Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Nationale Drug Monitor

Archivering 2023



2023

Nationale Drug Monitor

Archivering 2023

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Redactie
Mw. dr. M.W. van Laar[1]
Dhr. R.J.J. van Beek MSc[1]
Mw. B. van den Berg MSc[3]
Dhr. dr. A.A.N. Cruts[1]
Mw. M.C. Kuin MSc[3]
Mw. dr. K. Monshouwer[1]
Mw. M.I.A. Olthof MSc[1]
Dhr. N. Raaijmakers MSc[3]
Mw. F. Schutten MSc[1]

Met medewerking van
Dhr. dr. J. Bommelé[1]
Mw. dr. E.A. Croes[1]
Mw. drs. S. van Dorsselaer[1]
Mw. E.J. Spoor MSc[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]
Mw. dr. N. Hutten[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.

© 2024, 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

Bewerking 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 2023 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	115
	4. Cocaïne	231
	5. Opioïden	324
	6. Ecstasy	387
	7. Amfetamine	472
	8. Nieuwe psychoactieve stoffen (NPS)	552
	9. GHB	639
	10. Slaap- en kalmeringsmiddelen	695
	11. Alcohol	754
	12. Tabak	885
	13. Lachgas	975
	14. Ketamine	1038
	15. ADHD-medicatie	1085
	16. Drugscriminaliteit	1121
	17. Middelengebruik en strafbaar gedrag	1219
	18. Psychedelica	1263
	Kerncijfers	1344
	Bijlagen	1349

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.

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 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 in de NDM 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** (inclusief medische 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 alcohol, tabak en drugs zijn samengevat op de pagina **Kerncijfers alcohol, tabak en drugs**.

De middelenhoofdstukken zijn ingedeeld aan de hand van de volgende (kern)indicatoren (zoals beschreven op de pagina **Over NDM**):

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 **Drugscriminaliteit** beschrijft trends in de georganiseerde misdaad, handel, de productie en het bezit van illegale drugs. Het hoofdstuk **Middelengebruik en strafbaar gedrag** geeft een overzicht van middelengebruik en strafbaar gedrag en overlast en middelengebruik onder justitiabelen.

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) en de Leefstijlmonitor Aanvullend (LSM-A) (Bijlage A2). 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.

Publicaties

Een overzicht van **voorgaande Jaarberichten**, het **Kerncijferrapport 2021** en **factsheets** die door het Trimbos-instituut en het WODC zijn uitgegeven als onderdeel van de Nationale Drug Monitor zijn te vinden onder **Publicaties**.

1.3 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 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, 2019 en 2021 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 NDM is 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

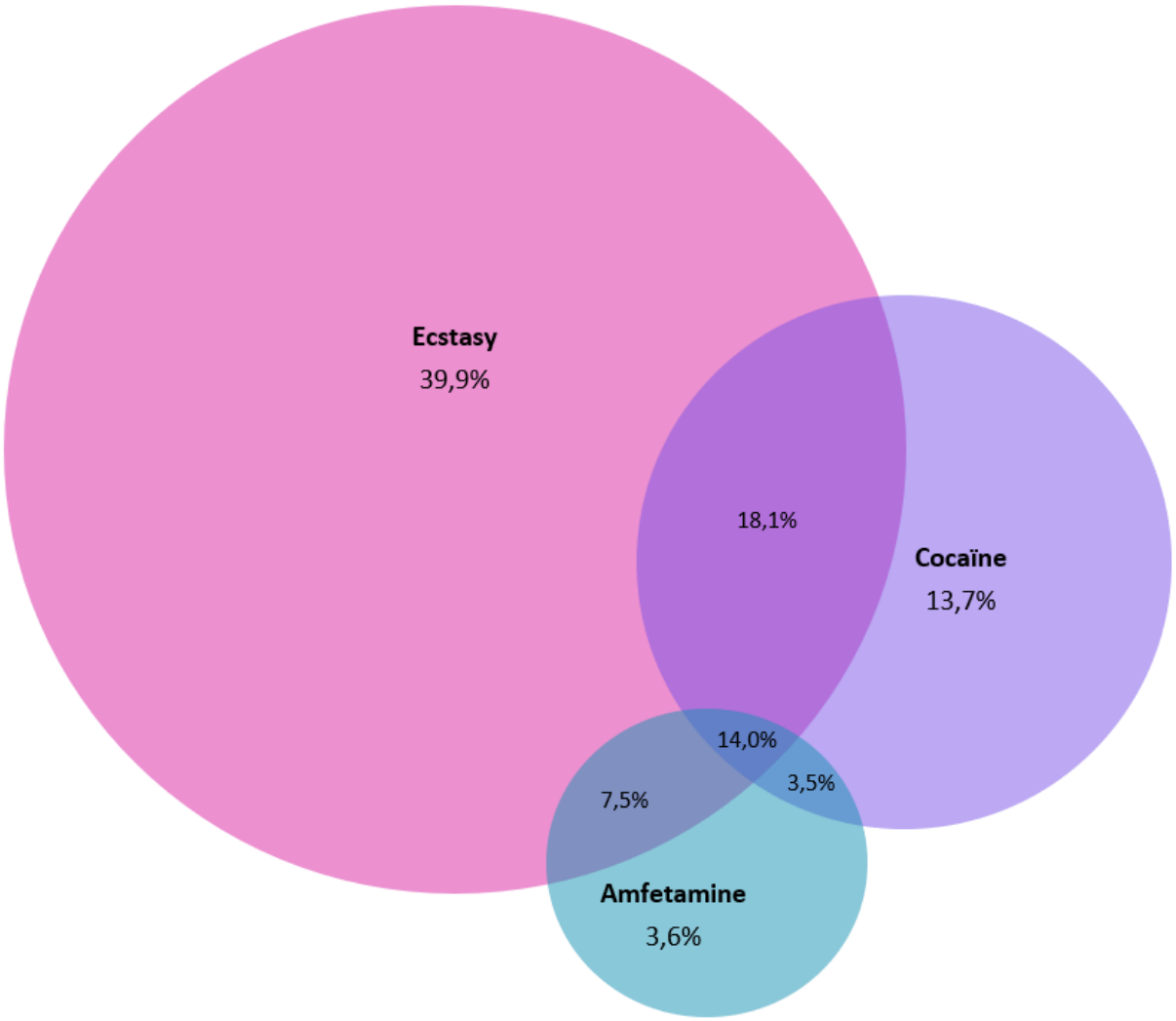
illegale drugs, alcohol en tabak, op basis van hun wetenschappelijke expertise en de literatuur. Heroïne en crack bleken samen met alcohol relatief het meest schadelijk te zijn [2]. Deze middelen, met aanvullend methamfetamine, werden ook als meest schadelijk beoordeeld in een recente Duitse studie [3].

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 2022.

In 2022 werd gevonden dat 95,1% van de volwassen Nederlanders in het afgelopen jaar géén van de middelen cocaïne, amfetamine, en ecstasy had gebruikt. Daarentegen had 4,9% van de Nederlanders wel tenminste één van deze 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 (39,9%). Een aanzienlijk kleiner deel (13,7%) had alleen cocaïne of alleen amfetamine (3,6%) gebruikt. Sommige gebruikers hadden twee van de drie middelen genomen. Iets minder dan één op de vijf (18,1%) had ecstasy en cocaïne (maar geen amfetamine) gebruikt, 7,5% had ecstasy en amfetamine (maar geen cocaïne) gebruikt en 3,3% amfetamine en cocaïne (maar geen ecstasy). Als laatste had 14,0% alle drie de middelen gebruikt in het afgelopen jaar.

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 2022[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, 2022.

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, beleid en preventie

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 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) benadrukt in het beleid dat drugsgebruik geen onderdeel is van een gezonde levensstijl en richt zich daarom op het voorkomen van drugsgebruik, het vermijden van drugsgerelateerde incidenten voor hen die toch gebruiken en mensen die problematisch gebruiken te ondersteunen in het stoppen en minderen [2]. Daarnaast is ook het beperken van (gezondheids-)schade ten gevolg van drugsgebruik een belangrijke pijler in het beleid van het Ministerie van VWS. Het Ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) 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 moet worden geregeld, is in 2022 een wetsvoorstel ingediend waarin is voorgesteld om groepen stoffen strafbaar te stellen [4]. De behandeling van dit wetsvoorstel door de Tweede Kamer staat gepland voor februari 2024. Daarnaast regelt de Wet voorkoming misbruik chemicaliën (Wvmc) dat bepaalde chemische stoffen niet worden misbruikt om illegale drugs te produceren [5]. In Nederland geeft het Ministerie van JenV prioriteit aan de bestrijding van de ondermijning van de samenleving door de georganiseerde misdaad, hetgeen ook de aanpak van drugscriminaliteit betreft [6]. 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

Opiumwet

De Opiumwet is de belangrijkste wet in het drugsbeleid. De wet stelt import en export, productie, teelt, vervoer, het 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, Lyserginezuurdiëthylamide (LSD), ecstasy en Gamma Hydroxy Butyraat (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 van de Verenigde Naties (VN) en het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) of besluitvorming op nationaal

niveau kunnen 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 [7] . Het is niet op de lijst geplaatst wegens internationale afspraken, maar omdat 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 [8]. Inmiddels heeft de Commissie voor verdovende middelen van de VN in het voorjaar van 2023 besloten 3-MMC te controleren. Als gevolg van dit besluit zal 3-MMC worden verplaatst van lijst II naar lijst I van de Opiumwet.
- 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 [8]. 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 is op lijst I geplaatst ter uitvoering van een gedelegeerde richtlijn van de EU van 2 september 2020.
- Op 4 september 2023 zijn ook de middelen 3-CMC, brorfine, eutylon en metonitazeen op lijst I van de Opiumwet geplaatst [7]. Deze nieuwe psychoactieve worden op de lijst geplaatst vanwege hun ernstige gezondheidsrisico’s en sociale risico’s.

Wet Damocles

- In 1999 trad artikel 13b Opiumwet – ook wel de Wet Damocles – in werking met als doel de burgemeester de mogelijkheid te bieden om op te treden tegen drugshandel en overlast te bestrijden in of nabij locaties die voor het publiek toegankelijk zijn. In 2007 is de Wet Damocles uitgebreid, zodat artikel 13b Opiumwet niet alleen betrekking had op publiek-toegankelijke locaties, maar ook op woningen [9]. De Wet Damocles is in 2017 verder verruimd, waardoor zowel de handel in drugs als de productie van drugs op deze locaties binnen de reikwijdte van artikel 13b Opiumwet vallen [10]. Per 1 januari 2019 is artikel 13b Opiumwet nogmaals verruimd, waardoor de burgermeester ook de bevoegdheid kreeg om een last onder bestuursdwang op te leggen, indien voorwerpen of stoffen aanwezig zijn waarvan betrokkenen wisten of behoorden te weten dat zij gebruikt konden worden voor onder meer de verkoop en de productie van drugs [11].
- De Wet Damocles biedt burgemeesters de bevoegdheid om drie soorten maatregelen te nemen: een waarschuwing, een last onder dwangsom en de sluiting van een pand. De insteek van de wet is dat deze maatregelen stapsgewijs toegepast worden. De bevoegdheid tot sluiting van een pand is hierbij de zwaarste maatregel. De burgemeester kan, op grond van de Wet Damocles, gebruik maken van deze bevoegdheid als in een pand daar drugs aanwezig zijn of als er strafbare voorbereidingshandelingen voor het bereiden en/of telen van drugs worden uitgevoerd [12]. Dat is het geval als er bijvoorbeeld voorwerpen of stoffen aanwezig zijn die daar duidelijk voor bestemd zijn, zoals bepaalde apparatuur (bijvoorbeeld een tabletteermachine) of chemicaliën (zoals BMK).

- Uit een onderzoek van de Rijksuniversiteit Groningen uit 2021 blijkt dat de bevoegdheid om woningen te sluiten door burgemeesters soms te ruim en te hard is toegepast. Opvallend is dat weinig burgermeesters een last onder dwangsom opleggen. Deze bevoegdheid is in de wet opgenomen om op te leggen bij een eerste overtreding en zo een gefaseerd optreden mogelijk te maken. Bij recidive zou een (tijdelijke) sluiting plaats kunnen vinden [11]
- De sluiting van panden heeft, volgens het onderzoek uit 2021 grote gevolgen voor bewoners die tijdelijk of permanent een woonruimte verliezen. Als gevolg van sluiting van een woning kunnen mensen hun huis worden uitgezet, kan de huur (in de sociale sector) worden opgezegd en dan kunnen de (ex-)bewoners op een zwarte lijst van de woningcorporatie worden geplaatst (dit was al mogelijk voordat de Wet Damocles werd uitgebreid met de mogelijkheid om panden te sluiten). De sluiting van een pand kan tevens gevolgen hebben voor ondernemers en verhuurders. Dit betreft veelal financiële schade, zoals huurderving. Er is weinig zicht op de gevolgen van de sluiting van een pand voor omwonenden en de situatie in de wijk [11].
- Op verschillende manieren zijn stappen genomen om te voorkomen dat burgemeesters de sluitingsbevoegdheid te ruim en te hard toepassen [11,13]. De Raad van State is als bestuursrechter bijvoorbeeld strenger gaan toetsen in zaken betreffende de sluiting van een woning. Zij stelt zwaardere eisen aan subsidiariteit (noodzakelijkheid) en proportionaliteit. In de jurisprudentie 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) [14,15]. Tevens is het voor belanghebbenden mogelijk om een besluit tot de sluiting van een pand aan te vechten. Belanghebbenden kunnen (zoals gebruikelijk via het bestuursrecht) een bezwaarprocedure starten, een verzoek tot voorlopige voorziening indienen of in hoger beroep gaan. Uit het onderzoek uit 2021 blijkt echter dat het aanvechten van het besluit over het algemeen weinig succesvol verloop [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 verschillende hulpmiddelen ontwikkeld. Een voorbeeld is het stappenplan voor de toepassing van artikel 13b Opiumwet en een clickable pdf van het beoordelingskader van de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State [16].
- 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. In een onderzoek naar de bestuurlijke rapportage binnen de Wet Damocles adviseren onderzoekers van de Rijksuniversiteit Groningen om een landelijk, uniforme checklist te ontwikkelen, waarbij aansluiting wordt gezocht bij het rechterlijke beoordelingskader van artikel 13b Opiumwet-besluiten [17].

Het WODC liet in 2023 een verkennend onderzoek uitvoeren naar de mogelijkheden om de aard en omvang te bepalen van de gevolgen voor bewoners, omwonenden en eigenaren van een pand, wanneer op grond van de Wet Damocles een maatregel wordt opgelegd. Dit onderzoek is momenteel nog niet openbaar [18].

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 OM. In de Richtlijn voor strafvordering Opiumwet geeft het College van Procureurs-Generaal aan welke strafeis het OM kan hanteren bij de verschillende Opiumwetdelicten.

Op 1 oktober 2020 heeft het OM een richtlijn ingevoerd om een duidelijk kader te geven voor de strafeis inzake voorbereidingshandelingen voor de productie van synthetische drugs [19]. Tegen een verdachte van voorbereidingshandelingen wordt gevangenisstraf geëist en geen taakstraf. Daardoor geeft het OM het signaal af dat taakstraffen niet als een passende sanctie worden gezien voor de productie van synthetische drugs. Daarnaast eist het OM bij voorbereidingshandelingen altijd een geldboete [20].

Bronnen

1. T.K.24077-357. Drugbeleid: Brief regering: Beleidsvisie drugspreventie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2015.
2. T.K. 24077-513. Drugsbeleid: Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
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. 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.
5. 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
6. T.K.35830-VI-1. Departementaal jaarverslag 2020 Justitie en Veiligheid (VI): Ontvangen 19 mei 2021. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
7. Stb-289. Besluit van 4 september 2023, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing van enkele stoffen op deze lijst. Den Haag: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; 2023.
8. 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.
9. Stb-355. Wet van 27 september 2007 tot wijziging van de Opiumwet in verband met het creëren van de mogelijkheid voor de burgemeester om bestuursdwang toe te passen ter handhaving van de artikelen 2 en 3 van de Opiumwet in woningen en lokalen of bij woningen of lokalen behorende erven. . Den Haag: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; 2007.
10. T.K. 34763-2. Wijziging van de Opiumwet (verruiming sluitingsbevoegdheid). Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2017.
11. Bruijn L. M, Vols M. Onderzoek toepassing artikel 13b Opiumwet. Rijksuniversiteit Groningen, Centrum voor openbare orde en veiligheid; 2021.
12. T.K.34763-3. Wijziging van de Opiumwet (verruiming sluitingsbevoegdheid) ; Memorie van toelichting; Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.
13. 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 . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
14. 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.
15. 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.
16. T.K. 24077-503. Drugbeleid; Brief regering; opvolging toezeggingen en moties drugsbeleid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
17. 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.
18. WODC. Onderzoek in uitvoering: vervolgonderzoek Opiumwet 13b . https://www.wodc.nl/onderzoek-in-uitvoering/welk-onderzoek-doen-we/3390---vervolgonderzoek-opiumwet-13b/. 2023.
19. Stc. 49836, 2020. Richtlijn voor strafvordering voorbereiding/bevordering synthetische drugs (2020R002). Den Haag: Rijksoverheid ; 2020.
20. 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) zijn stoffen met vergelijkbare effecten en risico's als bestaande illegale drugs, maar ze vallen meestal (nog) niet onder het regime 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 nieuwe NPS nét iets afwijken van reeds verboden middelen of de scheikundige samenstelling daarvan, 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 stoffengroepen 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) [1]. Zie voor de NPS die recentelijk zijn toegevoegd aan de Opiumwet § 2.1.1. 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. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.

2.1.3 Coffeeshopbeleid

Deze paragraaf gaat in op het landelijke en gemeentelijke beleid ten aanzien van coffeeshops. In de volgende paragraaf wordt de stand van zaken besproken van het Experiment gesloten coffeeshopketen.

Coffeeshopbeleid: landelijk en gemeentelijk

- Landelijk gezien voert de Rijksoverheid een gedoogbeleid. De verkoop van cannabis in coffeeshops wordt ‘gedoogd’. De illegale teelt is strafbaar volgens artikel 3, onder B, van de Opiumwet. De politie en het OM 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) [1]. De verkoop van cannabis in coffeeshops wordt dus gedoogd (voordeur), maar de teelt en aanvoer (achterdeur) zijn strafbaar en worden opgespoord en vervolgd. Dit levert problemen op, zowel voor gemeenten als voor de rechtspraak [2].
- 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 dag per persoon en niet meer dan 500 gram handelsvoorraad hebben, en niet toegankelijk zijn voor en niet verkopen aan anderen dan ingezetenen van Nederland.
- Gemeenten kunnen hun eigen coffeeshopbeleid vaststellen en toepassen binnen de landelijke kaders. Gemeenten kunnen besluiten over het al dan niet toelaten van coffeeshops en het aantal vaststellen. Het handhavingsbeleid wordt concreet ingevuld door de burgemeester in overleg met een vertegenwoordiger van het OM 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.

Het beleid dat gemeenten voeren, is in 2022, blijkens de tweejaarlijkse monitor over het aantal coffeeshops en gemeenten die een coffeeshopbeleid voeren, nauwelijks veranderd ten opzichte van de vorige meting over 2020 [3,4]. Zie voor aantallen coffeeshops § 3.8.1.

- In 2022 lieten 102 van de 345 gemeenten (29%) coffeeshops toe. Dat zijn er evenveel als in de voorgaande meting over 2020. Daarbij is het wel zo dat het aantal gemeenten in Nederland is afgenomen, dus relatief gezien zijn er meer coffeeshopgemeenten. Eind 2022 voerde 68% van de gemeenten een ‘nulbeleid’ (verkooppunten worden niet gedoogd), 29% voerde een gedoogbeleid (maximum aantal coffeeshops is vastgelegd) en 2% gaf aan geen formeel beleid te voeren. In de gemeenten zonder formeel beleid zijn geen coffeeshops gevestigd, maar er zijn ook geen concrete afspraken dat ze niet gedoogd zouden worden [4].
- Veel gemeenten hebben de AHOJGI-criteria opgenomen in hun lokale coffeeshopbeleid. In de praktijk blijkt dat eind 2022 het H-(Geen Harddrugs), O-(Geen Overlast) en J- (Geen verkoop

aan en geen toegang tot coffeeshops voor jeugdigen onder de 18 jaar) criterium zijn opgenomen in het beleid van alle coffeeshopgemeenten. Het I-criterium (geen toegang tot coffeeshops voor en verkoop van softdrugs aan anderen dan ingezetenen van Nederland) wordt het minst opgenomen in het beleid van coffeeshopgemeenten (76 van de 102 gemeenten heeft eind 2022 dit criterium in het beleid opgenomen [4].
- Coffeeshopgemeenten kunnen aanvullende criteria in het beleid opnemen. Veel coffeeshopgemeenten die een gedoogbeleid voeren, hebben net als in voorgaande jaren ten minste één lokaal vestigingscriterium in hun coffeeshopbeleid opgenomen. Het gaat veelal om een afstandscriterium (afstand van de coffeeshop tot een onderwijsinstelling). Het vestigingscriterium waarbij er een minimale afstand tussen coffeeshops moet zijn, is in 2022 in 81% van de coffeeshopgemeenten opgenomen in het beleid [4].
- Gemeenten kunnen ook criteria opnemen die niet gericht zijn op de vestiging van een coffeeshop maar wel een voorwaarde zijn voor het geven van de gedoogstatus. Deze criteria kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de omgeving van de coffeeshop (en dan met name het schoonhouden daarvan), openings- en sluitingstijden of de bedrijfsvoering. Eind 2022 heeft ongeveer 27% van de gemeenten een dergelijk criteria opgenomen in hun coffeeshopbeleid. Dit was vergelijkbaar ten opzichte van 2020 toen 28% van de gemeenten criteria opnamen die specifiek gericht waren op de lokale situatie [4].
- In Amsterdam deed de burgemeester begin 2021 het voorstel een ander beleid te gaan voeren inzake coffeeshops [5]. Het beleid was toentertijd gericht op het verkleinen van het aanbod van cannabis 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 I-criterium te handhaven, zodat coffeeshophouders geen cannabis meer aan niet-ingezetenen zouden mogen verkopen. In september 2022 heeft de meerderheid van de gemeenteraad dit voorstel afgewezen [6]. In februari 2023 is duidelijk geworden dat een stadsdeel van Amsterdam deel zal nemen aan het Experiment gesloten coffeeshopketen. In juni 2023 heeft de gemeente Amsterdam stadsdeel Oost voorgedragen voor deelname aan het landelijk wietexperiment en in september 2023 is de Ministerraad met dit voorstel akkoord gegaan, waardoor de wetswijziging om deelname van het Amsterdamse stadsdeel Oost als elfde gemeente mogelijk te maken naar de Tweede Kamer is gestuurd voor behandeling [7]. Zie voor meer informatie hieronder bij ‘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 bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Wet Bibob) is onder andere van toepassing op vergunningaanvragen voor coffeeshops. Met de toepassing van deze wet zijn overheden bevoegd om overheidsopdrachten, vastgoedtransacties, vergunningen en subsidies aan personen of bedrijven te weigeren of in te trekken als blijkt dat er ernstig gevaar bestaat dat daarmee strafbare feiten zullen worden gepleegd of uit strafbare feiten verkregen voordelen zullen worden benut. 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 een coffeeshophouder (of zijn zakelijke omgeving) crimineel vermogen aanwendt of andere strafbare feiten gaat plegen in het licht van zijn bedrijfsvoering, kan de burgemeester (of het bestuursorgaan dat daar voor bevoegd is)

weigeren hem de vergunning te verlenen of een reeds verleende vergunning intrekken.
- Gemeenten kunnen zich over de mate van gevaar dat een vergunning misbruikt wordt voor criminele doeleinden laten adviseren door het Landelijk Bureau Bibob (LBB). Sinds 2013 kunnen gemeenten ook zelf politie- en justitiële informatie opvragen over de betrokkene (lees: de vergunningsaanvrager) in het kader van het eigen, gemeentelijke Bibob-onderzoek.
- 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, subsidie, vastgoedtransactie of overheidsopdracht doet [8,9]. Met zakelijke relaties kunnen bijvoorbeeld personen worden bedoeld die direct of indirect leiding geven aan de aanvrager, vermogen hebben verschaft aan de aanvrager of direct of indirect zeggenschap heeft of heeft gehad op de aanvrager (zoals 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 LBB en bestuursorganen en tussen bestuursorganen onderling, is in werking getreden per 1 oktober 2022 [10].

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 (voor een uitgebreidere beschrijving van de voorwaarden waaraan telers en coffeeshops moeten voldoen, verwijzen we naar 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. Die coffeeshops mogen uitsluitend de door de aangewezen telers geteelde cannabis verkopen. Het doel van het experiment is om te onderzoeken of en hoe telers op kwaliteit gecontroleerde cannabis gedecriminaliseerd in een gesloten keten aan coffeeshops kunnen leveren en wat de effecten van het experiment zijn op de openbare orde, criminaliteit en de volksgezondheid.
- Het experiment heeft vanaf de feitelijke start een looptijd van vier jaar. Het bestond oorspronkelijk uit drie fases, maar is aangevuld met een extra fase (de aanloopfase). De vier fases van het experiment bestaan uit: de voorbereidingsfase waarin gemeenten en telers geselecteerd worden, de aanloopfase in Breda en Tilburg waar op kleine schaal wordt begonnen met de verkoop van cannabis afkomstig van aangewezen telers (naast de gedoogde verkoop), de overgangsfase waarin coffeeshops in alle 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 als wordt verwacht 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 is voldaan, 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.
- Een onafhankelijke commissie, bestaande uit wetenschappers en deskundigen onder voorzitterschap van professor Knottnerus heeft de regering geadviseerd over het opzetten van het experiment [12,13].

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 [14]. Het besluit en de ministeriële regeling zijn in 2022 gewijzigd, wegens enkele gebleken onduidelijkheden, vooral van technische aard [15,16]. Begin 2024 worden het besluit en de ministeriële regeling ook gewijzigd.

- Tien gemeenten gaan deelnemen aan het experiment, namelijk Arnhem, Almere, Breda, Groningen, Heerlen, Voorne aan Zee, Maastricht, Nijmegen, Tilburg en Zaanstad [12]. In het Coalitieakkoord 2021-2025 is voorgesteld dit uit te breiden met een grote stad [17].
- 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 is dat alle coffeeshops in 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 [18,19]. In juni 2023 hebben de ministers van VWS en JenV aangegeven stadsdeel Oost toe te willen voegen aan het landelijk wietexperiment. In dit stadsdeel zijn tien coffeeshops gevestigd [20]. De wetswijziging om deelname van het Amsterdamse stadsdeel Oost als elfde gemeente mogelijk te maken naar de Tweede Kamer is gestuurd voor behandeling [21].
- Er zijn tien telers aangewezen die hun teeltbedrijf kunnen opzetten en beginnen met het telen en de productie van cannabis.
- 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 de aankoop van een locatie, het aanvragen van een lokale vergunning en het verkrijgen van een bankrekening [22]. Het streven om in de loop van de tweede helft van 2022 te beginnen met de ‘overgangsfase’ bleek niet haalbaar zodat deze destijds verschoven is naar het tweede kwartaal van 2023. Echter, een meerderheid van de telers heeft aangegeven dat zij meer tijd nodig heeft als gevolg van lokale vergunningsprocedures, interne bedrijfsprocessen en een toename van de investeringskosten door de inflatie en de verhoogde energie- en bouwkosten. Daardoor zal de start van de overgangsfase in alle deelnemende gemeenten in ieder geval niet eerder dan eind eerste kwartaal van 2024 zijn [19, 21].
- In reactie op een initiatief van de burgermeesters van Breda en Tilburg hebben de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie en Veiligheid (JenV) onderzocht in hoeverre in deze twee gemeenten, nog voor de start van het experiment, op kleine schaal gestart kan worden met de levering van gereguleerde hennep en hasjiesj. In februari 2023 is door de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie en Veiligheid (JenV) besloten tot het introduceren van deze 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. Voorwaarden daarbij zijn een beperkte maximale handelsvoorraad van de gereguleerde producten (500 gram per coffeeshop). Er wordt gestreefd om de aanloopfase een beperkte duur (maximaal zes maanden) heeft, zodat daarna alle andere gemeenten ook starten [15]. Het kabinet heeft in september 2023 besloten dat de aanloopfase van het Experiment gesloten coffeeshopketen op 15 december 2023 van start gaat.

Het onderzoek naar het experiment moet duidelijk maken of het mogelijk is om een ‘gesloten

coffeeshopketen' te creëren en brengt de eventuele effecten van een gesloten keten op de openbare orde, veiligheid, criminaliteit en volksgezondheid in kaart. 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, zo veel mogelijk aan te sluiten bij de resultaten van het wetenschappelijk evaluatieonderzoek. Doordat de experimenteerfase later is begonnen dan het voorziene jaar 2019 of 2020, zal de rapportage over het eerste experimenteerjaar dan nog niet klaar zijn. Daarom wordt beoogd om in 2024 te 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.

Van september 2021 tot april 2022 vond een voormeting plaats voor het onderzoek dat zal starten wanneer het Experiment gesloten coffeeshopketen in werking treedt. In dit onderzoek is de stand van zaken beschreven over onder meer het gemeentelijk coffeeshopbeleid, het cannabisgebruik, de (gedoogde) verkoop van cannabis vanuit coffeeshops en de illegale verkoop van softdrugs. Informatie hierover is verzameld in negentien gemeenten: tien interventiegemeenten waar legaal geteelde cannabis zal worden geïntroduceerd en negen vergelijkingsgemeenten waar het aanbod van telers buiten de gesloten coffeeshopketen blijft gelden [23]. De Tweede Kamer is op 31 mei 2023 geïnformeerd over het rapport van de voormeting. De dataverzameling voor de nulmeting is afgerond, daarover wordt in 2024 gerapporteerd. Hieronder enkele zaken die uit de voormeting naar voren kwamen:

- Het coffeeshopbeleid van de 19 gemeenten bleek een goede afspiegeling van de ruim 100 Nederlandse gemeenten met coffeeshops. De meeste gemeenten die betrokken zijn bij dit onderzoek hanteerden een maximumbeleid voor het aantal coffeeshops in de gemeente. Daarnaast hanteerden zij ook een afstandscriterium tot scholen. Op landelijk niveau hebben de meeste coffeeshopgemeenten een maximumbeleid en is het afstandscriterium opgenomen in hun beleid [23].
- Net als de meeste andere gemeenten hadden de gemeenten in het onderzoek de handhaving van de AHOJG-criteria en de maximale handelshoeveelheid in hun beleid opgenomen. Het Ingezetencriterium (I-criterium) was bij 16 van de 19 gemeenten in dit onderzoek in het beleid opgenomen. Op landelijk niveau was dit criterium bij 76 van de 102 gemeenten met coffeeshops in het beleid opgenomen [23].
- Hoewel veel gemeenten het I-criterium in hun beleid hebben opgenomen, gaan gemeenten verschillend om met de handhaving van dit criterium. In het kader van lokaal maatwerk kunnen gemeenten met de lokale driehoek afstemmen of al dan niet actief gehandhaafd wordt op het I-criterium [23]. Van de 76 coffeeshopgemeenten die de handhaving van het I-criterium hebben opgenomen in hun beleid, heeft controle hierop een hoge prioriteit [4].

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 [24]. 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 [25]. 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 Experiment gesloten coffeeshopketen. Het wordt in twee experimentgemeenten als pilot getest [22]. Ook is voorlichtingsmateriaal over het experiment voor allerlei doelgroepen ontwikkeld en worden online

zelfhulpinterventies voor verschillende doelgroepen met verschillende problematiek geïmplementeerd.

Bronnen

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Mennes R, Pieper R, Schoonbeek I, Van der Lee E. Coffeeshops in Nederland 2022. Rotterdam: Breuer & Intraval; 2023.
5. Halsema F. Beheersbare cannabismarkt: 8 januari 2021. Amsterdam: Gemeente Amsterdam ; 2021.
6. Concept verslag van de openbare vergadering van de Raadscommissie voor Algemene Zaken van de Gemeente Amsterdam op 29 september 2022. Amsterdam: Gemeente Amsterdam; 2022.
7. T.K. 36279. Wijziging van de Wet experiment gesloten coffeeshopketen in verband met de toevoeging van een elfde gemeente aan het experiment. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Rijksoverheid. Experiment gesloten coffeeshopketen (wietexperiment) [Internet]. 2022. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/experiment-gesloten-coffeeshopketen-wietexperiment
12. T.K.34997-29. Bijlage: Tweede rapportage van de adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.

13. Een experiment met een gesloten cannabisketen. Den Haag: Adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen; 2018.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. T.K. 24077-506. Drugbeleid; Brief regering; Stand van zaken Experiment Gesloten Coffeeshopketen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
19. Concept-verslag van een commissiedebat 22 februari 2023, commissie drugbeleid . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
20. Gemeente Amsterdam . Amsterdam schuift stadsdeel Oost naar voren voor landelijk wietexperiment [Internet]. 2023. Available from: https://www.amsterdam.nl/nieuws/nieuwsoverzicht/wietexperiment/#:~:text=Amsterdam%20draagt%20stadsdeel%20Oost%2C%20dat,gedoogbeleid%20voor%20cannabis%20kan%20vervangen
21. T.K. 24077-535. Drugsbeleid: Brief van de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie en Veiligheid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
22. T.K. 34997-489. Voortgang experiment gesloten coffeeshopketen; Brief regering . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
23. Mennes R, Hoorens S, van Laar M, Monshouwer K, Olthof M, Oomen P, et al. Onderzoek experiment gesloten coffeeshopketen: Rapportage voormeting 2021. Rotterdam: Breuer & Intraval; 2023.
24. Möhle M, Spronk D, Van Leeuwen L. Advies preventieaanpak Experiment gesloten coffeeshopketen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
25. T.K.24077-472. Drugbeleid; Brief regering; Stand van zaken Experiment gesloten coffeeshopketen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.

2.1.4 Medicinaal middelengebruik

Medicinale cannabis

- 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). BMC is een onderdeel van het CIBG, uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).
- De door een professioneel bedrijf geteelde medicinale cannabis wordt getest in een laboratorium en na doorstraling door een farmaceutisch verpakkingsbedrijf verpakt. Daarna kan de gecontroleerde medicinale cannabis geleverd worden aan apotheken en onderzoeksinstellingen in Nederland. Het kan ook aan apotheken, groothandels en andere 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 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]. Naar verwachting is de Europese aanbestedingsprocedure eind 2023 afgerond [3]. Het kan daarna mogelijk nog enige tijd in beslag nemen totdat beide telers volledig operationeel zijn. Deze verdubbeling van het aantal telers heeft te maken met het feit dat het BMC zo meer variëteiten kan bieden en daardoor meer aan de behoeften van de patiënten tegemoet kan komen. Ook wordt het risico verkleind op het niet beschikbaar zijn van medicinale cannabis, door afhankelijkheid van één teler te verminderen. Voor de teelt voor medische doeleinden is een ontheffing verleend door de Minister van VWS.
- Medicinale cannabisproducten is niet geregistreerd als geneesmiddel, maar valt onder de Opiumwet en is alleen op recept af te halen bij de apotheek. Het wordt niet vergoed door de zorgverzekering, dus de patiënt moet deze zelf betalen, hoewel er ook verzekeraars waren die uit coulance in individuele gevallen wel vergoeden. 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 erop 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]. Zie § 3.8.4 voor toenemend bewijs dat medicinale cannabis en TetraHydroCannabinol (THC)/ Cannabidiol (CBD) preparaten een gunstig effect kunnen hebben bij allerlei aandoeningen. Er loopt een onderzoeksprogramma naar het pijnstillende effect van medicinale cannabis bij patiënten met zenuwpijn [10]. Naast dit onderzoek lopen er nog vier andere onderzoeken naar de effecten van medicinale cannabis bij verschillende soorten patiënten [11]. Deze onderzoeken worden naar verwachting in 2025/2026 afgerond. 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 telen het zelf. Om meer te weten te komen over de behoeften en wensen van deze gebruikers doet het Trimbos-instituut onderzoek naar hun ervaringen. Dit onderzoek wordt naar verwachting in 2024 afgerond [3] . Het gaat dan onder meer om de redenen waarom zij cannabis medicinaal gebruiken, de aard van de klachten waarvoor zij cannabis gebruiken, welk soorten ze gebruiken en hoe goed dat werkt. Het doel is om op grond van die kennis de toegang tot en het aanbod van medicinale cannabis te verbeteren [1].
- CBD-producten worden steeds meer gebruikt. Ze worden in veel verschillende vormen verkocht en zijn verkrijgbaar via het internet of bij de drogist. Het gaat dan om producten met een laag CBD-gehalte en niet 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 [12].
- CBD-producten worden als voedingssupplementen beschouwd, als nieuw voedingsmiddel (ook wel bekend als ‘novel food’). Om het op de markt te brengen is dan wel een goedkeuringsprocedure bij de Europese 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 [13].
- Het ministerie van VWS heeft aangekondigd de rol en taken van het BMC te gaan herzien. Dit is nu verboden. Allereerst door een andere invulling te geven aan de wettelijke taken van BMC, en daarna mogelijk door het verkleinen van de rol die in de Opiumwet staat omschreven. Deze voorgenomen wijzigingen komen voort uit een internationale context waarin de teelt en het gebruik van medicinale cannabis gangbaarder wordt. Er wordt meer ruimte gegeven aan bedrijven die ten behoeve van geneesmiddelenontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek medicinale cannabis willen telen en verhandelen (waaronder exporteren). Op dit moment is dit voor partijen die níet door BMC voor de teelt van cannabis zijn aanbesteed, niet mogelijk. 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. In de Kamerbrief gaf de Minister van VWS aan dat nog beleidsmatig en juridisch uitgewerkt zou worden hoe de herziening van de rol en de taken van het BMC ingevuld konden worden in de Opiumwet en de onderliggende regelgeving [14].
- Het BMC is in 2021 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 [15].
- In maart 2023 informeerde de Minister van VWS de Kamer over twee beleidsverruimingen binnen de sector van medicinaal cannabisgebruik [3]. De verruimingen moeten afgestemd worden met het BMC en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De twee beleidsverruimingen hebben betrekking op 1) het schrappen van het exportplafond en het wegnemen van de beperking van de productiecapaciteit binnen de aanbesteding, en 2) het bevorderen van (internationale) handel ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek en geneesmiddelenontwikkeling. De vaste commissie voor VWS is in maart/april 2023 in de gelegenheid gesteld om vragen te stellen aan de Minister. De Minister heeft de vragen beantwoord [11]. Er is geen zicht op een volgende bespreking van de voorgestelde beleidsverruimingen.

