Opiumwet totaal	Harddrugs	Softdrugs	Hard- en softdrugs
2019	7990	3955	3385	655
2020	5900	3105	2215	580
2021	6870	3555	2630	685

Door de rechter afgedane Opiumwetzaken in eerste aanleg, naar hard- en softdrugs, 2012-2021[1], in %



1. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
2012	43	51	6
2013	45	50	6

	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
2014	42	53	5
2015	42	53	6
2016	42	52	7
2017	41	51	7
2018	44	48	8
2019	49	42	8
2020	53	38	10
2021	52	38	10

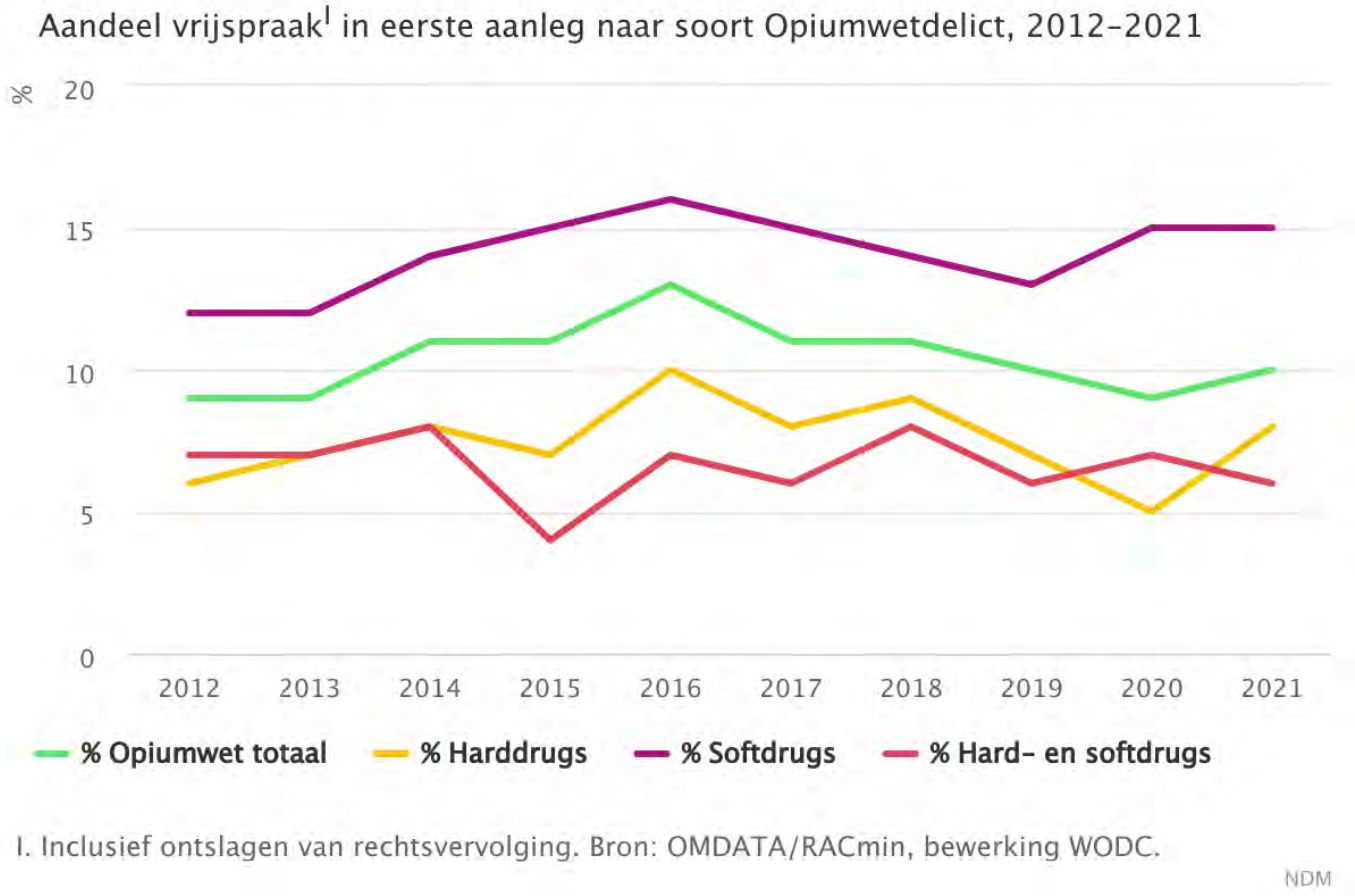
- In 2021 steeg het percentage Opiumwetzaken naar krap 10% van het totale aantal door de rechter in eerste aanleg afgedane zaken (niet alleen Opiumwet, maar alle zaken). De daling die in 2018 inzette lijkt hiermee doorbroken te worden. De toename van het aandeel Opiumwetzaken werd in 2021 door zowel een stijging in het aantal harddrugszaken als softdrugszaken veroorzaakt.

Aandeel (%) van door de rechter afgedane Opiumwetzaken[I,II], 2012-2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
% Opiumwet	8,7	8,9	9,0	8,9	10,0	10,3	9,9	9,3	8,9	9,9
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	104	105	102	106	95	93	88	85	66	70

I. Zaken totaal in duizendtallen. II. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC/Regioplan.

- Het aandeel vrijspraken in Opiumwetzaken door de rechter in eerste aanleg steeg in 2021 (ten opzichte van 2020) naar 10%. Sinds 2017 daalde dit aandeel. Het aandeel vrijspraken voor Opiumwetzaken was in 2021 (net als in 2020) ongeveer een procentpunt hoger dan bij alle misdrijfzaken (9%) [2]. De ontwikkeling van het aandeel vrijspraken bij Opiumwetzaken hield door de jaren heen ongeveer gelijke tred met de stijging in vrijspraken bij alle misdrijfzaken die door de rechter in eerste aanleg zijn afgedaan. Maar het aandeel vrijspraken in Opiumwetzaken kwam in de periode 2012-2021 ruwweg één procentpunt hoger uit [2].
- In de afgelopen tien jaar was het aandeel vrijspraken bij softdrugszaken hoger dan bij harddrugszaken. In 2021 steeg het aandeel vrijspraken bij harddrugszaken naar 8%. Het aandeel vrijspraken bij softdrugszaken is gelijk gebleven ten opzichte van 2020 (15%). Het aandeel vrijspraken bij gecombineerde hard- en softdrugszaken daalde licht, van 7% in 2020 naar 6% in 2021.



	% Opiumwet totaal	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
2012	9	6	12	7

	% Opiumwet totaal	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
2013	9	7	12	7
2014	11	8	14	8
2015	11	7	15	4
2016	13	10	16	7
2017	11	8	15	6
2018	11	9	14	8
2019	10	7	13	6
2020	9	5	15	7
2021	10	8	15	6

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, Van den Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2020: Ontwikkelingen en samenhangen. Den Haag: WODC; 2021 p. 1–190. (Cahier 2021-22).
2. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, van den Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2021: Ontwikkelingen en samenhangen. Den Haag; 2022.
3. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.
4. Kamerstukken II, 2952497 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/06/25/tk-contouren-aanpak-achterstanden-strafrechtketen
5. Kamerstukken II, 3026347 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2020/09/18/tk-vervolg-aanpak-corona-achterstanden-strafrechtketen/tk-vervolg-aanpak-corona-achterstanden-strafrechtketen.pdf

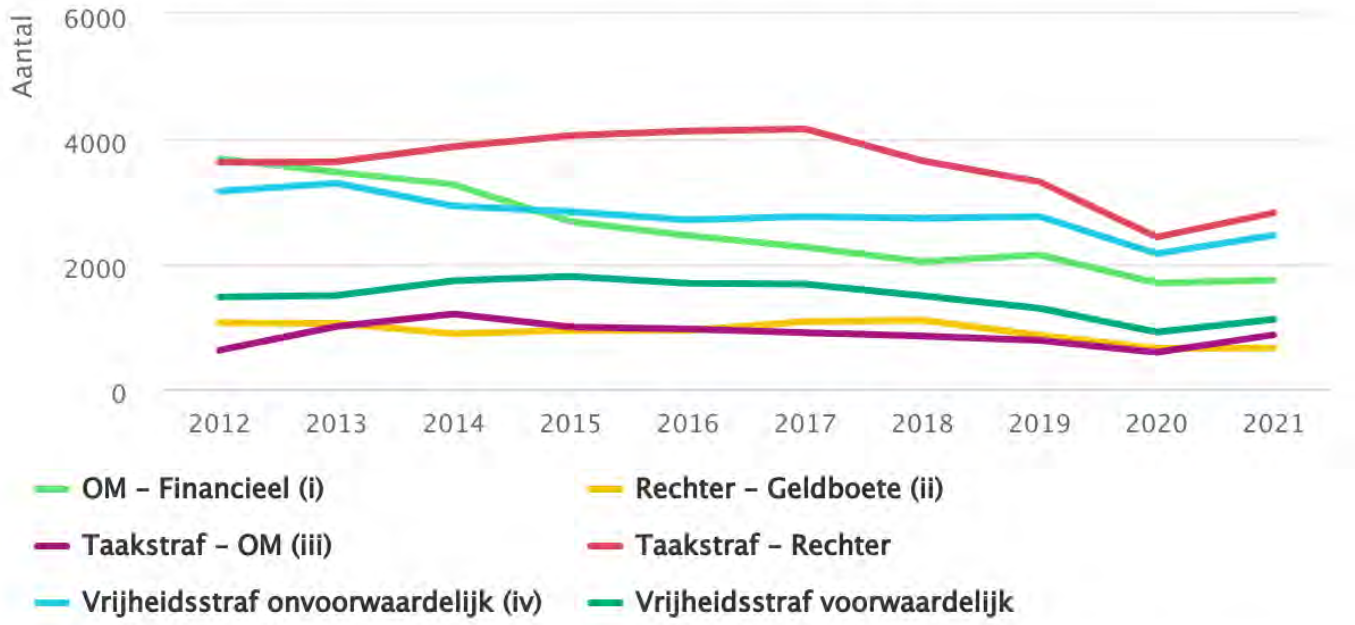
6. Tijdelijke algemene regeling zaaksbehandeling Rechtspraak. Preambule. [Internet]. 2021. Available from: https://www.rechtspraak.nl/coronavirus-(COVID-19)/Paginas/COVID-19-tijdelijke-algemene-regeling-zaaksbehandeling-Rechtspraak.aspx#urgentezaken

16.4.6 Sancties OM en rechter bij Opiumwetzaken

- Van de Opiumwetzaken is bekend welke typen sancties door het Openbaar Ministerie (OM) en de rechter (in eerste aanleg) zijn opgelegd. Een onderscheid wordt gemaakt in de sanctiecategorieën (zie ook bijlage B10). Het is van belang om hier te melden dat in één zaak meerdere typen sancties kunnen voorkomen.
- In Opiumwetzaken werden in 2021 het vaakst taakstraffen opgelegd. Daarna volgden (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen (opgelegd door de rechter) en financiële sancties door het OM. Dit beeld is onveranderd ten opzichte van de voorgaande vijf jaren.
- Het aandeel zaken waarin het OM besloot tot een taakstraf was 5% in 2021. Sinds 2012 schommelt dit percentage rond 5%. Het aandeel zaken waarin de rechter een taakstraf oplegde, was 47% in 2021. Sinds 2018 is dit aandeel stabiel rond 47%.
- Het aandeel zaken waarin de rechter een (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf oplegde, is in 2021 gelijk aan 2020: 41%. Hiermee lijken de cijfers vanaf 2019 te stabiliseren. Het aandeel zaken waarin de rechter een geheel voorwaardelijke vrijheidsstraf oplegde, was in 2021 gestegen tot 19%. Dit aandeel steeg in 2017-2020 en schommelt sinds 2012 rond 20%.
- In 2021 was het aandeel zaken waarin het OM besloot tot een financiële sanctie 11%. Sinds 2012 is dit aandeel gehalveerd. Het aandeel zaken waarin de rechter in 2021 een geldboete oplegde was 11%. Sinds 2012 schommelde dit aandeel rond 12%.

Opiumwetzaken naar sanctietype OM of rechter in eerste aanleg, 2012-2021, in aantal en %[i] [Figuur 16.4.11]

Opiumwetzaken naar sanctietype OM of rechter in eerste aanleg, 2012-2021, in aantallen[i]



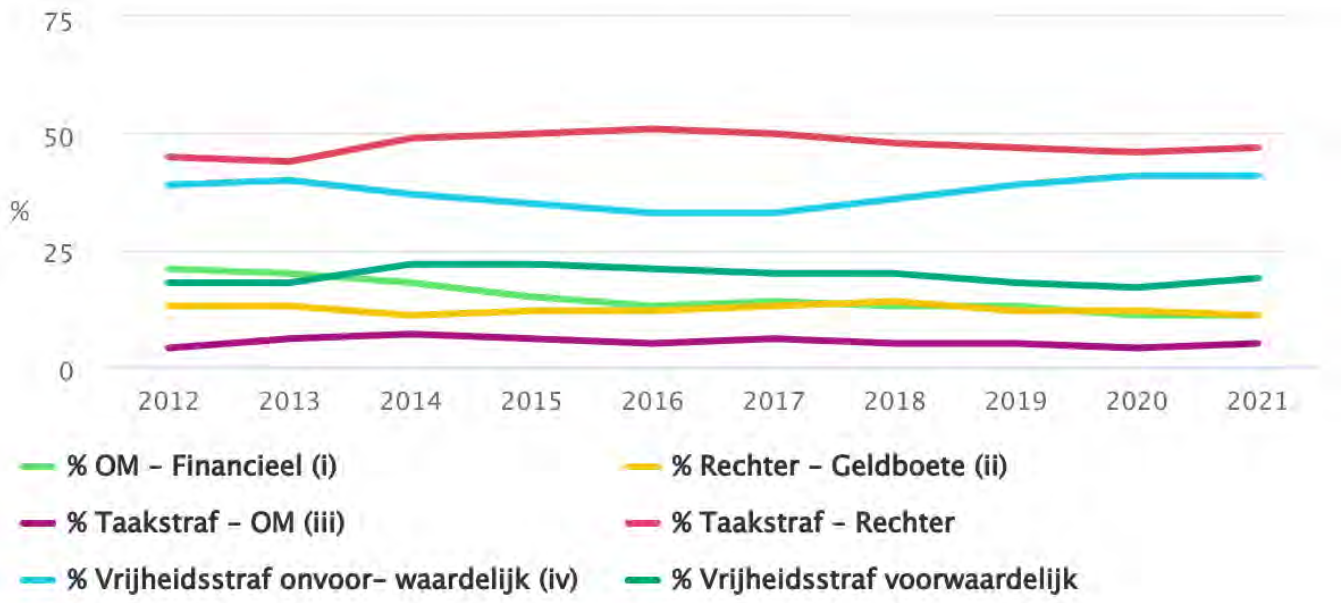
i. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). ii. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk; iii. Taakstraf – OM (transactie en -strafbeschikking); iv. Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk.
Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2012	3685	1065	625	3630	3170	1475
2013	3475	1055	1005	3640	3295	1500
2014	3275	885	1205	3880	2930	1735
2015	2680	945	995	4060	2840	1805
2016	2460	940	965	4130	2710	1695
2017	2275	1080	905	4165	2765	1680
2018	2040	1105	850	3655	2735	1495

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2019	2150	865	780	3320	2765	1295
2020	1700	655	590	2435	2170	915
2021	1745	660	870	2820	2465	1120

Opiumwetzaken naar sanctietype OM of rechter in eerste aanleg, 2012-2021, in %[l]



I. Percentage op afdoeningen OM voor zaken met OM-sanctie en op schuldigverklaringen voor zaken met sanctie rechter. i. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). ii. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk; iii. Taakstraf – OM (transactie en -strafbeschikking); iv Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

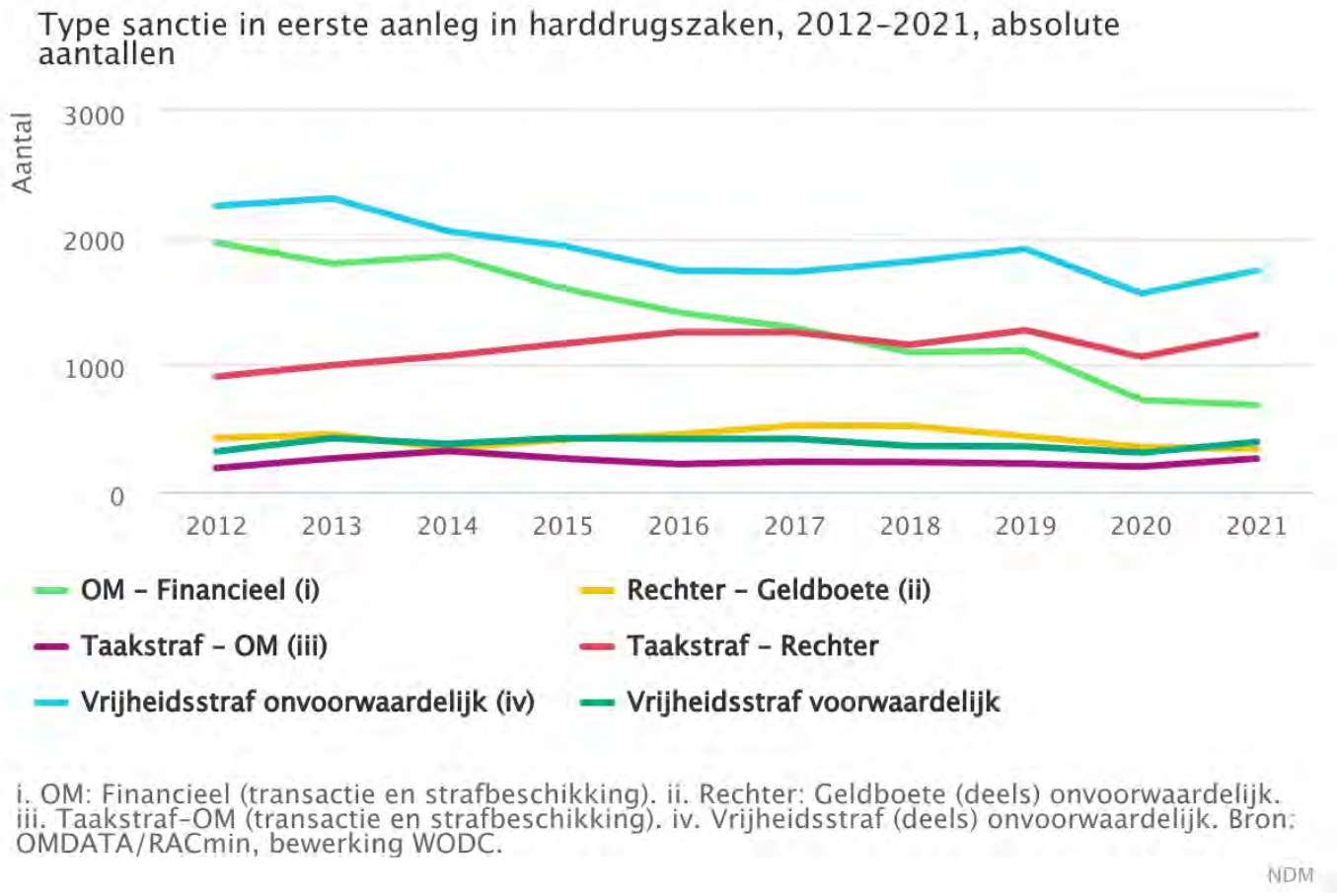
NDM

	% OM - Financieel (i)	% Rechter - Geldboete (ii)	% Taakstraf - OM (iii)	% Taakstraf - Rechter	% Vrijheidsstraf onvoor-waardelijk (iv)	% Vrijheidsstraf voorwaardelijk

	% OM - Financieel (i)	% Rechter - Geldboete (ii)	% Taakstraf - OM (iii)	% Taakstraf - Rechter	% Vrijheidsstraf onvoor-waardelijk (iv)	% Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2012	21	13	4	45	39	18
2013	20	13	6	44	40	18
2014	18	11	7	49	37	22
2015	15	12	6	50	35	22
2016	13	12	5	51	33	21
2017	14	13	6	50	33	20
2018	13	14	5	48	36	20
2019	13	12	5	47	39	18
2020	11	12	4	46	41	17
2021	11	11	5	47	41	19

- Bij de sanctietypen die voor Opiumwetzaken door het OM of de rechter (in eerste aanleg) zijn opgelegd, kan onderscheid worden gemaakt naar hard- en softdrugszaken afzonderlijk en voor combinatiezaken van hard- én softdrugs.
- In 2021 werden in softdrugszaken het vaakst taakstraffen opgelegd. In harddrugszaken werden in 2021 het vaakst (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en taakstraffen opgelegd.
- Voorwaardelijke vrijheidsstraffen werden voornamelijk opgelegd bij softdrugszaken en in mindere mate bij harddrugszaken.
- Bij harddrugszaken en softdrugszaken was er ook in 2021 weinig verandering in het sanctiebeeld ten opzichte van voorgaande jaren. Bij de gecombineerde hard- en softdrugszaken speelden OM-sancties (zowel de financiële sanctie als de taakstraf) een betrekkelijk geringe rol.

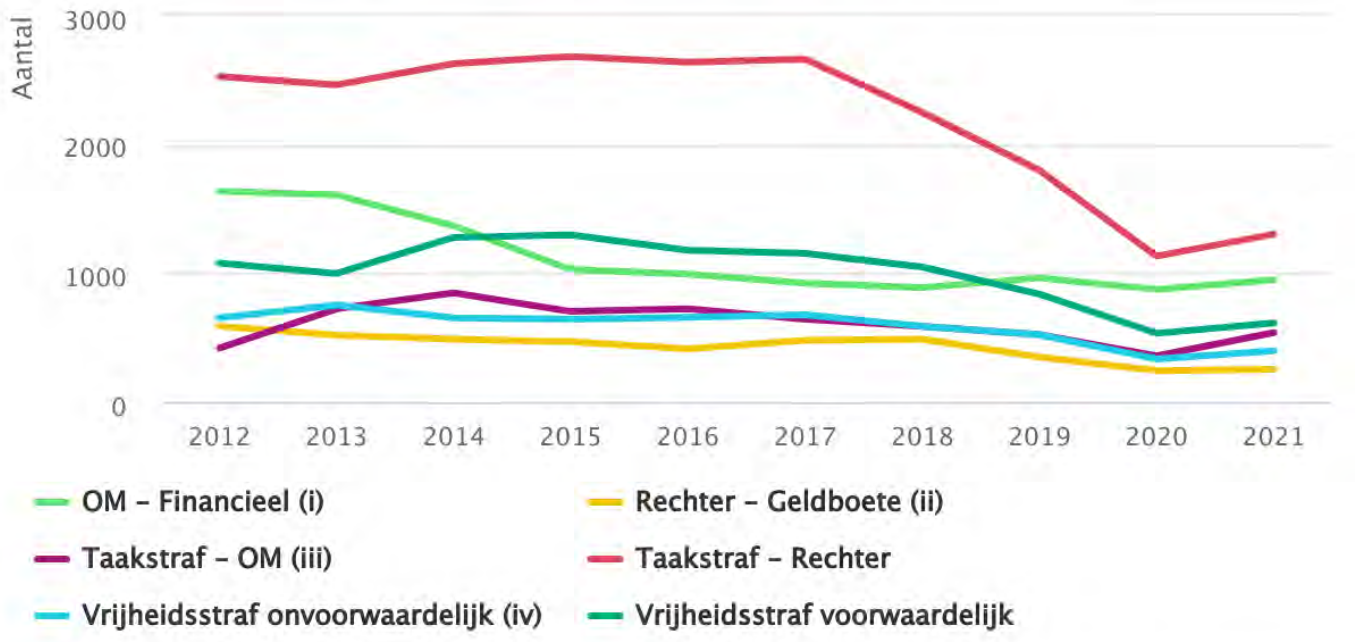
In deze zaken werden voornamelijk (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd, gevolgd door taakstraffen opgelegd door de rechter.



	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2012	1965	425	190	910	2255	320
2013	1800	455	265	1000	2315	425
2014	1860	345	325	1075	2055	380
2015	1605	415	265	1170	1940	425
2016	1415	455	220	1260	1745	420
2017	1295	525	240	1260	1735	420

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2018	1100	520	235	1160	1815	365
2019	1115	440	225	1275	1915	360
2020	725	355	200	1065	1565	310
2021	685	340	265	1240	1745	395

Type sanctie in eerste aanleg in softdrugszaken, 2012–2021, absolute aantallen

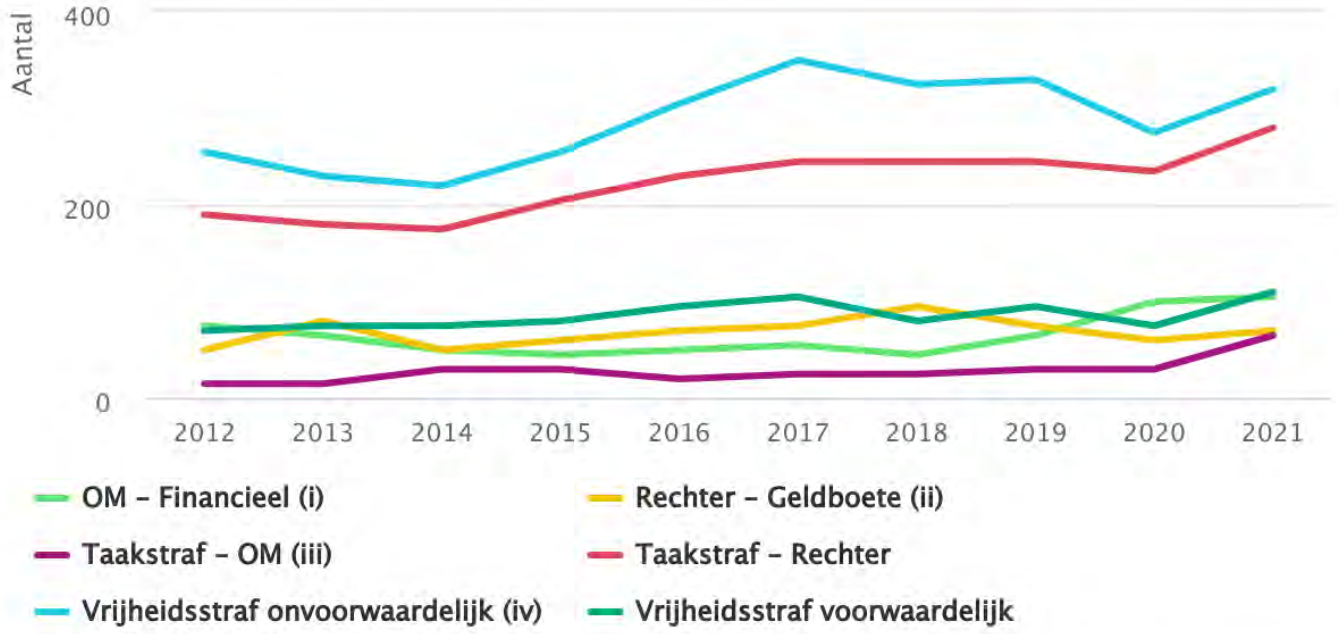


i. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). ii. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk. iii. Taakstraf-OM (transactie en strafbeschikking). iv. Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2012	1640	590	420	2530	655	1080
2013	1610	520	725	2465	755	1000
2014	1370	490	850	2630	655	1280
2015	1030	470	705	2685	645	1300
2016	995	415	725	2640	660	1180
2017	925	480	645	2665	680	1155
2018	890	490	590	2250	590	1050
2019	965	350	525	1800	525	840
2020	875	245	360	1135	335	535
2021	950	255	540	1305	400	615

Type sanctie in eerste aanleg in harddrugs- en softdrugszaken, 2012-2021, absolute aantallen



i. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). ii. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk. iii. Taakstraf-OM (transactie en strafbeschikking). iv. Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

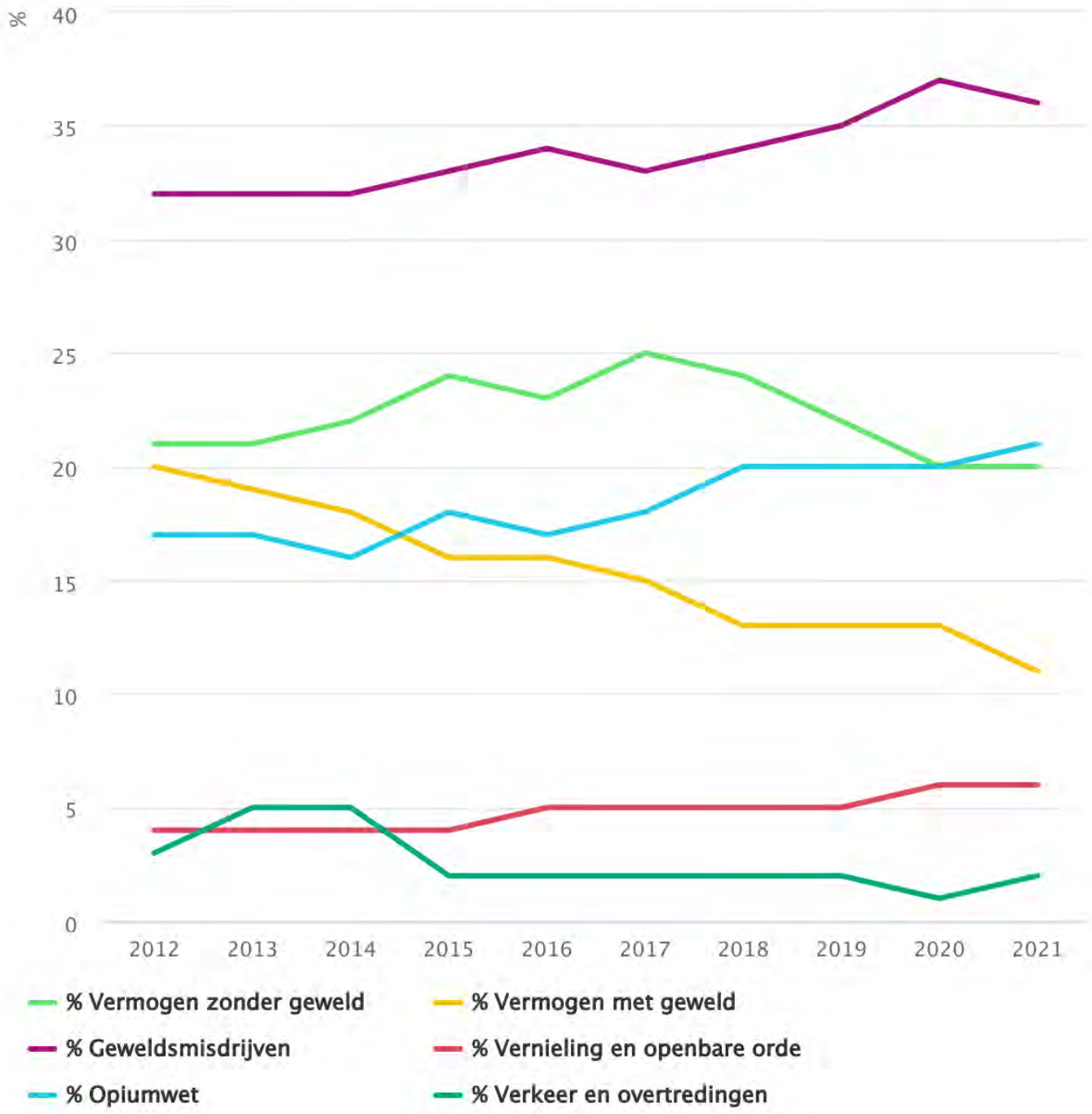
	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2012	75	50	15	190	255	70
2013	65	80	15	180	230	75
2014	50	50	30	175	220	75
2015	45	60	30	205	255	80
2016	50	70	20	230	305	95
2017	55	75	25	245	350	105
2018	45	95	25	245	325	80

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2019	65	75	30	245	330	95
2020	100	60	30	235	275	75
2021	105	70	65	280	320	110

16.4.7 Opiumwetdelinquenten in de Nederlandse gevangenissen

- Van de 8.123 personen die op 30 september 2021 gedetineerd waren, was 21% gedetineerd vanwege een Opiumwetdelict. Dit was in 2018-2020 20%. Vanaf 2011 tot en met 2017 schommelde dit aandeel rond de 17% [1].
- Het absolute aantal personen dat gedetineerd was vanwege een Opiumwetdelict was in 2021 ruim 1.650. In de periode 2012-2016 daalde het aantal personen dat gedetineerd was vanwege een Opiumwetdelict van bijna 1.700 naar ruim 1.300, om vervolgens weer toe te nemen tot ruim 1.650 in 2019. In 2020 betrof het 1.555 personen (niet in figuur) [1].

Aandeel[l] Opiumwetdelinquenten onder populatie in het gevangeniswezen (in %) vergeleken met zes andere delictgroepen, peildatum 30 september, 2012-2021



l. Berekening percentages zonder de categorie 'onbekend'. Geweldsmisdrijven is inclusief seksuele misdrijven. Verkeer is inclusief gijzelingen voor niet betaalde verkeersovertredingen. Indeling is gemaakt op basis van zwaarste delict. Bronnen: Criminaliteit en rechtshandhaving 2021. Cahier 2021-22. (Meijer, Moolenaar, Choenni & Van den Braak, 2021).

NDM

	% Vermogen zonder geweld	% Vermogen met geweld	% Geweldsmisdrijven	% Vernieling en openbare orde	% Opiumwet	% Verkeer en overtredingen
2012	21	20	32	4	17	3
2013	21	19	32	4	17	5
2014	22	18	32	4	16	5
2015	24	16	33	4	18	2
2016	23	16	34	5	17	2
2017	25	15	33	5	18	2
2018	24	13	34	5	20	2
2019	22	13	35	5	20	2
2020	20	13	37	6	20	1
2021	20	11	36	6	21	2

Aanvullende informatie

Bronnen

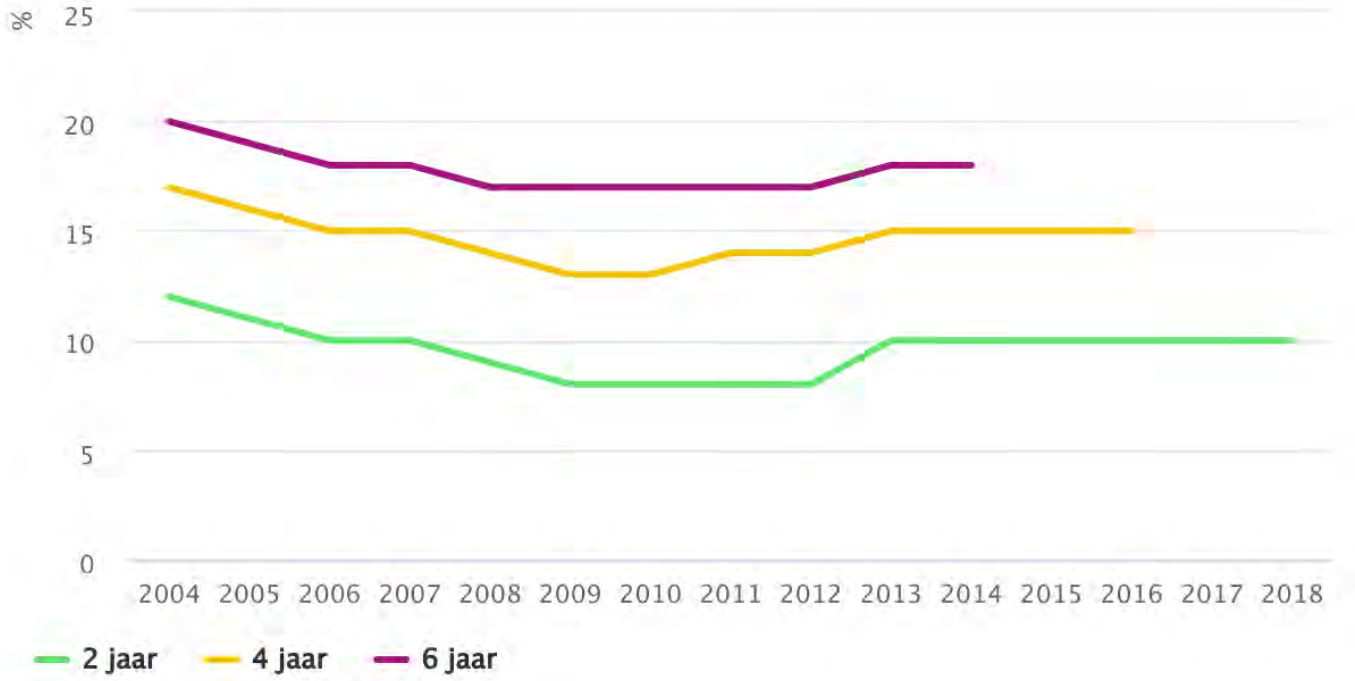
1. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2021: Ontwikkelingen en samenhangen. ; 2022 p.

16.5 Recidive van Opiumwetdelinquenten

In deze paragraaf wordt de recidive besproken van daders die voor een Opiumwetmisdrijf werden vervolgd. De gegevens zijn afkomstig van de WODC-Recidivemonitor. Het tijdstip van de recidive is bepaald aan de hand van de pleegdatum van het nieuwe delict. De recentste recidivecijfers hebben betrekking op daders die in 2018 werden vervolgd voor een Opiumwetdelict voor het ‘uitgangsdelict’. Cijfers over eerdere jaren die in deze paragraaf worden gepresenteerd, hebben betrekking op uitgangsdelicten in eerdere jaren.

- Van daders van wie in de periode 2004-2018 een strafzaak is afgedaan naar aanleiding van een gepleegd Opiumwetdelict is bekend of zij in de jaren daarna opnieuw schuldig zijn bevonden aan het overtreden van de Opiumwet (speciale recidive). Van daders die in 2018 (of eerder) zijn berecht is tot en met 2020 onderzocht in hoeverre zij wederom een delict hebben gepleegd.
- Een betrekkelijk kleine groep daders van Opiumwetdelicten kwam relatief snel opnieuw in aanraking met justitie vanwege een drugsmisdrijf: van de daders uit 2018 werd afgerond 10% binnen twee jaar opnieuw vervolgd voor een Opiumwetdelict.
- Het percentage daders dat opnieuw voor een Opiumwetdelict werd opgepakt, stijgt naarmate de observatietijd toeneemt: zo’n 15% recidiveerde binnen vier jaar met een Opiumwetdelict en 18% binnen zes jaar. De grafiek laat verder zien – door vergelijking van de cohorten – dat de twee- en vierjarige recidive daalden vanaf 2004 en deze in 2013 weer een lichte stijging lieten zien. De zesjarige recidive daalde eveneens in de periode 2004-2012. Vanaf 2013 zijn de twee-, vier- en zesjarige recidive stabiel gebleven.

Speciale recidive van daders van Opiumwetdelicten (harddrugs en softdrugs), 2004-2018, in %



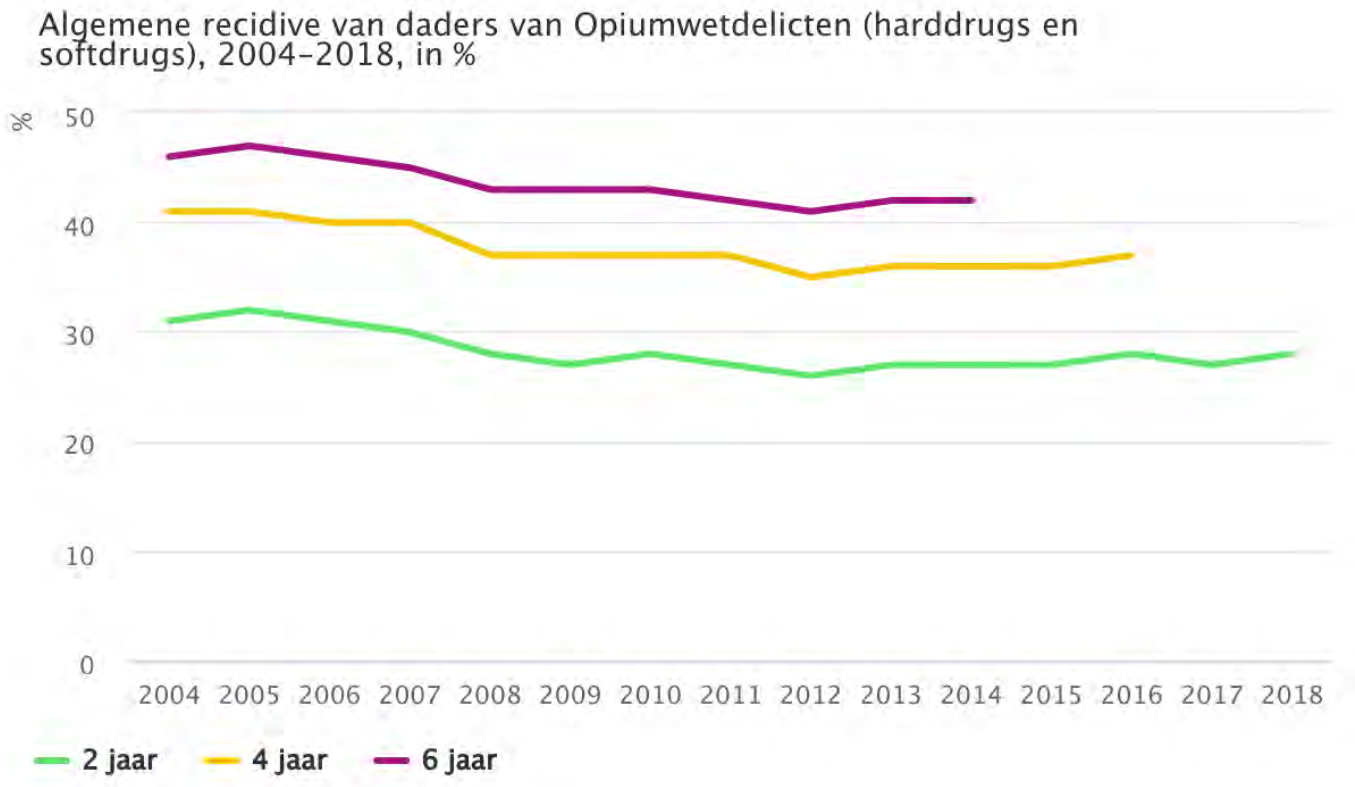
Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

NDM

	2 jaar	4 jaar	6 jaar
2004	12	17	20
2005	11	16	19
2006	10	15	18
2007	10	15	18
2008	9	14	17
2009	8	13	17
2010	8	13	17

	2 jaar	4 jaar	6 jaar
2011	8	14	17
2012	8	14	17
2013	10	15	18
2014	10	15	18
2015	10	15	
2016	10	15	
2017	10		
2018	10		

- Van daders van wie in de periode 2004-2018 een strafzaak is afgedaan naar aanleiding van een Opiumwetdelict is ook de algemene recidive bekend. Het gaat dan om alle misdrijven die werden gepleegd na het uitgangsdelict, dus niet alleen om de Opiumwetdelicten.
- Van de groep uit 2004 pleegde bijna een derde (31%) van de daders binnen twee jaar opnieuw een delict, in 2018 was dat percentage ruim een kwart (28%).
- Het percentage daders van Opiumwetdelicten dat binnen vier jaar een nieuw delict pleegde liep vanaf 2004 ook terug, van 41% naar 37% in de groep uit 2016.
- Bijna de helft van de daders van Opiumwetdelicten uit 2004 pleegde binnen zes jaar na het uitgangsdelict opnieuw een delict (46%). Dat percentage daalde eveneens over de onderzochte periode. Onder de groep uit 2014 waren dit er ruim vier op de tien (42%).
- Als de ontwikkelingen globaal met elkaar worden vergeleken, is vanaf 2004 eerst een lichte daling te zien. Vanaf 2008 is de recidive binnen twee, vier en zes jaar min of meer stabiel.



Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

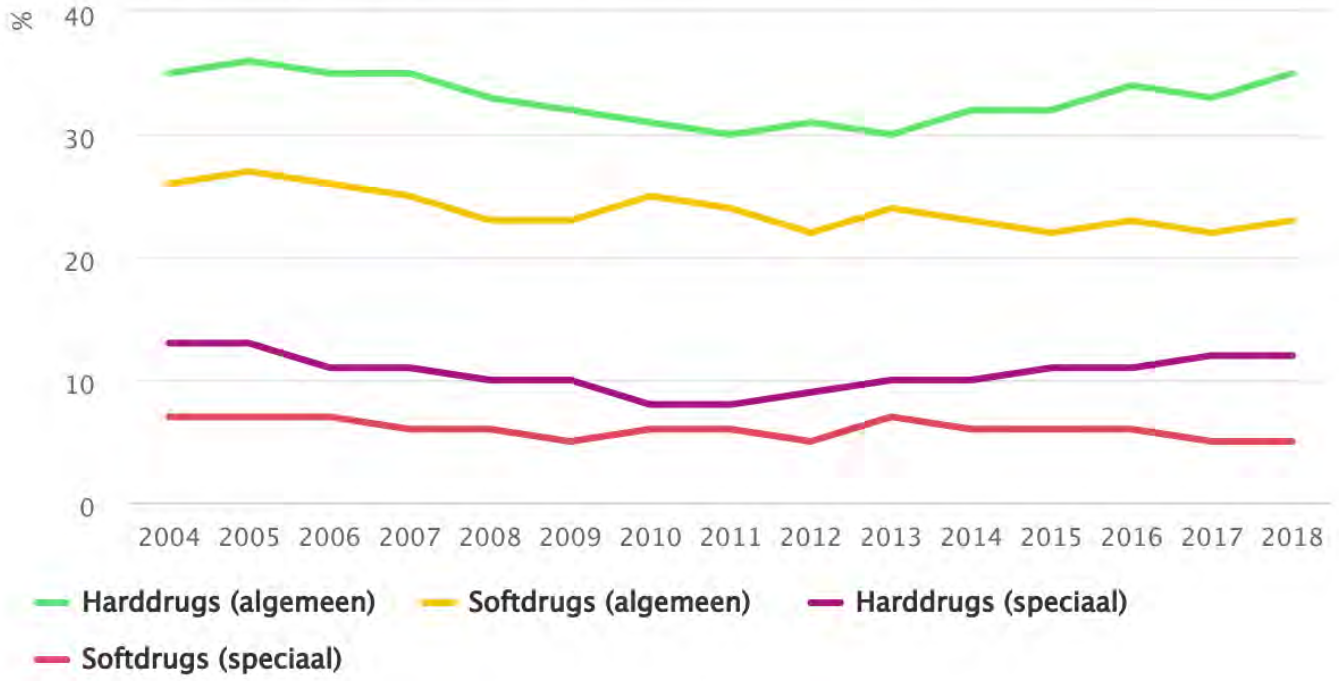
NDM

	2 jaar	4 jaar	6 jaar
2004	31	41	46
2005	32	41	47
2006	31	40	46
2007	30	40	45
2008	28	37	43
2009	27	37	43
2010	28	37	43

	2 jaar	4 jaar	6 jaar
2011	27	37	42
2012	26	35	41
2013	27	36	42
2014	27	36	42
2015	27	36	
2016	28	37	
2017	27		
2018	28		

- Een uitsplitsing van de recidivecijfers naar daders van een harddrugsdelict en daders van een softdrugsdelict maakt het mogelijk om deze twee groepen te vergelijken.
- De uitsplitsing maakt inzichtelijk dat daders van een harddrugsdelict vaker opnieuw een delict plegen dan daders van een softdrugsdelict. Dat geldt zowel voor recidive binnen twee jaar als binnen zes jaar. Ook geldt het zowel voor speciale recidive (na het uitgangsdelict opnieuw een Opiumwetdelict plegen) als voor algemene recidive (opnieuw een willekeurig delict plegen, ook niet-Opiumwetdelicten).
- De globale trend toont dat de algemene en speciale tweejarige recidive van harddrugsdelinquenten tussen 2004 en 2011 daalde. Vanaf 2012 begonnen deze weer te stijgen. De zesjarige recidive lijkt in de periode 2004-2011 licht te dalen en daarna enigszins te stijgen.
- De algemene en speciale tweejarige recidive van daders van softdrugsdelicten daalde tussen 2004 en 2008. In de jaren daarna schommelde de algemene tweejarige recidive rond 23% en de speciale tweejarige recidive rond 6%. De algemene zesjarige recidive van daders van softdrugsdelicten schommelde in de periode 2004-2014 en de speciale zesjarige recidive schommelde sinds 2005 rond 12%.

Tweejarige (algemene en speciale) recidive uitsplitst naar harddrugs en softdrugs-delinquenten, 2004-2018, in %



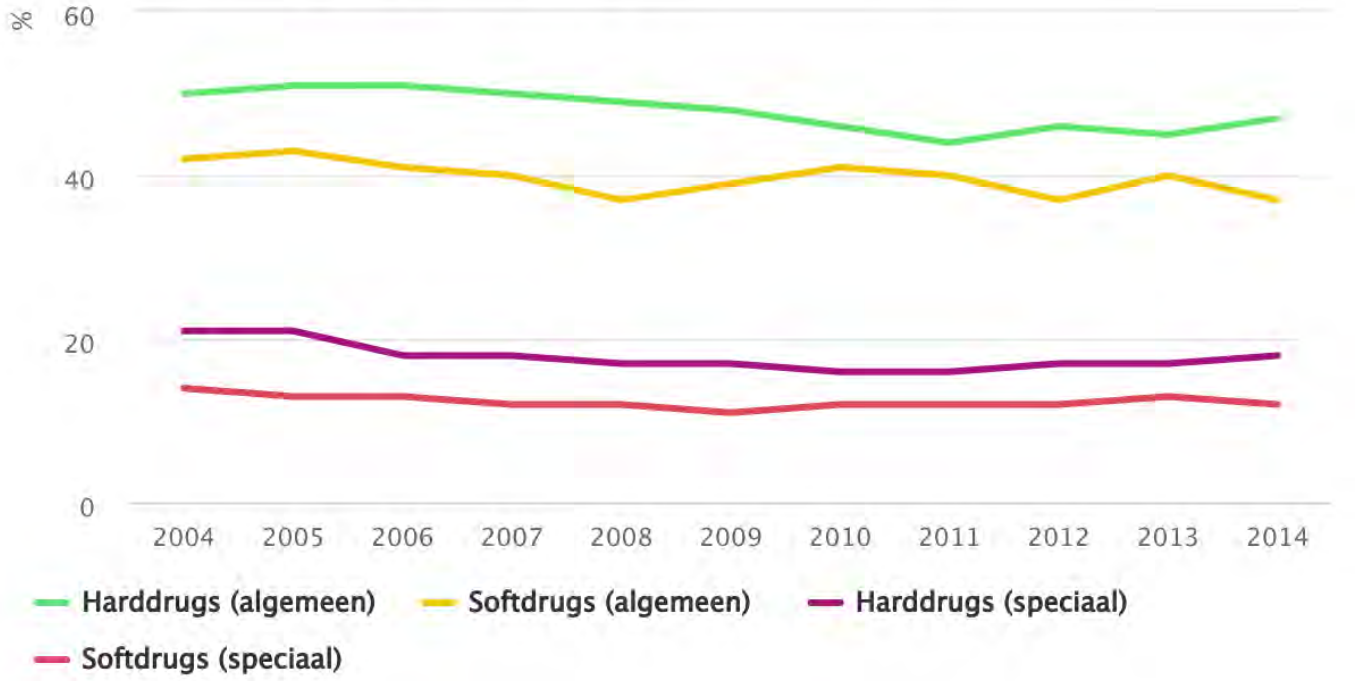
Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

NDM

	Harddrugs (algemeen)	Softdrugs (algemeen)	Harddrugs (speciaal)	Softdrugs (speciaal)
2004	35	26	13	7
2005	36	27	13	7
2006	35	26	11	7
2007	35	25	11	6
2008	33	23	10	6
2009	32	23	10	5
2010	31	25	8	6

	Harddrugs (algemeen)	Softdrugs (algemeen)	Harddrugs (speciaal)	Softdrugs (speciaal)
2011	30	24	8	6
2012	31	22	9	5
2013	30	24	10	7
2014	32	23	10	6
2015	32	22	11	6
2016	34	23	11	6
2017	33	22	12	5
2018	35	23	12	5

Zesjarige (algemene en speciale) recidive, uitgesplitst naar harddrugs en softdrugs delinquenten, 2004-2014, in %



Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

NDM

	Harddrugs (algemeen)	Softdrugs (algemeen)	Harddrugs (speciaal)	Softdrugs (speciaal)
2004	50	42	21	14
2005	51	43	21	13
2006	51	41	18	13
2007	50	40	18	12
2008	49	37	17	12
2009	48	39	17	11
2010	46	41	16	12

	Harddrugs (algemeen)	Softdrugs (algemeen)	Harddrugs (speciaal)	Softdrugs (speciaal)
2011	44	40	16	12
2012	46	37	17	12
2013	45	40	17	13
2014	47	37	18	12



Criminaliteit en overlast

17.0 Laatste feiten en trends

Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit (§ 17.2)

- Het aantal verdachten dat met de gevarenclassificatie 'alcoholist' in het politieregistratiesysteem Basisvoorziening Handhaving (BVH) staat, daalde in 2021 ten opzichte van 2020. De groep verdachten met de gevarenclassificatie ‘harddrugsgebruiker’ is in 2021 ook enigszins afgenomen ten opzichte van 2020.
- Verdachten die in 2021 bij de politie als alcohol- en/of drugsgebruiker werden geregistreerd, pleegden (opnieuw) voornamelijk vermogensdelicten. Ook geweldsdelicten (tegen personen), verkeersdelicten en Opiumwetdelicten kwamen regelmatig voor. Het aandeel geweldsdelicten daalde licht in 2021 en het aandeel vermogensdelicten nam licht toe.
- Zowel in 2021 als in 2020 had ongeveer de helft van de volwassen justitiabelen een verslaving. In 2021 ontving 30% van de gedetineerdenpopulatie forensische zorg voor verslavingsproblematiek. In 2020 betrof dit ongeveer 33%.
- In 2021 is bij 6% van de urinecontroles in gevangenissen drugsgebruik geconstateerd. In 2020 ging het eveneens om 6% en in 2019 betrof dit 8%. In absolute zin is het aantal positieve testen in 2021 licht gestegen in vergelijking met 2020. Deze urinecontroles worden steekproefsgewijs uitgevoerd en als er aanwijzingen zijn voor drugsgebruik of als bij gedetineerden eerder drugsgebruik is geconstateerd.
- De politie maakte in 2021 ruim 13.000 keer een proces-verbaal op vanwege rijden onder invloed van drugs. In 2020 ging het om bijna 12.000 processen-verbaal. Daarmee zette de stijgende trend van de afgelopen jaren zich in 2021 door.
- Na een toename van het aantal geregistreerde verdachten van rijden onder invloed (zoals beschreven in artikel 8 Wegenverkeerswet) in 2018 en 2019 leek het aantal geregistreerde verdachten in 2020 en 2021 zich te stabiliseren rond het niveau van 2014. In 2020 werd de stijgende trend van het aantal door de rechter afgedane zaken voor rijden onder invloed doorbroken: in 2019 ging het om bijna 11.000 zaken en in 2020 om ongeveer 8.700 zaken. Uit de duidingssessies in 2021 blijkt dat deze trendbreuk mogelijk samenhangt met de coronamaatregelen zoals de avondklok en de sluiting van horecagelegenheden. Wel werden de verdachten in 2020, net als in 2019, in bijna alle zaken (98%) schuldig bevonden.
- Tussen de invoering van de Wet middelenonderzoek bij geweldplegers per 1 juli 2017 en 2021 is het aantal drugsonderzoeken wegens rijden onder invloed bij het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) fors toegenomen. Het aantal onderzoeken naar de rijgeschiktheid van personen wegens mogelijk problematisch drugsgebruik nam toe tussen 2017 en 2020.
- In 2021 daalde het aantal opgelegde maatregelen door het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) rondom alcohol en verkeer ten opzichte van 2020. In 2020 was er ook een daling te zien van het aantal opgelegde maatregelen door het CBR. In de duidingssessie van 2021 wezen experts erop dat de daling in 2020 mogelijk samenhing met de coronamaatregelen.
- In 2021 besloot het CBR bijna 4.000 keer om een onderzoek te starten naar de rijgeschiktheid van personen wegens mogelijk problematisch drugsgebruik. Dit is minder vaak dan in 2020. Tegelijkertijd steeg het aantal onderzoeken wegens mogelijk problematisch alcohol- én drugsgebruik sterk. Het totaal aantal bestuurlijke maatregelen dat het CBR oplegt was in 2021 gedaald in vergelijking met 2020 en 2019.

- De reclassering bracht in 2021 meer adviezen uit dan in 2020 en voerde ongeveer evenveel toezichten uit. Ten opzichte van 2020 verdubbelde het aantal werkstraffen dat in 2021 werd uitgevoerd (alhoewel het in 2021 een kleiner aantal werkstraffen betrof dan in 2018 en 2019). Ongeveer 29.000 cliënten stonden in 2021 onder reclasseringstoezicht, waarvan 10% vanwege een drugsgerelateerd delict. Het aantal toezichten in 2021 is vergelijkbaar met 2020 maar in 2020 was het aandeel toezichten vanwege een drugsgerelateerd delict lager (8%). In 2018 en 2019 stonden in totaal ruim 30.000 cliënten onder toezicht van de reclassering.
- In 2021 is het aantal justitiabelen met een ISD-maatregel sterk afgenomen in vergelijking met 2020. Het percentage justitiabelen dat buiten de penitentiaire inrichting zorg ontving is licht toegenomen. Dit percentage schommelde in de periode 2017-2021 rond 38%.

Alcohol- en drugsgerelateerde overlast (§ 17.3)

- Na een stijging in de periode 2012-2020 van het aantal door de politie geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs nam het aantal geregistreerde alcohol- en drugsgerelateerde incidenten in 2021 licht af. Desondanks passen de cijfers binnen de stijgende trend vanaf 2012. Mogelijk was de inwerkingtreding van de Wet middelenonderzoek bij geweldplegers (per 1 juli 2017) van invloed op de stijgende trend van de afgelopen jaren: opsporingsinstanties hebben meer mogelijkheden gekregen om drugsgebruik bij geweldsincidenten te signaleren.
- Het aantal geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs (per 10.000 inwoners) steeg in 2021 vooral in de provincies Flevoland, Zuid-Holland en Drenthe. Alleen in de provincie Limburg was een daling te zien.
- De meest recente cijfers (over 2018) tonen dat coffeeshopoverlast (ervaren door klanten of niet-klanten) in twee derde van de onderzochte coffeeshopgemeenten niet voorkwam. Dit beeld is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Als er overlast was, ging het voornamelijk om verkeersopstoppingen, parkeerproblemen en rondhangende mensen.