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: het telen van cannabis door particulieren is niet aan te merken als het telen 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 [16].
- Uit bovenstaande werd duidelijk 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 [16]. De burgemeester kan wel met de politie en het Openbaar Ministerie (OM) afspraken maken dat er geen planten en/of kweekmateriaal in beslag zal worden genomen door de politie. De burgermeester kan echter juridisch gezien geen toestemming geven voor het thuis telen van cannabis voor eigen niet officieel medicinaal gebruik, en zo in strijd te handelen met de Opiumwet c.q. de aanwijzing Opiumwet [16]. 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 in noodtoestand, een rechtvaardigingsgrond die de wederrechtelijkheid van de gedraging doet vervallen, slaagde.
- De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft onderzocht of het mogelijk is het BMC monsters van cannabisplanten te laten analyseren die aangetroffen zijn bij verdachten in een strafzaak wegens thuisteelt. Dit speelt wanneer deze verdachten stellen dat zij wel baat hebben bij de thuis geteelde cannabis en niet bij de officiële medicinale cannabis. De aanvraag om deze monsters te analyseren zou afkomstig moeten zijn van de politie, het OM of de burgemeester. De stoffen in de monsters zouden dan vergeleken kunnen worden met die van de door het BMC geleverde soorten [17].
- Het thuis telen van cannabis brengt risico’s voor de omgeving met zich mee waaronder brand, wateroverlast en 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 plant en per oogst verschillen en kunnen daardoor niet gedoseerd worden, zoals het geval is bij een geneesmiddel) [1].

Medicinale MDMA

In het Coalitieakkoord 2021-2025 is opgenomen dat een Staatscommissie XTC (MDMA) ingesteld zal worden. De Staatscommissie is gevraagd om de status van XTC (MDMA) te onderzoeken in het kader van de volksgezondheid en om advies uit te brengen over de voor- en nadelen van medicinaal gebruik. Voor dit onderzoek en advies wordt van de commissie verwacht om vanuit verschillende disciplines analyses uit te voeren van de risico’s voor de gezondheid en van de preventie en de Europese context (inclusief relevante verdragen) [18]. In maart 2023 informeerde de Minister van VWS de Tweede Kamer dat de Staatscommissie XTC is ingesteld. De Staatscommissie XTC streeft ernaar om eind januari 2024 het advies aan te bieden aan de regering [19].

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. 29477-802. Geneesmiddelenbeleid: Brief regering: Voortgang medicinale cannabisbeleid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
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. T.K. 29477-813. Geneesmiddelenbeleid: Verslag van een schriftelijk overleg. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
12. 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
13. 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.
14. T.K. 29477-755. Geneesmiddelenbeleid; Brief regering; Beleidsinzet Medicinale Cannabis. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
15. Blokzijl L, De Groot E., Van Dijke T. Evaluatie Bureau voor medicinale cannabis. Utrecht: Bureau Berenschot; 2021.
16. 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.
17. 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.
18. T.K. 24077-500. Drugsbeleid: Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag; Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
19. T.K. 24077-512. Drugsbeleid: Kamerbrief over instelling Staatscommissie MDMA. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.

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 synthetische 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 vergunningsplichtig. 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. Op grond van artikel 10a van de Opiumwet kan alleen worden opgetreden 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 het Openbaar Ministerie (OM), de politie, de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), het Nederlands Forensisch Instituut (NFI), de Douane, de Koninklijke Vereniging van de Nederlandse Chemische Industrie en het Verbond van Handelaren in Chemische Producten. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is bij de Expertgroep agendalid en het Ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) verzorgt het secretariaat. 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].

Bronnen

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. 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 werd in toenemende mate gebruikt als roesmiddel en partydrug (zie § 13.3). Dit brengt gevaren voor de volksgezondheid en de samenleving met zich mee, blijkt 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 is verboden. Kleine ampullen met lachgas voor bereiding van voedsel mogen met een maximum van tien ampullen aan particulieren van 18 jaar of ouder worden verkocht door de detailhandel. Ampullen die bij de detailhandel zijn gekocht, mogen niet aan derden worden doorverkocht.
- De Raad van State heeft in 2022 afgeraden een algemeen lachgasverbod in te voeren, omdat lachgas veel legale toepassingen kent en er dus veel uitzonderingen op algemeen verbod moeten worden gemaakt. 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 uit de ondermijningsgelden 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. Daardoor kon er dus op die grond ook niet meer tegen opgetreden. 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 (naar verwachting) ook goed voor het tegengaan van lachgasgebruik in het verkeer. Het gebruik van lachgas in het verkeer kan moeilijk worden aangetoond, omdat lachgas niet aantoonbaar is in bloed, urine, adem of speeksel van de bestuurder en het directe effect van lachgas is kortdurend. 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 om het signalen en vaststellen van middelengebruik in het verkeer te verbeteren. Rondom lachgas wordt een onderzoek naar het vaststellen van lachgas in de ademlucht uitgevoerd door TNO, Maastricht Universitair Medisch Centrum en Leiden Universiteit Medisch Centrum. De resultaten van dit onderzoek worden eind 2023 verwacht [5]. Daarnaast is er is er aandacht voor voorlichting. Zo werd de campagne «Rij Ballonvrij» in november 2020, 2021 en in 2022 uitgevoerd [6].
- Het inwerkingtreden van het verbod in de Opiumwet heeft gevolgen gehad 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 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 preventiem jongeren om hen te wijzen op de risico's van het gebruik van lachg ormatieproducten 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.
- Tussen 2019 en 2022 is het lachgasgebruik in Nederland gedaald. Op dit moment is (nog) niet bekend in hoeverre het verbod op lachgas bijgedragen heeft aan deze daling. Zie ook Trimbos.nl | Lachgas.

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. Nationale Politie . Opsporing en vervolging lachgasverbod per 1 juli 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.politie.nl/nieuws/2023/juli/1/opsporing-en-vervolging-lachgasverbod-per-1-juli-2023.html
6. 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.
7. 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

Strafrechtelijke en bestuurlijke aanpak 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. Het gaat ook om de ondermijnende werking daarvan, zoals het witwassen van de criminele winsten, criminele investeringen in vastgoed, gebruik van geweld in het openbaar, corruptie en bedreiging van journalisten, advocaten en gezagsdragers.
- De aandacht wordt behalve op de delicten en de daders in de drugsindustrie ook gericht op de criminele dienstverleners en de onderliggende gelegenheidsstructuren. 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 (OM), 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 meermaals aanvullende 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 euro per jaar (vanaf 2022). In 2021 is vervolgens voor 2022 524 miljoen euro beschikbaar gesteld, waarvan 434 miljoen euro structureel [2]. Volgens het Coalitieakkoord 2021-2025 wordt het beleid aangaande georganiseerde ondermijnende criminaliteit voortgezet en verstevigd. Hiervoor wordt nogmaals 100 miljoen euro structureel beschikbaar gesteld.

In opdracht van het WODC voerden Arena Consulting en Pro Facto een onderzoek uit naar de stand van zaken in de bestuurlijke aanpak van georganiseerde criminaliteit in 2022. De vorige meting van dit onderzoek vond plaats in 2016. Uit het onderzoek over het jaar 2022 is het volgende gebleken [3] :

- Gemeenten geven, net als in 2016, nog altijd een hoge prioriteit aan de aanpak van

drugscriminaliteit. Daarnaast geven gemeenten in vergelijking met 2016 in 2022 meer aandacht aan andere vormen van georganiseerde criminaliteit, zoals witwassen of mensenhandel [3].

- Naast een verhoogd bewustzijn is ook de bestuurlijke en organisatorische verankering van de aanpak van georganiseerde criminaliteit verstevigd. In vrijwel alle gemeenten is een integraal veiligheidsplan vastgesteld. In deze plannen speelt de gemeente een steeds grotere rol in de aanpak. De borging van de continuïteit en kwaliteit van de lokale organisatie blijkt echter wel kwetsbaar [3].
- In vergelijking met 2016 is de samenwerking in RIEC-verband verbeterd en geprofessionaliseerd. De RIEC's hebben nu een vaste positie in de ondersteuning van de bestuurlijke aanpak en de bevordering van de integrale aanpak. De auteurs zien hierbij dat de samenwerking in RIEC-verband op diverse manieren ingevuld wordt (soms treden ze op als adviseur, in andere gevallen als projectleider). Gemeenten zijn tevreden over zowel de samenwerking met de RIEC's als de instrumenten, diensten en producten die RIEC's aanbieden. Door tijd- en capaciteitsgebrek komen gemeenten er echter niet altijd aan toe om de instrumenten, diensten en producten in te zetten [3].
- Een knelpunt binnen de samenwerking tussen gemeenten, politie, RIEC's en andere gemeenten is de informatiedeling. Op grond van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) mag informatie slechts onder bepaalde omstandigheden gedeeld worden. Vanwege onduidelijkheid over deze omstandigheden, is men hier terughoudend in [3].
- In de strategie rondom de bestuurlijke aanpak van georganiseerde criminaliteit heeft een kentering plaatsgevonden. Waar in 2016 de nadruk vooral lag op het in RIEC-verband aandragen van zaken, verschoof in 2022 de focus naar de preventie van georganiseerde criminaliteit bij specifieke doelgroepen en/of gebieden. Daarnaast is de aanpak in 2022 meer integraal dan in 2016 [3].
- De precieze rol van de gemeenten bij de aanpak van georganiseerde criminaliteit is niet formeel (wettelijk) vastgelegd, waardoor de rolopvatting per gemeente verschilt, alsmede de aanpak van georganiseerde criminaliteit (door gemeenten). Een duidelijke rolverdeling is belangrijk voor een integrale aanpak van de politie, het OM, gemeenten en andere partners. Doordat de nieuwe rol van gemeenten binnen de bestuurlijke aanpak van georganiseerde criminaliteit meer nadruk legt op preventie, wordt in het onderzoek een heroriëntatie van het strafrecht en het Rijk geadviseerd [3].
- Er is een aanscherping nodig van de beleidstheorie achter de bestuurlijke aanpak van georganiseerde criminaliteit. Bij deze aanscherping moet in ieder geval rekening worden gehouden met de wettelijke verankering van de taak of primaire rol die gemeenten hebben in de bestuurlijke aanpak, de integrale aanpak binnen de gemeenten, de criteria voor wat een gemeente in huis moet hebben voor de bestuurlijke aanpak, de kaders voor basisvoorzieningen van RIEC's en duidelijkheid over financiering [3].

De Universiteit Maastricht en Erasmus Universiteit Rotterdam onderzochten de aanpak van georganiseerde criminaliteit in de periode 2019-2022. Voor dit onderzoek zijn dertien regionale projecten geselecteerd die zich bezighouden met de aanpak van georganiseerde criminaliteit [4] . Hoewel in het onderzoek is geconcludeerd dat in een korte tijd veel voortgang is geboekt in de aanpak van georganiseerde criminaliteit, lopen professionals in de uitvoeringspraktijk tegen zes uitdagingen aan:

- *Capaciteit en competenties:* voor de uitvoering van projecten is het van belang dat er

voldoende capaciteit beschikbaar is en dat tevens de benodigde expertise aanwezig is. De capaciteit lijkt niet duurzaam geborgd te zijn. Investeringen die gedaan zijn om de capaciteit te vergroten, hebben vaak een projectmatig en tijdelijk karakter. Daarnaast is het ook lastig gebleken om de cruciale expertise (bijvoorbeeld op het terrein van intelligence of data-analyse) duurzaam aan de projecten te binden [4].

- *Draagvlak:* de uitvoering van de projecten is sterk afhankelijk van het draagvlak van alle betrokken partijen voor de aanpak van georganiseerde criminaliteit. Hoewel de projecten in het onderzoek wel 'gedragen' worden, kan het wegens toenemend wantrouwen jegens de overheid moeilijker worden om draagvlak te creëren bij partijen die geen onderdeel van de overheid zijn (zoals private partijen) [4].
- *Grenzen verleggen en bewaken*: enkele projecten in het onderzoek maken gebruik van innovatieve methoden waarbij grootschalige databestanden (big data) worden ingezet. Bij deze projecten ontstaat een spanningsveld waarbij enerzijds de grenzen opgezocht worden en anderzijds ook aandacht moet zijn voor de bewaking van ethische en juridische grenzen. Op dit gebied ontstaan de meeste uitdagingen rondom informatie-uitwisseling (tussen publieke en private partijen) en gegevensbescherming. Volgens respondenten van publieke en private partijen zijn aanpassingen in het wetgevingsinstrumentarium noodzakelijk om stappen te kunnen zetten rondom de informatie-uitwisseling tussen beide partijen [4].
- *Integraal samenwerken:* publiek-private samenwerkingsverbanden blijken aan kracht en dynamiek in te boeten zodra publieke partijen te nadrukkelijk de boventoon en regie gaan voeren. Om te waken voor het gevaar dat private partijen afhaken in deze samenwerkingen, lijkt het een oplossing om hen een grotere rol in de besluitvorming en regie van projecten te geven [4].
- *Manoeuvreren in de Nederlandse overlegcultuur:* binnen verschillende projecten is de organisatie van de aanpak van georganiseerde criminaliteit gedifferentieerd en verdeeld over verschillende partijen. Om het overzicht te bewaren wordt in verschillende gremia overlegd. De hoeveelheid overleggen leidt echter niet tot een grotere slagvaardigheid [4].
- *Leren in de versterkingsbeweging*: de projecten hebben in de periode 2019-2022 belangrijke lessen opgeleverd, zoals het belang van een goed communicatieplan vanaf de start van een project en het belang van de borging van personeel en expertise. Over de projecten heen ontbraken echter de sturing en coördinatie om geleerde lessen op te pakken en het leervermogen van organisaties te vergroten [4].

In reactie op deze bevindingen heeft de Minister van Justitie en Veiligheid (JenV) enkele acties benoemd [5]:

- Met het oog op de borging van capaciteit en competenties zijn structurele middelen geïntroduceerd. Hiermee kan de benodigde expertise worden aangetrokken en vastgehouden.
- In het kader van de samenwerking tussen publieke en private partijen is eind 2022 het Actieprogramma Veilig Ondernemen 2023-2026 vastgesteld en aan de Kamer aangeboden [6] . De komst van Platforms Veilig Ondernemen zorgen er tevens voor dat er stappen gezet kunnen worden met publiek-private samenwerking in de regio.
- Voor de aanpak van georganiseerde criminaliteit zijn internationale samenwerkingsverbanden tevens van belang. Vanuit dit kader wordt fors geïnvesteerd in de internationale aanpak, hetgeen geleid heeft tot een 'Toekomstagenda Internationaal offensief tegen georganiseerde criminaliteit' [7].
- Tot slot schrijft de Minister dat, in het licht van een complexer speelveld en de structurele

financiering van de projecten, stilgestaan wordt bij de reeds functionerende samenwerkende instanties. In dit kader speelt het RIEC- en LIEC-bestel een belangrijke rol in de regionale en landelijke aanpak van georganiseerde criminaliteit. Voor de toekomst ligt er een uitdaging om de werkwijze van de RIEC's en LIEC's verder te optimaliseren, zodat er duidelijkheid is over de rol en de positie van RIEC's en dat partners weten wat in het RIEC- en LIEC-bestel verwacht kan worden [5].

In 2023 deed de Erasmus Universiteit Rotterdam tevens onderzoek naar de vraag hoe de overheid zelf onbedoeld bijdraagt aan de georganiseerde (drugs)criminaliteit in Nederland. De onderzoekers concludeerden dat er drie mogelijke katalysatoren zijn waarmee de overheid mogelijk onbedoeld georganiseerde (drugs)criminaliteit kan faciliteren: [8]

- De eerste katalysator betreft de prioriteit die de overheid legt bij het drugs- en criminaliteitsbeleid. Door bijvoorbeeld in het beleid de nadruk te leggen op specifieke typen drugs, kunnen criminele groepen mogelijk uitwijken naar typen drugs die minder prioriteit krijgen [8].
- De tweede katalysator betreft structurele kenmerken van de organisatie van de overheid. Voorbeelden hiervan zijn een beperkt leer- en reflectievermogen, symptoombestrijding in plaats van de aanpak van de oorzaken van georganiseerde (drugs)criminaliteit, verkokering van de aanpak of capaciteitsproblemen bij betrokken organisaties [8].
- De derde katalysator is de manier waarop de overheid toezicht houdt op het drugs- en criminaliteitsbeleid of dit achterwege laat. Het is mogelijk dat vooral tussen verschillende sectoren, locaties of producten lacunes ontstaan. Hierdoor is het mogelijk dat ingrijpen op een specifieke locatie of markt tot verplaatsingseffecten leiden richting locaties of markten die niet gereguleerd zijn [8].

In de aanpak van georganiseerde criminaliteit kan Nederland mogelijk leren van de Italiaanse aanpak van de maffia. Daarom is in 2023 is door de Rijksuniversiteit Groningen de Italiaanse strafrechtelijke en strafvorderlijke antimaffiawetgeving in kaart gebracht [9]. Dit onderzoek concludeert dat het wenselijk is om de georganiseerde, ondermijnende criminaliteit in Nederland uitvoeriger te onderzoeken om tot een meer precieze definitie van het te bestrijden fenomeen te komen. Verder wijst het onderzoek op de volgende aanknopingspunten voor de Nederlandse situatie:

- Het nationale antimaffiaparket coördineert in Italië alle strafrechtelijke onderzoeken naar maffiaorganisaties. Een landelijke coördinatie zou de fragmentatie van de aanpak van georganiseerde criminaliteit in Nederlandse kunnen tegengaan [9].
- De Italiaanse equivalent van de kroongetuigenregeling kan ter inspiratie dienen voor een aanscherping van toezeggingen die in Nederland aan kroongetuigen worden gedaan en beperken van de onderhandelingsruimte rondom plaatsing in een beschermingsprogramma in Nederland [9].
- Italiaanse autoriteiten kunnen preventieve (vermogens)maatregelen nemen tegen personen die gevaarlijk worden geacht voor de openbare orde, nog voordat (of zonder dat) een strafbaar feit is vastgesteld: preventieve beslagneming op en confiscatie van bezittingen van verdachten wordt zeer frequent toegepast in Italië. In Nederland ligt op dit moment een wetsvoorstel in inbeslagneming en confiscatie zonder rechterlijke veroordeling bij de Raad van State (Wet confiscatie criminele goederen) [9].

Breed offensief tegen de georganiseerde ondermijnende criminaliteit (BOTOC)

- Om de aanpak te versterken is het Ministerie van JenV in 2017 gestart met een Breed offensief tegen de georganiseerde ondermijnende criminaliteit (BOTOC) [10]. De plannen voor het brede offensief zijn neergelegd in een Contourenplan [11,12] en verder uitgewerkt in een brief aan de Tweede Kamer in juni 2020 [13]. Zij behelsden naast bewaking en beveiliging onder meer de inrichting van een Multidisciplinair Interventie Team (MIT, zie hieronder voor meer informatie), het tegengaan van normalisering van drugsgebruik en preventie van drugsgebruik, en het versterken van maatschappelijke weerbaarheid [13]. Het streven is een samenhangende aanpak, van een als één optredende overheid waarbij alle betrokken (private) partijen samenwerken. De doelen zijn: het voorkomen en verstoren van het verdienmodel voor georganiseerde criminaliteit en het doorbreken van criminele machtsstructuren, het adequater bestraffen van daders en het beschermen van getuigen in zaken van georganiseerde criminaliteit [8].
- Er zijn 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 [14,15]. 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 [16]. Er zijn bijvoorbeeld integrale plannen uitgewerkt voor de aanpak van uithalers (personen die de drugs uit bijvoorbeeld vrachtcontainers in havens halen), de inzet van technologische hulpmiddelen, het overnemen van panden die het risico lopen om gebruikt te worden als wietkwekerij of drugslab, de beveiliging van terreinen, en het tegengaan van oneigenlijk (toegangs)pasgebruik [17]. Er zijn ook projecten die zich richten op het vergroten van de weerbaarheid van ondernemers, onder wie boeren, tegen drugscriminaliteit [18].
- In 2020 is het 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 de politie, het OM, de Douane, de Belastingdienst, de FIOD, de 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 [19,20].
- Het tegengaan van normalisering van drugsgebruik en preventie van drugsgebruik is vooral een taak van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wegens risico’s voor de volksgezondheid (zie voor het beleid van het Ministerie van VWS ook § 2.4). De Minister van JenV benadrukt dat drugsgebruik en de vraag naar drugs, de illegale drugsindustrie en het aanbod van drugs in stand houdt, met alle misstanden die dat met zich meebrengt. Zowel de Minister van JenV als de Staatssecretaris van VWS vindt dat er een mentaliteitsverandering moet komen ten opzichte van het gebruik van drugs [21]. Dit betreft vooral uitgaansdrugs. Het terugdringen van drugsgebruik is één van de speerpunten van de kabinetsbrede aanpak [19] [22].

- De preventieve aanpak van het Ministerie van JenV [23] 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 [13]. Deze jongeren komen vaak 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, de 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 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 [19] [16].
- In 2022 startten vijftien gemeenten met deze preventieve aanpak. Eind 2022 is dit aantal uitgebreid tot 23 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 [24].

Bestrijding drugssmokkel

- 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 [25]. Er zijn bijvoorbeeld extra camera’s en fysieke barrières geplaatst, en er is verder een biometrische toegangscontrole ingevoerd [19]. Er zijn daar publiek-private samenwerkingsverbanden actief waarin zowel overheidsdiensten als (lucht)haven-/veilingbedrijven en brancheorganisaties deelnemen.
- De samenwerking in internationaal verband wordt op allerlei manieren en niveaus versterkt, van regeringsniveau tot uitvoerend niveau [19][7]. 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’.
- In 2023 kondigde de staatssecretaris Toeslagen en Douane aan dat de Nederlandse en Belgische douanes nauwer en intensiever gaan samenwerken. Veel van de drugscriminaliteit in Antwerpen vindt zijn oorsprong (deels) in Nederland. Onder de naam ‘Taskforce Cocaïnestromen (TFC) Project Fortius’ streven de Nederlandse en Belgische douanes (samen met andere partijen zoals de politie en het OM) ernaar om de Antwerpse haven minder aantrekkelijk te maken voor Nederlandse drugscriminelen. De samenwerking betreft ook de plaatsing van een vaste risico-analist van de Nederlandse douane in Antwerpen en de

uitwisseling van scanbeelden afkomstig van beeldherkenningssystemen [26].
- De Douane heeft in 2022 tevens extra capaciteit gekregen voor de aanpak van ondermijnende criminaliteit. Dit is onder andere ingezet in een versterking met de partnerdiensten in het buitenland en een versterking in de capaciteit voor controle en toezicht (bijvoorbeeld de inzet van drugshonden, het uitvoeren van douane-toezicht met cameradrones en samenwerking met ketenpartners in de havens) [27].

Ondersteuning beleid rondom ondermijnende criminaliteit

- 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 Aanjaag Team Ondermijning (ATO). Daarna zijn de werkzaamheden overgenomen door het LIEC en het Directoraat-Generaal Ondermijning (DGO) dat in 2020 bij het Ministerie van JenV opgericht is om de regie te voeren op de integrale aanpak van ondermijnende criminaliteit [28].
- 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 onder meer onderzoek uitgevoerd naar de factoren die het vestigingsklimaat voor drugscriminaliteit in Nederland aantrekkelijk maken voor de productie en doorvoer van drugs [29], en zijn de al eerder genoemde projecten in gemeenten, naar het voorkomen dat jongeren in de criminaliteit terecht komen, onderzocht [16]. Daarnaast loopt er een meerjarig multidisciplinair onderzoeksprogramma naar de vraag welke mechanismen eraan bijdragen dat jongeren betrokken raken bij zware en georganiseerde criminaliteit, teneinde handvatten op te leveren om het probleem aan te pakken [13].
- 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 [30]. 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 [19]. 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 [19]. Dit was ook al gebleken uit een overzichtsstudie naar het beleid inzake georganiseerde drugscriminaliteit in de jaren 1995-2020 [31]: er zijn wel cijfers, maar de interpretatie daarvan is lastig omdat de context vaak ontbreekt [32] [31]. Uit het onderzoek bleek ook dat het beleid in die tijd versnipperd was over verschillende instanties en afdelingen.
- In 2022 informeerde de Minister van JenV de Tweede Kamer over de wens om de effectiviteit van het opsporen en vervolgen van zware criminelen te verbeteren [33]. In dit kader kondigde de Minister van JenV enkele voorstellen aan om de kroongetuigenregeling te verbeteren en deze doeltreffender te maken. Deze voorstellen omvatten onder andere een verbreding van de potentiële doelgroep voor de kroongetuigenregeling, wijzigingen in de rechterlijke toets zodat de rechter-commissaris minder onder tijdsdruk de toets kan uitvoeren, en het bevorderen van de veiligheid van de kroongetuigen en de stelsels die deze veiligheid waarborgen. Op dit moment worden deze voorstellen nog nader uitgewerkt.

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 [10]. Hier worden enkele voorbeelden genoemd:

- De '*Wet herwaardering strafbaarstelling actuele delictsvormen*' is per 1 januari 2020 in werking getreden [34]. 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 [35,36]. Hierin worden verschillende zaken geregeld, zoals i) een verhoging van de strafmaat voor bedreiging van twee naar drie jaar gevangenisstraf (per 1 januari 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 januari 2022) (zie § 2.1).

Aanpak georganiseerde criminaliteit tijdens detentie

Een deel van de criminelen zet de criminele activiteiten voort tijdens detentie. Ter bestrijding van deze vorm van ondermijnende criminaliteit is de taskforce 'Aanpak georganiseerde criminaliteit tijdens detentie en berechting' opgericht [37]. Door deze taskforce zijn meerdere maatregelen getroffen of in gang gezet om te voorkomen dat gedetineerden tijdens hun detentie hun criminele activiteiten voortzetten. Deze maatregelen hebben bijvoorbeeld betrekking op de bouw van extra videoruimtes in de Extra Beveiligde Inrichtingen (EBI's) en aangescherpte regels met betrekking tot communicatiemogelijkheden van de gedetineerde met de buitenwereld.

In het kader van de aanpak van georganiseerde criminaliteit tijdens detentie kondigde de Minister van Rechtsbescherming in mei 2023 aan om een wetsvoorstel in te dienen voor een wijziging van de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) [37]. Het doel van deze wetswijziging is om de samenleving en democratische rechtsstaat beter te beschermen tegen gedetineerden met een hoog risico om hun criminele activiteiten voort te zetten tijdens hun detentie. Het wetsvoorstel maakt het mogelijk om de communicatie van deze gedetineerden met de buitenwereld tijdelijk in verregaande mate te beperken. Tevens maakt het wetsvoorstel het mogelijk dat personen met wie deze gedetineerden willen bellen, zich moeten melden bij een aangewezen locatie. Visueel toezicht op gesprekken tussen deze gedetineerden en hun advocaten, alsmede een maximum aantal advocaten met wie deze gedetineerden contact mogen hebben, maken ook deel uit van het wetsvoorstel. Het wetsvoorstel is

in juni 2023 ingediend. In deze maand heeft de Raad van State ook een advies over dit wetsvoorstel uitgebracht [38]. In dit advies wordt onder andere de wens geuit van een grondige evaluatie van de maatregelen (binnen drie jaar). Daarnaast vraagt de Raad van State bijzondere aandacht voor de balans tussen veiligheid en de rechten van gedetineerden en de rolverdeling tussen de Minister en de vestigingsdirecteur van de Penitentiaire Inrichting (PI) [38]. De behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer is in voorbereiding [39].

De strafrechtelijke aanpak is de afgelopen jaren verder versterkt. Daarbij worden mogelijkheden onderzocht om een bepaald type verdachte en veroordeelde anders te behandelen. Hierbij speelt de aanpak van voortgezette criminele activiteiten door gedetineerden een grote rol. In dit kader hebben de Erasmus Universiteit Rotterdam en de Vrije Universiteit Amsterdam onderzocht welke lessen Nederland kan leren van de maffia-aanpak in Italië, specifiek het Italiaans 41-bis-detentie regime [40]
.

- De onderzoekers concluderen dat veel elementen uit het 41-bis-regime specifiek toezien op de Italiaanse context (wat betreft het rechtsstelsel, de samenleving en de samenstelling van de gedetineerdenpopulatie) [40].
- Desalniettemin zijn er enkele elementen die mogelijk interessant zijn voor het Nederlandse EBI-regime. Dit betreft bijvoorbeeld het zogenaamde Gruppo Operativo Mobile (GOM)-personeel dat toeziet op de detentie-uitvoering van 41-bis-gedetineerden én consequent toezicht houdt op het gedrag en de contacten van gedetineerden. Ook de nauwe samenwerking tussen detentie-uitvoering en opsporing én het consequente gebruik van videoconferenties voor rechtszittingen zijn interessante elementen voor de Nederlandse praktijk [40].
- Er zijn enkele relevante verschillen tussen het Italiaanse 41-bis-regime en de Nederlandse aanpak. In de Italiaanse aanpak blijkt er geen tot beperkte ruimte te zijn voor maatwerk. Voor alle gedetineerden onder het 41-bis-regime gelden dezelfde beperkingen, waar in Nederland juist waarde gehecht wordt aan maatwerk. Een tweede relevant verschil heeft betrekking tot de exit-strategie. Binnen het 41-bis-regime wordt niet stapsgewijs gewerkt aan terugkeer naar de samenleving. Dit is een groot verschil met de Nederlandse aanpak waarin veel aandacht uitgaat naar resocialisatie van gedetineerden [40].

Drugsbestellingen via internet

Zie voor meer informatie ook § 16.2.2.

Drugs worden in toenemende mate digitaal besteld en in postpakketten naar het buitenland verstuurd [41]. Om dit probleem aan te pakken wordt onderzocht of een gezamenlijk postteam kan worden opgezet om de samenwerking tussen de Douane en politie te intensiveren. Het samenwerkingsverband krijgt geen zelfstandige bevoegdheden of taken.

- Het Post Interventie Team (PIT) van de politie is bezig met de aanpak van illegale handel op internet, het dark web en illegale handel via postpakketten. De Nederlandse politie heeft samenwerkingsverbanden met post- en pakketdiensten met de politie en douane-organisaties van de Verenigde Staten en Australië, die zullen geïntensiveerd worden. Het PIT werkt ook intensief samen met de Douane [42]. De Douane werkt nauw samen met de douane-organisaties van diverse bestemmingslanden (zoals de Verenigde Staten en Australië) 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 politie en buitenlandse politiediensten bestaan goede samenwerkingsverbanden [43].

- Er is geen controle door de Douane op de stroom van postpakketten binnen de EU, omdat daar het vrij verkeer van goederen geldt. Toch wordt bekeken hoe het onderscheppen van postpakketten met (synthetische) drugs verbeterd kan worden. In deze context heeft de Douane het toezicht op post in 2021 fors geïntensiveerd. Via samenwerkingsnetwerken tussen Nederland, België, Duitsland en Luxemburg is een project gestart 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 (naast de douanes zijn hier ook andere partijen bij betrokken). Daartoe wordt bekeken op welke plaatsen in het proces barrières kunnen worden opgeworpen [43].
- 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 (‘briefgeheim’). 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 [43].

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. Smits J, Struiksma N, Diekema M, Venrooij B. Monitor bestuurlijke aanpak van georganiseerde criminaliteit: De stand van zaken in 2022. Den Haag: WODC; 2022.
4. 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.
5. T.K. 29911-417. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Halfjaarbrief aanpak georganiseerde, ondermijnende criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
6. T.K. 29911-385. Beslisnota inzake Vaststelling Actieprogramma Veilig Ondernemen 2023-2026. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
7. T.K. 29911-355. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Toekomstagenda internationaal offensief tegen georganiseerde criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
8. van Wingerde K, Bisschop L, Brongers F. Onbedoeld ondermijnen: Verkennend onderzoek naar de wijze waarop de Nederlandse overheid onbedoeld de georganiseerde drugscriminaliteit kan faciliteren. Den Haag: WODC; 2023.
9. Peters LJJ. Hoofdlijnen van bestrijding van maffiacriminaliteit in Italië. Groningen:

Rijksuniversiteit Groningen; 2023.
10. T.K.29911-180. Bestrijding georganiseerde criminaliteit: Brief Regering: Actie-agenda aanpak ondermijning. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2017.
11. 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.
12. T.K.29911-254. Bestrijding georganiseerde criminaliteit: Brief regering: Contouren breed offensief tegen georganiseerde ondermijnende criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
13. 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.
14. 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.
15. T.K.29911-292. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Voortgang aanpak ondermijnende criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
16. 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.
17. T.K.29911-309. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Extra ondersteuning logistieke knooppunten. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
18. 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.
19. T.K. 29911-379. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Najaarsbrief georganiseerde, ondermijnende criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. T.K.24077-456. Drugbeleid: Brief regering: Voortgangsbrief drugspreventie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
24. TK 28741-86. Jeugdcriminaliteit; Brief regering; Brede preventieaanpak (georganiseerde en ondermijnende) jeugdcriminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten Generaal; 2022.
25. T.K. 24077-504. Drugbeleid; Brief regering; Plan van aanpak drugssmokkel via mainports. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
26. Rijksoverheid. Toespraak staatssecretaris de Vries bij presentatie drugscijfers Antwerpen [Internet]. 2023. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2023/01/10/toespraak-staatssecretaris-au

kje-de-vries-bij-presentatie-drugscijfers-antwerpen-op-10-januari-2023
27. Douane. Jaarrapportage Douane 2022. Den Haag: Ministerie van Financiën; 2023.
28. 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.
29. T.K.29911-315. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Themastudie georganiseerde criminaliteit en Nationale Veiligheid . Den Haag:Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
30. Abraham, M. Nauta, O. Hofstra, D. Pluijm, M. . Indicatoren drugscriminaliteit: Verkenningsstudie naar een monitor drugscriminaliteit en daarop gerichte overheidsinterventies. Amsterdam: DSP; 2022.
31. 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.
32. T.K.29911-329. Reactie op het rapport 25 jaar bestrijding drugscriminaliteit; Bijlage bij kamerstuk . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
33. T.K. 29911-380. Bestrijding georganiseerde criminaliteit: Brief van de Minister van Veiligheid en Justitie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. T.K. 29911-418. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Tweede voortgang aanpak georganiseerde criminaliteit tijdens detentie en berechting. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
38. Stc-16130. Advies Raad van State inzake Wijziging van de Penitentiaire beginselenwet in verband met aanvullende maatregelen tegen georganiseerde criminaliteit tijdens detentie. Den Haag: Raad van State; 2023.
39. T.K. 36372. Wijziging van de Penitentiaire beginselenwet in verband met aanvullende maatregelen tegen georganiseerde criminaliteit tijdens detentie [Internet]. 2023. Available from: https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2023D31055.
40. Struijk S, Meijer S, Verrest P, Calderoni F. Vergelijkend onderzoek Italiaans 41-bis detentieregime. Den Haag: WODC; 2023.
41. Douane. Douane - Drugsvangsten 1e helft 2022. 2022.
42. T.K.31934-35. Douane; Brief regering; Stand van zaken Douane. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
43. 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 de politie, bijzondere opsporingsdiensten en het Openbaar Ministerie (OM).