17.1 Gegevensverzameling

Dit hoofdstuk gaat over de criminaliteit die gepleegd wordt door alcohol- en drugsgebruikers. Hiertoe behoren strafbare feiten die worden gepleegd onder invloed van alcohol of drugs (de zogenoemde ‘psychofarmacologische criminaliteit’) en strafbare feiten die worden begaan om geld (of drugs) te bemachtigen om het gebruik voort te kunnen zetten (de zogenoemde ‘economisch-dwangmatige criminaliteit’). Daarnaast komt in dit hoofdstuk ook overlast door alcohol- en drugsgebruikers aan de orde.

Het Nederlandse beleid is erop gericht om problematische gebruikers die delict(en) plegen niet alleen te straffen, maar ook – als er geen contra-indicaties zijn – door te leiden naar (gedrags)interventies en zorgtrajecten buiten detentie, met het doel de re-integratie in de maatschappij te bevorderen en de criminele recidive tegen te gaan.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit registratiesystemen van verschillende diensten zoals de politie, de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG), het Nederlands Forensisch Instituut (NFI), het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) en Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Verder wordt geput uit de Veiligheidsmonitor, onderzoek en jaarverslagen. Het beeld is fragmentarisch omdat de informatie belangrijke lacunes kent:

- De politie screent verdachten niet systematisch op middelengebruik. We weten dus niet hoeveel (problematische) gebruikers in totaal bij justitie binnenkomen en welke delicten ze plegen.
- Het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie, waarin kon worden aangegeven of een verdachte ‘alcoholgebruiker‘ of ‘drugsgebruiker’ was, wordt sinds 2015 niet meer gebruikt door de politie. In het registratiesysteem Basisvoorziening Handhaving (BVH) kunnen handmatig gevarenclassificaties, zoals ‘alcoholist’ en ‘harddrugsgebruiker’ toegekend worden. Deze registraties zijn over 2016-2021 opgevraagd. Deze gegevens zijn door de wijziging in de registratie niet vergelijkbaar met de informatie over de jaren daarvoor.
- In het datasysteem van het Openbaar Ministerie (OM) is geen informatie te vinden over middelengebruik bij justitiabelen.
- Binnen de forensische zorg kunnen gedetineerden een behandeling van verslavingsproblematiek ondergaan. Voor het bijhouden van gegevens over de instroom, doorstroom en uitstroom in de forensische zorg bestaat het Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZO). Hierin worden echter (nog) niet alle gegevens volledig en betrouwbaar bijgehouden [1].
- Er wordt geen periodiek onderzoek gedaan naar (problematisch) middelengebruik in de strafrechtketen.

In aanvulling op de bovenstaande informatiebronnen is voor het opstellen van dit hoofdstuk in 2022 en 2021 een groepsgesprek met inhoudelijk experts uit de strafrechtketen (zoals de politie, DJI, SVG) en wetenschappers georganiseerd. Daarin is gezamenlijk de context van gesignaleerde cijfermatige ontwikkelingen in de verzamelde data over het jaar 2021 en 2020 verkend en zijn mogelijke verklaringen besproken om de ontwikkelingen te duiden. De bevindingen zijn opgenomen in notities over deze zogenoemde 'duidingssessies' [2,3].

Een meer uitgebreide toelichting op de gegevensverzameling is opgenomen in bijlage B11.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Zorgautoriteit . Marktscan forensische zorg 2016. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2017.
2. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.
3. Regioplan . Notitie opbrengsten groepsgesprekken. ; 2022 p. 1–6.

17.2 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

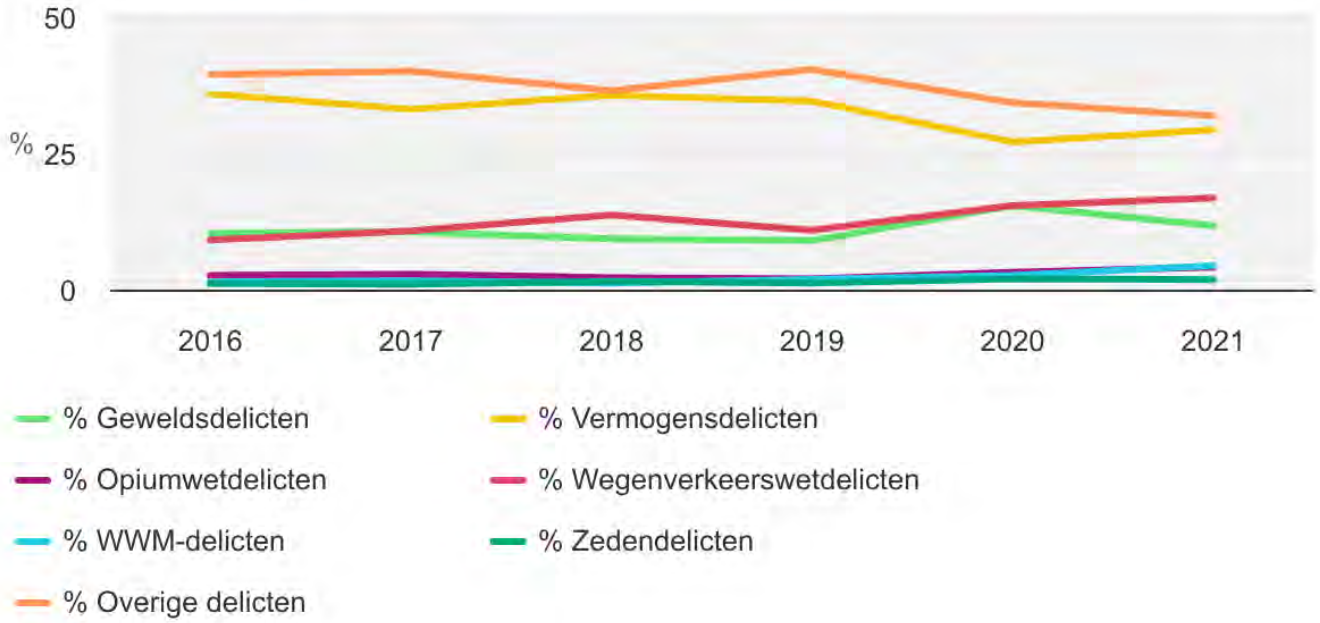
17.2.1 Alcohol- en drugsgebruikers bij de politie

In het politiesysteem Basisvoorziening Handhaving (BVH) kan een gevarenclassificatie toegevoegd worden aan een delict. Hierdoor is het mogelijk dat één persoon in meerdere delictscategorieën kan voorkomen met een gevarenclassificatie. Een gevarenclassificatie dient in BVH als een signaal voor politieagenten, zodat zij bij de benadering van een persoon rekening houden met eventueel alcohol en/of harddrugsgebruik. Drie van de gevarenclassificaties zijn hier relevant: de classificaties ‘alcoholist’, ‘harddrugsgebruiker’ en ‘alcohol- en harddrugsgebruiker’ (zie bijlage B11). De politieregistraties van deze gevarenclassificaties in BVH zijn opgevraagd voor de periode 2016-2021.

- Het totaal aantal verdachten met de gevarenclassificaties ‘alcoholist’, 'harddrugsgebruiker’ en ‘alcohol- en harddrugsgebruiker’ daalde tussen 2016 en 2021 met 26%.
- Bijna 700 verdachten kwamen in 2021 voor met gevarenclassificatie ‘alcoholist’. Daarmee zet de dalende trend van de afgelopen jaren door: in 2016 ging het nog om 925 verdachten. In 2021 ging het, net als in de voorgaande jaren, vooral om mannen tussen de 26 en 65 jaar.
- In 2021 werd 29% van de verdachten met de gevarenclassificatie ‘alcoholist’ verdacht van vermogensmisdrijven. Daarnaast werd van de verdachten met deze gevarenclassificatie 17% verdacht van verkeersdelicten en 12% van geweldsdelicten. Dit beeld is grotendeels vergelijkbaar met de percentages van 2020. Het percentage geweldsdelicten is echter in 2021 enigszins gedaald ten opzichte van 2020, terwijl het aandeel verkeersdelicten en vermogensdelicten juist enigszins steeg. Daarnaast nam in 2021 het aandeel verdachten van een Opiumwetdelict toe: van minder dan 3% in 2020 tot ruim 4% van de als alcoholist geclassificeerde verdachten (zie bijlage B11).
- De groep verdachten met de gevarenclassificatie ‘harddrugsgebruiker’ bestond in 2021 uit bijna 4.000 personen, eveneens merendeels mannen in de leeftijdscategorie 26 tot 65 jaar. Sinds 2016 daalt het aantal verdachten met de gevarenclassificatie ‘harddrugsgebruiker’: van 5.250 verdachten in 2016 naar 4.000 verdachten in 2021.
- Verdachten met de gevarenclassificatie 'harddrugsgebruiker' werden in 2021 vooral voor vermogensmisdrijven (33%) geverbaliseerd. Verder maakte 18% van de verdachte harddrugsgebruikers zich schuldig aan verkeersdelicten, 11% aan geweldsdelicten en 10% aan een overtreding van de Opiumwet. Tussen 2016 en 2021 daalde het aandeel verdachten met de gevarenclassificatie ‘harddrugsgebruiker’ dat van een vermogensdelict werd verdacht en steeg het aandeel dat werd verdacht van verkeersdelicten. Opvallend is dat het aandeel dat verdacht werd van geweldsdelicten na een stabiele periode in 2020 voor het eerst steeg. In 2021 stabiliseerde dit aandeel rond het niveau van 2020.
- Verdachten kunnen ook de gevarenclassificatie ‘alcohol- en drugsgebruiker’ krijgen. In 2021 bestond deze groep uit ruim 600 personen. De daling lijkt deel uit te maken van een trend. In 2016 ging het nog om bijna 950 verdachten.
- Ook verdachten met de classificatie ‘alcohol- en drugsgebruiker’ werden vooral verdacht van vermogensdelicten (33%), geweldsdelicten (12%) en verkeersdelicten (11%). Opvallend is dat het aandeel geweldsdelicten bijna verdubbelde in 2020 ten opzichte van 2019, maar in 2021 weer licht daalde. Het aandeel Opiumwetdelicten was zowel in 2020 als in 2021 6% van de verdachten met de classificatie ‘alcohol- en drugsgebruiker’ . In de periode 2016 - 2019 betrof

het aandeel Opiumwetdelicten 4% van deze geclassificeerde verdachte.

Type delict waarvan als 'alcoholist' geclassificeerde personen bij de politie worden verdacht, 2016-2021[I], in %

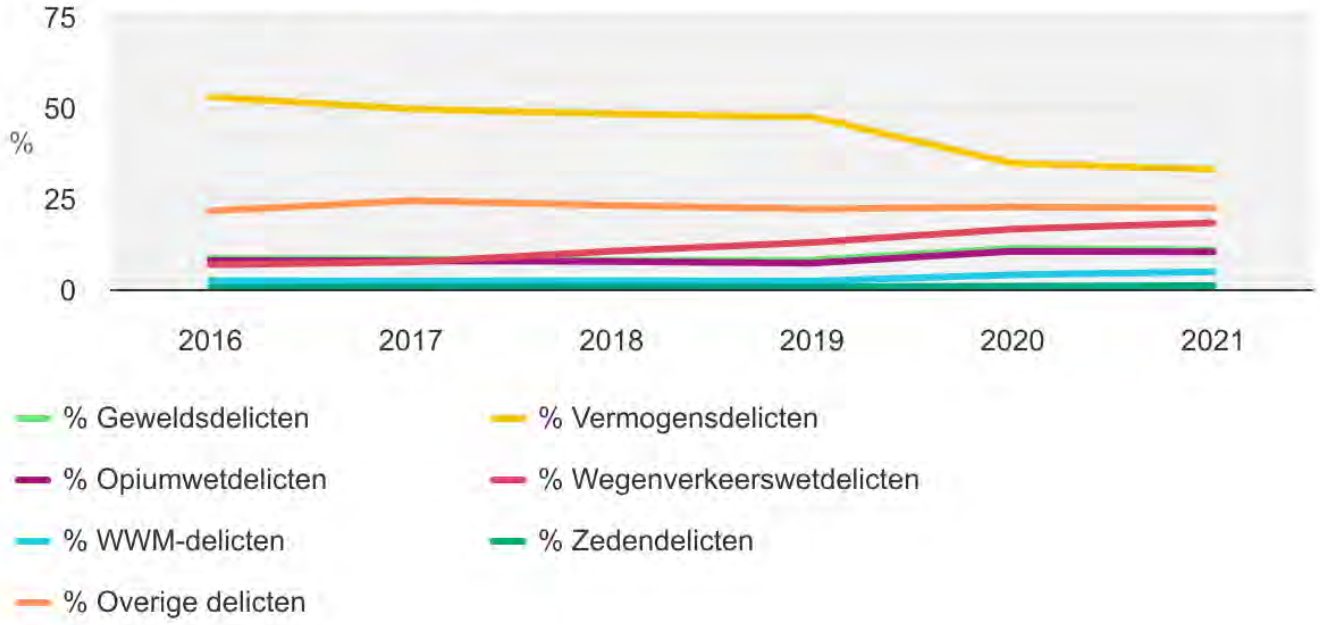


I. Meer dan een type delict mogelijk. Bron: BVH, Nationale Politie (augustus 2020, september 2021, maart 2022), bewerking Regioplan.

NDM

	% Geweldsdelicten	% Vermogensdelicten	% Opiumwetdelicten	% Wegenverkeerswetdelicten	% WWM-delicten	% Zedendelicten	% Overige delicten
2016	10,3	35,9	2,6	9,1	1,4	1,1	39,5
2017	10,6	33,1	2,8	10,8	1,6	1,0	40,1
2018	9,3	35,7	2,2	13,7	1,2	1,5	36,5
2019	9,0	34,6	2,0	10,9	1,9	1,2	40,4
2020	15,4	27,1	3,2	15,4	2,6	2,0	34,3
2021	11,7	29,3	4,1	16,8	4,4	1,8	31,9

Type delict waarvan als 'harddrugsgebruiker' geclassificeerde personen bij de politie worden verdacht, 2016-2021[I], in %



I. Meer dan een type delict mogelijk. Bron: BVH, Nationale Politie (augustus 2020, september 2021, maart 2022), bewerking Regioplan.

NDM

	% Geweldsdelicten	% Vermogensdelicten	% Opiumwetdelicten	% Wegenverkeerswetdelicten	% WWM-delicten	% Zedendelicten	% Overige delicten
2016	8,4	52,8	7,8	6,7	2,3	0,5	21,5
2017	8,3	49,5	7,7	7,4	2,2	0,7	24,3
2018	7,9	48,2	7,6	10,4	2,3	0,7	23,0
2019	8,0	47,3	7,1	12,8	2,2	0,6	22,0
2020	11,2	34,6	10,4	16,5	3,9	0,8	22,6
2021	10,8	32,9	10,2	18,2	4,8	0,9	22,3

17.2.2 Verslavingsproblematiek onder justitiabelen

Aan middelen gerelateerde stoornissen in Forensische Zorg (FZ)

Justitiabelen kunnen binnen de Forensische Zorg (FZ) behandeling van verslavingsproblematiek ondergaan. Onder FZ wordt verstaan: geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijke gehandicaptenzorg in een strafrechtelijk kader. Hieronder vallen zowel ambulante, intramurale of verblijfszorg als trajecten met detentie. Tbs-trajecten behoren hier niet toe.

- In 2021 had 30% van de gedetineerdenpopulatie binnen de FZ verslavingsproblematiek. Dat is vergelijkbaar met 2019. In 2020 was bij 33% van de gevangenispopulatie sprake van verslavingsproblematiek [1,2]. In de periode 2012-2018 was dit aandeel redelijk stabiel rond 25% [3–5].
- Het absolute aantal diagnoses van aan middelengebruik gerelateerde problematiek onder volwassen justitiabelen in de FZ nam af van 5.100 in 2017 naar 4.200 in 2019. Het aantal vaststellingen van stoornissen gerelateerd aan middelengebruik is niet bekend voor 2020 en 2021 [2,6].
- Onder justitiabelen die in de periode 2015-2017 uitgestroomd zijn uit de FZ is een aan middelen gebonden stoornis de meest gestelde hoofddiagnose: bij 28% is een aan een middel gebonden stoornis de primaire diagnose. Aan middelen gerelateerde problematiek kan bij een groter aandeel justitiabelen voorkomen, bijvoorbeeld in combinatie met een andere primaire diagnose [3].

Alcohol- en drugsproblematiek bij de gevangenispopulatie

In een systematische literatuurstudie uit 2021 is, aan de hand van Nederlands onderzoek naar de kenmerken van gedetineerden in de afgelopen 15 jaar, de aard, de omvang, de ernst en de samenhang van de problematiek van (deelpopulaties) gedetineerden in Nederland inzichtelijk gemaakt [6]. Daarbij zijn ook (problematisch) middelengebruik voorafgaand aan de detentie en verslavingsproblematiek in kaart gebracht. In deze studie is sprake van problematisch middelengebruik wanneer het gebruik leidt tot problemen in het dagelijks leven [6]. Uit de literatuurstudie blijkt het volgende.

- Uit verschillende studies van de afgelopen 15 jaar bleek dat 12-14% van de volwassen gedetineerden in voorlopige hechtenis of reguliere detentie een problematisch alcoholgebruiker ten tijde van hun arrestatie of in het jaar dat aan detentie voorafging. Daarnaast rapporteerde 15-43% van de volwassen gedetineerden problematisch drugsgebruik voorafgaand aan de detentie, waarbij problematisch softdrugsgebruik vaker voorkwam dan problematisch harddrugsgebruik. Bij een relatief groot deel van de veelplegers kwam problematisch middelengebruik en verslavingsproblematiek voor [6].
- Daarnaast toonden enkele studies uit de afgelopen 15 jaar ook aan dat volwassen gedetineerden in de leeftijd 25-44 jaar vaker kampten met problematisch alcohol- of drugsgebruik voorafgaand aan de detentie dan gedetineerden boven de 44 jaar. Verder kwam problematisch cannabisgebruik vaker voor onder mannen dan onder vrouwen en problematisch cocaïne-, opium- of sedativagebruik vaker voor onder vrouwen dan onder mannen [6].
- Verder toonden verschillende studies uit de afgelopen 15 jaar dat 23% van de tbs-patiënten

alcoholmisbruik rapporteerde ten tijde van de veroordeling of op het moment van het onderzoek. Van de tbs-patiënten rapporteerden 13% cannabismisbruik en 7% harddrugsmisbruik ten tijde van de veroordeling of op het moment van het onderzoek. Onder vrouwelijke tbs-patiënten leek middelenmisbruik vaker voor te komen dan bij mannen [6].

- In studies uit de afgelopen 15 jaar met betrekking tot de overige forensische psychiatrie rapporteerde 40% van de patiënten alcoholmisbruik, 46% cannabismisbruik en 17% harddrugsmisbruik. Daarbij ging het vooral om cocaïne [6]. Deze cijfers hebben betrekking op gedetineerden met psychiatrische problematiek die in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) zitten.

Uit de registraties van Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) over 2019 t/m 2021 blijkt dat in de gehele volwassen gevangenispopulatie gemiddeld de helft van de gedetineerden een verslaving heeft [7–9]. Dit is in lijn met de bevindingen uit een studie van de Universiteit Leiden [10]. Voor dit onderzoek zijn psychosociale criminogene factoren van gedetineerde mannen in kaart gebracht. De studie gaat uit van een representatieve steekproef (N= 2.079) van mannen die in de eerste helft van 2017 gedetineerd waren in Nederland. Daarbij is gebruikgemaakt van gegevens van de door de reclassering afgenomen 'RISc 4.0', een instrument dat zich richt op twaalf verschillende psychosociale domeinen die gerelateerd zijn aan het risico op recidive. Alcoholgebruik en drugsgebruik zijn twee van die twaalf domeinen. De RISc wordt ingevuld op basis van zowel zelfrapportage (interviews) als dossieranalyse. De resultaten van het onderzoek zijn samengevat in de onderstaande tabel.

Uit een andere studie bleek dat 70% van de tbs-gestelden een verslavingsstoornis (in remissie) had. Het gaat om de populatie tbs-gestelden die in de periode 2017-2019 langdurig in een tbs-instelling verbleef (meer dan 15 jaar) en waarvoor vanwege een behandelimpasse een zorgconferentie is georganiseerd, maar die niet in de Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ) verbleef [11].

Aandeel mannelijke gedetineerden met alcohol- en drugsproblematiek (in 2017)

% mannelijke gedetineerden met...	Totaal	Waarvan ernstig[1]
...alcoholprobleem	49	12
...problematisch drugsgebruik	54	15
...hoge mate van psychosociale problematiek	33	n.v.t.

1. Percentage 'waarvan ernstig' heeft betrekking op het deel van de mannelijke gedetineerden met problemen en niet op de totale N. Bron: Den Bak et al. (2018).

Drugsgebruik tijdens detentie

- Door de DJI is in 2019 en 2020 een registratie van vondsten van smokkelwaar bijgehouden. Zie ook § 2.1.6.
- In 2020 daalde het aantal keren dat contrabande werd binnengesmokkeld licht, van 4.567 in 2019 naar 3.948 in 2020. Dit komt mogelijk door het aangescherpte veiligheidsbeleid. Zo plaatste het gevangeniswezen extra hekken en netten bij instellingen. Daarnaast is het aantal drugs- en telefoonhonden verdubbeld, waardoor er meer controles met honden plaatsvinden. Het is echter ook aannemelijk dat de coronamaatregelen hebben geleid tot minder invoer van contrabande. Vóór de coronamaatregelen werd een groot deel van de contrabande in de bezoekzaal onderschept. Door de coronamaatregelen vond het bezoek echter plaats achter plexiglas, waardoor het minder goed mogelijk was om smokkelwaar via bezoekers over te dragen [3].
- Het grootste deel van de aangetroffen smokkelwaar bestaat uit drugs, namelijk 66% in 2020. In het laatste kwartaal van 2020 is een stijging te zien. Dat kan samenhangen met dat gedetineerden hun smokkelmethoden hebben aangepast aan de coronamaatregelen, maar het kan ook liggen aan het gebruik van een nieuw registratiesysteem en het beter registreren in de loop van 2020 [3].

In de gevangenis vinden urinecontroles plaats om het gebruik van drugs te testen. Die controles worden steekproefsgewijs verricht. Daarnaast wordt ook getest op drugs als er aanwijzingen zijn voor drugsgebruik of als bij gedetineerden eerder drugsgebruik is geconstateerd. Het betreft dus geen aselecte steekproef (zie bijlage B11).

- Uit registraties van DJI blijkt dat in 2021 bij afgerond 6% van de urinecontroles drugsgebruik bij gedetineerden is vastgesteld. Het gaat hierbij om 30.200 gevallen. In 2021 zijn in het totaal 550.000 urinecontroles uitgevoerd. Hierbij telt iedere controle op een substantie als één urinecontrole. Indien dus op drie verschillende substanties is getest, telt dit als drie urinecontroles.
- In absolute zin is het aantal positieve testen in 2021 iets hoger dan in 2020. Het aandeel positieve urinetesten is in 2021 echter met afgerond 6% het laagst sinds de vanaf 2014 gevolgde metingen.
- In 2020 werd bij eveneens ongeveer 6% van de urinecontroles drugsgebruik bij gedetineerden vastgesteld (29.500 gevallen). In 2019 was dit een kleine 8% (42.700 gevallen). In 2018 en 2017 was dat 9% en ging het om respectievelijk 33.800 en 31.500 gevallen. In 2016 stuitte men in circa 10% van de urinecontroles op drugsgebruik van gedetineerden (ongeveer 28.000 gevallen). De jaren daarvoor lag dat percentage iets lager: in 2014 op 9% en in 2015 op 8%.

Tijdens de duidingssessie in 2021 wezen experts van DJI en Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) erop dat het aandeel gedetineerden met verslavingsproblematiek waarschijnlijk groter is dan uit registraties blijkt. De experts wijzen erop dat in de registraties over verslavingsproblematiek sommige typen verslaving (bijvoorbeeld aan gokken) niet of beperkt worden opgenomen. Mogelijk zijn de registraties daardoor onvolledig. De verwachte onderrapportage van verslavingen wordt mogelijk mede veroorzaakt doordat verslavingszorg gedreven wordt door hulpvragen van gedetineerden. Zolang een gedetineerde zelf geen hulp zoekt, blijft de verslaving veelal buiten de registraties. Alcoholverslavingen komen volgens de experts overigens nauwelijks voor binnen detentie: als er voorafgaand aan detentie een alcoholverslaving was, wordt deze tijdens detentie

veelal vervangen door een verslaving aan drugs of medicatie [5]. In de duidingssessie in 2021 signaleerden de experts van DJI en SVG een aantal ontwikkelingen die mogelijk van invloed zijn op de recente registraties van drugsgebruik tijdens detentie [5]:

- In toenemende mate zijn er signalen dat tijdens detentie synthetische drugs gebruikt worden die in urine beperkt te detecteren zijn. Het gaat bijvoorbeeld om synthetische cannabinoïden.
- Wijzigingen in drugscontroles zijn tijdens de coronapandemie mogelijk van invloed geweest op het aantal urinecontroles dat bij gedetineerden is afgenomen en het percentage positieve tests. De frequentie van urinecontroles bij justitiabelen met de verblijfstitel 'Inrichting Stelselmatige Daders' (ISD) lijkt bijvoorbeeld tijdens de coronapandemie verlaagd van wekelijks naar maandelijks.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. DJI. Infographic forensische zorg 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://dji.nl/binaries/70558-JenV_DJI_infosheet_forensische_zorg_v3_HR_tcm41-366847.pdf
2. DJI. Infographic forensische zorg 2021 [Internet]. 2022. Available from: https://www.dji.nl/documenten/publicaties/2020/07/27/infographic-forensische-zorg
3. De Looff J, Van de Haar M, Van Gemmert N, Bruggeman M. DJI in getal 2013-2017: De divisies GW/VB en ForZo/JJI nader belicht. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid, Dienst Justitiële Inrichtingen; 2018.
4. GGZ. Factsheet forensische zorg cijfers 2018, publicatienummer 2019-420. Amersfoort: GGZ Nederland; 2019.
5. DJI. Infographic forensische zorg 2019 [Internet]. 2019. Available from: www.forensischezorg.nl › files › %09infographic_forensische_zorg_2019
6. Appelman J, Dirkzwager A, Van der Laan P. Kenmerken van justitiabelen, een systematisch literatuuronderzoek. Amsterdam; 2021.
7. DJI. Infosheet gevangeniswezen 2021 [Internet]. 2022. Available from: https://www.dji.nl/over-dji/documenten/publicaties/2020/07/27/infographic-gevangeniswezen
8. DJI. Infosheet gevangeniswezen [Internet]. 2021. Available from: https://www.dji.nl/feiten-en-cijfers/documenten/publicaties/2020/07/27/infographic-gevangeniswezen-2021
9. DJI. Infosheet gevangeniswezen [Internet]. 2020. Available from: https://dji.nl/binaries/70558-JenV_DJI_infosheet_gevangeniswezen_v4_tcm41-352270.pdf
10. Den Bak RR, Popma A, Nauta-Jansen L, Nieuwbeerta P, Jansen JM. Psychosociale criminogene factoren en neurobiologische kenmerken van mannelijke gedetineerden in Nederland. Leiden: Universiteit Leiden; 2018.
11. van der Wolf MJF, Reef J, Gunnink L, Hertzberger J, Doekhie JVOR. Binnen. Beeld. Buiten. Een evaluatie van zorgconferenties bij langverblijvers (15+) in de tbs. Universiteit Leiden; 2022.

17.2.3 Geweld en het gebruik van alcohol en drugs

Alcoholgebruik verhoogt onder bepaalde omstandigheden de kans op agressief gedrag: het drinken van vijf glazen alcoholische drank wordt bijvoorbeeld geassocieerd met een verhoogde kans dat de drinker als dader betrokken raakt bij een gewelddadig incident, zo kwam naar voren in een overzichtsstudie uit 2017 van (internationale) onderzoeken die tussen 2001 en 2015 zijn uitgevoerd [1]. Deze uitkomst sluit aan bij eerdere onderzoeken [2,3]. De overzichtsstudie concludeerde dat fors alcoholgebruik (intoxicatie) een cruciale rol speelt bij circa de helft van alle geweldsdelicten en ook dat het een rol speelt bij veel gevallen van seksueel geweld [3].

Een literatuurstudie uit 2016 onderzocht het verband tussen het gebruik van verschillende typen drugs en agressief gedrag [4]:

- Gewelddadig of agressief gedrag kan optreden als effect van het gebruik, als onderdeel van onthoudingsverschijnselen na gebruik, door verhoogde impulsiviteit als gevolg van zwaar gebruik of doordat de gebruikte middelen een psychose of manie veroorzaken, die dan weer kunnen leiden tot agressiever gedrag (al dan niet in combinatie met andere risicofactoren). De effecten kunnen ook in verband worden gebracht met afgenomen gevoeligheid voor sociale signalen (bijvoorbeeld het niet herkennen van gezichtsuitdrukkingen) of een toegenomen vatbaarheid om sociale signalen te interpreteren als bedreigend of uitlokkend.
- Een causaal verband met gewelddadig of agressief gedrag na gebruik van alcohol, opiaten en bepaalde synthetische stimulerende middelen is gevonden. Voor het verband tussen alcohol en agressief gedrag merken de onderzoekers op dat rekening moet worden gehouden met individuele variatie (bijv. persoonskenmerken) en contextuele factoren (bijv. provocatie).
- De specifieke effecten verschillen per individu en zijn afhankelijk van de interactie tussen biologische en persoonlijke kenmerken van een individu en de omgeving (zie ook het onderzoek van Kuypers et al. [3]).

De Wet middelenonderzoek bij geweldplegers (WMG), die op 1 januari 2017 in werking is getreden, maakt het mogelijk om verdachten van geweldsmisdrijven verplicht mee te laten werken aan een onderzoek naar het gebruik van alcohol en/of drugs wanneer er een aanwijzing is voor geweldpleging onder invloed [5]. Vanaf 1 juli 2017 is deze bevoegdheid landelijk toegepast. In het geval van een vermoeden van drugsgebruik bij geweldsincidenten kan de politie een speekseltest afnemen, waarna bij een positieve uitslag een bloedonderzoek door het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) volgt om de uitslag te verifiëren.

- Uit registraties van het NFI blijkt dat in 2021 door het NFI in totaal 683 onderzoeken in geweldszaken zijn uitgevoerd. Hierbij ging zowel om alcoholonderzoeken, drugsonderzoeken en de onderzoeken waarbij getest wordt op een combinatie van alcohol en drugs .
- Het totale aantal onderzoeken dat door het NFI is uitgevoerd, is sinds de invoering van de WMG gestegen (met uitzondering van een lichte daling in 2020). Deze onderzoeken worden uitgevoerd bij verdenking van gebruik van alcohol, drugs of alcohol en drugs. De frequentie van het gebruik speelt hierbij geen rol.
- In 2019-2021 was het aantal onderzoeken dat het NFI uitvoerde in augustus (en in mindere mate de (na)zomermaanden er omheen) het hoogste.

- In de periode 2019-2021 bestond de overgrote meerderheid van de onderzoeken uit tests naar drugs of een combinatie van alcohol en drugs. Het aandeel gecombineerde alcohol- en drugstests is in die periode toegenomen van 49% in 2019 tot 54% in 2021.
- Uit een evaluatie van de WMG, op basis van processen-verbaal van de politie waarin de uitslag van afgenomen testen wordt geregistreerd, blijkt dat in de periode medio 2017 en 2020, in totaal 7.336 tests zijn afgenomen bij geweldsincidenten met (een vermoeden van) middelengebruik. Hierbij betrof het 5.308 uitgevoerde ademproeven en 1.412 afgenomen bloedproeven. Ademproeven worden afgenomen bij een vermoeden van alcoholgebruik, terwijl bloedproeven afgenomen worden bij een vermoeden van drugs of alcohol- en drugsgebruik. Het gaat voornamelijk om incidenten waarin sprake is van (een vermoeden van) eenvoudige mishandeling [6].
- Bloedonderzoeken worden uitgevoerd wanneer de tests aangaven dat er mogelijk sprake is van het gebruik van één of meer van de in de WMG opgenomen drugs, wanneer een ademproef niet mogelijk is om gezondheidsredenen of wanneer er een vermoeden is van een combinatie van alcohol en drugs. Tussen 2017-2020 zijn 1.490 bloedonderzoeken aangevraagd, hiervan waren er 1.257 onderzoeken boven de grenswaarden [6].
- Het is mogelijk om deelname aan een onderzoek in het kader van de WMG te weigeren. Uit de evaluatie van de WMG bleek dat in de periode medio 2017-2020 het percentage weigeringen is toegenomen van 14% naar 20% van het aantal ademanalyses en bloedonderzoeken [6].

Totaal aantal onderzoeken uitgevoerd door het NFI in het kader van de Wet middelenonderzoek bij geweldsplegers, 2017–2021

	2017 (tweede helft)	2018	2019	2020	2021
Totaal aantal onderzoek	125	477	555	537	683

Bron: NFI, bewerking Regioplan.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Amsterdam J, Niesink R. Geweld door alcohol en drugs (II) Alcohol, cocaïne, amfetamine en agressie. Vol. 13, Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek. 2017. p. 189–197.
2. Duke AA, Smith KMZ, Oberleitner LMS, Westphal A, McKee SA. Alcohol, drugs, and violence: A meta-meta-analysis. Psychology of violence. 2018;8(2):238–49.
3. Kuypers KPC, Verkes RJ, Van den Brink W, Van Amsterdam JGC, Ramaekers JG. Intoxicated aggression: Do alcohol and stimulants cause dose-related aggression? A review [Internet]. Vol. June 22, European Neuropsychopharmacology. Elsevier B.V.; 2018. Available from: https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.06.001
4. Ramaekers JG, Verkes RJ, van Amsterdam JCG, Van den Brink W, Goudriaan AE, Kuypers KPC, et

al. Middelengebruik en geweld. Een literatuurstudie naar de relatie tussen alcohol, drugs en geweld. Maastricht/Nijmegen/Amsterdam; 2016.
5. Eerste-Kamer-der-Staten-Generaal . Wijziging van het Wetboek van strafvordering in verband met de introductie van de bevoegdheid tot bevelen van een middelenonderzoek bij geweldplegers en enige daarmee samenhangende wijzigingen van de Wegenverkeerswet 1994. Vols. 33799-A, vergaderjaar 2015-2016. ; 2016 p.
6. Kuppens J, Brouwer N, Ferwarda H. Beïnvloed geweld. Evaluatie Wet middelenonderzoek bij geweldplegers (WMG). Arnhem; 2022.

17.2.4 Rijden onder invloed

Door de inwerkingtreding van Wet middelenonderzoek bij Geweldsplegers (WMG) in 2017 zijn veranderingen doorgevoerd in het Wetboek van Strafvordering en in de Wegenverkeerswet. Er zijn wettelijke limieten voor een aantal stoffen en een bepaling die de politie de bevoegdheid geeft om bij een verdenking van rijden onder invloed een speekseltest af te nemen geïntroduceerd. Deze speeksteltest wordt gebruikt als voorselectiemiddel. Bij een positieve uitslag van de speekseltest wordt bloed afgenomen en naar het Nederlands Forensische Instituut (NFI) gestuurd ter verificatie.

In vergelijking met andere middelen vergroot alcoholgebruik het risico op ernstige en dodelijke verkeersongevallen het meest, zelfs wanneer een bestuurder minder dan het wettelijk toegestaan promillage alcohol in het bloed heeft [1]. Al vanaf 1 à 2 glazen alcohol is er een grotere kans op ongevallen. Daarbij geldt dat de kans op ongevallen exponentieel toeneemt bij een toename van het alcoholgehalte in het bloed [2–4]. Naast alcohol verhoogt ook het gebruik van amfetamines, medicinale opioïden en de combinatie van verschillende soorten drugs door elkaar het risico op ongevallen aanzienlijk. Alcoholgebruik in combinatie met drugs verhoogt het risico op ongevallen het meest [3,5]. Vergeleken met andere verdovende middelen is het risico op ongevallen in het verkeer het kleinst bij het gebruik van cannabis. Het gebruik van cocaïne en opiaten wordt niet met een verhoogd risico op ongevallen geassocieerd, omdat het gebruik geen negatieve invloed heeft op de rijgeschiktheid. Mogelijk heeft het gebruik wel invloed op zelf-perceptie, kritisch denkvermogen en het nemen van risico's [2,3].

Alcohol in het verkeer

In Nederland is het rijden met een alcoholconcentratie in het bloed van 0,5‰ of hoger strafbaar (voor beginnende bestuurders geldt 0,2‰). In 2014 is rijden onder invloed van drugs in een apart artikel van de wet strafbaar gesteld, met grenswaarden voor een aantal drugs; dit is in 2017 geïmplementeerd.

Rijkswaterstaat Water, Verkeer en Leefomgeving (van het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat) laat tweejaarlijks onderzoek uitvoeren naar rijden onder invloed van alcohol in Nederland. Het recentste onderzoek betreft de periode 2002-2019 [6]. In samenwerking met de politie zijn alcoholcontroles uitgevoerd verdeeld over tien politieregio’s.

- In 2019 werden ruim 10.000 blaastesten afgenomen in een aselecte steekproef van automobilisten die op vrijdagnacht (vrijdag op zaterdag) of zaterdagnacht (zaterdag op zondag) tussen 22.00 en 4.00 uur aan het verkeer deelnamen. Bij iedere automobilist werd verplicht een blaastest afgenomen. De blaastest is een voorlopige test waarmee bepaald kan worden of er een vermoeden van alcoholgebruik is. Wanneer er een vermoeden van alcoholgebruik is volgt een ademanalyse om te bepalen of de bestuurder daadwerkelijk de alcohollimiet overschreden heeft. Ter vergelijking: bij de vorige meting in 2017 zijn ruim 13.000 blaastesten afgenomen en in 2015 waren dat er nog ruim 15.000. Een verklaring voor de afname van het aantal blaastesten is het afnemende aanbod van automobilisten bij de alcoholcontroles waardoor er gemiddeld minder gecontroleerde bestuurders per meting zijn.
- Op landelijk niveau is het aandeel bestuurders met een te hoge alcoholconcentratie in het bloed

sterk toegenomen: van 1,4% in 2017 naar 2,3% in 2019 [6].
- Op regionaal niveau waren in 2019 bestuurders het vaakst in overtreding in politie-eenheid Rotterdam, namelijk 5,5%. In 2017 was dat nog 1,6% [6].
- Het aandeel bestuurders dat niet of nauwelijks had gedronken (minder dan 0,2‰), daalde licht, van 96,1% in 2017 naar 95,4% in 2019 [6].
- Het aandeel zware alcoholovertreders (met een bloedalcoholgehalte van 1,3‰ of meer) steeg van 0,1% in 2017 naar 0,3% in 2019. Hiermee is het aandeel zware alcoholovertreders terug op het niveau in de periode 2011-2015 [6].
- Mannelijke bestuurders reden vaker met te veel alcohol op dan vrouwelijke bestuurders, maar de verschillen zijn kleiner geworden in de periode 2002-2019. Mannelijke overtreders vielen meestal in de leeftijdsgroep 35-49 jaar. Binnen deze leeftijdsgroep is het aandeel mannelijke bestuurders dat te veel alcohol op heeft toegenomen; van 1,8% in 2017 naar 2,5% in 2019. Vrouwelijke overtreders vielen in 2019 (net als in 2017) meestal in de leeftijdscategorie 25-34 jaar. Binnen deze groep steeg het aandeel overtreders van 0,9% in 2017 naar 1,4% in 2019 [6].
- Sinds 2015 zijn bestuurders op zaterdagnacht vaker in overtreding dan op vrijdagnacht. Op zaterdagnacht was 2,7% in overtreding (dat was 1,7% in 2017) en op vrijdag 1,9% (in 2017 was dat nog 1,2%). Naarmate de nacht vordert, zijn er meer bestuurders in overtreding. In 2019 waren tussen 2.00 en 4.00 uur de meeste bestuurders in overtreding (3,9%). In 2017 ging het om 2,5% tussen 2.00 en 4.00 uur [6].
- De meeste overtreders hebben in een horecagelegenheid gedronken (50% in 2019, dit was in 2017 nog 45%). Ook het aandeel overtreders dat bij vrienden, kennissen of familie of elders drinkt is toegenomen (van 22% in 2017 naar 25% in 2019). In 2019 viel op dat bestuurders minder vaak zeiden dat ze op het werk, in een sportkantine/clubhuis of thuis hadden gedronken in vergelijking met 2017 (respectievelijk 5%, 2% en 10% tegenover 9%, 6% en 13%) [6].
- Naarmate de te rijden afstand tot de eindbestemming dichterbij ligt, wordt er meer gedronken. Onder bestuurders die maximaal vijf kilometer moeten rijden, was het aandeel overtreders 4,4% in 2019 (was 3,6% in 2017). Onder bestuurders die meer dan 50 kilometer rijden is het aandeel overtreders afgenomen tot 1,1% (was 1,3% in 2017) [6].

Over verkeersongelukken waarbij alcohol in het spel is, is het volgende bekend:

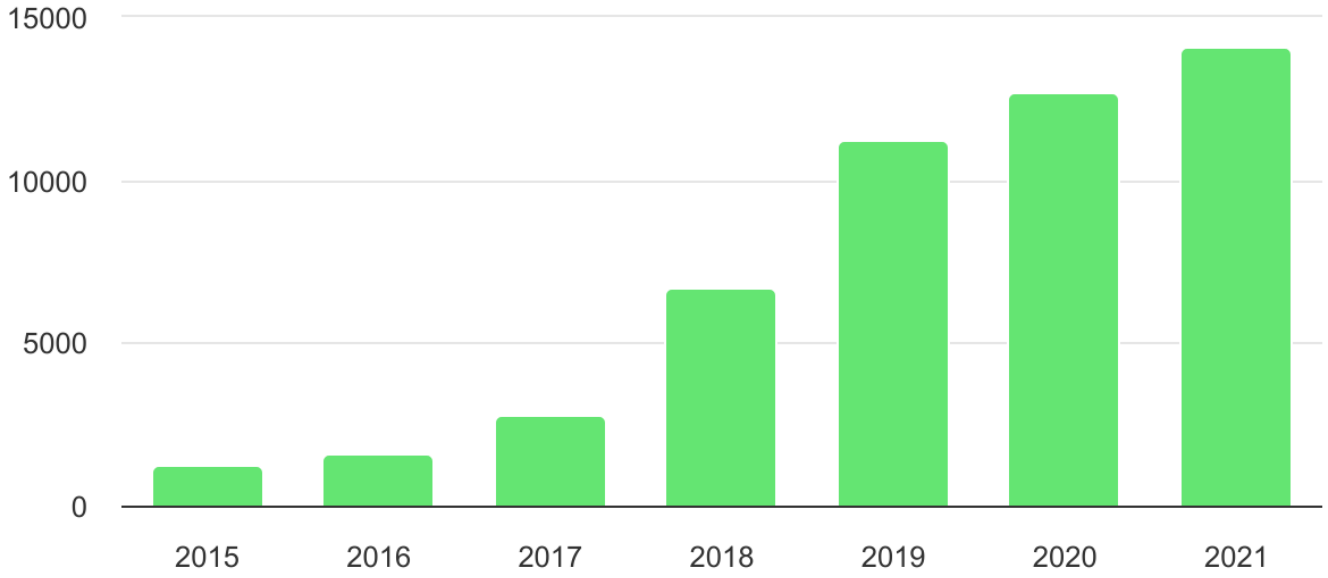
- Tussen 2016 en 2018 nam het aantal *verkeersongelukken* waarbij alcohol in het spel is toe: van 2.379 ongevallen in 2016 tot 2.731 in 2018. De politie zag in deze jaren het gebruik van (uitsluitend) alcohol in het verkeer juist teruglopen. Een mogelijke verklaring zou volgens de politie mogelijk kunnen liggen in de stijging van de combinatie van alcohol- en drugsgebruik in het verkeer [7].
- In 2016 had de politie bij 178 mensen, die betrokken waren bij een verkeersongeluk, vastgesteld dat ze zowel alcohol als drugs of alcohol in combinatie met medicijnen hadden gebruikt. In 2018 betrof het ruim twee keer zo veel mensen (423) en in 2019 ging het tot en met eind september om 428 mensen [7].
- De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) schat in dat in 2015 het aandeel *ernstig gewonden* in het verkeer dat was gerelateerd aan alcoholgebruik op 17% lag. Dat is ongeveer even groot als het geschatte aandeel in 2013. Sinds 2015 zijn hierover geen recente data meer beschikbaar gesteld [6].
- Het aantal geregistreerde *dodelijke slachtoffers* van verkeersongelukken waarbij alcohol in het spel was, is in de periode 2016-2019 ruim verdubbeld. In 2019 zijn tot en met september 29 mensen bij aan alcoholgebruik gerelateerde verkeersongelukken overleden. In 2018 waren dat

36 verkeersdoden en in 2017 bedroeg het aantal 15 verkeersdoden. In 2016 vielen er, volgens registratie van de politie, 13 doden bij verkeersongelukken gerelateerd aan alcohol. Vooral willekeurige weggebruikers zijn omgekomen bij deze verkeersongelukken [7]. Het SWOV verwacht dat het werkelijke aantal verkeersdoden door alcohol groter is dan de cijfers van de politie tonen. De reden hiervoor is dat het alcoholpromillage van overleden verkeersdeelnemers vaak niet wordt gemeten, omdat zij niet meer juridisch vervolgd kunnen worden [7].

Rijden onder invloed van alcohol en drugs

- In 2021 maakte de politie 13.147 keer proces-verbaal op vanwege rijden onder invloed van drugs . Hiermee zet de stijgende trend van de afgelopen jaren door. In 2020 werd door de politie 11.994 keer een proces-verbaal opgemaakt voor rijden onder invloed van drugs. In de jaren daarvoor steeg het aantal proces-verbalen van 1.834 (2017) naar 5.462 (2018) en 9.942 (2019) [8]. De stijging van de proces-verbalen heeft volgens de politie deels te maken met een vernieuwde werkwijze. Sinds 2017 werkt de politie met een speekseltest die een aanwijzing biedt over of een bestuurder mogelijk drugs heeft gebruikt. Voor 2017 werd hier nauwelijks op gecontroleerd [9]. De politie constateerde onder andere aan de hand van de speekseltesten dat het om verschillende soorten drugs gaat: van cannabis en ecstasy tot cocaïne, amfetamine en lachgas [9]. Het SWOV heeft geen recente cijfers van het aantal bestuurders dat onder invloed van drugs reed: het meest recente onderzoek komt uit 2011 [10].
- Voor meer informatie over lachgas in het verkeer verwijzen we naar § 13.6.2.
- Drugsonderzoeken werden bij het NFI aangevraagd voor een deel van de gevallen waarin de politie proces-verbaal opmaakte vanwege rijden onder invloed. Hoe groot dit aandeel was, is niet bekend.
- Uit registraties van het NFI blijkt dat het aantal drugsonderzoeken en gecombineerde alcohol- en drugsonderzoeken dat vanwege een verdenking van rijden onder invloed door het NFI is uitgevoerd, sterk is gestegen in de periode 2015-2021. Gedurende de jaren 2019, 2020 en 2021 schommelde het aantal drugsonderzoeken tussen de 500 en 1.650 per maand. In de jaren 2019 en 2020 was het aantal drugsonderzoeken in juli het grootste, terwijl de piek in 2021 in de maand maart lag. Over de periode 2015-2018 zijn alleen jaarlijkse cijfers beschikbaar.
- Bij een deel van de gecombineerde alcohol- en drugsonderzoeken betreft het, volgens experts in de duidingssessie van 2022, mogelijk de combinatie van cocaïne in combinatie met alcohol: zowel alcohol als cocaïne zijn uitgaansmiddelen, waarvan bekend is dat ze worden gecombineerd [11].
- Naast de drugsonderzoeken zijn door het NFI alcoholonderzoeken uitgevoerd vanwege een verdenking van rijden onder invloed. Deze onderzoeken vormen een relatief klein deel binnen het totaal aantal onderzoeken naar middelengebruik in het verkeer (6% in 2021). In 2019 bereikte het aantal alcoholonderzoeken in juli en augustus een duidelijke piek. In 2020 en 2021 was het aantal alcoholonderzoeken gedurende deze maanden eveneens hoger dan in andere maanden maar minder hoog dan in het pre-coronajaar 2019.
- In 2018, 2019 en 2020 werd een aanzienlijk deel van de drugsonderzoeken uitbesteed aan geaccrediteerde laboratoria (in het buitenland) wegens capaciteitsgebrek bij het NFI. Hierdoor geven de cijfers van het NFI geen volledig beeld van het totaal aantal drugsonderzoeken.
- Bij ongeveer driekwart van de bloedonderzoeken uit 2018 werd positief op drugs getest, blijkt uit een dossierstudie waarin 100 politiedossiers uit de BVH zijn onderzocht [12] Het NFI schat, in hetzelfde onderzoek, dat ongeveer 90% van de bloedonderzoeken naar drugs positief was [12].

Aantal drugsonderzoeken wegens rijden onder invloed door het NFI[I], 2015-2021



I. Het aantal drugsonderzoeken, dat in 2019 en 2020 uitgevoerd is, verschilt van de aantallen die in een eerdere meting gerapporteerd zijn. Dit verschil heeft te maken met de wijze van registeren het moment waarop de cijfers geregistreerd en opgevraagd worden. Dit figuur bevat de meest recente cijfers. Bron: NFI registratie.

NDM

Categories	aantal drugsonderzoeken verkeer
2015	1246
2016	1573
2017	2757
2018	6722
2019	11210
2020	12702
2021	14125

- Het is daarnaast bekend hoe vaak door het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR), na een mededeling van de politie, een besluit is genomen om een onderzoek te starten naar de rijgeschiktheid van personen vanwege misbruik van drugs. Zo'n onderzoek wordt alleen gestart als sprake is van een positieve testuitslag. Echter, niet voor alle positief geteste personen wordt een rijvaardigheidsonderzoek gestart, dit gebeurt alleen als de politie nog andere kenmerken heeft genoteerd die erop wijzen of mogelijk sprake is van problematisch drugsgebruik.
- In 2021 nam het CBR 3.893 keer een besluit om een onderzoek te starten naar de rijgeschiktheid van personen wegens mogelijk problematisch drugsgebruik. Dit is een daling ten opzichte van 2020. Toen nam het CBR 4.158 keer het besluit om een onderzoek te starten. In vergelijking met de jaren 2017-2019 zijn de cijfers wel hoger (3.600 in 2019, 1.500 in 2018 en 600 in 2017).
- In 2021 zijn daarnaast 88 onderzoeken uitgevoerd wegens mogelijk problematisch alcohol- én drugsgebruik. Dit is een stuk meer dan in 2020 toen 5 onderzoeken werden uitgevoerd. Het relatief lage aantal onderzoeken in 2020 is, zo blijkt uit de duidingssessie van 2021, vermoedelijk veroorzaakt door de coronamaatregelen, zoals de avondklok en de sluiting van horecagelegenheden [13].
- In de duidingssessie van 2021 heeft de expert van het CBR toegelicht dat uit registraties van het CBR blijkt dat in 2020 de stijgende trend in het aantal onderzoeken naar de rijgeschiktheid van personen wegens mogelijk problematisch drugsgebruik doorzette. Net als bij drugsonderzoeken wegens rijden onder invloed uitgevoerd door het NFI is deze trend zichtbaar sinds de invoering van de Wet middelenonderzoek in 2017 [13].

Verdachten van rijden onder invloed, maatregelen en straffen

- In 2021 registreerde de politie 30.850 verdachten van rijden onder invloed van alcohol en/of drugs. Dat was een stijging van 8% ten opzichte van 2020. Voor zowel 2020 als 2021 gaat het om voorlopige cijfers [14].
- Het aantal verdachten van rijden onder invloed van alcohol en/of drugs nam aanvankelijk af tussen 2012-2016. Na een stijging in 2017-2019 lijken de voorlopige cijfers te suggereren dat in de afgelopen twee coronajaren het aantal verdachten van rijden onder invloed stabiliseerde op het niveau van 2014 [15]. Uit de duidingssessies in 2021 blijkt dat de trendbreuk in 2020 mogelijk samenhangt met de coronamaatregelen [13].

Aandeel (%) geregistreerde verdachten rijden onder invloed[I], 2012-2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
% rijden onder invloed	67	65	64	62	62	63	65	67	64	64
Rijden onder invloed (afgerond, *1000)	39	34	31	27	26	25	28	32	28	31
Totaal aantal verkeersmisdrijven (afgerond, *1.000)	58	52	49	43	42	40	44	48	44	48

I. Aantallen door de politie geregistreerde verdachten van misdrijven in duizendtallen. Bron: CBS Statline, 2022, bewerking Regioplan.

- Bij rijden onder invloed van alcohol en/of drugs volgt doorgaans zowel een strafrechtelijke als een bestuursrechtelijke reactie. Wanneer rijden onder invloed van alcohol wordt geconstateerd, is de reactie afhankelijk van het promillage alcohol in het bloed van de bestuurder. Wanneer tevens sprake is van een verkeersongeval met letsel door schuld, liggen de straffen aanmerkelijk hoger.
- Strafrechtelijke afhandeling gebeurt door het OM of de rechter. In 2020 werden er minder beslissingen genomen door het OM in misdrijfzaken betreffende rijden onder invloed dan in 2019.
- Het aantal keer dat het OM een onvoorwaardelijk beleidssepot heeft opgelegd voor rijden onder invloed is in 2021 sterk toegenomen ten opzichte van 2020 en 2019. Daarnaast heeft het OM in 2021 vaker een transactie aangeboden dan in 2020. Ook het aantal strafbeschikkingen is in 2021 gestegen ten opzichte van 2020. Alleen het aantal beslissingen is in 2021 gedaald in vergelijking met 2020 en 2019 [16,17].

Strafrechtelijke afhandeling van misdrijfzaken vanwege rijden onder invloed, 2019-2021

	2019	2020	2021
Aantal beslissingen	19.305	16.095	14.805
Strafbeschikking	5.310	5.950	6.310
Transactie	145	65	80
Onvoorwaardelijk beleidssepot	260	375	630

Bron: Meijer, Moolenaar, Choenni & Van den Braak (2022).

- In 2021 werden door de rechter in eerste aanleg 6.615 zaken afgedaan voor het rijden onder invloed van alcohol en/of drugs. In 2020 betrof dit nog 8.695 zaken [17,18].
- In de 6.615 afgedane misdrijfzaken in 2021 vonden 6.450 schuldigverklaringen plaats. Dat is ongeveer 98% van de zaken. Dit is vergelijkbaar met de percentages in 2020 en 2019 [17,18].

Aantal afgedane misdrijfzaken rijden onder invloed door de rechter in eerste aanleg, 2011-2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aantal zaken	10.855	12.725	11.335	11.195	7.810	9.305	9.860	10.870	8.690	6.615

Bron: Meijer, Moolenaar, Choenni & Van den Braak (2022).

- Bestuurlijke maatregelen voor rijden onder invloed van alcohol en/of drugs worden door het CBR opgelegd.
- In 2021 was er een lichte daling ten opzichte van 2020 in het aantal meldingen dat het CBR ontving van de politie in verband met alcohol- en/of drugsovertredingen, gevaarlijk rijgedrag of door een vermoeden van ongeschiktheid om te rijden door een medische aandoening [19]. Uit

de duidingssessie in 2022 bleek dat de daling van het aantal meldingen mogelijk het gevolg is van beperkingen in capaciteit bij de politie voor handhaving op alcohol en drugs in het verkeer als gevolg van de coronamaatregelen. Daarnaast kan de afname van het aantal politiemeldingen in 2021, volgens experts in de duidingssessie van 2022, mogelijk verklaard worden door de tijdelijke sluiting van de horeca in het kader van de coronamaatregelen. Daardoor heeft middelengebruik mogelijk meer in de thuisomgeving, en daardoor minder zichtbaar in de openbare ruimte, plaatsgevonden [11].

- In totaal werden minder maatregelen opgelegd door het CBR in 2021 ten opzichte van voorgaande jaren. Deze daling is bij alle maatregelen te zien, maar is het sterkst bij de cursussen alcohol en verkeer. In 2021 werd ongeveer 5.500 keer een cursus opgelegd, terwijl het in 2020 en 2019 om respectievelijk ongeveer 7.000 en 9.000 opgelegde cursussen ging [19] . Uit de duidingssessies in 2021 blijkt dat deze trendbreuk mogelijk samenhangt met de coronamaatregelen [13].
- Uit de duidingssessie in 2022 bleek dat voor de daling van het aantal opgelegd bestuurlijke maatregelen in 2021 meerdere mogelijke verklaringen zijn. Ten eerste is het mogelijk dat door een lagere prioriteit van alcohol- en/of drugsovertredingen, minder signaleringen binnen komen en daardoor ook minder maatregelen opgelegd kunnen worden. Ten tweede is het mogelijk dat de politie niet op alle soorten drugs test. In de duidingssessie werd geopperd dat nog veel jongeren onder invloed van lachgas rijden en daar zijn geen betrouwbare testen voor beschikbaar. Er is geen test om het brede scala van alle soorten drugs te testen, maar er moet steeds een keuze gemaakt worden waarop wordt getest [11].

Bestuurlijke maatregelen voor rijden onder invloed opgelegd door het CBR, 2018-2021

	2018	2019	2020	2021
Aantal mededelingen </sup>I</sup>	22.350	25.000	24.350	23.087
Cursussen	6.867	6.788	5.505	4.163
Korte curssusen	2.199	2.185	1.456	1.200
Onderzoek naar rijgeschiktheid	3.660	3.750	3.150	3.010

I. Dit betreft mededelingen in verband met alcohol- en/of drugsovertredingen, gevaarlijk rijgedrag of door een vermoeden van ongeschiktheid om te rijden door een medische aandoening. Bron: CBR (2021, 2022).

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Garrisson H, Scholey A, Ogden E, Benson S. The effects of alcohol intoxication on cognitive functions critical for driving: A systematic review. Accident Analysis & Prevention. 2021;154:346–56.
2. Moskowitz, H., & Fiorentino, D. A review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving-related skills. Washington: Department of Transportation DOT, National Highway Traffic Safety Administration.; 2000.
3. Hels T, Bernhoft IM, Lyckegaard L, Houwing S, Hagenzieker M, Legrand S, et al. Risk of injury by driving with alcohol and other drugs. [DRUID: Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines; 6th Framework programme. Deliverable 2.3.5.]. Brussel: European Commission; 2011.
4. Hels, T., Lyckegaard, A., Simonsen, K. W., Steentoft, A., & Bernhoft, I. M. Risk of severe driver injury by driving with psychoactive substances. Accident Analysis & Prevention. 2013. p. 346–356.
5. EMCDDA. New EMCDDA report reveals risks of substance use behind the wheel [Internet]. 2012. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/news/2012/13_en
6. I&O Research. Rijden onder invloed in Nederland in 2006-2019: Ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten. Den Haag; 2021.
7. NOS. “Zorgwekkende toename”: aantal verkeersdoden door alcohol meer dan verdubbeld [Internet]. 2019. Available from: http://web.archive.org/web/20201118141859/https://nos.nl/artikel/2308458-zorgwekkende-toename-aantal-verkeersdoden-door-alcohol-meer-dan-verdubbeld.html
8. Politie. Meer mensen onder invloed van drugs achter stuur. 2022; Available from: https://www.politie.nl/nieuws/2022/mei/16/00-drugs-in-het-verkeer.html
9. Politie. Rijden onder invloed van drugs neemt toe [Internet]. 2020. Available from: https://www.politie.nl/nieuws/2020/juli/20/rijden-onder-invloed-van-drugs-neemt-toe.html
10. SWOV. Factsheet “Drugs en geneesmiddelen.” Den Haag: SWOV; 2020.
11. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
12. Abraham, M., Nauta, O., &Van Aalst, M. Evaluatie DIV. 2019.
13. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.
14. CBS. Geregistreerde criminaliteit; soort misdrijf, regio [Internet]. 2022. Available from: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83648NED/table?ts=1650437650635
15. CBS. Geregistreerde criminaliteit; soort misdrijf, regio [Internet]. 2021. Available from: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83648NED/table?dl=53AC6
16. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, Van den Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2020. Cahier 2021-22. Den Haag: WODC, CBS, Politie, OM, Raad voor de rechtspraak; 2021 p. 1–190.
17. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, Van den Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2021. Cahier 2022-12. Den Haag; 2022.
18. CBR. Jaarverslag 2020. 2021.
19. CBR. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2022.

17.2.5 Activiteiten van de (verslavings)reclassering

Voor problematische middelengebruikers in het strafrechtelijk systeem bestaan, naast straffen en maatregelen, verschillende interventies. In deze paragraaf wordt ingegaan op de (verslavings)reclassering. Die voert door de hele strafrechtelijke keten heen activiteiten uit voor justitiabelen.

Er zijn in Nederland drie organisaties verantwoordelijk voor het uitvoeren van reclasseringsactiviteiten. Dit zijn Reclassering Nederland (RN), Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) en het Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering (LJ&R), gezamenlijk 3RO genoemd. De Verslavingsreclassering is gespecialiseerd in cliënten met middelenproblematiek, verslaving en psychische problematiek. Om een brug te slaan tussen justitie en zorg, is de Verslavingsreclassering ingebed in de tien grote regionale ggz-instellingen met een reclasseringserkenning.

De activiteiten van de reclassering zijn gericht op de afbouw van criminele carrières en op re-integratie. De reclassering adviseert het Openbaar Ministerie (OM), de rechtbank en Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) over welke straffen, maatregelen, bijzondere voorwaarden en interventies nodig zijn om dit doel te bereiken. Uit de duidingssessie in 2021 blijkt dat in het jaar 2020 de coronapandemie een zware stempel op de activiteiten van de reclassering heeft gedrukt. Tussen 17 maart 2020 en 11 mei 2020 hebben vanwege de coronapandemie geen rechtszittingen plaatsgevonden. In de periode daarna is het aantal zittingen, vanwege verminderde capaciteit, geleidelijk uitgebreid. Complexere zaken hebben daarbij prioriteit gekregen. Omdat de reclassering grotendeels in opdracht van het OM en de rechtspraak werkt, was de instroom van cliënten in de reclasseringsactiviteiten bijgevolg ook lager. Aan het einde van 2020 was enig herstel van de aantallen advies, toezicht, werkstraffen en gedragsinterventies zichtbaar, maar de totale instroom voor 2020 is achtergebleven [1]. Desondanks hebben de beperkingen in de strafrechtketen die voortvloeien uit de coronamaatregelen in 2020 bij de reclassering tot een toename van de werkvoorraad van taakstraffen geleid [2,3]. Sinds het hervatten van de uitvoering in juni 2020 heeft de reclassering circa 15.000 werkstraffen succesvol afgerond. De reclassering beoogde de voorraad taakstraffen in 2021 voor het einde van het jaar naar het niveau voor het uitbreken van de coronacrisis terug te brengen, alhoewel de reclassering daarbij afhankelijk is van instroom uit OM en rechtspraak en de versoepelingen van de coronamaatregelen [4].

Tijdens de duidingssessie in 2022 concludeerden experts dat in 2021 de beoogde werkvoorraad van taakstraffen nog niet op het niveau van voor de coronacrisis was. De experts zien enerzijds dat de instroom bij de reclassering nog enigszins beperkt is, als gevolg van de afname van de zittingscapaciteit bij de Rechtspraak. Anderzijds is de uitstroom lager dan voor de coronacrisis. Veel projecten voor werkgestraften zijn in 2020 als gevolg van de coronacrisis stilgelegd, waardoor werkgestraften niet konden worden geplaatst en op een wachtlijst terecht kwamen [5].

De 3RO hebben tezamen de volgende activiteiten geregistreerd:

- In 2021 bracht de reclassering 38.238 adviezen uit. In 2020 waren dat 37.593 adviezen en in 2019 waren dat 42.141 adviezen [6–8].
- In 2021 stonden 29.004 (unieke) cliënten onder toezicht van de reclassering. Dat is vergelijkbaar met 2020 (29.660), maar minder dan in 2019 en 2018 toen respectievelijk 31.562

en 32.387 cliënten onder reclasseringstoezicht stonden [6–9]. Een reclasseringstoezicht duurt meestal twee jaar, maar kan ook positief of negatief voortijdig worden beëindigd. Tijdens de coronapandemie is per casus en per contactmoment een risicoschatting gemaakt op basis waarvan bepaald is of reclasseringstoezicht digitaal of face-to-face plaatsvond. Een voorbeeld van digitaal toezicht is elektronische monitoring (zogenoemde 'enkelbanden') [1,10].

- Daarnaast begeleidt de reclassering cliënten bij het uitvoeren van een werkstraf en houdt zij toezicht op het verloop ervan. In 2021 werden 28.269 werkstraffen uitgevoerd. Dat is bijna het dubbele van het aantal werkstraffen dat in 2020 is uitgevoerd (16.511), maar minder dan het aantal werkstraffen dat in 2019 en 2018 is uitgevoerd (34.207 in 2019 en 35.327 in 2018) [6–9]. De cijfers betreffen zowel de voortijdig beëindigde als de volledig voltooide werkstraffen. Uit de duidingssessie in 2021 bleek dat in vergelijking met 2019 en 2018, de sterke daling in het aantal uitgevoerde werkstraffen vermoedelijk te verklaren is doordat tijdens de eerste maanden van de coronapandemie (medio maart tot eind juni 2020) werkstraffen niet uitgevoerd konden worden [1,2]. Om alle openstaande taakstraffen uit te kunnen voeren is de uitvoeringstermijn verlengd met een jaar [11]. Daarna is de uitvoering van werkstraffen geleidelijk weer opgestart [1,2].
- In 2021 was van bijna 13.000 van de ingestroomde (unieke) toezichten en werkstraffen het motief bekend: bij 16% van de cliënten was een verslaving de aanleiding voor het delict. Dit is vergelijkbaar met 2020 (17%) [6,7].
- Verder houdt de reclassering toezicht op de naleving van de (bijzondere) voorwaarden die in het vonnis zijn opgenomen en begeleidt de reclassering cliënten bij de re-integratie. Bij de toezichttrajecten die in de periode 2013-2017 zijn uitgevoerd is bij 15% een drugs- en of alcoholverbod als bijzondere voorwaarde opgelegd [12].

In 2017 is de reclassering in samenwerking met het OM en het Ministerie van Justitie en Veiligheid gestart met een pilot waarbij de Alcoholmeter werd ingezet. De Alcoholmeter is een enkelband die 24/7 via transpiratievocht meet of iemand heeft gedronken. Cliënten onder reclasseringstoezicht kunnen de enkelband dragen als zij als bijzondere voorwaarde een alcoholverbod opgelegd hebben gekregen door de rechter (in de politie-eenheden Oost-Nederland en Rotterdam) of als zij op vrijwillige basis hun alcoholgebruik willen monitoren (landelijk). Controle op de naleving van het alcoholverbod wordt uitgevoerd door de reclassering.

In maart 2020 zijn de resultaten van de pilot gepubliceerd en heeft de Minister van Justitie en Veiligheid besloten om de Alcoholmeter landelijk in te voeren als controlemiddel voor het alcoholverbod. De Alcoholmeter blijkt een positief effect te hebben op het terugdringen van alcoholgebruik. Het is een betrouwbaar controlemiddel gebleken voor de naleving van het alcoholverbod en helpt zo alcoholmisbruik, het plegen van misdaden en rijden onder invloed van alcohol te voorkomen [13]. Het aantal cliënten dat een Alcoholmeter droeg, is de afgelopen jaren gestegen: van 26 cliënten in 2017 naar 92 cliënten in 2018, 109 cliënten in 2019, 138 cliënten in het jaar 2020 en 160 cliënten in het jaar 2021 [6–8]. De cijfers betreffen geen unieke cliënten; enkele cliënten hebben meerdere keren (met tussenpozen) een Alcoholmeter gedragen [6,7].

Om tijdens een reclasseringstoezicht te werken aan psychische en middelengerelateerde problematiek leidt de reclassering cliënten toe naar de forensische zorg. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf of maatregel. Het gaat om personen waarbij verondersteld wordt dat er een verband bestaat tussen hun psychische problemen en/of middelengebruik en het delictgedrag.

- In 2021 werden door de reclassering ongeveer 13.500 toeleidingen naar zorg gedaan. In 2020 en 2019 ging het om ongeveer 12.500 toeleidingen naar zorg en in 2018 en 2017 respectievelijk bijna 14.000 en 14.500 toeleidingen naar zorg. Het betreft toeleidingen naar klinische zorg en ambulante zorg. In 2021 betrof het aandeel toeleidingen naar klinische zorg ongeveer 18% [6]. Dit was vergelijkbaar met het aandeel in de periode 2017-2019, in 2020 betrof het aandeel toeleidingen naar klinische zorg ongeveer 21% [7–9].
- Welk percentage cliënten specifiek voor middelenproblematiek wordt behandeld, is door het diverse behandelaanbod van de instellingen niet goed te zeggen.

Gedragsinterventies van de (verslavings)reclassering

De reclasseringswerkers zetten hun kennis en kunde van de effecten van middelengebruik in om een gedragsverandering te realiseren. De SVG biedt erkende justitiële interventies op het gebied van middelengebruik aan. Twee van deze gedragsinterventies zijn specifiek op middelengebruik gericht.

- De Leefstijltraining 24/7: deze training helpt om meer grip op middelengebruik te krijgen door het doorbreken van bestaande denkpatronen en het aanleren van nieuwe, om zo een socialere leefstijl zonder justitiecontacten te bereiken. In 2021 is aan 665 cliënten de Leefstijltraining 24/7 opgelegd. Dat waren er meer dan in het voorgaande jaar (616), maar minder dan in de twee jaar daarvoor (851 in 2019 en 886 in 2018) [6–9].
- De training Alcohol en Geweld is gericht op de wisselwerking tussen agressie en alcohol. In de afgelopen jaren daalde het aantal cliënten dat deze training heeft opgelegd gekregen. In 2021 is deze training aan 99 cliënten opgelegd en in 2020 aan 107 cliënten. In 2019 ging het om 180 cliënten en in 2018 om 214 cliënten [6–9].

Cliëntpopulatie (verslavings)reclassering

Van de cliënten die in 2021 onder toezicht stonden bij de drie reclasseringsorganisaties is bekend voor welk type delict zij veroordeeld waren voorafgaand aan het reclasseringstoezicht. Net als in 2020 betrof het in 2021 bij ongeveer 38% van de cliënten agressie tegen personen en bij 26% betrof het een vermogensdelict, met of zonder geweld. In 2020 werd 30% van de cliënten veroordeeld voor een vermogensdelict, met of zonder geweld. Ongeveer 10% van de cliënten stond onder reclasseringstoezicht na een delict dat met drugs te maken had. In 2020 was dit ongeveer 8% van de cliënten. In 2021 stonden fors minder cliënten onder toezicht na een veroordeling voor een verkeersdelict: in 2021 was dat ruim 1% terwijl dat aandeel in 2020 nog ongeveer 11% van de cliënten was. Daarmee lijkt het aandeel reclasseringscliënten dat veroordeeld is voor een verkeersdelict terug op het niveau van 2019 [6,7].

Van de 29.000 (unieke) cliënten die in 2021 onder toezicht van de reclassering stonden is bij ruim 92% een Recidive Inschattings Schalen formulier (RISc) ingevuld. Dit aantal is hoger dan in 2020 (78%). Met een RISc kan onder andere vastgesteld worden of er bij een cliënt sprake is van alcohol- en/of drugsmisbruik. Voor zowel alcohol- als drugsmisbruik kan de reclasseringsmedewerker een lijst met items invullen. Deze items hebben betrekking op verschillende vragen over de mate van het alcohol- of drankgebruik, de mate waarin het gebruik problematisch is en de relatie tussen het gebruik en delictgedrag en gevaar [14]. Voor het jaar 2021 blijkt uit de ingevulde RISc's dat [6,7]:

- bij 24% van deze cliënten middelengebruik (van alcohol en/of drugs) of ander

verslavingsgevoelig gedrag (gokken, gamen etc.) centraal staat in het leven van de cliënt;
- bij 33% van deze cliënten bekend is dat zij op dat moment (en/of in het afgelopen jaar) problemen met middelengebruik (van alcohol en/of drugs) of ander verslavingsgevoelig gedrag (gokken, gamen etc.) hebben;
- bij 25% van deze cliënten bekend is dat er nu of in het verleden sprake is (geweest) van alcoholmisbruik en bij 33% van drugsmisbruik.

Inrichting voor stelselmatige daders (ISD)

- Uit registraties van DJI blijkt dat in 2021 gemiddeld 636 justitiabelen de verblijfstitel 'Inrichting stelselmatige daders' (ISD) hadden (zie ook § 2.1.6 voor meer informatie over de ISD-maatregel). Onder hen bevonden zich veel mensen met verslavingsproblematiek. Van deze groep namen in 2021 gemiddeld 248 justitiabelen (39%) deel aan zorgtrajecten buiten de penitentiaire inrichting.
- In 2020 verbleven gemiddeld 728 justitiabelen in de 'Inrichting stelselmatige daders' (ISD). Van deze groep namen in 2020 gemiddeld 266 justitiabelen (37%) deel aan zorgtrajecten buiten de penitentiaire inrichting. In 2019 waren dit 765 justitiabelen, waarvan gemiddeld 265 justitiabelen (35%) deelnamen aan zorgtrajecten buiten de penitentiaire inrichting [15].
- Na een stijging van het gemiddeld aantal ISD'ers in de periode 2017-2019 (respectievelijk 605, 689, 765 ISD'ers) nam het gemiddeld aantal ISD'ers in 2020 (728) en 2021 (636) af [15].
- Het aandeel van de justitiabelen met een ISD-maatregel dat buiten de penitentiaire instelling zorg ontvangt, schommelt in de periode 2017-2021 rond 37% en 38%. In 2017 ging het om 40%, in 2018 om 37% en in 2019 om 35%. In 2020 was dit aandeel 37% en in 2021 was het 39%. (de waarden betreffen het gemiddelde van 12 ultimo maandstanden) [15].
- Het kwam vaak voor dat zorgtrajecten werden afgebroken en ISD'ers tijdelijk of definitief zijn teruggeplaatst in een penitentiaire inrichting [16]. Van de ISD'ers die aan het einde van de ISD-maatregel in 2021 uit detentie stroomden, deed 66% dat vanuit een zorginstelling. In 2020 was dat 58%, in 2019 was het 60%, in 2018 ging het om 68% en in 2017 ging het om 66% [15,17]. De uitstroomcijfers van justitiabelen die aan het einde van de ISD-maatregel vanuit een zorginstelling uitstroomden, bevatten ook justitiabelen die aansluitend op de ISD-maatregel nog een korte periode op een andere verblijfstitel (bv. Wet Terwee) in de zorginstelling verbleven. Daarnaast zijn ook degenen met een ISD-maatregel meegenomen waarvan de verblijfstitel bij uitstroom onbekend is, omdat in de praktijk blijkt dat zij veelal vanuit de ISD-maatregel uitstromen.

In 2019 is de effectiviteit van de ISD-maatregel onderzocht ten opzichte van een vergelijkbare groep zeer actieve veelplegers die een standaardgevangenisstraf opgelegd kregen [18]. In deze studie zijn de cohorten die in 2011-2014 met een ISD-maatregel zijn uitgestroomd onderzocht. De studie concludeerde:

- Na een ISD-maatregel is de kans op een nieuwe strafzaak verminderd, vergeleken met vergelijkbare groep zeer actieve veelplegers die een standaardsanctie opgelegd hebben gekregen: twee jaar na uitstroom is de kans om te recidiveren 12% lager voor justitiabelen die een ISD-maatregel opgelegd kregen en vier jaar na uitstroom is dat 9%. Na tien jaar gaat het om 6% verschil [18].
- Hoewel de ISD-maatregel bijdraagt aan minder recidivisten, lijkt de maatregel geen effect te hebben op hoe vaak iemand na afloop van de ISD-maatregel recidiveert: het aantal nieuwe

strafzaken per jaar na afloop van de ISD-maatregel neemt niet af, vergeleken met zeer actieve veelplegers die een standaardgevangenisstraf hebben gehad [18].
- De effectiviteit van een ISD-maatregel neemt toe naarmate zeer actieve veelplegers ouder zijn ten tijde van hun eerste strafzaak, ze geen werk hebben bij de start van de ISD-maatregel of het aantal eerdere strafzaken hoger is [18].
- Na implementatie van verbetermaatregelen in de ISD in het jaar 2009, blijkt dat justitiabelen met een ISD-maatregel vanaf uitstroom in 2011 meer en vaker recidiveren dan de ISD-cohorten daarvoor. Hier is geen duidelijke verklaring voor [18].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.
2. Reclassering. Reclassering pleit voor vervangende werkstraf in plaats van korte celstraf [Internet]. 2020. Available from: https://www.reclassering.nl/actueel/nieuws/reclassering-pleit-voor-vervangende-werkstraf-in-plaats-van-korte-celstraf
3. Kamerstukken II, 2952497 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/06/25/tk-contouren-aanpak-achterstanden-strafrechtketen
4. Grapperhaus F, Dekker S. Stand van zaken aanpak Achterstanden strafrechtketen, 3236771. Den Haag; 2021.
5. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
6. 3RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2022.
7. 3RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2021.
8. 3RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2020.
9. 3RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2019;
10. Reclassering. Reclassering verlengt coronamaatregelen tot en met 19 mei [Internet]. 2020. Available from: https://www.reclassering.nl/actueel/nieuws/reclassering-verlengt-coronamaatregelen-tot-en-met-19-mei
11. Dekker S. Tijdelijke voorzieningen op het terrein van het Ministerie Justitie en Veiligheid in verband met de uitbraak van COVID-19 (Tijdelijke wet COVID-19 Justitie en Veiligheid). Memoire van Toelichting. Den Haag; 2020.
12. Verweij S, Weijters G. Recidive tijdens en na reclasseringstoezicht. Cahier 2020-20 [Internet]. Den Haag; 2020. Available from: www.wodc.nl
13. Rijksoverheid.nl. Kamerstukken II, 2874759 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/05/18/tk-evaluatie-tweede-%09pilotjaar-alcoholmeter
14. Van der Knaap LM, Leenarts LEW, Nijssen LTJ. Psychometrische kwaliteiten van de Recidive Inschattingsschalen (RISc): Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, interne consistentie en congruente validiteit. Den Haag; 2007.
15. DJI. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2022.
16. Roorda W, Buysse W. Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen: Onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering, indicatiestelling en plaatsing. Amsterdam; 2016.
17. DJI. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2021.

18. Tollenaar N, Beerthuizen MGCJ, Drieschner KH, Van der Laan AM. Effectiviteit van de ISD-maatregel: 2e replicatie: Cahier 2019-19. Den Haag: WODC; 2019.

17.3 Alcohol- en drugsgerelateerde overlast

Overlast is een subjectief begrip en kan uiteenlopende vormen aannemen, zoals het roken van cannabis in het openbaar (waarbij bijvoorbeeld de geur van cannabis door anderen als stank wordt ervaren), lawaai makende gebruikers, gebruik van drugs in portieken en daarmee gepaard gaande vervuiling, openbare dronkenschap, of druk verkeer en foutparkeren bij coffeeshops. De overlast kan ook te maken hebben met drugsrunners en drugsdealers, van wie de aanwezigheid als hinderlijk of onveilig wordt ervaren.

17.3.1 Ervaren en geregistreerde overlast van alcohol en drugs

Ervaren overlast van alcohol en drugs

Alcohol- en drugsgerelateerde overlast wordt gemeten in de Veiligheidsmonitor. De Veiligheidsmonitor is een bevolkingsenquête waarin aan een omvangrijke groep respondenten (ingezetenen van Nederland van 15 jaar en ouder die in een privéhuishouden leven) onder andere wordt gevraagd of zij in hun buurt overlast ervaren van drugsgebruik of drugshandel, of van dronken mensen op straat [1,2]. De meest recente Veiligheidsmonitor rapporteert over het jaar 2021.

- Van overlast door drugshandel of drugsgebruik en dronken mensen op straat had respectievelijk 19% en 22% van de respondenten in 2021 wel eens last in de eigen buurt. Dit percentage ‘overlast komt wel eens voor’ is voor beide vormen van overlast lager dan in voorgaande jaren; in 2012-2020 ging het om ongeveer een kwart van de bevolking [1,2].
- In 2021 had 3% van de respondenten veel overlast van drugsgebruik of drugshandel en ervoer eveneens 3% veel overlast van dronken mensen op straat. Deze percentages zijn vergelijkbaar met de periode 2012-2019 [1,2].

Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat 'wel eens' of 'veel' alcohol- of drugsgerelateerde overlast in de eigen buurt ervaart, 2012-2021[I], in %

	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2019 (%)	2021 (%)
Overlast van drugsgebruik of drugshandel komt wel eens voor	24	24	24	25	24	24	24	19
Veel overlast van drugsgebruik of drugshandel	4	4	4	4	4	4	4	3
Overlast van dronken mensen op straat komt wel eens voor	27	27	27	27	26	26	26	22
Veel overlast van dronken mensen op straat	3	3	3	3	3	3	3	3

I. Gegevens over het jaar 2018 en 2020 ontbreken omdat de Veiligheidsmonitor sinds 2017 tweejaarlijks wordt uitgevoerd. Bron: Veiligheidsmonitor CBS (CBS, 2020, 2022).

Geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs

De politie registreert incidenten die te maken hebben met overlast door alcohol en drugs in het registratiesysteem Basisvoorziening Handhaving (BVH; onder de maatschappelijke klasse E38). Het betreft registraties van gemelde overlastincidenten waarop inzet is gepleegd en eigen waarnemingen van overlastincidenten door de politie. Het betreft iedere vorm van overlast gerelateerd aan zowel soft- als harddrugs, waarbij overlast gedefinieerd is als 'een situatie, waarin er hinder wordt ondervonden van een toestand, persoon, object of iets dergelijks' [3].

- Bij de politie werden in 2021 ruim 46.000 overlastincidenten door alcohol en drugs geregistreerd. De incidenten zijn afkomstig uit BVH en bevatten vastgelegde registraties van gemelde overlastincidenten waarop inzet is gepleegd door de politie of bevatten eigen waarnemingen door de politie van overlastincidenten [3].
- Hoewel in 2021 minder overlastincidenten gerelateerd aan alcohol en drugs zijn geregistreerd dan in 2020, passen deze cijfers binnen de stijgende trend vanaf 2012. In 2012 registreerde de politie bijna 20.000 incidenten [3].
- Tijdens de duidingssessie in 2021 wezen experts op de mogelijke invloed van de Wet middelenonderzoek bij geweldplegers (WMG) op de stijgende trend van de afgelopen jaren. Deze wet is in 2017 in werking getreden en heeft opsporingsinstanties meer mogelijkheden geboden om drugsgebruik bij geweld te signaleren en vast te stellen. Hierdoor is het denkbaar dat de gesignaleerde stijging vanaf 2017 vooral een registratie-effect betreft. Daarnaast blijkt

uit de duidingssessie in 2021 dat de relatief sterke stijging van geregistreerde overlastincidenten in 2020 mogelijk verband houdt met de beperkingen in de toegang tot zorg tijdens de coronapandemie [4]. Daardoor is een deel van de ex-gebruikers mogelijk teruggevallen in het gebruik van alcohol en drugs. Dat zou de overlast door alcohol en drugs vergroot kunnen hebben [4].

- Experts wezen er tijdens de duidingssessie van 2022 op dat de ontwikkeling van het aantal geregistreerde alcohol- en drugsgerelateerde incidenten mogelijk afhankelijk is van de (beperkte) capaciteit bij de politie op dit terrein. Een mogelijke verklaring voor het continueren van het hoge niveau van alcohol- en drugsgerelateerde overlastincidenten in 2021 (ten opzichte van 2020) is volgens de experts in de duidingssessie van 2022 dat drugsgerelateerde overlast mogelijk niet zozeer gerelateerd is aan uitgaansdrugs of aan personen die uitsluitend middelen gebruiken in uitgaansgelegenheden. De overlast is mogelijk vooral gerelateerd aan personen die (ook) drugs gebruiken buiten uitgaansgelegenheden. De tijdelijke sluiting van de horeca in 2021 zal volgens de experts op dergelijke overlastincidenten geen of beperkte invloed hebben gehad [5].

Totaal aantal geregistreerde incidenten van overlast door alcohol en drugs, 2012-2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aantal incidenten	19.836	24.771	25.163	25.689	29.708	32.429	36.807	40.161	46.271	45.986

Bron: Data.politie.nl (2022).

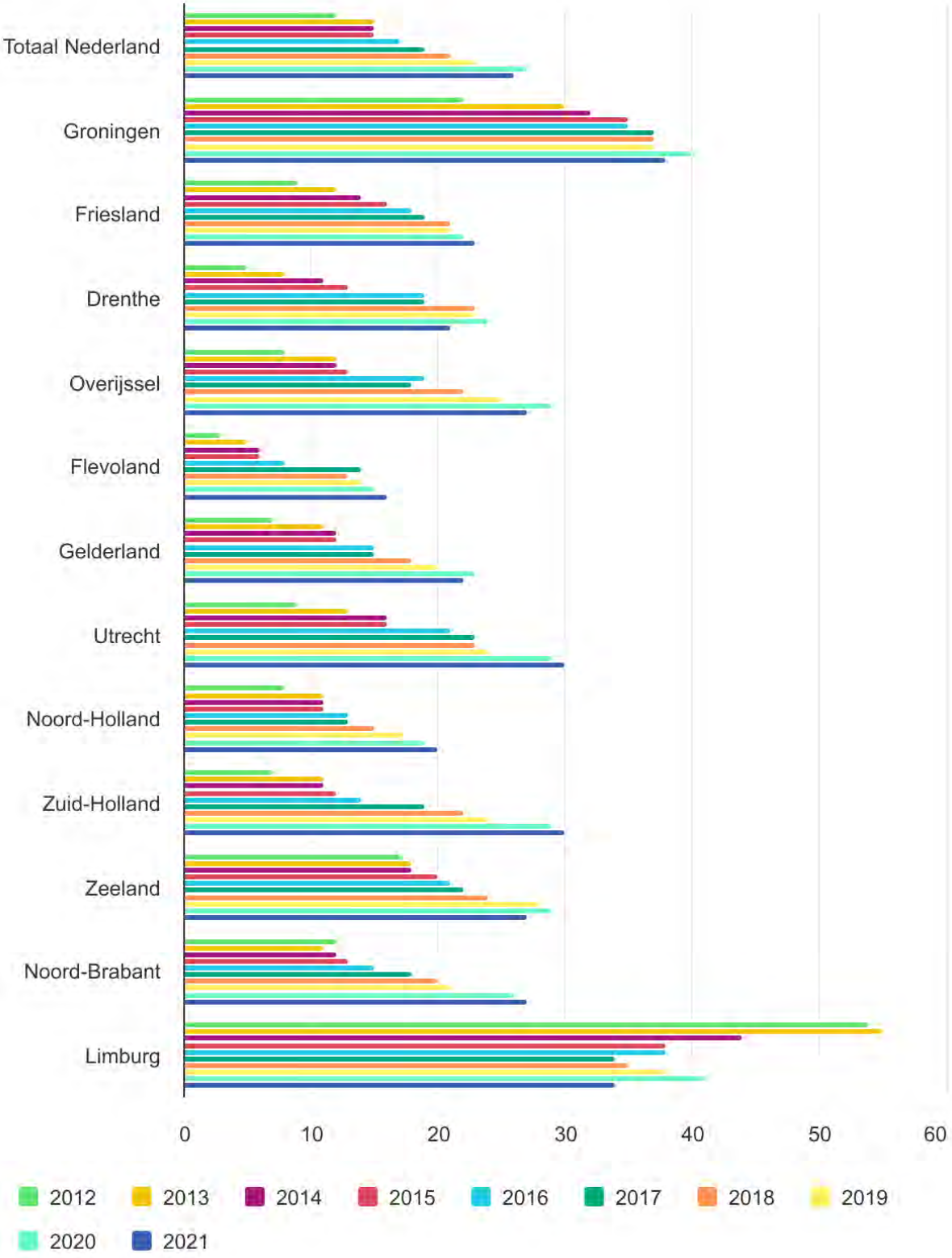
Als we per provincie het aantal overlastincidenten door alcohol en drugs per 10.000 inwoners bekijken, blijkt dat er in de helft van de provincies een toename was in het aantal overlastincidenten door alcohol en drugs. In de andere helft van de provincies nam het aantal overlastincidenten door alcohol en drugs juist af.

- De stijging van het aantal geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs per 10.000 inwoners was tussen 2020 en 2021 het grootst in de provincies Noord-Holland, Flevoland en Friesland. In de provincies Limburg, Drenthe, Zeeland, Overijssel en Groningen nam het aantal geregistreerde alcohol- en drugsgerelateerde overlastincidenten het sterkst af.
- Het beeld van 2021 lijkt af te wijken van 2020. Toen steeg het aantal geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs in alle provincies. De toename was het grootst in de provincies Noord-Brabant, Zuid-Holland, Utrecht en Limburg. Uit de duidingssessie in 2021 bleek dat er signalen zijn dat in deze provincies meer verzet is geweest tegen de coronamaatregelen die de gelegenheden beperkten waarin alcohol en drugs in gezelschap gebruikt konden worden. Dit biedt een mogelijke verklaring voor het relatief hoge aantal overlastincidenten in deze provincies [4]. In de provincies Drenthe, Friesland, Groningen en Flevoland bleef in 2020 het aantal geregistreerde incidenten (per 10.000 inwoners) nagenoeg

stabiel.

- Het aantal geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs in heel Nederland lag in 2021 op 26 per 10.000 inwoners. In 2012 waren dat 12 alcohol- en drugsgerelateerde overlastincidenten per 10.000 inwoners.
- Over de periode 2012-2021 nam het aantal geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs, per 10.000 inwoners, relatief het sterkste toe in de provincies Flevoland, Zuid-Holland en Drenthe. Alleen in de provincie Limburg was er sprake van een daling.

Geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs, per provincie, 2012-2021, in aantallen (per 10.000 inwoners)



Bron: het aantal incidenten is afkomstig van data.politie.nl (2022). Gegevens over inwoneraantallen zijn afkomstig van CBS Statline (2022). Bewerking Regioplan.

NDM

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Totaal Nederland	12	15	15	15	17	19	21	23	27	26
Groningen	22	30	32	35	35	37	37	37	40	38
Friesland	9	12	14	16	18	19	21	21	22	23
Drenthe	5	8	11	13	19	19	23	23	24	21
Overijssel	8	12	12	13	19	18	22	25	29	27
Flevoland	3	5	6	6	8	14	13	14	15	16
Gelderland	7	11	12	12	15	15	18	20	23	22
Utrecht	9	13	16	16	21	23	23	24	29	30
Noord-Holland	8	11	11	11	13	13	15	17	19	20
Zuid-Holland	7	11	11	12	14	19	22	24	29	30
Zeeland	17	18	18	20	21	22	24	28	29	27
Noord-Brabant	12	11	12	13	15	18	20	21	26	27
Limburg	54	55	44	38	38	34	35	38	41	34

Overlast rondom coffeeshops

In de periode 2014-2018 is overlast in relatie tot coffeeshops met periodiek onderzoek in kaart gebracht [6–8]. Binnen dit onderzoek zijn in een steekproef van 31 gemeenten interviews met 62 lokale experts (politiefunctionarissen en gemeenteambtenaren) afgenomen. Daarnaast zijn in die gemeenten coffeeshopexploitanten en -medewerkers bevraagd met een vragenlijst. Hieronder staan de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek naar 31 coffeeshopgemeenten [6–8]. Informatie over de jaren 2019 en 2020 is niet beschikbaar.

- Volgens lokale experts is in twee derde van de gemeenten geen overlast geweest rondom de coffeeshops in 2018. In de overige gemeenten kwamen deze voorvallen maar in beperkte mate voor [8]. Dit is vergelijkbaar met de situatie in 2017 [6]. Als de overlast is toegenomen in 2018 ten opzichte van 2017, dan ging het vooral om grote steden [8].
- Als er overlast was rondom de coffeeshops, kwam dat voornamelijk door verkeersopstoppingen, parkeerproblemen en rondhangende mensen [7,8]. Bij overlast rondom de coffeeshop namen acht van de tien coffeeshops zelf maatregelen, zoals het inzetten van extra personeel om toezicht te houden op het gebied rondom de coffeeshop. Dit deden zij vaak (twee derde) in samenwerking met andere partijen zoals de politie (wijkagenten en horecateam), de gemeente of omwonenden van de coffeeshop [6,8]. Vaak ging het om een samenloop van verschillende factoren die resulteerden in overlast. Een permanentere oplossing vraagt vaak een aanpassing van de fysieke omgeving.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. CBS . Veiligheidsmonitor 2019. Den Haag: CBS; 2020 p.
2. CBS. Veiligheidsmonitor 2021. Den Haag; 2021.
3. Politie. Geregistreerde overlast; soort overlast, gemeentelijke indeling 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://data.politie.nl/#/Politie/nl/dataset/47021NED/table?ts=1650387811612
4. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.
5. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
6. Mennes R, Snippe J, Sijtstra M, Bieleman B. Lokaal bekeken: verdiepingsstudie monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid meting 2016/17. Groningen- Rotterdam: Intraval; 2017.
7. Mennes R, Schoonbeek I, Van der Molen J, Bieleman B. Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid: Meting 2017. Groningen-Rotterdam/Den Haag: Breuer&Intraval/WODC; 2018.
8. Mennes R, Schoonbeek I, Pieper R, Bieleman B. Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid: Meting 2018. Groningen-Rotterdam/Den Haag: Breuer&Intraval/WODC; 2020.



Psychedelica

18.0 Laatste feiten en trends

De laatste feiten en trends over psychedelica zijn:

- Het gebruik van LSD (2,1% ooit), paddo's (5,3% ooit) en truffels (2,6% ooit) komt onder de Nederlandse bevolking weinig voor. Het laatste-jaar-gebruik is minder dan 1%. Het gebruik van LSD lijkt de afgelopen jaren te zijn gestegen (§ 18.2).
- Psychedelicagebruik onder Nederlandse scholieren (12-16 jaar) komt relatief weinig voor. Het gebruik van paddo's onder scholieren (12-16 jaar) is sinds 2011 stabiel. Paddogebruik neem toe met leeftijd (§ 18.3).
- Hoewel het gebruik van psychedelica in de algemene bevolking laag is, ligt het gebruik in bepaalde groepen, zoals psychonauten, uitgaanders (§ 18.3.4) of studenten (§ 18.3.3).
- Onder studenten op de universiteit lag in 2020 het gebruik van zowel paddo's en/of truffels en LSD hoger dan onder HBO-studenten (§ 18.3.3).
- Vergeleken met andere drugs lijkt het gebruik van psychedelica relatief weinig voor te komen onder groepen kwetsbare jongeren. Over het algemeen is het gebruik van paddo's hoger onder cluster 4 leerlingen en jongeren uit de residentiële jeugdzorg (RJZ) vergeleken met leerlingen uit het praktijk- en regulier voortgezet onderwijs (§ 18.3.5).
- In de algemene bevolking van landen in Europa, Noord-Amerika en Australië is het aantal mensen dat psychedelica zoals LSD of paddo's gebruikt, aanzienlijk lager dan het aantal mensen dat cannabis gebruikt (§ 18.5).
- In vergelijking met Europese leeftijdgenoten lag in 2019 het ooitgebruik van LSD en andere hallucinogene middelen onder Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar iets onder het Europese gemiddelde (§ 18.5.2).
- In 2021 werden er bij de Monitor Drugsincidenten relatief weinig acute gezondheidsincidenten met psychedelica gemeld (§ 18.6.2).
- Het meest voorkomende ongewenste psychologische effect van psychedelica is de zogenaamde "bad trip", waarbij er gevoelens van angst, paniek, dysforie en/of paranoia kunnen optreden (§ 18.7).
- De gemiddelde dosering LSD aanwezig op blotters (stukje (snoep)papier, gedrenkt in vloeibare LSD) is in 2020 en 2021 gedaald ten opzichte van 2019 (§ 18.8)

18.1 Over psychedelica

Snel naar:

- Soorten psychedelica
- Gebruikers van psychedelica en motieven voor gebruik
- Gebruikswijze
- Effecten van psychedelica: drug, set en setting
- Wetgeving rondom psychedelica
- Toepassingen van psychedelica

Soorten psychedelica

Psychedelica zijn bewustzijnsveranderende middelen: ze kunnen een sterke invloed hebben op het gevoel, het bewustzijn en de waarneming en kunnen zorgen voor hallucinogene effecten of andere zintuigelijke reacties. Deze middelen worden ook wel hallucinogenen, tripmiddelen of geestverruimende middelen genoemd. Sommige psychedelische stoffen komen voor in de natuur (in bepaalde planten, zaden, schimmels en dieren), maar er zijn ook synthetische psychedelica (zie ook NPS; § 8.1). Het woord psychedelica is samengesteld uit de Griekse woorden *'psyche'* en '*deloun'*, wat letterlijk vertaald 'de geest zichtbaar maken' betekent.

In de wetenschappelijke literatuur bestaat er geen eenduidige definitie van psychedelica. Wel wordt onderscheid gemaakt tussen de klassieke psychedelica en atypische psychedelica. Atypische psychedelica verschillen qua chemische structuur en farmacologische eigenschappen van de klassieke psychedelica.

Onder klassieke ('serotonerge') psychedelica worden stoffen verstaan die zich voornamelijk aan serotonine-receptoren (5-HT_{2A} receptor) binden. Hierdoor ontstaan typische 'psychedelische' effecten zoals trippen en hallucinaties [1]. Voorbeelden van klassieke psychedelica zijn LSD, mescaline (de werkzame stof in onder andere de Peyote cactus en de San Pedro cactus), psilocine- en psilocybine (de werkzame stof(fen) in paddo's en truffels) en dimethyltryptamine (DMT; de werkzame stof in ayahuasca) [2,3].

Atypische psychedelica hebben via andere werkingsmechanismen een sterk effect op het bewustzijn [2,3]. Voorbeelden zijn 3,4-methyleendioxymethamfetamine (MDMA; zie § 6.0) of 4-broom-2,5-dimethoxyfenethylamine (2C-B; zie § 8.0) en ketamine (zie § 14.0).

Indeling psychedelica

Klassieke psychedelica	Atypische psychedelica
Lysergeenzuurdi-ethylamide (LSD)	Ketamine
3,4,5-trimethoxyfenethylamine (Mescaline)	3,4-methyleendioxymethamfetamine (MDMA)
Psilocine/psilocybine-houdende paddenstoelen (paddo's) en truffels	4-broom-2,5-dimethoxyfenethylamine (2C-B)
N-N-dimethyltryptamine (DMT) / Ayahuasca	

Dit hoofdstuk behandelt vooral de klassieke psychedelica, met name LSD, paddo's en truffels, en in mindere mate ayahuasca/DMT of andere klassieke psychedelica. Informatie over atypische psychedelica is te vinden in de middelenhoofdstukken over ecstasy (§ 6.0), NPS (§ 8.0) en ketamine (§ 14.0).

Gebruikers van psychedelica en motieven voor gebruik

Het aantal onderzoeken naar gebruikers van klassieke psychedelica in Nederland is zeer beperkt. In de algemene bevolking is het gebruik van klassieke psychedelica, voor zover bekend, laag (zie § 18.2). Het gebruik van psychedelica lijkt zich met name af te spelen in specifieke groepen, zoals onder 'psychonauten' of in culturele, religieuze of spirituele groepen [2].

Psychedelica worden meestal gebruikt voor het opwekken van geestverruimende ervaringen, in bijvoorbeeld een ceremoniële setting. De 'geestverruimende gebruiker' gebruikt psychedelica om de wereld op een andere manier waar te nemen. Voor sommigen leidt het gebruik tot (zelf)inzichten of creativiteit [4]. Mede vanwege corona, lijken (ook onder bredere gebruikersgroepen) psychedelica gebruikt te worden voor het beantwoorden van 'grote vragen' over ecologie, milieu of meer persoonlijke existentiële vragen of bij de verbintenis met de natuur. Uit het Amsterdamse uitgaansleven zijn er daarnaast signalen dat psychedelica ook voor meer 'recreatieve' doeleinden worden gebruikt, bijvoorbeeld voor tripervaringen [5].

Psychedelica kunnen ook gebruikt worden in zeer lage doseringen, het zogenoemde 'microdosing'.

- Bij microdoseren worden zeer kleine doses van een psychoactief middel (vaak psychedelica als psilocybine en LSD) gebruikt, meestal 5-10% van een reguliere dosis. Bij microdoseren treden geen psychedelische of hallucinogene effecten op, maar subtiele (sub-perceptuele) andere effecten worden wel genoemd [6,7].

- Gebruikers die microdoseren met LSD of psilocybine noemen hiervoor verschillende ‘functionele’ motieven, bijvoorbeeld voor persoonlijke ontwikkeling of verbetering van de geestelijke gezondheid of fysieke gezondheid [8].
- Het is niet bekend hoe veel mensen in Nederland aan microdoseren doen. Vermoedelijk gaat het om een kleine specifieke groep mensen.
- In een beperkt aantal experimentele studies bij gezonde deelnemers worden positieve effecten gevonden [8–10]. Er zijn voor zover bekend geen aanhoudende effecten gevonden van microdoseren op het welbevinden [11]. Er lijkt bij microdoseren mogelijk sprake te zijn van een sterk placebo-effect [12].

Gebruikswijze

Psychedelica kunnen op verschillende manieren worden gebruikt:

- De meeste psychedelica worden oraal ingenomen, door middel van bijvoorbeeld papertrips of blotters (LSD). Blotters zijn kleine velletjes eetbaar papier waarop vloeibare LSD is gedruppeld. De druppels LSD kunnen ook direct oraal worden ingenomen of op andere eetbare producten worden gedruppeld.
- Natuurlijke psychedelica, zoals gedroogde psilocybine- of psilocine-houdende paddenstoelen of mescaline-houdende cactussen, kunnen worden gegeten of er kan thee van worden gedronken. Ook ayahuasca (een mengsel van een liaan van de slingerplant Banisteriopsos caapi en bladeren van Psychotria viridis) wordt als thee gedronken.
- Hoewel het minder vaak voor komt, kunnen sommige psychedelica ook worden gerookt (bijvoorbeeld gedroogde paddo’s, DMT-poeder).

Effecten van psychedelica: drug, set en setting

De subjectieve effecten van psychedelica kunnen sterk verschillen per middel en individu. Het gebruik van psychedelica is niet zonder risico’s. Het meest voorkomende ongewenste psychische effect van psychedelica is de zogenaamde “bad trip”, waarbij er gevoelens van angst, paniek, somberheid en/of een achtervolgingswaan (paranoia) kunnen optreden (zie § 18.7 voor meer informatie). De effecten van psychedelica worden vooral bepaald door de dosering en de effecten verschillen ook gedurende de trip (bijvoorbeeld piekmomenten) [13]. Nog meer dan bij andere middelen, hebben ook andere niet-middel gerelateerde factoren invloed op de effecten van psychedelica. Van belang zijn namelijk ook de *set* (eigenschappen van de gebruiker) en de *setting* (de omgeving en de context) waarin het middel wordt gebruikt [14–16]

- Perceptuele effecten kunnen variëren van subtiel tot zeer sterk. Het kan bijvoorbeeld gaan om subtiele intensiveringen van de waarneming (zoals kleur of veranderingen in texturen of geluiden), maar ook elementaire hallucinaties (geometrische patronen) of complexe hallucinaties (visuele scenes) komen regelmatig voor [13].
- De emotionele effecten van psychedelica bestaan over het algemeen uit intensiveringen van gevoelens en emoties. Voorbeelden zijn gevoelens van euforie, ontzag, vrede en liefde, maar ook negatieve emoties zoals angst, controleverlies en achtervolgingswaanzin (paranoia) komen voor (zie ook § 18.7) [13].
- Onder invloed van psychedelica lijken er ook cognitieve effecten op te treden, zoals een toename in creativiteit, cognitieve flexibiliteit en probleemoplossend vermogen. De cognitieve

effecten kunnen voor een langere tijd aanhouden, ook na eenmalig gebruik. Psychedelica kunnen daarnaast het besef van ruimte, tijd en het zelf (‘egodissolutie’) volledig doen verdwijnen. Egodissolutie komt vaker voor bij hogere doseringen. Ook komt het vaker voor bij bijvoorbeeld psilocybine dan bij LSD [13].

Wetgeving rondom psychedelica

De meeste klassieke psychedelica vallen in Nederland onder de Opiumwet (§ 2.1) en zijn dus niet legaal verkrijgbaar. LSD, DMT (de werkzame stof in ayahuasca), 2C-B en psilocybine en psilocine staan op lijst I van de Opiumwet.

Alle paddenstoelen met een hallucinogene werking (paddo’s) staan op lijst II van de Opiumwet. Truffels vallen niet onder de Opiumwet omdat dit geen paddenstoelen zijn. Truffels (sclerotia) zijn legaal te koop in smartshops (zie ook § 18.8.2). Paddo’s en truffels bevatten wel allebei dezelfde werkzame stoffen: psilocybine en psilocine.

Sommige NPS (zie ook § 8.1), bijvoorbeeld het hallucinogene middel 1p-LSD, vallen niet onder de Opiumwet of Geneesmiddelenwet, maar onder de Warenwet (zie ook § 2.1).

Toepassingen van psychedelica

Het gebruik van psychedelica gaat vele eeuwen terug. Psychedelica werden al in vroege culturen gebruikt in verschillende sociaal-culturele en rituele contexten [3].

Sinds de jaren 40 en 50 van de vorige eeuw werd er veel onderzoek gedaan naar de therapeutische mogelijkheden van psychedelica in de psychiatrie, met veelbelovende resultaten [1]. In diezelfde tijd werd LSD ook door “hippies” gebruikt bij demonstraties tegen de Vietnam oorlog. De opstandigheid of rebellie, onder met name jongeren en studenten, werd vaak gezien als gevolg van het drugsgebruik, waarna LSD op Lijst I van de Controlled Substances Act in Amerika werd geplaatst. Al snel volgde een wereldwijd verbod op psychedelica, waardoor het nagenoeg onmogelijk werd om nog psychiatrisch onderzoek te kunnen doen naar deze middelen [3].

Hernieuwde belangstelling voor psychedelica (in de psychiatrie)

In de afgelopen jaren is er een toenemende belangstelling in (onderzoek naar) de therapeutische toepassing van psychedelica, ketamine (zie § 14.1) en MDMA (zie § 6.1).

Klassieke psychedelica hebben mogelijk positieve effecten bij een breed scala aan psychiatrische stoornissen [1,17,18]. Eind 2021 werd onder 233 patiënten onderzoek gedaan naar de werkzaamheid en optimale dosering van psilocybine bij therapieresistente depressie. Drie weken na eenmalige toediening van psilocybine voldeed bijna een derde (29%) van de patiënten niet meer aan de criteria van depressie, of waren depressieve symptomen sterk verminderd (37%). Bij een deel van de patiënten (24%) hield de verbetering tot ten minste 12 weken aan [19]. Ook het UMC Utrecht, UMC Groningen en Leids UMC deden mee aan deze studie.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. van Elk M. Neurowetenschappelijke en psychologische verklaringen voor de therapeutische effecten van psychedelica. Vol. 62, Tijdschift voor Psychiatrie. 2020. p. 677–683.
2. Johnson MW, Hendricks PS, Barrett FS, Griffiths RR. Classic psychedelics: An integrative review of epidemiology, therapeutics, mystical experience, and brain network function. Pharmacology and Therapeutics. 2019.
3. Nichols DE. Psychedelics. Vol. 68, Pharmacological reviews. 2016. p. 264–355.
4. De Jonge MC. Persona's in middelengebruik: Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-insituut; 2021.
5. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
6. Kuypers KP, Ng L, Erritzoe D, Knudsen GM, Nichols CD, Nichols DE, et al. Microdosing psychedelics: More questions than answers? An overview and suggestions for future research. Vol. 33, Journal of psychopharmacology (Oxford, England). 2019. p. 1039–1057.
7. Kuypers KPC. Microdoseren met psychedelica: Wat weten we ervan? [Microdosing with psychedelics: What do we know?]. Vol. 62, Tijdschrift voor Psychiatrie. Kuypers, K. P. C.: Afd. Neuropsychologie & Psychofarmacologie, Faculteit Psychologie & Neurowetenschappen, Universiteit Maastricht, Postbus 616, Maastricht, Netherlands, 6200 MD, k.kuypers@maastrichtuniversity.nl: Uitgeverij Boom; 2020. p. 669–676.
8. Hutten NRPW, Mason NL, Dolder PC, Kuypers KPC. Motives and Side-Effects of Microdosing With Psychedelics Among Users. Vol. 22, The international journal of neuropsychopharmacology. 2019. p. 426–434.
9. Webb M, Copes H, Hendricks PS. Narrative identity, rationality, and microdosing classic psychedelics [Internet]. Vol. 70, International Journal of Drug Policy. Elsevier; 2019. p. 33–39. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.04.013
10. Johnstad PG. Powerful substances in tiny amounts: An interview study of psychedelic microdosing. Vol. 35, Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift : NAT. 2018. p. 39–51.
11. Bershad AK, Schepers ST, Bremmer MP, Lee R, de Wit H. Acute Subjective and Behavioral Effects of Microdoses of Lysergic Acid Diethylamide in Healthy Human Volunteers. Vol. 86, Biological psychiatry. 2019. p. 792–800.
12. Szigeti B, Kartner L, Blemings A, Rosas F, Feilding A, Nutt DJ, et al. Self-blinding citizen science to explore psychedelic microdosing. Vol. 10, eLife. 2021.
13. Swanson LR. Unifying Theories of Psychedelic Drug Effects. Vol. 9, Frontiers in pharmacology. 2018. p. 172.
14. E Zinberg N. Drug, set, and setting. The basis for controlled intoxicant use. . Yale University Press; 1984.
15. L. Zentner J. Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1985.
16. Leary T, Litwin GH, Metzner R. Reactions to psilocybin administered in a supportive environment. Journal of Nervous and Mental Disease. 1963.
17. Breeksema JJ, Niemeijer AR, Krediet E, Vermetten E, Schoevers RA. Psychedelic Treatments for Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Patient Experiences in Qualitative Studies. CNS Drugs. 2020.
18. Breeksema JJ, van Den Brink W, Veraart J, Smith-Apeldoorn S, Vermetten E, Schoevers RA. Psychedelics in the treatment of depression, anxiety, and obsessive-compulsive disorder. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2020.

19. COMPASS Pathways announces positive topline results from groundbreaking phase IIb trial of investigational COMP360 psilocybin therapy for treatment-resistant depression. https://ir.compasspathways.com/node/7516/pdf. 2021.

18.2 Gebruik: algemene bevolking

18.2.1 Kerncijfers en trends algemene bevolking

In het kort: Het gebruik van LSD (2,1% ooit), paddo's (5,3% ooit) en truffels (2,6% ooit) komt onder de Nederlandse bevolking weinig voor. Het laatste-jaar-gebruik is minder dan 1%. Het gebruik van LSD lijkt de afgelopen jaren te zijn gestegen.

Snel naar:

- Kerncijfers 2021 (en 2020)
- Trends in het gebruik van LSD, paddo's en truffels

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van paddo's en LSD in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Vanaf 2016 wordt het gebruik van truffels uitgevraagd in de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A). Aanvullende gegevens zijn eveneens afkomstig uit de LSM-A (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld. Vanwege verschillen in dataverzameling, vragenlijst en methoden kunnen de cijfers van de Gezondheidsenquête en de LSM-A niet rechtstreeks vergeleken worden.

Kerncijfers 2021 (en 2020)

In de Gezondheidsenquête in 2021 is het gebruik van LSD en paddo's uitgevraagd. Over het algemeen komt het gebruik van klassieke psychedelica onder de Nederlandse bevolking weinig voor.

- Slechts 2,1% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder had in 2021 ervaring met LSD, voor paddo's was dit 5,3%.
- Het laatste-jaar-gebruik van LSD was 0,5% en voor paddo's was dit 0,8%.
- Het gebruik in de afgelopen maand is voor LSD en paddo's ongeveer gelijk: respectievelijk 0,1% en 0,2%.
- Er zijn geen (recente) gegevens over het gebruik van andere klassieke psychedelica, zoals ayahuasca, DMT en mescaline in de algemene bevolking. Gegevens over het gebruik van deze middelen zijn wel beschikbaar op basis van onderzoek onder specifieke groepen (§ 18.3.3 uitgaande jongeren en jongvolwassenen) en marktgegevens (§ 18.8).

Het gebruik van truffels is uitgevraagd in de LSM-A in 2020.

- In 2020 had 2,6% van de volwassen Nederlands bevolking wel eens truffels gebruikt.
- Het laatste jaar gebruik van truffels was 0,5% in 2020 en het gebruik in de laatste maand was 0,2%.

Gebruik van LSD[I], paddo's[I] en truffels[II] in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder, peiljaar 2021

	%	Aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal (95% Betrouwbaarheidsinterval)
Ooit			
LSD	2,1	290.000	230.000-340.000
Paddo's	5,3	740.000	650.000-820.000
Truffels	2,6	350.000	30.000-390.000
Laatste jaar			
LSD	0,5	70.000	40.000-100.000
Paddo's	0,8	110.000	80.000-150.000
Truffels	0,5	70.000	50.000-100.000
Laatste maand			
LSD	0,1	10.000	<10.000-30.000
Paddo's	0,2	30.000	<10.000-40.000
Truffels	0,2	20.000	10.000-40.000

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, in de laatste maand. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat LSD, paddo's en/of truffels gebruikt is weergeven in tienduizendtallen. I. Gezondheidsenquête 2021. II. LSM-A 2020. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS

Overlap paddo's en truffels

Paddo’s en truffels bevatten allebei dezelfde werkzame stoffen: psilocybine en psilocine. Paddo’s

vallen onder de Opiumwet, maar truffels niet. Truffels zijn legaal verkrijgbaar in smartshops (zie ook § 18.1). Op basis van de gegevens uit de LSM-A is de overlap (in ooit- en laatste-jaar-gebruik) van paddo's en truffels berekend. De gegevens over paddo's en truffels zijn afkomstig uit verschillende bronnen (zie gegevensbronnen). De percentages zijn daarom geen exacte schattingen maar geven wel een indicatie van de mate van overlap in het gebruik van beide middelen.

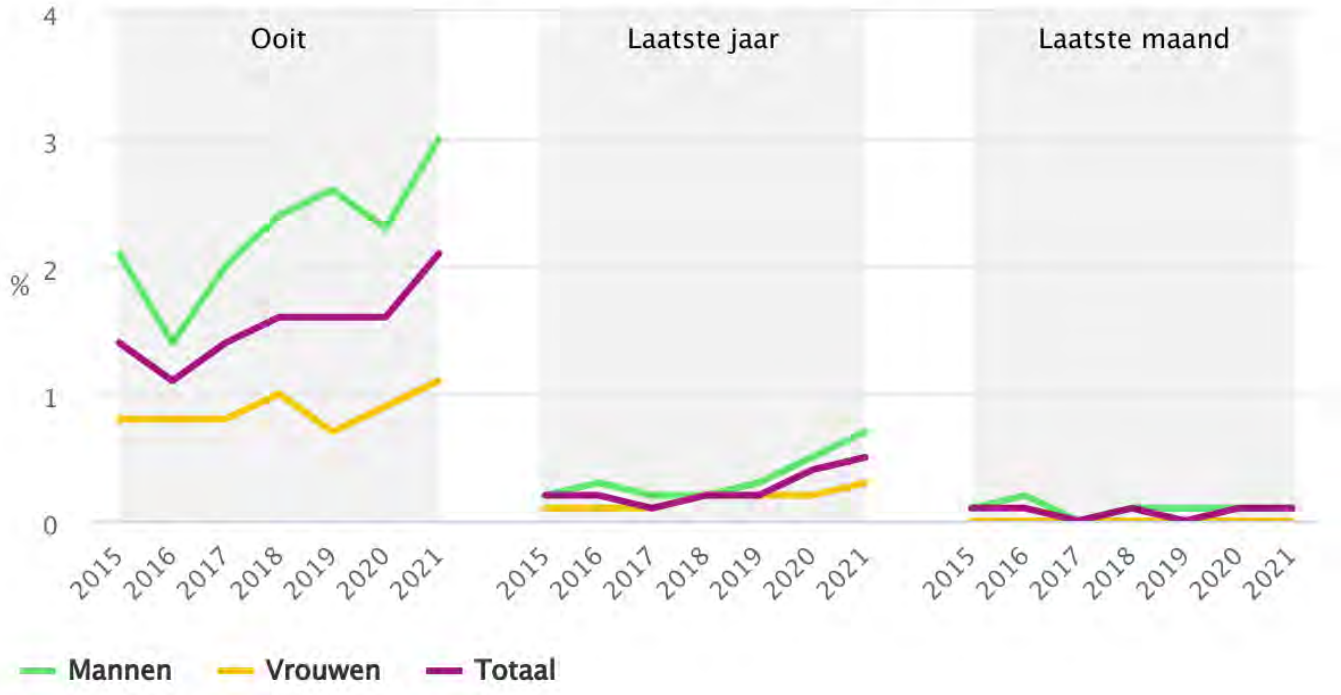
- Van de ooitgebruikers van truffels (2,6%) heeft de helft (49,6%) ook ervaring met paddo's.
- Bij laatste-jaar-gebruik is de overlap beduidend kleiner: van de personen die in het laatste jaar truffels hadden gebruikt (0,5%), gebruikte een klein deel daarvan (8,5%) in datzelfde jaar ook paddo's. De meeste van hen (91,5%) hadden in het laatste jaar dus alleen truffels gebruikt.