- Een drugsafvaldumping moet zo snel mogelijk worden opgeruimd 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. Daders van drugsafvaldumpingen blijven meestal buiten beeld, waardoor zij de verantwoordelijkheid voor hun overtreding en de gevolgschade ontlopen.
- Gedupeerden van een drugsdumping kunnen bij BIJ12 een subsidie aanvragen voor de opruimkosten van het drugsafval. BIJ12 verleent deze subsidies namens de provincies. Het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) voorziet deze subsidieregeling sinds 2021 jaarlijks van financiële middelen. Per 1 maart 2023 is deze subsidieregeling verruimd [1]. Voor private partijen is 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]. Deze regeling loopt eind 2024 af.
- Naast de subsidieregeling via de provincies hebben het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (IenW) en de provincie Noord-Brabant speciale regelingen getroffen voor een aantal megadumpingen in deze provincie. Dit maatwerk was nodig, omdat de projectkosten als gevolg van zware bodem- en grondwatervervuiling zo hoog zijn opgelopen dat zij niet konden worden gedekt door de subsidieregeling [3].
- 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 schade en milieuschade van (de vaak anonieme) drugsdumpingen volledig kan dragen.
- Per 1 januari 2025 vervangt een nieuwe Rijksregeling de huidige subsidie- en maatwerkregelingen. Behalve de problematiek van kleinschalige drugsdumpingen, worden ook de problematiek van grootschalige lozingen én de opruimkosten van ontmantelde drugslaboratoriums hierin meegenomen. 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]. Daarnaast wordt met de Rijksregeling meer centrale regie over het proces van bodemsanering gevoerd. Dit is specialistische kennis die veel gedupeerden, met name particulieren en kleine gemeenten, niet hebben.
- Net als bij de huidige regeling gaat ook de toekomstige Rijksregeling uit van het principe van cofinanciering met medeoverheden. Als de dader bekend is, zoals in gevallen met een

aangetroffen drugslab meer waarschijnlijk het geval is, zijn er andere mogelijkheden om een 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 [4]. De vervuiler betaalt, blijft het uitgangspunt.
- Zie voor cijfers met betrekking tot drugsdumpingen § 16.3.3.

Bronnen

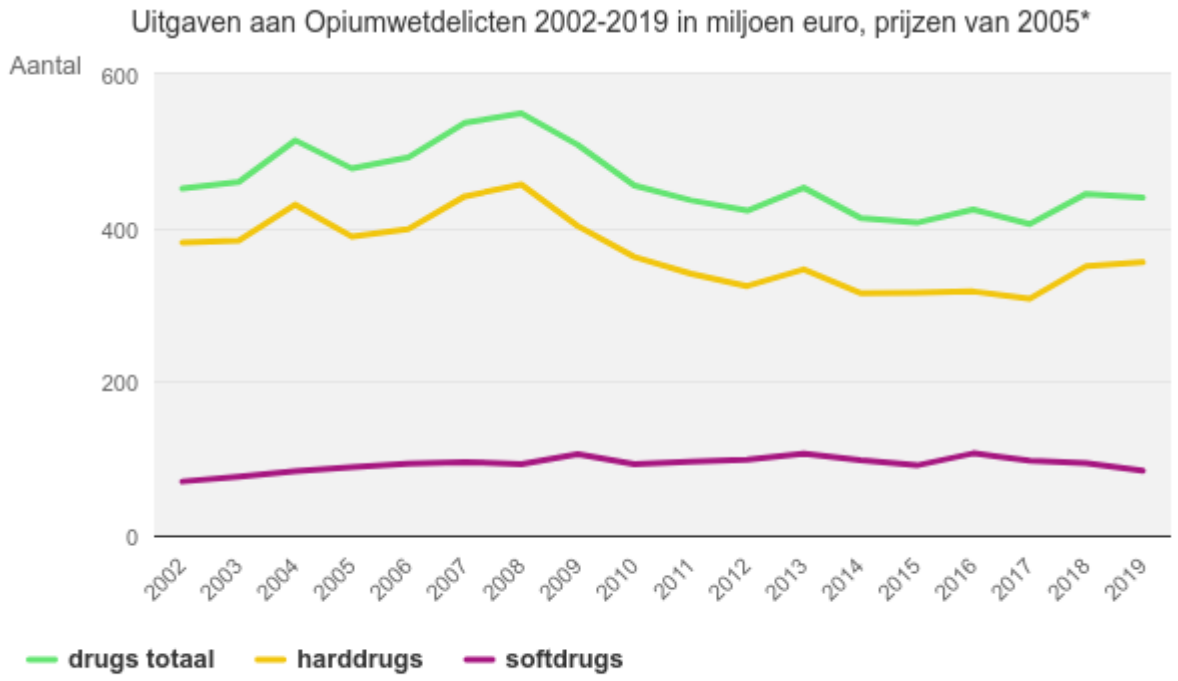
1. T.K. 24077-503. Drugbeleid; Brief regering; opvolging toezeggingen en moties drugsbeleid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
2. E.K.35564-C. Wijziging van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering en enige andere wetten in verband met versterking van de strafrechtelijke aanpak van ondermijnende criminaliteit (versterking strafrechtelijke aanpak ondermijnende criminaliteit); Memorie van antwoord. Eerste Kamer der Staten-Generaal; 2021.
3. Rijksoverheid. Meer vergoeding voor opruimkosten drugsafvaldumpingen [Internet]. 2022. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2022/10/21/meer-vergoeding-voor-opruimkosten-drugsafvaldumpingen
4. T.K.Aanhangsel-1479. Antwoord op vragen van het lid van Toorenburg over het bericht ‘crimineel hoeft niet te betalen voor opruimen eigen drugsafval’’.’ Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.

2.1.7.3 Uitgaven aan Opiumwetdelicten

De meest recente informatie over uitgaven aan Opiumwetdelicten gaat over het jaar 2021. Cijfers over 2022 zijn nog niet beschikbaar.

In 2021 is in totaal 641,7 miljoen euro uitgegeven aan de bestrijding van Opiumwetdelicten [1,2]. 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 waaronder speciale beveiligings- en opsporingsbedrijven) worden meegenomen. Aan preventie van Opiumdelicten wordt door verschillende partijen geld uitgegeven. Uitgaven gedaan inzake de preventie van drugsgebruik vallen onder het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (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 (22,9%). 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 (85,2% tegenover 14,8%).
- Om een beeld te krijgen van de trend in de uitgaven zijn in onderstaande 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 tot en met 2017 gedaald zijn, maar sinds 2018 weer stijgen. De uitgaven voor het bestrijden van softdrugsmisdrijven dalen sinds 2016.



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

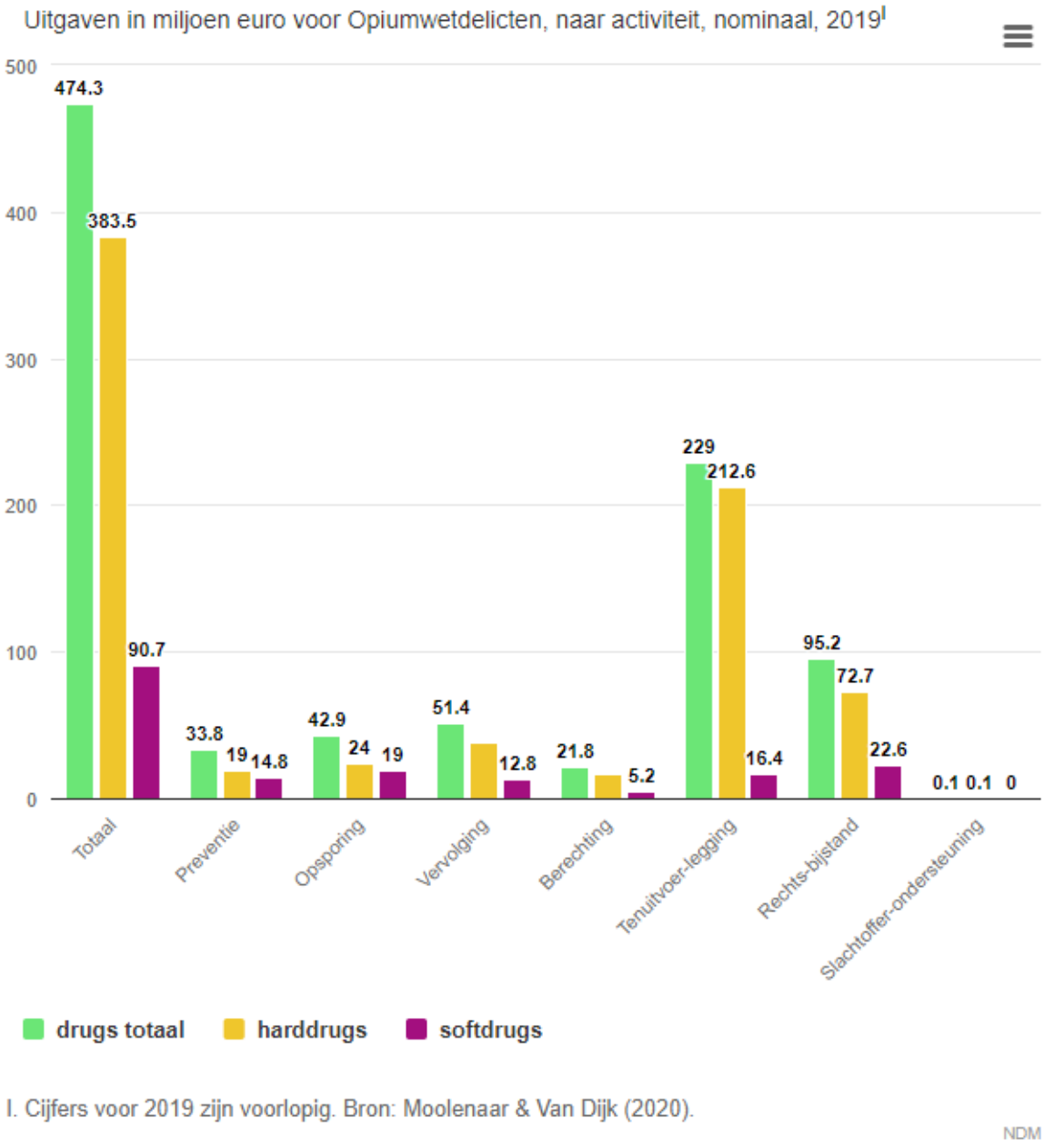
NDM

	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
2009	508	402,3	105,7

	drugs totaal	harddrugs	softdrugs
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 onderstaande 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 12,5% van de totale kosten van tenuitvoerlegging uit en staan bij deze kostenposten op de derde plaats na gewelds- en seksuele misdrijven (38,5%) en vermogensmisdrijven (29,4%).
- Tegenover de uitgaven staan 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 (een

organisatie die de betrouwbaarheid van personen en organisaties toetst een veilige rechtstaat), buitenlandse boetes en bestuurlijke boetes. Deze zijn niet gespecificeerd naar type delict.



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. Moolenaar DEG. Uitgaven aan sociale veiligheid. In: Moolenaar DEG, Choenni R, Van den Braak SW, editors. Criminaliteits en Rechtshandhaving 2022. Den Haag: WODC; 2023.

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

Zie voor meer informatie ook § 17.4.

Het beleid ten aanzien van problematische drugsgebruikers 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 [2,3]. 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 Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) moet daardoor worden verbeterd.
- Door de stelselherziening werd het Ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) verantwoordelijk voor de inkoop van de zorg voor verslaafden met een strafrechtelijke titel (dat was voorheen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (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 (onder meer 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

De Wet straffen en beschermen is op 1 juli 2021 voor het grootste deel in werking getreden [4].

- Op grond van deze wet wordt de voorwaardelijke invrijheidstelling (VI) niet meer automatisch verleend na twee derde van de straf te hebben uitgezeten. Gedrag tijdens detentie is zwaarder gaan 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" uit 2019 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. Het gevangeniswezen informeert 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 de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), de reclassering en regioadviseurs Zorg en Veiligheid. Deze teams ondersteunen de regio's bij de re-integratie [10].
- De wet zal vijf en tien jaar na de inwerkingtreding geëvalueerd worden. Om de evaluatie voor te bereiden is in 2020/2021 een vooronderzoek gedaan waarbij gekeken is naar de beschikbaarheid van te gebruiken indicatoren op grond van de onderliggende beleidstheorie die ook door de onderzoekers is opgesteld. Hierbij is ook verslaving/gebruik van alcohol en drugs meegenomen als indicator. Bovendien is een nulmeting in 2021 uitgevoerd [11].

Interventies in detentie

- Er is bij justitie (in gevangenissen en door reclassering) een interventie - Leefstijl 24/7 - 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. Het doel van deze interventie is dat gedetineerden inzicht krijgen in de patronen die leiden tot middelengebruik en delictsgedrag, 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 [12][13].

Inrichting voor stelselmatige daders (ISD; zie ook §17.4.2.)

- 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) hen behandeling te geven en interventies gericht op gedragsverandering aan te bieden.
- Informatie over de capaciteit voor het uitvoeren van de ISD-maatregel in 2021 en 2022 is niet beschikbaar. De meest recente informatie gaat over 2020: in de loop van dat jaar is de capaciteit voor het uitvoeren van de ISD-maatregel in de penitentiaire inrichtingen uitgebreid met 56 extra plaatsen in de Penitentiaire Inrichting (PI) Alphen aan den Rijn. In totaal waren er eind 2020 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).

In 2022 heeft onderzoeksbureau IVO een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de werkzame elementen in de opzet en uitvoering van de ISD [15].

- De beleidstheorie biedt volgens het onderzoek weinig kaders voor de manier waarop het zorg- en behandeldoel ingezet kunnen worden om de persoonlijke problematiek van ISD-ers te verminderen of op te lossen. Er lijkt tevens weinig aandacht in de beleidstheorie te zijn voor de zorg en behandeling aan de ene kant, en de detentie en beveiliging aan de andere kant [15].
- In de praktijk blijkt dat er veel lokale verschillen zijn tussen de manieren waarop instellingen het zorg- en behandeldoel inzetten. Hierbij is het zorg- en behandeldoel vaak ondergeschikt aan de beperkende setting van een PI. Daarnaast is de uitwerking van de wijze waarop men recidivevermindering bewerkstelligt, vaak beperkt [15].
- De vrijheidsbeneming zou de kans moeten bieden op een betere diagnostiek en om structuur aan te bieden in een therapeutisch klimaat, maar dit potentieel wordt volgens het onderzoek niet volledig benut, ondanks de motivatie en de inzet van het ISD-personeel [15].

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) [16].
- In 2019 is het veiligheidsbeleid aangescherpt. Zo is 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. 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 DJI is sinds begin 2019 een registratie van vondsten van contrabande (spullen die in PI verboden zijn, zoals drugs of wapens) bijgehouden [5]. Zie voor gegevens op basis van deze registratie § 17.4.1.
- 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].
- Daarnaast heeft de Kamer in juli 2023 een motie aangenomen waarin de regering de Landelijke Bijzondere Bijstandseenheid (LBB) van de Dienst Vervoer en Ondersteuning (DV&O) verzoekt om alle penitentiaire inrichtingen in Nederland onaangekondigd te controleren en de Kamer periodiek over de uitkomsten van deze controles te informeren [17].
- 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 (AIT), afgezonderd van de rest van de inrichting. Op die afdelingen kan verhoogd toezicht op gedragingen en contacten van gedetineerden worden gehouden. In 2023 zijn er vijf PI’s met een dergelijke afdeling. Op termijn komt er nog één bij [18]. 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 (EBI) 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 EBI tussen een gedetineerde en zijn advocaat [19]. Het wetsvoorstel is in juni 2023 ingediend. In deze maand heeft de Raad van State ook een advies over dit wetsvoorstel uitgebracht [20].

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. Homburg G, Verbeek E, Van de Grift M, Kuin M, Schuyt P. Voorbereiding evaluatie Wet straffen en beschermen . Amsterdam: Regioplan; 2021.
12. Ljulic V, Homburg G, Zoetelief I. Evidence-based interventies tijdens detentie. Amsterdam: Regioplan ; 2021.
13. 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.
14. Tollenaar N, Beerthuizen MGC, Drieschner JKH, Van der Laan AM. Effectiviteit van de ISD-maatregel. 2de replicatie. Den Haag: WODC ; 2019.
15. Martinelli T, Struijk S, Wits E, Barendregt C, van der Wolf M, Nagelhout G. Onbenut potentieel: Kwalitatief onderzoek naar werkzame factoren in de opzet en uitvoering van maatregel plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). Den Haag: IVO; 2022.
16. 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.

17. T.K. 24587-904. Justitiële Inrichtingen; Motie; Motie van het lid Ellian over de Landelijke Bijzondere Bijstandseenheid van de Dienst Vervoer en Ondersteuning alle penitentiaire inrichtingen in Nederland onaangekondigd laten controleren op contrabande. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
18. DJI. Afdeling Intensief Toezicht (AIT) [Internet]. 2023. Available from: https://www.dji.nl/justitiabelen/volwassenen-in-detentie/regimes-en-doelgroepen/afdeling-intensief-toezicht-ait
19. T.K. 29911-374. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Aanvullende maatregelen tegen georganiseerde criminaliteit tijdens detentie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
20. Stc-16130. Advies Raad van State inzake Wijziging van de Penitentiaire beginselenwet in verband met aanvullende maatregelen tegen georganiseerde criminaliteit tijdens detentie. Den Haag: Raad van State; 2023.

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].

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.

2.2 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.

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].

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].

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.

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.

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

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/verkoopunten-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

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

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.

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.

2.4 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[l] 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. l. 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

2.4.2 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].

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].

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

Volwassenen

Cannabisgebruik in het laatste jaar (2022)



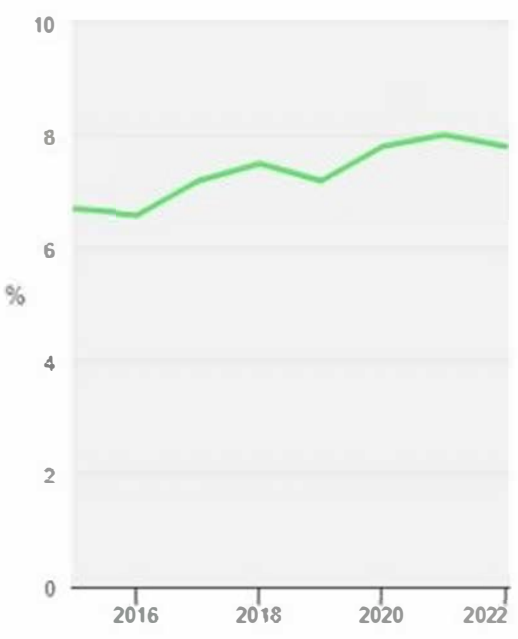
7,8%

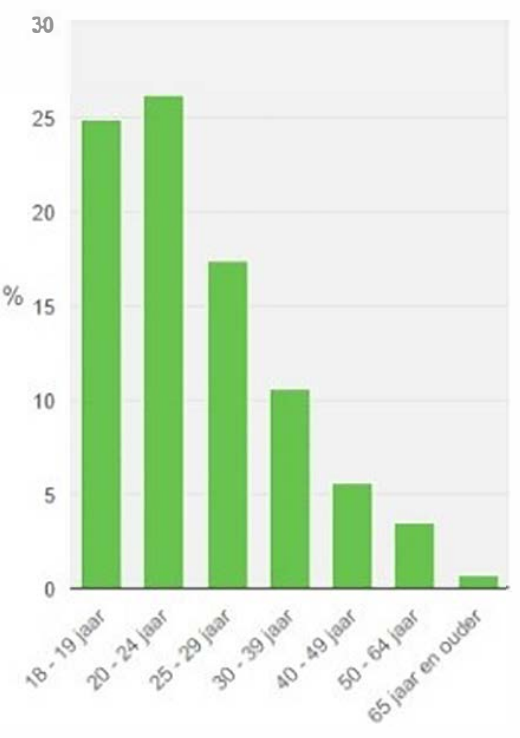


4,8%



10,9%





Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022

NDM

- In 2022 heeft 7,8% van de volwassenen in het laatste jaar cannabis gebruikt, dat zijn 1.090.000 mensen. Naar schatting gebruikte 1,5% van de volwassenen cannabis dagelijks of bijna dagelijks, dat zijn 210.000 mensen.
- Het laatste-jaar-gebruik van cannabis in de algemene volwassen bevolking bleef in 2022 op hetzelfde niveau als in 2021. Het gebruik is tussen 2015 en 2022 wel gestegen.
- Het percentage (bijna) dagelijkse cannabisgebruikers (20 dagen of meer in de afgelopen maand) bleef in 2022 op het zelfde niveau als in 2021. Ook vergeleken met 2015 bleef het percentage dagelijks gebruikers ongeveer gelijk.
- Meer mannen gebruiken cannabis dan vrouwen.
- Het laatste-jaar-gebruik van cannabis is het hoogst onder jongvolwassenen.
- In 2022 voldeed 1,7% van de volwassenen aan de criteria voor riskant cannabisgebruik. Dat komt neer op naar schatting 240.000 Nederlanders. Dit percentage is hoger dan in de voorgaande metingen in 2016, 2018 en 2020. Een kwart van de laatste-jaar-gebruikers voldeed in 2022 aan de criteria voor riskant cannabisgebruik en is daarmee ook gestegen ten opzichte van 2020.
- 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.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs	Hbo-wo-studenten	Uitgaanders
12-16 jaar	≥16 jaar	16-35 jaar
laatste jaar (2021)	laatste jaar (2023)	laatste jaar (2023)



8,9%



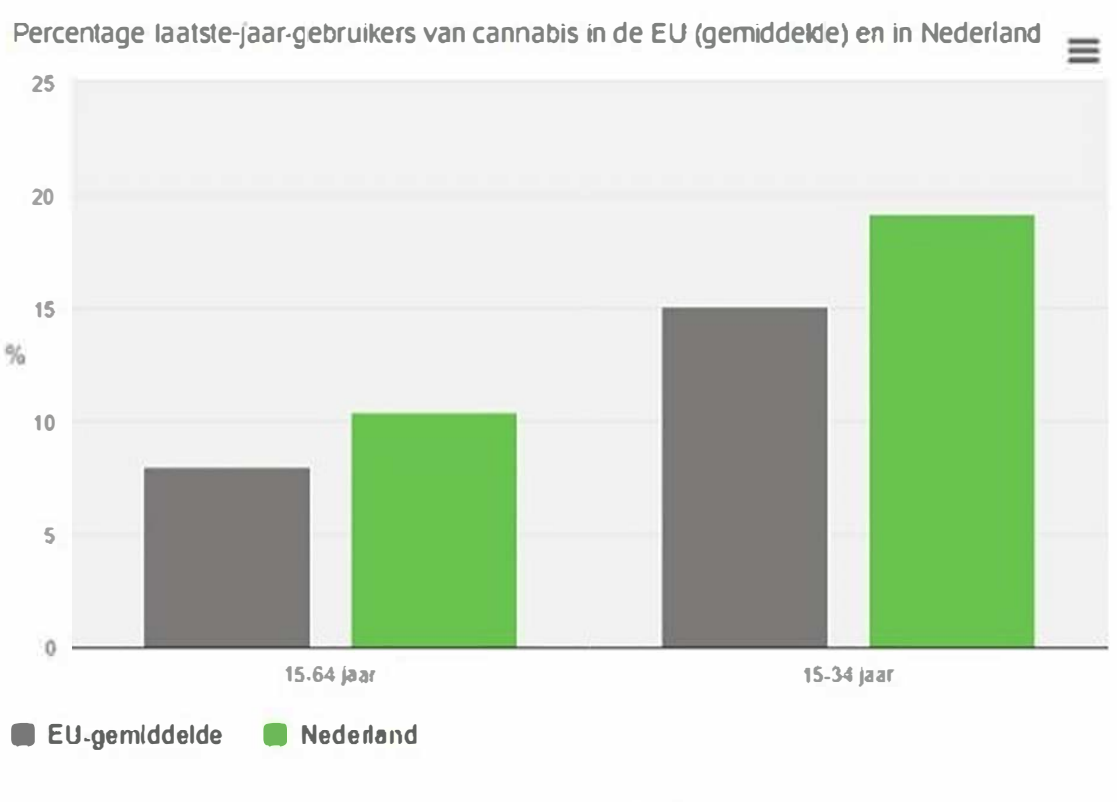
29%



46,9%

- Het cannabisgebruik van scholieren is vrijwel onveranderd sinds 2015, maar wel lager dan in 2003
- 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. In 2023 gebruikte bijna een derde van de studenten van van 16 jaar en ouder van het hbo en de universiteit cannabis in het afgelopen jaar. Bij 6% van de studenten was er sprake van frequent cannabisgebruik, dat betekent dat zij ten minste één keer per week cannabis gebruikten in het afgelopen jaar. Het frequent cannabisgebruik daalde van 8% in 2021 naar 6% in 2023.
- Hoewel cannabis geen typische uitgaansdrug is, wordt het wel vaak gebruikt door jongeren en jongvolwassenen die uitgaan.
- Het cannabisgebruik ligt onder jongeren in de (residentiële) jeugdzorg hoger dan onder jongeren uit het regulier voortgezet onderwijs.

Internationale vergelijking



Bronnen: European Drug Report 2023, EMCDDA en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-Instituut, 2021.

NDM

- 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.
- Het percentage ooit- en laatste-maand-gebruikers onder 15-16-jarige scholieren lag in 2019, evenals in 2015, boven het Europese gemiddelde.

Hulpvraag en incidenten

- Sinds 2015 zijn geen nieuwe cijfers beschikbaar voor het aantal primaire cannabiscliënten in de verslavingszorg.
- Tussen 2015 en 2018 steeg het aantal patiënten met een cannabisproblematiek in de algemene ziekenhuizen van 1.190 naar 1.660.
- Angst is een veelvoorkomende klacht is bij cannabis-intoxicaties, met name onder toeristen. In 2022 was cannabis de meest gerapporteerde drug bij druggerelateerde incidenten met patiënten onder de 18 jaar. Het NVIC zag in 2022 een toename in het aantal informatieverzoeken over cannabis 'edibles' zoals bijv. spacecake en cannabis bevattend snoepgoed.

Aanbod en markt



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

NDM

- Het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet (de meest populaire variant) was in 2022 hoger dan in 2021.
- In 2022 was de gemiddelde prijs voor een gram nederwiet 11,17 euro, vergelijkbaar met 2021.

3.1 Over cannabis

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.

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.

3.2 Gebruik: volwassenen

3.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: In 2022 had 7,8% van de bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar cannabis gebruikt, dit komt neer op 1,1 miljoen volwassenen. Het laatste-jaar-gebruik van cannabis in de algemene volwassen bevolking bleef in 2022 op hetzelfde niveau als in 2021. Het gebruik is tussen 2015 en 2022 wel gestegen.

Snel naar:

- Kerncijfers 2022
- 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). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers over cannabisgebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Kerncijfers 2022

- Net zoals in andere westerse landen, is cannabis in Nederland de meest gebruikte illegale drug.
- In 2022 had bijna een kwart (23,6%) van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit cannabis (hasj of wiet) gebruikt. Dat komt neer op 3,3 miljoen volwassenen.
- Minder dan een op de tien volwassenen (7,8%) had in het afgelopen jaar cannabis gebruikt.
- Ongeveer een op de twintig volwassenen (4,8%) had in de afgelopen maand cannabis gebruikt.
- Naar schatting gebruikte 1,5% van de volwassenen cannabis dagelijks of bijna dagelijks.

Cannabisgebruik[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

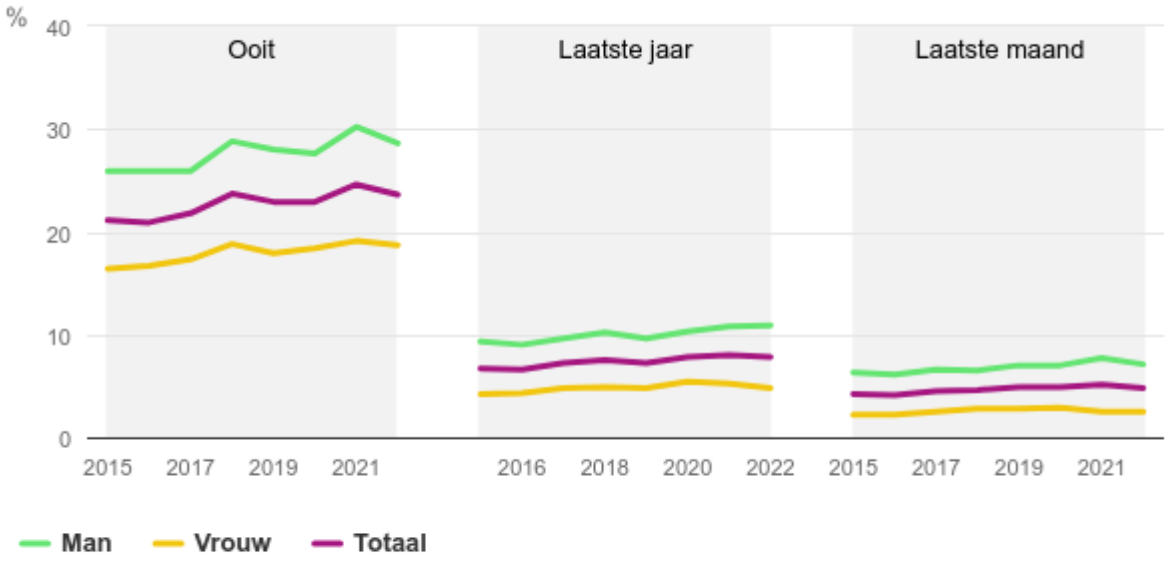
	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	23,6	3.310.000	3.160.000 - 3.460.000
Laatste jaar	7,8	1.090.000	1.000.000 - 1.190.000
Laatste maand	4,8	670.000	590.000 - 740.000
(Bijna) dagelijks	1,5	210.000	160.000 - 250.000

1. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. (Bijna) dagelijks: 20 dagen of meer in de afgelopen maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Trends in cannabisgebruik

- Het percentage volwassenen dat ervaring heeft met cannabis is tussen 2021 (24,6%) en 2022 (23,6%) ongeveer gelijk gebleven. Vergeleken met 2015 (21,1%) lag het percentage volwassenen dat ervaring heeft met cannabis wel hoger in 2022.
- Ook het laatste-jaar-gebruik van cannabis bleef in 2022 (7,8%) op hetzelfde niveau als in 2021 (8,0%). Vergeleken met 2015 (6,7%) lag het laatste-jaar-gebruik hoger in 2022. De stijging vond vooral plaats onder mannen. Onder vrouwen bleef het laatste-jaar-gebruik van cannabis tussen 2015 en 2022 gelijk.
- Het laatste-maand-gebruik bleef in 2022 (4,8%) op hetzelfde niveau als in 2021 (5,1%). Ook vergeleken met 2015 (4,2%) bleef het laatste-maand-gebruik gelijk.
- Het percentage (bijna) dagelijkse cannabisgebruikers (20 dagen of meer in de afgelopen maand) bleef in 2022 (1,5%) op het zelfde niveau als in 2021 (1,7%). Ook vergeleken met 2015 (1,2%) bleef het percentage dagelijks gebruikers ongeveer gelijk.

Trend in cannabisgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

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
2022	28,6	18,7	23,6

	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
2022	10,9	4,8	7,8
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

	Man	Vrouw	Totaal
2022	7,1	2,5	4,8

3.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Cannabisgebruik komt vaker voor onder mannen, 18-19-jarigen en twintigers, hoogopgeleiden en mensen met een niet-Nederlandse of niet-Europese herkomst.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Herkomst
- Stedelijkheid
- Werkenden
- 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). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers over cannabisgebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Regionale cijfers over het gebruik van cannabis zijn afkomstig van de Gezondheidsmonitor van de GGD'en, samen met het CBS en het RIVM [1]. Deze monitor is in 2012 gestart en wordt vierjaarlijks uitgevoerd in de bevolking vanaf 18 jaar. De laatste meting vond plaats in 2020.

Daarnaast zijn er ook landelijke en regionale gegevens over cannabisgebruik beschikbaar uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor jongvolwassen 2022 [2]. Deze cijfers zijn door de verschillende vraagstelling en leeftijdsgroep niet vergelijkbaar met de cijfers uit de Gezondheidsenquête of de Leefstijlmonitor maar geven wel een beeld van regionale verschillen in cannabisgebruik onder 16-25-jarigen. Deze gegevens zijn toegevoegd aan het onderdeel over regionale verschillen op deze pagina.

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) .

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

Geslacht

Onder mannen gebruikt een groter deel cannabis dan onder vrouwen.

- Het laatste-jaar-gebruik was in 2022 onder mannen ruim twee keer zo hoog als onder vrouwen (zie tabel hieronder).
- Het laatste-maand-gebruik was onder mannen bijna drie keer zo hoog als onder vrouwen.
- Het verschil was het grootst voor het (bijna) dagelijks gebruik. Van de mannen gebruikte 2,3% (bijna) dagelijks, tegenover 0,7% van de vrouwen.

Cannabisgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)	(Bijna) dagelijks (%)
Man	28,6	10,9	7,1	2,3
Vrouw	18,7	4,8	2,5	0,7

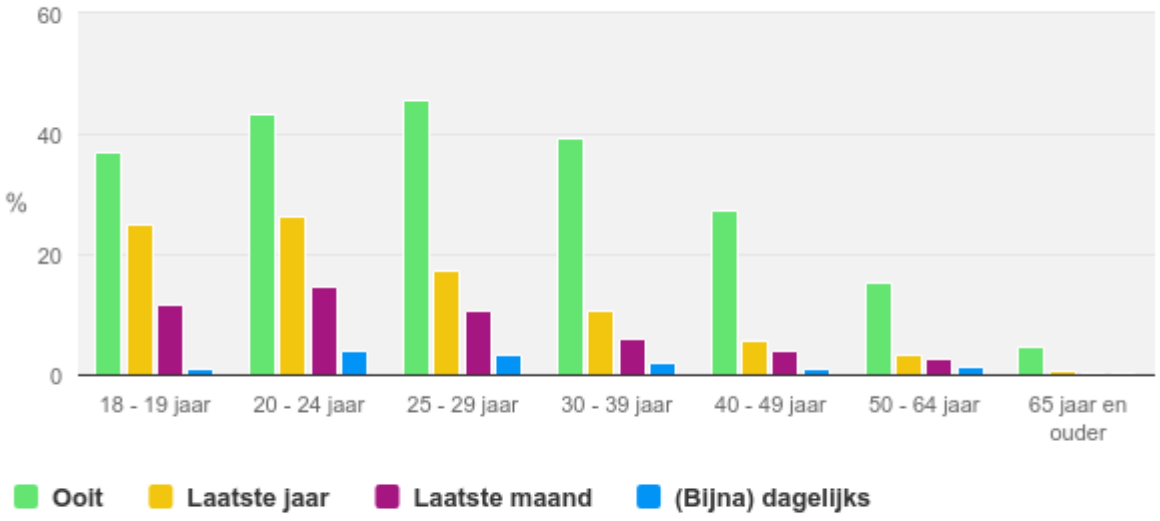
I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. (Bijna) dagelijks: 20 dagen of meer in de afgelopen maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Leeftijd

Gebruik van cannabis komt het meest voor onder jongvolwassenen.

- Ongeveer een kwart van de 18-24-jarigen had in 2022 in het afgelopen jaar cannabis gebruikt. In de oudere leeftijdsgroepen lag het cannabisgebruik lager. Zie ook het figuur hieronder.
- De gemiddelde leeftijd van alle laatste-jaar-gebruikers was 32,3 jaar, dit verschilt niet significant van 2021 (32,0 jaar) of van 2015 (31,7 jaar).
- In de LSM-A 2022 is aan de laatste-jaar-gebruikers gevraagd hoe oud zij waren toen zij voor het eerst cannabis gebruikten. De helft van hen was tussen de 16 en 20 jaar oud.
- Lees meer over cannabisgebruik onder jongeren en jongvolwassen op deze pagina.

Cannabisgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2022.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. (Bijna) dagelijks: 20 dagen of meer in de afgelopen maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand	(Bijna) dagelijks
18 - 19 jaar	36,9	24,9	11,7	0,9
20 - 24 jaar	43,2	26,2	14,7	3,9
25 - 29 jaar	45,8	17,4	10,6	3,2
30 - 39 jaar	39,2	10,6	5,9	1,9
40 - 49 jaar	27,5	5,6	4,1	0,9
50 - 64 jaar	15,2	3,5	2,8	1,5
65 jaar en ouder	4,8	0,7	0,5	0,2

Opleidingsniveau

Onder hoogopgeleiden gebruikt een groter deel cannabis dan onder laagopgeleiden. Bijna (dagelijks) cannabisgebruik komt onder hoogopgeleiden echter juist minder vaak voor.

- Het laatste-jaar-gebruik is onder laagopgeleiden in 2022 (5,4%) hoger dan in 2021 (3,9%). Het gebruik is daarmee weer op hetzelfde niveau als in 2020 (5,1%). Onder middelbaar en hoogopgeleiden is het laatste-jaar-gebruik in 2022 op hetzelfde niveau als in 2021.
- Hoogopgeleiden hadden in 2022 ruim twee keer zo vaak ervaring met cannabis dan laagopgeleiden. Middelbaaropgeleiden zaten daar tussenin.
- Ook het laatste-jaar-gebruik was het hoogst onder hoogopgeleiden.
- Het laatste-maand-gebruik was ongeveer gelijk onder hoog-, middelbaar- en laagopgeleiden.
- Het percentage volwassenen dat (bijna) dagelijks cannabis gebruikt was lager onder hoogopgeleiden (1,0%) dan onder middelbaar- (1,7%) en laagopgeleiden (1,8%).

Cannabisgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)	(Bijna) dagelijks (%)
Laagopgeleid	14,0	5,4	4,2	1,8
Middelbaar opgeleid	21,1	7,3	4,9	1,7
Hoogopgeleid	32,4	9,8	5,0	1,0

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. (Bijna) dagelijks: 20 dagen of meer in de afgelopen maand. II. 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. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Herkomst

Onder mensen met een Nederlandse herkomst gebruikte een kleiner deel cannabis in het afgelopen jaar dan onder mensen met een Europese of niet-Europese herkomst.

- Mensen met een Europese herkomst hadden in 2022 vaker ervaring met cannabis dan mensen met een Nederlandse of niet-Europese herkomst.
- Sinds 2022 gebruikt het CBS een nieuwe indeling naar herkomst (zie Bijlage A1). Er zijn daarom geen trendgegevens naar herkomst beschikbaar.

Cannabisgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)	(Bijna) dagelijks (%)
Nederlandse herkomst	22,9	7,0	4,4	1,3
Europese herkomst	30,8	11,4	7,2	2,4
Niet-Europese herkomst	23,5	9,6	5,3	1,9

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. (Bijna) dagelijks: 20 dagen of meer in de afgelopen maand. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst (cbs.nl)). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Stedelijkheid

Cannabisgebruik komt meer voor in de grote steden.

- In (zeer) (sterk) stedelijke gebieden lag in 2022 het percentage ooit-, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van cannabis anderhalf tot ruim twee keer hoger dan in minder stedelijke gebieden.
- Ook het percentage (bijna) dagelijks gebruikers was hoger in (zeer) sterk stedelijke gebieden dan in minder stedelijke gebieden.

Cannabisgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)	(Bijna) dagelijks (%)
(Zeer) sterk stedelijk	28,0	10,1	6,1	2,0
Matig stedelijk	19,8	5,5	3,1	0,6
Weinig/niet stedelijk	17,0	4,5	2,9	0,8

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. (Bijna) dagelijks: 20 dagen of meer in de afgelopen maand. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Werkenden

In 2023 heeft het Trimbos-instituut voor het eerst gegevens gepubliceerd over het middelengebruik onder werkenden versus niet-werkenden [3]. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt van de LSM-A van het peiljaar 2022.

Het laatste-jaar-gebruik van cannabis is lager onder werkenden dan onder niet-werkenden.

Cannabisgebruik onder werkenden en niet-werkenden. Peiljaar 2022

	Laatste jaar (%)
Werkenden	8,3
Niet-werkenden	10,5

LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2022.

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 in de voorgaande 12 maanden cannabis gebruikte, 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.

Ook uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die wordt gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen bestaan in het gebruik van cannabis [2].

- Er bestaan grote verschillen in cannabisgebruik tussen de GGD-regio's. In 2022 had 8,9% van de 16-25-jarigen in de GGD-regio Limburg-Noord in de afgelopen vier weken cannabis gebruikt, in de GGD-regio Amsterdam lag dit percentage ruim twee keer zo hoog (22,6%).

In 2022 analyseerde het EMCDDA gegevens van rioolwateranalyses uit 156 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) [4].

Bronnen

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. GGD'en en RIVM. Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022 [Internet]. 2023. Available from: https://www.vzinfo.nl/drugsgebruik/regionaal/jongvolwassenen
3. Tuithof M, Blokland M, Sannen M. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Utrecht: Trimbos-instituut;
4. 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

In het kort: Wiet is de meest gebruikte soort cannabis. Cannabis wordt vaak gerookt in een joint gemengd met tabak. De cannabis wordt vaak door de gebruiker gekocht in een coffeeshop. De meeste laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers roken niet meer dan 1 joint op een 'typische blowdag'. In 2022 gebruikte bijna een derde (30,7%) van de laatste-maand-gebruikers cannabis (bijna) dagelijks.

Snel naar:

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

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). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers over cannabisgebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Mate van consumptie

In de Gezondheidsenquête van 2022 is aan de cannabisgebruikers gevraagd hoeveel joints ze gemiddeld roken per typische blowdag. De meeste laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers roken niet meer dan 1 joint op een 'typische blowdag'. Wiet is de meest gebruikte soort cannabis.

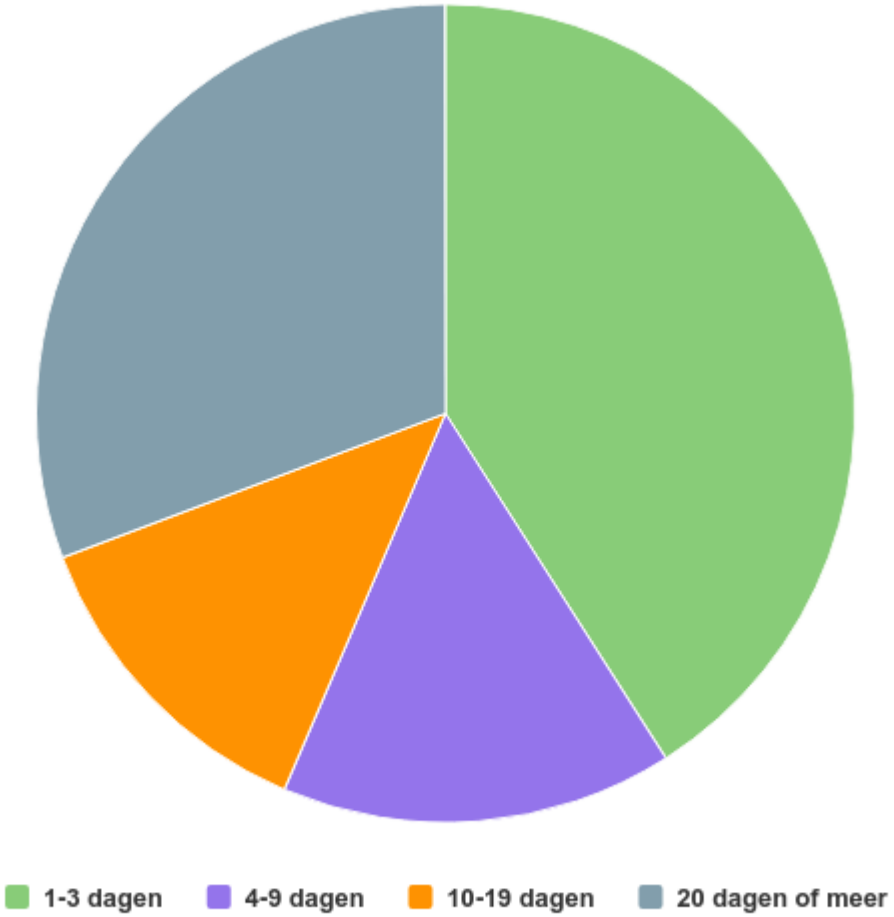
- De meeste gebruikers roken cannabis gemengd met tabak in een joint. Dit wordt ook wel 'blowen' genoemd. Het gemiddeld aantal joints dat op een 'typische blowdag' wordt gerookt is onder laatste-jaar-gebruikers 1,6 joints, onder de laatste-maand-gebruikers 2,0 joints en onder de (bijna) dagelijkse gebruikers 3,4 joints.
- Onder de (bijna) dagelijkse gebruikers steeg het gemiddeld aantal joints per blowdag van 2,5 joints in 2015 naar 3,4 joints in 2022. Onder de laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers bleef het gemiddeld aantal joints per blowdag ongeveer gelijk tussen 2015 en 2022.
- Van de laatste-jaar-gebruikers gebruikt 8,7% cannabis niet in een joint maar op een andere manier, van de overige laatste-jaar-gebruikers rookt 67,4% niet meer dan 1 joint per 'typische blowdag'. Van de laatste-maand-gebruikers gebruikt 7,3% cannabis niet in een joint maar op

een andere manier, van de overige laatste-maand-gebruikers rookt 56,0% niet meer dan 1 joint per ‘typische blowdag’. Onder de (bijna) dagelijkse gebruikers gebruikt 7,4% cannabis niet in een joint maar op een andere manier, van de overige (bijna) dagelijks gebruikers rookt 23,1% niet meer dan 1 joint per ‘typische blowdag’.

- Wiet is de meest gebruikte soort cannabis. Ongeveer 60% van de laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers gebruikt meestal wiet. Ongeveer een op de vijf gebruikers gebruikt meestal hasj. Daarnaast gebruik ongeveer een op de vijf gebruikers hasj en wiet even vaak.

Aan laatste-maand-gebruikers is ook gevraagd op hoeveel dagen zij cannabis hebben gebruikt in de afgelopen maand. In 2022 gebruikte bijna een derde (30,7%) van de laatste-maand-gebruikers cannabis (bijna) dagelijks (zie figuur hieronder). Dat is 1,5% van de totale volwassen bevolking.

Frequentie[I] van cannabisgebruik onder laatste-maand-gebruikers van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.



I. Frequentie: aantal dagen in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

Aantal dagen	%
1-3 dagen	40,9
4-9 dagen	15,5
10-19 dagen	12,8
20 dagen of meer	30,7

Frequentie van gebruik onder laatste-jaar-gebruikers

In de Leefstijlmonitor 2022 (LSM-A) zijn extra vragen gesteld aan de laatste-jaar-gebruikers van cannabis over gebruikspatronen. Ongeveer de helft van de laatste-jaar-gebruikers gebruikte minder dan maandelijks.

- Ongeveer de helft van de personen die in het afgelopen jaar cannabis gebruikten deed dit niet regelmatig: 13,8% gebruikte één keer en 32,4% gebruikte een paar keer maar minder dan één keer per maand. Daarnaast gebruikte 10,8% één keer per maand, 13,0% twee tot vier keer per maand, 10,2% twee tot drie keer per week en 19,9% (bijna) dagelijks. (Let op: In de Gezondheidsenquête is alleen aan de laatste-maand-gebruikers gevraagd hoe vaak zij cannabis gebruiken).
- Meer dan de helft van de gebruikers (58,8%) gebruikt cannabis meestal op weekenddagen. Vergeleken met andere middelen wordt cannabis vaker (ook) door de week gebruikt. Een klein deel van de gebruikers (4,0%) gebruikt cannabis meestal op doordeweekse dagen. Iets meer dan een derde (37,2%) gebruikt cannabis zowel in het weekend als door de week.

Gebruikswijzen

In de LSM-A 2022 zijn ook vragen gesteld over de gebruikswijzen van cannabis. De meeste cannabisgebruikers roken cannabis in een joint gemengd met tabak.

- De meeste cannabisgebruikers (84,3%) rookte in 2022 cannabis weleens (dus zelden, soms, meestal of altijd) in een joint gemengd met tabak. Andere gebruikswijzen komen veel minder vaak voor (bijv. cannabis puur roken of dampen).
- In 2022 rookte 50,6% van de cannabisgebruikers cannabis altijd in een joint gemengd met tabak. Dit is vergelijkbaar met het percentage in 2020 (50,8%). Het percentage is in 2022 wel lager dan in 2016, toen rookte nog 66,1% van de gebruikers cannabis altijd in een joint gemengd met tabak.

- Voor informatie over de schadelijkheid van de verschillende gebruikswijzen van cannabis zie § 3.7.

Gebruikswijze van cannabis onder laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

	Altijd (%)	Meestal (%)	Soms (%)	Zelden (%)	Nooit (%)
Joint	50,6	11,8	6,5	15,4	15,7
Puur als sigaret	3,6	4,5	5,8	14,4	71,8
Puur in een pijpje, chillum of bong	1,2	0,6	4,0	6,8	87,5
Vaporizer	1,4	1,4	2,2	4,3	90,6
Waterpijp	0,7	0,4	1,9	3,2	93,8
Voedsel, drank	1,4	0,6	6,6	15,0	76,4
Andere manier	0,7	0,3	1,6	3,7	93,7

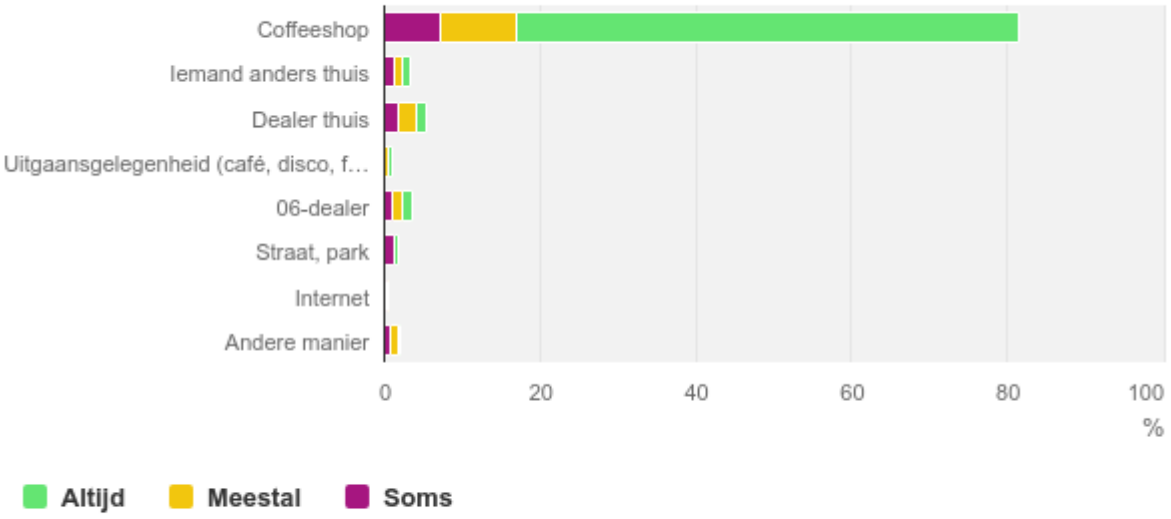
Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Wijze van verkrijgen

In de LSM-A 2022 is gevraagd hoe gebruikers aan hun cannabis komen. Cannabisgebruikers kopen het middel vaak zelf in een coffeeshop of krijgen het van anderen.

- De helft van de laatste-jaar-gebruikers koopt de cannabis meestal zelf (49,6%). Ongeveer een derde (34,6%) van de gebruikers krijgt het meestal van anderen of rookt met anderen mee. Een op de zeven gebruikers (14,6%) koopt soms zelf cannabis en krijgt het soms van anderen. Een klein deel van de gebruikers (1,2%) kweekt zelf cannabis. Deze percentages verschillen niet van die van 2018 en 2020.
- Van de cannabisgebruikers die de cannabis (soms) zelf kopen doet 64,4% dit altijd in een coffeeshop. Bijna 10% koopt meestal in een coffeeshop. Aankopen op andere plekken (bijv. via internet of bij een dealer thuis) kwamen veel minder vaak voor.

Wijze van verkrijgen van cannabis door laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder die meestal zelf cannabis kopen. Peiljaar 2022.



Dezelfde gebruiker kan cannabis op meerdere wijzen aanschaffen, daardoor tellen percentages op tot meer dan 100%. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Altijd	Meestal	Soms
Coffeeshop	64.4	9.8	7.2
Iemand anders thuis	0.9	1.2	1.2
Dealer thuis	1.4	2.1	1.9
Uitgaansgelegenheid (café, disco, festival)	0.5	0.5	
06-dealer	1.2	1.4	0.9
Straat, park	0.5		1.4
Internet	0.2	0.2	0.2
Andere manier	0.2	1.2	0.7

3.2.4 Medicinaal gebruik

In het kort: In 2022 heeft bijna een vijfde van de laatste-jaar-gebruikers cannabis of een cannabisproduct gebruikt voor medicinale doeleinden. De grote meerderheid deed dit zonder doktersrecept. In 2022 werd bijna 41.000 keer medicinale cannabis verstrekt door openbare apotheken, dit is minder dan in 2021.

In Nederland is de verstrekking van medicinale cannabis strikt gescheiden van de gedoogde verkoop van cannabis via coffeeshops (zie § 2.1.4). Medicinale cannabis is alleen verkrijgbaar op doktersrecept bij de apotheek. De medicinale cannabis wordt onder toezicht van het Bureau Medicinale Cannabis gekweekt volgens strenge regels. Daarnaast zijn ook producten met CBD vrij te koop bij drogisterijen en via het internet. CBD is een niet-psychoactieve component van cannabis die niet onder de Opiumwet valt. In de LSM-A 2022 is aan cannabisgebruikers gevraagd of zij cannabis(producten) gebruiken voor medicinale doeleinden, bijvoorbeeld als pijnstiller. Ook is gevraagd of zij een doktersrecept hebben voor de cannabis(producten).

- In 2022 heeft bijna een vijfde van de laatste-jaar-gebruikers (17,6%) cannabis of een cannabisproduct gebruikt voor medicinale doeleinden.
- Van de mensen die cannabis als medicijn gebruikten, deed 94,3% dit zonder doktersrecept; 2,8% gebruikte alleen op doktersrecept en 2,9% gebruikte zowel met als zonder doktersrecept.
- Er worden verschillende cannabisproducten gebruikt. Van de mensen die cannabis als medicijn gebruikten, gebruikte de meerderheid wiet (83,0%), ongeveer één op de zes CBD-olie (16,3%) en minder dan een tiende THC-olie (8,1%). Overige vormen kwamen minder vaak voor: 1,0% gaf aan een cannabisolie te gebruiken zonder te weten wat er in zit en 2,5% gebruikte andere cannabisproducten voor medicinale doeleinden.

Verstrekkingen van medicinale cannabis door apotheken

In 2022 werd bijna 41.000 keer medicinale cannabis verstrekt door openbare apotheken [1]. Het aantal verstrekkingen daalde de afgelopen vijf jaar.

- In 2016 was er een flinke stijging in het aantal verstrekkingen. Dit komt mogelijk doordat toen naast cannabis flos (gedroogde cannabis bloem) ook cannabisolie beschikbaar kwam.
- Sinds 2017 daalt het aantal verstrekkingen elk jaar.
- In 2022 waren er 1.000 minder verstrekkingen dan in 2021. Dat is een daling van 2,2%.
- Van alle verstrekkingen in 2022 was 55% cannabis flos en 45% cannabisolie.
- Tot eind 2022 werd medicinale cannabis niet vergoed door de zorgverzekering. Sindsdien wordt het cannabismedicijn Epidyolex vergoed bij twee ernstige epileptische aandoeningen.

1. 1.
Farmaceutische Kengetallen S. Lichte daling verstrekkingen van medicinale cannabis [Internet]. Vol. 158, Parmaceutisch weekblad. 2023. Available from: https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2023/lichte-daling-verstrekkingen-van-medicinale-cannabis#:sim:text=Openbare apotheken verstrekten in 2022,week in het Pharmaceutisch Weekblad.

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

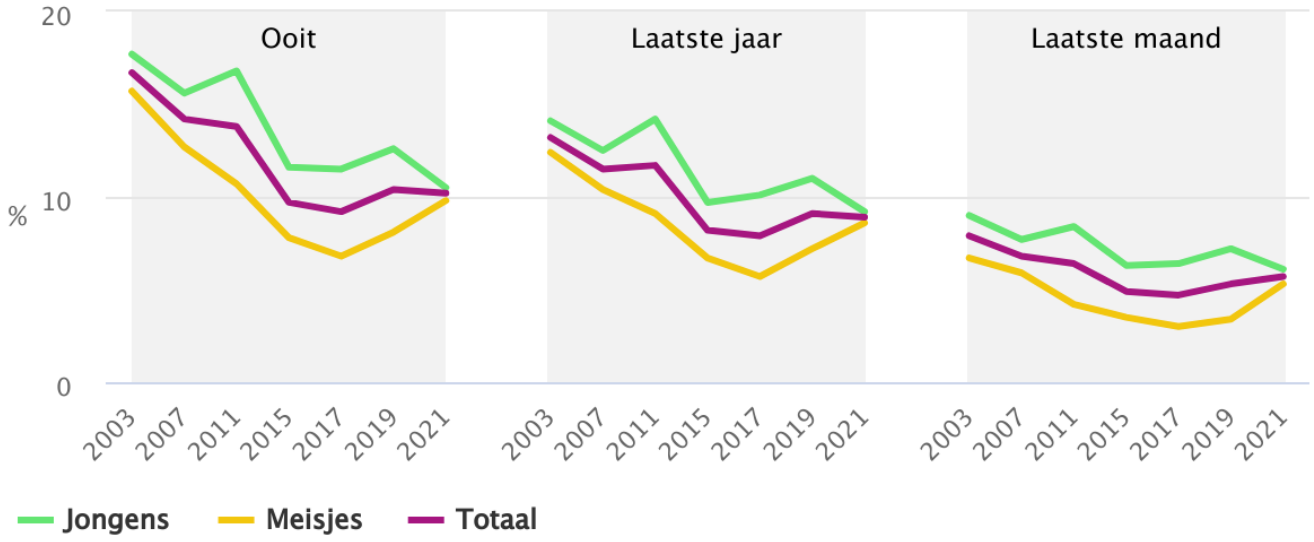
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM.

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

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.

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

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Jongens	10,5	9,2	6,1
Meisjes	9,8	8,6	5,3

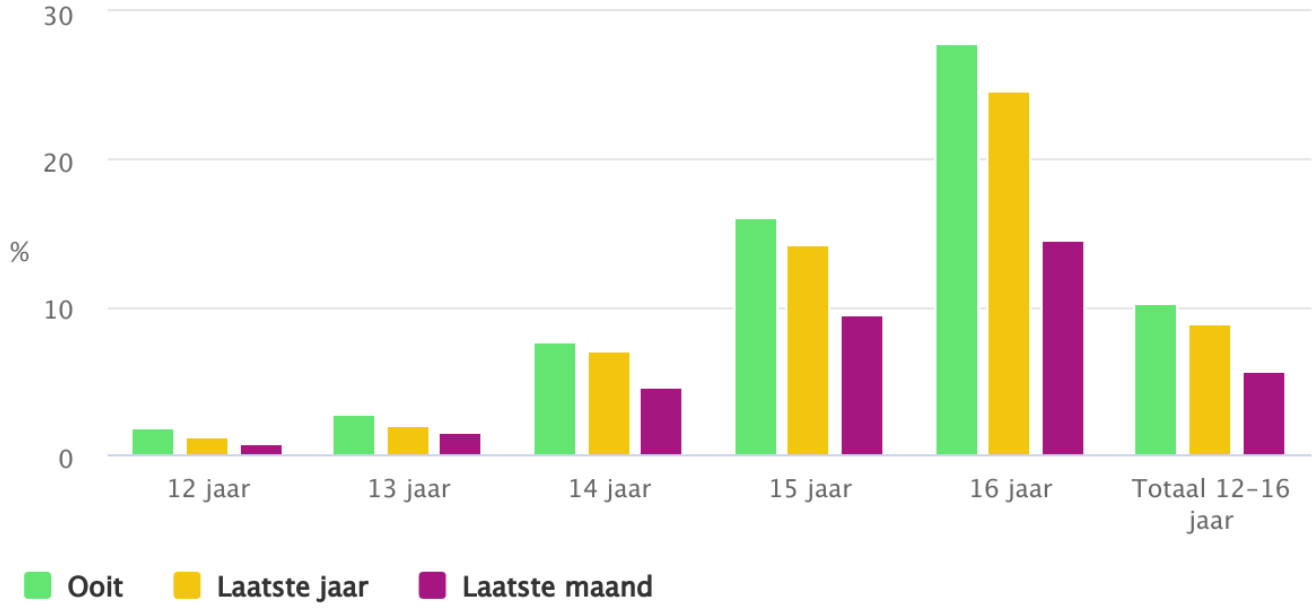
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar/laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021.

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%).

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[I]		Totaal[I]
	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.

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. In 2023 gebruikte bijna een derde van de studenten van van 16 jaar en ouder van het hbo en de universiteit cannabis in het afgelopen jaar. Bij 6% van de studenten was er sprake van frequent cannabisgebruik, dat betekent dat zij ten minste één keer per week cannabis gebruikten in het afgelopen jaar. Het frequent cannabisgebruik daalde van 8% in 2021 naar 6% in 2023.

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 landelijke Middelenmonitor mbo-hbo [1–4]. Deze monitor onderzocht ook het cannabisgebruik onder 16-18-jarige studenten van het mbo en het hbo. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [4]. In 2023 heeft een nieuwe dataverzameling plaatsgevonden. Dit keer zijn alleen mbo-studenten meegenomen in het onderzoek. De resultaten van deze meting worden in 2024 gepubliceerd.

Daarnaast wordt sinds 2021 elke twee jaar grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (hbo en wo). Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) 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 2023 namen 32.000 studenten (≥16 jaar) deel, verdeeld over 24 onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs (13 hbo-instellingen en 11 universiteiten) verspreid over heel Nederland [6,7]. Met de tweede meting van de MMMS worden cijfers van de eerste meting (2021) geactualiseerd, vindt op onderdelen verdieping plaats ten opzichte van de eerste meting, en worden vergelijkingen gemaakt met de eerste meting.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse mbo-scholen (bijlage B8) [8,9]. 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 [9].

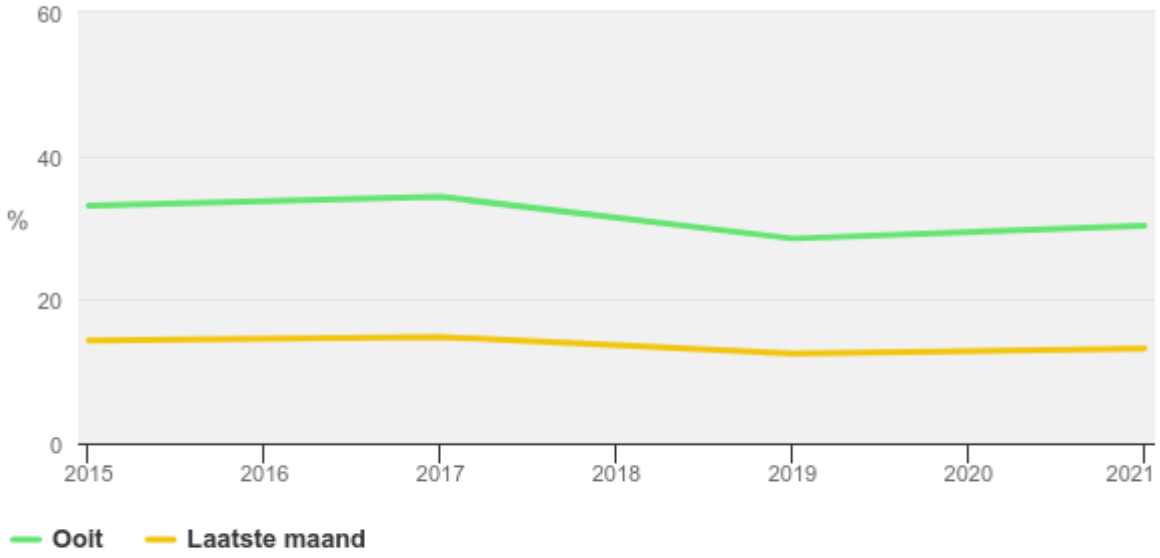
Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet goed vergelijkbaar.

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%.

Trend in cannabisgebruik[I] onder mbo- en hbo-studenten van 16-18 jaar



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Middelenmonitor mbo–hbo

NDM

	Ooit	Laatste maand
2015	33,1	14,3
2017	34,3	14,8
2019	28,5	12,5
2021	30,3	13,2

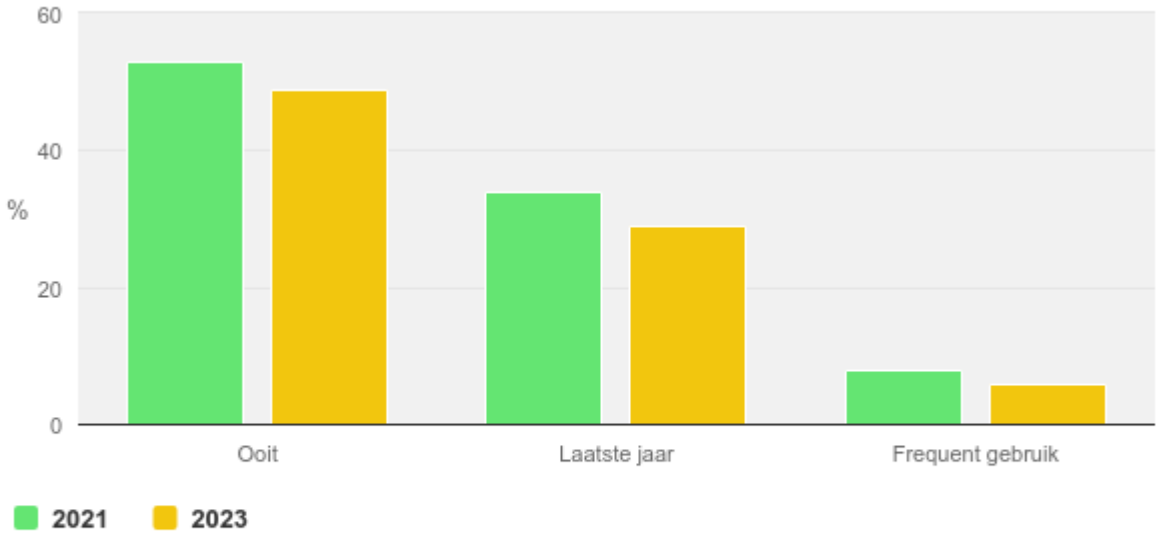
Studenten van het hbo en de universiteit

Onderstaande resultaten zijn afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs [7]. Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen, zoals een laag responspercentage (6,5% in 2023) en onder-/oververtegenwoordiging van bepaalde groepen. Door weging is de data meer representatief gemaakt. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de resultaten vertekend zijn en daarmee niet representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland. De resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- Cannabis is onder studenten de meest gebruikte drug. Bijna de helft (49%) van de studenten gebruikte cannabis ooit in het leven. Bijna één op de drie (29%) gebruikte cannabis in het afgelopen jaar.
- Bij 6% van de studenten is er sprake van frequent cannabisgebruik, wat betekent dat zij ten minste één keer per week cannabis gebruikten in het afgelopen jaar. Van de studenten die in het afgelopen jaar frequent cannabis gebruikten, deden de meesten dit nooit (60%) of zelden (15%) zonder anderen. Ongeveer één op de acht (12%) gebruikte vaak cannabis zonder anderen en 9% deed dit soms.
- Vergeleken met de eerste meting in 2021 is het percentage frequente gebruikers van cannabis in 2023 gedaald van 8% naar 6%.
- Frequent cannabisgebruik komt in sommige groepen meer voor dan in andere groepen. De analyses[1] laten het volgende beeld zien:
    - De kans op frequent cannabisgebruik is groter: onder 22-25-jarigen vergeleken met 16-21-jarigen (7% versus 5%); onder internationale studenten (14%) en studenten met een migratieachtergrond (7%) vergeleken met studenten zonder migratieachtergrond (4%).
    - De kans op frequent cannabisgebruik is kleiner: onder vrouwen dan onder mannen (3% versus 9%); onder niet-voltijds vergeleken met voltijdsstudenten (3% versus 6%).

- De kans op frequent cannabisgebruik verschilt niet tussen hbo- en wo -studenten (5% en 6%).

Cannabisgebruik[I] onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Frequent gebruik: ten minste één keer per week gebruikt in het laatste jaar. Bron: Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs

NDM

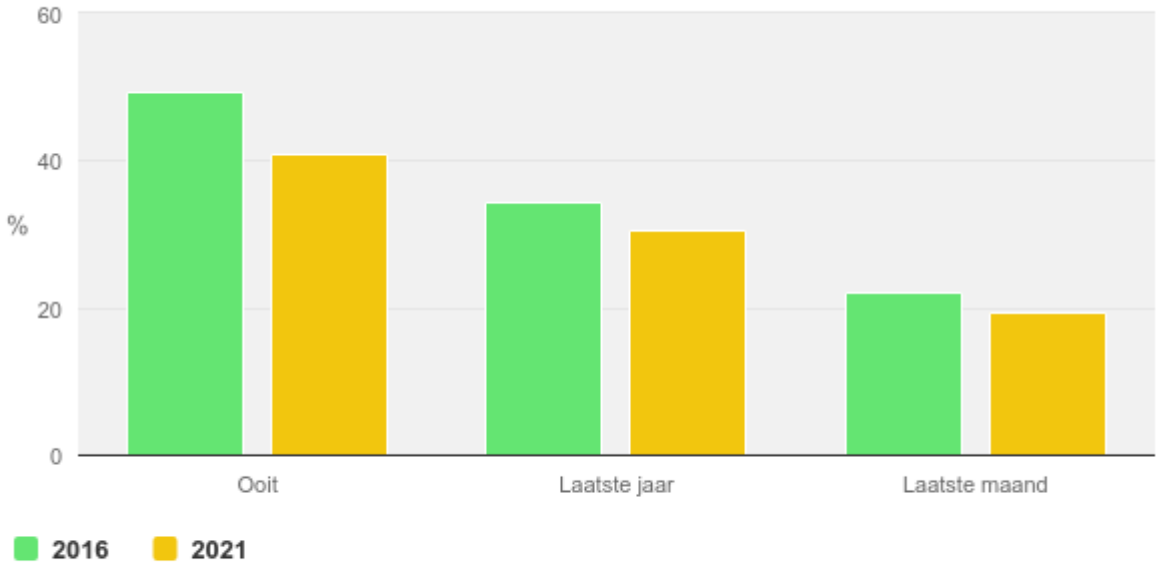
	2021	2023
Ooit	53	49
Laatste jaar	34	29
Frequent gebruik	8	6

Mbo-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het cannabisgebruik van mbo-studenten uitgevraagd [9]. 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.

Cannabisgebruik[I] onder mbo-studenten in Amsterdam van 16 jaar en ouder



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Monitor Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
Ooit	49,3	40,8
Laatste jaar	34,3	30,5
Laatste maand	22	19,5

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. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.
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. 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: Hoewel cannabis geen typische uitgaansdrug is, wordt het wel vaak gebruikt door jongeren en jongvolwassenen die uitgaan.

Gegevensbronnen

Gegevensbronnen

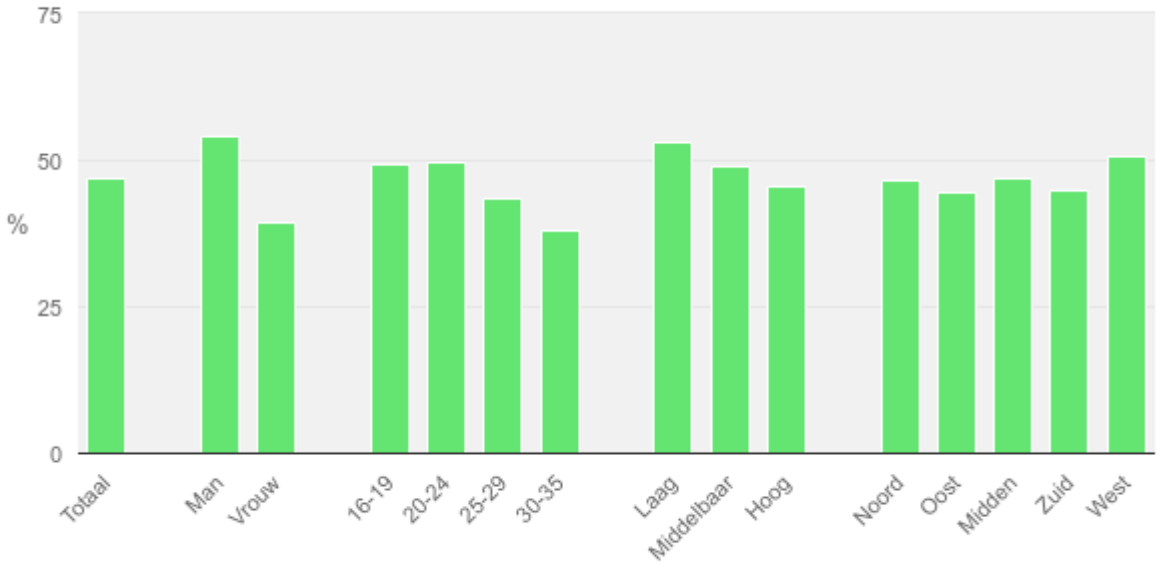
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over een eventuele toe- of afname van het gebruik van cannabis in het uitgaansleven (zie bijlage B2).