Trends in het gebruik van LSD, paddo's en truffels

Vanaf 2015 zijn jaarlijks vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van LSD en paddo's in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder (Gezondheidsenquête; zie ook bijlage A1). Vanaf 2016 zijn soortgelijke gegevens ook tweejaarlijks beschikbaar voor truffels (LSM-A; zie ook bijlage A2). Vanwege verschillen in dataverzameling, vragenlijst en methoden kunnen de cijfers van de Gezondheidsenquête en de LSM-A niet rechtstreeks vergeleken worden.

- Het percentage mensen dat ervaring heeft met LSD (ooitgebruik) is gestegen van 1,1% in 2016 naar 2,1% in 2021. Het ooitgebruik van paddo's nam toe van 3,5% in 2015 naar 4,7% in 2020 en is in 2021 gestabiliseerd (5,3%). Tussen 2016 (1,8%) en 2020 (2,6%) is het percentage ooitgebruikers van truffels geleidelijk gestegen.
- Het laatste-jaar-gebruik van LSD bleef tussen 2015 en 2019 stabiel (0,1-0,2%), maar steeg in 2020 naar 0,4% en bleef op dit niveau in 2021 (0,5%). Deze stijging lijkt zich met name te hebben voorgedaan onder hoogopgeleiden en onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (zie ook § 18.2.2). Het laatste-jaar-gebruik van paddo's schommelde in de periode 2015 tot 2021 tussen de 0,3% en 0,8%. Het gebruik in het laatste jaar van truffels bleef tussen 2016 en 2020 stabiel (0,5%).

Gebruik van LSD in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2015



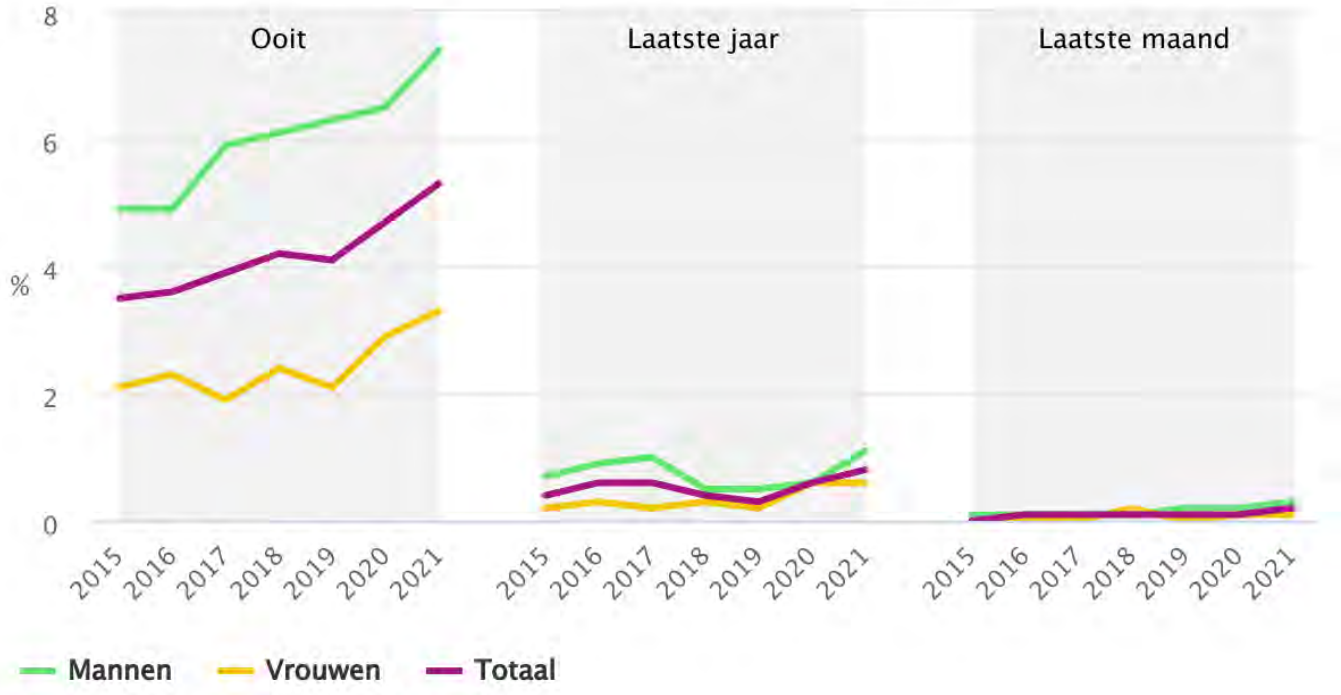
Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Leefstijlmonitor-Aanvullend; CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2015	2,1	0,8	1,4
2016	1,4	0,8	1,1
2017	2,0	0,8	1,4
2018	2,4	1,0	1,6
2019	2,6	0,7	1,6
2020	2,3	0,9	1,6
2021	3,0	1,1	2,1

	Mannen	Vrouwen	Totaal
			-
2015	0,2	0.1	0,2
2016	0.3	0.1	0,2
2017	0,2	0,1	0,1
2018	0,2	0,2	0,2
2019	0,3	0,2	0,2
2020	0,5	0,2	0,4
2021	0,7	0,3	0,5
			-
2015	0,1	0,0	0,1
2016	0,2	0,0	0,1
2017	0,0	0,0	
2018	0,1	0,0	0,1
2019	0,1	0,0	
2020	0,1	0,0	0,1
2021	0,1	0,0	0,1

Gebruik van paddo's in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2015



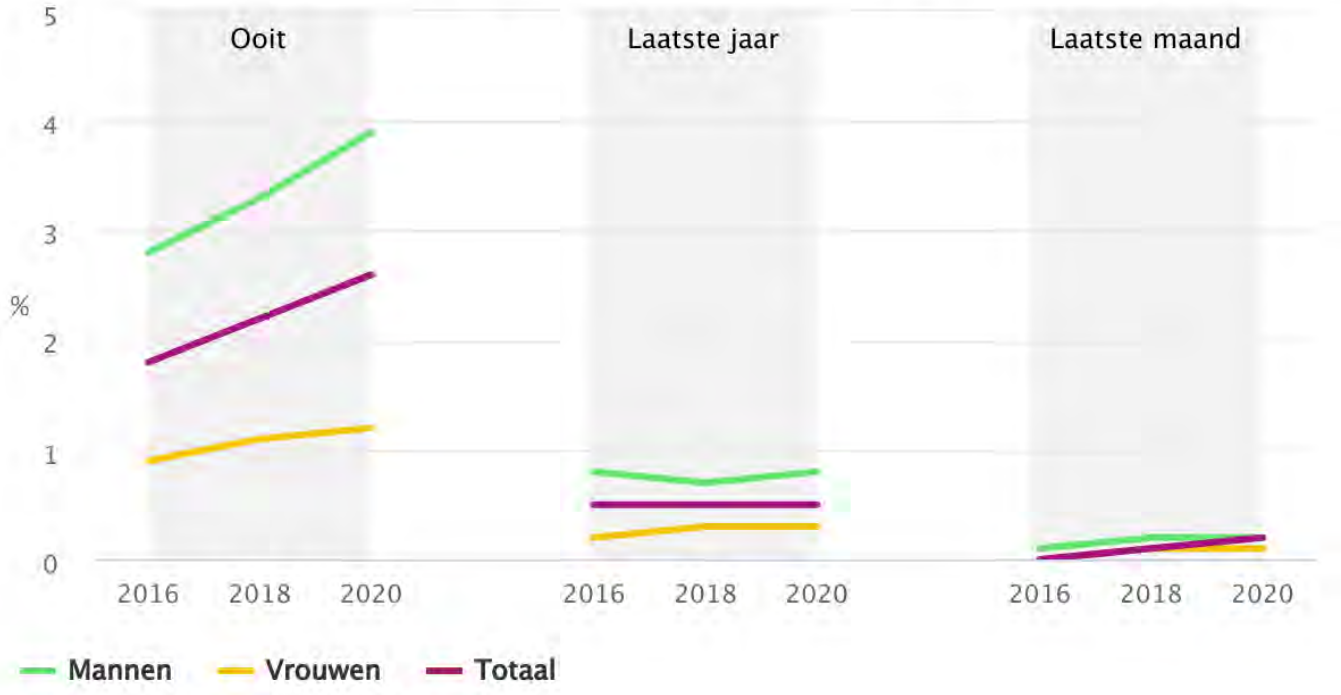
Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Leefstijlmonitor-Aanvullend; CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2015	4,9	2,1	3,5
2016	4,9	2,3	3,6
2017	5,9	1,9	3,9
2018	6,1	2,4	4,2
2019	6,3	2,1	4,1
2020	6,5	2,9	4,7
2021	7,4	3,3	5,3

	Mannen	Vrouwen	Totaal
	-	-	-
2015	0,7	0,2	0,4
2016	0,9	0,3	0,6
2017	1,0	0,2	0,6
2018	0,5	0,3	0,4
2019	0,5	0,2	0,3
2020	0,6	0,6	0,6
2021	1,1	0,6	0,8
	-	-	-
2015	0,1	0,0	0,0
2016	0,1	0,0	0,1
2017	0,1	0,0	0,1
2018	0,1	0,2	0,1
2019	0,2	0,0	0,1
2020	0,2	0,1	0,1
2021	0,3	0,1	0,2

Gebruik van truffels in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2016



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Leefstijlmonitor-Aanvullend; CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2016	2,8	0,9	1,8
2018	3,3	1,1	2,2
2020	3,9	1,2	2,6
2016	0,8	0,2	0,5
2018	0,7	0,3	0,5
2020	0,8	0,3	0,5

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2016	0,1	0,0	0,0
2018	0,2	0,1	0,1
2020	0,2	0,1	0,2

18.2.2 Gebruik onder groepen in de algemene bevolking

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Migratieachtergrond
- Stedelijkheid

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van paddo's en LSD in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête, jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. Vanaf 2016 wordt het gebruik van truffels uitgevraagd in de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A). Aanvullende gegevens zijn eveneens afkomstig uit de LSM-A (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld. Vanwege verschillen in dataverzameling, vragenlijst en methoden kunnen de cijfers van de Gezondheidsenquête en de LSM-A niet rechtstreeks vergeleken worden.

De cijfers over het ooit- en laatste-jaar-gebruik van LSD, paddo's en truffels kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid. Het aantal laatste-maand-gebruikers in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken.

Geslacht

Meer mannen dan vrouwen gebruiken LSD, paddo's en/of truffels. Het verschil tussen mannen en vrouwen is groter bij het ooitgebruik dan bij het laatst-jaar-gebruik.

- Bijna drie keer zoveel mannen als vrouwen hebben ervaring met LSD. Het laatste-jaar-gebruik ligt onder mannen ruim twee keer hoger dan onder vrouwen.
- Het ooitgebruik en laatste-jaar-gebruik van paddo's ligt ongeveer twee keer hoger onder mannen dan onder vrouwen.
- Ongeveer drie keer meer mannen dan vrouwen hebben ervaring met truffels of hebben truffels in het laatste jaar gebruikt.

Gebruik van LSD, paddo's en truffels in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaren 2020 en 2021

	Ooit (%)			Laatste jaar (%)		
	LSD[I]	Paddo's[I]	Truffels[II]	LSD[I]	Paddo's[I]	Truffels[II]
Mannen	3,0	7,4	3,9	0,7	1,1	0,8
Vrouwen	1,1	3,3	1,2	0,3	0,6	0,3

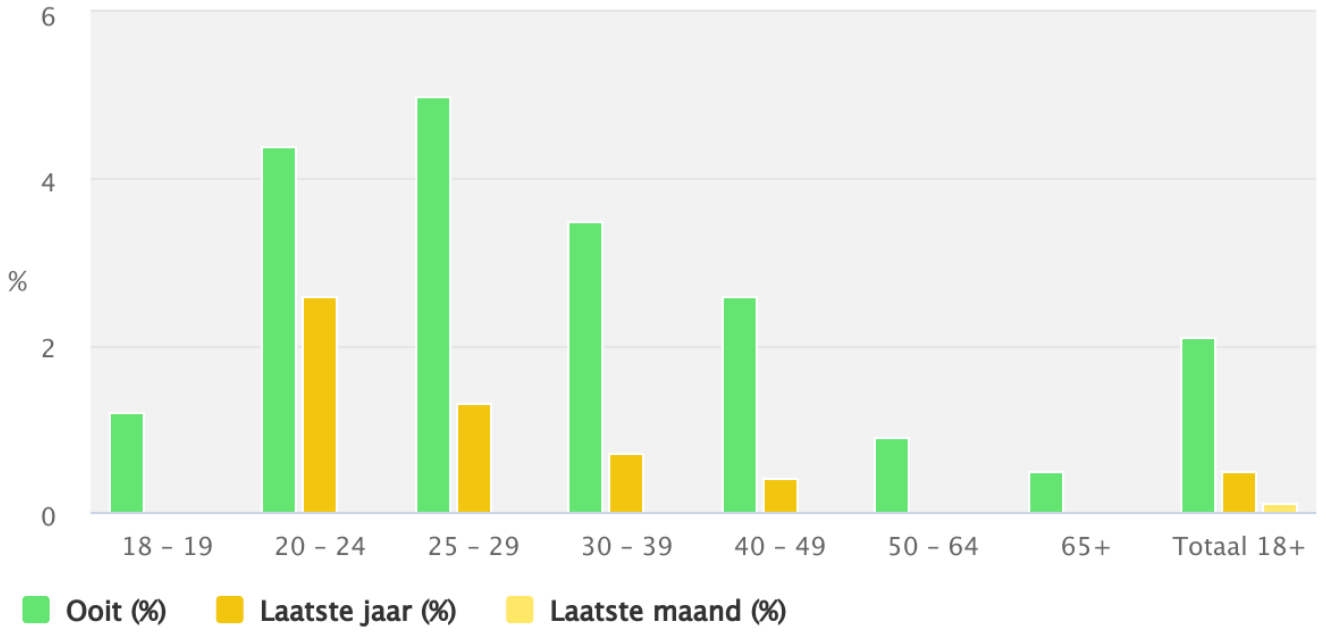
Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. I. Gezondheidsenquête 2021. II. Leefstijlmonitor-aanvullend 2020.
Bron: Leefstijlmonitor-aanvullend, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS

Leeftijd

Het gebruik van LSD en paddo's komt het meest voor onder twintigers (zie onderstaande figuur).

- In 2021 had ongeveer één op de twintig twintigers (4-5%) ervaring met LSD, tegenover ongeveer 0,5-1% van de 18-19-jarigen en 50-plussers. Het laatste-jaar-gebruik lag met 2,6% het hoogst onder 20-24-jarigen.
- De gemiddelde leeftijd van alle laatste-jaar-gebruikers van LSD was 28,7 jaar.

Gebruik van LSD in de bevolking van 18 jaar en ouder naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2021.



Percentage gebruikers ooit en in het laatste jaar per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

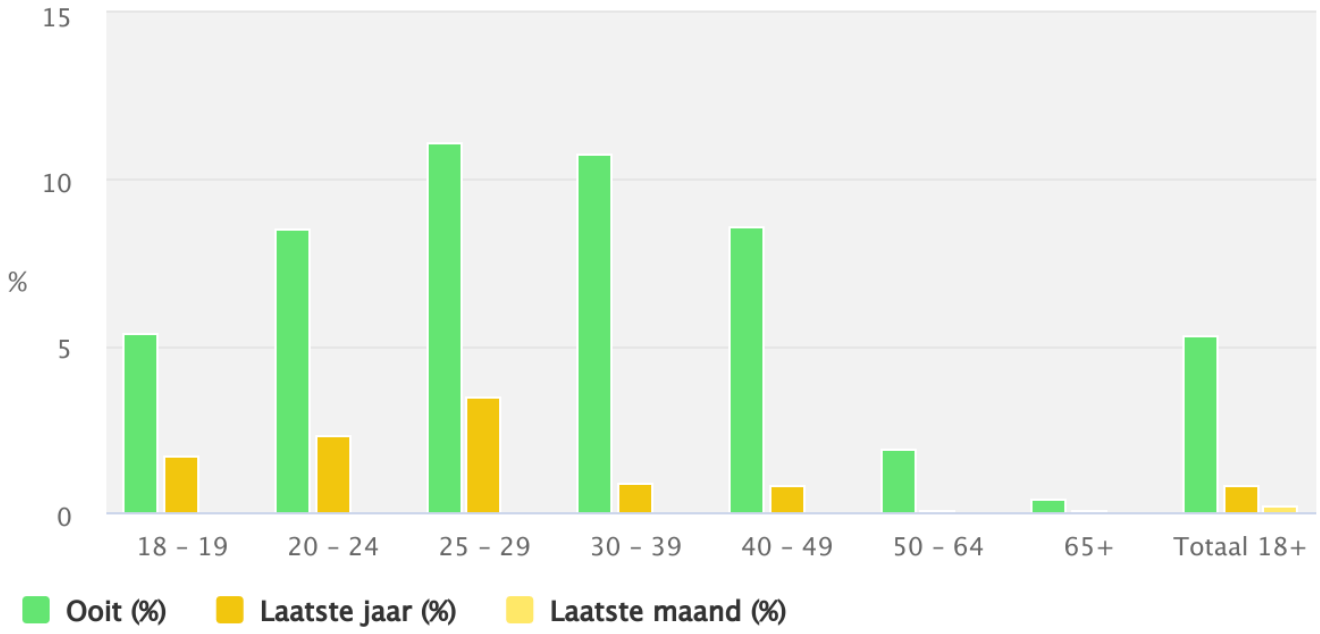
NDM

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

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Totaal 18+	2,1	0,5	0,1

- Iets meer dan een tiende van de 25-29-jarigen (11,1%) en dertigers (10,8%%) had in 2021 ervaring met paddo's, vergeleken met iets meer dan een twintigste van de 18-19-jarigen (5,4%) en minder dan 0,5% van de 65-plussers. Het gebruik van paddo's in het laatste jaar lag het hoogst onder twintigers (2,3%-3,5%) en het laagst onder 50-plussers (0,1%).
- De gemiddelde leeftijd van alle laatste-jaar-gebruikers van paddo's was 31,6 jaar in 2021.

Gebruik van paddo's in de bevolking van 18 jaar en ouder naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2021.



Percentage gebruikers ooit en in het laatste jaar per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

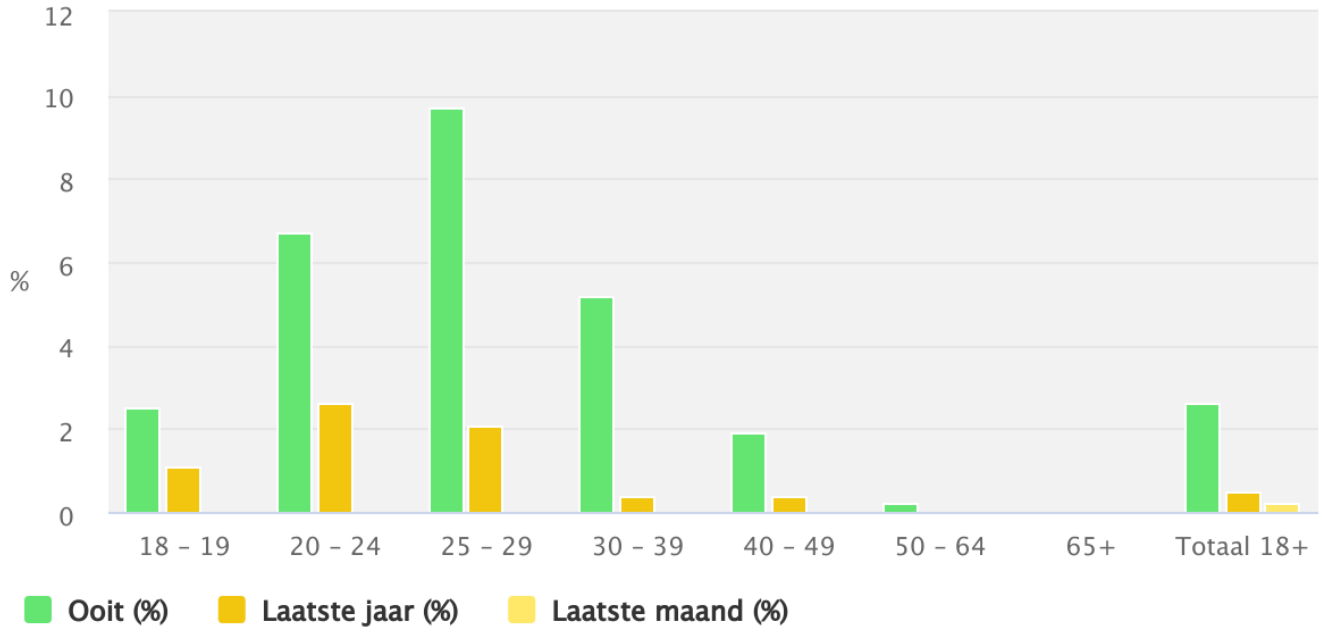
NDM

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
18 - 19	5,4	1,7	

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
20 - 24	8,5	2,3	
25 - 29	11,1	3,5	
30 - 39	10,8	0,9	
40 - 49	8,6	0,8	
50 - 64	1,9	0,1	
65+	0,4	0,1	
Totaal 18+	5,3	0,8	0,2

- Bijna 10% van de 25-29-jarigen had in 2020 ervaring met truffels, tegenover 2,5% van de 18-19-jarigen en bijna 0% van de 50-plussers. Het gebruik van truffels in het laatste jaar is het hoogst onder twintigers (2,1-2,6%) en het laagst onder 50-plussers (0%).
- De gemiddelde leeftijd van alle laatste-jaar-gebruikers van truffels was 27,9 jaar in 2020.

Gebruik van truffels in de bevolking van 18 jaar en ouder naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2020.



Percentage gebruikers ooit en in laatste jaar per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2020.

NDM

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

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Totaal 18+	2,6	0,5	0,2

Opleidingsniveau

Meer hoogopgeleiden dan middelbaar- en laagopgeleiden gebruiken LSD, paddo's en/of truffels (onderstaande tabel). Hoogopgeleide personen hebben drie keer zo vaak ervaring met LSD- en paddogebruik als laagopgeleiden.

Gebruik van LSD, paddo's en truffels in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[I]. Peiljaren 2020 en 2021

	Ooit (%)			Laatste jaar (%)		
	LSD[II]	Paddo's[II]	Truffels[III]	LSD[II]	Paddo's[II]	Truffels[III]
Laag opgeleid	0,9	2,4	1,0	0,0	0,2	0,1
Middelbaar opgeleid	2,0	5,2	2,3	0,3	0,8	0,3
Hoog opgeleid	2,8	7,3	3,8	0,9	1,2	1,1

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. II. Gezondheidsenquête 2021. III. Leefstijlmonitor-aanvullend 2020. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut

Migratieachtergrond

- Volwassenen met een westerse migratieachtergrond hebben vaker ervaring met het gebruik van LSD dan mensen met een Nederlandse achtergrond. Het laatste-jaar-gebruik ligt daarentegen hoger onder mensen met een niet-westerse migratieachtergrond dan onder mensen met een Nederlandse achtergrond.
- Het gebruik van paddo's (ooit en laatste-jaar) en truffels (ooit) is het hoogst onder mensen met een westerse migratieachtergrond, ten opzichte van mensen met een niet-westerse

migratieachtergrond of mensen met een Nederlandse achtergrond.

Gebruik van LSD, paddo's en truffels in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar migratieachtergrond[I]. Peiljaren 2020 en 2021

	Ooit (%)			Laatste jaar (%)		
	LSD[II]	Paddo's[II]	Truffels[III]	LSD[II]	Paddo's[II]	Truffels[III]
Nederlandse achtergrond	1,8	5,1	2,2	0,4	0,8	0,5
Westerse migratieachtergrond	3,7	8,4	4,6	0,8	1,6	1,0
Niet-westerse migratieachtergrond	2,6	3,9	2,8	1,0	0,4	0,7

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. I. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage D: "Migratieachtergrond"). II. Gezondheidsenquête 2021. III. Leefstijlmonitor-aanvullend 2020. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut

Stedelijkheid

Het gebruik van LSD, paddo's en truffels komt meer voor in grote steden dan elders.

- In (zeer) stedelijke gebieden is het gebruik van LSD ooit in het leven ongeveer drie tot vier keer hoger dan in matig of weinig/niet stedelijke gebieden en het gebruik in het laatste jaar is acht keer hoger.
- In (zeer) stedelijke gebieden ligt het percentage ooit- en laatste-jaar-gebruik van paddo's ruim twee keer hoger dan elders in Nederland.
- Het ooit- en laatste-jaar-gebruik van truffels ligt twee tot vier keer hoger in (zeer) stedelijke gebieden dan in matig of weinig/niet stedelijke gebieden.

Gebruik van LSD paddo's en truffels in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[I]. Peiljaren 2020 en 2021.

	Ooit (%)			Laatste jaar (%)		
	LSD[II]	Paddo's[II]	Truffels[III]	LSD[II]	Paddo's[II]	Truffels[III]
(Zeer) sterk stedelijk	3,0	6,9	3,5	0,8	1,1	0,8
Matig stedelijk	0,8	3,1	1,6	0,1	0,3	0,4
Weinig/niet stedelijk	1,0	3,4	1,2	0,1	0,5	0,2

Percentage gebruikers van LSD, paddo's en truffels naar stedelijkheid. I. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. II. Gezondheidsenquête 2021. III. Leefstijlmonitor-aanvullend 2020. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut

18.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Psychedelicagebruik onder Nederlandse scholieren (12-16 jaar) komt relatief weinig voor. In 2019 had 1,0% van hen ervaring met paddo's en 0,3% had ervaring met LSD. Het gebruik van paddo's onder scholieren (12-16 jaar) is sinds 2011 stabiel.

Snel naar:

- Kerncijfers 2019
- Trends in het gebruik van paddo's

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend verzameld in het Peilstationsonderzoek scholieren (zie bijlage B1) [1] en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. De HBSC-studie vraagt echter niet naar het gebruik van psychedelica, waardoor cijfers over het gebruik van psychedelica (paddo's en LSD) alleen in de jaren dat het Peilstationsonderzoek is uitgevoerd, beschikbaar zijn. Op dit moment zijn de kerncijfers gebaseerd op het Peilstationsonderzoek uitgevoerd in 2019.

18.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

Kerncijfers 2019

Voor scholieren van het regulier onderwijs zijn alleen gegevens beschikbaar voor paddo's en LSD. Het percentage gebruikers LSD in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen.

Het gebruik van psychedelica onder scholieren in het voortgezet onderwijs (12 tot en met 16 jaar) is beperkt. In 2019 had 1,0% van de Nederlandse scholieren ervaring met paddo's en 0,3% had ervaring met LSD, vergeleken met 10,4% voor cannabis. Het gebruik van paddo's in de laatste maand is 0,4% en voor LSD is dat percentage 0,2 [1].

Paddo- en/of LSD-gebruik in het voortgezet onderwijs, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2019

	Paddo's (%)	LSD (%)
Ooit	1,0	0,3
Laatste maand	0,4	0,2

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM

Trends in het gebruik van paddo's

- Het gebruik van paddo’s ooit in het leven onder scholieren uit het voortgezet onderwijs is sinds 1999 geleidelijk gedaald, maar is sinds 2011 stabiel rond de 1% [1].
- Deze daling zien wij ook voor het gebruik van andere drugs, zoals cannabis (zie ook § 3.3).

Er zijn geen trendgegevens beschikbaar voor LSD.

Bronnen

1. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

18.3.2 Demografische kenmerken scholieren regulier onderwijs

In het kort: Het gebruik van paddo's (ooit, laatste-maand) ligt hoger onder jongens uit het voortgezet onderwijs, dan onder meisjes. Paddogebruik neem toe met leeftijd.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Schoolniveau
- Migratieachtergrond

Gegevensbronnen

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend verzameld in het Peilstationsonderzoek scholieren (zie bijlage B1) [1] en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. De HBSC-studie vraagt echter niet naar het gebruik van psychedelica, waardoor cijfers over het gebruik van psychedelica (paddo's en LSD) alleen in de jaren dat het Peilstationsonderzoek is uitgevoerd beschikbaar zijn. Dit jaar zijn de kerncijfers gebaseerd op het Peilstationsonderzoek uitgevoerd in 2019.

Voor scholieren van het regulier onderwijs zijn alleen gegevens beschikbaar voor paddo's en LSD. Het percentage gebruikers LSD in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen.

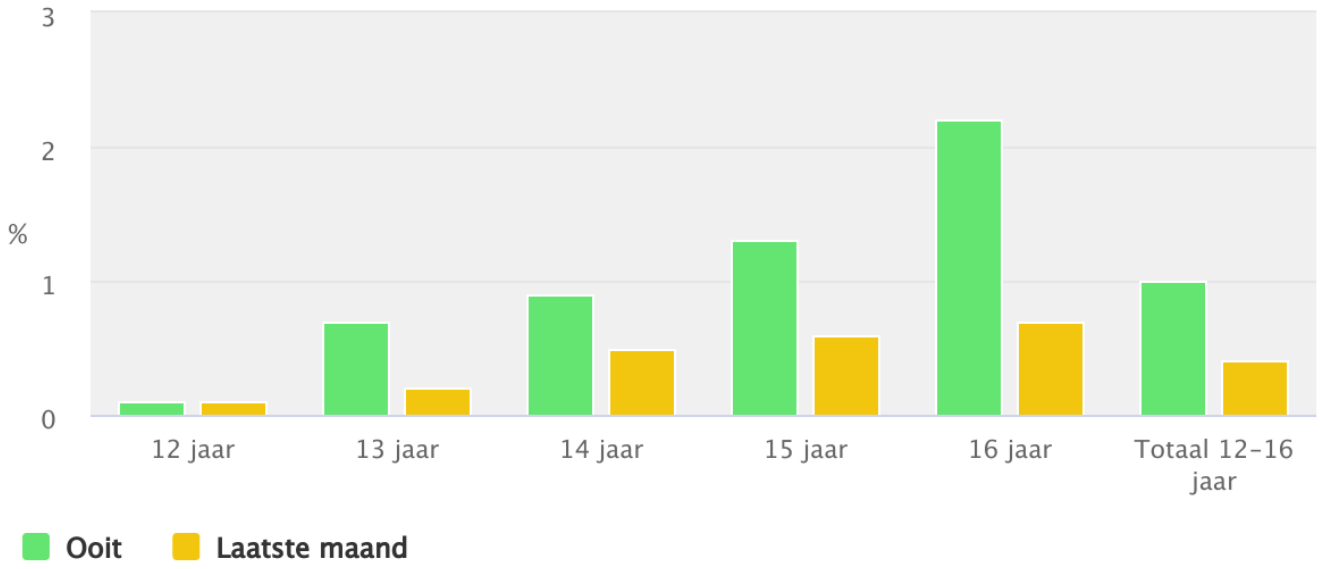
Geslacht

Jongens hebben vaker ervaring (ooitgebruik) met paddo's dan meisjes. Ook de maandprevalentie lijkt iets hoger onder jongens dan onder meisjes, maar deze verschillen zijn niet significant [1]. Zie ook de figuur in § 18.3.1.

Leeftijd

Het gebruik van paddo's neemt toe met leeftijd: paddogebruik komt het meest voor onder 16- jarigen [1].

Paddogebruik in het voortgezet onderwijs, naar leeftijd, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2019



Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM, 2019.

NDM

	Ooit	Laatste maand
12 jaar	0,1	0,1
13 jaar	0,7	0,2
14 jaar	0,9	0,5
15 jaar	1,3	0,6
16 jaar	2,2	0,7
Totaal 12-16 jaar	1	0,4

Schoolniveau

Het gebruik van paddo's in de afgelopen maand is onder scholieren van het voortgezet onderwijs het laagst op het VWO, maar de percentages zijn klein en de verschillen niet significant [1].

Paddogebruik in het voortgezet onderwijs, naar schoolniveau, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2019

	Ooit (%)	Laatste maand (%)
VMBO-b	1,1	0,8
VMBO-t	1,4	0,5
HAVO	0,8	0,3
VWO	0,7	0,2

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM

Migratieachtergrond

Scholieren met een westerse migratieachtergrond lijken het meest ervaring te hebben met het gebruik van paddo's maar verschillen tussen groepen zijn niet statistisch significant [1].

Paddogebruik in het voortgezet onderwijs, naar migratieachtergrond[l], 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2019

Migratieachtergrond	Ooit (%)
Nederlandse achtergrond	0,9
Westerse migratieachtergrond	1,5
Niet-westerse migratieachtergrond	1,2

Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven. l. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM

Bronnen

1. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.

18.3.3 Studenten

In het kort: Onder studenten op de universiteit lag in 2020 het gebruik van zowel paddo's en/of truffels en LSD hoger dan onder HBO-studenten.

Snel naar:

- Studenten van het MBO en HBO
- Studenten van het HBO en de universiteiten
- MBO-studenten in Amsterdam

Gegevensbronnen

Om een beeld te krijgen van het middelengebruik onder jongeren van 16 t/m 18 jaar, onderzoekt het Trimbos-instituut sinds 2015 elke twee jaar het middelengebruik onder MBO- en HBO-studenten in deze leeftijdsgroep met de Middelenmonitor MBO-HBO [1,2]. In deze monitor wordt ook het gebruik van paddo's, truffels en LSD gemeten. Het is een landelijk onderzoek waar in 2021 4.103 studenten aan deelnamen [2].

Daarnaast is in 2021 voor het eerst een grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (HBO en WO). Ook deze monitor zal iedere twee jaar worden uitgevoerd. Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs is ontwikkeld en uitgevoerd door een consortium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de brancheorganisatie van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en het Trimbos-instituut (zie bijlage B9). Deze monitor is gestart vanwege zorgen over de mentale gezondheid, het middelengebruik en de interactie tussen die twee factoren onder studenten [3]. In 2022 namen 28.442 studenten deel, verdeeld over 15 instellingen voor hoger onderwijs [4]. Het middelengebruik werd vergeleken tussen studenten in het HBO en studenten op de universiteit.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse MBO-scholen (bijlage B8). De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 MBO'-studenten (> 16 jaar) van acht MBO-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Cijfers over middelengebruik zijn gebaseerd op gewogen data [5].

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken, bijvoorbeeld HBO-studenten. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet vergelijkbaar.

De cijfers over het psychedelicagebruik uit deze verschillende onderzoeken zijn samengevat in de tabel onderaan de pagina.

Studenten van het MBO en HBO

De Middelenmonitor MBO-HBO gaf voor het psychedelicagebruik in 2015, 2017, 2019 en 2021 het volgende beeld [1,2,6]:

- Het gebruik van psychedelica komt onder 16- t/m 18-jarige studenten van het MBO en HBO weinig voor: 2,9% gaf in 2021 aan ooit in het leven paddo's te hebben gebruikt. Voor LSD was dit nog minder: 1,4%. Ter vergelijking: het ooitgebruik van cannabis was 30% in 2021 (§ 3.3.4) en voor ecstasy was dit 9,1% (§ 6.3.3).
- Minder dan 1% gebruikte paddo's (0,7%) of LSD (0,3%) in de afgelopen maand.
- Het ooitgebruik van paddo's was in 2021 (2,9%) lager dan in 2015 (4,2%; niet in tabel), maar het verschil is niet significant. Het laatste-maand-gebruikt schommelde in diezelfde periode onder de 1%. Het ooitgebruik van LSD bleef tussen 2015 en 2021 op hetzelfde niveau.
- Jongens hebben vaker paddo's (ooit) en LSD (laatste maand) gebruikt dan meisjes.

Studenten van het HBO en de universiteiten

- In 2021 had 13,9% van de studenten in het HBO en op de universiteit (16 jaar en ouder) ooit in het leven paddo's en/of truffels gebruikt. Ter vergelijking: dat is iets meer dan voor cocaïne (12,2%; § 4.3.3). Voor LSD was dit percentage 5,1. Er waren minder ooit-gebruikers onder studenten van het HBO dan onder studenten van de universiteit (zie tabel hieronder).
- Een kleiner deel van de studenten gebruikte paddo's en/of truffels (6,7%) en LSD (2,3%) in het afgelopen jaar. Laatste-jaar-gebruik lag bijna twee keer lager onder HBO-studenten dan onder studenten van de universiteit.
- In totaal gaf 1,0% van de studenten aan paddo's en/of truffels in de laatste maand te hebben gebruikt; het laatste-maand-gebruik van LSD was 0,4%. Ook laatste-maand-gebruik kwam minder vaak voor onder studenten van het HBO dan onder studenten van de universiteit.

MBO-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het psychedelicagebruik van MBO-studenten uitgevraagd [5]. Het is van belang om op te merken dat het hier om een oudere leeftijdsgroep (gemiddeld 19,0 jaar) gaat dan in de hierboven genoemde MBO-HBO monitor (gemiddeld 17,3 jaar). De percentages zijn daarom niet een op een vergelijkbaar.

- In 2021 heeft 5,0% van de Amsterdamse MBO-studenten ervaring met paddo's en 3,7% heeft ervaring met LSD [5].
- Het ooitgebruik van paddo's ligt in 2021 aanzienlijk lager dan in 2016 (10,6%), terwijl in ooitgebruik van LSD onveranderd is gebleven (4,5% in 2016) [5].

Percentage psychedelicagebruikers onder studenten

	Locatie	Peiljaar	Opleidingsniveau	Leeftijd	Ooit (%)		Laatste jaar (%)		Laatste maand (%)	
					Paddo's (en/of truffels)	LSD	Paddo's (en/of truffels)	LSD	Paddo's (en/of truffels)	LSD
Studenten van het MBO en HBO	Nederland	2021	MBO + HBO	16-18 jaar	2,9	1,4	-	-	0,7	0,3
		2019			2,1	0,9	-	-	0,4	0,2
		2017			2,7	1,2	-	-	-	-
Studenten van het HBO en de universiteit[1]	Nederland	2021	Totaal HBO + WO	16 jaar en ouder	13,9	5,1	6,7	2,3	1,0	0,4
			HBO		11,0	4,1	4,8	1,7	0,7	0,3
			WO		18,3	6,6	9,6	3,1	1,5	0,6
MBO-studenten in Amsterdam	Amsterdam	2021	MBO	16 jaar en ouder (19,0 gemiddeld)	5,0	3,7	1,9	1,2	-	-
		2016		15 jaar en ouder (18,9 gemiddeld)	10,6	4,5	5,6	2,4	1,5	1,3

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste-jaar en in de laatste maand. - = Geen gegevens bekend. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking tussen beide onderzoeken niet mogelijk. 1. Alle HBO- en WO-studenten die ouder waren dan 16 jaar werden geïncludeerd in dit onderzoek. Bronnen: Middelenmonitor MBO-HBO; Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Tuithof M, Van Dorsselaer S, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
2. Van Dorsselaer S, De Beurs D, Monshouwer K. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
3. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en

Middelengebruik Studenten hoger onderwijs: Deelrapport I: Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021.
4. Dopmeijer JM, Nuijen J, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs: Deelrapport II: Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021.
5. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Hogeschool van Amsterdam; 2022.
6. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Trimbos-instituut; 2022.

18.3.4 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Over het algemeen ligt het gebruik van psychedelica onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen hoger dan onder scholieren op reguliere middelbare scholen en de algemene bevolking. Hoewel de meeste psychedelica geen typische uitgaansdrugs zijn, is bekend dat uitgaanders vergeleken met hun leeftijdgenoten uit de algemene bevolking vaker experimenteren met drugs (waaronder psychedelica).

Snel naar:

- Uitgaanders in Nederland
- Uitgaanders in Amsterdam en in Gooi en Vechtstreek

Gegevensbronnen

In het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 4.824 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar, die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht. De gegevens werden tussen 28 april en 19 mei 2020 verzameld via een online vragenlijst. Om vertekening door de impact van de eerste coronamaatregelen te voorkomen, werd aan de respondenten gevraagd naar hun middelengebruik in de periode vóór 13 maart 2020, de dag van het invoeren van de eerste coronamaatregelen. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen (zie bijlage B2). Voor het vergelijken van de resultaten met die uit een eerdere peiling uit 2016 zijn aanvullende analyses uitgevoerd [2].

De Antenne-monitor [3,4] volgt het middelengebruik onder uitgaande jongeren in Amsterdam en in de Gooi en Vechtstreek middels vragenlijsten onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen.

De tabel op deze pagina vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij ‘op locatie’ of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen groepen uitgaanders.

Uitgaanders in Nederland

- In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2020 werden van de klassieke psychedelica truffels het meest gebruikt. Van de jongeren had 22,9% ervaring met truffels en 11,2% had truffels in het afgelopen jaar gebruikt [1].
- Daaropvolgend werden van de klassieke psychedelica LSD en paddo’s het meest gebruikt: ongeveer evenveel jongeren uit HGU hadden ervaring met LSD (7,7%) en paddo’s (7,8%).

Het laatste-jaar-gebruik van LSD was 4,3% en het laatste-jaar-gebruik van paddo's was 2,3% [1] .

- Ayahuasca was van de klassieke psychedelica het minst gebruikte middel. Van de jongeren had 1,0% ervaring met ayahuasca en 0,2% had ayahuasca in het afgelopen jaar gebruikt [1].
- Meer mannen dan vrouwen gebruikten psychedelica en het gebruik van LSD was relatief hoog onder 30-35-jarigen [1].

Uitgaanders in Amsterdam en in Gooi en Vechtstreek

- In de Antenne monitor van 2018 werden cafébezoekers ondervraagd. In 2018 had van de cafébezoekers in Amsterdam 6,9% in de laatste maand paddo's/truffels gebruikt. Voor LSD was dit 4,1% en voor DMT 1,1%. Deze percentages liggen met respectievelijk 6,5%, 2,7% en 0,5% iets lager onder de cafébezoekers in de Gooi en Vechtstreek. Het gebruik van paddo's en DMT onder cafébezoekers in Amsterdam bleef in 2018 op hetzelfde niveau als 2014, maar voor LSD steeg het gebruik in diezelfde periode [5].
- Sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven signaleerden in 2018 dat klassieke psychedelica, zoals LSD, DMT en ayahuasca een kleine rol in het nachtleven spelen, maar wel vaker een gespreksonderwerp zijn in uitgaanskringen [5]. Omdat de middelen vaak te complex of onbekend zijn in bredere kringen, lijkt de aandacht voor psychedelica zich niet meteen te vertalen in frequent gebruik [6].
- Er lijkt wel groeiende belangstelling te zijn voor truffels onder de Amsterdamse panelleden; nieuw op de drugsmarkt zijn 'liquid mushrooms' (vloeibare psilocybine) (zie ook § 18.8.2). Ook zijn er groepen in het panelnetwerk die in de afgelopen jaren hebben deelgenomen aan ayahuascaceremonies [7].
- Microdoseren (prevalenties ontbreken), de therapeutische toepassingen en de geestverruimende effecten (zie ook § 18.1) spreken een breed publiek aan, variërend van "psychonauten, creatieve zzp'ers tot studenten" [6].
- Van belang is dat Amsterdam vaak trendsettend is en dus (nog) niet maatgevend is voor de situatie elders in het land.

Percentage psychedelicagebruikers onder verschillende groepen uitgaanders.

	Locatie	Peiljaar	(gemiddelde) Leeftijd	Laatste jaar (%)			Laatste maand (%)		
				LSD	Paddo's	Truffels	LSD	Paddo's	Truffels
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2020	22	4,3	2,3	11,2	-	-	-
		2016	22	3,0	2,1	10,3	0,7	0,7	1,7
Cafébezoekers[II]	Amsterdam	2018	27	4,1	6,9	-	1,9	1,1	-
		2014	27	1,9	6,7	-	0,6	1,1	-
	Hilversum, Bussum, Huizen	2018	24	2,7	6,5	6,5	0	0	0

Percentage gebruikers van psychedelica ooit en in de laatste maand. 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. - = gegevens ontbreken. I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via Facebook, online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. - = Gegevens ontbreken. Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016, 2020; Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2014, 2018.

Bronnen

1. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
2. Monshouwer K, Van der Pol P, Drost YC, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2016: Uitgaanspatronen, middelengebruik en preventieve maatregelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen [Internet]. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016. Available from: https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1494-het-grote-uitgaansonderzoek-2016
3. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.
4. Korf DJ, Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2018. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek.; 2019.
5. D.J. Korf, T. Nabben, A. Benschop. Antenne 2018: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge

Amsterdammers. Rozenberg Publishers; 2019.
6. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
7. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Hogeschool van Amsterdam; 2022.

18.3.5 Kwetsbare groepen jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Vergeleken met andere drugs lijkt het gebruik van psychedelica relatief weinig voor te komen onder groepen kwetsbare jongeren. Over het algemeen is het gebruik van paddo's hoger onder cluster 4 leerlingen en jongeren uit de residentiële jeugdzorg (RJZ) vergeleken met leerlingen uit het praktijk- en regulier voortgezet onderwijs.

Snel naar:

- Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3
- Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen
- Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg
- Kwetsbare jongeren in de regio

Gegevensbronnen

Binnen de groep jongeren zijn bepaalde groepen extra kwetsbaar. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond, zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik.

In 2019 is landelijk onderzoek (EXPLORE) gedaan om het middelengebruik, waaronder paddo's, te meten in drie groepen 'kwetsbare jongeren.' Dit waren scholieren van het praktijkonderwijs (PrO), scholieren met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen van het cluster 4 onderwijs (REC-4) en scholieren met een licht verstandelijke beperking van het cluster 3 (REC-3) [1]. Ook is gekeken of het paddogebruik in deze groepen verschilt van het paddogebruik onder scholieren van het gewone onderwijs. Daarvoor zijn de cijfers vergeleken met die van scholieren van het VMBO-b (basis- en kaderberoepsgerichte leerweg). Deze cijfers komen uit eerdere onderzoeken, namelijk de Peilstationsonderzoeken uit 2007 en 2019 [2].

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over paddogebruik onder jongeren (12-17 jaar) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) verzameld [3]. In 2008 was voor het laatst landelijk onderzoek gedaan naar middelengebruik onder deze doelgroep [4].

Naast het landelijke EXPLORE-onderzoek zijn er ook gegevens over het psychedelicagebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam [6,7] en de Gooi en Vechtstreek [8]. Deze zijn onderdeel van de Antenne-monitor. De in 2019 ondervraagde jongeren waren merendeels 16-19 jaar oud (87%), de rest was 15 of tussen de 20 en 28 jaar. Vanwege de kleine steekproeven moeten bevindingen voorzichtig worden geïnterpreteerd (118 jongeren in Amsterdam en 23 jongeren in de Gooi en Vechtstreek).

Daarnaast is in 2022 als onderdeel van EXPLORE onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [5]. Van de zes JJI in Nederland hebben er vier deelgenomen. In totaal is door onderzoeksassistenten bij 110 jongens een vragenlijst afgenomen

(gemiddelde leeftijd 18,2 jaar, range 14-24 jaar). Daarbij werd de anonimiteit benadrukt en werd toegelicht dat niemand te weten komt wat zij invullen, dat alleen de onderzoekers toegang krijgen tot de data en dat ook zij niet kunnen zien welke jongere wat heeft ingevuld. Het onderzoek is alleen onder jongens uitgevoerd omdat de groep meisjes in de JJI klein is en de privacy daardoor onvoldoende kon worden gewaarborgd.

De Antenne-monitor Nederland onderzoekt het middelengebruik ook op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen kwetsbare jongeren in diverse regio's van Nederland [9]. Deze monitor probeert zicht te krijgen op groepen jongeren waarin sprake is van problematisch drugsgebruik, meervoudige problematiek in de directe, institutionele of sociale omgeving, of het veroorzaken van overlast. Begin 2021 werden via een kwalitatieve studie jongeren- en preventiewerkers ondervraagd over hun indruk van het middelengebruik van in totaal 35 groepen jongeren uit 10 provincies, waar deze professionals direct mee in contact staan. Deze groepen zijn niet representatief voor alle jongerengroepen in de regio. Van de 35 groepen jongeren kwamen er 23 uit een grotere of kleinere stad en kwamen er 12 uit een dorp. Het aantal jongeren per groep varieerde van 8 tot 90 personen, met gemiddeld 20 personen. In totaal hadden de professionals zicht op ongeveer 850 jongeren tussen 11 en 27 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar.

De tabel onderaan deze pagina geeft een samenvatting van de resultaten uit uiteenlopende studies naar het psychedelicagebruik in verschillende groepen kwetsbare jongeren. De cijfers zijn onderling niet altijd vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

Scholieren van het praktijkonderwijs, cluster 4 en cluster 3

- Het ooitgebruik van paddo's is bij cluster 4 leerlingen (3,5%) het hoogst vergeleken met leerlingen in het praktijkonderwijs (1,3%) en VMBO-b (1,1%) [1].
- Het gebruik van paddo's in de afgelopen maand ligt onder cluster 4 leerlingen op 0,7% en onder leerlingen in het praktijkonderwijs en op het VMBO-b op respectievelijk 0,5% en 0,8% [1].
- Over het algemeen hebben in alle onderwijstypen meer scholieren met een westerse migratieachtergrond ervaring met paddo's dan scholieren met een Nederlandse achtergrond of niet-westerse migratieachtergrond [1].
- Het gebruik van paddo's onder leerlingen van het praktijkonderwijs en cluster 4 is tussen 2008 en 2019 gedaald. In diezelfde periode is het gebruik van paddo's onder VMBO-b leerlingen stabiel gebleven [1].

Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn gegevens verzameld over het gebruik van paddo's en LSD onder jongens die verblijven in de Justitiële Jeugdinrichtingen [5]. De vragenlijst is in vier JJI afgenomen bij in totaal 110 jongens.

- Paddo's werden door twee jongeren in de afgelopen maand gebruikt.
- Geen van de jongeren gaf aan in de afgelopen maand LSD te hebben gebruikt.

Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg

In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over psychedelicagebruik onder jongeren (12-17 jaar) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) verzameld [3]:

- Ten opzichte van andere middelen, heeft een relatief klein percentage jongeren van 12-17 jaar in de RJZ paddo's gebruikt (8% ooitgebruik; 1% laatste-maand-gebruik).
- Het gebruik van paddo's (ooit en laatste maand) lijkt sinds 2008 te zijn gedaald, maar het verschil in ooitgebruik is alleen significant onder 16- en 17-jarigen (van 16% in 2008 naar 8% in 2020).
- Het ooitgebruik van paddo's ligt onder jongeren van 12-15 jaar in de RJZ (6%) hoger dan onder jongeren in het reguliere voortgezet onderwijs (1%). Het gebruik in de afgelopen maand verschilt niet met het regulier onderwijs.

Naast het landelijke EXPLORE-onderzoek zijn er ook gegevens over het psychedelicagebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam [6,7] en de Gooi en Vechtstreek [8]:

- In 2019 heeft 4% van de jongeren in de jeugdzorg ooit paddo's of truffels gebruikt.
- Geen van de jongeren in de jeugdzorg in de Gooi en Vechtstreek geeft aan recent (in het laatste jaar) paddo's te hebben gebruikt.

Kwetsbare jongeren in de regio

- In 11 van de 35 groepen verspreid over alle regio's werd volgens waarnemingen van de professionals psychedelica (vooral LSD en truffels) gebruikt [9].
- Ten opzichte van de vorige meting is het gebruik van psychedelica in de meerderheid van de groepen (8 van de 11) stabiel gebleven; in 2 groepen is het gebruik afgenomen en in 1 groep toegenomen. De professionals suggereren dat er in de coronaperiode meer belangstelling is voor psychedelica bij jongeren (15-16 jaar) en studenten [9].
- Volgens de professionals gebruiken jongeren psychedelica om een soort droomwereld te creëren, waarin gespeeld kan worden met persoonsvorming en identiteitsontwikkeling. De geestverruimende ervaring van psychedelica overstijgt daarmee tijdelijk de dagelijkse realiteit [9].

Gebruik van paddo's (en truffels),[1] in kwetsbare groepen jongeren

Groep	Locatie	Peiljaar	Leeftijd	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Praktijkonderwijs	Nederland	2019	12-16 jaar	1,3	0,5
		2008	12-16 jaar	3,6	1,7
Cluster 4	Nederland	2019	12-16 jaar	3,5	0,7
		2008	12-16 jaar	7,3	2,7
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Nederland	2020	12-15 jaar	6	0
		2008	12-15 jaar	9	2
		2020	16-17 jaar	8	1
		2008	16-17 jaar	16	1
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2019	16+	4	-
	Gooi en Vechtsreek	2019	16+	0	-

Percentage ooitgebruikers en laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. - = niet gemeten. 1.Onder leerlingen in cluster 4 en het praktijkonderwijs en onder jongeren in de RJZ is gevraagd naar het gebruik van paddo's. Onder jongeren in de jeugdzorg is gevraagd naar het gebruik van paddo's en truffels. Bronnen: EXPLORE; Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.
ooitgebruikers en laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. - = niet gemeten. 1.Onder leerlingen in cluster 4 en het praktijkonderwijs en onder jongeren in de RJZ is gevraagd naar het gebruik van paddo's. Onder jongeren in de jeugdzorg is gevraagd naar het gebruik van paddo's en truffels. Bronnen: EXPLORE; Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Scheffers-van Schayck T, Van Dorsselaer S, Kleinjan M, Onrust S, Monshouwer K. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen in het praktijkonderwijs en cluster 4-onderwijs: Resultaten van het EXPLORE-onderzoek 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
3. Möhle M, van Gelder N, Rombouts M, Schayck TS van, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek. Trimbos-insituut; 2021.
4. Kepper A, Van Dorsselaer S, Monshouwer K, Vollebergh W. Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg: Resultaten meting oktober - december 2008. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
5. Möhle M, Rombouts M, Van Gelder N, Monshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de Justitiële Jeugdinrichtingen: Het EXPLORE-onderzoek 2022. Utrecht: Trimbos-insituut; 2022.
6. Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2012: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2013.
7. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
8. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.
9. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.

18.4 Problematisch gebruik

Snel naar:

- Definitie problematisch psychedelicagebruik
- Risico op afhankelijkheid

Gegevensbronnen

Gegevens over de omvang van het problematisch gebruik van psychedelica in de Nederlandse bevolking zijn niet beschikbaar. Dat komt onder andere omdat het aantal frequent gebruikers van psychedelica in algemene bevolkingsonderzoeken, zoals de LSM-A of NEMESIS, te klein is om betrouwbare schattingen te kunnen maken. De Persona's in midddelengebruik studie, een studie onder een niet-representatieve groep jongeren (18-25 jaar), geeft echter wel informatie over indicatoren voor problematisch gebruik, zoals de mate waarin mensen zelf vinden dat zij te veel of te vaak gebruiken, of willen stoppen en minderen.

Definitie problematisch psychedelicagebruik

De term problematisch psychedelicagebruik kent geen uniforme en overeengekomen definitie (zie bijlage D en bijlage B12). Bij verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd staat echter het volgende aspect centraal, namelijk een gebruikspatroon dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen.

Risico op afhankelijkheid

Middelenafhankelijkheid hangt samen met (een combinatie van)
lichamelijke afhankelijkheid (tolerantie, onthoudingsverschijnselen), psychische afhankelijkheid (hunkering, 'craving'), controleverlies (gebruik vaker of meer dan voorgenomen; niet kunnen stoppen) en lichamelijke en/of sociale gevolgen van ongecontroleerd gebruik [1].

- De meeste psychedelica zijn niet verslavend [2]. Er zijn geen aanwijzingen dat LSD, psilocybine, mescaline en DOB verslavend zijn. Wel kan vrij snel (kruis)tolerantie optreden voor de psychedelische effecten [3,4]. Kruistolerantie is een situatie waarbij gewenning voor een stof (bijvoorbeeld LSD), leidt tot verminderde werkzaamheid van één of meer andere stoffen (bijvoorbeeld psilocybine). Er is dan een hogere dosis nodig om hetzelfde effect te kunnen ervaren. Onttrekkingsverschijnselen en geestelijke afhankelijkheid komen bij de meeste psychedelica niet of zeer zelden voor [3,4].
- Het is niet bekend of DMT/ayahuasca verslavend is, maar de kans lijkt gering [3]. Bij DMT/ayahuasca treedt geen tolerantie op.
- Uit het Persona's in middelengebruik (DUP) onderzoek blijkt dat gebruikers die psychedelica gebruiken ('geestverruimende gebruikers') meestal geen intentie hebben om te stoppen (74% voor LSD en 65% voor paddo's); 17% van de gebruikers van LSD en 25% van de gebruikers van

paddo’s denkt ooit te minderen/stoppen. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat LSD en paddo’s voornamelijk incidenteel (0-2 dagen in het afgelopen jaar) werden gebruikt. De meeste gebruikers verwachten dat zij gemakkelijk kunnen stoppen [5].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van Laar M, Cruts G. Epidemiologie van middelengebruik en stoornissen in het gebruik. In: Handboek verslaving: Tweede, geheel herziene druk. Amsterdam: De Tijdstroom/Boom uitgevers; 2019. p. 25–39.
2. van Laar MW, van Miltenburg CJA. [Epidemiology of hallucinogenic drug use in the Netherlands]. Tijdschrift voor psychiatrie. 2020.
3. Hallucinogens DrugFacts [Internet]. National Institute on Drug Abuse; 2019. Available from: https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/hallucinogens
4. van Amsterdam J, Opperhuizen A, van den Brink W. Harm potential of magic mushroom use: A review. Regulatory Toxicology and Pharmacology. 2011.
5. De Jonge MC. Persona’s in middelengebruik: Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-insituut; 2021.