Uitgaanders in Nederland

Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- In 2023 had 76,4% van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen in het onderzoek ooit cannabis gebruikt en 46,9% deed dit in het afgelopen jaar.
- Vergeleken met 2020 is het laatste-jaar-gebruik in 2023 iets lager (51,0% versus 46,9%). Deze trendgegevens moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd (zie Gegevensbronnen).
- Het laatste-jaar-gebruik van cannabis is onder de uitgaanders hoger dan onder leeftijdsgenoten (15-34 jaar) in de algemene bevolking (18,2%).
- Meer mannen dan vrouwen hebben in het laatste jaar cannabis gebruikt. Ook zijn er leeftijds- en opleidingsverschillen: onder 16-29-jarigen is het percentage gebruikers hoger dan in de oudere leeftijdsgroep (30-35 jaar) en onder laagopgeleiden is het percentage gebruikers hoger dan onder middelbaar- en hoogopgeleiden. Ook zijn er regionale verschillen met het hoogste percentage laatste-jaar-gebruikers in de regio West.
- Cannabis werd door ongeveer de helft van de laatste-jaar-gebruikers incidenteel gebruikt: 12,0% gebruikte één keer en 42,5% minder dan één keer per maand. Vergeleken met andere drugs heeft cannabis veel frequente gebruikers: 14,8% gebruikte wekelijks en 10,5% gebruikte (bijna) dagelijks.

Cannabisgebruik[I] onder uitgaanders van 16-35 jaar, naar geslacht, leeftijd, opleiding en regio.
Peiljaar 2023



I. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

	Laatste jaar
Totaal	46,9
Man	54,2
Vrouw	39,5
16-19	49,2
20-24	49,6
25-29	43,6

	Laatste jaar
30-35	37,9
Laag	53,1
Middelbaar	49,1
Hoog	45,7
Noord	46,6
Oost	44,5
Midden	47
Zuid	44,8
West	50,6

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

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.

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 onshouwer K. Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en ander ntiële 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 cannabisstoornis 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 2022 had 1,7% van de bevolking van 18 jaar en ouder een positieve CAST score. Dat komt (afgerond op tienduizendtallen) neer op naar schatting 240 duizend Nederlanders. Dit percentage is hoger dan in 2016 (1,4%), 2018 (1,2%) en 2020 (1,3%). In 2020 hadden naar schatting 180 duizend Nederlanders een positieve CAST score.
- Onder de laatste-jaar-gebruikers van cannabis had in 2022 24,4% een positieve CAST score. Voor mannen (28,4%) is dit hoger dan voor vrouwen (16,7%). Onder de laatste-jaar-gebruikers is het deel dat riskant gebruikt gestegen van ongeveer een vijfde in 2018 (19,1%) en 2020 (19,0%) naar ongeveer een kwart (24,4%) in 2022. Hiermee is het percentage weer op ongeveer hetzelfde niveau als in 2016 (22,1%).
- Onder de laagopgeleide laatste-jaar-gebruikers is in 2022 het percentage riskante gebruikers (40,2%) hoger dan onder middelbaar- (26,1%) en hoogopgeleiden (19,4%).
- Een positieve CAST-score hangt sterk samen met de frequentie van cannabisgebruik. Van de (bijna) dagelijks gebruikers heeft 67,7% een positieve CAST-score, onder de niet (bijna) dagelijks gebruikers is dit 15,9%.

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'.

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].

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

In het kort: 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.

- Vergelijking tussen landen in Europa
- Rioolwateranalyses in Europese steden

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.

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 2021 gebruikt. De cijfers van 2022 voor Nederland waren nog niet beschikbaar voor het EMCDDA [1].

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 156 Europese steden, waarbij voor cannabis gegevens beschikbaar waren uit 57 steden [6].

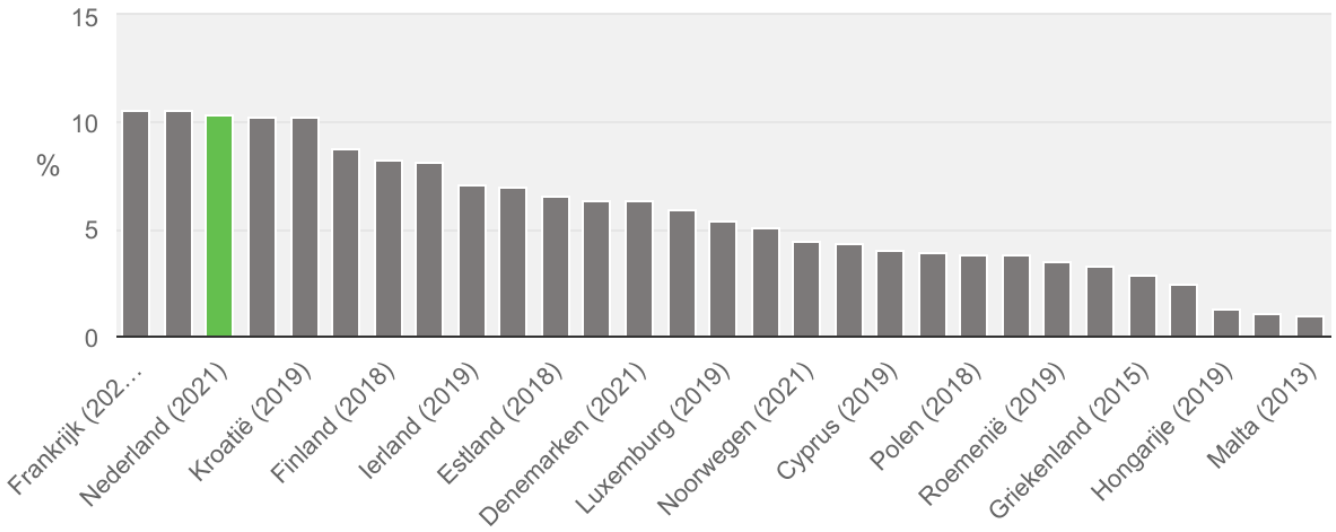
Vergelijking tussen landen in Europa

Het gebruik van cannabis onder volwassenen en jongvolwassenen ligt in Nederland net boven het

gemiddelde van de Europese Unie [1].

- In 2021 had 29,3% van de bevolking van 15-64 jaar in alle EU-lidstaten samengenomen ervaring met cannabis. Het ooitgebruik is met 47,3% het hoogst in Frankrijk en met 4,3% het laagst in Malta en Turkije (2,7%). In Nederland ligt dit percentage (29,8%) rond het EU-gemiddelde.
- Het percentage laatste-jaar-cannabisgebruik onder 15-64-jarigen wordt voor de Europese Unie geschat op gemiddeld 8%. In 2021 lag Nederland met 10,4% 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 15,1%. In Nederland ligt dat percentage hoger dan het Europese gemiddelde, namelijk op 19,2%. In deze leeftijdsgroep is het percentage laatste-jaar-gebruikers het hoogst in Italië (20,9%) en het laagst in Hongarije (3,4%) en Turkije (1,8%).
- Het percentage laatste-maand-gebruikers van cannabis onder volwassenen is het hoogst in Spanje (8,6%) en Nederland (6,4%); de laagste percentages (<1%) zijn gevonden in Hongarije (0,9%), Turkije (0,8%), en Malta (0,4%).

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, Duitsland, Griekenland en Hongarije: 18–64 jaar; Denemarken, Estland, Zweden, en Noorwegen: 16–64 jaar; Malta: 18–65 jaar. Bron: European Drug Report 2023, EMCDDA

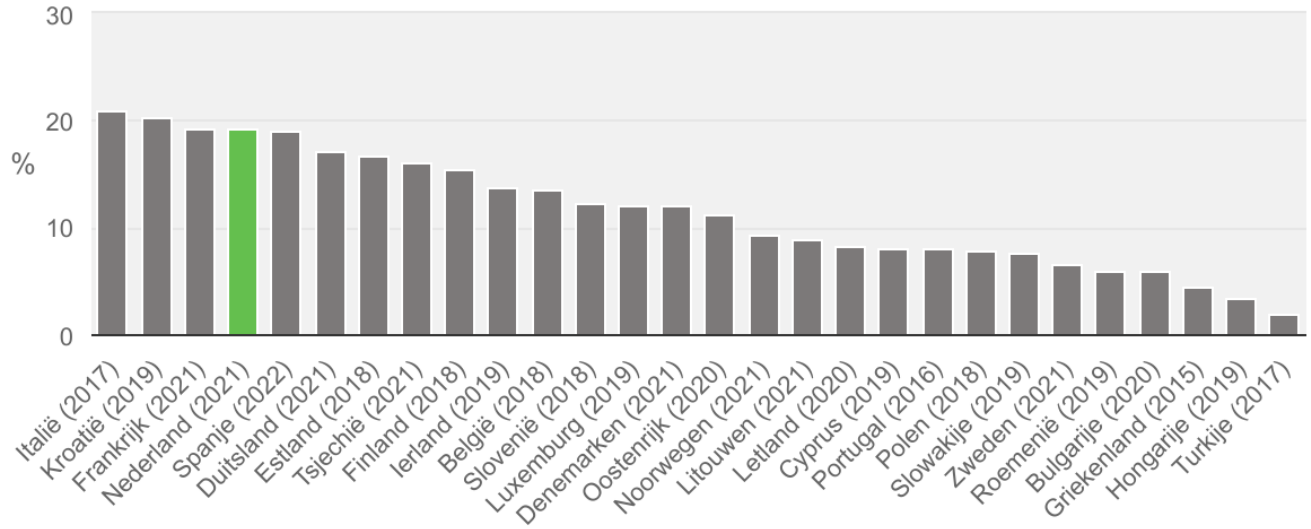
NDM

Land	Laatste jaar (%)
Frankrijk (2021)	10,6

Land	Laatste jaar (%)
Spanje (2022)	10,6
Nederland (2021)	10,4
Italië (2017)	10,2
Kroatië (2019)	10,2
Duitsland (2021)	8,8
Finland (2018)	8,2
Tsjechië (2021)	8,1
Ierland (2019)	7,1
België (2018)	7,0
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 (2021)	4,4
Litouwen (2021)	4,3

Land	Laatste jaar (%)
Cyprus (2019)	4,0
Letland (2020)	3,9
Polen (2018)	3,8
Slowakije (2019)	3,8
Roemenië (2019)	3,5
Zweden (2021)	3,3
Griekenland (2015)	2,8
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, Duitsland, Griekenland en Hongarije: 18–34 jaar; Denemarken, Estland, Zweden en Noorwegen: 16–34 jaar. Bron: European Drug Report 2023, EMCDDA

NDM

Land	Laatste jaar (%)
Italië (2017)	20,9
Kroatië (2019)	20,3
Frankrijk (2021)	19,2
Nederland (2021)	19,2
Spanje (2022)	19,1
Duitsland (2021)	17,2
Estland (2018)	16,6

Land	Laatste jaar (%)
Tsjechië (2021)	16,1
Finland (2018)	15,5
Ierland (2019)	13,8
België (2018)	13,6
Slovenië (2018)	12,3
Luxemburg (2019)	12,0
Denemarken (2021)	12,0
Oostenrijk (2020)	11,1
Noorwegen (2021)	9,3
Litouwen (2021)	8,8
Letland (2020)	8,2
Cyprus (2019)	8,1
Portugal (2016)	8,0
Polen (2018)	7,8
Slowakije (2019)	7,7
Zweden (2021)	6,5
Roemenië (2019)	6,0

Land	Laatste jaar (%)
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 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 (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Frankrijk	2021	47,3	10,6	5,9	-	54,5	19,2	10,3
Spanje	2022	40,9	10,6	8,6	3,3	47,2	19,1	15,1
Denemarken	2021	37,9	6,3	2,9	0,9	42,6	12,0	4,7
Duitsland	2021	34,7	8,8	4,3	-	45,6	17,2	8,4
Italië	2017	32,7	10,2	5,5	1,1	41,4	20,9	11,6
Nederland	2021	29,8	10,4	6,4	2,1	41,5	19,2	11,2
Finland	2018	25,6	8,2	3,4	0,7	35,3	15,5	6,2
Noorwegen	2021	25,5	4,4	1,8	0,4	30,4	9,3	3,8
Ierland	2019	24,4	7,1	3,4	-	27,3	13,8	6,5
Oostenrijk	2020	22,7	6,3	3,6	0,8	27,2	11,1	6,8
België	2018	22,6	7,0	4,3	1,3	32,8	13,6	8,1
Zweden	2021	17,6	3,3	1,2	-	23,7	6,5	2,2
Portugal	2016	11,0	5,1	4,3	3,0	15,1	8,0	6,4

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.

Rioolwateranalyses in Europese steden

In 2022 analyseerde het EMCDDA gegevens van rioolwateranalyses uit 156 Europese steden [6]. Het gebruik van cannabis werd vastgesteld via de stof THC-COOH, een afbraakproduct (metaboliet) van cannabis. Voor cannabis waren in 2022 gegevens beschikbaar uit 57 steden [6].

- In 2022 stond Amsterdam van de 57 Europese steden met cannabisgegevens op de tweede plaats met een gemiddelde dagelijkse load van 169,39 mg per 1.000 inwoners [6]. Op de eerste plaats stond Genève met een gemiddelde dagelijkse load van 180,81 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 en in een deel van 2022 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 en 2022 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 2022 werd Amsterdam gevolgd door Barcelona op de derde plaats [6]. Utrecht kwam op de veertiende plaats met een load van 99,56 mg per 1.000 inwoners, 58,8% van de load van Amsterdam. Eindhoven kwam op de vijftiende plaats met een load van 98,31 mg per 1.000 inwoners, 58,0% van de load van Amsterdam.

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
2. SAMHSA. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2022.
3. SAMHSA. Results from the 2021 National Suvey on Drug Use and Health: Detailed Tables [Internet]. 2022. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2021-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 multicity study: Page last updated: 22 March 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en
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

In het kort: In 2019 lag het zowel het ooitgebruik als het laatste-jaar-gebruik van cannabis onder Nederlandse scholieren relatief hoog in vergelijking met scholieren in andere Europese landen.

Snel naar:

- Cannabisgebruik onder scholieren
- Trends in cannabisgebruik onder scholieren

Gegevensbronnen

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 [1–6]. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats.

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 afgerond op hele getallen. Bij het interpreteren van de trendgegevens dient hiermee rekening te worden gehouden.

Onderstaande tabel toont het gebruik van psychedelica in een aantal landen van de EU, Noorwegen en Zwitserland. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde wel vergelijkbaar onderzoek uit.

Cannabisgebruik onder scholieren

De laatste peiling van het ESPAD onderzoek in 2019 laat zien dat het cannabisgebruik onder Nederlandse scholieren relatief hoog is in vergelijking met scholieren in andere 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.

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

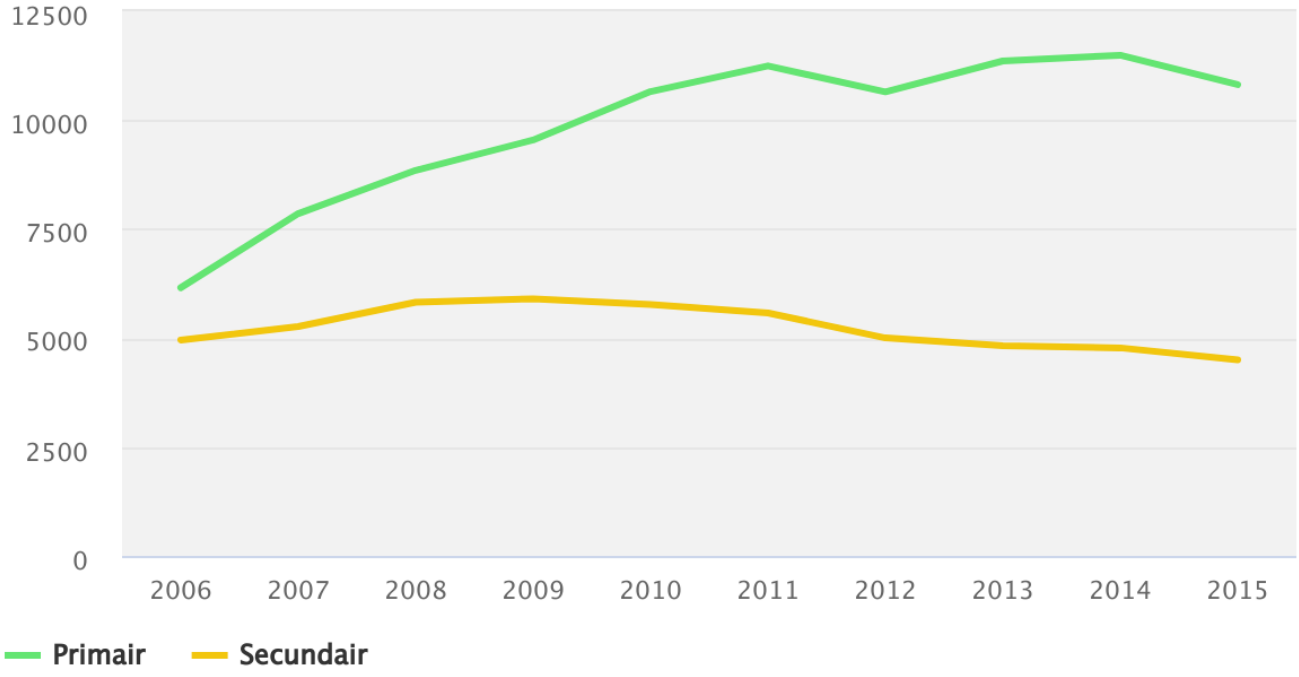
gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Begin 2023 is een tussenrapportage verschenen, waarin een voorlopig beeld werd geschetst van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. Hier werd geconstateerd dat de kwaliteit van de aanleveringen voor verbetering vatbaar was. Begin 2024 is een verbeterde versie van de Kerncijfers over de jaren 2017-2022 verschenen, waarin de eerdere cijfers zijn verrijkt met andere bronnen. Deze gegevens worden, na aanvullende analyses, 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

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

	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].

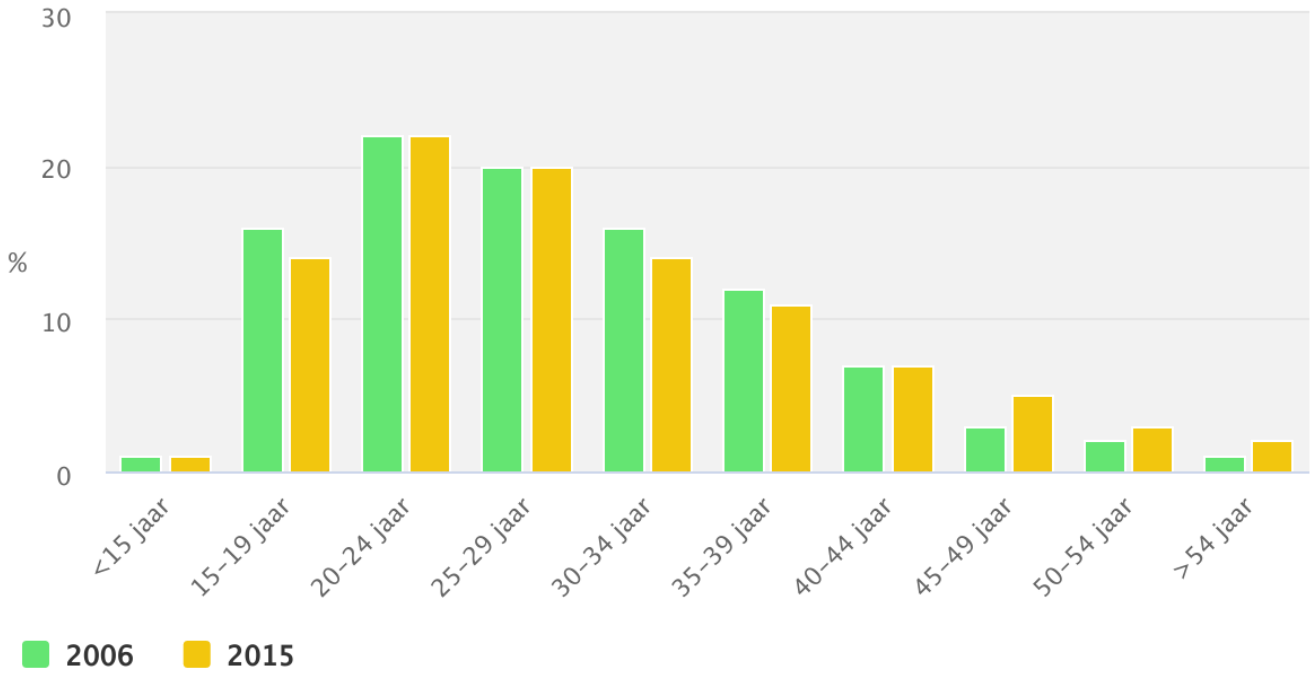
LADIS: leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

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

	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

	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

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:

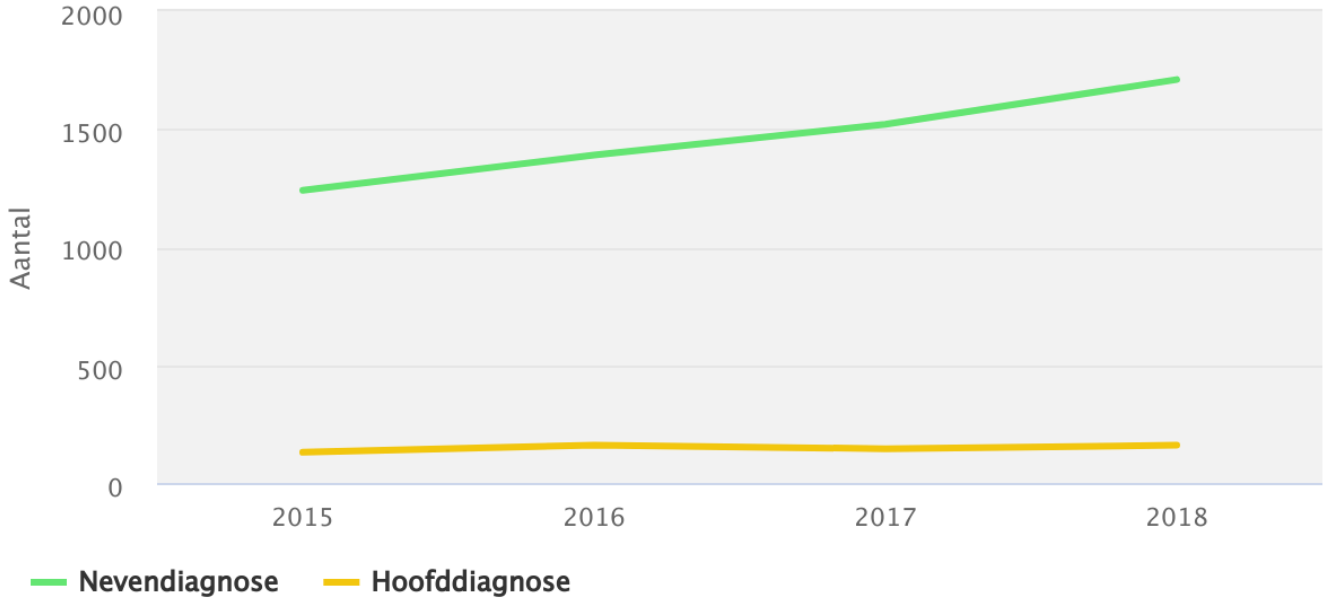
http://www.emcdda.europa.eu/edr2015

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.

Klinische opnames en observaties in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan cannabis, 2015–2018

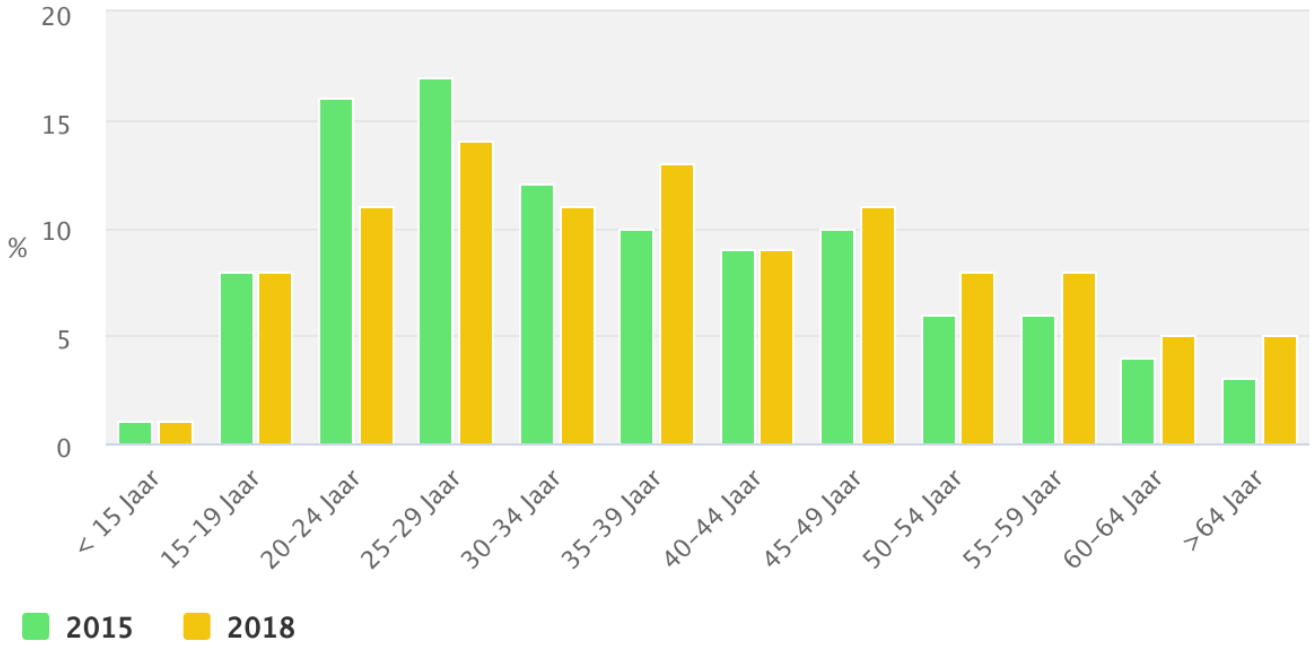


Aantal diagnoses afgerond op vijftallen, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-10 codes: F12 (psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis), T40.7 (vergiftiging door cannabis(derivaten)). Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020b).

NDM

	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

	2015	2018
< 15 Jaar	1	1

	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

1. 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

In het kort: Angst is een veelvoorkomende klacht is bij cannabis-intoxicaties, met name onder toeristen. In 2022 was cannabis de meest gerapporteerde drug bij druggerelateerde incidenten met patiënten onder de 18 jaar. Het NVIC zag in 2022 een toename in het aantal informatieverzoeken over cannabis 'edibles' zoals bijv. spacecake en cannabis bevattend snoepgoed.

Snel naar:

- Drugsgerelateerde incidenten
- Verkeersongevallen
- Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

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]. In 2022 droegen 18 diensten actief bij aan de registratie: drie ambulancediensten, zeven SEH-afdelingen en vijf afdelingen forensische geneeskunde. 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.

In 2022 heeft VeiligheidNL onderzoek gedaan naar middelengebruik (alcohol, drugs en rijgevaarlijke medicijnen) onder verkeersslachtoffers in de periode 2012-2021 [2]. Het Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL, een registratie van SEH-bezoeken als gevolg van letsels, is als bron voor dit onderzoek gebruikt. Er zijn gegevens verzameld bij de SEH's van 14 LIS-ziekenhuizen. Deze gegevens overlappen dus deels met de gegevens uit de Monitor Drugsincidenten. De gegevens kunnen worden gebruikt om trends te signaleren, maar zijn niet geschikt om landelijke schattingen te doen over het aantal incidenten. Daarnaast dient te worden benadrukt dat er op de SEH-afdeling niet altijd wordt gevraagd naar middelen- of medicijngebruik voorafgaand aan een ongeval. Echter, wanneer er overduidelijk sprake is van middelengebruik en/of wanneer dit relevant is voor de medische behandeling, wordt het middelengebruik wel geregistreerd. Gegevens over middelengebruik zoals in LIS geregistreerd dienen dus te worden geïnterpreteerd als een ondergrens van de daadwerkelijke problematiek. Daarnaast is uit deze gegevens niet af te leiden hoeveel verkeersslachtoffers er zijn als gevolg van een bestuurder die alcohol en/of drugs heeft gebruikt.

Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en hulpverleners over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen [3]. Het NVIC is onderdeel van de Divisie Vitale Functies van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en is telefonisch te raadplegen via de 24-uursinformatietelefoon. De meeste drugsgerelateerde telefonische informatieverzoeken hebben betrekking op een patiënt die in aanraking is gekomen met een middel: een blootstelling. Een blootstelling leidt niet per definitie tot

vergiftigingsverschijnselen, het gaat dus om een mogelijke/potentiële vergiftiging. Naast de mogelijkheid om het NVIC telefonisch te raadplegen, kunnen hulpverleners via de website www.vergiftigingen.info/ toxicologische informatie opvragen voor bijvoorbeeld een risicoanalyse om de ernst van een blootstelling te berekenen, of om rechtstreeks stofmonografieën en therapieteksten te raadplegen (zonder uitvoering van een risicoanalyse). De website kan worden geraadpleegd bij een daadwerkelijke blootstelling van een patiënt, maar ook ter oriëntatie of bijscholing.

Drugsgerelateerde incidenten

In 2022 werden in totaal 6.411 drugsincidenten geregistreerd. Het gebruik van cannabis werd bij 1.247 (20%) van de incidenten gemeld, waarvan 69% 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, ecstasy, amfetamine en/of GHB.

- De helft van alle tussen 2018 en 2019 geregistreerde patiënten met cannabis als enige gebruikte drug (met of zonder alcohol) was toerist. De meerderheid van hen (66%) werd behandeld in de regio Amsterdam. Tijdens de ingestelde reisbeperkingen als gevolg van de COVID-19-pandemie daalde het aandeel toeristen onder patiënten met een cannabis-intoxicatie naar 27% in 2020 en 17% in 2021. Ook in 2022 bleef het aandeel toeristen (27%) onder het niveau van voor de COVID-19-pandemie.
- In 2022 was onder Nederlandse ingezetenen het aandeel geregistreerde cannabis-mono-intoxicaties met of zonder alcohol vergelijkbaar met eerdere jaren.
- In 2022 werd 20% van de geregistreerde incidenten met cannabis als enige drug gemeld door ambulancediensten, 24% door MDI-ziekenhuizen, 28% door LIS-ziekenhuizen, 8% door EHBO-diensten en 21% door forensisch artsen.
- Het grootste deel van de patiënten (45%) die in 2022 werden behandeld voor een cannabisintoxicatie (met of zonder alcohol) was *ernstig* onder invloed. Een groot deel van deze patiënten was bewusteloos of dermate angstig of agressief dat zij een sederend middel kregen toegediend. Ook klachten zoals een versnelde hartslag en zowel een te lage als een te hoge bloeddruk kwamen relatief vaak voor in deze groep patiënten. Een op de zes van de patiënten met een ernstige cannabisintoxicatie vertoonde symptomen die duiden op een psychose.
- Ongeveer één vijfde (19%) van de patiënten die in 2022 werden behandeld voor een cannabisintoxicatie (met of zonder alcohol) was *matig* onder invloed. Hierbij was bijvoorbeeld sprake van flauwvallen of van dermate hevige (angst)klachten dat patiënten behandeld dienden te worden met rustgevende middelen.
- Ongeveer één derde (36%) van de patiënten die in 2022 werden behandeld voor een cannabisintoxicatie (met of zonder alcohol) was *licht* onder invloed. Deze patiënten waren vaak misselijk, voelden zich niet lekker of waren duizelig. Ruim een derde van deze patiënten was angstig, al dan niet met pijn op de borst en/of hartkloppingen. In deze gevallen gingen de klachten vaak na geruststelling door de zorgverlener vanzelf over.
- Angst is een zeer veelvoorkomende klacht bij cannabisintoxicaties. Opvallend is dat toeristen hier vaker (42%) last van hebben dan Nederlands ingezetenen (30%). Ook worden toeristen vaker dan ingezetenen behandeld met rustgevende middelen. Mogelijk worden toeristen vaker overvallen door de effecten van de relatief sterke nederwiet.
- Bij 50% van de in 2022 geregistreerde incidenten met cannabis als enige gebruikte drug werd

ook alcohol gebruikt. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren.
- Bij incidenten met patiënten onder 18 jaar was cannabis de meest geregistreerde drug in 2022.
- Van alle drugspatiënten werd lichamelijk letsel het meest opgelopen door patiënten die cannabis hadden gebruikt.

Incidenten met cannabis als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2022

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten	169	210	240	65	178
% van het totaal aantal drugsincidenten met cannabis (n=862)	20%	24%	28%	8%	21%
% van het totaal aantal drugsincidenten binnen de dienst	18%	22%	21%	7%	8%
Man*	60%	68%	72%	92%	62%
Leeftijd: <25 jaar*	45%	35%	39%	29%	51%
Ook alcohol gebruikt*	71%	43%	50%	65%	42%
Mate van intoxicatie*					
Licht	26%	21%	-	57%	68%
Matig	19%	21%	-	27%	14%
Ernstig	54%	58%	-	16%	18%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. Mate van intoxicatie: Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. 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.

Verkeersongevallen

In 2022 heeft VeiligheidNL onderzoek gedaan naar middelengebruik (alcohol, drugs en rijgevaarlijke

medicijnen) onder verkeersslachtoffers in de periode 2012-2021. Er zijn gegevens verzameld bij de SEH's van 14 LIS-ziekenhuizen [2]. De hieronder genoemde cijfers zijn een ondergrens van het werkelijke aantal verkeerslachtoffers dat cannabis heeft gebruikt, omdat er op de SEH-afdeling niet altijd wordt gevraagd naar middelen- of medicijngebruik voorafgaand aan een ongeval. Sommige percentages zijn gebaseerd op kleine aantallen en moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- Cannabis is de meest gebruikte drug bij verkeersslachtoffers op de SEH van LIS-ziekenhuizen.
- Van alle 7.179 verkeersslachtoffers op de SEH tussen 2012 en 2021 die alcohol en/of drugs hadden gebruikt voorafgaand aan het ongeval (inclusief passagiers en voetgangers), had 2,2% (n=155) cannabis gebruikt al dan niet in combinatie met alcohol of andere drugs, 0,7% (n=48) gebruikte uitsluitend cannabis.
- Van alle verkeersslachtoffers op de SEH die voorafgaand aan het ongeval alcohol en/of drugs hadden gebruikt (2012-2021), was 20,0% (n=1.434) bestuurder van een gemotoriseerd voertuig. Van hen had 3,7% (n=53) cannabis gebruikt al dan niet in combinatie met alcohol of andere drugs, 1,5% (n=22) had uitsluitend cannabis gebruikt.
- Van alle verkeersslachtoffers op de SEH die voorafgaand aan het ongeval alcohol en/of drugs hadden gebruikt (2021-2021) was 72,8% fietser (inclusief elektrische fiets) (n=5.224). Van hen had 1,5% (n=76) cannabis gebruikt al dan niet in combinatie met alcohol of andere drugs, 0,3% (n=14) had uitsluitend cannabis gebruikt.

Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [3]. De hieronder genoemde gegevens betreffen enkel informatieverzoeken, dit geeft geen informatie over het daadwerkelijke aantal cannabisblootstellingen of -vergiftigingen. Ook de mate waarin de hulpverleners kennis hebben (opgebouwd) over het middel zal van invloed zijn op het aantal informatieverzoeken. Bij het interpreteren van trendgegevens moet hier rekening mee worden gehouden. Daarnaast bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute vergiftigingen.

- In 2022 was cannabis de drug met het hoogste aantal telefonische informatieverzoeken bij personen van 13 jaar en ouder (275 telefonische informatieverzoeken).
- Op de website www.vergiftigingen.info waren in 2022 voor cannabis 359 online raadplegingen. Cannabisproducten stonden hier op de vijfde plaats in de categorie drugs (exclusief NPS), na MDMA, cocaïne, amfetamine en GHB.
- Opvallend is het aantal raadplegingen over cannabis-bevattende voedingssupplementen ('edibles'). Het aantal telefonische informatieverzoeken aan spacecake is bijvoorbeeld bijna verdubbeld (26 telefonische informatieverzoeken in 2021 versus 46 in 2022). Ook ontving het NVIC enkele vragen over gezondheidseffecten na het gebruik van cannabis-bevattend snoepgoed (14 informatieverzoeken in 2022). Bij drie van deze gevallen ging het om minderjarigen.

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor Drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Trimbos-

insituut en VeiligheidNL; 2024.
2. Valkenberg H, Nijman S. Middelengebruik in het verkeer: een analyse van data verzameld op SEH-afdelingen [Internet]. Amsterdam: VeiligheidNL; 2022. Available from: https://www.veiligheid.nl/sites/default/files/2022-11/Rapportage middelengebruik in het verkeer 2012-2021.pdf
3. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2022: NVIC Rapport 01/2023. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2023.

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].

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.

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).

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

3.8.1 Coffeeshops, productie, export en soorten cannabis

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het aantal coffeeshops op basis van de coffeeshop monitor [1]. Verdere gegevens over de markt en het aanbod van cannabis worden gepresenteerd van uiteenlopend onderzoek.

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% [2].
- 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 [3,4](zie § 3.2).

Het aantal coffeeshops in Nederland sinds 2017 stabiel. De meerderheid van de gemeentes heeft geen enkele coffeeshop [1].

- Eind 2022 telde Nederland 565 officieel gedoogde coffeeshops verspreid over 102 gemeenten. Dat is één coffeeshop meer vergeleken met 2019 en 2020. Op peildatum 31 maart 2023 bedraagt het aantal coffeeshops weer 562. De stabilisatie van het aantal coffeeshops, die al zichtbaar is sinds 2017, zet hiermee dus door.
- In 1999 waren er nog 846 coffeeshops. Sindsdien nam het aantal coffeeshops gedurende vele jaren geleidelijk af.
- Eind 2022 hadden 235 van de 344 gemeenten (68,4%) een nulbeleid (er worden geen coffeeshops gedoogd) en dus géén coffeeshop. Dit is vergelijkbaar met de vorige meeting, toen 69,3% van de gemeenten een nulbeleid had. Binnen de landelijke kaders kunnen gemeenten zelf hun beleid bepalen rondom de vestiging van coffeeshops (zie ook § 2.1).
- Eind 2022 waren Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, net als in 2020, de enige gemeenten met meer dan 20 coffeeshops. Amsterdam heeft 167, Rotterdam heeft 39 en Den Haag heeft 36 coffeeshops. Samen hebben zij 242 coffeeshops, hetgeen neerkomt op 42,8% van het totale aantal coffeeshops in Nederland.
- Ongeveer de helft (52%) van de coffeeshops bevond zich in 2022 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	2022
Totaal	666	660	651	617	605	591	573	567	564	564	565
Naar inwoneraantal in gemeente											
< 20.000	8	-	8	7	7	7	6	5	5	5	5
20 – 50.000	68	-	68	64	65	65	62	62	55	55	55
50 – 100.000	91	-	95	88	64	65	67	64	66	66	68
100 – 200.000	148	-	136	137	157	157	141	144	147	148	146
> 200.000	351	-	344	321	312	297	297	292	291	290	291

Aantal coffeeshops naar inwonertal. - = Gegevens onbekend. l. Bron: Monitor coffeeshops en gemeentelijk

Productie, consumptie en export van in Nederland geteelde cannabis

Het meest recente onderzoek naar de omvang van de cannabisteelt in Nederland dateert uit 2014 [2] . 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.

Bronnen

1. Mennes R, Pieper R, Schoonbeek I, Van der Lee E. Coffeeshops in Nederland 2022. Aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2022. Breuer & Intraval; 2023.
2. Van der Giessen M, Molenaar DEG, Van Ooyen-Houben MMJ. De export van in Nederland geteelde cannabis. WODC; 2014.
3. Mennes R, Snippe J, Sijtstra M, Bieleman B. Lokaal gezien: verdiepingsstudie monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid meting 2015/16. Groningen-Rotterdam: Intraval; 2016. p.
4. Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2015: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2016.
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

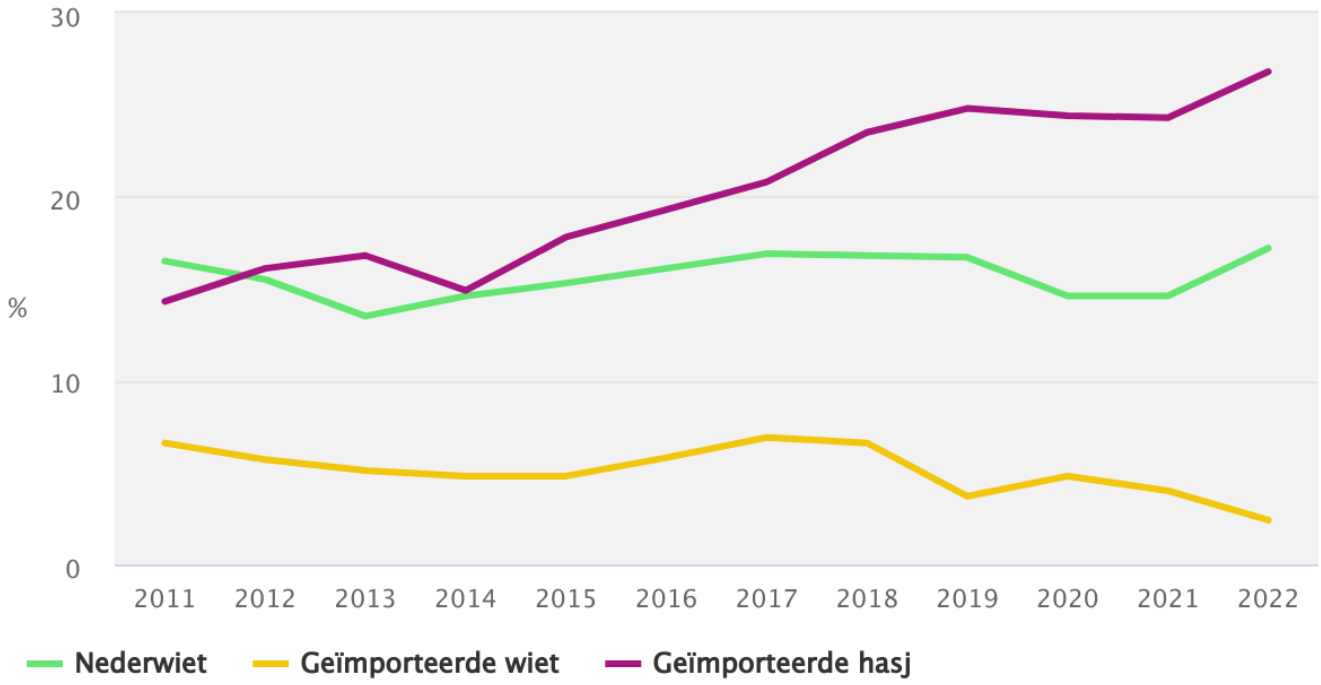
3.8.2 Samenstelling en prijs

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	20
Nederwiet[I]	8,30	9,28	9,59	9,53	9,81	10,23	10,11	10,31	9,90	10,65	11
Geïmporteerde wiet	4,24	5,88	5,29	4,51	4,67	4,92	4,84	4,04	4,39	4,19	4,
Geïmporteerde hasj	7,79	9,71	9,86	9,72	8,91	9,16	9,93	9,36	9,97	9,65	11

I. 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].

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].

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.

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

Volwassenen

Cocainegebruik in het laatste jaar (2022)



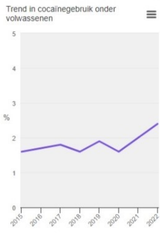
2,4%



1,5%

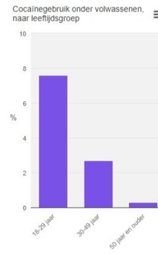


3,4%



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

NDM

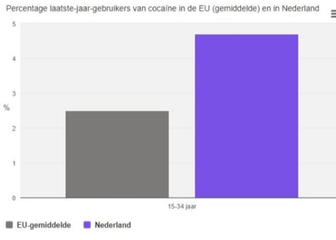
- In 2022 heeft 2,4% van de volwassenen in het laatste jaar cocaine gebruikt, dat zijn 340.000 mensen. Het gebruik van crack-cocaine komt in de algemene bevolking zelden voor.
- Het percentage gebruikers in de volwassen Nederlandse bevolking is in 2022 toegenomen ten opzichte van de periode tussen 2015 en 2020.
- Meer mannen gebruiken cocaine dan vrouwen.
- Het laatste-jaar-gebruik van cocaine is het hoogst onder jongvolwassenen.
- De meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers gebruikt cocaine incidenteel.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs	Hbo-wo-studenten	Uitgaanders
12-16 jaar	≥16 jaar	16-35 jaar
laatste jaar (2020)	laatste jaar (2023)	laatste jaar (2023)
		
0,8%	7%	33,5%

- Onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs daalde het ooltgebruik en het laatste-maand-gebruik tussen 1999 en 2007 geleidelijk, maar is sindsdien tot 2019 stabiel gebleven.
- Onder 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten gebruikte in 2021 3,9% ooit cocaine en 1,1% gebruikte cocaine in de laatste maand. Na een eerdere daling in 2019, steeg in 2021 het ooltgebruik van cocaine onder mbo-hbo-studenten. Onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder had 2023 12% ervaring met cocaine, 7% gebruikte in het laatste jaar en 2% in de laatste maand. Het laatste-maand-gebruik is in 2023 onveranderd ten opzichte van de eerste meting in 2021.
- Cocaine is relatief populair in het uitgaansleven: cocaine is de vierde meest gebruikte drug onder uitgaanders, na ecstasy, cannabis en 3-MMC. Er zijn signalen voor een toename in het cocainegebruik onder uitgaanders. De meeste uitgaanders gebruiken cocaine incidenteel.
- Cocaine wordt vaker 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 cocaine. Er lijkt minder verschil te zitten in het laatste-maand-gebruik van cocaine. Er zijn geen aanwijzingen voor een toename over tijd in het gebruik van cocaine onder kwetsbare groepen. Wel rapporteren preventiewerkers dat het gebruik van cocaine meer geaccepteerd lijkt te raken in groepen kwetsbare jongeren in verschillende regio's.

Internationale vergelijking



Bronnen: European Drug Report 2023, EMCDDA en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

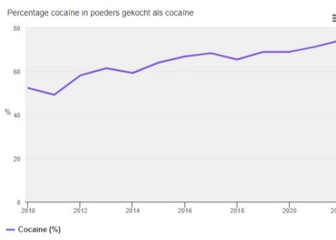
NDM

- Het gebruik van cocaine ligt in Nederland boven het Europese gemiddelde.
- In vergelijking met hun Europese leeftijdgenoten, lag in 2019 het ooltgebruik 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.

Hulpvraag en incidenten

- Tussen 2015 en 2018 steeg het aantal cocainepatiënten in de algemene ziekenhuizen.
- Bij de MDI werden incidenten met cocaine in 2022 relatief minder vaak gemeld dan in voorgaande jaren. Bij de meeste patiënten die bij de MDI worden gezien, zorgt cocaine voor lichamelijke opwinding (o.a. ontregelde hartslag, bloeddruk en ademhaling, en hartklachten). Cocaine is de op één na meest gebruikte drug (na cannabis) bij verkeersslachtoffers op de SEH van LIS-ziekenhuizen. Ook bij het NVIC zijn er relatief veel informatieverzoeken voor cocaine vergeleken met andere drugs.
- Cocaine wordt relatief vaak gecombineerd met alcohol en met andere drugs, waardoor het risico op (ernstige) gezondheidsincidenten, zoals hartproblemen, toeneemt

Aanbod en markt



Bron: Drugs Informatie en Monitoring Systeem

NDM

- De zuiverheid van cocainepoeders is in 2022 op recordhoogte. Het aandeel cocainepoeders met levamisol (een ontwormingsmiddel voor dieren), is in 2022 opnieuw gedaald.
- Een gram cocaine kostte in 2022 gemiddeld €51,50 deze prijs is sinds 2008 niet wezenlijk veranderd. De prijs van een gram cocaine in Nederland ligt lager dan het Europees gemiddelde.

4.1 Over cocaïne

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.

Vormen van cocaïne en 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].

Basecoke ('crack')

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.

Grote beschikbaarheid

Er al langere tijd sprake van een toename van de beschikbaarheid van cocaïne op de Europese drugsmarkt [4]. 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 [4] en toenames in cocaïneresiduen op basis van rioolwateranalyses in een aantal Europese steden [5]. 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 [6]. Hoewel het aanbod niet altijd samenhangt met de beschikbaarheid signaleerde het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) vanaf 2020 stijgende trends in het gebruik van cocaïne in een verschillende Europese landen [4]. 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 [5]. Lees meer over (crack)cocaïnegebruik in Europa op deze pagina.

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. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
5. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
6. EMCDDA. EU Drug Market: Cocaine [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/cocaine_en#section1

4.2 Gebruik: volwassenen

4.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: Ongeveer 1 op de 40 volwassen Nederlanders heeft in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt, dit komt neer op 340 duizend volwassenen. Het percentage gebruikers (laatste jaar) in de volwassen Nederlandse bevolking is in 2022 toegenomen ten opzichte van de periode tussen 2015 en 2020. Het gebruik van crack-cocaïne komt in de algemene bevolking zelden voor.

Snel naar:

- Kerncijfers 2022
- 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). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

In de LSM-A is afzonderlijk naar het gebruik van crack-cocaïne gevraagd. Het gaat hier vermoedelijk om 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 bijvoorbeeld deze pagina).

Kerncijfers over cocaïnegebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Kerncijfers 2022

In 2022 had ongeveer 1 op de 15 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit cocaïne gebruikt. Het percentage gebruikers in het afgelopen jaar was 2,4% en minder dan 1% gebruikte cocaïne in de afgelopen maand. Dit komt neer op 890 duizend volwassen Nederlanders die ooit cocaïne gebruikten, 340 duizend die in het afgelopen jaar cocaïne hebben gebruikt en 140 duizend die dat afgelopen

maand deden.

Cocaïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	6,3	890.000	800.000-970.000
Laatste jaar	2,4	340.000	280.000-390.000
Laatste maand	1,0	140.000	100.000-180.000

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer cocaïne gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand.
Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

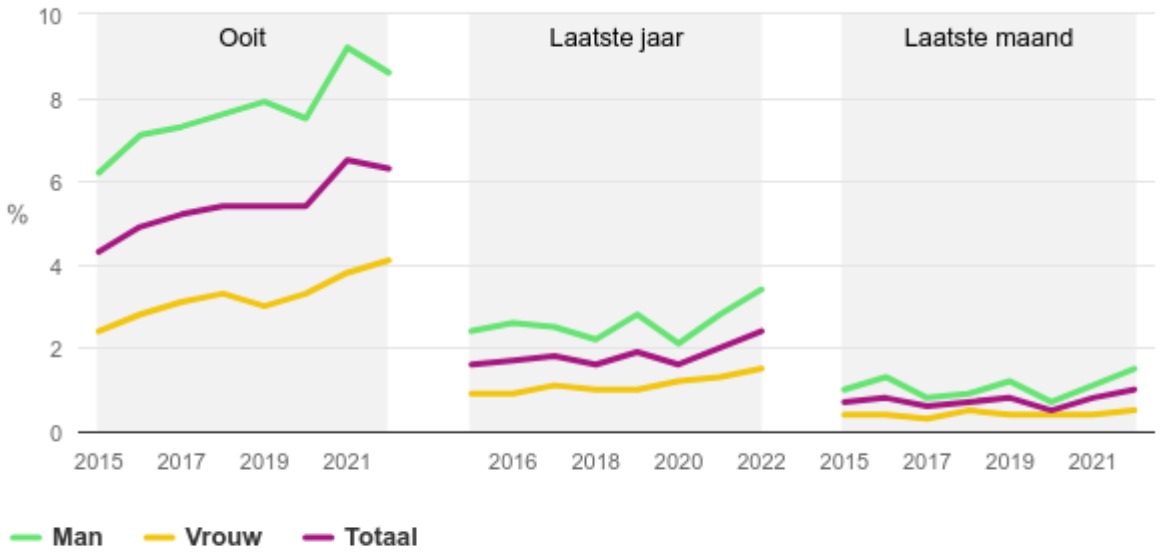
Cocaïnebase ('crack')

In de LSM-A is afzonderlijk naar het gebruik van crack-cocaïne gevraagd. Het merendeel van de gebruikers van cocaïne heeft ervaring met snuifcocaïne en een minderheid heeft (ook) ervaring met basecoke (ook wel crack-cocaïne of 'crack' genoemd). Het gebruik van dit middel wordt zelden gerapporteerd onder de algemene volwassen bevolking: 0,4% heeft ooit crack-cocaïne gebruikt en 0,1% gebruikte in het afgelopen jaar. Laatste-maand-gebruik kwam nauwelijks voor. Gebruik van crack-cocaïne lijkt vooral voor te komen in gemarginaliseerde groepen, zoals beschreven op deze pagina. Omdat deze groep niet of nauwelijks deelneemt aan dit type onderzoek ligt het werkelijke percentage in de Nederlandse volwassen bevolking waarschijnlijk iets hoger.

Trends in cocaïnegebruik

- Het gebruik van cocaïne is in 2022 (6,3% ooit; 2,4% laatste jaar) ongeveer gelijk gebleven met 2021. Vergeleken met de periode tussen 2015 en 2020 ligt het gebruik van cocaïne in 2022 hoger. Het gebruik in de laatste maand schommelde in de periode 2015-2022 tussen de 0,5-1%.
- Mogelijk neemt het gebruik van cocaïne inderdaad toe; ook andere indicatoren (rioolwateranalyses; uitgaansonderzoek) lijken daarop te wijzen.

Trend in cocaïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer cocaïne gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

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
2022	8,6	4,1	6,3

	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
2022	3,4	1,5	2,4
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

	Man	Vrouw	Totaal
2022	1,5	0,5	1,0

4.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Cocaïnegebruik komt vaker voor onder mannen, jongvolwassenen, hoogopgeleiden en volwassenen met een Europese herkomst. Het laatste-jaar-gebruik lijkt in 2022 onder jongvolwassenen en hoogopgeleiden en in (zeer) sterk stedelijke gebieden gestegen.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Herkomst
- Stedelijkheid
- Werkenden
- Regionale verschillen

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) (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers over cocaïnegebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Naast de gegevens uit de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor zijn er ook landelijke gegevens over middelengebruik beschikbaar uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor jongvolwassenen 2022 [1]. Deze cijfers zijn door de verschillende vraagstelling en leeftijdsgroep niet vergelijkbaar met de cijfers uit de Gezondheidsenquête of de Leefstijlmonitor maar geven wel een beeld van regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen. Deze gegevens zijn toegevoegd aan het onderdeel over regionale verschillen op deze pagina.

De cijfers over het gebruik van cocaïne kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst 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 2022 ruim 2 keer zo vaak voor onder mannen dan onder vrouwen.
- In 2022 is het percentage laatste-jaar-gebruik van cocaïne onder zowel mannen (3,4%) als vrouwen (1,5%) hoger dan in 2021 (respectievelijk 2,8% en 1,3%) maar het verschil is niet significant. Vergeleken met 2015 (2,4% mannen; 0,9% vrouwen) is het gebruik onder zowel mannen als vrouwen in 2022 wel gestegen. Deze stijging was het grootst onder mannen.

Cocaïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

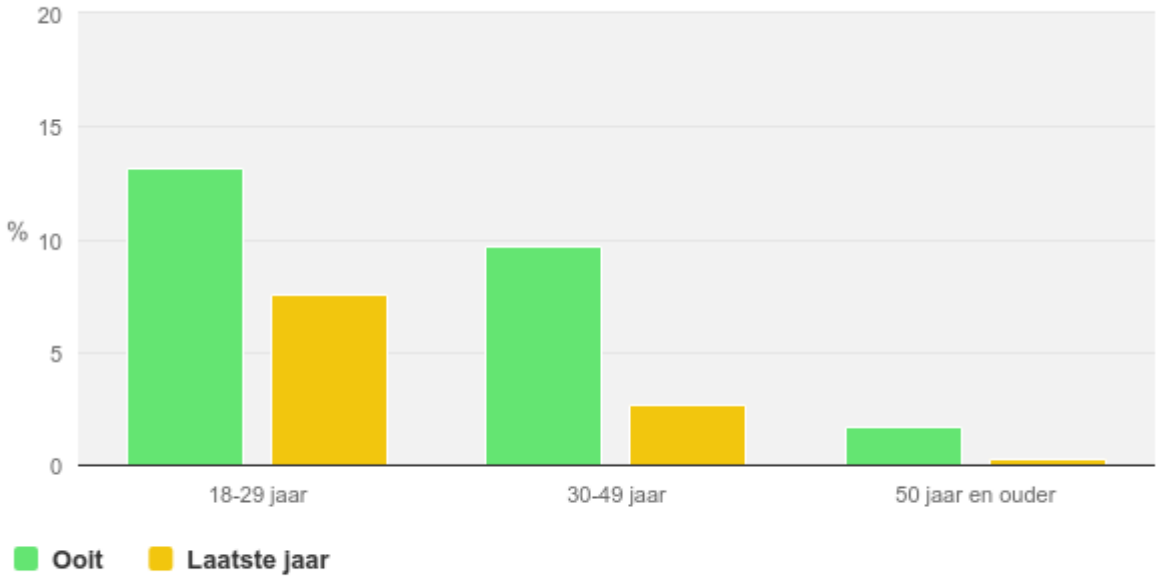
	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Man	8,6	3,4
Vrouw	4,1	1,5

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer cocaïne gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Leeftijd

- Het gebruik van cocaïne komt het meest voor onder jongvolwassenen.
- De gemiddelde leeftijd van de laatste-jaar-gebruikers van cocaïne was 30,4 jaar in 2022.
- Onder 18-29-jarigen is het laatste-jaar-gebruik tussen 2021 en 2022 gestegen van 5,6% naar 7,6%. In 2015 had 4,4% van de 18-29-jarigen cocaïne gebruikt in het afgelopen jaar; ook over de lange termijn is in deze leeftijdsgroep sprake van een toename. In de leeftijdsgroep 30-49 jaar lijkt het laatste-jaar-gebruik vergeleken met 2015 iets te zijn toegenomen maar het verschil met 2021 is niet significant.
- In de LSM-A 2022 werd aan laatste-jaar-cocaïnegebruikers gevraagd op welke leeftijd zij dit middel voor het eerst namen. De gemiddelde startleeftijd was 22,9 jaar in 2022. De helft van de volwassen Nederlanders die in 2022 in het afgelopen jaar cocaïne gebruikte, gebruikte dit middel op de leeftijd van 19 tot 25 jaar voor het eerst.
- Lees meer over cocaïnegebruik onder jongeren en jongvolwassen op deze pagina.

Cocaïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2022.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer cocaïne gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Ooit	Laatste jaar
18-29 jaar	13,2	7,6
30-49 jaar	9,7	2,7
50 jaar en ouder	1,7	0,3

Opleidingsniveau

- Cocaïnegebruik kwam in 2022 meer voor onder hoogopgeleiden dan onder middelbaar- en laagopgeleiden. Onder hoogopgeleiden lag het laatste-jaar-gebruik 3,5 keer hoger dan onder laagopgeleiden.
- In 2022 is het laatste-jaar-gebruik onder hoogopgeleiden hoger vergeleken met 2015. Tussen 2020 en 2021 nam het laatste-jaar-gebruik voor het eerst toe onder hoogopgeleiden. In 2022 is het percentage verder gestegen, maar het verschil met 2021 is niet significant. Onder laag- en middelbaaropgeleiden bleef het gebruik in de periode 2015-2022 onveranderd.

Cocaïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Laagopgeleid	4,3	1,1
Middelbaar opgeleid	5,7	1,7
Hoogopgeleid	8,4	3,9

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer cocaïne gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. 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. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Herkomst

- In 2022 was het gebruik van cocaïne het hoogst onder Nederlanders met een Europese herkomst en het laagst onder Nederlanders met een niet-Europese herkomst. Daarbij moet worden opgemerkt dat alleen de verschillen tussen Europese en niet-Europese herkomst significant zijn.
- Sinds 2022 hanteert het CBS een nieuwe indeling naar herkomst (zie Bijlage A1). Er zijn daarom geen trendgegevens naar herkomst beschikbaar tussen 2015 en 2022.

Cocaïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Nederlandse herkomst	6,4	2,4
Europese herkomst	8,3	3,5
Niet-Europese herkomst	5,1	1,9

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer cocaïne gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst (cbs.nl)). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Stedelijkheid

- Cocaïnegebruik kwam in 2022 het meest voor in (zeer) sterk stedelijke gebieden: het percentage ooit- en laatste-jaar-gebruik ligt ruim twee tot drie keer hoger dan in minder stedelijke gebieden.
- Het gebruik van cocaïne is onder volwassenen in matig en weinig/niet stedelijke gebieden tussen 2015 en 2022 stabiel, maar in (zeer) sterk stedelijke gebieden in deze periode toegenomen.

Cocaïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
(Zeer) sterk stedelijk	8,3	3,4
Matig stedelijk	3,6	1,0
Weinig/niet stedelijk	3,9	1,2

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

Werkenden

In 2023 heeft het Trimbos-instituut voor het eerst gegevens gepubliceerd over het middelengebruik onder werkenden versus niet-werkenden. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt van de LSM-A van het peiljaar 2022 [2].

- Het laatste-jaar-gebruik van cocaïne is hoger onder werkenden dan onder niet-werkenden.

Cocaïnegebruik onder werkenden en niet-werkenden. Peiljaar 2022.

	Laatste jaar (%)
Werkenden	2,7
Niet-werkenden	1,6

LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2022.

Regionale verschillen

Uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen, die wordt gehouden onder 16-25-jarigen, blijkt dat er regionale verschillen bestaan in het gebruik van cocaïne [1].

- In 2022 werden de hoogste percentages cocaïnegebruik in de afgelopen 4 weken gevonden in GGD-regio Groningen (6,5%) en GGD-regio Amsterdam (5,7%).
- Cocaïne werd het minst gebruikt in de GGD-regio IJsselland en GGD-regio Flevoland (beide 1,3%).

Bronnen

1. GGD'en en RIVM. Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022 [Internet]. 2023. Available from: https://www.vzinfo.nl/drugsgebruik/regionaal/jongvolwassenen
2. Tuithof M, Blokland M, Sannen M. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Utrecht: Trimbos-instituut;

4.2.3 Gebruikspatronen

In het kort: De meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers van cocaïne, gebruikt incidenteel cocaïne.

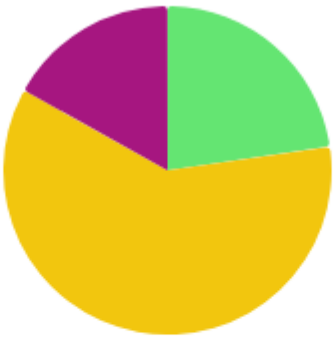
Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van cocaïne in de bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) (zie bijlage A2). In de LSM-A 2022 is gevraagd naar de frequentie van gebruik onder de laatste-jaar-gebruikers van snuifcocaïne van 18 jaar en ouder.

Frequentie van gebruik

- Ruim één op de vijf laatste-jaar-gebruikers (22,7%) had in het afgelopen jaar één keer cocaïne gebruikt. De meeste gebruikers (laatste jaar) van cocaïne (60,4%) gebruikten het middel in 2022 een paar keer, maar minder dan maandelijks. Maandelijks gebruik of vaker kwam voor onder 16,9% van de laatste-jaar-gebruikers. Dit laatste zal in werkelijkheid hoger liggen, omdat (probleem)gebruikers van harddrugs in bevolkingsonderzoek ondervertegenwoordigd zijn.

Frequentie[I] van snuifcocaïnegebruik onder laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.



Eén keer
Een paar keer, maar minder dan maandelijks
Ten minste maandelijks

I. Frequentie: aantal keer in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.
Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	%
Eén keer	22,7
Een paar keer, maar minder dan maandelijks	60,4
Ten minste maandelijks	16,9

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. 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].

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.

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.

Cocaïnegebruik in het voortgezet onderwijs, 12 t/m 16 jaar (%). Peiljaar 2019

	%
Ooit	1,1
Laatste jaar	0,8
Laatste maand	0,6

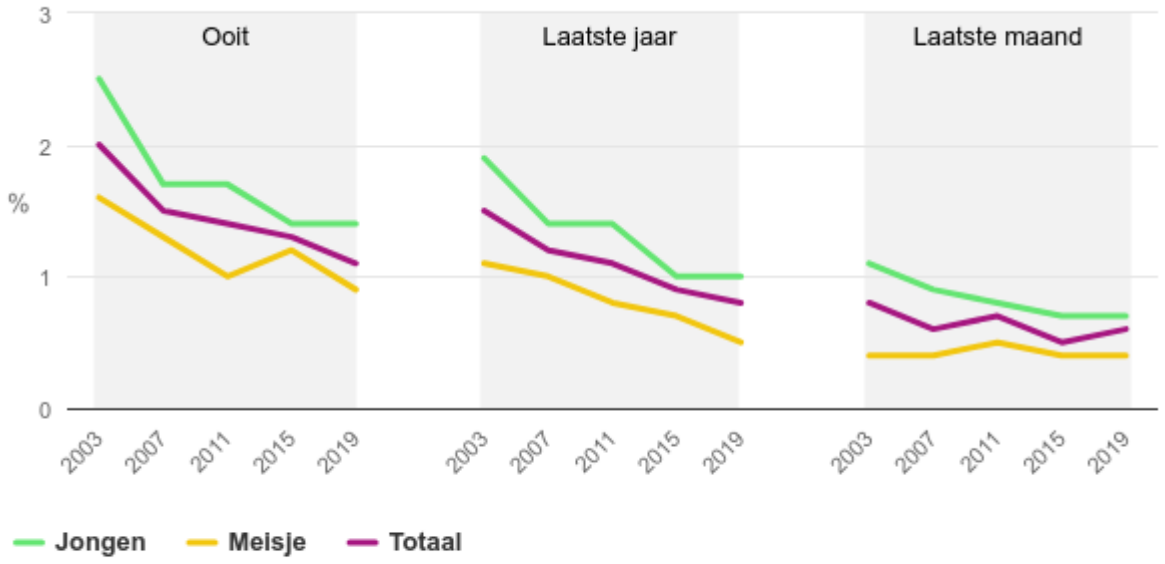
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM,

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.
- 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

	Man	Vrouw	Totaal
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
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

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

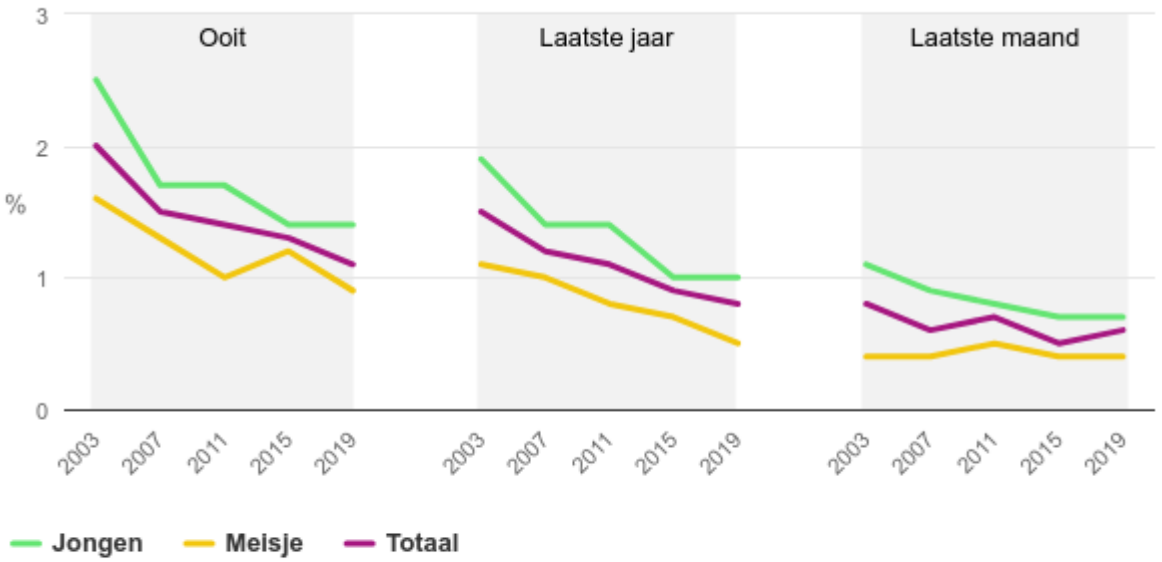
Gegevensbronnen

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.

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

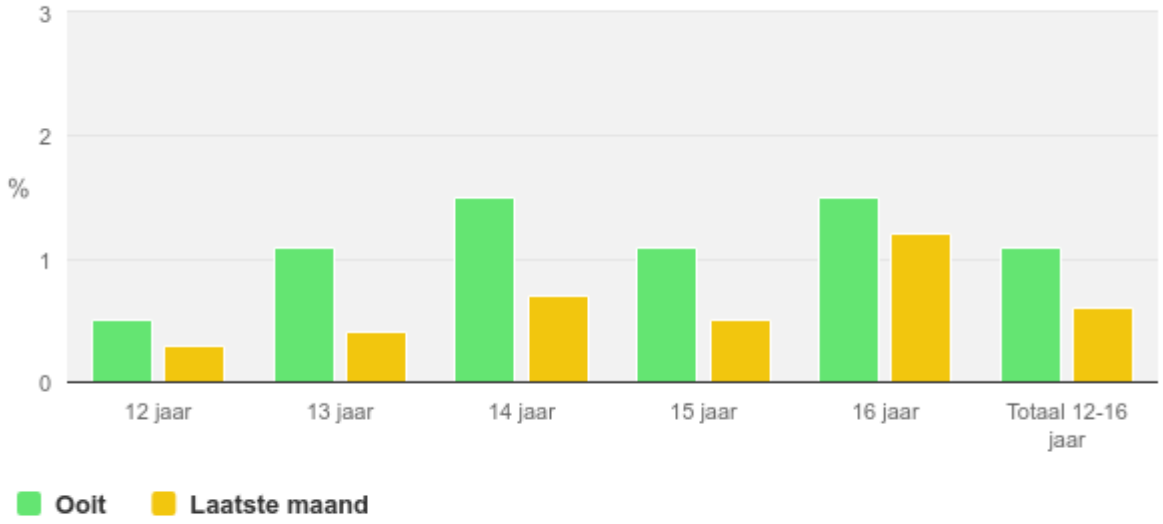
	Man	Vrouw	Totaal
2003	2,5	1,6	2
2007	1,7	1,3	1,5
2011	1,7	1	1,4
2015	1,4	1,2	1,3
2019	1,4	0,9	1,1
2003	1,9	1,1	1,5
2007	1,4	1	1,2

	Man	Vrouw	Totaal
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) [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 maand
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.

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: Onder 16-18-jairge mbo- en hbo-studenten gebruikte in 2021 3,9% ooit cocaïne en 1,1% gebruikte cocaïne in de laatste maand. Na een eerdere daling in 2019, steeg in 2021 het ooitgebruik van cocaïne onder mbo-hbo-studenten. Onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder had 2023 12% ervaring met cocaïne, 7% gebruikte in het laatste jaar en 2% in de laatste maand. Het laatste-maand-gebruik is in 2023 onveranderd ten opzichte van de eerste meting in 2021.

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 landelijke Middelenmonitor mbo-hbo [1–4]. Deze monitor onderzocht ook het cocaïnegebruik onder 16-18-jarige studenten van het mbo en het hbo. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [4]. In 2023 heeft een nieuwe dataverzameling plaatsgevonden. Dit keer zijn alleen mbo-studenten meegenomen in het onderzoek. De resultaten van deze meting worden in 2024 gepubliceerd.

Daarnaast wordt sinds 2021 elke twee jaar grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (hbo en wo). Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) 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 2023 namen 32.000 studenten (≥16 jaar) deel, verdeeld over 24 onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs (13 hbo-instellingen en 11 universiteiten) verspreid over heel Nederland [7].

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 [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.

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken. De onderzoeken zijn

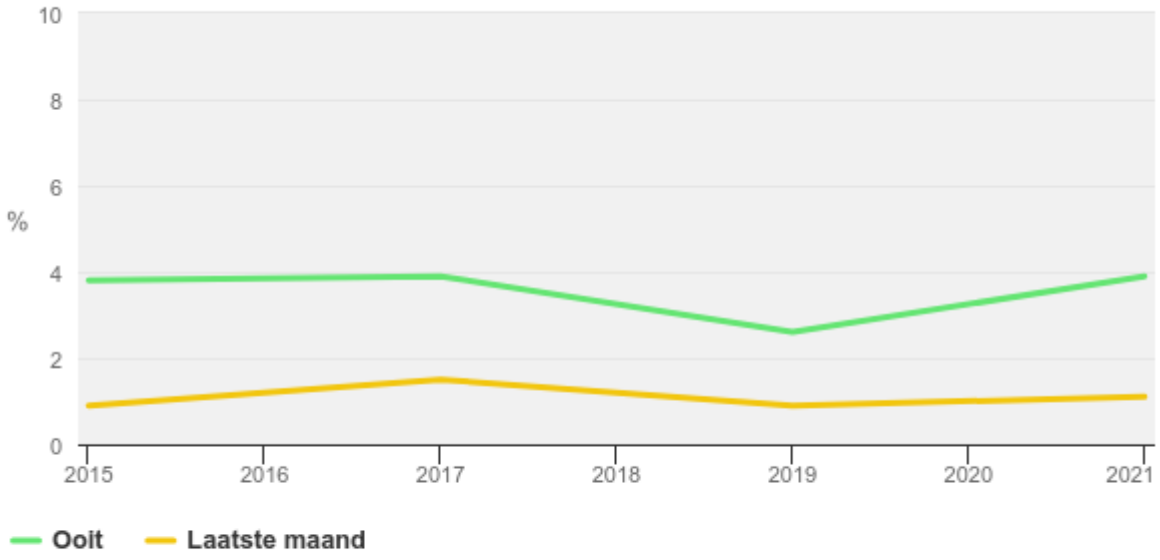
door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet goed vergelijkbaar.