18.5 Internationale vergelijking

18.5.1 Algemene bevolking internationaal

In het kort: In de algemene bevolking van landen in Europa, Noord-Amerika en Australië is het aantal mensen dat psychedelica zoals LSD of paddo's gebruikt, aanzienlijk lager dan het aantal mensen dat cannabis gebruikt.

Snel naar:

- Vergelijking tussen landen in Europa
- Verenigde Staten
- Canada
- Australië

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk, en Turkije [1]. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [2]. In Canada bestaat er hiervoor de Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS) [3] en in Australië is er het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [4]. Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Van invloed is onder andere de leeftijdsgroep en de manier waarop het gebruik van psychedelica is uitgevraagd.

Onderstaande tabel presenteert gegevens over het gebruik van psychedelica in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Verenigd Koninkrijk, Noorwegen en Turkije volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar), tenzij anders aangegeven. Gegevens voor de Verenigde Staten, Canada en Australië staan in de tabel daaronder. Voor zover beschikbaar, zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in bijlage C vermeld. Het Europees gemiddelde zoals berekend door het EMCDDA is daarbij een schatting die is gewogen op basis van de bevolkingsomvang. Landen met veel inwoners tellen daardoor zwaarder mee. Voor dit Europees gemiddelde zijn voor Nederland de cijfers van 2020 gebruikt. De cijfers van 2021 voor Nederland waren nog niet beschikbaar voor het EMCDDA.

Onderstaande gegevens hebben voornamelijk betrekking op het gebruik van LSD, en voor een aantal landen ook hallucinogene paddenstoelen (paddo's) of truffels of andere hallucinogene middelen.

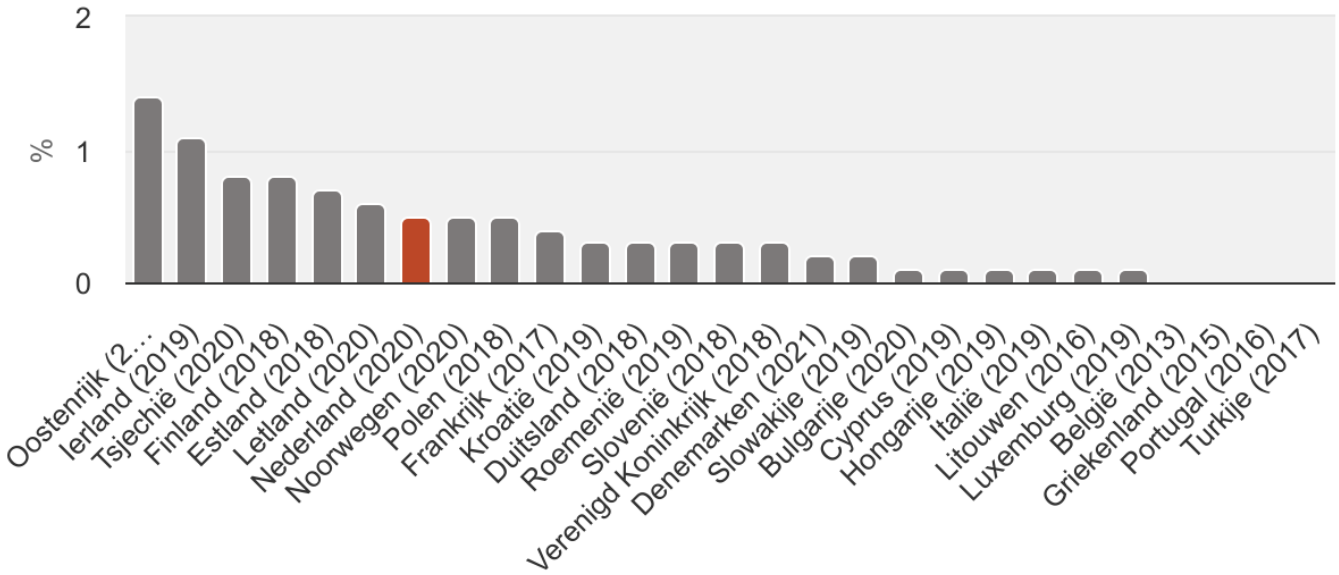
Vergelijking tussen landen in Europa

- Het ooitgebruik van LSD onder volwassenen van 15-64 jaar varieert van 0% in Turkije tot 5,7%

in Ierland. In Nederland is het ooitgebruik 1,8% [1].

- Onder jongvolwassenen van 15-34 varieerde het ooitgebruik van LSD van 0,1% in Turkije tot 6,6% in Ierland. Het ooitgebruik is 1,8% in Nederland [1].
- Het laatste-jaar-gebruik van LSD onder 15-64-jarigen varieert van 0% in België, Tsjechië, Griekenland, Portugal en Turkije tot 1,4% in Oostenrijk. In Nederland ging het om 0,5% onder deze leeftijdsgroep [1].
- Het laatste-jaar-gebruik van LSD onder 15-34-jarigen varieert van 0% in België, Tsjechië, Griekenland en Turkije tot 3,4% in Oostenrijk. In Nederland ging het om 0,8% onder deze leeftijdsgroep [1].
- Het laatste-jaar-gebruik van hallucinogene paddenstoelen (paddo's) was onder jongvolwassenen (15-34 jaar) in de meeste landen niet meer dan 1%, met uitzondering van Tsjechië (5,3%), Oostenrijk (3,8%), Finland (2,0%), Nederland (1,7%), Estland (1,6%) en Denemarken (1,5%) [1].
- Het gebruik van paddo's in de laatste maand was in bijna alle landen rond de 0,1% onder volwassenen (15-64 jaar) en 0-0,5% onder jongvolwassenen (15-34 jaar), met uitzondering van Ierland, Letland en Polen (15-64 jaar, zie onderstaande figuur) en Ierland en Letland (15-34 jaar, zie onderstaande figuur). Het laatste-maand-gebruik lag in Nederland onder beide leeftijdsgroepen op 0,1% [1].

Percentage laatste-jaar-gebruikers van LSD in verschillende Europese landen. Leeftijdsgroep 15-64 jaar[I]



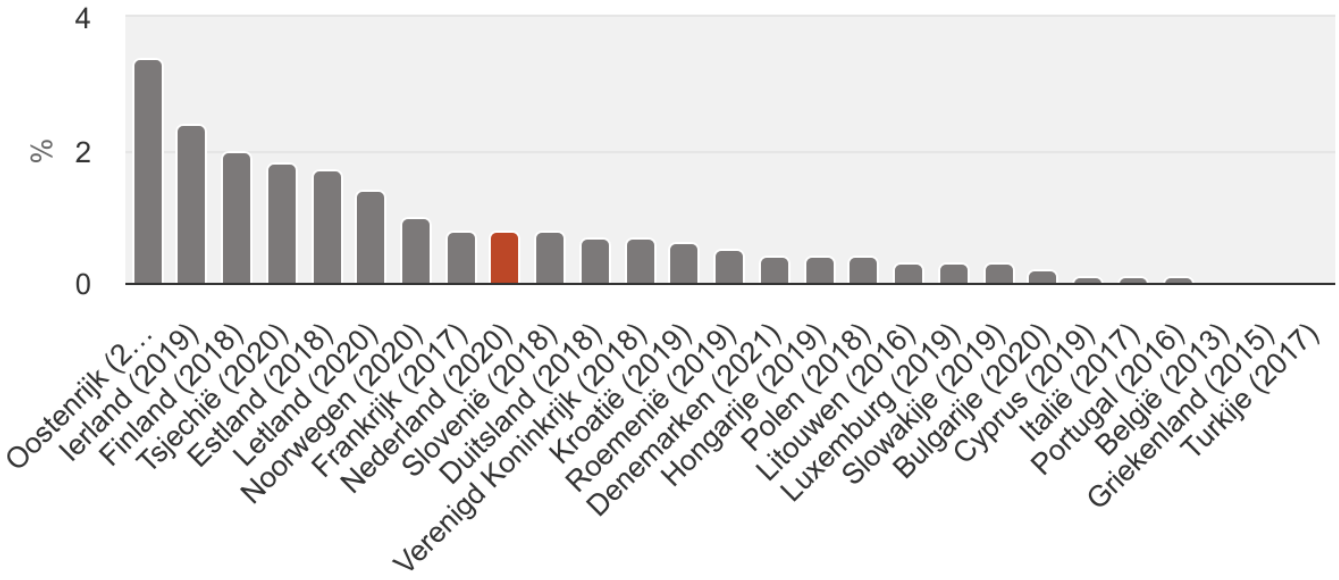
Het gebruik van LSD in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk en Duitsland: 18–64 jaar; Denemarken, Zweden, en Noorwegen: 16–64 jaar. Bron: European Drug Report 2022, EMCDDA

NDM

Land	Laatste jaar (%)
Oostenrijk (2020)	1,4
Ierland (2019)	1,1
Tsjechië (2020)	0,8
Finland (2018)	0,8
Estland (2018)	0,7
Letland (2020)	0,6
Nederland (2020)	0,5
Noorwegen (2020)	0,5
Polen (2018)	0,5
Frankrijk (2017)	0,4
Kroatië (2019)	0,3
Duitsland (2018)	0,3
Roemenië (2019)	0,3
Slovenië (2018)	0,3
Verenigd Koninkrijk (2018)	0,3
Denemarken (2021)	0,2
Slowakije (2019)	0,2

Land	Laatste jaar (%)
Bulgarije (2020)	0,1
Cyprus (2019)	0,1
Hongarije (2019)	0,1
Italië (2019)	0,1
Litouwen (2016)	0,1
Luxemburg (2019)	0,1
België (2013)	
Griekenland (2015)	
Portugal (2016)	
Turkije (2017)	

Percentage laatste-jaar-gebruikers van LSD in verschillende Europese landen. Leeftijdsgroep 15-34 jaar[I]



Het gebruik van LSD in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk en Duitsland: 18–34 jaar; Denemarken, Zweden, en Noorwegen: 16–34 jaar. Bron: European Drug Report 2022, EMCDDA

NDM

Land	Laatste jaar (%)
Oostenrijk (2020)	3,4
Ierland (2019)	2,4
Finland (2018)	2
Tsjechië (2020)	1,8
Estland (2018)	1,7
Letland (2020)	1,4
Noorwegen (2020)	1

Land	Laatste jaar (%)
Frankrijk (2017)	0,8
Nederland (2020)	0,8
Slovenië (2018)	0,8
Duitsland (2018)	0,7
Verenigd Koninkrijk (2018)	0,7
Kroatië (2019)	0,6
Roemenië (2019)	0,5
Denemarken (2021)	0,4
Hongarije (2019)	0,4
Polen (2018)	0,4
Litouwen (2016)	0,3
Luxemburg (2019)	0,3
Slowakije (2019)	0,3
Bulgarije (2020)	0,2
Cyprus (2019)	0,1
Italië (2017)	0,1
Portugal (2016)	0,1

Land	Laatste jaar (%)
België (2013)	
Griekenland (2015)	
Turkije (2017)	

Gebruik van LSD in de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-14, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar (tenzij anders aangegeven)

		15-64 jaar			15-34 jaar		
Land	Jaar	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Oostenrijk	2020	4,1	1,4	0,2	6,3	3,4	0,5
Denemarken	2021	2,3	0,2	0	3,3	0,4	0,1
Finland	2018	3	0,8	0,2	5	2	0,4
Frankrijk	2017	2,7	0.4	-	3.7	0,8	-
Duitsland	2018	2,1	0,3	0,1	2,6	0,7	0
Griekenland	2015	0,5	0	0	0,2	0	0
Ierland	2019	5,7	1,1	0,5	6,6	2,4	1,3
Italië	2017	1,7	0,1	0	1,3	0,1	0
Luxemburg	2019	1,5	0,1	0	1	0,3	0
Nederland	2020	1,8	0,5	0,1	1,8	0,8	0,1
Noorwegen	2020	2	0,5	-	2,8	1	-
Portugal	2016	0,4	0	0	0,5	0,1	0
Turkije	2017	0	0	0	0,1	0	0
Verenigd Koninkrijk	2018	4,8	0,3	0	3,5	0,7	0,1

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand, en (bijna) dagelijks (ten minste op 20 dagen in de afgelopen maand). De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers (15-64 jaar). I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. 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. Het gaat om het Verenigd Koninkrijk (Engeland & Wales) (16-59), Denemarken (16-64) en Duitsland (18-64).- = Gegevens ontbreken. Bron: EMCDDA. Voor de volledige bronvermelding: zie onderaan deze pagina.

Verenigde Staten

- In 2020 had 1,0% van de bevolking van de Verenigde Staten (12 jaar en ouder) LSD gebruikt (laatste jaar), dat is een ruime verdubbeling ten opzichte van 2002 (0,4%) [2].
- Er zijn geen gegevens beschikbaar over het gebruik van paddo's, truffels of andere psychedelica in de algemene bevolking van de Verenigde Staten.

Canada

- Het laatste-jaar-gebruik van psychedelica in Canada is sinds 2013 stabiel (1,9%). Mannen (2,3%) en vrouwen (1,5%) gebruiken ongeveer even vaak psychedelica [3]. De groep psychedelica omvat het gebruik van bijvoorbeeld LSD, PCP of psilocybine, maar het kan ook om andere psychedelische middelen gaan.
- Het gebruik van psychedelica was twee tot drie keer hoger onder jongvolwassenen van 20-24 jaar (5,7%) dan onder jongeren van 15 tot 19 jaar (2,2%) en volwassenen van 25 jaar of ouder (1,5%) [3].

Australië

- In het Australische bevolkingsonderzoek zijn psychedelica niet exact gespecificeerd: het kan gaan om LSD/psilocybine, paddo's of truffels, 'angel dust' (PCP), DMT, mescaline, of peyote en/of andere psychedelische middelen. Tussen 2016 en 2019 is het ooitgebruik van deze psychedelica gestegen van 9,4% naar 10,4%. Deze stijging vond zowel onder twintigers als onder veertigplussers plaats [4].
- In diezelfde periode steeg ook het gebruik in het laatste jaar van 1,0% naar 1,6%. Deze stijging vond met name plaats onder twintigers [4].
- Ook de gebruiksfrequenties zijn tussen 2016 en 2019 gestegen: maandelijks gebruik (of vaker) steeg van 3,0% naar 10,3% en minder dan maandelijks gebruik (een paar keer per jaar) steeg van 21% naar 34%. Daarentegen daalde de gebruiksfrequentie één of twee keer in het jaar van 76% naar 56% [4].
- Mogelijk is de stijging te wijden aan een methodeverandering in het onderzoek: in 2019 zijn extra psychedelische middelen toegevoegd in de vraagstelling [4].
- In 2019 had een op de 20 (5,0%) van de ondervraagde twintigers psychedelica gebruikt in het laatste jaar. Dit percentage is hoger dan voor (meth)amfetamine (zie § 7.5) [4].
- De psychedelica die het meest in het laatste jaar gebruikt zijn, zijn LSD (73%) en paddo's/psilocybine (61%) [4].

Gebruik van psychedelica in de algemene bevolking van de Verenigde Staten, Canada, en Australië: wisselende leeftijdsgroepen

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Verenigde Staten[I]	2020	12 en ouder	-	1,0
Australië[II]	2019	14 en ouder	10,4	1,6
Canada[III]	2019	15 en ouder	-	1,9

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. I. Voor de Verenigde Staten zijn de percentages van het gebruik van alleen LSD weergegeven. II. Voor Australië zijn psychedelica niet exact gespecificeerd: percentages geven het gebruik van bijvoorbeeld LSD/psilocybine, paddo's of truffels, 'angel dust' (PCP), DMT, mescaline, of peyote weer, maar het kan ook om het gebruik van andere psychedelische middelen gaan. III. Voor Canada zijn psychedelica niet exact gespecificeerd: percentages geven het gebruik van bijvoorbeeld LSD, PCP of psilocybine weer, maar het kan ook om het gebruik van andere psychedelische middelen gaan. Bronnen: SAMHSA, AIHW, CADS. Voor de volledige bronvermeldingen: zie onderaan deze pagina.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
2. SAMHSA. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. SAMHSA; 2021.
3. CTADS. Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey: 2017 detailed tables [Internet]. 2018. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-tobacco-alcohol-drugs-survey/2017-summary/2017-detailed-tables.html#t13.
4. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2019. Canberra: AIHW; 2020.

18.5.2 Jongeren internationaal

Gegevensbronnen

Internationale gegevens over het middelengebruik onder scholieren in het regulier onderwijs van 15 en 16 jaar zijn gebaseerd op het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), dat (sinds 2003) elke 4 jaar wordt uitgevoerd [1–6]. In 2019 deden 35 landen mee aan het onderzoek. De onderstaande tabel toont het gebruik van psychedelica in een aantal landen van de EU en Noorwegen.

Gebruik van psychedelica onder scholieren

- LSD of andere hallucinogenen (2,1%) zijn, na cannabis (16%) en ecstasy (2,3%), de meest gebruikte drugs onder Europese scholieren, gevolgd door cocaïne (1,9%) en amfetamine (1,7%) [6].
- Het percentage scholieren dat in 2019 ooit LSD of andere hallucinogene middelen heeft gebruikt, was het hoogst in Letland (4,9%) en Estland (4,8%), gevolgd door Slowakije en Tsjechië. Nederlandse scholieren staan met 1,8% gelijk aan Portugal en Zweden en iets onder het (ongewogen) Europese gemiddelde van 2,1% [6].
- Over het algemeen hebben in Europa meer jongens (2,4%) dan meisjes (1,7%) ervaring met LSD of andere hallucinogenen. Dit was in bijna alle landen het geval, behalve op de Faeröer eilanden en in Servië, waar geen verschil tussen jongens en meisjes was. In Slowakije hadden meer meisjes (4,7%) dan jongens (3,5%) ooit LSD of andere hallucinogene middelen gebruikt [6].

Gebruik van LSD of andere hallucinogenen ooit in het leven onder scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten I. Peiljaren 2003, 2007, 2011, 2015 en 2019.

Land	2003	2007	2011	2015	2019
Frankrijk	1	2	3	2	1,1
Italië	3	4	3	3	1,2
Ierland	2	3	2	3	2,7
België[II]	3	3	3	2	-
Spanje[IV]	-	4	2	2	1,2
Portugal	2	1	3	1	1,8
Nederland	2	3	-	2	1,8
Denemarken[IV]	1	-	1	1	1,5
Zweden	1	2	1	1	1,8
Griekenland	1	2	2	2	1,3
Noorwegen	1	1	1	1	1,7
Finland	1	1	1	1	1,1
Zwitserland	1	2	-	-	-
Duitsland[III]	3	2	2	-	2,3
Verenigd Koninkrijk[V]	2	3	2	-	-
Gemiddelde over alle deelnemende landen[VI]	2	2	2	2	2,1
Verenigde Staten[I]	-	6	6	5	-

Percentage gebruikers ooit in het leven. In 2019 werden voor het eerst gegevens gerapporteerd afgerond op 1 decimaal om met meer precisie uitspraken te kunnen doen. Voorgaande jaren werden de prevalentiecijfers afgrond op hele getallen. Bij het interpreteren van de trendgegevens dient hiermee rekening te worden gehouden. - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. België in 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland in 2007 voor 6 en in 2011 voor 5 van de 16 deelstaten en in 2019 alleen voor de deelstaat Beieren. IV. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2015 vanwege te lage respons. Deed in 2019 niet meer mee. VI. In 2003 ging het om 35 langen, in 2007 om 33 landen, in 2011 en 2015 om 34 landen en in 2019 om 35 landen. Het gaat steeds om het ongewogen gemiddelde. - = Gegevens ontbreken. Bron: ESPAD.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al. The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries Björn. Stockholm: CAN; 2004.
2. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN; 2009.
3. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: CAN; 2012.
4. Hibell B, Molinaro S, Siciliano V, Kraus L. The ESPAD validity study in four countries in 2013. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
5. Kraus L, Leifman H, Vicente J. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. Available from: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
6. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

18.6 Hulpvraag en incidenten

18.6.1 Verslavingszorg

Snel naar:

- LADIS
- Psychedelica voor de behandeling van middelenstoornissen

Gegevensbronnen

Er zijn geen gegevens bekend over het aantal mensen dat in Nederland problemen heeft vanwege het gebruik van psychedelica. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) rapporteerde tot en met 2015 over de hulpvraag in de verslavingszorg. De meest recente cijfers van het LADIS zijn afkomstig uit registratiejaar 2015.

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere niet-middelen gebonden gedragsverslaving hebben. Hulpvragen voor problemen door psychedelicagebruik bij de verslavingszorg zijn voor zover bekend gering. De meeste psychedelica zijn niet verslavend (zie ook § 18.4).

LADIS

Verslavingszorginstellingen leverden tot en met 2015 gepseudonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem [1].

Let op: Tussen 2015 en 2022 zijn er geen nieuwe gegevens beschikbaar gekomen uit het LADIS (zie bijlage B6: LADIS), omdat deze niet meer verzameld konden worden in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag (een wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) geregeld voor het aanleveren van gegevens, waarna de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart kon worden. De ‘pauze’ heeft echter gezorgd voor een onderregistratie, waardoor de gegevens niet volledig zijn.
De Tussenrapportage Kerncijfers Verslavingszorg 2016-2021 geeft een voorlopig beeld van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. In het najaar van 2023 wordt een gedetailleerdere versie van deze rapportage verwacht, aangevuld met de gegevens van 2022. Deze gegevens worden daarom later dit jaar verwerkt in de Nationale Drug Monitor.

- In 2015 stonden slechts 7 cliënten met LSD als primaire problematiek geregistreerd, dat is minder dan 0,01% van de ruim 350.000 drugscliënten.

Psychedelica voor de behandeling van middelenstoornissen

Er zijn aanwijzingen dat sommige psychedelica, zoals ayahuasca en psilocybine, mogelijk gebruikt kunnen worden als medicijn bij de behandeling van middelenstoornissen (zie ook § 18.1).

- De eerste kleinschalige studies laten positieve resultaten laten zien over het gebruik van psychedelica als psilocybine of ayahuasca (meestal in combinatie met psychotherapie) bij een stoornis in het gebruik van middelen. Er kunnen echter nog geen eenduidige conclusies worden getrokken [2].
- Verschillende onderzoekers stellen dat de overweldigende aard van de psychedelische ervaring [3] of de ervaring van het verlies van het ego (‘egodissolutie’; zie ook § 18.1) [4] mogelijk de heilzame werking van psychedelica bij onder andere verslaving, maar ook een breed scala aan andere psychische stoornissen (§ 18.1), kunnen verklaren.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2015. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg; 2016.
2. van den Brink W, Breeksema JJ, Vermetten E, Schoevers R. Psychedelics in the treatment of substance use disorders and psychosis (Article in Dutch). Vol. 62, Tijdschrift voor psychiatrie. 2020. p. 650–658.
3. Hendricks PS. Awe: a putative mechanism underlying the effects of classic psychedelic-assisted psychotherapy. Vol. 30, International review of psychiatry (Abingdon, England). 2018. p. 331–342.
4. van Elk M. Een nuchtere kijk op psychedelica. eerste edi. Das Mag Uitgeverij B.V.; 2021.

18.6.2 Incidenten

In het kort: Er werden in 2021 weinig incidenten gemeld bij de Monitor Drugsincidenten (MDI) met alleen LSD of paddo's/truffels. Ten opzichte van 2018 waren er in 2019 en 2021 meer risicoanalyses uitgevoerd bij het NVIC over intoxicaties met psychedelica.

Snel naar:

- Monitor Drugsincidenten
- Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Gegevensbronnen

Er zijn geen gegevens bekend over het aantal mensen dat in Nederland problemen heeft vanwege het gebruik van psychedelica. Wel houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage B3) sinds 2019 actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende eerste hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door forensisch artsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) [1]. De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen.

Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen.

Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd. Er zijn geen gegevens over psychedelica-gerelateerde spoedgevallen uit het Euro-DEN netwerk van ziekenhuizen in Europa.

Monitor Drugsincidenten

LSD

- In 2021 werden in totaal 3.984 drugsincidenten geregistreerd. Het gebruik van LSD werd bij 51 (1%) van de incidenten gemeld, waarvan 47% als enige gebruikte drug, met of zonder alcohol (monogebruik). Bij de rest werd LSD in combinatie met één of meer andere drugs gebruikt, meestal met cannabis (41%), cocaïne (19%) en/of GHB (19%) [1].

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van LSD als enige drug

- In 2021 werd 25% van de 24 geregistreerde incidenten met LSD als enige drug, met of zonder alcohol (monogebruik) gemeld door ambulancediensten, 33% door MDI-ziekenhuizen, 25% door LIS-ziekenhuizen en 13% door forensisch artsen. EHBO-diensten meldden geen incidenten met LSD als enige drug. Een incident (4%) werd gemeld door een instantie buiten de MDI

peilstations (een instelling voor verslavingszorg) [1].

- Incidenten die worden geregistreerd bij de MDI worden ingedeeld naar de mate van intoxicatie (licht, matig of ernstig). In het LIS wordt de mate van intoxicatie niet bijgehouden. In 2021 was de mate van intoxicatie na LSD-monogebruik bekend bij 58% van de 24 patiënten, waarvan de meesten (57%) ernstig onder invloed waren. Bij deze patiënten was vaak sprake van psychoses, cardiovasculaire complicaties als snelle hartslag en hoge bloeddruk of een verlaagd bewustzijn. 21 % van de patiënten was licht onder invloed, met klachten die vanzelf overgingen, zoals rusteloosheid of lichte angst. Matige intoxicaties (21%) waren vaak gekenmerkt door paniekaanvallen en overweldigende hallucinaties ('bad trip') [1].
- Bij 29% van de 24 in 2021 geregistreerde incidenten met LSD als enige gebruikte drug werd ook alcohol gebruikt [1].
- Patiënten met een LSD intoxicatie zijn relatief jong. De mediane leeftijd van patiënten met een LSD -intoxicatie bedroeg in 2021 23 jaar. Ter vergelijking, de mediane leeftijd van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie bedroeg 31 jaar [1].

Incidenten met LSD als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2021

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	6 (<1)	8 (1)	6 (1)	3 (<1)	0
Man (%)*	74	62	61	95	-
Leeftijd: <25 jaar* (%)	67	62	50	0	-
Ook alcohol gebruikt (%)*	17	25	33	67	-
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	0	13	-	100	-
Matig (%)[II]	100	0	-	0	-
Ernstig (%)[III]	0	87	-	0	

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

Paddo's/truffels

In 2021 werden in totaal 3.984 drugsincidenten geregistreerd. Het gebruik van paddo’s/truffels werd bij 42 (1%) van de incidenten gemeld, waarvan 55% als enige gebruikte drug, met of zonder alcohol (monogebruik). Bij de rest werd paddo’s/truffels in combinatie met één of meer andere drugs gebruikt, meestal met cannabis (84%), cocaïne (10%) en/of ecstasy (10%) [1].

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van paddo's/truffels als enige drug

- In 2021 werd 30% van de 23 geregistreerde incidenten met paddo’s/truffels als enige drug, met of zonder alcohol (monogebruik) gemeld door ambulancediensten, 44% door MDI-ziekenhuizen, 17% door LIS-ziekenhuizen en 9% door forensisch artsen. EHBO-diensten meldden geen incidenten met paddo’s/truffels als enige drug [1].
- Incidenten die worden geregistreerd bij de MDI worden ingedeeld naar de mate van intoxicatie (licht, matig of ernstig). In het LIS wordt de mate van intoxicatie niet bijgehouden. In 2021 was de mate van intoxicatie na paddo-/truffelgebruik (monogebruik; met of zonder alcohol) bekend bij 70% van de 23 patiënten, waarvan de meesten (44%) matig onder invloed waren. Veel van deze patiënten vielen flauw na gebruik of hadden last van paniekaanvallen. Ernstige intoxicaties (31%) zijn vaak gekenmerkt door hevige agitatie en/of psychoses, paniekaanvallen en kunnen gepaard gaan met zowel een hoge als een lage bloeddruk en een zeer snelle pols en ademhaling. Patiënten met een lichte intoxicaties (25%) hebben vaak last van angst of misselijkheid [1].
- Bij 10% van de 21 in 2021 geregistreerde incidenten met paddo’s/truffels als enige gebruikte drug werd ook alcohol gebruikt [1].
- Evenals patiënten met aan LSD gerelateerde intoxicaties, zijn patiënten met een paddo/truffel-intoxicatie relatief jong. De mediane leeftijd van patiënten met een paddo/truffel-intoxicatie bedroeg in 2021 22 jaar. Ter vergelijking, de mediane leeftijd van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie bedroeg 31 jaar [1].

Incidenten met paddo's/truffels als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2021

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	7 (1)	10 (1)	4 (<1)	2 (<1)	0
Man (%)*	100	80	100	100	-
Leeftijd: <25 jaar (%)*	71	60	75	0	-
Ook alcohol gebruikt (%)*	0	0	50	0	-
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	20	20	-	100	-
Matig (%)[II]	20	60	-	0	-
Ernstig (%)[III]	60	20	-	0	-

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

Toeristen

Toeristen in Nederland (en met name Amsterdam) zijn vergeleken met Nederlandse gebruikers vaker betrokken bij incidenten gerelateerd aan het gebruik van paddo's, vooral toen paddo's nog legaal in smartshops verkrijgbaar waren (tot december 2008) [2]. Maar ook tegenwoordig nog wordt in het Amsterdamse uitgaansleven gesignaleerd dat vooral onervaren gebruikers (vaak toeristen) die psychedelica gebruiken in clubs daarvan flink misselijk, angstig of in de war kunnen raken [3].

Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Het Nationaal Vergiftigings Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [4].

- Via de website www.vergiftigingen.info kunnen risicoanalyses uitgevoerd worden. Deze website

is vrij toegankelijk. Ten opzichte van 2018 waren er in 2019 en 2021 meer risicoanalyses uitgevoerd over intoxicaties met psychedelica. In 2018 waren er 52 risicoanalyses uitgevoerd voor LSD en 30 voor paddo's/truffels. In 2019 was dit gestegen naar 101 voor LSD en 70 voor paddo's/truffels. In 2021 werden er 108 risicoanalyses uitgevoerd voor LSD. LSD stond daarmee op de zevende plaats van de 10 drugs met het hoogste aantal risicoanalyses en paddo's/truffels stond op plaats 10.

- Psychedelica behoorden in 2021 niet tot de 10 drugs met het hoogst aantal telefonisch gemelde blootstellingen bij het NVIC.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021. Trimbos-instituut; 2022.
2. van Amsterdam J, Opperhuizen A, van den Brink W. Harm potential of magic mushroom use: A review. Regulatory Toxicology and Pharmacology. 2011.
3. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
4. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Van Velzen AG, Mulder-Spijkerboer HN, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2021: NVIC Rapport 01/2022. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2022.

18.7 Ziekte en sterfte

18.7.1 Ziekte

Snel naar:

- Acute toxiciteit
- Chronische toxiciteit

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft uiteenlopende nationale en internationale studies naar het effect van psychedelica op de gezondheid, evenals het risico op overlijden.

Acute toxiciteit

- Tijdens het gebruik van psychedelica kunnen psychologische of neurologisch effecten optreden, zoals duizeligheid of misselijkheid, zwakte, beven (tremor), slaperigheid, paresthesie (abnormaal gevoel van de huid, bijvoorbeeld tintelingen, prikkelingen, koude rillingen of gevoelloosheid), wazig zien, verwijde pupillen en verhoogde peesreflexen (samentrekken van een spier) [1].
- Het meest voorkomende ongewenste psychologische effect van psychedelica is de zogenaamde “bad trip”. Er kunnen dan gevoelens van angst, paniek, somberheid en/of achtervolgingswaan (paranoia) optreden. Doordat emoties erg versterkt kunnen worden door het gebruik van psychedelica, kan zich dit soms uiten in gevaarlijk gedrag zoals agressie [1].
- Het risico op een bad trip hangt onder andere sterk samen met de set en setting [2,3], zoals in § 18.1 wordt benoemd.
- Lichamelijke bijwerkingen, zoals een verhoogde hartslag of verhoogde bloeddruk, zijn beperkt [1]. Wel kunnen psychedelica voor mensen met een verhoogde bloeddruk, verwijde slagader en verhoogde hersendruk zeer gevaarlijk zijn [4].
- Vaak zijn de bijwerkingen van voorbijgaande aard. De meeste bijwerkingen (ongewenste effecten) verdwijnen zodra de (gewenste) effecten psychedelica zijn uitgewerkt [5].

Chronische toxiciteit

- Het gebruik van psychedelica kan (ook na eenmalig gebruik) zorgen voor lang aanhoudende visuele waarnemingsstoornissen, ook wel *hallucinogen persisting perception disorder* (HPPD) genoemd. Deze stoornis komt vermoedelijk weinig voor, maar precieze cijfers ontbreken [6].
- Een ander potentieel risico van psychedelica is het ontstaan of aanwakkeren van een psychose. De psychose kan tot enkele weken of maanden aanhouden. Vermoedelijk komt dit echter alleen voor bij mensen met een aanleg voor of een voorgeschiedenis met psychische problematiek [1], zoals een psychose [4] of een bipolaire stoornis [5].
- Psychologische bijwerkingen (zoals psychose of HPPD) lijken vooral gerelateerd aan het gebruik

van illegaal verkregen psychedelica en gebruik in een ‘recreatieve’ setting, vergeleken met een psychedelica van farmaceutische kwaliteit en gebruik in een medische setting. Bij recreatief gebruik is er bovendien vaak sprake van polydrugsgebruik [5].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Johnson M, Richards W, Griffiths R. Human hallucinogen research: guidelines for safety. Vol. 22, Journal of psychopharmacology (Oxford, England). 2008. p. 603–620.
2. E Zinberg N. Drug, set, and setting. The basis for controlled intoxicant use. . Yale University Press; 1984.
3. Zentner JL. Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1985.
4. Breeksema JJ, van Den Brink W, Veraart J, Smith-Apeldoorn S, Vermetten E, Schoevers RA. Psychedelics in the treatment of depression, anxiety, and obsessive-compulsive disorder. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2020.
5. Tupper KW, Wood E, Yensen R, Johnson MW. Psychedelic medicine: A re-emerging therapeutic paradigm. CMAJ. 2015.
6. van Laar MW, van Miltenburg CJA. [Epidemiology of hallucinogenic drug use in the Netherlands]. Tijdschrift voor psychiatrie. 2020.

18.7.2 Sterfte

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft uiteenlopende nationale en internationale studies naar het effect van psychedelica op de gezondheid, evenals het risico op overlijden.

De toxiciteit van psychedelica lijkt gering.

- Bij te hoge doseringen (overdosering) van psychedelica kunnen er ongewenste effecten optreden (zie ook § 18.7), in de meeste gevallen zijn deze echter niet levensbedreigend. Er is wel een aantal sterfgevallen bekend van overdosering met 251-NBOMe. Ook overdoseringen met PCP kunnen leiden tot epileptische aanvallen, coma en overlijden [1].
- Een gevaar bij de meeste psychedelica is de verandering in perceptie en gemoedstoestand, waardoor een gebruiker mogelijk dingen doet die hij of zij gewoonlijk niet zou doen (zie ook § 18.7). Er zijn gevallen bekend waarbij personen onder invloed van psychedelica zijn overleden nadat zij uit een gebouw zijn gesprongen [2].

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Hallucinogens DrugFacts [Internet]. National Institute on Drug Abuse; 2019. Available from: https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/hallucinogens
2. Johnson M, Richards W, Griffiths R. Human hallucinogen research: guidelines for safety. Vol. 22, Journal of psychopharmacology (Oxford, England). 2008. p. 603–620.

18.8 Aanbod en markt

18.8.1 Samenstelling van LSD-monsters

In het kort: In 2021 is het aantal LSD-monsters aangeleverd bij het DIMS afgenomen ten opzichte van 2020. Negen van de tien LSD-monsters die worden aangeleverd bij het DIMS bevatten LSD. Wel is de gemiddelde dosering LSD aanwezig op blotters gedaald sinds 2019.

Snel naar:

- LSD-monsters aangeleverd bij het DIMS
- Overige psychedelische stoffen aangeleverd bij het DIMS

Gegevensbronnen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van drugs [1]. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters wordt herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm, zoals cocaïne, worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse. De gegevens van het DIMS zijn echter voor de meeste typen klassieke psychedelica minder bruikbaar omdat er slechts beperkte mogelijkheden zijn om deze middelen te laten testen. Truffels en paddo’s kunnen bijvoorbeeld niet geanalyseerd worden op samenstelling en ook voor LSD zijn de testmogelijkheden beperkt.

Van belang bij de interpretatie van onderstaande gegevens is het zogeheten LSD quotum. Dat houdt in dat niet alle LSD-monsters worden doorgestuurd naar het laboratorium. Voor LSD is namelijk vanwege de lage doseringen een aparte, relatief dure analyse nodig. Als alternatief biedt het DIMS een zuurtest aan, de Ehrlich test, die kwalitatief kan bepalen of LSD aanwezig is. Normaal gesproken wordt ongeveer de helft van de LSD-monsters die worden getest door het DIMS geanalyseerd in het lab. In 2020 en 2021 zijn vrijwel alle LSD-monsters naar het lab gestuurd, vanwege het lagere aantal samples dat het DIMS heeft ontvangen.

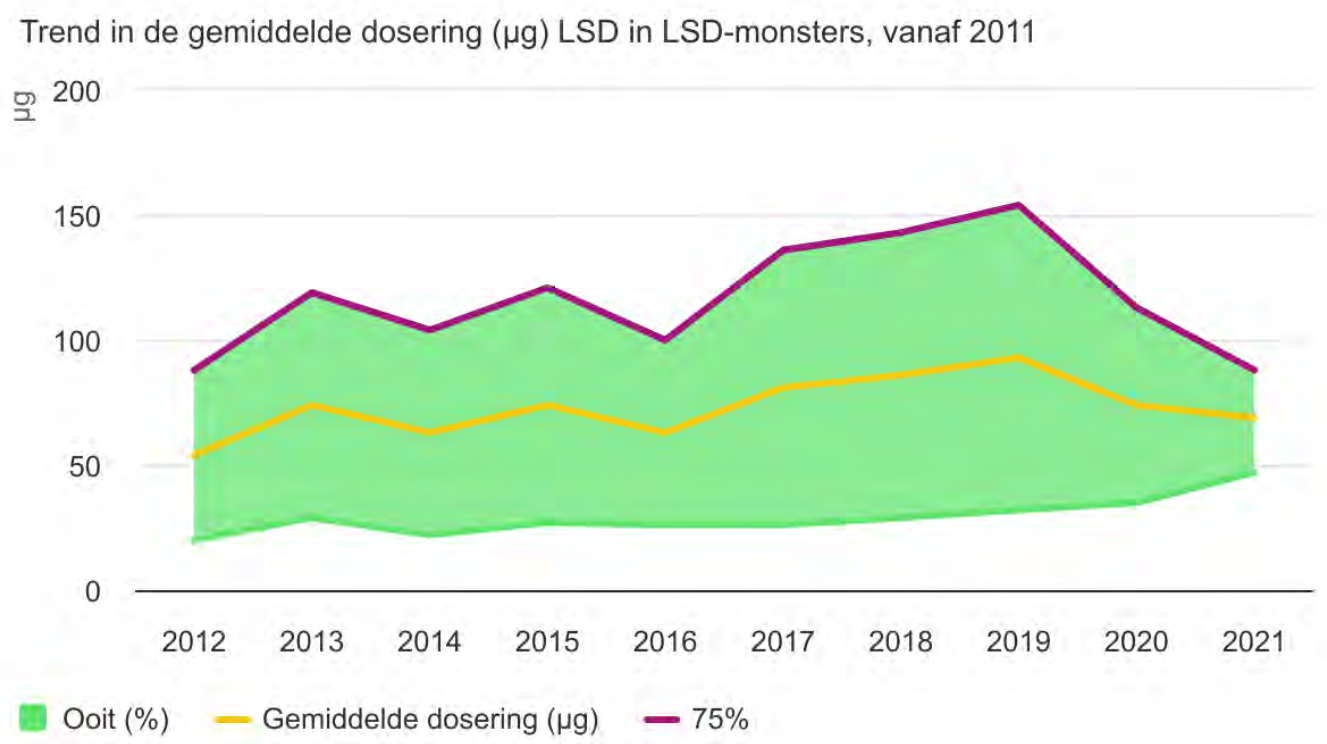
LSD-monsters aangeleverd bij het DIMS

In 2021 leverden 9.257 bezoekers 10.302 drugsmonsters in bij het DIMS om te laten testen. Een klein deel daarvan (242 monsters; 2,3% van het totaal) betrof LSD. Het absolute aantal en het relatieve aandeel (%) aangeleverde LSD-monsters is daarmee gedaald ten opzichte van 2020. In 2020 ging het om 275 LSD-monsters (3,4% van het totaal) [1]. Mogelijk komt deze daling doordat aanleveraars inmiddels vaak goed op de hoogte zijn van het LSD quotum (zie Gegevensbronnen voor meer informatie).

LSD is een zeer potent middel. Het wordt gedoseerd in microgrammen (µg). De in Nederland meest

populaire manier om LSD te nemen is via blotters (stukje (snoep)papier gedrenkt in vloeibare LSD) [1] .

- De gemiddelde dosering LSD aanwezig op blotters is tussen 2019 en 2021 gedaald. In 2021 was de gemiddelde dosering LSD aanwezig op blotters 69 µg. In 2019 was dit nog 93 µg [1].
- Opvallend is daarnaast ook de relatief grote spreiding in doseringen, al is deze spreiding sinds 2019 wel aan het afnemen. In 2021 bevatte de helft van de LSD-blotters een dosering tussen de 47 en 88 µg, een kwart meer, en een kwart minder [1].
- Van de 242 LSD-monsters die in 2021 werden aangeleverd bij het DIMS zijn er 225 getest (193 in het lab en 32 met zuurtest). Het merendeel van deze monsters (92,4%; hetzelfde als in 2020) bevatte daadwerkelijk LSD [1].
- In de afgelopen 10 jaar hebben niet altijd alle monsters die werden verkocht als LSD ook daadwerkelijk de stof LSD bevat: in 2013 bevatte bijvoorbeeld maar iets meer dan de helft (56%) van de LSD-monsters LSD. Vaak werden in deze gevallen andere sterkwerkende hallucinogene stoffen aangetroffen, zoals NBOMe’s (zie ook het hoofdstuk NPS). Sinds 2018 bevatten negen van de tien LSD-monsters die worden aangeleverd bij het DIMS weer gewoon LSD [1].
- Vervuilingen komen zeer weinig voor op LSD-blotters die LSD bevatten. Omdat er op een blotter slechts weinig stof past, is de aanwezigheid van vervuilingen vrijwel nooit zorgwekkend. Waarom deze vervuilingen toch aanwezig zijn is niet bekend, maar waarschijnlijk zijn het onbedoelde vervuilingen. Vervuilingen die in 2021 in LSD-monsters die LSD bevatten voorkwamen, waren amfetamine, CBD, CBN, cocaïne en D-9-THC (voor elke drug 1%; 1 keer) [1] .
- Wanneer er helemaal geen LSD in de samples aanwezig is, worden er vaak andere hallucinogene stoffen op de blotters aangetroffen die het effect van LSD zouden moeten nabootsen. In 2021 werd bijvoorbeeld 3 keer (18,75%) de stof 2C-B aangetroffen op LSD-monsters die geen LSD bevatten en de stoffen 4-HO-MET en DOC werden allebei 1 keer (6,25%) aangetroffen. In het verleden werd LSD relatief vaak vervangen door NBOMe’s, deze stoffen zijn in 2021 niet aangetroffen op de LSD-blotters [1].



Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

NDM

	Gemiddelde dosering (µg)	25%	75%
2012	54	20	88
2013	74	29	119
2014	63	22	104
2015	74	27	121
2016	63	26	100
2017	81	26	136
2018	86	29	143

	Gemiddelde dosering (µg)	25%	75%
2019	93	32	154
2020	74	35	113
2021	69	47	88

Overige psychedelische stoffen aangeleverd bij het DIMS

Tot slot zijn er in 2021 ook 6 monsters verkocht als mescaline (3 in 2020) aangeleverd bij het DIMS. In 2020 werd daarnaast 1 monster verkocht als liquid mushrooms aangeleverd en 1 monster dat werd verkocht als liquid paddo’s. Het is niet bekend of deze monsters ook daadwerkelijk de stoffen bevatten. Daarnaast zijn er ook verschillende soorten tryptamines en fenethylamines, zoals (varianten op) DMT en 2C-B ingeleverd (zie ook § 8.1). Het DIMS signaleert jaarlijks enkele keren dergelijk stoffen. Dit suggereert dat dergelijke middelen wel in omloop zijn op de drugsmarkt maar vermoedelijk een (zeer) beperkt gebruikerspubliek trekken. Zie onderstaande tabel voor overige psychedelische stoffen die in 2021 zijn aangeleverd bij het DIMS [1].

Overige psychedelische stoffen aangeleverd bij het DIMS, peiljaar 2021

Stof	Frequentie
2C-B	873
DMT	22
1P-LSD	7
Mescaline	6
5-MeO-DMT	5
2C-B-Fly	4
LSH	2
Methallylescaline	2
Methylescaline analoog	1
1cP-AL-LAD	1
1cP-LSD	1
1cP-MIPLA	1
2C-C	1
2C-E	1
2C-E NBOMe	1
3-MeO-PCE	1
3-MeO-PCP	1
4-HO-MET	1
aMT	1
Beta-K-2C-B	1
DOC	1
DOM	1

Bron: DIMS 2022

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.

18.8.2 Prijs

Snel naar:

- LSD-blotters aangeleverd bij drugstestcentra
- Smarthops en overige ‘verkooppunten’ in Amsterdam

Gegevensbronnen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) [1] en de Amsterdamse Antenne-monitor [2,3] geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor LSD.

LSD-blotters aangeleverd bij drugstestcentra

- De helft van de consumenten die in 2021 hun (242) LSD-monsters hadden aangeleverd bij het DIMS, betaalden tussen 4 en 8 euro voor een blotter. De gemiddelde prijs van een blotter was 6,40 euro [1].
- Ook de Antenne-monitor Amsterdam signaleerde in 2021 dergelijke prijzen: de prijs van een blotter LSD kostte tussen de 6,00 en 10,00 euro [2].

Prijs (euro) per LSD-blotter op consumentenniveau, vanaf 2013

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aantal monsters (n)	225	225	243	183	225	183	291	275	242
Gemiddelde (€)	5,10	5,40	5,40	5,60	6,50	6,30	5,70	6,20	6,40
Interkwartiel (€)[1]	(3,5-5)	(3,5-6)	(4-6)	(4-7)	(4-8)	(4-8)	(4-7)	(4-8)	(4-8)

1. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit dus nog boven deze range, en 25% er onder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Smarthops en overige ‘verkooppunten’ in Amsterdam

De Amsterdamse Antenne-monitor brengt via een panelstudie in het uitgaansleven de Amsterdamse drugsmarkt op kwalitatieve wijze in kaart [2].

- Truffels zijn legaal verkrijgbaar in smartshops (zie § 18.1). Paddo's en veel andere psychedelica vallen onder de Opiumwet, deze middelen worden verkocht door (trip)dealers.
- In Amsterdamse smartshops worden bijvoorbeeld soorten truffels verkocht zoals Tampanensis, Atlantis, Mexicana en Galindoi [2].
- Een portie (1,8-2,5 gram) paddo's wordt door dealers verkocht voor 40 euro. Nieuw op de Amsterdamse drugsmarkt zijn 'liquid mushrooms' (vloeibare psilocybine). Een flesje van 150 druppels kost 120 euro [2].
- LSD (200-210 µg) wordt verkocht als papertrip (van 6-10 euro voor één blotter tot 250 euro voor 50 blotters) of in vloeibare vorm per flesje van 100 druppels (300 euro) [2].
- DMT wordt aangeboden door 'tripdealers': een halve gram voor 50-60 euro en een hele gram voor 80-100 euro [2].

Prijzen van psychedelica op consumentenniveau[I] in Amsterdam, 2021

	Hoeveelheid	Prijsrange (€)
LSD (200-210 µg)	1 blotter	6-10
	10 blotters	40-90
	25 blotters	175
	50 blotters	250
	1 flesje (100 druppers)	300
Paddo's	1 portie (1,8-2,5 gram; gedroogd)	40
	1 flesje (150 druppels)	120
DMT	0,5 gram	50-60
	1 gram	80-100

I. Deze prijzen zijn afkomstig van menulijsten van bezorgdiensten en van panelleden. Bij de prijsrange worden incidentele extreme uitschieters naar boven of beneden niet meegerekend. Bron: Antenne-monitor Amsterdam

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.

Bijlagen

A&B. Bronbestanden

U vindt hier een beschrijving van de bronbestanden die in de Nationale Drug Monitor worden gebruikt. Belangrijke methodologische kenmerken van de bronbestanden worden uiteengezet.

A1. Gezondheidsenquête

Leefstijlmonitor

Na een landelijk afstemmingstraject van leefstijlmonitoren [1] zijn sinds 2014 jaarlijks gegevens over middelengebruik in de algemene bevolking (18+) beschikbaar [2]. Een consortium van gezondheidsinstituten verzorgt voor De Leefstijlmonitor de gegevensverzameling op het gebied van leefstijl-gerelateerde thema's, zoals roken, alcohol- en drugsgebruik, bewegen en voeding. De Leefstijlmonitor bestaat uit twee vragenlijsten, waarin het middelengebruik aan bod komt.

- De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (GE) uitgevoerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) i.s.m. het RIVM en het Trimbos-instituut is een jaarlijkse vragenlijst waarmee gegevens over de prevalenties van middelengebruik, zoals het percentage gebruikers ooit in het leven, in het afgelopen jaar of de afgelopen maand worden verzameld.
- De aanvullende module middelen van de Leefstijlmonitor 'Leefstijlmonitor- aanvullend' (LSM-A; bijlage A2) is een afzonderlijke tweejaarlijkse dieptestudie waarin onder andere (ook) de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag worden gemeten (LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos i.s.m. RIVM en CBS). In tussenliggende jaren worden andere leefstijlonderwerpen, zoals sport en bewegen, uitgevraagd.
- Zowel voor de GE als de LSM-A worden de gegevens gedurende het hele jaar verzameld.
- Voor de NDM worden de gegevens van de GE als primaire bron gebruikt voor de prevalenties van middelengebruik. Voor verdiepende informatie, die niet beschikbaar is op basis van de GE, wordt gebruik gemaakt van de data uit de LSM-A.

Gezondheidsenquête

Het gebruik van drugs, alcohol en tabak wordt jaarlijks onderzocht in een representatieve, aselecte steekproef van de bevolking van 12 jaar en ouder. In de Nationale Drug Monitor wordt primair over volwassenen (18 jaar en ouder) gerapporteerd. Kerncijfers over middelengebruik bij jongeren zijn afkomstig uit de HBSC en de Peilstationsonderzoeken (zie bijlage B1). Cijfers voor de 18+ leeftijdsgroep zijn voor alcohol en tabak vanaf 2014 beschikbaar, en voor drugs vanaf 2015. In 2014 zijn de vragen over drugs alleen voorgelegd aan de leeftijdsgroep 18 t/m 64 jaar.

Steekproef en gegevensverzameling

De steekproef van personen wordt getrokken uit de Basisregistratie Personen (BRP). De afname van de vragenlijsten vindt verspreid van januari tot en met december van het jaar plaats. Deelnemers krijgen eerst een uitnodiging om de vragenlijst via internet in te vullen (CAWI). Wanneer zij hier niet op reageren, wordt een deel uitgenodigd voor een face-to-face interview (CAPI). Zie ook doelgroepgerichte herbenadering hieronder. In het geval van een face-to-face interview vullen respondenten gevoelige vragen over bijvoorbeeld drugsgebruik zelf in via een computer.

Ieder jaar wordt gestreefd naar een netto steekproef (uiteindelijke aantal respondenten) van minimaal 9500 personen. Tussen 2014 en 2017 lag het responspercentage op 60-65%: de bruto steekproef was ongeveer 15 duizend. Door het invoeren van de aangepaste herbenaderingsstrategie (zie hieronder,

‘doelgroepgerichte herbenadering 2018-2021’) in 2018, is het responspercentage verlaagd.

In 2021 had de bruto steekproef een omvang van 19,6 duizend en de netto steekproef betrof 8400 personen. Het lage responspercentage was vooral het gevolg van de coronamaatregelen, die de gegevensverzameling verstoorden.

Groepen in de volwassen bevolking

Groepen worden beschreven op basis van geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid. De leeftijdscategorieën worden weergegeven conform de kerncijfers voor het beleid van de Staat van Volksgezondheid en Zorg (zie: www.staatvenz.nl of § 1.3). Opleidingsniveau is gedefinieerd als het hoogst gevolgd niveau bij personen van 18-24 jaar, en het hoogst behaald niveau (met diploma) bij personen van 25 jaar en ouder (laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; hoogopgeleid = HBO of universiteit). Om ook het middelengebruik van personen jonger dan 25 jaar naar opleiding te kunnen rapporteren wijkt de NDM hierin af van StatLine (CBS). Op StatLine worden de cijfers naar opleidingsniveau alleen gepubliceerd voor personen vanaf 25 jaar, waarbij opleiding is gebaseerd op het hoogst behaalde opleidingsniveau. Migratieachtergrond is bepaald aan de hand van het kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland. Een inwoner met een migratieachtergrond is iemand die zelf in het buitenland is geboren, of iemand van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren. Een persoon heeft daarbij een westerse migratieachtergrond als deze zelf, of één van de ouders in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika of Oceanië is geboren. Ook Indonesië en Japan werden tot de westerse landen gerekend. Als de persoon zelf of één van de ouders in een ander land is geboren, had deze persoon volgens de definitie van het CBS een niet-westerse migratieachtergrond (zie bijlage D, ‘Migratieachtergrond’). Tot slot is stedelijkheid, conform de indeling van het CBS, gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen.

Weging

Om er voor te zorgen dat de steekproef een goede afspiegeling is van de gehele Nederlandse populatie, is de netto steekproef gewogen op de kenmerken geslacht, leeftijd, migratieachtergrond, burgerlijke staat, stedelijkheid, provincie, landsdeel, huishoudgrootte, inkomen, vermogen, enquêteseizoen en, met ingang van 2018, doelgroep (zie hieronder, ‘doelgroepgerichte herbenadering 2018-2021’) [3].

Data-analyses: trendgegevens en verschillen tussen groepen

In de NDM worden gebruiksprevalenties van middelen, trends in middelengebruik en verschillen tussen groepen gebruikers beschreven.

- De prevalenties (zoals het percentage gebruikers ooit in het leven, in het afgelopen jaar of de afgelopen maand) zijn bepaald op basis van tenminste één maal gebruik van het middel in de betreffende periode.
- De kernprevalenties uit 2021 zijn daarnaast vergeleken met de uitkomsten van eerdere GE-onderzoeken uitgevoerd tussen 2014 tot en met 2020 voor alcohol en tabak en 2015 tot en met 2020 voor drugs.

- De cijfers over middelengebruik zijn ook uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid.

Verschillen over tijd of tussen groepen worden bepaald aan de hand van een Chi-kwadraat toets voor kruistabellen, zonder Bonferroni correctie voor het aantal toetsen. We spreken pas van een toename of afname in gebruik (of verschil tussen groepen), indien dit statistisch significant is. Voor de bepaling van een significant verschil wordt een p-waarde kleiner dan 0.05 aangehouden. Zie § 1.3 voor meer informatie over de duiding van statistische significantie bij gegevens die afkomstig zijn van een steekproef uit de algemene volwassen bevolking.

Methodewijzigingen

De methode van gegevensverzameling, de vragenlijst en de wegingsmethode voor de peilingen vanaf 2014 verschillen van die van eerdere metingen (zie nota methodebreuk 2014 [2]). In het jaarbericht van de NDM uit 2015 is hier uitgebreid op ingegaan. Daarom moeten de prevalentieschattingen voor alcohol en tabak vanaf 2014 gezien worden als een nieuwe nulmeting (beginpunt) en kunnen geen betrouwbare vergelijkingen met voorgaande jaren worden gemaakt. Daarnaast zijn de vragen over drugs in 2014 aan een beperkte leeftijdsgroep voorgelegd (18 t/m 64 jaar). Vanaf 2015 zijn de vragen aan alle respondenten van 18 jaar en ouder voorgelegd. Daarom geldt voor drugs 2015 als nieuwe nulmeting voor vergelijkingen met daaropvolgende jaren.

Om vast te kunnen stellen of het gebruik van middelen toeneemt of afneemt, is het belangrijk dat de methode van onderzoek zo veel mogelijk hetzelfde is tussen de verschillende jaren. Wanneer dit namelijk niet zo is, kunnen de gemeten veranderingen in prevalenties mogelijk toe te schrijven zijn aan de andere manier van onderzoek doen in plaats van dat er daadwerkelijk veranderingen zijn in de leefstijl van Nederlanders. Veranderingen zijn soms echter noodzakelijk, bijvoorbeeld door veranderingen in de respons. Sinds de start van de huidige Gezondheidsenquête in 2014 heeft er een aantal belangrijke methodewijzigingen plaatsgevonden.

Doelgroepgerichte herbenadering 2018-2021

Tussen 2014 en 2017 werden geen aanpassingen gedaan aan de methode van de Gezondheidsenquête. Pas in 2018 werden opnieuw wijzigingen doorgevoerd. In dit jaar werd voor het eerst gebruik gemaakt van een aangepaste ‘herbenaderingsstrategie’. Dit betekent dat bepaalde doelgroepen waarvan bekend is dat zij goed via de vragenlijst via het internet (CAWI) reageren (bijv. mensen zonder migratieachtergrond rond de 50 jaar), in mindere mate worden herbenaderd via een interview bij de mensen thuis (CAPI) dan doelgroepen die niet goed via CAWI responderen (bijv. jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond) [3].