Studenten van het mbo en het hbo

De Middelenmonitor mbo-hbo gaf voor het cocaïnegebruik onder 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten in 2021 het volgende beeld [4]:

- 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%.
- 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.

Trend in cocaïnegebruik[I] onder mbo- en hbo-studenten van 16-18 jaar



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Middelenmonitor mbo–hbo

NDM

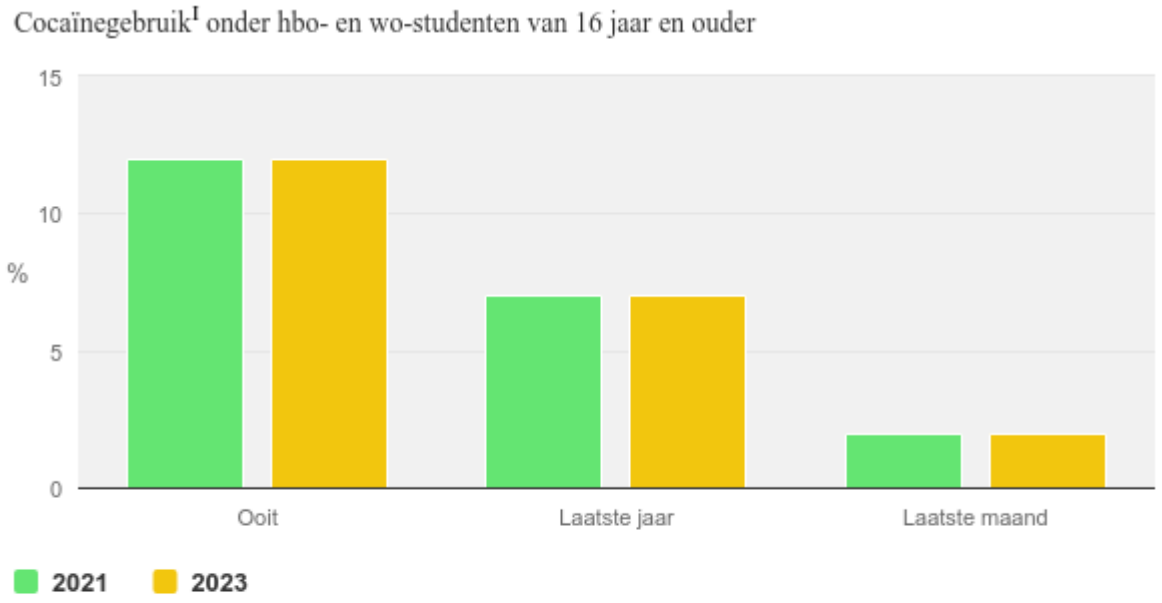
	Ooit	Laatste maand
2015	3,8	0,9
2017	3,9	1,5
2019	2,6	0,9

	Ooit	Laatste maand
2021	3,9	1,1

Studenten van het hbo en de universiteit

Onderstaande resultaten zijn afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs. Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen, zoals een laag responspercentage (6,5% in 2023) en onder-/oververtegenwoordiging van bepaalde groepen. Door weging is de data meer representatief gemaakt. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de resultaten vertekend zijn en daarmee niet representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland. De resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd. De Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs gaf voor het cocaïnegebruik onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder in 2023 het volgende beeld [7]:

- Eén op de acht (12%) studenten gebruikte cocaïne ooit in het leven. Een kleiner deel (7%) gebruikte cocaïne in het afgelopen jaar. Het gebruik in de laatste maand kwam voor onder 2% van de ondervraagde studenten.
- Het laatste-maand-gebruik is in 2023 onveranderd ten opzichte van de eerste meting in 2021 (beide 2%).
- Cocaïnegebruik komt in sommige groepen meer voor dan in andere groepen. De analyses[1] laten het volgende beeld zien:
    - Vrouwen hadden minder vaak in de afgelopen maand cocaïne gebruikt dan mannen (1% versus 3%). Daarnaast hadden 16-21-jarige studenten de afgelopen maand minder vaak cocaïne gebruikt dan 22-25- en 26-29-jarige studenten (1% versus 3%).
    - Er zijn geen verschillen in cocaïnegebruik naar herkomst (geen migratieachtergrond, migratieachtergrond, internationale student), onderwijstype (hbo, wo) en opleidingsvorm (voltijd, niet-voltijd).



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs

NDM

	2021	2023
Ooit	12	12
Laatste jaar	7	7
Laatste maand	2	2

Mbo-studenten in Amsterdam

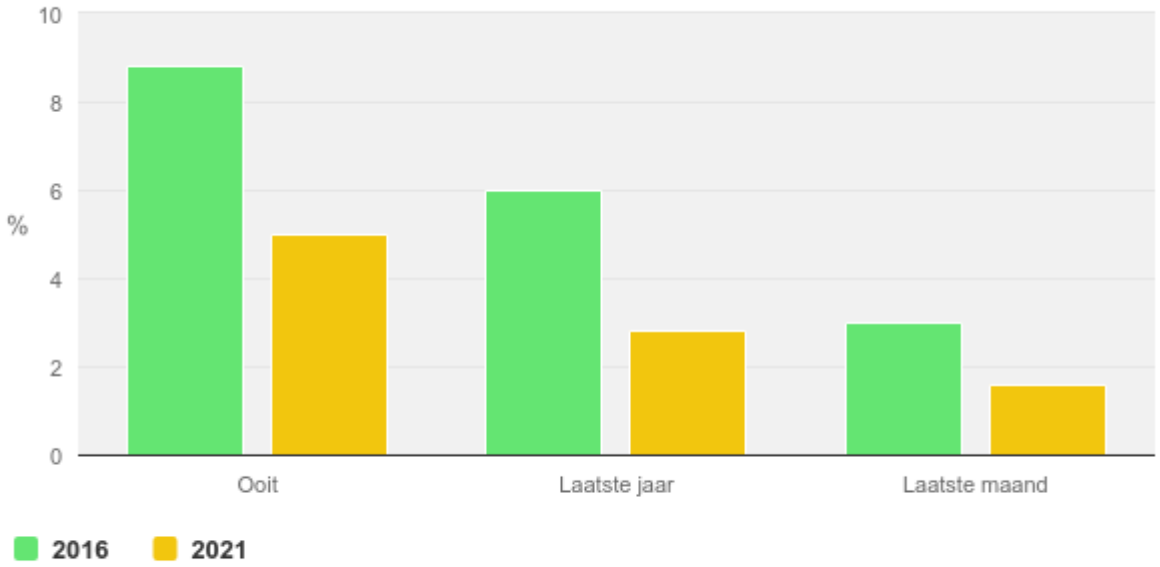
In de Monitor Antenne Amsterdam wordt het cocaïnegebruik onder mbo-studenten in Amsterdam uitgevraagd [8]. Het is van belang om op te merken dat het hier om een oudere leeftijdsgroep (gemiddeld 19,0 jaar) gaat dan in de hierboven genoemde mbo-hbo monitor (gemiddeld 17,3 jaar). De percentages zijn daarom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

- 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.

Cocaïnegebruik[I] onder mbo-studenten in Amsterdam van 16 jaar en ouder



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Monitor Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
Ooit	8,8	5
Laatste jaar	6	2,8
Laatste maand	3	1,6

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 II Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, the Netherlands: RIVM, GGD GHOR, Trimbos-instituut; 2021 p. 1–123.
6. 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.
7. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.
8. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.

4.3.4 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Cocaïne is relatief populair in het uitgaansleven: cocaïne is de vierde meest gebruikte drug onder uitgaanders, na ecstasy, cannabis en 3-MMC. Er zijn signalen voor een toename in het cocaïnegebruik onder uitgaanders. De meeste uitgaanders gebruiken cocaïne incidenteel.

Gegevensbronnen

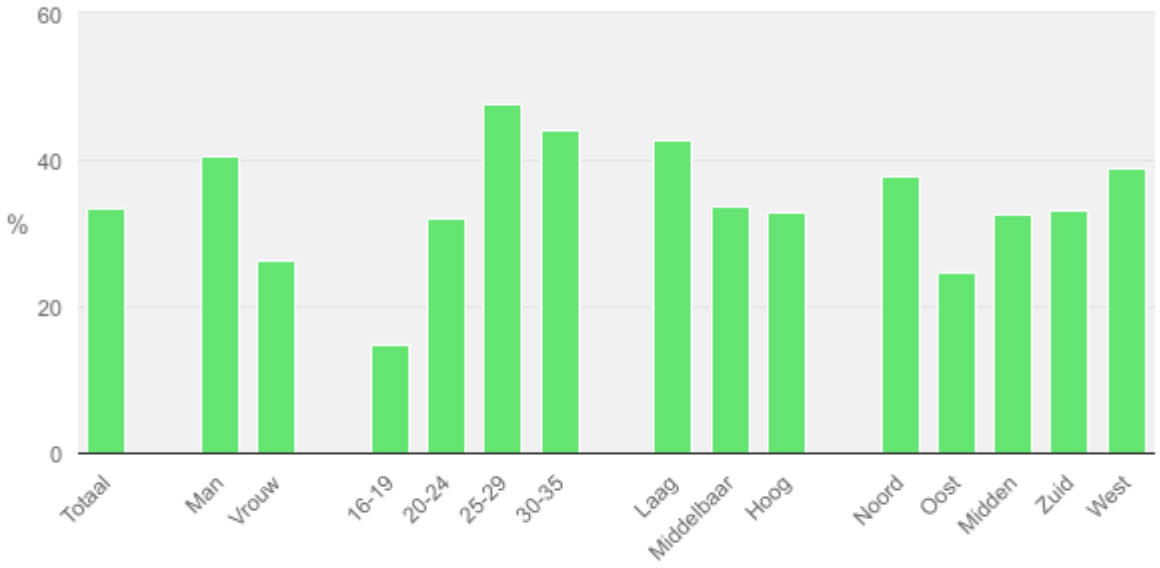
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over een eventuele toe- of afname van het gebruik van cocaïne in het uitgaansleven (zie bijlage B2).

Uitgaanders in Nederland

Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- Cocaïne is de vierde meest gebruikte drug onder uitgaanders, na ecstasy, cannabis en 3-MMC. In 2023 had 43,6% ooit cocaïne gebruikt. Een derde (33,5%) gebruikte cocaïne in het laatste jaar.
- Het laatste-jaar-gebruik van cocaïne is onder de uitgaanders hoger dan onder leeftijdsgenoten (15-34 jaar) in de algemene bevolking (5,5%).
- Het laatste-jaar-gebruik van cocaïne is tussen 2020 en 2023 gestegen van 26,2% naar 33,5%. Deze trendgegevens moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd (zie Gegevensbronnen).
- Meer mannen (dan vrouwen) en laagopgeleiden (dan middelbaar en hoogopgeleiden) hebben in het laatste jaar cocaïne gebruikt. In de jongste leeftijdscategorie (16 t/m 19 jaar) is het gebruik van cocaïne relatief laag vergeleken met de oudere leeftijdsgroepen, cocaïne wordt vooral door 25-35-jarigen gebruikt. In de regio Oost is het gebruik van cocaïne relatief laag vergeleken met de andere regio's.
- De meeste laatste-jaar-gebruikers gebruikten cocaïne minder dan maandelijks (54,6%) of één keer (18,1%). Iets minder dan een kwart gebruikte het eens (12,1%) of een paar keer (11,3%) per maand. De rest gebruikte het ten minste wekelijks: 2,2% eens per week, 1,3% een paar keer per week en 0,4% (bijna) elke dag.

Cocaïnegebruik[I] onder uitgaanders van 16-35 jaar, naar geslacht, leeftijd, opleiding en regio.
Peiljaar 2023



I. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

	Laatste jaar
Totaal	33,5
Man	40,5
Vrouw	26,2
16-19	14,9
20-24	32
25-29	47,8

	Laatste jaar
30-35	44,2
Laag	42,7
Middelbaar	33,6
Hoog	33
Noord	37,8
Oost	24,6
Midden	32,7
Zuid	33,2
West	38,9

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

4.3.5 Kwetsbare groepen jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Cocaïne wordt vaker 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.

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 (in 2019) [2], en jongeren in de residentiële jeugdzorg (in 2020) [3].

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.

De cijfers uit deze onderzoeken 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 een landelijk onderzoek (EXPLORE) het middelengebruik onderzocht 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 in 2021 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 dan 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.

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 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 (vanwege de coronamaatregelen) 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	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
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[l]	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.

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. Het LADIS en 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) geven 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 ooitgebruikers 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 Het Grote Uitgaansonderzoek wordt gevraagd naar de frequentie van (snuif)cocaïnegebruik onder de laatste-jaar-gebruikers van cocaïne. Deze gegevens staan

beschreven op deze pagina. Hoewel het merendeel van de uitgaanders incidenteel gebruikt, valt waarschijnlijk ook een klein deel van de uitgaanders onder de groep ‘ontspoorde cocaïnesnuiver’ (zie ook hieronder).
- Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral de basevorm van cocaïne (ook wel ‘crack’, ‘basecoke’, ‘freebase’ of ‘gekookte coke’ genoemd) populair. 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 [5].
- 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 op deze pagina.

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.

- Ongeveer een kwart (24,0%) van de laatste-jaar-gebruikers uit Het Grote Uitgaansonderzoek 2023 geeft aan dat zij vinden dat zij te veel of te vaak gebruiken, en ruim een derde (34,7%) geeft aan te willen minderen met het middel. In vergelijking met andere drugs, geven laatste-jaar-cocaïnegebruikers het vaakst aan dat ze zouden willen stoppen (30,8%). Het percentage respondenten dat zou willen minderen is relatief hoog onder frequente cocaïnegebruikers: bijna zes op de tien (59,1%) zou wel willen minderen, toch wil ook ruim een kwart (26,2%) van de niet-frequente cocaïnegebruikers minderen. Het percentage respondenten dat zou willen stoppen met een cocaïne lijkt iets hoger te liggen onder de niet-frequente cocaïnegebruikers (31,9%) dan onder de frequente gebruikers (27,5%), maar de verschillen zijn niet statistisch significant [6].
- Onder de laatste-jaar-gebruikers van cocaïne uit het Drug Use Persona’s onderzoek uit 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, 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 (zoals beschreven op deze pagina).
- 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 [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 (meer informatie hierover is te vinden op deze pagina). 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 acute gezondheidsproblemen, lees hierover meer op deze pagina.

Meer informatie over gezondheidsrisico's in relatie tot het chronisch gebruik van cocaïne is te vinden op deze pagina.

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. 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. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.
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

In het kort: Het gebruik van cocaïne ligt in Nederland boven het Europese gemiddelde. In de Nederlandse steden Utrecht, Amsterdam en Eindhoven steeg tussen 2011 en 2022 de cocaïne die werd gevonden in het rioolwateronderzoek met 60-80%.

Snel naar:

- Vergelijking tussen landen in Europa
- Rioolwateranalyses in Europese steden
- Verenigde Staten en 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) [2,3]. 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.

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 2021 gebruikt. De cijfers van 2022 voor Nederland waren nog niet beschikbaar voor het EMCDDA.

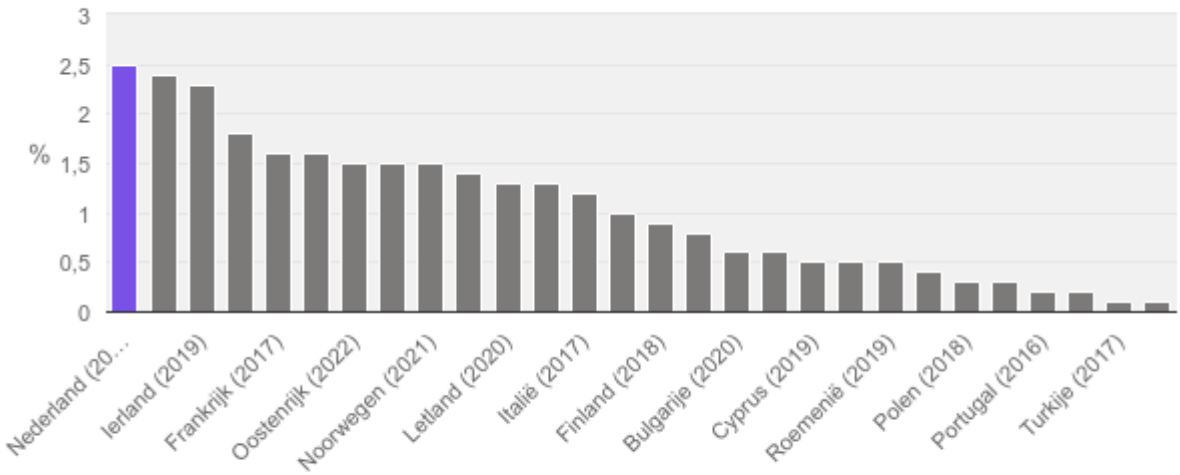
Voor het vergelijken van verschillende landen en regio’s richt de NDM zich vooral op de resultaten van bevolkingsonderzoeken en wordt maar beperkt gebruik gemaakt van analyses van het rioolwater. Wel worden deze analyses hieronder genoemd. Voor deze analyses van het rioolwater is nog onduidelijk in hoeverre 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 156 Europese steden [6].

Vergelijking tussen landen in Europa

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 2021 had 5,4% van de bevolking van 15-64 jaar in alle EU-lidstaten samengenomen ervaring met cocaïne. Het ooitgebruik varieert van 0,2% in Turkije tot 12,0% in Spanje. In Nederland is dit percentage (7,9%) hoger dan het Europese gemiddelde van 5,4% [1].
- Het laatste-jaar-gebruik onder 15-64-jarigen varieert van 2,5% in Nederland tot 0,1% in Slowakije en Turkije [1].
- Het Europese gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik onder 15-34-jarigen lag op 2,3%. In Nederland was dit percentage in 2021 in deze leeftijdsgroep hoger, namelijk 4,7%. Het hoogste percentage werd gevonden in Ierland (4,8%) [1].
- Het EMCDDA signaleert cocaïnegebruik als een groeiend onderdeel van de Europese drugsproblematiek, gelet op de toegenomen zuiverheid, het toegenomen aanbod (op basis van record hoeveelheden inbeslagnames), 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]



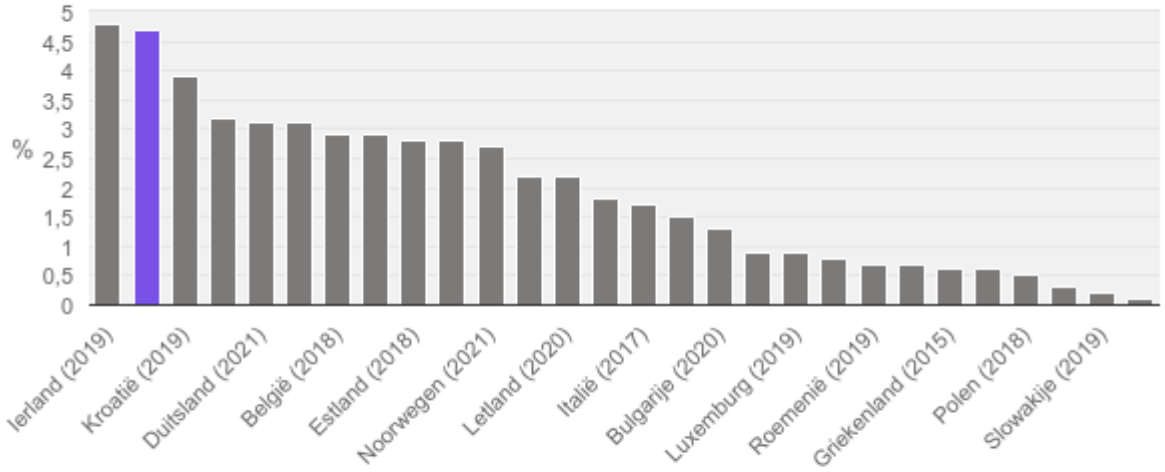
Het gebruik van cocaïne in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk, Duitsland, Griekenland en Hongarije: 18–64; Denemarken, Estland en Noorwegen: 16–64. Bron: European Drug Report 2023, EMCDDA.

NDM

Land	Laatste jaar (%)
Nederland (2021)	2,5
Spanje (2022)	2,4
Ierland (2019)	2,3
Kroatië (2019)	1,8
Frankrijk (2017)	1,6
Duitsland (2021)	1,6
Oostenrijk (2022)	1,5
Denemarken (2021)	1,5
Noorwegen (2021)	1,5
België (2018)	1,4
Letland (2020)	1,3
Zweden (2021)	1,3
Italië (2017)	1,2
Estland (2018)	1
Finland (2018)	0,9
Slovenië (2018)	0,8
Bulgarije (2020)	0,6

Land	Laatste jaar (%)
Litouwen (2021)	0,6
Cyprus (2019)	0,5
Luxemburg (2019)	0,5
Roemenië (2019)	0,5
Griekenland (2015)	0,4
Polen (2018)	0,3
Hongarije (2019)	0,3
Portugal (2016)	0,2
Tsjechië (2021)	0,2
Turkije (2017)	0,1
Slowakije (2019)	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, 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

	Laatste jaar (%)
Ierland (2019)	4,8
Nederland (2021)	4,7
Kroatië (2019)	3,9
Frankrijk (2017)	3,2
Duitsland (2021)	3,1
Spanje (2022)	3,1
België (2018)	2,9
Denemarken (2021)	2,9

	Laatste jaar (%)
Estland (2018)	2,8
Zweden (2021)	2,8
Noorwegen (2021)	2,7
Oostenrijk (2022)	2,2
Letland (2020)	2,2
Slovenië (2018)	1,8
Italië (2017)	1,7
Finland (2018)	1,5
Bulgarije (2020)	1,3
Cyprus (2019)	0,9
Luxemburg (2019)	0,9
Litouwen (2021)	0,8
Roemenië (2019)	0,7
Tsjechië (2021)	0,7
Griekenland (2015)	0,6
Hongarije (2019)	0,6
Polen (2018)	0,5

	Laatste jaar (%)
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)[I]

Land	Jaar	15-64 jaar			15-34 jaar		
		Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Spanje	2022	12,0	2,4	1,4	10,7	3,1	1,8
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2018	10,1	2,7	1	13,4	5,3	2,0
Ierland	2019	8,3	2,3	0,7	10,6	4,8	1,5
Denemarken[I]	2021	8,1	1,5	0,4	11,0	2,9	0,7
Nederland	2021	7,9	2,5	0,9	11,0	4,7	1,6
België	2018	-	1,4	-	-	2,9	-
Italië[I]	2017	6,9	1,2	0,4	6,4	1,7	0,5
Oostenrijk	2022	6,2	1,5	-	-	2,2	-
Noorwegen	2021	5,8	1,5	-	8,3	2,7	-
Frankrijk	2017	5,6	1,6	-	7,9	3,2	-
Zweden	2021	-	1,3	0,2	-	2,8	0,4
Duitsland[I]	2021	5,6	1,6	0,6	6,9	3,1	0,9
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.

Rioolwateranalyses in Europese steden

In 2022 analyseerde het EMCDDA gegevens van rioolwateranalyses uit 156 Europese steden, waarbij voor cocaïne gegevens beschikbaar waren uit 109 steden [6].

- Voor cocaïne werd de hoogste dagelijkse load gevonden in Antwerpen-Zuid met een gemiddelde dagelijkse load van 2.381,39 mg per 1.000 inwoners. Amsterdam stond op de derde plaats met een gemiddelde dagelijkse load van 1.142,43 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 elfde plaats met een gemiddelde dagelijkse load van 713,67 mg per 1.000 inwoners. Utrecht stond op de twaalfde plaats met een gemiddelde dagelijkse load van 651,63 mg per 1.000 inwoners.
- In Nederlandse steden steeg de cocaïne load tussen 2011 en 2022. Tussen 2011 en 2022 was in Amsterdam de cocaïne load gestegen met 77% van 644,10 naar 1.142,43 mg per 1.000 inwoners. In Eindhoven steeg in diezelfde periode de cocaïne load met 63% van 437,42 naar 713,67 mg per 1.000 inwoners. In Utrecht steeg de cocaïne load tussen 2011 en 2022 met 83% van 356,34 naar 651,63 mg per 1.000 inwoners.

Verenigde Staten en Australië

- Het percentage mensen in de algemene bevolking dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten. De Verenigde Staten staan echter niet bovenaan in het percentage laatste-jaar-gebruikers. 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%), 2020 (1,9%) en 2021 (1,7%) ligt het laatste-jaar-gebruik van cocaïne onder mensen van 12 jaar en ouder uiteindelijk wel lager dan in 2002 (2,5%) [2,3,9,10].
- 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 gemiddeld 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 gemiddeld hogere sociaaleconomische klasse komt cocaïnegebruik vaker voor dan in de regio’s met een gemiddeld lagere sociaaleconomische klasse (6,9% tegenover 2,5% onder Australiërs van 14 jaar en ouder).

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

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Verenigde Staten	2021	18 en ouder	16,1	1,9	0,7
		12 en ouder	14,6	1,7	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. 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, AIHW, CADS.

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
2. SAMHSA. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2022.
3. SAMHSA. Results from the 2021 National Suvey on Drug Use and Health: Detailed Tables [Internet]. 2022. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-detailed-tables
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 multicity study: Page last updated: 22 March 2023 [Internet]. 2023. Available from:

https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en
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.
9. SAMHSA. 2020 NSDUH Detailed Tables [Internet]. 2021. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2020-nsduh-detailed-tables
10. 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.

4.5.2 Jongeren internationaal

In het kort: Het cocaïnegebruik onder Nederlandse scholieren ligt rond het Europees gemiddelde.

Gegevensbronnen

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 [1–5]. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats.

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 afgerond op hele getallen. Bij het interpreteren van de trendgegevens dient hiermee rekening te worden gehouden.

Onderstaande tabel toont het gebruik van cocaïne in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde wel vergelijkbaar onderzoek uit.

- 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	
	Ooit (%)	Ooit (%)	Ooit cocaïne (%)	Ooit crack (%)	Ooit cocaïne (%)	Ooit 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.

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

4.6.1 Verslavingszorg

Snel naar:

- Behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne
- LADIS

Gegevensbronnen

Chronische cocaïneproblematiek wordt onder andere gezien en behandeld 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. De in 2018 verschenen Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Stoornissen in het gebruik van niet-opioïde drugs adviseert over de mogelijkheden van behandeling en begeleiding van deze problematiek en is gebaseerd op de uitgangspunten van herstel [1]. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) rapporteerde tot en met 2015 over de hulpvraag in de verslavingszorg [2].

Behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne

De in 2018 verschenen Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Stoornissen in het gebruik van niet-opioïde drugs adviseert over de mogelijkheden van behandeling en begeleiding van deze problematiek en is gebaseerd op de uitgangspunten van herstel.

- Er is (vooralsnog) geen evidentie voor een farmacologische behandeling van cocaïneonthouding (detoxificatie/ontgifting) of voor de behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne. Er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden volgens de richtlijn [1].
- Bij de psychologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne wordt aangeraden om als eerste keuze contingentie management aan te bieden. Mocht deze behandelingsvorm niet beschikbaar zijn, dan wordt aanbevolen om in plaats daarvan cognitieve gedragstherapie aan te bieden [1]. Bij cocaïneverslaving is ‘contingency management’, waarbij beloningen worden gegeven (zoals tegoedbonnen) voor het niet meer gebruiken van cocaïne, 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.
- De volledige richtlijn is te lezen op de website GGZ Standaarden.

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

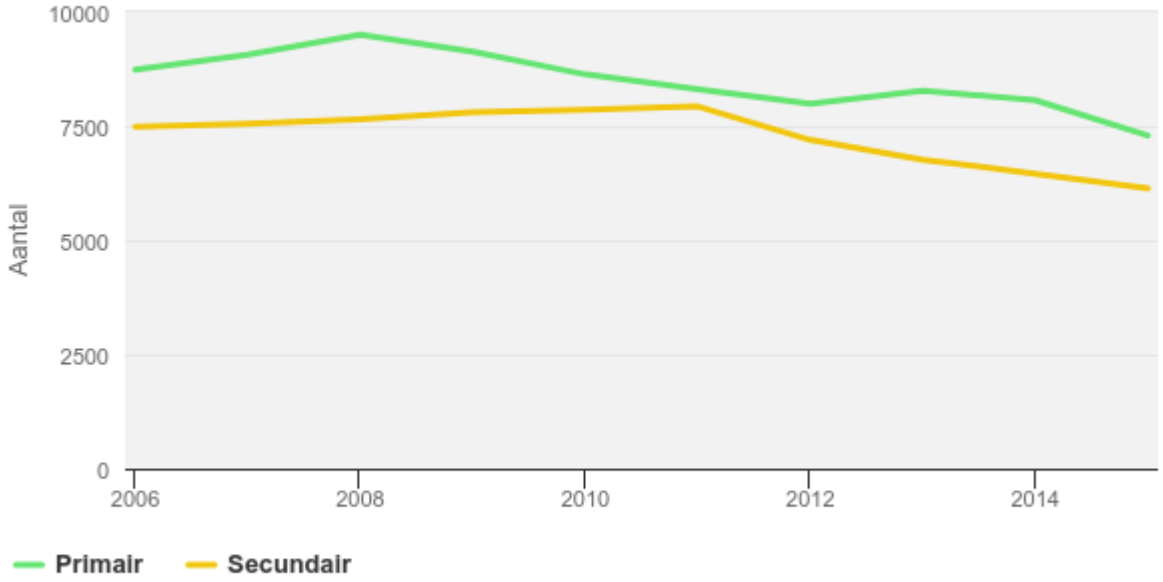
Verslavingszorginstellingen leverden tot en met 2015 gepseudonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) [2].

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. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Begin 2023 is een tussenrapportage verschenen, waarin een voorlopig beeld werd geschetst van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. Hier werd geconstateerd dat de kwaliteit van de aanleveringen voor verbetering vatbaar was. Begin 2024 is een verbeterde versie van de Kerncijfers over de jaren 2017-2022 verschenen, waarin de eerdere cijfers zijn verrijkt met andere bronnen. Deze gegevens worden, na aanvullende analyses, 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 injecterende cocaïnegebruikers 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 [6].
- 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. 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

	Primair	Secundair
2006	8736	7488
2007	9066	7560
2008	9503	7657
2009	9132	7802
2010	8636	7864
2011	8312	7934
2012	7992	7200

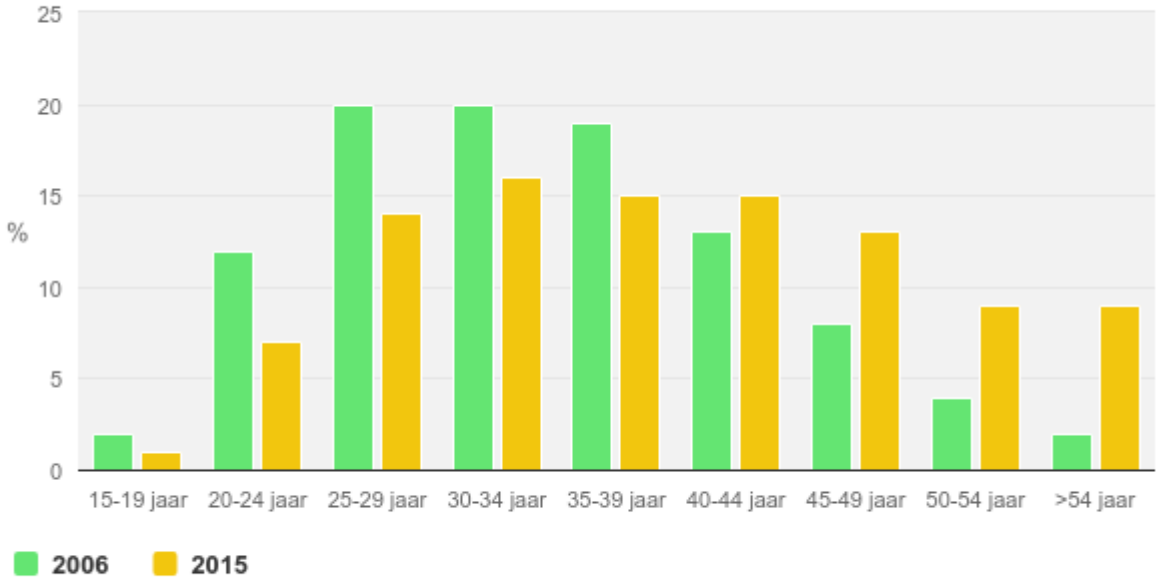
	Primair	Secundair
2013	8277	6766
2014	8069	6463
2015	729	

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. Meer informatie over opiatenproblematiek is te vinden op deze pagina.
- 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)
- Hoewel in de algemene bevolking hoger opgeleiden meer ervaring hebben met cocaïne dan lager opgeleiden, was onder de cocaïnecliënten in de verslavingszorg 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

	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
50-54 jaar		

Bronnen

1. 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.
2. 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.
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. Rigter R, Blanken P. Kerncijfers Brijder 2017 Den Haag. Den Haag: Parnassia Addiction Research Centre (PARC), Brijder, Parnassia Groep; 2018.

4.6.2 Algemene ziekenhuizen

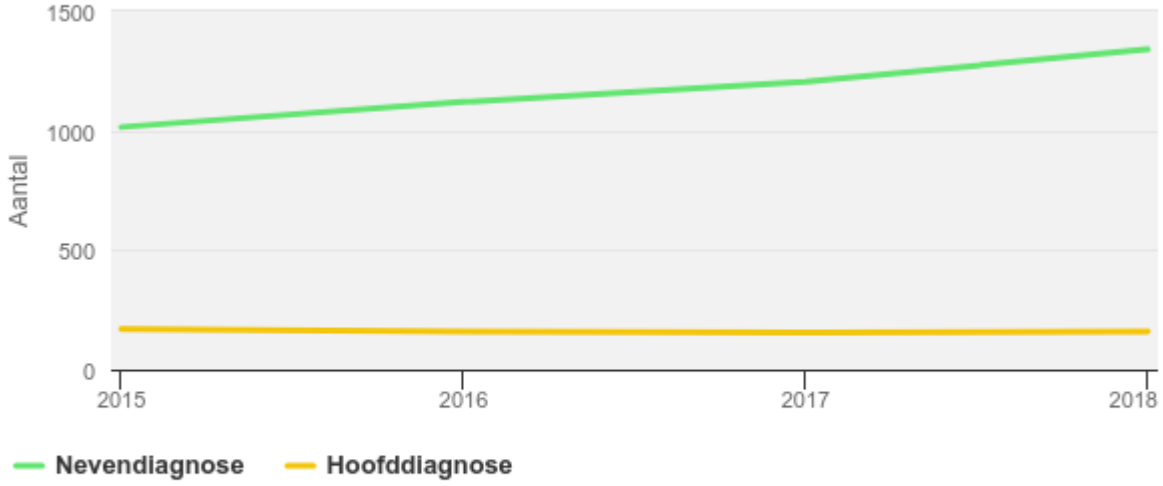
Gegevensbronnen

Chronische cocaïneproblematiek wordt onder andere gezien en behandeld in de 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]. Deze gegevens betreffen een schatting van het aantal klinische opnames met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose. Zie bijlage B5 voor uitleg over het verschil tussen klinische opnames en observaties.

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.
- 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.

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).

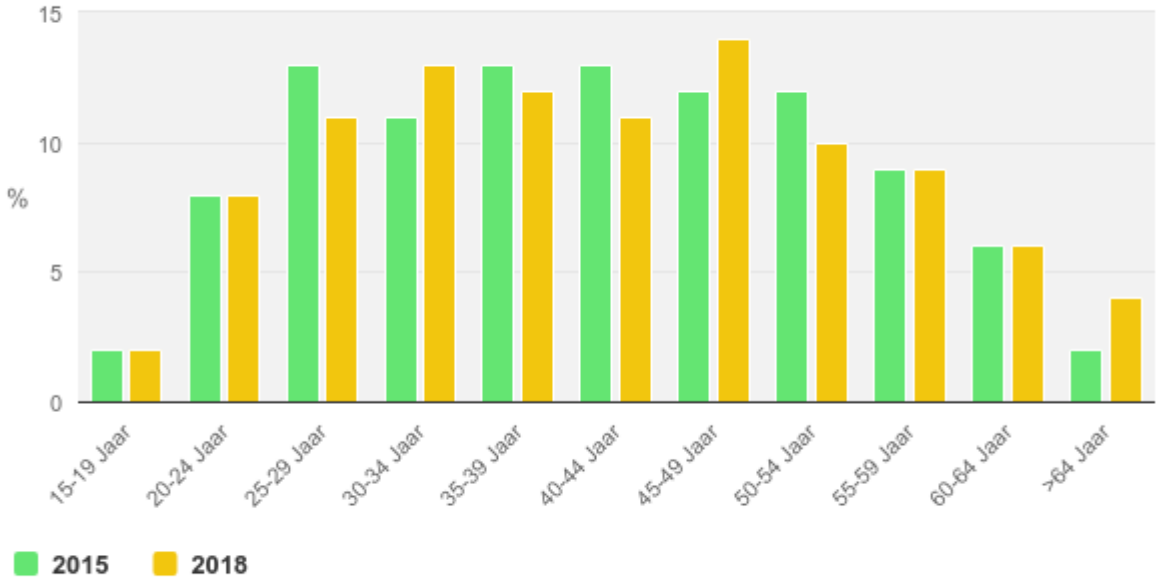
NDM

	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2015	1015	170
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.