Door de aangepaste herbenaderingsstrategie is de steekproef een betere afspiegeling van de algemene bevolking van 18 jaar en ouder. Er kan echter ook sprake zijn van vertekening doordat niet iedereen wordt herbenaderd.

In 2021 is de doelgroepenbenadering geoptimaliseerd, waardoor CAPI nog selectiever werd ingezet met het doel de responskansen per doelgroep zo gelijk mogelijk te krijgen. Het CBS, RIVM en Trimbos-instituut hebben in een aanvullend onderzoek de aangepaste herbenaderingsstrategie van 2021 gesimuleerd op de data van 2014-2019. Op die manier kon geschat worden hoe voor die jaren de

uitkomsten op enkele kernvariabelen zouden zijn geweest als toen al de waarneemstrategie van 2021 was toegepast. Bij de kernvariabelen over het gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen, roken, dagelijks roken, overmatig alcoholgebruik en het voldoen aan de beweegrichtlijnen werden in sommige jaren (met name 2014 t/m 2017) verschillen gevonden tussen de gepubliceerde en gesimuleerde uitkomsten. Er wordt geadviseerd om uit te blijven gaan van de gepubliceerde cijfers van voorgaande jaren [4].

Impact van COVID-19 op de Gezondheidsenquête

De gegevensverzameling voor de Gezondheidsenquête werd in 2020 en 2021 verstoord door de coronacrisis. In een deel van 2020 was het niet mogelijk om interviews aan huis af te nemen, waardoor alleen respons via internet binnenkwam. Om te kunnen corrigeren voor het wegvallen van een deel van de gegevensverzameling is in 2020 gebruik gemaakt van een aangepast weegmodel, waarbij gebruik is gemaakt van tijdreeksmodellen [5]. Ook in 2021 had de gegevensverzameling van de Gezondheidsenquête te maken met verstoringen vanwege corona(maatregelen). Daar is op dezelfde manier mee omgegaan als in 2020.

In de GE wordt vaak gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik) en omdat de gegevens gedurende het hele jaar worden verzameld, hebben de cijfers van 2020 deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2019, dat wil zeggen vóór de coronamaatregelen. De cijfers van 2021 hebben deels betrekking op het jaar 2020, dus grotendeels tijdens de coronamaatregelen.

Meer informatie over de Gezondheidsenquête is te vinden op de website van het CBS.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. CBS. Gezondheidsenquête vanaf 2014 [Internet]. 2021. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksbeschrijvingen/gezondheidsenquete-vanaf-2014
2. Morren M, Willems R. Gezondheidsenquête 2014: een analyse van de methodebreuk [Internet]. Heerlen: CBS; 2015 Jan p. Available from: https://www.cbs.nl/-/media/imported/onze-diensten/methoden/dataverzameling/aanvullende-onderzoeksbeschrijvingen/documents/2015/17/gezondheidsenquete-analyse-methodebreuk-2014.pdf?la=nl-nl
3. Boonstra HJ. Weging gezondheids-enquête 2014. Den Haag: CBS; 2019.
4. Bruggink JW, Hiemstra M, Geuijen P, Van Dorsselaer S. Dataverzamelingsproces Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2014-2021: Het dataverzamelingsproces van de GE/LSM-k sinds 2021, de veranderingen t.o.v. eerdere jaren en de invloed daarvan op de onderzoeksuitkomsten. [Internet]. CBS, in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut; 2022. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/diversen/2022/dataverzamelingsproces-gezondheidsenquete-leefstijlmonitor-2014-2021?onepage=true
5. Smeets M, Van den Brakel J. Toelichting berekening kwartaal- en jaarcijfers Gezondheidsenquête 2020 [Internet]. CBS; 2021. Available from:

https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2021/toelichting-berekening-kwartaal-en-jaarcijfers-gezondheidsenquete-2020?onepage=true

A2. Leefstijlmonitor-aanvullend (LSM-A)

Methode

Gegevens uit de Gezondheidsenquête worden gezien als de primaire bron voor de kerncijfers over middelengebruik. In 2016 werd voor het eerst de tweejaarlijkse aanvullende module middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) uitgevoerd. In de LSM-A wordt het gebruik van meer middelen uitgevraagd, waaronder ketamine en ADHD-medicatie, en er wordt nader ingegaan op de aard en frequentie van middelengebruik (zoals de frequentie van gebruik, wijze van aankoop, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag). Aangezien het hier om een verdiepende module gaat, is er een overlap in gestelde vragen, maar de volgorde van vragen en de exacte formulering wijkt soms af van de Gezondheidsenquête (GE). Een uitgebreide onderzoeksbeschrijving is te vinden op de website van de Leefstijlmonitor [1]. Voor zowel de GE als de LSM-A worden de gegevens gedurende het hele jaar verzameld.

Voor de LSM-A is een steekproef samengesteld van personen van 15 jaar en ouder. Zij worden eerst uitgenodigd om via internet deel te nemen aan de vragenlijst. Wanneer zij hier niet op responderen worden ze telefonisch of aan huis opnieuw benaderd (de GE past geen telefonische herbenadering toe). Er zijn vergeleken met de GE relatief meer jongeren en jongvolwassenen tussen 15-34 jaar gerekruteerd, de leeftijdsgroep waarin drugsgebruik doorgaans het meest voorkomt. Hierdoor zijn er meer respondenten die ook de vervolgvragen over drugsgebruik beantwoorden, zodat dit gedrag in meer detail onderzocht kan worden. Door weging is vervolgens voor deze ‘oversampling’ gecorrigeerd.

Doelgroepgerichte herbenadering

In de LSM-A Middelen 2016 en 2018 vond een simpele doelgroepgerichte herbenadering plaats: Nadat men was uitgenodigd voor de internetvragenlijst werd van de mensen die niet op de internetvragenlijst antwoordden 60% uitgenodigd voor een face-to-face interview, met uitzondering van de personen met een niet-Westerse migratieachtergrond; in deze groep werd iedereen herbenaderd voor een interview. Bij de LSM-A is vanaf 2019 gebruik gemaakt van een aangepaste herbenaderingsstrategie, zoals in de Gezondheidsenquête. Deze herbenadering is dus in 2020 voor het eerst van toepassing op de verdiepende gegevens over middelengebruik. De doelgroepen voor de LSM zijn bepaald op basis van de kans dat iemand respondeert gebaseerd op achtergrondkenmerken leeftijd, inkomen en migratieachtergrond. Voor de LSM 2020 werden er in totaal 12 doelgroepen vastgesteld. Het effect van de aangepaste methode (of er een trendbreuk is) kon echter niet zuiver worden vastgesteld, omdat er (door corona) twee fouten zijn gemaakt bij de dataverzameling (zie volgende alinea’s).

LSM-A 2020

Impact van COVID-19 op de LSM-A

Door de coronamaatregelen kon het CBS gedurende een aantal maanden geen aan-huis (face-to-face) interviews uitvoeren. In deze maanden heeft het veldwerk in aangepaste vorm plaatsgevonden. In deze notitie staat per maand beschreven hoe er is omgegaan met de coronamaatregelen [2].

In de LSM-A wordt vaak gevraagd naar een periode van één jaar voor het afnemen van de vragenlijst (laatste-jaar-gebruik) en omdat de gegevens gedurende het hele jaar worden verzameld, hebben de cijfers deels betrekking op het gedrag van de deelnemers in het jaar 2019, dat wil zeggen vóór de coronamaatregelen.

Fouten bij de dataverzameling van de LSM-A

Naast een wijziging in de onderzoeksmethode zijn er in 2020 twee fouten gemaakt bij de dataverzameling van de LSM-A, die mogelijk een effect hebben gehad op de resultaten van de enquête. Allereerst zijn er bij één van de twaalf doelgroepen in de maanden maart t/m augustus per ongeluk geen mensen geselecteerd voor herbenadering voor een face-to-face interview. Deze periode viel samen met de periode waarin de face-to-face-interviews vanwege de coronamaatregelen niet op de gebruikelijke manier konden worden uitgevoerd, waardoor deze fout nauwelijks impact heeft gehad op de resultaten van de LSM-A Middelen. Ten tweede is er van april tot en met juni 2020 gebruik gemaakt van een verouderde indeling van de doelgroepen voor de herbenadering. Veel respondenten kwamen dus in verkeerde doelgroepen terecht met andere kansen en manieren van herbenadering. Het CBS heeft geprobeerd om via extra uitnodigingen en aanpassing van de weging de fouten te herstellen. Uiteindelijk bleek dat voor een deel van de respondenten de weging kon worden aangepast. Dit was echter niet voldoende om het effect van de fouten op te lossen [2].

Effect van wijzigingen en verstoringen bij de LSM-A op de resultaten

De bovengenoemde veranderingen hebben alle drie een effect op de verhoudingen tussen de aantallen mensen die de vragenlijst via internet, via telefonische interviews en via face-to-face interviews beantwoorden. De effecten konden echter niet apart worden onderzocht. Het gezamenlijke effect is wel onderzocht door de cijfers van de LSM 2020 te vergelijken met de cijfers van de LSM 2016 en de LSM 2018 door middel van een simulatie. Dit is gedaan voor de kernprevalenties van middelengebruik. Een uitgebreide beschrijving is te lezen in deze notitie [2].

Deze simulatie laat zien dat de wijzigingen en de fouten in de steekproeftrekking tezamen een effect hadden op meerdere prevalenties uit de Leefstijlmonitor Aanvullende Module Middelengebruik 2020. Onder de onderzochte indicatoren bleek dat deze wijzigingen een lagere prevalentie van middelengebruik tot gevolg hadden dan wanneer er geen wijzigingen/fouten zouden zijn geweest, met uitzondering van alcoholgebruik waar de cijfers hoger uitvallen als gevolg van de wijzigingen. Er is dus geen eenduidige conclusie te trekken over de richting (hoger/lager) en de grootte van de effecten.

Voor de meeste indicatoren wordt de Gezondheidsenquête als primaire bron gebruikt, maar voor ketamine, slaap- en kalmeringsmiddelen en adhd-medicijnen wordt de LSM data als primaire bron gebruikt. Voor deze middelen is gekeken of de uitkomsten van de trendanalyses (gelijk/toename/afname) overeenkomen met of juist afwijken van aanwijzingen uit andere studies en monitors. Er werden in deze vergelijking geen afwijkingen gevonden. Door de fouten moet er wel voorzichtig worden omgegaan met de conclusies die getrokken worden op basis van de LSM-A data. De komende jaren zullen uitwijzen of de trends die zijn gevonden doorzetten.

Vergelijking resultaten LSM-A 2020 en Gezondheidsenquête 2020

Zoals eerder vermeld zijn de cijfers uit de Gezondheidsenquête leidend voor het bepalen van de prevalenties en trends die vermeld worden in dit jaarbericht. Hoewel beide steekproeven een representatieve groep uit de bevolking vertegenwoordigen, zijn er methodologische verschillen in de wijze van dataverzameling, in de vragenlijst en in methode van interview, die zouden kunnen bijdragen aan verschillen in resultaten. De LSM-A en de Gezondheidsenquête moeten daarom worden beschouwd als twee afzonderlijke onderzoeken die elkaar aanvullen.

De prevalenties (van personen van 18 jaar en ouder) zijn voor een aantal belangrijke indicatoren uit de LSM-A en de Gezondheidsenquête met elkaar vergeleken. Hier verschijnt ook een rapportage over. In 2016 [3] werden er nauwelijks verschillen gevonden, in 2018 [4] bestonden er aanzienlijk meer verschillen tussen de twee steekproeven, voor zowel de vragen over roken als alcohol en drugs, en in 2020 lijken deze verschillen groter te zijn geworden. In 2020 spelen de wijzigingen en fouten hier (mogelijk) ook een rol in.

- Het percentage dagelijks rokers en het percentage dagelijks rokers is 3 procent lager in de LSM-A.
- Ook het percentage zware drinkers is lager in de LSM-A dan in de Gezondheidsenquête. Deze indicator is echter niet volledig vergelijkbaar, omdat de manier waarop deze indicator is uitgevraagd verschilt tussen de twee onderzoeken.
- In de Gezondheidsenquête is het gebruik van cannabis in de laatste maand statistisch significant hoger dan in de LSM-A, maar de indicatoren voor het gebruik ooit in het leven en in het laatste jaar verschillen niet.

Problematisch cannabis- & alcoholgebruik

In de LSM-A zijn aan laatste-jaar-gebruikers van cannabis de vragen uit de Cannabis Abuse Screening Test (CAST) voorgelegd. Bij gebrek aan onderzoek met een uitgebreid diagnostisch instrument (zoals in NEMESIS-2), geeft deze korte vragenlijst een indicatie van problematisch cannabisgebruik in de bevolking. De CAST bestaat uit 6 vragen over de afgelopen 12 maanden, met de antwoord opties nooit, zelden, af en toe, best vaak, of heel vaak:

Wilt u bij de volgende voorvallen aangeven hoe vaak u hiermee te maken heeft gehad in de afgelopen 12 maanden?

Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden...
...heeft u cannabis gebruikt voor de middag?
... heeft u cannabis gebruikt terwijl u alleen was?
... heeft u geheugenproblemen gehad als u cannabis gebruikt?
... hebben uw vrienden of familie u verteld dat u minder cannabis zou moeten gebruiken of dat u zou moeten stoppen?
... heeft u geprobeerd om te stoppen met cannabis zonder dat het lukte?
... heeft u problemen gehad door uw cannabisgebruik?

De totale score op de CAST kan variëren van 0-6 en wordt berekend door bij vraag 1 en 2 het antwoord ‘best vaak’ en ‘heel vaak’ 1 punt te scoren, en bij de rest van de vragen alle antwoorden behalve ‘nooit’. Bij een totaal score van 2 of hoger spreken we van een positieve score op de CAST, hetgeen een indicator is van een stoornis in het gebruik van cannabis. Deze resultaten moeten met

voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat het hier niet om een klinische diagnose gaat.

Ook is in de LSM-A is onder laatste-jaar-gebruikers van alcohol een vragenlijst afgenomen om personen met riskante en schadelijke patronen van alcoholgebruik te identificeren (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT). Deze screener is ontworpen door de World Health Organization (WHO) om een indicatie te geven van problematisch alcoholgebruik in de bevolking. De AUDIT bestaat uit 10 vragen over de afgelopen 12 maanden. Een totaalscore van de AUDIT kan variëren tussen 0-40 en een score van 8 of meer is in de klinische praktijk een indicatie voor verder diagnostisch onderzoek. Daarnaast worden op basis van de totaalscore ook 4 ernstcategorieën gedefinieerd: geen/laag risico (0-7); matig risico (8-16); hoog risico (17-19); alcohol afhankelijkheid (≥20).

Aanvullende informatie

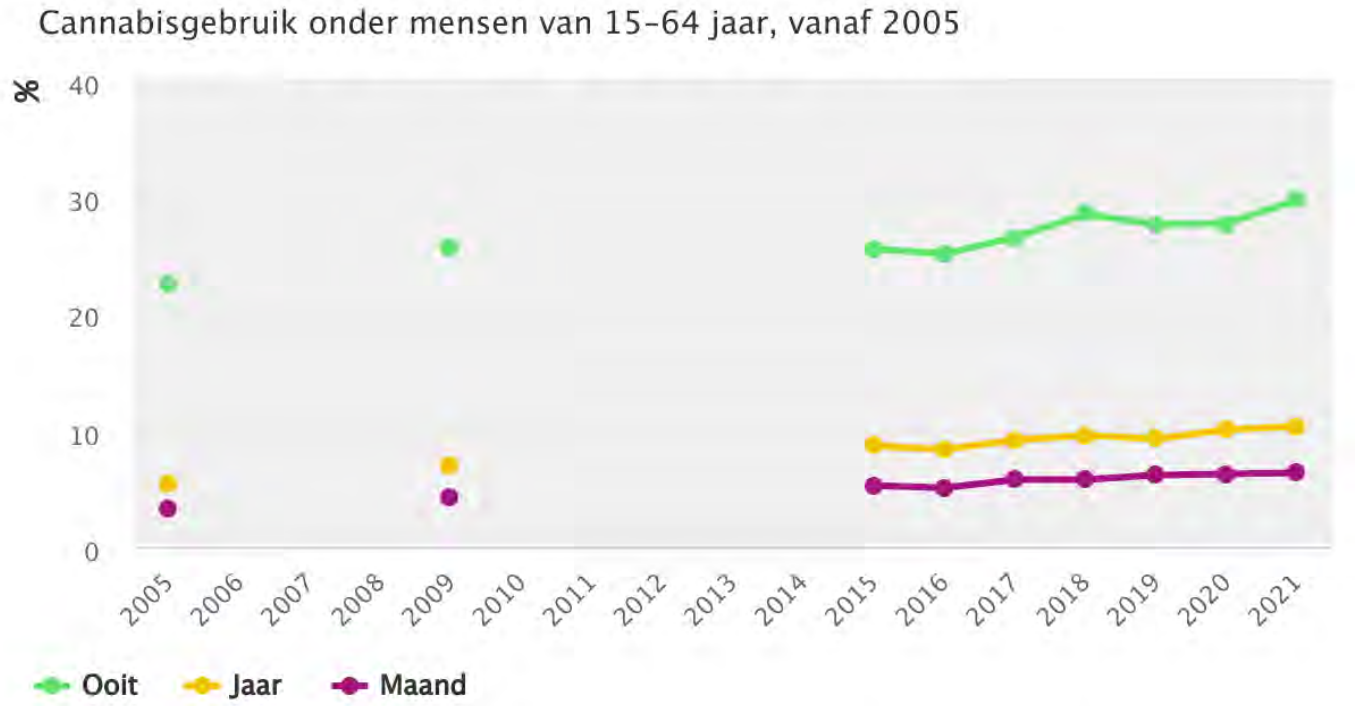
Bronnen

1. RIVM. Onderzoeksbeschrijving Aanvullende Module Middelen Volwassenen [Internet]. 2021. Available from: https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor/onderzoeksbeschrijvingen-lsm/a-middelen
2. Hupkens C. Geplande en ongeplande wijzigingen in de dataverzameling van de Leefstijlmonitor Aanvullende Module Middelen 2020 [Internet]. Heerlen: CBS; 2020. Available from: https://www.rivm.nl/documenten/geplande-en-ongeplande-wijzigingen-in-dataverzameling-van-leefstijlmonitor-aanvullende
3. Hupkens C, Den Hollander E. Aanvullende module Leefstijlmonitor Middelen 2016: Vergelijking met de Gezondheidsenquête [Internet]. Bilthoven: RIVM; 2017. Available from: https://www.rivm.nl/documenten/vergelijking-lsm-a-middelen-2016-met-ge
4. Hupkens C, Hiemstra M. Aanvullende module Leefstijlmonitor Middelen 2018: Vergelijking met de Gezondheidsenquête [Internet]. CBS, RIVM; 2019. Available from: https://www.rivm.nl/documenten/vergelijking-lsm-middelen-2018-met-ge

A3. Drugsgebruik onder 15-64-jarigen

Vanaf 2015 is de leeftijdsrange van respondenten aan wie vragen over drugsgebruik zijn gesteld verbreed van aanvankelijk 15-64 jaar naar 12 jaar en ouder. In het consortium van de Leefstijlmonitor is echter afgesproken dat de cijfers waarop het gezondheidsbeleid gebaseerd wordt voor volwassenen van 18 jaar en ouder afkomstig zullen zijn uit de Gezondheidsenquête en de cijfers voor jongeren van 12 tot en met 16 jaar uit de scholierenstudies (Peilstationsonderzoek Scholieren en HBSC). Deze kerncijfers voor het beleid staan ook gepresenteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvenz.nl).

Voor de volledigheid geeft de tabel gegevens uit de peiljaren 2015 tot en met 2021 over het gebruik van drugs onder 15-64-jarigen weer (de internationale standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA), zoals deze in de jaarberichten van voor 2016 zijn gerapporteerd. In bijlage A3 van het jaarbericht van 2019 zijn ook gegevens te vinden over de peilingen van en vóór 2014. Vanwege methodologische veranderingen (zie bijlage A1) is het niet mogelijk veranderingen in het gebruik in de studies van vóór en na 2014 te interpreteren.

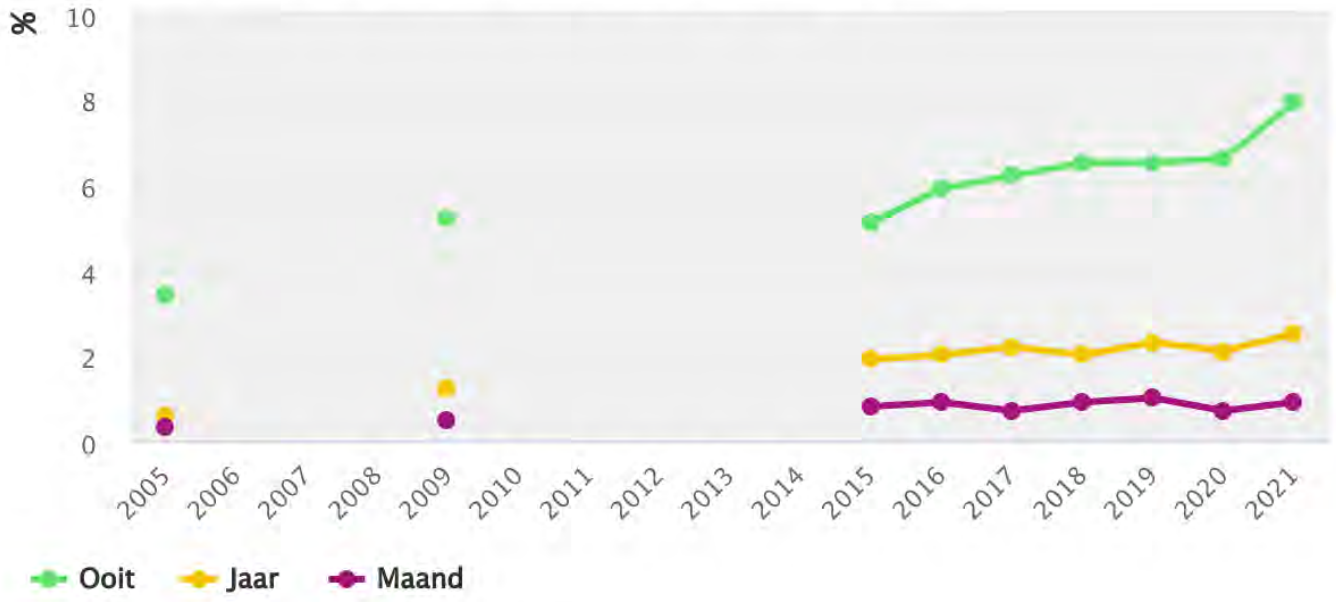


Het percentage ooit-, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van cannabis onder de Nederlandse bevolking van 15–64 jaar. Door methodologische veranderingen zijn alleen peiljaren 2015–2021 onderling vergelijkbaar. Bronnen: NPO, IVO/CBS 2005–2009 en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut 2015–2022.

NDM

	Ooit	Jaar	Maand
2005	22.6	5.4	3.3
2006			
2007			
2008			
2009	25.7	7	4.2
2010			
2011			
2012			
2013			
2014			
2015	25.6	8.7	5.3
2016	25.2	8.4	5.1
2017	26.6	9.2	5.8
2018	28.6	9.6	5.8
2019	27.7	9.3	6.2
2020	27.8	10.1	6.3
2021	29.8	10.4	6.4

Cocaïnegebruik onder mensen van 15-64 jaar, vanaf 2005



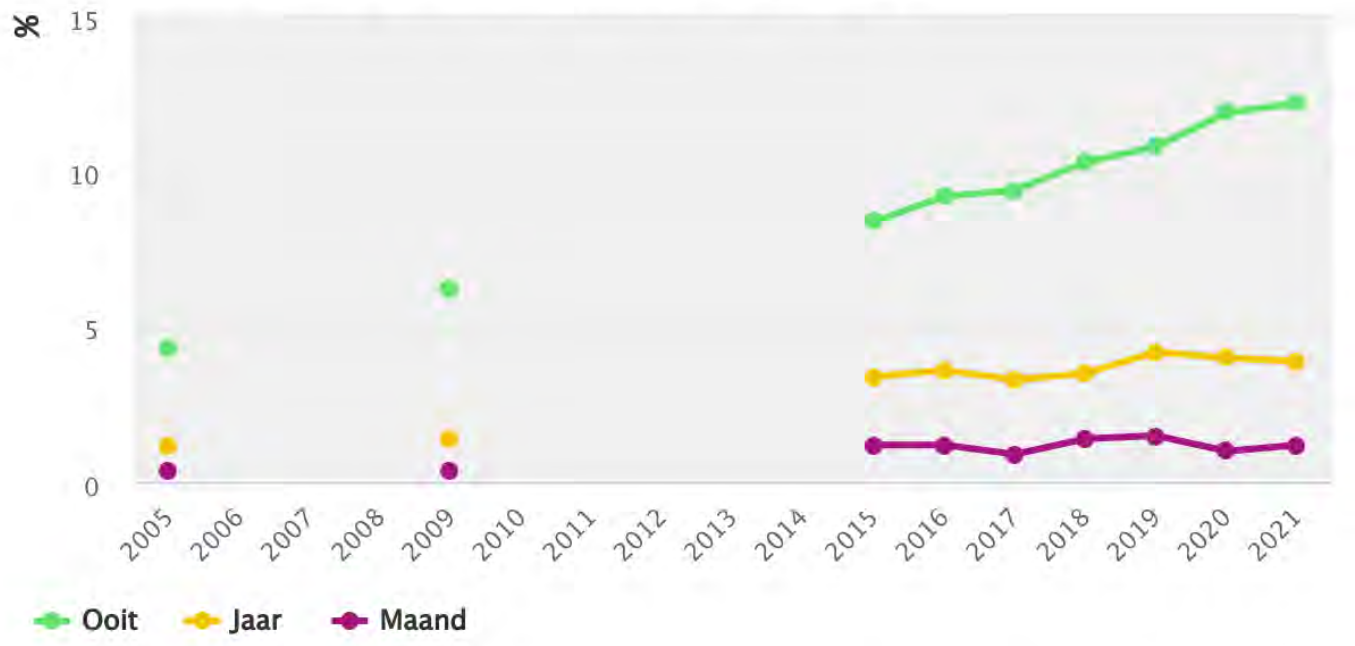
Het percentage ooit-, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van cocaïne onder de Nederlandse bevolking van 15-64 jaar. Door methodologische veranderingen zijn alleen peiljaren 2015-2021 onderling vergelijkbaar. Bronnen: NPO, IVO/CBS 2005-2009 en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut 2015-2022.

NDM

	Ooit	Jaar	Maand
2005	3.4	0.6	0.3
2006			
2007			
2008			
2009	5.2	1.2	0.5
2010			
2011			

	Ooit	Jaar	Maand
2012			
2013			
2014			
2015	5.1	1.9	0.8
2016	5.9	2	0.9
2017	6.2	2.2	0.7
2018	6.5	2	0.9
2019	6.5	2.3	1
2020	6.6	2.1	0.7
2021	7.9	2.5	0.9

Ecstasygebruik onder mensen van 15-64 jaar, vanaf 2005



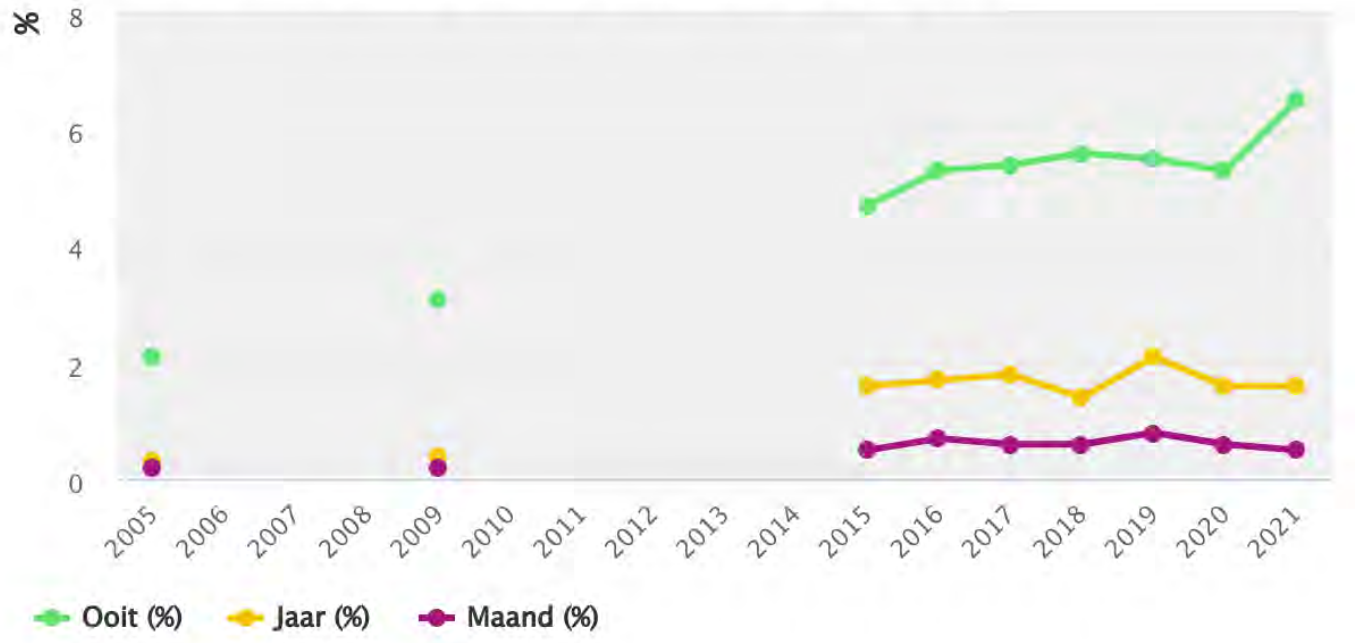
Het percentage ooit-, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van ecstasy onder de Nederlandse bevolking van 15-64 jaar. Door methodologische veranderingen zijn alleen peiljaren 2015-2021 onderling vergelijkbaar. Bronnen: NPO, IVO/CBS 2005-2009 en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut 2015-2022.

NDM

	Ooit	Jaar	Maand
2005	4.3	1.2	0.4
2006			
2007			
2008			
2009	6.2	1.4	0.4
2010			
2011			

	Ooit	Jaar	Maand
2012			
2013			
2014			
2015	8.4	3.4	1.2
2016	9.2	3.6	1.2
2017	9.4	3.3	0.9
2018	10.3	3.5	1.4
2019	10.8	4.2	1.5
2020	11.9	4	1
2021	12.2	3.9	1.2

Amfetaminegebruik onder mensen van 15-64 jaar, vanaf 2005



Het percentage ooit-, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van amfetamine onder de Nederlandse bevolking van 15-64 jaar. Door methodologische veranderingen zijn alleen peiljaren 2015-2021 onderling vergelijkbaar. Bronnen: NPO, IVO/CBS 2005-2009 en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut 2015-2022.

NDM

	Ooit (%)	Jaar (%)	Maand (%)
2005	2.1	0.3	0.2
2006			
2007			
2008			
2009	3.1	0.4	0.2
2010			
2011			

	Ooit (%)	Jaar (%)	Maand (%)
2012			
2013			
2014			
2015	4.7	1.6	0.5
2016	5.3	1.7	0.7
2017	5.4	1.8	0.6
2018	5.6	1.4	0.6
2019	5.5	2.1	0.8
2020	5.3	1.6	0.6
2021	6.5	1.6	0.5

Gebruik van drugs onder mensen van 15-64 jaar. Peiljaren 2015-2021

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cannabis	Ooit	25,6%$_{a}$	25,2%$_{a}$	26,6%$_{a, b}$	28,6%$_{c, d}$	27,7%$_{b, d}$	27,8%$_{b, d}$	29,8%$_{c}$
	Jaar	8,7%$_{a, b}$	8,4%$_{b}$	9,2%$_{a, b, c}$	9,6%$_{a, c, d}$	9,3%$_{a, b, c}$	10,1%$_{c, d}$	10,4%$_{d}$
	Maand	5,3%$_{a}$	5,1%$_{a}$	5,8%$_{a, b}$	5,8%$_{a,b}$	6,2%$_{b}$	6,3%$_{b}$	6,4%$_{b}$
Cocaïne	Ooit	5,1%$_{a}$	5,9%$_{a, b}$	6,2%$_{b}$	6,5%$_{b}$	6,5%$_{b}$	6,6%$_{b}$	7,9%$_{c}$
	Jaar	1,9%$_{a}$	2,0%$_{a, b}$	2,2%$_{a, b}$	2,0%a	2,3%$_{a, b}$	2,1%$_{a, b}$	2,5%$_{b}$
	Maand	0,8%$_{a}$	0,9%$_{a}$	0,7%$_{a}$	0,9%$_{a}$	1,0%$_{a}$	0,7%$_{a}$	0,9%$_{a}$
Ecstasy	Ooit	8,4%$_{a}$	9,2%$_{a, b}$	9,4%$_{b, c}$	10,3%$_{c, d}$	10,8%$_{d, e}$	11,9%$_{e, f}$	12,2%$_{f}$
	Jaar	3,4%$_{a}$	3,6%$_{a, b}$	3,3%$_{a}$	3,5%$_{a}$	4,2%$_{b}$	4,0%$_{a, b}$	3,9%$_{a, b}$
	Maand	1,2%$_{a, b, c}$	1,2%$_{a, b, c}$	0,9%$_{c}$	1,4%$_{a, b}$	1,5%$_{b}$	1,0%$_{a, c}$	1,2%$_{a, b, c}$
Amfetamine	Ooit	4,7%$_{a}$	5,3%$_{a, b}$	5,4%$_{a, b}$	5,6%$_{b}$	5,5%$_{b}$	5,3%$_{a, b}$	6,5%$_{c}$
	Jaar	1,6%$_{a}$	1,7%$_{a, b}$	1,8%$_{a, b}$	1,4%$_{a}$	2,1%$_{b}$	1,6%$_{a}$	1,6%$_{a}$
	Maand	0,5%$_{a}$	0,7%$_{a, b}$	0,6%$_{a, b}$	0,6%$_{a, b}$	0,8%$_{b}$	0,6%$_{a,b}$	0,5%$_{a}$
Paddo's	Ooit	4,1%$_{a}$	4,3%$_{a, b}$	4,7%$_{a, b}$	5,1%$_{b, c}$	5,0%$_{b, c}$	5,7%$_{c, d}$	6,5%$_{d}$
	Jaar	0,5%$_{a, b, c, d, e}$	0,7%$_{d, e, f}$	0,7%$_{c, e, f}$	0,5%$_{b}$	0,4%$_{b}$	0,8%$_{a, c, d, e, f}$	1,0%$_{f}$
	Maand	0,1%$_{a}$	0,1%$_{a, b}$	0,1%$_{a}$	0,2%$_{a, b}$	0,1%$_{a, b}$	0,2%$_{a, b}$	0,2%$_{b}$
GHB	Ooit	1,9%$_{a, b}$	1,6%$_{b}$	1,9%$_{a, b}$	1,8%$_{b}$	1,9%$_{a, b}$	2,3%$_{a}$	2,3%$_{a}$
	Jaar	0,6%$_{a}$	0,3%$_{b}$	0,5%$_{a, b}$	0,5%$_{a, b}$	0,4%$_{a, b}$	0,6%$_{a}$	0,5%$_{a, b}$
	Maand	0,3%$_{a}$	0,1%$_{b}$	0,2%$_{a, b}$	0,2%$_{a, b}$	0,1%$_{b}$	0,1%$_{a, b}$	0,2%$_{a, b}$
LSD	Ooit	1.6$_{a, b}$	1.2%$_{b}$	1.5%$_{a, b}$	1.9%$_{a}$	1.8%$_{a}$	1,8%$_{a}$	2,5%$_{c}$
	Jaar	0.2%$_{a, b}$	0.2%$_{a, b}$	0.1%$_{b}$	0.3%a, b, c	0.3%$_{a, c}$	0,5%$_{c, d}$	0,6%$_{d}$
	Maand	0.1%$_{a, b}$	0.1%$_{a, b}$	0.0%$_{b}$	0.1%$_{a, b}$	0.1%$_{a,b}$	0,1%$_{a, b}$	0,1%$_{a}$
Heroïne	Ooit	0,5%$_{a}$	0,4%$_{a}$	0,4%$_{a}$	0,6%$_{a}$	0,3%$_{a}$	0,4%$_{a}$	0,4%$_{a}$
	Jaar	0,1%$_{a}$	0,1%$_{a}$	<0,1%$_{a}$	0,1%$_{a}$	0,1%$_{a}$	0,1%$_{a}$	<0,1%$_{a}$
	Maand		<0,1%$_{a, b}$		0,1%$_{b}$	<0,1%$_{a, b}$		

a, b, c : Verschillende subscripten betekenen dat verschillen tussen de jaren statistisch significant zijn, Alle cellen die bijvoorbeeld een 'a' bevatten zijn niet statistisch significant verschillend van elkaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2021.

B1. Scholierenonderzoeken (Peilstationsonderzoek Scholieren, HBSC en ESPAD)

Het middelengebruik onder scholieren wordt in verschillende landelijke onderzoeken in kaart gebracht. In de Nationale Drug Monitor worden de gegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren, het Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-onderzoek en het European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)-onderzoek gerapporteerd.

Leefstijlmonitor Jeugd

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren in het regulier onderwijs van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren en via het Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-onderzoek. Beide studies leveren landelijke representatieve gegevens over het middelengebruik van scholieren. Vanaf 2014 zijn de studies onderdeel van de Leefstijlmonitor Jeugd (LSM) en leveren de landelijke kerngegevens over middelengebruik en seksueel gedrag van jongeren in de leeftijd van 12 t/m 16 jaar. Daarnaast levert het Peilstationsonderzoek in het kader van de LSM de verdiepende gegevens over het gebruik van genotmiddelen (alcohol, tabak en drugs).

Beide onderzoeken worden afgenomen onder scholieren (12-16 jaar) van alle klassen van het regulier voortgezet onderwijs bestaande uit VMBO, HAVO en VWO. Sinds de meting van 2017 zijn het HBSC-onderzoek en het Peilstationsonderzoek zo goed mogelijk op elkaar afgestemd wat betreft de steekproeftrekking, vragen over middelengebruik en analyses. Hierdoor kunnen goede vergelijkingen worden gemaakt over de jaren heen, zodat de trends in het middelengebruik onder scholieren in kaart kunnen worden gebracht.

De gegevens worden verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal) die wordt afgenomen in de klas onder begeleiding van een medewerker van het Trimbos-instituut of GGD.

Overzicht beschikbaarheid trendgegevens voor middelengebruik onder scholieren (12-16 jaar), per middel



Peilstationsonderzoek Scholieren: peiljaren 2003, 2007, 2011, 2015, 2019. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-onderzoek: peiljaren 2017 en 2021. Vanwege verschillen in steekproeftrekking, vragen over middelengebruik zijn trendgegevens van het HBSC-onderzoek niet beschikbaar voor 2001, 2005, 2009 en 2013.

Peilstationsonderzoek Scholieren

Het Peilstationsonderzoek Scholieren is een landelijk onderzoek naar het gebruik van alcohol, tabak en drugs. Het onderzoek wordt uitgevoerd in groepen 7 en 8 van het basisonderwijs en in alle leerjaren (1 t/m 6) van het regulier voortgezet onderwijs. Het onderzoek is voor het eerst uitgevoerd in 1984. Sinds 2003 worden scholen en klassen willekeurig geselecteerd en is sprake van een representatieve steekproef (naar schooltype, leerjaar, leeftijd, geslacht en stedelijkheid) [1].

In de peiling van 2019 werd in het Peilstationsonderzoek Scholieren gevraagd naar het gebruik van alcohol, tabak, cannabis, ecstasy, cocaïne, amfetamine, 'enige harddrug (ecstasy, cocaïne, amfetamine, heroïne, crack, GHB of LSD), paddo's en lachgas (zie bovenstaande tabel).

Sinds 2007 worden ook bij ouders gegevens verzameld over hun opvoedgedrag en hun gedachten over middelengebruik door hun kind en jongeren in het algemeen.

Gelijktijdig met het Peilstationsonderzoek vindt ook het internationaal vergelijkende ESPAD-onderzoek plaats onder 15-16-jarigen (zie hieronder).

Meer informatie over het onderzoek en de onderzoeksmethode is te vinden in het meest recente rapport van het Peilstationsonderzoek.

HBSC

Sinds 2001 wordt het Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-onderzoek om de vier jaar uitgevoerd door de Universiteit Utrecht, het Trimbos-instituut en het Sociaal en Cultureel Planbureau. Het onderzoek wordt uitgevoerd onder leerlingen van groep 8 van het basisonderwijs en het regulier voortgezet onderwijs (t/m 2013 in leerjaar 1 t/m 4, vanaf 2017 in leerjaar 1 t/m 6). Het HBSC-onderzoek levert landelijke representatieve gegevens over de gezondheid en het welzijn van scholieren en bevat een beperkt aantal vragen naar middelengebruik [2].

In vergelijking met het Peilstationsonderzoek Scholieren worden minder drugs 'uitgevraagd': in de peiling van 2021 alleen alcohol, tabak, cannabis, ecstasy en lachgas (zie bovenstaande tabel). In het basisonderwijs worden vragen over drugs niet gesteld.

In 2021 zijn bij ouders gegevens verzameld over hun opvoedgedrag en hun gedachten over middelengebruik door hun kind en jongeren in het algemeen. Deze gegevens zijn vergelijkbaar met die van het onderzoek onder ouders die in het kader van het Peilstationsonderzoek Scholieren worden verzameld.

Meer informatie over het onderzoek en de onderzoeksmethode is te vinden in het meest recente rapport van het HBSC-onderzoek.

European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)

ESPAD (European School Project on Alcohol and other Drugs) is een internationale studie naar middelengebruik bij scholieren in het regulier onderwijs in de leeftijd van 15-16 jaar (www.espad.org). In elk land worden de gegevens verzameld met behulp van een standaardvragenlijst en volgens eenzelfde methode waardoor de resultaten van de deelnemende landen onderling goed vergelijkbaar zijn. Het onderzoek vindt sinds 1995 iedere vier jaar plaats, momenteel in ongeveer vijfendertig landen [3]. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
2. Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, De Roos S, Brons H, Van den Eijnden R, et al. HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Universiteit Utrecht; 2022.
3. Molinaro S, Vicente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, et al. ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

B2. Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU)

Het Grote Uitgaansonderzoek is een groot vragenlijstonderzoek dat door het Trimbos-instituut uitgezet wordt onder jongeren die tussen de 16 en 35 jaar oud zijn en in het laatste jaar in ieder geval een keer een nachtclub of festival bezocht hebben. Het eerste uitgaansonderzoek is in 2013 uitgevoerd, daarna volgde in 2016 en 2020 nog twee uitgaansonderzoeken [1–3]. Het uitgaansonderzoek levert inzicht in middelengebruikspatronen, signaleert nieuwe trends en nieuwe drugs, en brengt belangrijke onderwerpen in een specifieke populatie in kaart.

Een kanttekening bij de uitgaansonderzoeken is dat het gaat om online vragenlijsten. Online vragenlijsten resulteren niet in een representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Probleemjongeren, jongeren die een problematisch patroon van middelengebruik vertonen, jongeren met een laag opleidingsniveau en jongeren met migratieachtergrond worden allemaal onvoldoende gerepresenteerd in deze onderzoeken. Ook in dit onderzoek is zijn jongeren en jongvolwassenen geëxcludeerd die wel uitgaan, maar niet naar een club of festival. Het onderzoek geeft dus geen inzicht in het middelengebruik van alle (uitgaande) Nederlandse jongeren van 16 t/m 35 jaar.

Vanwege verschillen in samenstelling van de steekproeven kan het middelengebruik in HGU 2020 niet direct worden vergeleken met de cijfers van HGU 2016. In aparte analyses is daarom gecorrigeerd voor verschillen in de steekproefverdeling in 2016 en 2020 wat betreft sekse, leeftijd, opleiding, stedelijkheid en uitgaansgedrag, zodat er toch met een grotere zekerheid uitspraken gedaan kunnen worden over trends. Tegelijkertijd weten we niet in hoeverre andere mogelijke verschillen tussen de steekproeven, die we niet hebben gemeten en waar we dus niet voor hebben kunnen corrigeren, van invloed zijn geweest op de schattingen. De resultaten uit de trendanalyses dienen daarom voorzichtig geïnterpreteerd te worden.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Goossens F, Frijns T, Van Hasselt NE, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2013: uitgaanspatronen, middelengebruik en risicogedrag onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
2. Monshouwer K, Van der Pol P, Drost YC, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2016: Uitgaanspatronen, middelengebruik en preventieve maatregelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
3. Monshouwer K, Van Miltenburg CJA, Van Beek RJJ, Den Hollander W, Schouten F, Blankers M, et al. Het Grote Uitgaansonderzoek 2020: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.

B3. Monitor Drugsincidenten (MDI)

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsincidenten gerelateerd aan drugsgebruik is de Monitor Drugsincidenten (MDI) van het Trimbos-instituut. De MDI werkt nauw samen met het DIMS, dat de samenstelling van de drugs op de Nederlandse markt monitort. Sinds 2015 worden ook de gegevens gerapporteerd die sinds 2009 zijn verzameld in het Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL. Aan de dataverzameling van het LIS dragen 14 spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen bij. De wijze van dataverzameling in de ziekenhuizen van de MDI en het LIS zijn niet hetzelfde en daarom worden de gegevens apart gerapporteerd. Ook is in het LIS geen informatie beschikbaar over de mate van intoxicatie.

In 2021 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp (SEH) van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en forensisch artsen in acht regio's in Nederland: Amsterdam, Brabant-Zuidoost, Twente, Gelderland-Midden, Gelderland-Zuid, Groningen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. De MDI geeft geen totaaloverzicht over Nederland, maar is wel goed in staat gebleken om trends in drugsincidenten te signaleren.

Het aantal deelnemers is in de loop der jaren gegroeid, al zijn enkele deelnemers (tijdelijk) niet in staat om gegevens aan te leveren wegens veranderingen in hun registratiesysteem of personele onderbezetting. De schommelingen in het aantal deelnemers en de soms incomplete registratie gaan gepaard met een fluctuatie in het absolute aantal gemelde incidenten. Ogenschijnlijke trends in het aantal gemelde incidenten zijn mogelijk toe te schrijven aan deze veranderingen. De invloed van deze schommelingen in het aantal gemelde incidenten op de *relatieve* bijdrage van de verschillende drugs aan het totaal is echter gering. De MDI rapporteert daarom bij voorkeur in percentages.

B4. CBS Doodsoorzakenstatistiek

Voor de Nationale Drug Monitor (NDM) worden gegevens uit de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS gebruikt om een indicatie te krijgen van de sterfte gerelateerd aan het middelengebruik. Voor drugs, alcohol en tabak gaat het om verschillende definities en schattingsmethoden van de sterfte.

De definitie van het EMCDDA voor drugs richt zich op de directe acute sterfgevallen (‘overdosis’). Directe sterfte wordt ook wel ‘primaire sterfte’ genoemd, en ‘indirecte sterfte’ wordt ook wel ‘secundaire sterfte’ genoemd. De directe sterfte bestaat enerzijds uit de acute sterfte door het binnen krijgen van een dodelijke hoeveelheid drugs, ook wel ‘vergiftiging’, of ‘overdosis’ genoemd. Hierbij vindt het overlijden snel plaats na het binnenkrijgen van de dodelijke hoeveelheid. Anderzijds wordt ook het overlijden aan een ziekte die werd veroorzaakt door het (chronisch) gebruik van een middel, tot de directe sterfte gerekend. Het op de langere termijn overlijden aan bijvoorbeeld een hart- of leverziekte die werd veroorzaakt door het gebruik van alcohol, tabak, of drugs, valt daarmee ook onder de directe sterfte. Naast een lichamelijke ziekte kan het daarbij ook gaan om een psychische stoornis of een gedragsstoornis die heeft geleid tot het overlijden. Voor gegevens over de *directe* sterfte wordt in de meeste landen gebruik gemaakt van algemene doodsoorzakenstatistieken.

Naast de directe sterfte is er de sterfte die *indirect* samenhangt met het drugsgebruik, zoals de leefstijl (uitputting, geweld, suïcide), of de wijze van gebruik (ziekten door injecteren) en ongevallen onder invloed van alcohol en/of drugs, waaronder verdrinken en fatale verkeersongelukken. Hiervoor zijn geen recente schattingen beschikbaar.

Voor tabak wordt de sterfte al jaren lang het meest volledig in kaart gebracht via een methode die een schatting maakt van alle (voor zover bekend) aan tabak gerelateerde ziekten en sterfgevallen. Voor alcohol is jarenlang gerapporteerd over zowel de intoxicaties (en verslaving) als ook alle expliciet aan alcohol gerelateerde ziekten die tot sterfte kunnen leiden, zoals alcoholische levercirrose. Daarin zijn ziekten uitgesloten die niet expliciet aan alcohol zijn gerelateerd, maar wel een bijdrage leveren aan het ontstaan van de ziekte, zoals bepaalde vormen van kanker. Ook indirecte sterfgevallen zijn daarin niet meegenomen, zoals een fataal ongeval na rijden onder invloed. In 2015 heeft het RIVM voor het eerst een schatting uitgevoerd, vergelijkbaar met die voor de sterfte door roken (zie later deze paragraaf).

Drugs

In veel landen vormt de algemene doodsoorzakenstatistiek de bron voor acute drugssterfte (‘overdosis’). Volgens het protocol voor de ‘Key Indicator Drug-Related Deaths’ van het European Monitoring Centre For Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) [1] worden hiervoor gevallen geselecteerd via een vastgestelde selectie van ICD-9 of ICD-10 codes, die betrekking hebben op de aard van de sterfte. Alle gevallen worden meegeteld van niet-opzettelijke vergiftiging, opzettelijke vergiftiging (suïcide) en vergiftiging waarvan niet is vastgesteld of deze al dan niet met opzet heeft plaatsgevonden. Vanaf 2013 zijn daarbij voor Nederland, volgens de geactualiseerde standaard van het EMCDDA, enkele nieuwe gevallen meegeteld. Bij deze nieuw meegetelde gevallen van directe drugssterfte gaat het om “onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen” (ICD-10 code X44), “opzettelijke auto-

intoxicatie door en opzettelijke blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen" (ICD-10 code X64), en "vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen - opzet niet bepaald" (ICD-10 code Y14). Voor Nederland hebben deze nieuw meegetelde gevallen echter nauwelijks tot een stijging geleid. Voor 2013 tot en met 2017 samengenomen heeft dit in totaal slechts geleid tot een stijging met 16 gevallen.

De Doodsoorzakenstatistiek in Nederland gaf aanvankelijk vermoedelijk een onderrapportage van de drugsgerelateerde sterfte [2]. Er werd nog niet standaard post-mortem (toxicologisch, sectie) onderzoek uitgevoerd bij (vermoeden van) een onnatuurlijke doodsoorzaak, en indien dit wel gebeurde, dan werd deze informatie doorgaans niet gebruikt voor het coderen van de sterfte in de Doodsoorzakenstatistiek. Bovendien zijn de ICD-codes vaak niet specifiek genoeg om uiteenlopende soorten drugs te kunnen registreren en identificeren. Zo is er nog geen specifieke code voor GHB en vallen ecstasy en amfetamine, samen met middelen zoals cafeïne en efedrine, onder dezelfde code voor psychostimulantia. De afgelopen jaren wordt steeds meer toxicologisch onderzoek verricht, dat van invloed kan zijn op de registratie in de Doodsoorzakenstatistiek (zie beneden onder Trends). Momenteel is er een speciaal register in ontwikkeling om meer inzicht te verkrijgen in de drugsgerelateerde sterfte in Nederland [3]. Voor onderzoek naar de ontwikkeling van het speciaal register zijn lijkschouwverslagen van GGD'en van april tot en met september 2018 geanalyseerd. Daarbij zijn 102 gevallen in beeld gekomen waarbij het overlijden vermoedelijk direct aan drugs was gerelateerd [3]. In 27 gevallen werden daarbij illegale opioïde drugs aangetroffen en in 36 gevallen werd opioïde medicatie aangetroffen zoals oxycodon, methadon, morfine, tramadol, sufentanil, of diplodor. Dit is een indicatie dat opioïde medicijnen een belangrijke rol kunnen hebben gespeeld bij het overlijden gerelateerd aan opioïden.

Alcohol

Voor het schatten van de aan alcohol gerelateerde sterfte is geen standaardprotocol beschikbaar. In de internationale literatuur zijn wel ICD-codes te traceren die worden gebruikt voor het bepalen van sterfte die gerelateerd is aan alcoholgebruik [4]. In de Nationale Drug Monitor (NDM) worden drie bronnen genoemd voor sterfte gerelateerd aan alcohol. Sinds 2017 wordt als primaire bron een schatting van het RIVM gebruikt. In deze schatting worden gegevens uit de Gezondheidsenquête gebruikt om voor de Nederlandse bevolking de blootstelling aan alcohol te bepalen, en wordt gerekend met zogenaamde populatie attributieve risico's (PARs) (zie bijlage D). In 2020 zijn de ICD-codes van 11 aan alcohol gerelateerde ziekten en aandoeningen, en verkeersongevallen meegenomen. Dit is de methode die ook voor aan tabak gerelateerde sterfte wordt gebruikt, waarbij voor tabak wordt gekeken naar de ziekten die door roken worden veroorzaakt (zie hieronder).

Geregistreerde alcoholgerelateerde sterfte door het CBS

De alcoholgerelateerde sterfte werd in de NDM Jaarberichten tot en met 2017 vastgesteld op basis van de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS. Hier worden codes gebruikt waarbij alcoholgebruik expliciet als doodsoorzaak staat genoemd. De cijfers zijn vrijwel zeker een onderschatting van de totale alcoholsterfte, doordat de rol van alcoholgebruik bij de sterfte niet altijd herkend wordt. Bovendien is het sinds de introductie van het automatisch coderen in 2013 niet meer mogelijk om de secundaire alcoholsterfte in kaart te brengen. Bij deze secundaire sterfte gaat het om gevallen waarbij aan alcohol gerelateerde ziekten en ongevallen een bijdrage hebben geleverd aan het

overlijden, maar niet de primaire doodsoorzaak vormen (bijvoorbeeld een verkeersongeval waarbij alcoholmisbruik in het spel is). De schatting van het RIVM komt dicht in de buurt van de optelsom van de primaire en de secundaire alcoholsterfte zoals die in het verleden uit de Doodsoorzakenstatistiek werd verkregen.

Schatting van de alcoholgerelateerde sterfte door het RIVM

De alcoholgerelateerde sterfte wordt geschat op basis van cijfers over het gebruik van alcohol in de algemene bevolking, de relatieve risico's voor de relatie tussen alcoholgebruik en bepaalde aandoeningen en de sterfte aan deze aandoeningen. Het relatief risico (RR) is een cijfer dat de verhouding aangeeft van het risico op een aandoening of sterfte in een bepaalde groep ten opzichte van de referentiegroep. Een relatief risico van 1,50 betekent dat het risico op de aandoening of sterfte in de betreffende groep anderhalf keer zo hoog is als in de referentiegroep. Daarbij is ook de keuze van de referentiecategorie van belang: de mate van alcoholgebruik waarmee steeds wordt vergeleken. In de schattingen van 2015 en 2017 was de referentiecategorie ‘meer dan 0 tot 0,5 glas per dag’. In de schattingen vanaf 2019 is als referentiecategorie genomen ‘meer dan 0 tot 1 glas per dag’, omdat dit aansluit bij de richtlijn van de Gezondheidsraad en de interpretatie van de resultaten vergemakkelijkt. De categorie ‘geheelonthouders’ is minder geschikt voor de referentiecategorie, omdat hierin mogelijk mensen zitten die vanwege gezondheidsredenen niet drinken, ex-drinker zijn, of al een slechtere gezondheid hebben.

Sinds 2020 speelt daarbij ook een rol dat een deel van de alcoholgerelateerde doodsoorzaken mogelijk aan COVID-19 wordt toegeschreven, zoals patiënten met onderliggende hart- en vaatziekten die na COVID-19 zijn overleden. Dit zou kunnen leiden tot een onderschatting van de werkelijke alcoholgerelateerde sterfte. In 2020 zien we daarnaast een daling in het overmatig alcoholgebruik, deze verandering op korte termijn kan een onevenredige invloed hebben op de schatting voor die vormen van sterfte waarbij chronisch gebruik een rol speelt. Vanaf 2019 presenteren we naast de schatting van de alcoholgerelateerde sterfte ook marges: de ondergrens toont de schatting op basis van de referentiecategorie: 'meer dan 0 tot een 0,5 glas per dag' en de bovengrens vergelijkt met de referentiecategorie '0,5 tot 1 glas per dag.'

Schatting van de alcoholgerelateerde sterfte door internationale organisaties

Ook de WHO en de Global Burden of Disease Study (GBD) maken een schatting van de alcoholsterfte, wereldwijd en per land. De methode van de WHO en de methode van de GBD verschillen aanzienlijk van de methode die door het RIVM is toegepast, wat betreft het aantal ICD-codes dat is meegenomen in de berekening en de manier waarop populatie attributieve risico’s zijn berekend [5].

Tabak

Roken is een risicofactor waarvoor de aanwezige ICD-10 codes, zoals F17 (zie bijlage E), niet structureel worden toegepast. De bijdrage van roken aan het ontstaan van ziekten en sterfte wordt daarom geschat op basis van epidemiologisch onderzoek in combinatie met registratiegegevens. Daarvoor wordt als maat het populatie attributief risico (PAR) gebruikt, dat de proportie van de sterfte aangeeft die toegewezen kan worden aan het roken. Een PAR van 0,9 voor longkanker (ICD-10 code C34) bij mannen in 2012 houdt bijvoorbeeld in dat 90% van de sterfte aan longkanker bij mannen in 2012 toe te wijzen is aan het roken. Deze PARs worden voor 12 aan roken gerelateerde

(klassen van) ziektes berekend op basis van rookprevalentiecijfers, sterftecijfers en bevolkingsaantallen voor datzelfde jaar en op basis van relatieve risico's (RRs) voor aan roken gerelateerde ziektes.

Trends op basis van de Doodsoorzakenstatistiek

Cijfers over de aan middelengebruik gerelateerde sterfte, zoals geregistreerd in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS, kunnen vanaf 2013 niet meer worden vergeleken met die van vóór 2013. Dit is het gevolg van een overgang van het handmatig coderen van natuurlijke doodsoorzaken naar automatisch coderen. Hierbij kunnen verschillende effecten zijn opgetreden bij het coderen van de doodsoorzaken, waaronder het consistenter toepassen van internationale (WHO) regels, en de talloze updates hiervan. Een nadere analyse waarbij de informatie van dezelfde doodsoorzakenformulieren zowel handmatig als automatisch werd gecodeerd (bridge-coding study), liet een toename zien van de sterfte door alcoholgebruik of drugsverslaving (ICD 10 codes F10-19). De toename was het grootst voor alcohol [6,7]. Dit komt onder meer door verschuivingen in het selectieproces van de onderliggende doodsoorzaak, indien meerdere doodsoorzaken op het formulier worden genoemd. Zo wordt vanaf 2013 ten gevolge van internationale regels, alcoholgebruik vaker de onderliggende doodsoorzaak, ten gunste van bijvoorbeeld een hartinfarct of maligniteiten.

Bovendien is er in 2013 gestart met het elektronisch aanleveren van de doodsoorzakenformulieren aan het CBS, hebben sommige forensische artsen meer (kwalitatief en kwantitatief) toxicologisch onderzoek verricht, en hebben de forensische artsen een nieuw registratiesysteem ingevoerd [8]. De toename in toxicologisch onderzoek kan tot gevolg hebben gehad dat meer gevallen worden 'ontdekt' die voorheen niet werden gedetecteerd. Er kan echter ook overrapportage zijn ontstaan, indien kwalitatieve tests zijn toegepast, en de oorzakelijke bijdrage aan de sterfte niet is vastgesteld [8]. Door al deze ontwikkelingen kan het in de Doodsoorzakenstatistiek geregistreerde aantal aan middelen gerelateerde sterfgevallen zijn gestegen, maar de mate waarin deze factoren een rol hebben gespeeld is onbekend.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. Drug-Related Deaths (DRD) Standard Protocol, version 3.2 2009: EMCDDA standard protocol for the EU Member States to collect data and report figures for the Key indicator DRD by the Standard Reitox templates: EMCDDA project CT.02.P1.05 [Internet]. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2009. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/615/DRD_Standard_Protocol_version_3.2_216365.pdf
2. Van Laar MW, Cruts G, Deerenberg I. Sterfte door drugs: wat zeggen de aantallen? Vol. 2, Verslaving. 2006. p. 156–164.
3. Vercoulen E, Ceelen M, Dorn T, Buster M, Croes E, Van Laar M. Drugsgerelateerde sterfte in beeld: Onderzoek naar de praktijk van de detectie en registratie van drugsgerelateerde sterfte en ontwikkeling van een blauwdruk voor een speciaal register. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/GGD Amsterdam; 2021.
4. Heale P, Chikritzhs T, Jonas H, Stockwell T, Dietze P. Estimated alcohol-caused deaths in Australia, 1990-97. Drug and Alcohol Review [Internet]. 2002 Jun;121–9. Available from:

http://dx.doi.org/10.1080/09595230220139019
5. Shield K, Manthey J, Rylett M, Probst C, Wettlaufer A, Parry CDH, et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study [Internet]. Vol. 5, The Lancet Public Health. The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license; 2020. p. e51–e61. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30231-2 https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266719302312
6. Harteloh P, Van Hilten O, Kardaun J. Het automatisch coderen van doodsoorzaken: Een nieuwe werkwijze bij de doodsoorzakenstatistiek. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2014.
7. Harteloh P. Verschuivingen in de doodsoorzakenstatistiek bij de introductie van het automatisch coderen. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2014.
8. Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie. De dood als startpunt: een onderzoek naar de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie [Internet]. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid; 2018. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/02/02/tk-bijlage-taskforce-lijkschouw-en-gerechtelijke-sectie

B5. Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ), ziekenhuisopnamen CBS

De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. Uit de LBZ heeft het CBS maatwerktabellen beschikbaar gesteld voor de Nationale Drug Monitor [1].

Het CBS heeft daarnaast gegevens gepubliceerd over de aantallen hoofddiagnoses van de ziekenhuisopnamen van 2013 tot en met 2018 [2]. Het gaat hier om zowel klinische opnamen, dagopnamen, als observaties. Bij een klinische opname gaat het daarbij om “een verblijf op een voor verpleging ingerichte afdeling, waarvoor één of meer verpleegdagen worden geregistreerd” [2]. Bij een dagopname gaat het om “een aantal uren durende vorm van verpleging op een voor dagverpleging ingerichte afdeling in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een medisch specialistisch(e) onderzoek of behandeling” [2]. Bij een observatie gaat het om "een 'langdurige observatie zonder overnachting'. Dit is een niet geplande vorm van verpleging van minimaal vier aaneengesloten uren, zonder overnachting, op een voor verpleging ingerichte afdeling, met als doel observatie van de patiënt. De observatie is in 2014 geïntroduceerd als zorgtype in de ziekenhuiszorg” [2]. De observaties hebben een acuut karakter en werden voorheen vaak als eendaagse klinische opname geregistreerd. Deze gegevens voor drugs en alcohol van het CBS worden weergegeven in onderstaande tabel. Er zijn hier geen nevendiagnoses gerapporteerd.

Aantal hoofddiagnoses voor ziekenhuisopnamen[I] door psychische stoornissen en gedragsstoornissen gerelateerd aan cannabis, cocaïne, opiaten, psychostimulantia (ecstasy, amfetamine), slaap- en kalmeringsmiddelen en alcohol. Peiljaren 2013-2018

ICD-10 code: F-code Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van het middel						
Peiljaar	F12 Cannabis	F14 Cocaïne	F11 Opiaten	F15 Psychostimulantia	F13 Slaap- en kalmeringsmiddelen	F10 Alcohol
2013	50	70	80	105	115	2860
2014	60	75	75	90	90	2285
2015	95	95	80	115	90	3455
2016	110	100	85	130	75	3120
2017	95	100	55	120	35	3025
2018	110	110	70	105	75	2695

I. Aantal ziekenhuisopnamen samengenomen voor zowel klinische opnamen, dagopnamen, als observaties. Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020).

Bronnen

1. CBS. Ziekenhuisopnamen voor middelengebruik, 2015-2018: 1-9-2020 09:20 [Internet]. 2020.

Available from: https://web.archive.org/web/20200901084635/https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/36/ziekenhuisopnamen-voor-middelengebruik-2015-2018
2. CBS. Ziekenhuisopnamen en -patiënten; diagnose-indeling ICD-10 (3-teken niveau): Gewijzigd op: 24 maart 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84069NED/table?dl=35D78

B6. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)

Een deel van de probleemgebruikers van alcohol, drugs, of medicijnen zoekt hulp bij een instelling voor verslavingszorg. Ook kan men terecht bij de verslavingszorg voor gedragsverslavingen zoals bijvoorbeeld een gokverslaving. Gegevens over de aantallen cliënten en cliëntprofielen geven informatie over (trends in) de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn van trends in het probleemgebruik. Daarbij moet worden beseft 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 (zie bijvoorbeeld [1]).

Factoren die, naast het voorkomen van probleemgebruik, evenzeer van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg zijn bijvoorbeeld veranderingen in het hulpverleningsaanbod (zoals anonieme, en dus niet geregistreerde eHealth interventies) of veranderingen in financieringsstromen; een toe- of afname in de bereidheid hulp te zoeken, of in het doorverwijzen (bijvoorbeeld meer hulp via de eerstelijnszorg).

Ook veranderingen in de registratie kunnen een rol spelen. Zo veranderde het aantal instellingen voor verslavingszorg dat gepseudonimiseerde gegevens aanleverde aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) tussen 2006 tot en met 2015 (zie onderstaande tabel). Een nadere analyse wijst echter uit dat deze wisselingen in de instellingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

Het opleidingsniveau dat in het LADIS staat geregistreerd verwijst naar de hoogste opleiding die een cliënt heeft afgerond. Onder een lagere opleiding vallen het Speciaal Basis Onderwijs (SBO), het Buitengewoon Onderwijs (BUO), het Basis Onderwijs (BO), het Lager Onderwijs (LO), het Lager Voortgezet Onderwijs (LVO), het Lager Beroeps Onderwijs (LBO) en het Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg (VMBO-p). Onder een middelbare opleiding vallen het Middelbaar Voortgezet Onderwijs (MVO), het Middelbaar Beroeps Onderwijs (MBO) en het Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg (VMBO-t). Onder een hogere opleiding vallen het Hoger Voortgezet Onderwijs (HVO), het Hoger Beroeps Onderwijs (HBO), het Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs (VWO) en het Wetenschappelijk Onderwijs (WO).

Vanwege aanscherping van de privacywetgeving, zijn na 2015 geen nieuwe gegevens meer beschikbaar gekomen uit het LADIS. Op 1 januari 2023 is de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in werking getreden op grond waarvan instellingen voor verslavingszorg weer gepseudonimiseerde gegevens dienen aan te leveren [2–4].

Instellingen voor verslavingszorg die deelnamen aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS), registratiejaren 2006-2015

	Registratiejaar									
Instelling voor verslavingszorg	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Jellinek (Akin)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IrisZorg	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Emergis	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Bouman GGZ (Antes)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Victas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Brijder (Parnassia Groep)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
GGD Amsterdam[1]	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Tactus	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Vincent van Gogh	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Mondriaan	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Verslavingszorg Noord Nederland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Novadic-Kentron	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
De Hoop GGZ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
De Regenboog	■	■	■	■						
De Wit Consultancy		■	■	■	■	■	■	■	■	
Arta Lievegoed Zorggroep		■	■	■	■	■	■	■	■	■
De Brug			■	■	■	■	■	■	■	■
Reclassering algemeen			■	■	■	■	■	■	■	■
Trubendorffer				■	■	■	■	■	■	■
Momentum GGZ					■	■	■	■	■	■
Amethist								■	■	■
Dimence								■	■	■
Castle Craig				■	■	■	■	■	■	■

1. GGD Amsterdam biedt hulpverlening voor opiaatverslaafden. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Van der Pol P, Liebregts N, De Graaf R, Korf DJ, Van den Brink W, Van Laar M. Facilitators and barriers in treatment seeking for cannabis dependence. Vol. 133, Drug and Alcohol Dependence. 2013. p. 776–80.
2. T.K.24077-462. Verslag van een schriftelijk overleg over de voortgangsbrief drugspreventie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
3. Ministerie van VWS. Voortgangsbrief drugspreventie, 16 december 2019. Den Haag: Ministerie van VWS; 2019.
4. Overheid.nl. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg [Internet]. Available from: https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2023-01-01/0

B7. Rioolwateranalyses

In de afgelopen jaren verschenen in de media en in wetenschappelijke tijdschriften in toenemende mate berichten over een nieuwe manier om het drugsgebruik in de algemene bevolking te meten. Deze nieuwe manier werkt niet via vragenlijstonderzoeken in een representatieve steekproef van in het bevolkingsregister ingeschreven respondenten. De nieuwe methode werkt via het analyseren van monsters uit rioolwater in een bepaalde tijdsperiode (vaak een week) en binnen een geografisch gebied [1]. Op de website van het EMCDDA kunnen de resultaten van deze analyses tot en met 2020 worden gevolgd voor 82 Europese steden [2]. Ook geven rioolwateranalyses inzicht in het effect van de coronamaatregelen op het gebruik van drugs [3].

Voordelen van rioolwateranalyse

Een voordeel van rioolwateranalyse is dat deze methode een beter beeld kan geven van de totale hoeveelheid geconsumeerde drugs, vergeleken met schattingsmethoden gebaseerd op vragenlijstonderzoek en zelfrapportage [4–9]. Bij laatstgenoemde 'traditionele' methode kan een onderschatting optreden vanwege non-respons (bijvoorbeeld doordat de zwaarste gebruikers zijn ondervertegenwoordigd), geheugenbias (niet meer herinneren welke drugs, en hoeveel en hoe vaak, in een bepaalde periode zijn gebruikt), en onderrapportage, doordat mensen hun drugsgebruik niet durven of willen toegeven.

In een stad in de staat Washington bijvoorbeeld kon via een rioolwateranalyse worden aangetoond dat, na de legalisering op staatsniveau van recreatief cannabisgebruik, het cannabisgebruik was gestegen [10,11]. Ook kunnen met rioolwateranalyses snelle ontwikkelingen op de markten worden gemonitord, zoals voor de Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS), waarbij gebruikers geregeld middelen consumeren waarbij zij zelf niet precies weten om welke middelen het gaat [12]. In Nederland, waar via het DIMS continu een actueel beeld van de drugsmarkt op gebruikersniveau wordt verkregen (zie ook § 6.8.1, § 7.8.1 en § 8.8.1), zal dat minder urgent zijn.

Nadelen van rioolwateranalyse

Maar er zijn ook nadelen verbonden aan monitoring via rioolwateranalyses [13]. Afgezien van knelpunten en onnauwkeurigheden in het terugrekenen van de concentraties drugs in het rioolwater naar oorspronkelijke gebruikshoeveelheden, is het niet mogelijk om een koppeling te leggen tussen de geschatte hoeveelheid drugs en het aantal gebruikers en hun kenmerken, en de sterkte en zuiverheid van drugs [12,14]. Er wordt bij de omrekening naar de bevolking ook geen rekening gehouden met bezoekers (die niet tot de bevolking behoren), zoals toeristen, uitgaanders en forenzen. Zo kan met rioolwateranalyses niet worden vastgesteld of een klein aantal oudere (verslaafde) personen dagelijks forse hoeveelheden crack consumeert, of veel jonge personen (al dan niet uit het buitenland of andere gemeenten) elk weekend recreatief snuiven. Dit geldt ook voor andere risicofactoren, die wel in gebruikersonderzoeken kunnen worden uitgevraagd.

Voor middelen waarvan geen afbraakproduct gemeten kan worden (of nog niet gemeten wordt), maar alleen de oorspronkelijke stof gemeten wordt, zoals voor MDMA en amfetamine, is het ook lastig om onderscheid te maken tussen menselijke consumptie en dumpingen van deze middelen. Een dumping

ontstaat bijvoorbeeld als een partij ecstasypillen door het toilet wordt gespoeld bij een inval door de politie. Dit zou met name voor Eindhoven de zeer hoge MDMA loads in 2012-2014, en de hoge load voor amfetamine in 2013 kunnen verklaren [15]. Wel worden steeds meer technische mogelijkheden ontwikkeld om menselijke consumptie en dumpingen van elkaar te onderscheiden, maar deze mogelijkheden worden nog niet altijd toegepast [16]. Is bekend dat er een dumping is geweest, dan worden deze gegevens doorgaans niet meer meegenomen.

Resultaten tot en met 2021

De verwachting is dat in de toekomst de resultaten uit de bevolkingsonderzoeken en de rioolwateranalyses elkaar zullen gaan aanvullen [17]. Voor de resultaten van de rioolwateranalyses tot en met 2021:

- Voor cannabis zie § 3.5.1.
- Voor cocaïne zie § 4.5.1.
- Voor ecstasy zie § 6.5.1.
- Voor amfetamine zie § 7.5.1.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. EMCDDA. Perspectives on Drugs: Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study: Updated 12.3.2020. Lisbon: EMCDDA; 2020.
2. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: June 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#section1.
3. Been F, Emke E, Matias J, Baz-Lomba JA, Boogaerts T, Castiglioni S, et al. Changes in drug use in European cities during early COVID-19 lockdowns – A snapshot from wastewater analysis. Vol. 153, Environment International. 2021. p. 106540.
4. Been F, Bijlsma L, Benaglia L, Berset JD, Botero-Coy AM, Castiglioni S, et al. Assessing geographical differences in illicit drug consumption - A comparison of results from epidemiological and wastewater data in Germany and Switzerland. Vol. 161, Drug Alcohol Depend. 2016. p. 189–199.
5. Bijlsma L, Celma A, Castiglioni S, Salgueiro-González N, Bou-Iserte L, Baz-Lomba JA, et al. Monitoring psychoactive substance use at six European festivals through wastewater and pooled urine analysis. Vol. 725, Science of the Total Environment. 2020. p. 138376.
6. González-Mariño I, Baz-Lomba JA, Alygizakis NA, Andrés-Costa MJ, Bade R, Barron LP, et al. Spatio-temporal assessment of illicit drug use at large scale: evidence from 7 years of international wastewater monitoring. Vol. 115, Addiction. 2020. p. 109–120.
7. Goulding N, Hickman M, Reid M, Amundsen EJ, Baz-Lomba JA, O'Brien JW, et al. A comparison of trends in wastewater-based data and traditional epidemiological indicators of stimulant consumption in three locations. Vol. 115, Addiction. 2020. p. 462–472.
8. Löve ASC, Baz-Lomba JA, Reid MJ, Kankaanpää A, Gunnar T, Dam M, et al. Analysis of stimulant drugs in the wastewater of five Nordic capitals [Internet]. Vol. 627, Science of the Total Environment. The Authors; 2018. p. 1039–1047. Available from: https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2018.01.274

9. Sodré FF, Souza GB, Feitosa RS, Pereira CEB, Maldaner AO. Illicit Drugs, Metabolites and Adulterants in Wastewater: Monitoring Community Drug Abuse in the Brazilian Federal District during the 2014 Soccer World Cup. Vol. 28, Journal of the Brazilian Chemical Society. 2017. p. 2146–2154.
10. Burgard DA, Williams J, Westerman D, Rushing R, Carpenter R, LaRock A, et al. Using wastewater-based analysis to monitor the effects of legalized retail sales on cannabis consumption in Washington State, USA [Internet]. Vol. 114, Addiction. 2019. p. 1582–1590. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/add.14641
11. O'Brien JW, Hall WD. Commentary on Burgard et al. (2019): Wastewater based estimates of the size of illicit markets for psychoactive drugs [Internet]. Vol. 114, Addiction. 2019. p. 1591–1592. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.14716
12. Ort C, Bijlsma L, Castiglioni S, Covaci A, De Voogt P, Emke E, et al. Wastewater Analysis for Community-Wide Drugs Use Assessment. Handbook of Experimental Pharmacology. 2018.
13. Tran L. Wastewater-based Drug Epidemiology to Estimate Societal Drug Use: A Critical Review. Murdoch: Murdoch University; 2018.
14. Lancaster K, Ritter A, Valentine K, Rhodes T. "A more accurate understanding of drug use": A critical analysis of wastewater analysis technology for drug policy. Vol. 63, International Journal of Drug Policy. Elsevier; 2019. p. 47–55.
15. Ort C, Van Nuijs AL, Berset JD, Bijlsma L, Castiglioni S, Covaci A, et al. Spatial differences and temporal changes in illicit drug use in Europe quantified by wastewater analysis. Vol. 109, Addiction. 2014. p. 1338–1352.
16. Van Laar M. Rioolwateranalyses drugs in 73 Europese steden in 20 EU landen: wat zeggen de cijfers? [Internet]. 2019. Available from: https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/rioolwateranalyses-drugs-in-73-europese-steden-in-20-eu-landen-wat-zeggen-de-cijfers.
17. Zuccato E, Castiglioni S, Senta I, Borsotti A, Genetti B, Andreotti A, et al. Population surveys compared with wastewater analysis for monitoring illicit drug consumption in Italy in 2010-2014. Vol. 161, Drug Alcohol Depend. 2016. p. 178–188.

B8. Antenne Monitors

De Antenne monitors zijn jaarlijks terugkerende onderzoeken die het middelengebruik onder wisselende populaties van jongeren en jongvolwassenen in beeld brengen, middels kwantitatieve en kwalitatieve methoden. De Antenne Amsterdam richt zich op jongeren en jongvolwassenen uit de regio Amsterdam, de Antenne Gooi en Vechtstreek richt zich op jongeren en jongvolwassenen uit de regio Gooi en Vechtstreek en de Antenne Regiomonitor richt zich op groepen jongeren die als kwetsbaar worden beschouwd in verschillende regio's in heel Nederland [1–3].

De gegevens van de Antenne monitors zijn in de Nationale Drug Monitor met name verwerkt in de paragrafen over uitgaande jongeren en kwetsbare jongeren.

De monitors werden tot 2018 uitgevoerd door het Bonger Instituut van de Universiteit van Amsterdam en vanaf 2018 door de Hogeschool van Amsterdam. De afdeling Preventie van Jellinek Amsterdam is de opdrachtgever van de Antenne Amsterdam en de Antenne Gooi en Vechtstreek. Verslavingskunde Nederland (VKN) is de opdrachtgever van de Antenne Regiomonitor.

Hoewel de Antenne monitors geen representatieve steekproef van de onderzochte populaties trekken, geven zij wel een beeld van de actuele situatie. De kwalitatieve onderzoeken geven een uniek en gedetailleerd beeld van trends in (soms niche) subgroepen die in kwantitatief onderzoek moeilijk waarneembaar zijn.

Hieronder volgt een korte beschrijving van de belangrijkste methodologische kenmerken van de drie Antenne monitors, als ook belangrijke kanttekeningen per monitor.

Antenne Amsterdam

De Antenne Amsterdam wordt sinds 1993 uitgevoerd en de vragenlijst is steeds omvangrijker geworden [1]. De Antenne Amsterdam bestaat uit zowel een kwantitatief onderdeel als een kwalitatief onderdeel. Het kwalitatieve onderdeel bestaat uit twee panelonderzoeken, een onder uitgaande jongeren en een onder kwetsbare jongeren. Het kwantitatieve onderdeel betreft een online vragenlijst onder wisselende doelgroepen (zie de tabel hieronder).

Het uitgaanspanel richt zich op trends en veranderingen in het middelengebruik onder uitgaanders. In het uitgaanspanel zitten sinds de oprichting een wisselende groep van ongeveer 25 leden die verschillende scenes in het uitgaansleven representeren. Deze leden zijn insiders zoals beveiligers, programmeurs, DJ's of glazenophalers. Het panel richt zich niet alleen op de dance en urban scene, maar ook op de gay, kunst en café-scenes in Amsterdam. Dit panelonderzoek vindt elk half jaar plaats en heeft als voornaamste doel om trends in de drugsmarkt en het uitgaansleven vroeg in kaart te brengen.

Het panel kwetsbare jongeren richt zich op het middelengebruik onder kwetsbare jongeren in Amsterdam. Dit panel bestaat uit ongeveer 5 jeugdwerkers uit verschillende stadsdelen van Amsterdam. Deze jeugdwerkers vertegenwoordigen meer dan 150 jongeren. Deze jongeren zijn veelal laag opgeleid en leven voor een groot deel in de publieke ruimte van de buurt waar zij wonen. Het doel van dit panelonderzoek is zicht houden op een groep jongeren die gemakkelijk uit beeld raakt of

begint met delinquent gedrag.

Hoewel deze panels veel nuttige informatie opleveren, zijn de bevindingen van deze panels niet noodzakelijk representatief en geven waarschijnlijk beperkt inzicht in bredere doelgroepen.

De Antenne Amsterdam bestaat naast de twee panelonderzoeken, uit een vragenlijst die ieder jaar onder de doelgroep zelf wordt afgenomen. Deze survey is in het leven geroepen om een breder beeld te schetsen van trends in het middelengebruik onder verschillende doelgroepen in Amsterdam. Er is een roulerend schema waarin ieder jaar afwisselend coffeeshopbezoekers, club- en festivalbezoekers, cafébezoekers, MBO studenten en jongeren in de jeugdzorg bevraagd worden. De wijze van dataverzameling verschilt per doelgroep. Bij de coffeeshopbezoekers, club- en festivalbezoekers, cafébezoekers en MBO-studenten werden vragenlijsten door veldwerkers afgenomen bij een representatieve selectie van coffeeshops, clubs, cafés of instellingen voor middelbaar beroepsonderwijs. In de jeugdzorg werden vragenlijsten verstuurd naar cliënten in de jeugdzorg door de deelnemende jeugdzorginstellingen.

In het laatste onderdeel van de Antenne Amsterdam wordt de drugsmarkt in beeld gebracht. Hierin zijn de bevindingen van het uitgaanspanel betreffende de drugsmarkt opgenomen alsmede de geaggregeerde drugstestresultaten van de Amsterdamse testservices.

Overzicht van de verschillende onderzoekspopulaties die per jaar onderzocht werden in de Antenne Amsterdam Monitors[1]



1. De Antenne onderzoeken worden sinds 1993 uitgevoerd, de tabel hierboven geeft de laatste 11 edities weer. Bron: Antenne Amsterdam

Antenne Gooi en Vechtstreek

Vanaf 2019 is er in de regio Gooi en Vechtstreek een tweede Antenne Monitor opgezet naar het

voorbeeld van de Antenne Amsterdam [2]. Ook deze monitor is multi-methodisch en bestaat uit een panel, een vragenlijst en de resultaten uit de drugstestservice (zie tabel hieronder). De aanleiding voor het starten van een Antenne Monitor in deze regio was de relatief hoge prevalentie van middelengebruik zoals gebleken uit eerder onderzoek [4].

Anders dan het uitgaanspanel in de Antenne Amsterdam bestaat het uitgaanspanel in de Antenne Gooi en Vechtstreek uit zeven professionals uit het nachtleven. De professionals zijn op verschillende wijze verbonden aan het nachtleven en komen uit diverse gemeenten in de regio Gooi en Vechtstreek. Er is in de Antenne Gooi en Vechtstreek geen panel die informatie verzamelt over kwetsbare jongeren.

Het kwantitatieve onderdeel van de Antenne Gooi en Vechtstreek is gelijk aan dat van de Antenne Amsterdam, het gaat om vragenlijsten die via veldwerk op een representatieve selectie van locaties in het uitgaansleven zijn afgenomen. Ook hier is er sprake van een roulerend schema waarin coffeeshopbezoekers, club- en festivalbezoekers, cafébezoekers en jongeren in de jeugdzorg bevraagd worden.

Overzicht van de verschillende onderzoekspopulaties die per jaar onderzocht werden in de Antenne Gooi en Vechtstreek Monitors

Type onderzoek	Onderzoeks-populatie	Antenne 2017	Antenne 2018	Antenne 2019	Antenne 2020
Panel	Uitgaanprofessionals				
Vragenlijst	Club- en festivalbezoekers				
	Cafébezoekers				
	Coffeeshopbezoekers				
	MBO-studenten				
	Jeugdzorg				
	Coronasurvey				

Bron: Antenne Gooi en Vechtstreek 2017-2020.

Antenne Regiomonitor

De Antenne Regiomonitor is gestart in 2019 [5]. Anders dan de andere twee Antenne Monitors is het doel van deze monitor om op kwalitatieve wijze een landelijk beeld te schetsen van middelengebruik onder kwetsbare jongeren [3]. De monitor wordt door Verslavingskunde Nederland (VKN) gezien als een belangrijke aanvulling gezien op kwantitatief onderzoek omdat preventie zodoende adequater kan anticiperen en reageren op (nieuwe) ontwikkelingen in gebruik en risicogedrag. Kwetsbare jongeren zijn hier gedefinieerd als jongeren die problematisch of excessief drugs gebruiken, problemen ervaren in de familiaire, institutionele of sociale omgeving of delinquent gedrag vertonen.

Het betreft een kwalitatief panelonderzoek waarin preventiewerkers werkend bij instellingen voor verslavingszorg jongerenwerkers interviewen om een beeld te krijgen van de leefomstandigheden en middelengebruik onder kwetsbare jongeren. Deze jongerenwerkers vertegenwoordigden in de editie van 2021 in totaal 850 kwetsbare jongeren verdeeld over 35 groepen. Deze 35 groepen zijn verdeeld over 10 provincies waarbij elke deelnemende verslavingszorginstelling 4 groepen (2 in de stad en 2 in een dorp) voor zijn rekening neemt. Hierdoor ontstaat een beeld van het middelengebruik verspreid over een groot deel van Nederland. Dat wil echter niet zeggen dat de uitspraken van de Antenne Regiomonitor representatief zijn voor kwetsbare jongeren in Nederland, daarvoor is de selectie van steden en dorpen te klein. Verder is het bij de interpretatie van de cijfers van belang om op te merken dat de cijfers uit verschillende edities van de Regiomonitor betrekking hebben op verschillende groepen jongeren. Dit komt niet alleen doordat per editie een andere selectie van jongerenwerkers geïnterviewd wordt, maar ook doordat jongerengroepen erg dynamisch zijn (ze wijzigen vaak van samenstelling en grootte of houden soms in zijn geheel op met hun bestaan). Door deze wijzigingen zijn de cijfers van verschillende jaargangen niet direct vergelijkbaar.

Overzicht van de verschillende onderzoekspopulaties die per jaar onderzocht werden in de Antenne Regiomonitor

Type onderzoek	Onderzoeks-populatie	Antenne 2019	Antenne 2020
Panel	Jongerenwerkers die in zicht hebben op groepen kwetsbare jongeren		
Vragenlijst	Club- en festivalbezoekers		
	Cafébezoekers		
	Coffeeshopbezoekers		
	MBO-studenten		
	Jeugdzorg		
	Coronasurvey		

Bron: Antenne Regiomonitor 2019-2021.

Meer informatie over de Antenne monitors en de rapporten kunt u vinden op de site van de Hogeschool van Amsterdam (Antenne - HvA).

Bronnen

1. Nabben T, Benschop A. Antenne Amsterdam 2020: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.
3. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.

4. Luijk SJ, Nabben T, Korf DJ, Van Bakkum F, Krouwel J, Noijen J. Antenne Gooi en Vechtstreek 2017: Het gebruik van alcohol, tabak en drugs onder jongeren en jongvolwassenen in de regio. Amsterdam: Bonger Instituut voor Criminologie; 2018.
5. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.

B9. Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs

Erratum juli 2022: In de rapportages van de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik hoger onderwijs zijn na publicatie in 2021 onvolkomenheden geconstateerd. Hoewel deze onvolkomenheden van beperkte omvang zijn geweest, is de publicatie op 4 juli 2022 opnieuw uitgebracht met juiste cijfers. Ook de cijfers in de Nationale Drug Monitor zijn in juli 2022 op basis van dit erratum aangepast. Meer informatie over de specifieke onvolkomenheden vindt u in het aangepaste voorwoord van het rapport op de webpagina van het RIVM.

Met de 'Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs' is in het voorjaar van 2021 voor het eerst landelijk onderzoek gedaan naar de mentale gezondheid en het middelengebruik onder studenten in het hoger onderwijs (HBO en WO) [1]. Dit onderzoek werd uitgevoerd door een breed consortium bestaande uit het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het Trimbos-instituut en de brancheorganisatie van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland), in opdracht van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW).

Het rapport bestaat uit twee onderdelen. Deelrapport 1 richtte zich op het mentaal welbevinden (positieve mentale gezondheid en veerkracht) en het vóórkomen van psychische klachten (angst-/depressieklachten, emotionele uitputtingsklachten en levensmoeheid), en welke student- of studie-gerelateerde kenmerken hierbij een rol spelen. De focus van deelrapport 2 was het in kaart brengen welke genotmiddelen studenten gebruiken en in welke frequentie en mate zij dit doen. Daarbij is er ook aandacht voor het oneigenlijk gebruik van concentratieverhogende middelen en van slaap-en kalmeringsmiddelen. Ook is gekeken naar het gamegedrag van studenten. In de Nationale Drug Monitor wordt alleen stilgestaan bij de bevindingen uit deelrapport 2 over het gebruik van alcohol, tabak, drugs en medicijnen.

Voor dit onderzoek werden alle 243.868 studenten die waren ingeschreven bij 15 hogeronderwijsinstellingen (7 hbo-instellingen en 8 universiteiten verspreid over heel Nederland) uitgenodigd om een online vragenlijst in te vullen. Uiteindelijk hebben 28.442 studenten deelgenomen aan het onderzoek, een responspercentage van 11,7%. Dit lage responspercentage is een beperking van het onderzoek omdat sprake kan zijn van selectieve (non-)respons. Dit wil zeggen dat bepaalde groepen meer of minder geneigd zijn om mee te doen aan het onderzoek en dus onder- of oververtegenwoordigd kunnen zijn in de steekproef. Eerder onderzoek heeft laten zien dat frequente of problematische middelengebruikers minder geneigd zijn mee te doen aan onderzoek [2]. Het is dus mogelijk dat in het huidige onderzoek sprake is van een onder-representatie van deze gebruikersgroepen en daarmee een onderschatting van het percentage frequente en problematische gebruikers. Om toch een zo representatief mogelijk beeld te verkrijgen heeft weging plaatsgevonden op diverse achtergrondkenmerken van studenten die verband houden met middelengebruik, te weten leeftijd, geslacht, opleidingsvorm, en herkomst (Nederlandse student zonder migratieachtergrond, Nederlandse student met een migratieachtergrond en internationale student). Daarnaast is ook gewogen voor ondervertegenwoordiging van studenten van onderwijsinstellingen die niet aan het onderzoek hebben deelgenomen. Hierbij is gewogen naar de kenmerken leeftijd, geslacht, de omvang

van de onderwijsinstelling (aantal ingeschreven studenten) en of het al dan niet een specifieke instelling betrof. Desondanks kan niet worden uitgesloten dat het lage responspercentage tot enige vertekening van de resultaten heeft geleid.

De dataverzameling startte in maart 2021 en liep door tot halverwege mei 2021. In deze periode was sprake van een derde golf van corona, door de coronamaatregelen was er geen fysiek onderwijs en ging onderwijs via online kanalen. Verder was dit ook de periode van de avondklok en waren de horeca, en daarmee alle uitgaanslocaties, gesloten. Dat de meting plaatsvond tijdens de derde golf heeft hoogstwaarschijnlijk invloed gehad op het middelengebruik. Eerdere onderzoeken naar middelengebruik tijdens de corona-pandemie hebben dit eerder aangetoond, hoewel per middel verschilt wat het effect is .

Deze maatregelen zullen vermoedelijk effect gehad hebben op het middelengebruik zoals eerdere studies over middelengebruik tijdens corona reeds hebben laten zien [3–5].

Bronnen

1. Dopmeijer JM, Nuijen Jasper, Busch MCM, Tak NI. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs Deelrapport II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–123.
2. Cheung KL, Ten Klooster PM, Smit C, De Vries H, Pieterse ME. The impact of non-response bias due to sampling in public health studies: A comparison of voluntary versus mandatory recruitment in a Dutch national survey on adolescent health. Vol. 17, BMC Public Health. BMC Public Health; 2017. p. 1–10.
3. Van Laar M, Oomen P, Van Miltenburg C, Vercoulen E, Freeman T, Hall W. Cannabis and COVID-19: reasons for concern. Frontiers in Psychiatry. 2020.
4. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2020 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
5. Van Beek RJJ, Van Miltenburg CJA, Blankers M, Van Laar MW. Uitgaansgedrag en middelengebruik tijdens de coronapandemie van maart tot september 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.

B10. Toelichting gegevensverzameling bij Illegale handel, bezit en productie

De gegevens gepresenteerd in hoofdstuk 'Illegale handel, bezit en productie' zijn afkomstig uit diverse bronnen. We lichten hier de gegevensverzameling toe, ter aanvulling op de beschrijving in § 16.1.

Cijfers over incidenten

In § 16.4.1 is gerapporteerd over door de politie geregistreerde incidenten die te maken hebben met de Opiumwet. Deze cijfers zijn afkomstig uit het registratiesysteem Basisvoorziening Handhaving (BVH). In BVH worden de incidenten onder vastgestelde maatschappelijke klassen geregistreerd. Voor softdrugsincidenten zijn dat F41 (bezit softdrugs) en F43 (handel e.d. softdrugs). Harddrugsincidenten worden geregistreerd onder de codes F40 (bezit harddrugs) en F42 (handel e.d. harddrugs). Deze registraties van soft- en harddrugsincidenten zijn voor de periode 2014-2018 onderzocht in een periodieke monitor. Aanvullend zijn de politieregistraties over 2019 t/m 2021 opgevraagd.

Vanaf medio 2020 is het in BVH niet meer mogelijk om twee maatschappelijke klassen (indien er twee hoofdincidenten waren) met een strafbaar feit in één registratie op te nemen: daar moeten sindsdien twee registraties voor aangemaakt worden. Uit een verkenning van de politie blijkt dat het effect van deze registratiewijziging over de cijfers in de onderzochte periode te verwaarlozen is.

Cijfers over verdachten van Opiumwetdelicten

De politiecijfers over verdachten van Opiumwetdelicten in § 16.4 zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De politie verstrekt gegevens aan het CBS over registraties van de tien regionale eenheden en de Landelijke Eenheid. De CBS-informatie is gebruikt om inzicht te kunnen geven in de ontwikkelingen van de aantallen geregistreerde verdachten van Opiumwetmisdrijven. Daarbij is aangesloten bij de informatie over geregistreerde verdachten bij de politie in CBS-data zoals opgenomen in Criminaliteit en rechtshandhaving 2019 [1]**.** De CBS-definitie van verdachten omvat zowel verdachten waarvan het proces-verbaal naar het Openbaar Ministerie (OM) is ingezonden ter vervolging als verdachten waarvan het nog niet bekend is of er voldoende bewijs is om tot vervolging over te gaan. De CBS-definitie gaat bij de indeling uit van de maximale strafdreiging. Opiumwetdelicten in combinatie met een zwaarder delict worden niet als zodanig in beeld gebracht, softdrugsdelicten in combinatie met harddrugsdelicten blijven veelal niet als zodanig in beeld.

Cijfers over vervolging en afdoening

De voor de vervolgings- en berechtingscijfers in § 16.4 benodigde data zijn afkomstig uit de landelijke registratie van het OM (OMDATA/RACmin). Data over Opiumwetdelicten uit de registratiesystemen van de politie, het OM (OMDATA/RACmin) en ook de Justitiële Documentatie (OBJD) werden door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) voorheen verzameld en opgeslagen in een zogenoemde ‘Datamart Drugs’ (DMDrugs). Deze DMDrugs vormde jarenlang de basis voor de cijfers in het Jaarbericht NDM, in de paragraaf over Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen tot en met de editie van het Jaarbericht NDM 2017. Vanaf het Jaarbericht NDM 2018 vindt bewerking van de

vervolgings- en berechtingsdata in § 16.4 niet langer in DMDrugs plaats, maar wordt aangesloten bij het algemene WODC Datawarehouse, waarbij de in Criminaliteit en rechtshandhaving 2021 gehanteerde definities worden gebruikt [3]. De gegevens voor § 16.4 zijn op dezelfde wijze verzameld en bewerkt als in Criminaliteit en rechtshandhaving 2019 t/m 2021 [1–3]. Hierbij geldt dat de selectie van Opiumwetdelicten en de indeling in type Opiumwetdelict gebaseerd is op de NDM-definitie: delicten waarin harddrugs voorkomen tellen als harddrugsdelict. Delicten waarin softdrugs voorkomen tellen als softdrugsdelict en delicten waarin beide voorkomen tellen als hard- én softdrugsdelict. Door deze telwijze worden softdrugsdelicten goed zichtbaar gemaakt. Indien geteld zou worden op basis van het zwaarste delict zouden softdrugsdelicten vaak ‘ondersneeuwen’ onder de harddrugsdelicten of andere delicten met een hogere mate van strafdreiging. Bij gevolg zijn de hierboven beschreven CBS-informatie en de gegevens uit de OMDATA/RACmin over Opiumwetdelicten door definitieverschillen niet vergelijkbaar.

Toelichting sanctiecategorieën in OMDATA/RACmin (§ 16.4.6)

Van de Opiumwetzaken is bekend welke type sancties door het OM en de rechter (in eerste aanleg) zijn opgelegd. Een onderscheid wordt gemaakt in de sanctiecategorieën. In één zaak kunnen meerdere typen sancties voorkomen. De sanctiecategorieën bestaan uit:

- ‘OM Financieel’: zaken met aangeboden financiële transacties en opgelegde financiële strafbeschikkingen;
- ‘Rechter–Geldboete’: zaken met (deels) onvoorwaardelijke geldboetes;
- ‘Taakstraf–OM’: zaken door het OM afgedaan met een taakstraf;
- ‘Taakstraf–Rechter’: zaken door een rechter afgedaan met een taakstraf;
- ‘Vrijheidsstraf–onvoorwaardelijk’: zaken afgedaan met vrijheidsstraffen, inclusief de deels onvoorwaardelijke straffen;
- ‘Vrijheidsstraf–voorwaardelijk’: zaken afgedaan met een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf. In één zaak kunnen meerdere typen sancties voorkomen.

Duidingssessie

In aanvulling op de bovenstaande informatiebronnen zijn voor het opstellen van dit hoofdstuk in 2022 en 2021 groepsgesprekken (en aanvullende interviews) met inhoudelijke experts georganiseerd. Daarin is gezamenlijk de context van gesignaleerde cijfermatige ontwikkelingen in de verzamelde data over 2021 en 2020 verkend en zijn mogelijke verklaringen besproken om de ontwikkelingen te duiden.

- In 2022 hebben ter zake deskundige medewerkers van het OM, de politie, de Douane, het WODC, het Trimbos-Instituut en een wetenschapper van de Tilburg University input geleverd.
- Aan het groepsgesprek in 2021 hebben ter zake deskundige medewerkers van het OM, de FIOD, het WODC, het Trimbos-Instituut en een wetenschapper van de Tilburg University deelgenomen.

De gespreksverslagen van deze groepsgesprekken zijn opgenomen in notities over deze zogenoemde ‘duidingssessies’ [4,5].

Bronnen

1. Meijer RF, Van den Braak SW, Choenni R. Criminaliteit en rechtshandhaving 2019: Ontwikkelingen en samenhangen. Cahier 2020-16. Den Haag; 2020.
2. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, Van den Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2020. Cahier 2021-22. Den Haag; 2021.
3. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, Van den Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2021. Cahier 2022-12. Den Haag; 2022.
4. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
5. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.

B11. Toelichting gegevensverzameling bij Criminaliteit en overlast

De gegevens gepresenteerd in 17. Criminaliteit en overlast zijn afkomstig uit registratiesystemen van verschillende organisaties zoals de politie, de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG), het Nederlands Forensisch Instituut (NFI), het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) en Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Verder wordt geput uit de Veiligheidsmonitor, onderzoek en jaarverslagen. Het beeld is fragmentarisch omdat de informatie belangrijke lacunes kent:

- De politie screent verdachten niet systematisch op middelengebruik. We weten dus niet hoeveel (problematische) gebruikers in totaal bij de politie binnenkomen en welke delicten ze plegen.
- In het oude registratiesysteem van de politie (genaamd het Herkenningsdienssyteem: HKS) kon aangegeven worden of een verdachte ‘alcoholgebruiker‘ of ‘drugsgebruiker’ was. Sinds 2015 wordt dit registratie systeem echter niet meer gebruikt door de politie. In het registratiesysteem Basisvoorziening Handhaving (BVH) kunnen handmatig, op basis van de inschatting van de verbalisant, gevarenclassificaties zoals ‘alcoholist’ en ‘harddrugsgebruiker’ toegekend worden. Deze registraties zijn over 2016-2021 opgevraagd. Deze gegevens zijn door de wijziging in de registratie niet vergelijkbaar met de informatie over de jaren daarvoor.
- In het datasysteem van het Openbaar Ministerie (OM) is geen informatie te vinden over middelengebruik bij justitiabelen.
- Binnen de forensische zorg kunnen gedetineerden een behandeling van verslavingsproblematiek ondergaan. Voor het bijhouden van gegevens over de instroom, doorstroom en uitstroom in de forensische zorg bestaat het Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZO). Hierin worden echter (nog) niet alle gegevens volledig en betrouwbaar bijgehouden .
- Er wordt geen periodiek onderzoek gedaan naar (problematisch) middelengebruik in het strafrechtelijk systeem.

Politiegegevens

In het politiesysteem BVH kan door een politiefunctionaris een gevarenclassificatie aan personen (zowel verdachten als slachtoffers van delicten) toegevoegd worden, zoals 'alcoholist' en 'harddrugsgebruiker'. Een gevarenclassificatie dient in BVH als een signaal voor politieagenten, zodat zij bij de benadering van een persoon rekening houden met eventueel alcohol en/of harddrugsgebruik. In BVH wordt een gevarenclassificatie zoals 'alcoholist' en 'harddrugsgebruiker' aangeduid met de code E35. De politieregistraties van deze gevarenclassificaties in BVH zijn opgevraagd voor de periode 2016-2021.

- Criteria voor het toevoegen van de gevarenclassificatie ‘alcoholist’: persoon die verslaafd is aan alcoholhoudende drank en waarvan de door hem gepleegde strafbare feiten rechtstreeks verband houden met zijn alcoholgebruik, en/of als de persoon een gevaar oplevert voor de openbare orde/veiligheid.
- Criteria voor het toevoegen van de gevarenclassificatie ‘harddrugsgebruiker’: persoon die verslaafd is aan verdovende middelen en waarvan de door hem gepleegde strafbare feiten

rechtstreeks verband houden met zijn verdovende middelengebruik, of een persoon die als gevolg van zijn verslaving een gevaar oplevert voor de openbare orde of veiligheid.
- De criteria voor het toevoegen van de gevarenclassificatie 'alcohol- en harddrugsgebruiker' zijn gelijk aan de combinatie van de criteria voor de afzonderlijke gevarenclassificaties 'alcoholist' en 'harddrugsgebruiker'.

Toelichting bij figuren:

'Type delict waarvan als 'alcoholist' geclassificeerde personen bij de politie worden verdacht, 2016-2021, in %' en 'Type delict waarvan als 'harddrugsgebruiker' geclassificeerde personen bij de politie worden verdacht, 2016-2021, in %'.

De delictscategorie 'overige' is buiten beschouwing gelaten in de tekstuele weergave. Als het delict niet toegewezen wordt aan één van de andere zes (specifieke) feitcategorieën, dan valt het onder de feitcategorie 'overig'. De delicten in deze delictscategorie betreffen voornamelijk bedreiging, vernielingen/beschadigingen, openbare orde – en milieudelicten. Bij alle drie groepen met geclassificeerde verdachten vormt de delictscategorie 'overige' in 2021 een aanzienlijk aandeel: 32% van de 'alcoholisten', 22% van de 'harddrugsgebruikers' en 32% van de 'alcohol- en drugsgebruikers'.

Duidingssessie

In aanvulling op de bovenstaande informatiebronnen zijn voor het opstellen van dit hoofdstuk in 2022 en 2021 groepsgesprekken (en aanvullende interviews) met inhoudelijke experts georganiseerd. Daarin is gezamenlijk de context van gesignaleerde cijfermatige ontwikkelingen in de verzamelde data over 2021 en 2020 verkend en zijn mogelijke verklaringen besproken om de ontwikkelingen te duiden.

- In 2022 hebben ter zake deskundige medewerkers van de SVG, DJI, de politie, het CBR en een wetenschapper van Avans Hogeschool input geleverd [1].
- Aan het groepsgesprek in 2021 hebben ter zake deskundige medewerkers van de SVG, DJI, het CBR en een wetenschapper van Avans Hogeschool deelgenomen [2].

De gespreksverslagen van deze groepsgesprekken zijn opgenomen in notities over deze zogenoemde 'duidingssessies' [1,2].

Bronnen

1. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
2. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.

B12. Problematisch middelengebruik

De term ‘problematisch middelengebruik’ kent geen uniforme en door professionals algemeen aanvaarde definitie. Bovendien worden verschillende methoden van onderzoek toegepast om dit problematisch gebruik te meten. In de NDM vatten wij voor de verschillende middelen de gegevens samen die volgens de verschillende definities en methoden beschikbaar zijn voor de algemene bevolking en/of specifieke subpopulaties. In deze bijlage lichten wij toe dat bijvoorbeeld de vraag “Hoeveel mensen zijn verslaafd aan alcohol of drugs?” niet eenvoudig te beantwoorden is.

Definities

Bij de verschillende definities die in onderzoek en praktijk worden gehanteerd voor de term ‘problematisch middelengebruik’ staat het volgende aspect centraal, namelijk een gebruikspatroon dat leidt tot lichamelijke, psychische en/of sociale problemen. Gebeurt dit herhaaldelijk, dan kan er sprake zijn van misbruik of afhankelijkheid. Bij afhankelijkheid (of 'verslaving') staan controleverlies en hunkering om te blijven gebruiken centraal.

Misbruik en afhankelijkheid kunnen in de klinische praktijk of in onderzoek worden vastgesteld volgens de criteria van het internationaal psychiatrisch classificatiesysteem DSM-IV (zie bijlage D). In de nieuwste editie van de DSM, de DSM-5, zijn misbruik en afhankelijkheid samengevoegd tot één diagnose: “stoornis in het gebruik van middelen” [1]. Een ander internationaal classificatiesysteem op basis waarvan stoornissen in het gebruik van alcohol en drugs kunnen worden vastgesteld is de ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems; www.whofic.nl, zie bijlage E).

Het EMCDDA heeft de definitie van **problematisch gebruik van drugs** jarenlang toegespitst op gebruikers van heroïne en andere harddrugs, namelijk “injecterend drugsgebruik, of het langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetamine” [2]. Hiervoor zijn verschillende indirecte schattingsmethoden ontwikkeld om de omvang van deze, vaak gemarginaliseerde groep drugsgebruikers vast te stellen (zie hieronder). In 2013 is de term problematisch drugsgebruik verbreed tot “**hoog-risico gebruik** van drugs” [3]. Dit wordt gedefinieerd als “herhaald drugsgebruik dat de persoon daadwerkelijk schade berokkent (negatieve gevolgen, waaronder afhankelijkheid, maar ook andere gezondheids-, psychologische- of sociale problemen), of voor de persoon een grote **kans/risico** op lijden veroorzaakt” (https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/methods/pdu)[1].

Naast bovengenoemde definitie waarin opiaten, amfetamine en cocaïne zijn samengevoegd tot één categorie, zijn voorstellen gedaan om per middel schattingen te maken. Dat wil zeggen aparte schattingen voor probleemgebruikers van opiaten, cannabis, amfetamine, cocaïne en andere drugs. Naast een klinische diagnose op basis van DSM/ICD-criteria (of proxy-maat hiervoor), wordt bij ‘hoog-risico gebruik’ ook gekeken naar de **frequentie van gebruik**. Voor cannabis definieert het EMCDDA frequent gebruik als “(bijna) dagelijks gebruik” (gebruik op 20 of meer dagen per maand), omdat dit in onderzoek een sterke voorspeller is gebleken voor het ontwikkelen van cannabisafhankelijkheid. Hoog-risico gebruik van amfetamine en cocaïne omvat tenminste wekelijks gebruik van deze middelen gedurende 6 maanden (of 26 dagen) in het afgelopen jaar. Voor crack geldt dat elke vorm van ‘herhaald’ gebruik als riskant wordt gezien.

In navolging van deze bredere definitie kunnen ook andere **indicatoren voor problematisch gebruik worden beschreven,** die iets zeggen over het aantal mensen met een verhoogd risico om problemen te hebben of te krijgen. Een voorbeeld hiervan is het aantal mensen dat op basis van zelfrapportage aangeeft te veel/vaak te gebruiken, of te willen stoppen/minderen.

Daarnaast kunnen trends in het aantal mensen dat aanklopt bij de verslavingszorg, of overlijdt ten gevolge van middelengebruik, iets zeggen over trends in het probleemgebruik. Deze gevolgen van middelengebruik treffen echter slechts een deel van de gebruikerspopulatie: niet iedereen die problemen door het gebruik van middelen heeft/ervaart komt in de zorg terecht of overlijdt; ook kunnen wijzigingen in de registratie of veranderingen in het hulpaanbod van invloed zijn op trends in de hulpvraag of sterfte.

Hoe meten?

In de NDM gebruiken we verschillende definities van ‘problematisch gebruik’ of ‘hoog-risico gebruik’, afhankelijk van welke gegevens beschikbaar zijn.

Voor de meeste middelen ontbreken betrouwbare en actuele gegevens om in de algemene bevolking schattingen op basis van DSM/ICD-criteria te maken. Dat komt onder andere omdat een complex onderzoek met uitgebreide vragen en interviews nodig is, om na te gaan of iemand voldoet aan deze klinische criteria. Dat is wel gebeurd in het psychiatrisch-epidemiologische NEMESIS onderzoek, in een representatieve steekproef in de bevolking van 18-64 (of 75) jaar[2]. Deze longitudinale studie, waarin respondenten een aantal jaren werden gevolgd, levert schattingen op voor het aantal mensen dat voldoet aan een alcoholstoornis en een cannabisstoornis. Dit onderzoek is uitgevoerd in 1996, 2007-2009 en in 2019-2022. Echter, voor de meeste drugs zijn de steekproeven van 6 à 7 duizend respondenten niet groot genoeg om betrouwbare schattingen te doen van de omvang van problematisch gebruik. Dit komt omdat het aantal (frequent) gebruikers van deze drugs te klein is. Ditzelfde geldt voor de Gezondheidsenquête (GE) en Leefstijlmonitor-Aanvullend (LSM-A). Bovendien is er een ondervertegenwoordiging van ‘gemarginaliseerde’ gebruikers, zoals mensen die misbruik (of oneigenlijk gebruik) maken van opiaten en/of crack en methadoncliënten, doordat een gedeelte van deze groep geen vaste woon- of verblijfplaats heeft (en door het ontbreken van een vast adres niet in de steekproef terecht kan komen), in een (justitiële) instelling verblijft, of anderszins uit beeld is. Deze groep kan in kaart worden gebracht via indirecte schattingsmethoden, zoals de capture-recapture methodiek, multi-capture, snowball sampling, netwerk sampling, of de treatment multiplier op basis van, onder andere, registratiegegevens [4–6].

Voor de middelen, zoals cannabis, (snuif)cocaïne, amfetamine, worden (ook) gegevens verzameld op basis van eerdergenoemde indicatoren voor probleemgebruik, die zijn gemeten in zowel landelijke bevolkingsonderzoeken zoals de LSM-A of in onderzoek onder subgroepen (bijvoorbeeld laatste-jaar-gebruikers onder uitgaande jongvolwassenen).

Zo rapporteren wij voor cannabis jaarlijks gegevens over het aantal mensen dat (bijna) dagelijks gebruikt, tweejaarlijks gegevens over het aantal volwassenen dat voldoet aan criteria voor riskant gebruik (op basis van de Cannabis Abuse Screening Test, CAST), en eens in de ongeveer 10 jaar zijn er gegevens over het aantal volwassenen dat voldoet aan de criteria voor een cannabisstoornis. Ook weten we hoeveel procent van de laatste-jaar-gebruikers onder bepaalde groepen uitgaande jongvolwassenen vindt dat hij/zij te veel of vaak cannabis gebruikt en wil stoppen of minderen.

Indicatoren en bronnen voor problematisch middelengebruik

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meest voorkomende bronnen uit onderzoek en registraties die cijfermatige gegevens opleveren van (aspecten van) het problematisch middelengebruik. Daarnaast wordt in de NDM-paragrafen ‘Problematisch gebruik’ (paragraaf 4) gebruikgemaakt van (internationale) onderzoeksgegevens die een kwalitatief beeld schetsen van het problematisch middelengebruik, bijvoorbeeld wat uit onderzoek bekend is over het verslavingsrisico, risicofactoren en ervaringen van gebruikers.

---

[1] In 2013 was deze definitie: “High-risk drug use is measured as the use of psychoactive substances by high-risk pattern (e.g. intensively) and/or by high-risk routes of administration in the last 12 months.”

[2] https://www.trimbos.nl/kennis/feiten-cijfers-ggz-nederland/

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Sigling H. Van DSM IV-TR naar DSM-5: middelengebruik en gedragsverslavingen. Vol. 12, Verslaving. 2016. p. 228–239.
2. EMCDDA. European Drug Report 2012: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012.
3. EMCDDA. European Drug Report 2013: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013.
4. Cruts G, Van Laar MW, Buster M. Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/GGD Amsterdam; 2013.
5. Oteo Pérez A, Cruyff MJLF, Benschop A, Korf DJ. Estimating the prevalence of crack dependence using capture-recapture with institutional and field data: A three-city study in the Netherlands. Vol. 48, Substance Use & Misuse. 2013. p. 173–180.
6. Smit F, Laar M, Wiessing L. Estimating problem drug use prevalence at national level: Comparison of three methods. Vol. 13, Drugs Education Prevention & Policy. 2006. p. 109–120.

B13. the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)

NEMESIS wordt uitgevoerd door het Trimbos-instituut met financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het belangrijkste doel van NEMESIS is om zicht te krijgen op het vóórkomen, ontstaan, beloop en de gevolgen van psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking.

NEMESIS geeft een veel breder beeld van de psychische gezondheid dan patiëntonderzoek en registratiecijfers. Lang niet iedereen met klachten zoekt namelijk contact met een zorgprofessional. Daarnaast komen in de klinische praktijk relatief vaak de mensen die al (zware) psychische klachten hebben. Het ontstaan van psychische problematiek en het beloop van relatief lichte klachten kan dan niet worden onderzocht.

Methode

De NEMESIS-studie maakt gebruik van een aselecte, representatieve steekproef van personen uit de algemene bevolking. Dat betekent dat de respondenten aan de studie goed overeen komen met alle volwassenen in Nederland op een aantal belangrijke kenmerken (zoals leeftijd, geslacht en opleiding). Zo kunnen uitspraken worden gedaan over de gehele bevolking. Deze steekproef wordt over een periode van enkele jaren meermaals geïnterviewd.

Ongeveer 100 speciaal voor de studie getrainde interviewers van een professioneel veldwerkbureau voeren de gesprekken met de respondenten. Die gesprekken duren gemiddeld ongeveer anderhalf uur en vinden bijna altijd thuis bij de respondent plaats.

Om veelvoorkomende psychische aandoeningen te bepalen maakt NEMESIS gebruik van het klinische instrument de CIDI. Dit instrument kan worden afgenomen door getrainde interviewers zonder klinische achtergrond. De CIDI is een volledig gestructureerd interview naar symptomen van psychische aandoeningen en naar de last die mensen daarvan ondervinden. Uit de antwoorden valt af te leiden of voldaan werd aan de criteria van een psychische aandoening. Hierbij wordt zoveel mogelijk uitgegaan van de meest recente versie van het diagnostische handboek van psychische aandoeningen, de DSM (zie ook Kenmerken van NEMESIS). Naast de CIDI wordt een aanvullende vragenlijst afgenomen waarin achtergrondkenmerken zoals geslacht, leeftijd en opleidingsniveau, als ook onderwerpen zoals zorggebruik en algemeen functioneren aan de orde komen.

Meer informatie over de CIDI op de NEMESIS website

De eerste NEMESIS-studie (NEMESIS-1) startte in 1996 en bestond uit drie metingen, die eindigden in 1999. NEMESIS-2 duurde van 2007-2018 en bestond uit 4 metingen.

NEMESIS-3

In 2019 is de NEMESIS-studie voor de derde keer van start gegaan (NEMESIS-3). De eerste meting vond plaats van november 2019 tot en met maart 2022. Het veldwerk duurde langer dan bij de

eerdere NEMESIS-studies doordat tijdens het veldwerk drie lockdown perioden plaatsvonden door de coronapandemie.

Voor NEMESIS-3 werden in totaal 6.194 Nederlanders tussen de 18 en 75 jaar in een mondeling gesprek geïnterviewd over hun psychische gezondheid. Het opnemen van respondenten van 65-75 jaar in de studie is een belangrijk verschil tussen NEMESIS-3 en de twee eerdere NEMESIS-studies. Daarnaast kunnen in NEMESIS-3 psychische aandoeningen volgens DSM-5 én DSM-IV worden bepaald. Hiervoor wordt een doorontwikkelde versie van de CIDI 3.0 gebruikt. In de NEMESIS-1 en NEMESIS-2 werden de criteria op basis van de DSM-IV gebruikt.

Meer informatie over de verschillende edities van NEMESIS op de NEMESIS website

Alcoholstoornis

Volgens de DSM-5 is er sprake van een alcoholstoornis als iemand een patroon van problematisch alcoholgebruik heeft [1]. Dit blijkt dan uit twee of meer van de volgende elf kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden:

- Men drinkt vaak grotere hoeveelheden of langer dan men van plan was.
- Men wil beslist minderen of stoppen met drinken of heeft zonder succes geprobeerd dit te doen.
- Er wordt veel tijd gestoken in het verkrijgen van alcoholhoudende drank en in de consumptie ervan. Ook kan veel tijd nodig zijn om te herstellen van de effecten ervan.
- Hunkering, of een sterke wens of drang tot alcoholgebruik.
- De persoon gebruikt herhaaldelijk alcohol met als gevolg dat het niet meer lukt om in belangrijke mate te voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis.
- De persoon blijft alcohol gebruiken hoewel dit een sociaal, beroepsmatig, psychisch of lichamelijk probleem in stand houdt.
- De persoon offert vanwege het drinken sociale en beroepsmatige activiteiten en besteding van vrije tijd op.
- Men drinkt herhaaldelijk in situaties waarin dit fysiek gevaarlijk is (bijvoorbeeld autorijden onder invloed).
- Iemand gaat door met drinken al kent men de nadelen daarvan voor het functioneren of de gezondheid.
- Iemand heeft een sterke gewenning of tolerantie. Drinken van dezelfde hoeveelheid heeft minder effect dan eerder. Of: de persoon moet meer drinken om dronken te worden of een ander gewenst effect te bereiken.
- Bij stopzetting of onderbreking van drinken is er sprake van ontwenningsverschijnselen, ook wel onthoudingsverschijnselen genoemd, zoals een kater. Het drinken heeft vaak tot doel om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te voorkómen.

De DSM-5 maakt een onderscheid in een milde (2-3 symptomen), matige (4-5 symptomen) en ernstige (6 of meer symptomen) alcoholstoornis.

Meer informatie over de alcoholstoornis in NEMESIS-3 op de NEMESIS-website

Drugsstoornis

Volgens de DSM-5 is er sprake van een stoornis in het gebruik van drugs (hierna: drugsstoornis) als iemand een patroon van problematisch drugsgebruik heeft [2]. Dit blijkt dan uit twee of meer van de volgende elf kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden:

- Men gebruikt vaak grotere hoeveelheden of langer dan men van plan was.
- Men wil beslist minderen of stoppen met gebruik of heeft zonder succes geprobeerd dit te doen.
- Er wordt veel tijd gestoken in het verkrijgen van de drugs en in de consumptie ervan. Ook kan veel tijd nodig zijn om te herstellen van de effecten ervan.
- Hunkering, of een sterke wens of drang tot gebruik.
- Men gebruikt herhaaldelijk drugs met als gevolg dat het niet meer lukt om in belangrijke mate te voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis.
- Men blijft drugs gebruiken hoewel dit een sociaal, beroepsmatig, psychisch of lichamelijk probleem in stand houdt.
- Men offert vanwege het gebruik sociale en beroepsmatige activiteiten en besteding van vrije tijd op.
- Men gebruikt herhaaldelijk in situaties waarin dit fysiek gevaarlijk is (bijvoorbeeld autorijden onder invloed).
- Iemand gaat door met gebruiken al kent men de nadelen daarvan voor het functioneren of de gezondheid.
- Iemand heeft een sterke gewenning of tolerantie. Gebruiken van dezelfde hoeveelheid heeft minder effect dan eerder. Of: de persoon moet meer gebruiken om het gewenste effect te bereiken.
- Bij stopzetting of onderbreking van gebruik is er sprake van ontwenningsverschijnselen, ook wel onthoudingsverschijnselen genoemd. Het gebruik heeft vaak tot doel om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te voorkómen.

De DSM-5 maakt een onderscheid in een milde (2-3 symptomen), matige (4-5 symptomen) en ernstige (6 of meer symptomen) drugsstoornis.

In NEMESIS-3 is de aanwezigheid van een drugsstoornis bepaald voor het oneigenlijke (of niet-medicinale) gebruik van drie typen medicijnen en voor drugsgebruik. Het gaat om de volgende groepen middelen:

- Slaap- en kalmeringsmiddelen (zoals temazepam, oxazepam, valium en seresta)
- Stimulerende- of opwekkende medicijnen (zoals dex-amfetamine en methylfenidaat)
- Pijnbestrijders (zoals instanyl, fentanyl, morfine, oxycodon en tramadol)
- Cannabis (marihuana, wiet of hasj)
- Cocaïne (poeder, crack, base of cocapasta)
- Stimulerende drugs (zoals XTC, amfetaminen of speed)
- Hallucinerende middelen (zoals LSD, mescaline, paddo’s of truffels)
- Andere drugs (zoals GHB, ketamine, heroïne of opium)

Vanwege beperkte aantallen wordt alleen gerapporteerd over enige drugsstoornis (iemand heeft voor één of meer van de groepen middelen een stoornis in gebruik gehad) en een cannabisstoornis.

Meer informatie over de drugsstoornis in NEMESIS-3 op de NEMESIS-website

Trends

Trends tussen 2007-2009 (NEMESIS-2) en 2019-2022 (NEMESIS-3) zijn onderzocht met gewogen data van de eerste metingen van beide studies. Om te zorgen dat de cijfers van beide studies vergelijkbaar zijn, wordt gekeken naar aandoeningen volgens de DSM-IV-criteria in de afgelopen 12 maanden. Deze aandoeningen zijn namelijk in beide studies op dezelfde wijze bepaald. Ook wordt de bepaling van trends beperkt tot volwassenen van 18-64 jaar, omdat deze leeftijdsgroep aan beide studies heeft deelgenomen.

Bronnen

1. ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer F S Schouten, de Graaf R. Verdiepende informatie psychische aandoeningen NEMESIS - Alcoholstoornis [Internet]. NEMESIS. Utrecht: Trimbos-instituut; 2023. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/verdiepende-informatie-psychische-aandoeningen/alcoholstoornis/
2. ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S, Schouten F, de Graaf R. Verdiepende informatie psychische aandoeningen NEMESIS - Drugsstoornis [Internet]. Utrecht: Trimbos-instituut; 2023. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/verdiepende-informatie-psychische-aandoeningen/drugsstoornis/

C. Drugsgebruik in enkele overige EU-lidstaten

Gebruik van cannabis, cocaïne, ecstasy, amfetamine en LSD onder de algemene bevolking[l] van enkele overige lidstaten van de Europese Unie

			Cannabis		Cocaïne		Ecstasy		A
Lidstaat	Jaar	Leeftijd (jaar)[l]	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	C
Tsjechië	2020	15-64	29,9	10,2	2,7	0,1	9,1	1,4	
Estland	2018	16 - 64	24,5	6,6	5	1	5,4	1	
Kroatië	2019	15 - 64	22,9	10,2	4,8	1,8	4,2	1,2	
Slovenië	2018	15 - 64	20,7	5,9	2,7	0,8	2,9	0,5	
Slowakije	2019	15 - 64	17	3,8	0,9	0,1	3,1	0,5	
Letland	2020	15 - 64	15	3,9	2,7	1,3	1,9	0,7	
Cyprus	2019	15 - 64	14,1	4	1,8	0,5	1,2	0,3	
Polen	2018	15 - 64	12,1	3,8	0,7	0,3	1	0,3	
Litouwen	2016	15 - 64	10,8	2,7	0,7	0,1	1,7	0,4	
Bulgarije	2020	15 - 64	8,7	2,4	2	0,6	1,3	0,2	
Roemenië	2019	15 - 64	6,1	3,5	1,6	0,5	1	0,5	
Hongarije	2019	18 - 64	6,1	1,3	1,7	0,3	2,5	0,6	
Malta	2013	18 - 65	4,3	0,9	0,5	-	0,7	-	

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. - = niet gemeten. l. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard (15-64 jaar) zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Bron: EMCDDA.

D. Verklaring van begrippen

- 9
- 95% Betrouwbaarheidsinterval
  Een betrouwbaarheidsinterval geeft een ondergrens en een bovengrens waartussen de werkelijke waarde met een zeer grote waarschijnlijkheid zal liggen. Vaak wordt 95% gekozen als waarde voor die waarschijnlijkheid. Het 95% betrouwbaarheidsinterval zegt dus iets over de precisie van de schatting. Hoe kleiner hoe zuiverder.
- a
- 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.
- Afhankelijkheid
  Zie: verslaving.
- Afteren
  Zie: afterfeest.
- Afterfeest
  Voortgezet feest bij iemand thuis waarbij een feestganger gaat ‘afteren’, c.q. verder feesten na afloop van het officiële feest, waarbij het al vroeg in de morgen kan zijn.
- Agendahedonist
  Planmatige drugsgebruiker die het drugsgebruik goed regelt door bijvoorbeeld door de week te werken, te studeren te sporten en gezond te eten, en alleen in het weekend drugs te gebruiken. Dit patroon van zelfregulering past binnen de normalisering van het drugsgebruik. In kringen van politie en justitie spreekt men in meer kritische zin ook wel van “yogasnuivers” (Kooyman, 2018; Korf, Nabben, & Benschop, 2019; Zandstra, 2018). In de internationale vakliteratuur is er momenteel een discussie gaande over wat respectvol taalgebruik is in het spreken over mensen die middelen gebruiken en daarbij in de problemen kunnen komen (Pivovarova & Stein, 2019). In dit Jaarbericht is er steeds naar gestreefd om respectvol taalgebruik te hanteren.
- Alcoholarm
  Toegevoegd in 2020: Alcoholarm bier omvat bieren met minimaal 0,1% en maximaal 2,2% volumeprocent alcohol (art. 7c & 7d, Warenwetbesluit Gereserveerde aanduidingen, 1998).
- Alcoholhoudend
  Toegevoegd in 2020: Alcoholhoudende dranken zijn in de Drank en Horecawet gedefinieerd als dranken die meer dan 0,5% volumeprocent alcohol bevatten bij een temperatuur van 20 graden Celsius.
- Alcoholvrij
  Toegevoegd in 2020: Voor alcoholvrije dranken bestaat geen eenduidige bij de wet vastgelegde definitie. In de Nationale Drug Monitor worden met alcoholvrije dranken bedoeld: dranken die normaal gesproken alcohol bevatten, maar waar een alcoholvrije variant van bestaat, zoals alcoholvrij bier, alcoholvrije wijn of alcoholvrije cocktails. Een aantal definities is wel in de wet

vastgelegd (Warenwetbesluit Gereserveerde aanduidingen, 1998). Alcoholvrij bier omvat bieren met ten hoogste 0,1% volumeprocent alcohol.

- Ambulante verslavingszorg
  Verslavingszorg waarbij de cliënt niet wordt opgenomen in een instelling. Bij intramurale verslavingszorg wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling. Zie ook: intramurale verslavingszorg.
- Blotter
  Blotter of papertrip. Stukje (snoep)papier, gedrenkt in vloeibare LSD.
- b
- 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.
- Bijnakken
  Bijnakken, oftewel bijsnuiven, is het gebruiken van stimulerende middelen zoals cocaïne en amfetamine om wakker te blijven, met name tijdens een festival zodra men slaperig begint te worden. Deze gebruikers hanteren het motto “Inkakken is bijnakken” (Van den Heuvel & Van Wely, 2019).
- Binge drinken
  Binge drinken wordt gedefinieerd als het drinken van vijf of meer glazen alcohol bij één gelegenheid.
- Blurring
  Blurring is het verspreiden van alcohol bij niet-horecagelegenheden. Er ontstaan daarbij mengvormen tussen de detailhandel en de horeca, waarbij het onderscheid tussen de detailhandel en de horeca vervaagt. Een voorbeeld van blurring is het schenken van alcohol in levensmiddelenwinkels.
- 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.
- c
- Chinezen
  Het roken van heroïne vanaf aluminiumfolie.
- d
- Dagopname
  Opname in een ziekenhuis voor maximaal één dag waarbij de patiënt niet overnacht in het ziekenhuis. Zie ook: klinische opname.
- Dagvaarding
  Officieel geschrift dat iemand oproept op een bepaalde tijd voor de rechter te verschijnen in verband met de vervolging van een aan de opgeroepene ten laste gelegd strafbaar feit (strafprocesrecht).
- Designerdrugs
  Zie NPS.
- Drugsgerelateerde sterfte
  De acute sterfte is de sterfte door het binnen krijgen van een dodelijke hoeveelheid drugs, ook

wel ‘overdosis’, of ‘vergiftiging’ genoemd. Naast de directe sterfte is er de sterfte die indirect samenhangt met het drugsgebruik. Het gaat daarbij om een risicovolle leefstijl die kan leiden tot uitputting, geweld, of suïcide; een extra risicovolle wijze van drugsgebruik zoals injecteren, en om ongevallen onder invloed van drugs.

- e
- Eerste aanleg, (in -)
  Primaire rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.
- g
- Gebruik
  Het gebruik van een middel ooit in het leven (ooitgebruik), in het afgelopen jaar (laatste-jaar-gebruik), of in de afgelopen maand (laatste-maand-gebruik). Laatste-maand-gebruikers tellen automatisch mee met de laatste-jaar-gebruikers, die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers.
- 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).
- Gevangenisstraf
  Vrijheidsstraf, levenslang of tijdelijk met een strafduur van ten hoogste dertig jaar, in de regel ondergaan in een gevangenis. Zie ook: hechtenis.
- h
- 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. Zie ook: hallucinogenen, psychose.
- Hallucinogenen
  Middelen die hallucinaties oproepen zoals paddo’s en LSD. Ook wel psychodysleptica genoemd. Ook cannabis kan soms hallucinaties veroorzaken. Zie ook: hallucinatie.
- Harddrugs
  Drugs op lijst I van de Opiumwet. Deze drugs vormen een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tot de harddrugs horen bijvoorbeeld ecstasy, heroïne, cocaïne, crack, amfetamine, en GHB. Zie ook: middel, softdrugs.
- Hepatitis
  Een besmettelijke ziekte waarbij de lever wordt aangetast door het hepatitis virus. Het hepatitis virus komt voor in verschillende vormen: onder andere het hepatitis A, het hepatitis B (HBV), en het hepatitis C (HCV) virus.
- Hoofddiagnose
  De belangrijkste ziekte waarvoor iemand in het ziekenhuis wordt opgenomen. Zie ook: nevendiagnose.
- i
- 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. Zie ook: ambulante verslavingszorg.
- 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.
- k
- Klinische opname
  Opname in een ziekenhuis waarbij de patiënt één of meer nachten in het ziekenhuis verblijft. Zie ook: dagopname.
- Kruistolerantie
  Kruistolerantie is een situatie waarbij gewenning voor een stof (bijvoorbeeld LSD), leidt tot verminderde werkzaamheid van één of meer andere stoffen (bijvoorbeeld psilocybine). Er is dan een hogere dosis nodig om hetzelfde effect te kunnen ervaren.
- l
- Laatste-jaar-gebruik
  Het gebruik van een middel in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. Laatste-jaar-gebruikers tellen automatisch mee met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven). Zie ook: laatste-maand-gebruik, ooitgebruik.
- Laatste-maand-gebruik
  Het gebruik van een middel in de afgelopen maand, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Laatste-maand-gebruikers tellen automatisch mee met de laatste-jaar-gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar), die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven). Zie ook: laatste- jaar-gebruik, ooitgebruik.
- m
- Meerderjarige verdachte
  Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit 18 jaar of ouder is.
- Meldpunt Nieuwe Drugs (MND)
  Het Meldpunt Nieuwe Drugs (MND) combineert gegevens over Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) uit het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) met gegevens van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) en het Douane Laboratorium, om het voorkomen van NPS in Nederland in kaart te brengen. Het MND rapporteert direct aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zie ook: designerdrugs.
- Middel
  Een stof met een psychoactieve werking, dat wil zeggen een stof die de gemoedstoestand verandert, de mate van actief of ontspannen zijn verandert, of een stof die de manier van denken, waarnemen en beleven verandert. Het effect dat een middel in de praktijk heeft, wordt niet alleen bepaald door de chemische samenstelling van dat middel, maar wordt ook in sterke mate bepaald door de gemoedstoestand en de persoonlijkheid van de gebruiker en door de situatie waarin het gebruik plaatsvindt. Middelen die een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid met zich meebrengen worden aangeduid als ‘harddrugs’ en staan op lijst I van

de Opiumwet. Harddrugs zijn bijvoorbeeld ‘ecstasy’, ‘cocaïne’, GHB, en ‘heroïne’. De andere illegale middelen, naast de harddrugs, staan op lijst II van de Opiumwet. Dit zijn middelen als ‘cannabis’, ‘paddo’s’, ‘qat’ en ‘slaap- en kalmeringsmiddelen’. De import, export, productie, teelt, het aanwezig hebben van en de handel in middelen op de Opiumwet is strafbaar, indien niet voldaan is aan strikte voorwaarden. Los van hun feitelijke risico voor de volksgezondheid, worden de middelen ‘alcohol’ en ‘tabak’ geregeld in aparte wetgevingen. Het middel ‘alcohol’ wordt geregeld in de Drank- en Horecawet en het middel ‘tabak’ wordt geregeld in de Tabakswet. Naast alcohol, tabak en illegale drugs, bestaan er tal van andere middelen die (nog) niet bij wet zijn geregeld. Dit zijn de zogenaamde Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS). In de internationale vakliteratuur is er momenteel een discussie gaande over wat respectvol taalgebruik is in het spreken over mensen die middelen gebruiken en daarbij in de problemen kunnen komen (Pivovarova & Stein, 2019). In dit Jaarbericht is er steeds naar gestreefd om respectvol taalgebruik te hanteren.

- Migratieachtergrond
  Op dit moment wordt in de Nationale Drug Monitor (NDM) nog steeds de term “migratieachtergrond” gebruikt. Het gebruik van de termen 'westerse migratieachtergrond' en 'niet-westerse migratieachtergrond' wordt echter afgeraden door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), omdat onderlinge verschillen binnen de groepen groot zijn en deze tweedeling wetenschappelijk niet onderbouwd is en steeds minder informatief. Ook roept het label ‘niet-westers’ negatieve associaties op. Vanaf 2022 zal deze oude indeling geleidelijk worden losgelaten. Het CBS, het Ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren en de Antenne-monitor hanteerden tot nu toe dezelfde definitie van “migratieachtergrond”. Een inwoner met een migratieachtergrond is volgens deze definitie iemand die zelf in het buitenland is geboren, of iemand van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren. Een persoon heeft daarbij een westerse migratieachtergrond als deze zelf, of één van de ouders in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika of Oceanië is geboren. Ook Indonesië en Japan werden tot de westerse landen gerekend. Als de persoon zelf of één van de ouders in een ander land is geboren, had deze persoon volgens de definitie van het CBS een niet-westerse migratieachtergrond. Op termijn zullen het Trimbos-instituut en de NDM de nieuwe terminologie van het CBS gaan navolgen. Het CBS zal daarbij de term “migratieachtergrond” laten vervallen. Inwoners van Nederland die in het buitenland zijn geboren worden migranten genoemd, en hun kinderen die zelf in Nederland zijn geboren zullen voortaan “kinderen van migranten” worden genoemd. Het onderscheid tussen westerse en niet-westerse landen zal daarbij worden vervangen door een nieuwe vierdeling op grond van werelddelen en veelvoorkomende immigratielanden.
- 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.
- Misbruik
  Misbruik was oorspronkelijk een vorm van problematisch gebruik van een middel waarbij (nog) geen sprake was van verslaving. Misbruik werd vastgesteld via diagnostische classificatiesystemen zoals oudere versies van de DSM en de ICD. Kenmerken van misbruik waren: 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. In de nieuwe versie van de DSM, de DSM-5, zijn misbruik en verslaving samengevoegd tot één nieuwe “stoornis in het gebruik van een middel”(Sigling, 2016). Zie ook: DSM, problematisch gebruik, verslaving. In de internationale vakliteratuur is er momenteel een discussie gaande over wat respectvol taalgebruik is in het spreken over mensen die middelen gebruiken en daarbij in de problemen kunnen komen (Pivovarova & Stein, 2019). In dit Jaarbericht is er steeds naar gestreefd om respectvol taalgebruik te hanteren.

- 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.
- n
- 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. Zie ook: hoofddiagnose.
- Niet-ontvankelijkheid
  Eindbeslissing waarbij de rechter het Openbaar Ministerie het recht te vervolgen ontzegt, op grond van procedurefouten of ‘undue delay’.
- Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)
  Dit zijn stoffen met vergelijkbare effecten en risico’s als de bestaande illegale drugs, maar ze vallen meestal niet onder het regiem van de Opiumwet. Vaak worden zij geproduceerd om de drugswetgeving te omzeilen. De meeste NPS werden gereguleerd onder de Geneesmiddelenwet. Na een arrest van het Europese Hof van Justitie op 10 juli 2014 vallen deze middelen in beginsel echter niet meer onder de Geneesmiddelenwet, maar onder de Warenwet. Dat is omdat middelen zonder ‘therapeutische werking’ niet als geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet kunnen worden geclassificeerd. Middelen die een werkzame stof van een geneesmiddel zijn (zoals ketamine) vormen hierop een uitzondering.
- o
- 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.
- Ooitgebruik
  Het gebruik van een middel ooit in het leven, ongeacht de frequentie (van éénmalig tot binnen een bepaalde periode dagelijks). Het ooitgebruik zegt nog niets over het gebruik in het afgelopen jaar of in de afgelopen maand. 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. Zie ook: laatste-jaar-gebruik, laatste-maand-gebruik.
- 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.
- p
- Paddo's
  Paddenstoelen met een hallucinogene werking (psilocybine en psilocine houdende paddenstoelen).
- PAR
  Het populatie attributief risico geeft het percentage van een gezondheidsprobleem in de totale populatie dat kan worden voorkomen door volledige uitschakeling van de risicofactor. Uitgangspunt is dat de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die is toe te schrijven aan een determinant niet alleen afhangt van de sterkte van het verband, maar ook van de frequentie waarmee de determinant in de populatie voorkomt (van: Determinanten van (on)gezondheid | Samenhang met (on)gezondheid | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl)).
- 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.
- Populatie Attributief Risico (PAR)
  Het populatie attributief risico geeft het percentage van een gezondheidsprobleem in de totale populatie dat kan worden voorkomen door volledige uitschakeling van de risicofactor. Uitgangspunt is dat de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die is toe te schrijven aan een determinant niet alleen afhangt van de sterkte van het verband, maar ook van de frequentie waarmee de determinant in de populatie voorkomt (van: Determinanten van (on)gezondheid | Samenhang met (on)gezondheid | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl)).
- 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. Zie ook: secundair 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. Zie ook: drugsgerelateerde sterfte, 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 nog geen sprake is van verslaving. In de internationale vakliteratuur is er momenteel een discussie gaande over wat respectvol taalgebruik is in het spreken over mensen die middelen gebruiken en daarbij in de problemen kunnen komen (Pivovarova & Stein, 2019). In dit Jaarbericht is er steeds naar gestreefd om respectvol taalgebruik te hanteren. Zie ook: DSM, misbruik, verslaving.
- Proces-verbaal
  Op schrift gestelde verklaring van een opsporingsambtenaar over door hem waargenomen feiten of omstandigheden.
- Psychose
  Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Duurt de stoornis niet langer dan één maand, dan spreekt men van een kortdurende psychotische stoornis. Zie ook: hallucinatie, schizofrenie.
- r
- 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.
- 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). Zie ook: DSM, misbruik, problematisch gebruik, verslaving.
- Relatief risico
  Het relatief risico (RR) is een cijfer dat de verhouding aangeeft van het risico op een aandoening of sterfte in een bepaalde groep ten opzichte van de referentiegroep. Een relatief risico van 1,50 betekent dat het risico op de aandoening of sterfte in de betreffende groep anderhalf keer zo hoog is als in de referentiegroep.
- Ritalin™
  Merknaam voor een medicijn tegen aandachtstekortstoornis en hyperactiviteit (ADHD). Het werkzame bestanddeel in dit medicijn is de stof methylfenidaat. Andere medicijnen met als werkzame stof methylfenidaat zijn bijvoorbeeld Concerta™, Equasym™, en Medikinet™. Ritalin is daarbij het medicijn met methylfenidaat tegen ADHD dat het meest bekend is geworden.

Daardoor wordt Ritalin niet meer alleen als merknaam gebruikt (Ritalin™), maar inmiddels ook als algemene benaming voor medicijnen met methylfenidaat (Ministerie van VWS, 2019a). Ook in dit Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM) wordt 'Ritalin' doorgaans in deze algemene zin gebruikt.

- s
- 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. Zie ook: psychose.
- 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.
- 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. In dit Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM) worden bij de gegevens uit de verslavingszorg, naast de gegevens over het primaire probleem, alleen gegevens vermeld over het eerste secundaire probleem. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) bevat bovendien gegevens over de tweede secundaire problemen. Zie ook: primair 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. Zie ook: drugsgerelateerde sterfte, primaire doodsoorzaak.
- 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.
- Softdrugs
  Drugs op lijst II van de Opiumwet. Op lijst I staan de drugs die een onaanvaardbaar risico vormen voor de volksgezondheid en op lijst II staan de overige drugs. Tot de softdrugs behoren bijvoorbeeld cannabis, paddo's en qat. Zie ook: middel, harddrugs.
- 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). Er bestaat ook speciaal basisonderwijs (SBO), waar de groepen kleiner zijn, er minder prikkels zijn en er meer mogelijkheden zijn tot individuele begeleiding.
- 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 laatste-jaar-gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar), en de laatste-maand-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 2016 voor de ooitgebruikers van cannabis de startleeftijd in de leeftijdsgroep van 18-24 jaar op gemiddeld 16,7 jaar en in de leeftijdsgroep van 18+ op gemiddeld 18,6 jaar (LSM-A). De gemiddelde startleeftijd kan in een jonge leeftijdsgroep lager zijn dan in een brede leeftijdsgroep doordat eventuele 'late starters' van

een middel niet worden meegenomen in de berekeningen. Op hogere leeftijd kunnen echter vertekeningen optreden in de herinnering van de leeftijd waarop men voor het eerst een middel gebruikte. Gegevens over startleeftijd moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- Stoornis in het gebruik van een middel
  Een stoornis in het gebruik van een middel is volgens de DSM één van de psychische stoornissen. In de DSM-5 zijn middelenafhankelijkheid (verslaving) en middelenmisbruik samengevoegd tot één nieuwe “stoornis in het gebruik van een middel” (Sigling, 2016).
- Strafzaak
  Het bij een parket ingeschreven proces-verbaal ten aanzien van één verdachte.
- t
- 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).
- 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
  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.
- Truffels
  Tripknollen (psilocybine en psilocine houdende sclerotia).
- u
- Uberisatie
  ‘Uberisering’ (Bouma, 2019; Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, 2019) wordt ook wel ‘uberisatie’ genoemd (NOS.nl, 2019). Dit begrip wordt met name toegepast op de recente ontwikkelingen op de steeds meer concurrerende cocaïnemarkt. ‘Uberisering’ wil hier zeggen dat men de cocaïne snel geleverd krijgt, zodra men de cocaïnekoerier heeft gebeld.
- Uberisering
  ‘Uberisering’ (Bouma, 2019; Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, 2019) wordt ook wel ‘uberisatie’ genoemd (NOS.nl, 2019). Dit begrip wordt met name toegepast op de recente ontwikkelingen op de steeds meer concurrerende cocaïnemarkt. ‘Uberisering’ wil hier zeggen dat men de cocaïne snel geleverd krijgt, zodra men de cocaïnekoerier heeft gebeld.
- v
- 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.
- Verhitte tabak
  Verhitte tabak is een product wat de laatste jaren steeds bekender en populairder wordt. Verhitte tabak wordt niet verbrand zoals bij sigaretten, maar verhit door middel van een kleine elektronische warmtestaaf.
- Verslaving

Problematisch gebruik van een middel waarbij sprake is van afhankelijkheid. Doorgaans verstaat dit Jaarbericht onder “verslaving” de oorspronkelijke klinische diagnose van afhankelijkheid. Voor justitiële monitors is het echter niet mogelijk om klinische diagnoses te stellen. Justitiële monitors registreren bijvoorbeeld extra gevaar vanwege drugsgebruik of ‘duidelijke aanwijzingen voor verslaving’. De oorspronkelijke klinische diagnose van afhankelijkheid werd vastgesteld via classificatiesystemen als de DSM en de ICD. Kenmerken van afhankelijkheid waren: 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. In de nieuwe versie van de DSM, de DSM-5, zijn verslaving en misbruik samengevoegd tot één nieuwe “stoornis in het gebruik van een middel” (Sigling, 2016). In de internationale vakliteratuur is er momenteel een discussie gaande over wat respectvol taalgebruik is in het spreken over mensen die middelen gebruiken en daarbij in de problemen kunnen komen (Pivovarova & Stein, 2019). In dit Jaarbericht is er steeds naar gestreefd om respectvol taalgebruik te hanteren. Zie ook: DSM, ICD, misbruik, problematisch gebruik. Naast de verslaving aan een psychoactief middel komt het ook voor dat iemand verslaafd raakt aan bepaalde gedragingen waarbij geen psychoactief middel wordt gebruikt. Dit zijn de zogenaamde ‘gedragsverslavingen’ of ‘niet-middel-gebonden verslavingen’. Voorbeelden van gedragsverslavingen zijn ‘gokverslaving’, ‘internetverslaving’, ‘gameverslaving’, ‘eetverslaving’, en ‘seksverslaving’. Bij het gebruik van internet kan er sprake zijn van gokverslaving, gameverslaving, en seksverslaving, waarbij deze gedragsverslavingen de achterliggende oorzaak kunnen zijn van een internetverslaving.

- 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 ook: 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 ook: afdoening door de rechter.
- Vonnis
  Gemotiveerde bindende uitspraak van de rechter in een voor hem gevoerd rechtsgeding.
- Voorwaardelijke invrijheidstelling
  Het uit hoofde van de wet in beginsel vervroegd vrijlaten uit de penitentiaire inrichting van tot duurzame vrijheidsstraf veroordeelde personen.
- 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.
- y

- Yogasnuiver
  Planmatige drugsgebruiker die het drugsgebruik goed regelt door bijvoorbeeld door de week te werken, te studeren te sporten en gezond te eten, en alleen in het weekend drugs te gebruiken. Dit patroon van zelfregulering past binnen de normalisering van het drugsgebruik. In kringen van politie en justitie spreekt men in meer kritische zin ook wel van “yogasnuivers” (Kooyman, 2018; Korf, Nabben, & Benschop, 2019; Zandstra, 2018). In de internationale vakliteratuur is er momenteel een discussie gaande over wat respectvol taalgebruik is in het spreken over mensen die middelen gebruiken en daarbij in de problemen kunnen komen (Pivovarova & Stein, 2019). In dit Jaarbericht is er steeds naar gestreefd om respectvol taalgebruik te hanteren.

E. Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes

- Verklaring van ICD-9 codes
- Verklaring van ICD-10 codes

Verklaring van ICD-9 codes

- Term
  Definitie
- 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
- 305.5
  Misbruik van opiaten
- 305.9
  Misbruik van overige, gemengde of niet gespecificeerde middelen
- 305.8
  Misbruik van antidepressiva en dergelijke
- 305.6
  Misbruik van cocaïne
- 305.7
  Misbruik van amfetamine of sympathicomimetica met verwante werking
- 305.4
  Misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking
- 305.3

Misbruik van hallucinogenen
- 305.2
  Misbruik van cannabis
- 305.0
  Misbruik van alcohol
- 305
  Misbruik van drugs of andere middelen zonder verslaving
- 357.5
  Alcoholische polyneuropathie
- 425.5
  Alcoholische cardiomyopathie
- 535.3
  Alcoholische gastritis
- 571.3
  Niet gespecificeerde alcoholische leverbeschadiging
- 571.2
  Alcoholische levercirrose
- 571.1
  Acute alcohol hepatitis
- 571.0
  Alcoholische vetlever
- 980.0-1
  Toxisch gevolg van alcohol
- E850
  Accidentele vergiftiging door analgetica, antipyretica en antireumatica
- E850.0
  Accidentele vergiftiging door heroïne
- E854.1
  Accidentele vergiftiging door psychodysleptica (hallucinogenen)
- E854.2
  Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
- E855.2
  Accidentele vergiftiging door lokale anesthetica (waaronder cocaïne)
- E860.0-2
  Niet opzettelijke vergiftiging door alcoholische dranken (ethanol/methanol)
- E950.9*
  Suïcide door vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen
- E980.9*
  Vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen, waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden

Verklaring van ICD-10 codes

- Term
  Definitie
- C33
  Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea
- C34
  Kwaadaardige nieuwvormingen van bronchus en long
- E24.4
  Pseudosyndroom van Cushing door alcohol
- F10
  Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol
- F11
  Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten
- F12
  Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis
- F13
  Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica
- F14
  Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne
- F15
  Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen
- F16
  Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van hallucinogenen
- F17
  Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van tabak
- F18
  Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van vluchtige oplosmiddelen
- F19
  Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van meerdere drugs en andere psychoactieve middelen
- G31.2
  Degeneratie van zenuwstelsel door alcoholgebruik
- G62.1
  Alcoholische polyneuropathie
- G72.1
  Alcoholische myopathie
- I42.6
  Alcoholische cardiomyopathie
- K29.2
  Alcoholische gastritis
- K70.0
  Alcoholische vetlever
- K70.1

Alcoholische hepatitis
- K70.2
  Alcoholische leverfibrose en leversclerose
- K70.3
  Alcoholische levercirrose
- K70.4
  Alcoholische leverinsufficiëntie
- K70.9
  Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd
- K85.2
  Acute pancreatitis door alcohol
- K86.0
  Alcoholische pancreasontsteking
- O35.4
  (Vermoede) schade aan foetus door alcohol als indicatie voor zorg bij moeder
- P04.3
  Gevolgen voor foetus en pasgeborene door gebruik van alcohol door moeder
- Q86.0
  Foetaal-alcoholsyndroom (dysmorfisch)
- T40.0
  Vergiftiging door opium
- T40.1
  Vergiftiging door heroïne
- T40.2
  Vergiftiging door overige opiaten (codeïne, morfine)
- T40.3
  Vergiftiging door methadon
- T40.4
  Vergiftiging door overige synthetische drugs (pethidine)
- T40.5
  Vergiftiging door cocaïne
- T40.6
  Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde drugs
- T40.7
  Vergiftiging door cannabis(derivaten)
- T40.8
  Vergiftiging door lysergide (LSD)
- T40.9
  Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde psychodysleptica (hallucinogenen, mescaline, psilocine, psilocybine)
- T42.3
  Vergiftiging door barbituraten
- T42.4
  Vergiftiging door benzodiazepinen
- T43.6
  Vergiftiging door psychostimulantia met mogelijkheid tot misbruik (met uitzondering van

cocaïne, zie T40.5)
- T51.0-1
  Toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol
- X41
  Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan anti-epileptica, sedativa, hypnotica, antiparkinsonmiddelen en psychotrope geneesmiddelen, niet elders geclassificeerd
- X42
  Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geclassificeerd
- X44
  Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen
- X45
  Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol
- X61
  Opzettelijke auto-intoxicatie door en opzettelijke blootstelling aan anti-epileptica, sedativa, hypnotica, antiparkinsonmiddelen en psychotrope geneesmiddelen, niet elders geclassificeerd
- X64
  Opzettelijke auto-intoxicatie door en opzettelijke blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen
- X65
  Opzettelijke auto-intoxicatie door en opzettelijke blootstelling aan alcohol
- Y11
  Vergiftiging door en blootstelling aan anti-epileptica, sedativa, hypnotica, antiparkinsonmiddelen en psychotrope geneesmiddelen, niet elders geclassificeerd - opzet niet bepaald
- Y14
  Vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen - opzet niet bepaald
- Y15
  Vergiftiging door en blootstelling aan alcohol - opzet niet bepaald
- Z72.0
  Problemen verband houdend met levensstijl, tabaksgebruik
- Z72.1
  Problemen verband houdend met levensstijl, alcoholgebruik
- Z72.2
  Problemen verband houdend met levensstijl, geneesmiddel- en druggebruik

*Alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is.

Bron: https://class.whofic.nl/browser.aspx, ICD10-nl.cla.

F. Verklaring van afkortingen en tekens

- E1. Verklaring van afkortingen
- E2. Verklaring van tekens

F1. Verklaring van afkortingen

- 2
- 2C-B
  4-Bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
- 3
- 3-MMC
  3-Methylmethcathinone
- 4
- 4-MMC
  4-Methylmethcathinone
- 4-FA
  4-Fluoramfetamine
- 4-FMA
  4-Fluoromethamfetamine
- 4-MA
  4-Methylamfetamine
- 4-MTA
  4-Methylthioamfetamine
- 4F-iBF
  4-Fluoroisobutyrylfentanyl
- 5
- 5F-MDMB-PINACA
  Methyl 2-{[1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carbonyl]amino}-3,3-dimethylbutanoate
- 5-IT
  5-(2-Aminopropyl)indool
- 6
- 6-APB
  Benzo Fury
- 1
- 1,4-BD
  1,4-Butaandiol
- 2
- 25B-NBOM
  2-(4-Bromo-2,5-dimethoxyphenyl)-N[(2methoxyphenyl)methyl]ethanamine
- 25C-NBOMe
  2-(4-Chloro-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-methoxyphenyl)methyl]ethanamine
- 25I-NBOMe
  4-Jood-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)fenethylamine

- 4
- 4,4o-DMAR
  4-Methyl-5-(4-methylphenyl)-4,5-dihydrooxazol-2-amine
- a
- AB-CHMINACA
  N-(1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide
- ACS
  Amsterdamse Cohort Studies
- ACT
  Assertive Community Treatment
- ADB-CHMINACA
  N-(1-amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide
- AH-7921
  3,4-Dichloor-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide
- Aids
  Acquired Immune Deficiency Syndrome
- AiG
  Alles is Gezondheid
- AIHW
  Australian Institute of Health and Welfare
- AM-2201
  1-[(5-Fluoropentyl)-1H-indol-3-yl]-(naphthalen-1-yl)methanone
- AMvB
  Algemene Maatregel van Bestuur
- ANR
  Alliantie Nederland Rookvrij
- APAAN
  Alfa-fenylacetoacetonitil
- APV
  Algemene Plaatselijke Verordening
- Asp
  Alcoholslotprogramma
- ATC
  Anatomical Therapeutic Chemical
- AUDIT
  Alcohol Use Disorders Identification Test
- AWBZ
  Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
- b
- BAG
  Bloedalcoholgehalte
- BCD
  Bond van Cannabis Detaillisten
- BEGJ
  Bureau Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie
- Bibob

Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur
- BIG
  Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
- BMK
  Benzyl-methyl-keton
- BO
  Basis Onderwijs
- BOA
  Buitengewoon Opsporingsambtenaar
- BPS
  Bedrijfsprocessensysteem
- BUO
  Buitengewoon Onderwijs
- BVH
  Basis Voorziening Handhaving
- BZK
  Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
- BZP
  Benzylpiperazine
- c
- 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
- CAST
  Cannabis Abuse Screening Test
- CATCH
  Cocaine Addiction Treatments to improve Control and reduce Harm
- CBD
  Cannabidiol
- CBO
  Centraal Begeleidings Orgaan
- CBR
  Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen
- CBS
  Centraal Bureau voor de Statistiek
- CCV
  Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid
- CDC
  Centers for Disease Control and Prevention
- CGL
  RIVM Centrum Gezond Leven

- CIZ
  Centrum Indicatiestelling Zorg
- CJIB
  Centraal Justitieel Incasso Bureau
- CMR
  Centrale Methadon Registratie
- Coda-G4
  Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden
- COPD
  Chronic Obstructive Pulmonary Disease
- COR
  Continu Onderzoek Rookgewoonten
- CPA
  Centrale Post Ambulancevervoer
- CQI
  Consumer Quality Index
- CSEW
  Crime Survey for England and Wales
- CSG
  Centrum Seksuele Gezondheid
- CSV
  Crimineel Samenwerkings Verband
- CTADS
  Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey
- CUMYL-4CN-BINACA
  1-(4-Cyanobutyl)-N-(2-phenylpropan-2-yl)-1H-indazole-3-carboxamide
- CVA
  Cerebraal Vasculaire Aandoening (beroerte)
- CVS
  Cliënt Volg Systeem
- CVZ
  College voor zorgverzekeringen
- d
- DAAs
  Direct Acting Antivirals
- DBC
  Diagnose Behandel Combinatie
- DDD
  Doorsnee Dag Dosis, standaarddagdosering
- DEA
  Drug Enforcement Administration
- DHD
  Dutch Hospital Data
- DHW
  Drank- en Horecawet
- DIMS

Drugs Informatie en Monitoring Systeem
- DJI
  Dienst Justitiële Inrichtingen
- DLIO
  Dienst Landelijke Informatie Organisatie
- DMT
  Dimethyltryptamine (de werkzame stof in ayahuasca).
- DNRI
  Dienst Nationale Recherche Informatie
- DOB
  2,5-Dimethoxy-4-bromoamfetamine
- DPS
  Depersonalisatiesyndroom
- DSM
  Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- e
- EC
  Europese Commissie/European Commission
- ECDC
  European Centre for Disease Prevention and Control
- ECDD
  Expert Committee on Drug Dependence
- EHBO
  Eerste Hulp bij Ongelukken
- EK
  Eerste Kamer
- EMA
  Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer
- EMCDDA
  European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- EMIS
  European MSM Internet Survey
- EPZ
  Eerstelijns Psychologische Zorg
- ERISSP
  European Reporting on Illicit Synthetic Substance Production sites
- ESCAPE
  European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise
- ESPAD
  European School Project on Alcohol and other Drugs
- EU
  Europese Unie/European Union
- Euro-DEN
  European drug emergencies network
- EWDD
  Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (in het Engels: EMCDDA)

- EWS
  Early Warning System
- EZ
  Ministerie van Economische Zaken
- EZN
  Elektronische sigaret zonder nicotine
- f
- FCTC
  Framework Convention on Tobacco Control
- FinEC
  Financieel Economisch Opsporen Politie
- FIOD
  Fiscale Inlichtingen en Opsporings Dienst
- FPD
  Forensisch Psychiatrische Dienst
- FTIR
  Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie
- g
- GB-GGZ
  Generalistische Basis GGZ
- GBA
  Gemeentelijke Basisadministratie
- GBL
  Gamma-butyrolacton
- GDS
  Global Drug Survey
- GE
  Gezondheidsenquête CBS
- GGD
  Gemeentelijke Gezondheidsdienst
- GG&GD
  Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
- GGZ
  Geestelijke gezondheidszorg
- GHB
  Gammahydroxyboterzuur
- GIDS
  Gezond in de stad
- GIP
  Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
- GvRV
  Gezondheidsfondsen voor Rookvrij
- GW
  Geneesmiddelenwet
- h
- HAART

Highly Active Anti-Retroviral Treatment
- HARC-team
  Hit and Run Cargo team
- HAVO
  Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
- HBO
  Hoger Beroeps Onderwijs
- HBSC
  Health Behaviour in School-aged Children (studie)
- HBV
  Hepatitis B virus
- HCV
  Hepatitis C virus
- HDL-C
  High density lipoprotein cholesterol
- HGU
  Het Grote Uitgaansonderzoek
- Hiv
  Humaan Immunodeficiëntie Virus
- HKS
  Herkenningsdienstsysteem
- HPPD
  Hallucinogen persisting perception disorder (persisterende
- HUO
  Haags Uitgaans Onderzoek
- HVO
  Hoger Voortgezet Onderwijs
- i
- ICD
  International Classification of Diseases
- ICPC
  International Classification for Primary Care
- IDG
  Intraveneuze Drugsgebruiker
- IFZO
  applicatie Informatievoorziening Forensische Zorg
- IGZ
  Inspectie voor de Gezondheidszorg
- IPOL
  Dienst van het Korps Landelijke Politie Diensten (KLPD), coördineert onder andere politie- en rechtshulpinformatie
- ISD
  Inrichting voor Stelselmatige Daders
- ITC
  International Tobacco Control
- IVM

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
- IVO
  Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
- IVRK
  Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind
- IVZ
  Stichting Informatievoorziening Zorg
- j
- JJI
  Justitiële Jeugdinrichting
- JOGG
  Jongeren Op Gezond Gewicht
- JWH-018
  1-Pentyl-3-(1-naphthoyl)indole
- k
- KMar
  Koninklijke Marechaussee
- KNMP
  Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
- KWF
  Koningin Wilhelmina Fonds Kankerbestrijding
- l
- LADIS
  Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
- LASA
  Longitudinal Aging Study Amsterdam
- LBO
  Lager Beroeps Onderwijs
- LBZ
  Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg
- (L)EMA
  (Lichte) Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer
- LFO
  Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen
- LIEC
  Landelijk Informatie en Expertise Centrum
- LINH
  Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
- LIS
  Letsel Informatie Systeem
- LIV
  Levamisolgeïnduceerde vasculopathie
- LJ&R
  Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering
- LMIG
  Landelijke Monitor Intramurale GGZ

- LMR
  Landelijke Medische Registratie
- LMSP
  Landelijk Medisch Spreekuur Partydrugs
- LO
  Lager Onderwijs
- LPGGz
  Landelijk Platform GGz, thans MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
- LSD
  d-Lysergzuur-diethylamide
- LSM
  Leefstijlmonitor
- LSM-A
  Leefstijlmonitor-Aanvullend
- LUMC
  Leids Universitair Medisch Centrum
- LVO
  Lager Voortgezet Onderwijs
- LVS
  leeftijdsverificatiesysteem
- lwoo
  Leerwegondersteunend onderwijs
- m
- MAF
  Methoxyacetylfentanyl
- MAPA
  Methyl 3-oxo-2-phenyl butanoate
- MATE
  Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie
- MBDB
  N-methyl-1-(3,4-methyleen-dioxyphenyl)-2-butanamine
- MBO
  Middelbaar Beroeps Onderwijs
- mCPP
  meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (metachloorpiperazine)
- MDA
  Methyleen-dioxyamfetamine
- MDEA
  Methyleen-dioxyethylamfetamine
- MDI
  Monitor Drugsincidenten
- MDMA
  3,4-Methyleen-dioxymethamfetamine
- MDPV
  3,4-Methyleendioxypyrovaleron
- MGC

Monitor Georganiseerde Criminaliteit
- MKBA
  Maatschappelijke Kosten en Baten Analyse
- MMO
  Monitor Maatschappelijke Opvang
- MND
  Meldpunt Nieuwe Drugs
- MO/VB-regio
  Regio voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid
- MOSAIC
  MSM Observational Study of Acute Infection with hepatitis C
- MPPC
  Most Popular Price Category (meest populaire prijsklasse)
- MSM
  Mannen die seks hebben met mannen
- MT-45
  1-Cyclohexyl-4-(1,2-diphenylethyl)piperazine
- MVO
  Middelbaar Voortgezet Onderwijs
- MXE
  Methoxetamine
- n
- NCV
  Nederlands Centrum Verslavingskunde
- NDB
  Nationale Dreigingsbeeld
- NDM
  Nationale Drug Monitor
- NEMESIS
  Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
- NFI
  Nederlands Forensisch Instituut
- NFU
  Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- NICE
  National Intensive Care Evaluation
- NIFP
  Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
- NIGZ
  Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
- NIP
  Nederlands Instituut van Psychologen
- NISPA
  Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction
- NIVEL
  Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

- NMG
  Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid
- NOC*NSF
  Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
- NP
  Nationale Politie`
- NPA
  Nationaal Preventieakkoord
- 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
- o
- OBJD
  Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
- OECD
  Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
- OGGZ
  Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
- OM
  Openbaar Ministerie
- OMG
  Outlaw Motorcycle Gang
- OPS
  Opsporingsregister
- p
- PAAZ
  Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
- PBW
  Penitentiaire Beginselenwet
- PCP
  Fencyclidine ('angel dust')

- PenH-plan
  Preventie- en Handhavingsplan
- PGB
  Persoonsgebonden budget
- PICS
  Precursor Incidents Communication System
- PIT
  Post/Pakket Interventieteam
- 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
- pSID
  Platform Strategisch Inhoudelijk Deskundigen
- PY
  Persoonsjaren
- r
- RARHA
  Reducing Alcohol Related Harm
- RdGG
  Reinier de Graaf Groep
- REC-4
  Regionaal Expertise Centrum, school voor speciaal onderwijs
- RIAGG
  Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
- RIBW
  Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
- RIEC
  Regionaal Informatie- en Expertisecentrum
- RIOB
  Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling
- RISc
  Recidive Inschattings Schalen
- RIVM
  Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- RJM

Roken Jeugd Monitor
- RN
  Reclassering Nederland
- ROC
  Regionaal opleidingencentrum
- ROI
  Rijden Onder Invloed
- ROM
  Routine Outcome Monitoring
- s
- SAMHSA
  Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- SAR
  Stichting Alcohol Research
- SBG
  Stichting Benchmark GGZ
- SBO
  Speciaal Basis Onderwijs
- SCORE
  Sewage analysis CORe group - Europe
- SEH
  Spoedeisende Eerste Hulp(afdeling)
- SFK
  Stichting Farmaceutische Kengetallen
- SHM
  Stichting HIV Monitoring
- SIVZ
  zie: IVZ
- SOA
  Seksueel Overdraagbare Aandoening
- SOCTA
  European Serious and Organised Crime Threat Assessment
- Sr
  Wetboek van Strafrecht
- SSI
  Stichting Sigarettenindustrie
- STAD
  STockholm prevents Alcohol and other Drugs
- STAP
  Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid
- STIVA
  Stichting Verantwoord Alcoholgebruik
- Sv
  Wetboek van Strafvordering
- SVG
  Stichting Verslavingsreclassering van de Geestelijke Gezondheidszorg Nederland

- SWOV
  Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
- t
- TBS
  Terbeschikkingstelling
- TCS
  Tobacco Control Scale
- THC
  Tetrahydrocannabinol
- THF-F
  Tetrahydrofuranylfentanyl: N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]oxolane-2-carboxamide
- TK
  Tweede Kamer
- TNCO waarde
  Teer, nicotine en koolmonoxide waarde
- TNS NIPO
  Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
- TPD
  Tabaksproductenrichtlijn EU
- TULP
  TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
- u
- UMC
  Universitair Medisch Centrum
- UT
  Universiteit Twente
- UvA
  Universiteit van Amsterdam
- v
- VKN
  Verslavingskunde Nederland
- VMBO
  Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
- VMBO-b
  Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – basisberoepsgerichte leerweg
- VMBO-p
  Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg
- VMBO-t
  Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg
- VN
  Verenigde Naties
- VNG
  Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- VPN
  Verslavingspreventie Nederland
- VSV

Verloskundig Samenwerkingsverband
- VTV
  Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
- VWO
  Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
- VWS
  Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- w
- WAP
  Weighted Average Price (gewogen gemiddelde prijs)
- WEF
  Wereld Economisch Forum
- WHO
  World Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)
- Wlz
  Wet langdurige zorg
- WMO
  Wet Maatschappelijke Ondersteuning
- WO
  Wetenschappelijk Onderwijs
- WODC
  Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
- WPG
  Wet Publieke Gezondheid
- WVL
  Rijkswaterstaat Water, Verkeer en Leefomgeving
- Wvmc
  Wet voorkoming misbruik chemicaliën
- WvS
  Wetboek van Strafrecht
- z
- ZonMw
  Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
- Zvw
  Zorgverzekeringswet

F2. Verklaring van tekens

- Term
  Definitie

- ≤
  Minder dan of gelijk aan, bijvoorbeeld “≤15%” betekent “minder dan of gelijk aan 15%”.
- ≥
  Meer dan of gelijk aan, bijvoorbeeld “≥15%” betekent “meer dan of gelijk aan 15%”.
- -
  Gegevens zijn niet beschikbaar, gegevens ontbreken, of gegevens zijn niet gemeten.
- …
  Wijziging in de methode, bijvoorbeeld “2018 … 2019” betekent dat, door een wijziging in de methode, de gegevens uit 2019 niet vergeleken kunnen worden met de gegevens uit 2018.
- <
  Minder dan, bijvoorbeeld “
- >
  Meer dan, bijvoorbeeld “>1%” betekent “meer dan 1%”.



Kerncijfertabellen

Kerncijfertabel alcohol en tabak

Thema	Peiljaar	Indicator	Alcohol	Tabak
Gebruik volwassenen	2021	*Gebruik afgelopen jaar*[1]	78,0%	
		Absoluut aantal	10.800.000	
		Gebruik in NL vergeleken met EU gemiddelde	Onbekend	Laag
		Overmatig drinken	7,3%	
		Zwaar drinken	8,3%	-
		Drinken volgens de richtlijn	44,0%	
		Dagelijks roken	-	15,2%
		Gebruik e-sigaret	-	0,8%
Gebruik scholieren	2021	*Gebruik ooit in het leven*	47,5%	17,2%
		Gebruik laatste maand	27,8%	9,5%
		Binge drinken (onder laatste-maand-gebruikers)	74,7%	-
		Dagelijks roken	-	2,5%
Verslavingszorg	2015	*Geregistreerde cliënten verslavingszorg primair*	29.374	809
		Geregistreerde cliënten verslavingszorg secundair	4.575	3.136
Ziekenhuisopnames	2019	*Alcoholintoxicaties op de Spoedeisende Hulp*	6.500 (5.200 - 8.000)	-
Overlijden	2021/2019	*Sterfgevallen*[2]	In 2021: 2.390 (1.890-3.850)	In 2019: 19.272

1. Percentage volwassenen van 18 jaar en ouder dat minimaal 1 keer heeft gebruikt in het jaar voor het afnemen van de vragenlijst; 2. De alcohol-en tabaksgerelateerde sterfte werd in de NDM Jaarberichten tot en met 2017 in kaart gebracht op basis van de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS. Door wijzigingen in de methoden is de Doodsoorzakenstatistiek sinds 2013 echter minder toereikend voor een totaaloverzicht van de alcoholsterfte. Daarom is sindsdien als primaire bron een schatting van het RIVM beschreven, zie bijlage B4.

Kerncijfertabel drugs

Thema	Indicator	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Amfetamine	GHB	Lachgas	Ketamine	Heroïne
Gebruik volwassenen (2020[I] & 2021[II])									
	Gebruik afgelopen jaar[III](%)	8,0%[II]	2,0%[II]	3,1%[II]	1,3%[II]	0,4%[II]	1,6%[II]	0,9%[I]	0,0[I]
	Absoluut aantal	1.110.000	280.000	430.000	170.000	60.000	230.000	130.000	<10.000
	Gebruik in NL vergeleken met EU gemiddelde	Gemiddeld	Hoog	Hoog	Hoog	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Laag
Gebruik scholieren (2019[IV] en 2021[V])									
	Gebruik ooit in het leven (%)	10,2%[V]	1,1%[IV]	1,9%[V]	1,2%[IV]	0,3%[IV]	4,7%[V]		0,3%[IV]
	Gebruik laatste maand (%)	5,7%[V]	0.6%[IV]	0,8%[V]	0,7%[IV]	0,1%[IV]	1,3%[V]		0,1%[IV]
Verslavingszorg (2015)									
	Geregistreerde cliënten verslavingszorg primair	10.816	7.295	122	1.794	837			9.093
	Geregistreerde cliënten verslavingszorg secundair	4.501	6.138	359	742	167			2.053
Ziekenhuisopnames (2018)									
	Ziekenhuisopnames drug als hoofddiagnose[VI]	160	160			Onbekend			150
	Ziekenhuisopnames drug als nevendiagnose[VI]	1710	1.340			Onbekend			1.085
Overlijden (2021)									
	Sterfgevallen[VII]		72	11[VII]	11[VII]	5			150
Drugsmarkt (2021)									
	Sterkte/concentratie van drug in Nederland	14.6% THC (Nederwiet)	Gemiddelde concentratie 71,3%	147,8 mg / pil	Gemiddelde concentratie 51,7%	459,4 mg / ml		Gemiddelde concentratie 79,3%	
	Gemiddelde prijs per eenheid	11,70 euro (Nederwiet)	51,80 euro / gram	4,20 euro / pil	7,90 euro / gram			23,80 euro / gram	

I. Leefstijlmonitor-aanvullend peiljaar 2020. II. Gezondheidsenquête peiljaar 2021. III. Percentage volwassenen van 18 jaar en ouder dat minimaal 1 keer heeft gebruikt in het jaar voor het afnemen van de vragenlijst; IV. Peilsationsonderzoek scholieren peiljaar 2019. V. HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor peiljaar 2021. VI. De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. Uit de LBZ heeft het CBS maatwerktabellen beschikbaar gesteld voor de Nationale Drug Monitor die zijn verwerkt in de Nationale Drug Monitor (Zie ook bijlage B5); VII. Gegevens over sterfgevallen als gevolg van drugsgebruik zijn afkomstig uit de doodsoorzakenstatistiek van het CBS. Sommige drugs, zoals ecstasy en amfetamine vallen onder dezelfde categorie. Ook dient te worden aangetekend dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS niet specifiek is toegerust op het registreren van drugsgerelateerde sterfte. De cijfers moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd (zie ook bijlage B4).