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

	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
50-54 Jaar	12	10

	2015	2018
55-59 Jaar	9	9
60-64		

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

In het kort: Bij de MDI werden incidenten met cocaïne in 2022 relatief minder vaak gemeld dan in voorgaande jaren. Bij de meeste patiënten die bij de MDI worden gezien, zorgt cocaïne voor lichamelijke opwinding (o.a. ontregelde hartslag, bloeddruk en ademhaling, en hartklachten). Cocaïne is de op één na meest gebruikte drug (na cannabis) bij verkeersslachtoffers op de SEH van LIS-ziekenhuizen. Ook bij het NVIC zijn er relatief veel informatieverzoeken voor cocaïne vergeleken met andere drugs.

Snel naar:

- Drugsgerelateerde incidenten
- Verkeersongevallen
- Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Gegevensbronnen

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage B3) [1] 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). In 2022 droegen 18 diensten actief bij aan de registratie: drie ambulancediensten, zeven SEH-afdelingen en vijf afdelingen forensische geneeskunde. 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.

In 2022 heeft VeiligheidNL onderzoek gedaan naar middelengebruik (alcohol, drugs en rijgevaarlijke medicijnen) onder verkeersslachtoffers in de periode 2012-2021 [2]. Het Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL, een registratie van SEH-bezoeken als gevolg van letsels, is als bron voor dit onderzoek gebruikt. Er zijn gegevens verzameld bij de SEH's van 14 LIS-ziekenhuizen. Deze gegevens overlappen dus deels met de gegevens uit de Monitor Drugsincidenten. De gegevens kunnen worden gebruikt om trends te signaleren, maar zijn niet geschikt om landelijke schattingen te doen over het aantal incidenten. Daarnaast dient te worden benadrukt dat er op de SEH-afdeling niet altijd wordt gevraagd naar middelen- of medicijngebruik voorafgaand aan een ongeval. Echter, wanneer er overduidelijk sprake is van middelengebruik en/of wanneer dit relevant is voor de medische behandeling, wordt het middelengebruik wel geregistreerd. Gegevens over middelengebruik zoals in LIS geregistreerd dienen dus te worden geïnterpreteerd als een ondergrens van de daadwerkelijke problematiek. Daarnaast is uit deze gegevens niet af te leiden hoeveel verkeersslachtoffers er zijn als gevolg van een bestuurder die alcohol en/of drugs heeft gebruikt.

Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en hulpverleners over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen [3]. Het NVIC is onderdeel van de Divisie Vitale Functies van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en is telefonisch te raadplegen via de 24-uursinformatietelefoon. De

meeste drugsgerelateerde telefonische informatieverzoeken hebben betrekking op een patiënt die in aanraking is gekomen met een middel: een blootstelling. Een blootstelling leidt niet per definitie tot vergiftigingsverschijnselen, het gaat dus om een mogelijke/potentiële vergiftiging. Naast de mogelijkheid om het NVIC telefonisch te raadplegen, kunnen hulpverleners via de website www.vergiftigingen.info toxicologische informatie opvragen voor bijvoorbeeld een risicoanalyse om de ernst van een blootstelling te berekenen, of om rechtstreeks stofmonografieën en therapieteksten te raadplegen (zonder uitvoering van een risicoanalyse). De website kan worden geraadpleegd bij een daadwerkelijke blootstelling van een patiënt, maar ook ter oriëntatie of bijscholing.

Bij alle bronnen worden intoxicaties vrijwel nooit analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Drugsgerelateerde incidenten

In 2022 werden in totaal 6.411 drugsincidenten geregistreerd [1]. Het gebruik van cocaïne werd bij 984 (16%) van de incidenten gemeld, waarvan 475 (48%) als enige gebruikte drug (monogebruik) met of zonder alcohol. Incidenten met cocaïne werden in 2022 relatief minder vaak gemeld dan in voorgaande jaren. De gegevens hieronder hebben uitsluitend betrekking op incidenten waarbij cocaïne-HCl (cocaïnepoeder of snuifcoke) was gebruikt (tenzij anders aangegeven). In 2022 werden weinig incidenten gemeld met alléén cocaïnebase (basecoke, crack) (71 incidenten, 1% van het totaal), dit aantal is te klein om als aparte groep te bespreken.

- In 2022 werd 16% van de 475 geregistreerde incidenten met cocaïne als enige gebruikte drug (met of zonder alcohol) gemeld door ambulancediensten, 17% door SEH-MDI-ziekenhuizen, 28% door SEH-LIS-ziekenhuizen, 17% door forensisch artsen en 21% door EHBO’s.
- De meest voorkomende klachten bij patiënten die onder invloed zijn van cocaïne (zonder andere drugs) zijn: pijn op de post (36%), geagiteerd of agressief (31%) gedrag en/of angst (29%). Daarnaast kwamen hart- en vaatklachten veel voor na cocaïnegebruik: hartkloppingen (20%), versnelde hartslag (47%) en/of verhoogde bloeddruk (35%). Eén op de zes cocaïnepatiënten viel flauw en 7% vertoonde trekkingen die passen bij een epileptisch insult.
- Patiënten met een cocaïne-intoxicatie zijn relatief oud. De mediane leeftijd van patiënten met een cocaïne-intoxicatie bedroeg in 2022 32 jaar. Ter vergelijking: de mediane leeftijd van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie bedroeg 28 jaar in 2022. Ook gebruikers van cocaïnebase hebben vaak een relatief oudere leeftijd (mediane leeftijd: 40 jaar).
- 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. Op EHBO’s waren intoxicaties met cocaïne voornamelijk licht van aard (58%), maar het aandeel ernstige intoxicaties steeg van 2% in 2018 naar 24% in 2022. Bij ziekenhuizen en ambulancediensten waren patiënten vaak ernstig onder invloed van cocaïne (respectievelijk 65% en 51%).
- Cocaïne wordt relatief vaak gecombineerd met andere drugs en alcohol.
    - Bij 52% van de incidenten met cocaïne werden in 2022 ook één of meer andere drugs gebruikt, meestal ecstasy, cannabis en GHB. Het risico op een ernstige intoxicatie neemt toe wanneer cocaïne wordt gecombineerd met andere middelen (30% versus 14% bij intoxicaties met cocaïne als enige drug op de EHBO).
    - Basecoke (62%) en cocaïne (58%) werden vaak gecombineerd met alcohol, dat is eveneens een relatief hoog percentage vergeleken met andere drugs. Ook dit brengt

extra risico's met zich mee, zie lees daarover meer op deze pagina.

- Ongeveer een kwart (24%) van de cocaïnepatiënten werd in 2022 behandeld voor een onder invloed opgelopen trauma (andere drugs: 11%). Het ging vaak om hoofdletsel en/of botbreuken. Daarnaast had 12% van de cocaïnepatiënten last van onttrekkingsverschijnselen, dit betroffen uitsluitend arrestanten die medische hulp van een forensisch arts inriepen.

Incidenten met cocaïne als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2022

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten	75	81	134	83	102
% van het totaal aantal drugsincidenten met cocaïne (n=475)	16%	17%	28%	17%	21%
% van het totaal aantal drugsincidenten binnen de dienst	8%	9%	12%	8%	4%
Man*	77%	78%	76%	96%	65%
Leeftijd: <25 jaar*	23%	15%	19%	14%	42%
Ook alcohol gebruikt*	79%	64%	66%	51%	35%
Mate van intoxicatie*					
Licht	16%	22%	-	50%	58%
Matig	33%	12%	-	20%	18%
Ernstig	51%	65%	-	30%	24%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. Mate van intoxicatie: Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. 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.

Verkeersongevallen

In 2022 heeft VeiligheidNL onderzoek gedaan naar middelengebruik (alcohol, drugs en rijgevaarlijke medicijnen) onder verkeersslachtoffers in de periode 2012-2021. Er zijn gegevens verzameld bij de SEH's van 14 LIS-ziekenhuizen [2]. De hieronder genoemde cijfers zijn een ondergrens van het werkelijke aantal verkeerslachtoffers dat cocaïne heeft gebruikt, omdat er op de SEH-afdeling niet altijd wordt gevraagd naar middelen- of medicijngebruik voorafgaand aan een ongeval. Sommige percentages zijn gebaseerd op kleine aantallen en moeten daarom voorzicht worden geïnterpreteerd.

- Cocaïne is, na cannabis, de op één na meest gebruikte drug bij verkeersslachtoffers op de SEH van LIS-ziekenhuizen.
- Van alle 7.179 verkeersslachtoffers op de SEH tussen 2012 en 2021 die alcohol en/of drugs hadden gebruikt (inclusief passagiers en voetgangers), had 1,1% (n=76) cocaïne gebruikt al dan niet in combinatie met alcohol of andere drugs, 0,3% (n=19) gebruikte uitsluitend cocaïne.
- Van alle verkeersslachtoffers op de SEH die voorafgaand aan het ongeval alcohol en/of drugs hadden gebruikt (2012-2021), was 20,0% (n=1.434) bestuurder van een gemotoriseerd voertuig. Van hen had 3,1% (n=44) cocaïne gebruikt al dan niet in combinatie met alcohol of andere drugs, 0,9% (n=13) had uitsluitend cocaïne gebruikt.
- Van alle verkeersslachtoffers op de SEH die voorafgaand aan het ongeval alcohol en/of drugs hadden gebruikt (2021-2021) was 72,8% fietser (inclusief elektrische fietsers) (n=5.224). Van hen had 0,5% (n=27) cocaïne gebruikt al dan niet in combinatie met alcohol of andere drugs, 0,1% (n=5) had uitsluitend cocaïne gebruikt.

Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [3]. De hieronder genoemde gegevens betreffen enkel informatieverzoeken, dit geeft geen informatie over het daadwerkelijke aantal cocaïneblootstellingen of -vergiftigingen. Ook de mate waarin de hulpverleners kennis hebben (opgebouwd) over het middel zal van invloed zijn op het aantal informatieverzoeken. Bij het interpreteren van trendgegevens moet hier rekening mee worden gehouden. Daarnaast bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute vergiftigingen.

- Er zijn relatief veel informatieverzoeken over cocaïne. Cocaïne staat al jarenlang in de top 3 van drugs met de meeste telefonische informatieverzoeken.
- Het aantal telefonische informatieverzoeken voor cocaïne bij personen van 13 jaar en ouder was 189 in 2022. In de categorie drugs (exclusief NPS) was het aantal telefonische informatieverzoeken voor cannabisproducten (275) en MDMA (203) hoger.
- Op de website www.vergiftigingen.info waren in 2022 voor cocaïne 768 online raadplegingen. In de categorie drugs (exclusief NPS) was alleen het aantal online raadplegingen voor MDMA (1.032) hoger.
- In 2022 was er een (lichte) stijging in het aantal telefonisch gemelde blootstellingen en online risicoanalyses voor cocaïne vergeleken met 2020 en 2021. Het is niet duidelijk wat deze stijging betekent. Gegevens uit andere monitors (zoals de Gezondheidsenquête, MDI en LADIS) wijzen niet op een duidelijke toename in cocaïnegebruik of daaraan gerelateerde hulpvraag.

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor Drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Trimbos-insituut en VeiligheidNL; 2024.
2. Valkenberg H, Nijman S. Middelengebruik in het verkeer: een analyse van data verzameld op SEH-afdelingen [Internet]. Amsterdam: VeiligheidNL; 2022. Available from: https://www.veiligheid.nl/sites/default/files/2022-11/Rapportage middelengebruik in het verkeer 2012-2021.pdf
3. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2022: NVIC Rapport 01/2023. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2023.

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 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].

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 lichamelijke ziekten en psychische stoornissen en gedragsstoornissen (zoals beschreven op deze pagina). Ook kan het gebruik van cocaïne leiden tot sterfte door een overdosis of door een opwindingsdelier [1,2]. Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland naar verhouding maar weinig mensen aan de directe acute gevolgen van cocaïnegebruik. Tussen 2021 en 2022 is de geregistreerde sterfte door een overdosis cocaïne gedaald van 72 naar 64 gevallen.

Snel naar:

- Doodsoorzakenstatistiek CBS
- Andere landen in Europa

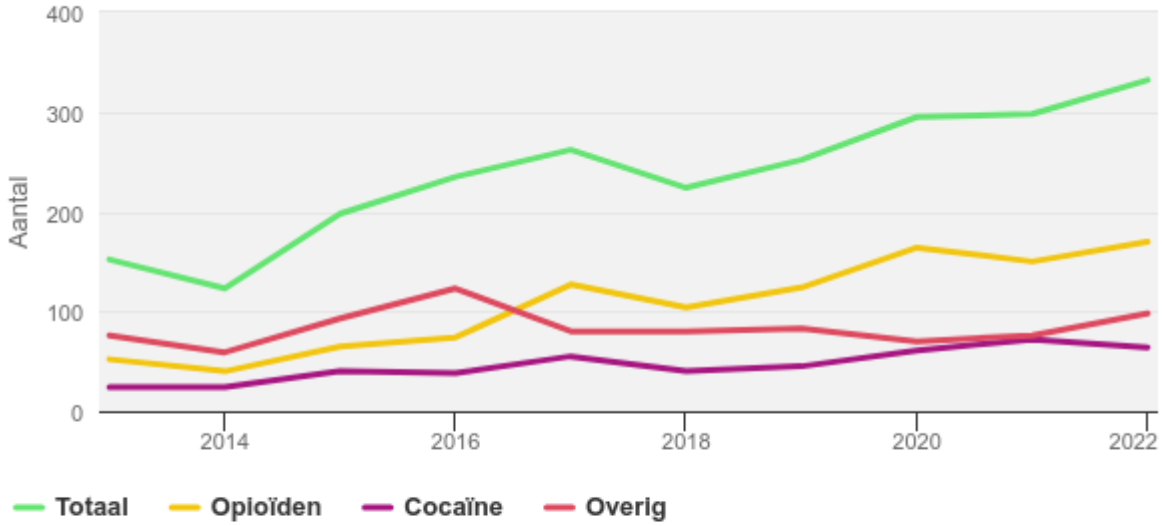
Gegevensbronnen

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland naar verhouding maar weinig mensen aan de directe acute gevolgen van drugsgebruik, waaronder cocaïne. 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].

Doodsoorzakenstatistiek CBS

In onderstaande figuur is het aantal geregistreerde sterfgevallen per jaar te zien waarbij onder andere cocaïnegebruik is aangewezen als de onderliggende doodsoorzaak. Deze cijfers omvatten geen 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. Bij de sterfte gerelateerd aan cocaïne kan geen onderscheid worden gemaakt tussen gebruikers van crack en snuifcocaïne.

Geregistreerde sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland



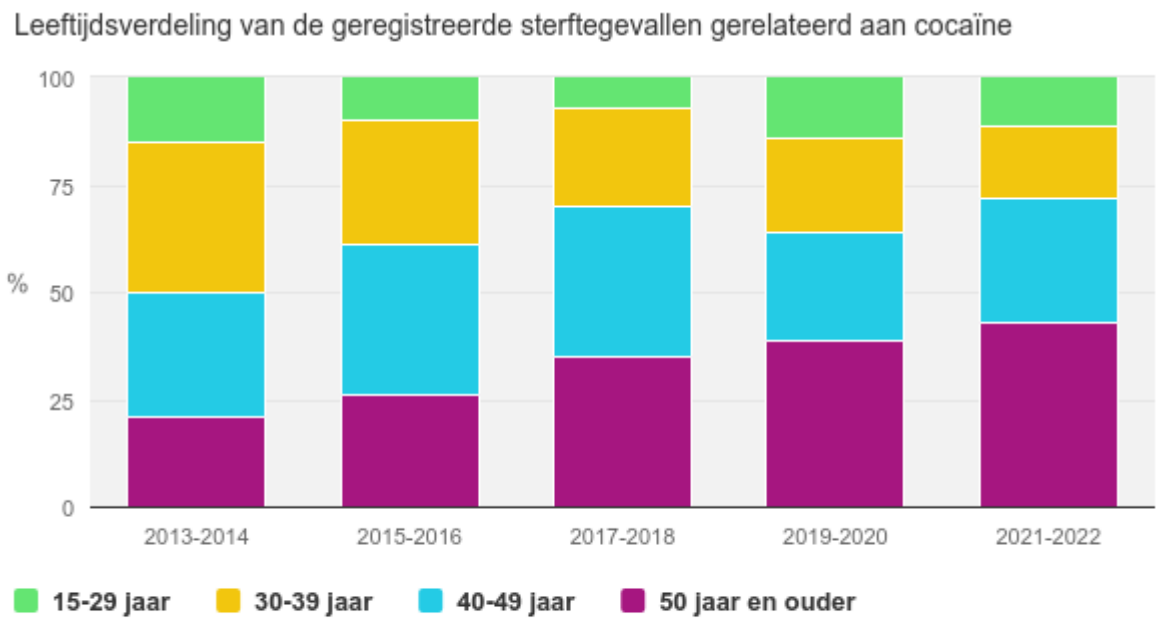
Aantal geregistreerde sterfgevallen, volgens ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X41*, X42*, X44*, X61*, X62*, X64*, Y11*, Y12*, Y14* (*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes - Nationale Drug Monitor Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut volgens de definitie van het EMCDDA.

NDM

	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

	Totaal	Opioïden	Cocaïne	Overig
2021	298	150	72	76
2022	332	170	64	98

- Tussen 2021 en 2022 is de sterfte gerelateerd aan cocaïne gedaald van 72 naar 64 gevallen. Tussen 2013 en 2021 was het aantal gevallen gestegen van 24 naar 72. In hoeverre het hier om daadwerkelijke stijgingen ging, is niet bekend. Mogelijk waren cocaïnegerelateerde sterfgevallen die voorheen in de bredere niet gespecificeerde categorie ‘overig’ vielen, in deze jaren als cocaïnegerelateerde sterfgevallen herkend.
- In 2020, 2021 en 2022 samengenomen waren er in totaal 197 gevallen van aan cocaïne gerelateerde drugssterfte. In 77% van de gevallen ging het hierbij om accidentele vergiftiging, in 7% van de gevallen ging het om suïcide, en in 2% van de gevallen was de oorzaak van de vergiftiging onbekend. In de overige 15% van de gevallen werd de sterfte geregistreerd onder de diagnose “psychische stoornissen en gedragsstoornissen”. Ook deze categorie valt onder de directe drugsgerelateerde sterfte.
- Tussen 2013 en 2022 schommelde het percentage mannen onder de cocaïnegerelateerde sterfte rond een gemiddelde van 84%.
- Onderstaande figuur geeft de verdeling naar leeftijdsgroep van de sterfgevallen gerelateerd aan cocaïne in de periodes van 2013 tot en met 2022. Hierbij zijn steeds twee jaren samengenomen, omdat over te kleine aantallen geen percentages worden gerapporteerd. Het aandeel van de oudere leeftijdsgroep van 50 jaar en ouder is gestegen van 21% in de periode van 2013/2014 naar 43% in de periode van 2021/2022. Het aandeel van de jongere leeftijdsgroep van 15 tot en met 39 jaar is gedaald van 50% naar 29%.



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 jaar en ouder
2013-2014	15	35	29	21
2015-2016	10	29	35	26
2017-2018	7	23	35	35
2019-2020	14	22	25	39
2021-2022	12	17	29	43

Andere landen in Europa

Van de 20 Europese landen die bij het EMCDDA gegevens aanleverden over drugsgerelateerde

sterfte, speelde cocaïne, meestal in aanwezigheid van opioïden, een rol bij 420 (16,5%) sterfgevallen door overdoses in 2021 (tegenover 378 of 13,5% in 2020) [5]. Het momenteel beschikbare aantal sterfgevallen met cocaïne in 2021 is een onderschatting. Een voorlopige analyse van deze gegevens voor 2021 uit Duitsland suggereert dat cocaïne betrokken zou kunnen zijn bij ten minste een op de vijf drugsgerelateerde sterfgevallen, wat het totale aantal op 720 cocaïnegerelateerde sterfgevallen zou brengen. Vanwege een aantal methodologische beperkingen moeten deze gegevens echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Daarnaast ontbreken recente gegevens voor sommige landen, waaronder Spanje (461 gevallen gemeld in 2020) en Frankrijk (130 gevallen gemeld in 2020). Hierdoor zijn inzichten in recente ontwikkelingen op Europees niveau beperkt.

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. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Utrecht: Trimbos-insituut; 2024.
5. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.

4.8 Aanbod en markt

4.8.1 Samenstelling van cocaïnemonsters

In het kort: De concentratie cocaïne was nog nooit zo hoog als in 2022 (74,3%), de concentratie stijgt al vanaf 2018. De concentratie is ook in Europees perspectief erg hoog. Als cocaïne versneden wordt, dan is dat meestal met levamisol. Het percentage cocaïnepoeders dat versneden is met levamisol is sterk afgenomen vanaf 2015.

Snel naar:

- Cocaïnemonsters ingeleverd bij testlocaties
- Samenstelling van cocaïnemonsters

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.

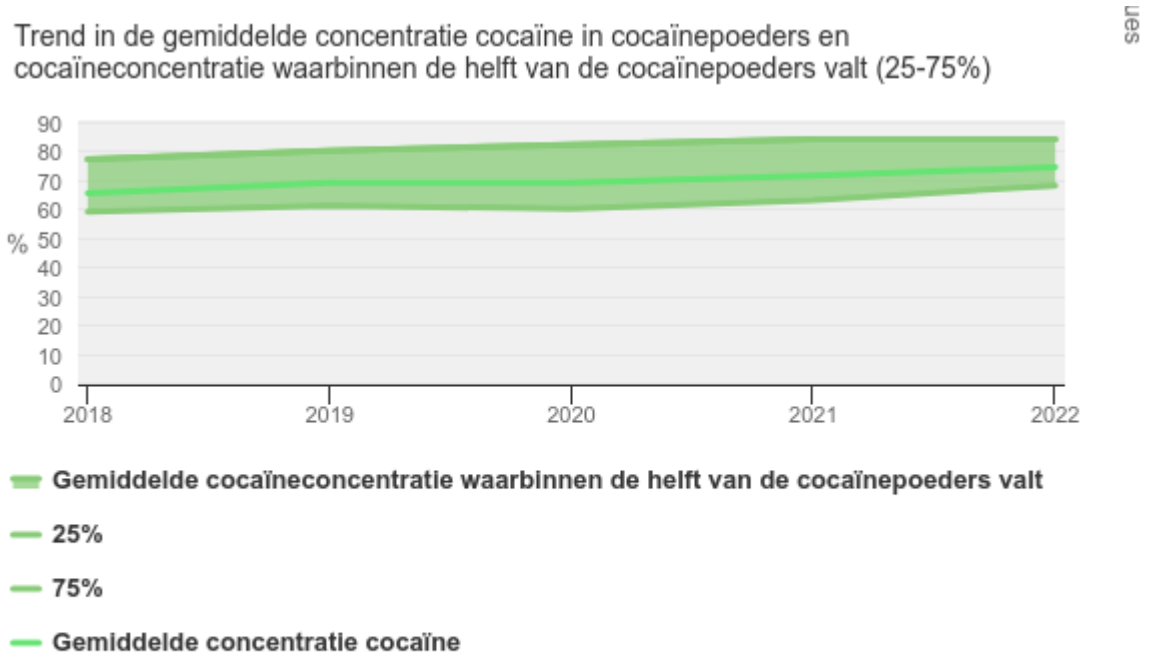
Cocaïnemonsters ingeleverd bij testlocaties

- In 2022 betrof 5,0% van het totaal bij het DIMS aangeleverde samples cocaïne (905 cocaïnemonsters). Cocaïne was daarmee de derde meest ingeleverde drug, na ecstasypillen/MDMA-poeders (respectievelijk 65% en 9%) en 2C-B (5%).
- Het aandeel cocaïne is in de afgelopen twee jaren echter wel wat gedaald (11,0% in 2020 versus 7,9% in 2021 en 5,0% in 2022). 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. Dit komt omdat het DIMS meer dan genoeg cocaïnemonsters ontvangt om de markt te kunnen monitoren en bij drukte de prioriteit vaak uitgaat naar andere drugsmonsters.
- Cocaïne wordt vrijwel uitsluitend aangeleverd in poedervorm (cocaïne-HCl, “snuifcoke”). In enkele gevallen wordt de base variant van cocaïne (“basecoke” of “crack”) aangetroffen (6 keer in 2022).

Samenstelling van cocaïnemonsters

- De meeste (93,9%) cocaïnepoeders bevatten daadwerkelijk cocaïne, dit percentage is vergelijkbaar met de voorgaande jaren.
- Het gemiddelde concentratie cocaïne vertoonde een opvallende stijging van 49,2% in 2011

naar 71,3% cocaïne base in 2022. 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).



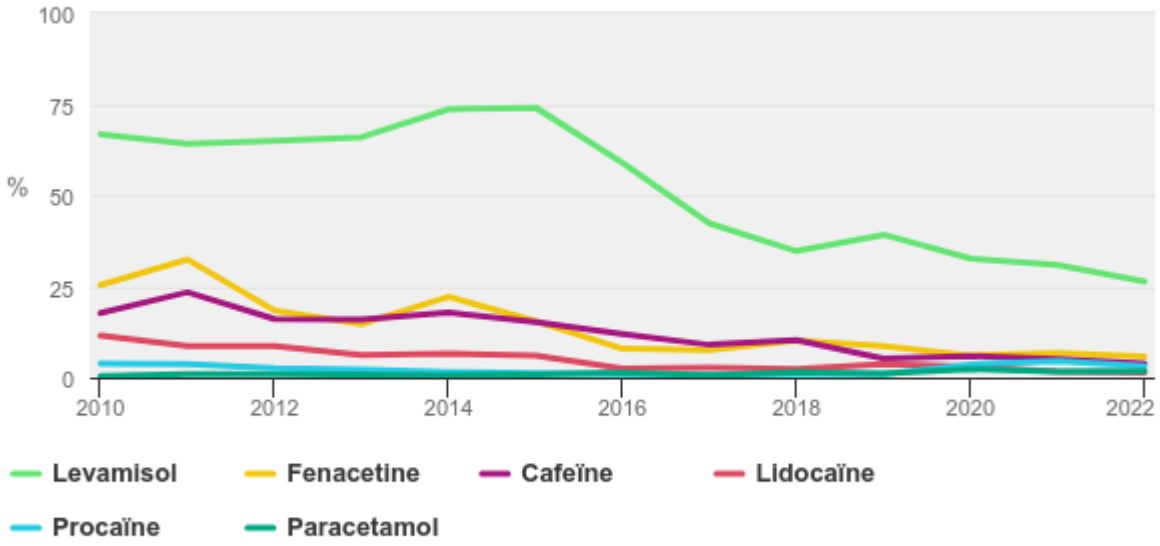
De verticale as van deze figuur loopt tot 89%, dat is het maximale volumepercentage van cocaïne-HCl is. Bron: DIMS, Trimbos-instituut

NDM

Jaar	Gemiddelde concentratie cocaïne	25%	75%
2018	65,4	59	77
2019	68,9	61	80
2020	68,9	60	82
2021	71,3	63	84
2022	74,3	68	84

- De meerderheid van de ingeleverde cocaïne-poeders (64,0%) bevat alleen cocaïne, en geen enkel ander versnijdingsmiddel. Meer dan een derde (36,0%) bevat baast cocaïne ook een versnijdingsmiddel en 26,4% bevat naast cocaïne ook levamisol.
- Het percentage cocaïnepoeders zonder versnijdingen is sterk gestegen, van 17,0% in 2014 tot 64,0% in 2022.
- Het percentage cocaïnepoeders dat cocaïne en een andere vervuiling bevatte daalde van 83,0% in 2024 tot 36,0% in 2022. Als cocaïnepoeder versneden is met een ander middel dan levamisol dan is dat meestal met fenacetine (5,8%), cafeïne (3,8%) of procaïne (3,1%).
- Cocaïnepoeder met alleen cocaïne en levamisol daalde sterk van 74% in 2025 tot 26,4% in 2022. Als levamisol wordt aangetroffen in cocaïnepoeders, dan gaat het meestal om een concentratie rond de 10%, dit is al jaren ongeveer gelijk.
- In poeders die als cocaïne gekocht werden maar geen cocaïne bevatte werd het vaakst amfetamine (5,0%), cafeïne (4,0%) of ketamine (3,0%) aangetroffen. Andere middelen werden in minder dan 2,5% van de gevallen aangetroffen.

Percentage als cocaïne gekochte poeders met naast cocaïne ook versnijdingsmiddelen[I]



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

	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

	Levamisol	Fenacetine	Cafeïne	Lidocaïne	Procaïne	Paracetamol
2013	66,0	14,7	16,0	6,2	2,2	0,8
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
2022	26,4	5,8	3,8	1,4	3,1	1,8

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
2. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.

4.8.2 Prijs

In het kort: Een gram cocaïne kostte in 2022 gemiddeld €51,50 deze prijs is sinds 2008 niet wezenlijk veranderd. De prijs van een gram cocaïne in Nederland ligt lager dan het Europees gemiddelde.

Gegevensbronnen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) geeft een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een gram cocaïne.

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 cocaïne.

- De prijs voor een gram cocaïne is in verhouding tot andere drugs behoorlijk hoog. In 2022 werd voor een gram cocaïne gemiddeld €51,50 betaald [1]. De helft van de bij het DIMS aangeleverde cocaïnepoeders kostte in 2022 tussen de 50 en de 60 euro.
- 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.
- 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 [2–4].
- De prijs voor een gram cocaïne ligt in Nederland iets lager dan het Europees gemiddelde. Uit het European Drug Report van 2022 blijkt dat de gemiddelde prijs van een gram cocaïne in Europa gemiddeld tussen de 55-85 euro kost [4,5].

Prijs (€) per gram cocaïne op consumentenniveau

	2010[I]	2011[I]	2012[I]	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal monsters (n)	1035	1107	1229	1341	1286	1540	1449	1442	1366	1334	892	810	905
Gemiddelde (€)	45	52	53	52	53	51	49	49	49	50	50	52	52
Interkwartiel (€)[II]	-	-	-	50-60	50-60	45-60	40-50	40-50	45-55	45-60	50-50	50-60	50-60

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.

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
2. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
3. EMCDDA. EU Drug Market: Cocaine [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/cocaine_en#section1
4. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
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.



Opioïden

5.0 Laatste feiten en trends

Volwassenen

Heroïnegebruik ooit in het leven (2022)



0,3%



0,1%



0,5%

Gebruik van sterke (opioïde) pijnstillers met en (ook) zonder recept in het laatste jaar (2022)



6,2% met/zonder recept
0,7% (ook) zonder recept



7,8% met/zonder recept
0,9% (ook) zonder recept



4,7% met/zonder recept
0,5% (ook) zonder recept



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

- In 2022 had 0,3% van de Nederlandse volwassenen ervaring met heroïne, dat zijn 50.000 mensen.
- Het ooitgebruik van heroïne schommelde tussen 2015 en 2022 tussen 0,3% en 0,5%.
- Van de volwassen Nederlanders had in 2022 19,5% ooit een sterke opioïde pijnstiller gebruikt, waarbij 14,1% ooit oxycodon, fentanyl, of buprenorfine had gebruikt en 9,1% ooit tramadol had gebruikt.
- Het laatste-jaar-gebruik van een sterke pijnstiller lag op 6,2%, dit komt neer op 830.000 volwassenen. In het afgelopen jaar had 0,7% (ook) zonder recept een zware pijnstiller gebruikt, dit komt neer op 90.000 volwassenen.
- Van de volwassenen die in het afgelopen jaar een zware pijnstiller hadden gebruikt, had bijna een kwart het middel langer dan 6 maanden gebruikt.
- 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.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs
12-16 jaar
ooit (2019)



0,3%

Uitgaanders
16-35 jaar
ooit (2023)



0,5%

- Het percentage scholieren dat heroïnegebruik rapporteert, is in alle peiljaren gering en vertoont een dalende trend sinds 2003.
- Het gebruik van heroïne komt weinig voor onder 16-18-jarige studenten van het mbo en het hbo. Het ooitgebruik onder deze studenten is lager dan 1%.
- Heroïne is de minst gebruikte drug onder uitgaanders. Minder dan 1% heeft het middel ooit gebruikt.

Hulpvraag en incidenten

- 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.
- In 2022 speelde heroïne/methadon/buprenorfine een rol in 7% van de geregistreerde drugsincidenten. De patiënten waren relatief ouder en vaak ging het om arrestanten met een complexe verslavingsproblematiek. Bij synthetische opioïden (pijnstillers) gaat het vaak om een suïcidepoging, of om het per ongeluk innemen van te veel medicatie.

Ziekte en sterfte

- 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.
- Tussen 2021 en 2022 steeg de geregistreerde drugssterfte. In 2022 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.

5.1 Over opioïden

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].

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.

5.2 Gebruik: volwassenen

5.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: Ongeveer 0,3% van de volwassen Nederlanders heeft ooit heroïne gebruikt, dit komt neer op ongeveer 50 duizend mensen. Tussen 2015 en 2022 schommelde dit percentage tussen 0,3% en 0,5%. Van de volwassen Nederlanders had 19,5% ooit een sterke opioïde pijnstiller gebruikt, waarbij 14,1% ooit oxycodon, fentanyl, of buprenorfine had gebruikt en 9,1% ooit tramadol had gebruikt.

Snel naar:

- Kerncijfers 2022
- 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. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers over heroïnegebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Kerncijfers 2022

Heroïne

Gebruik van heroïne komt niet veel voor onder de algemene bevolking. In 2022 rapporteerde 0,3% 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. Het aantal gebruikers van heroïne in de steekproef is te klein om uitsplitsingen te maken naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid.

Deze cijfers zijn vermoedelijk een onderschatting, omdat (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).

Heroïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	0,3	50.000	20.000-70.000
Laatste jaar	0,1	10.000	<10.000-30.000
Laatste maand	0,1	10.000	<10.000-30.000

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer heroïne gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand.
Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Sterke pijnstillers

In 2022 had, volgens de LSM-A, 19,5% van de volwassen Nederlandse bevolking ooit een sterke pijnstiller gebruikt, waarbij 14,1% ooit oxycodon, fentanyl, of buprenorfine had gebruikt en 9,1% ooit tramadol had gebruikt.

- Het laatste-jaar-gebruik van een sterke pijnstiller lag op 6,2% en 2,4% had nog in de laatste maand gebruikt, dit komt neer op 830.000 laatste-jaar-gebruikers en 310.000 laatste-maand-gebruikers.
- Van de volwassenen die in het afgelopen jaar een zware pijnstiller hadden gebruikt, had 56,9% het middel gedurende 30 dagen of minder gebruikt, 13,1% gedurende 31 dagen tot 3 maanden, 6,4% gedurende 3 tot 6 maanden en 23,7% had het middel langer dan 6 maanden gebruikt.
- In het afgelopen jaar had 0,7% (ook) zonder recept een zware pijnstiller gebruikt en 0,2% in de afgelopen maand. Dit komt neer op 90.000 laatste-jaar-gebruikers en 30.000 laatste-maand-gebruikers van zware pijnstillers (ook) zonder recept.
- Voor informatie over verstrekkingen van medische opioïden door openbare apotheken zie § 5.2.2

Percentage en aantal gebruikers van sterke pijnstillers[1] en gebruik (ook) zonder recept onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

	Percentage	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Gebruik sterke pijnstillers			
Ooit	19,5	2.590.000	2.470.000-2.710.000
Laatste jaar	6,2	830.000	760.000-900.000
Laatste maand	2,4	310.000	270.000-360.000
Gebruik sterke pijnstillers (ook) zonder recept			
Laatste jaar	0,7	90.000	70.000-120.000
Laatste maand	0,2	30.000	10.000-40.000

Percentage gebruikers van sterke pijnstillers 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. Oxycodon, tramadol. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos-instituut, in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2022.

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 2022 tussen 0,3% en 0,5%.
- Het percentage laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers lag in deze jaren nooit hoger dan 0,1%.

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.

Bronnen

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. 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. De Metz J, Lambooij A. Monitor Voorschrijven Opioïden 2018 - 2019. Utrecht: IVM; 2020.
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. 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-verdrievoudigen-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

	(%)
Ooit	0,3
Laatste maand	0,1

Percentage gebruikers ooit en in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut.

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

	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 i.s.m. 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.
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 weinig voor onder 16-18-jarige studenten van het mbo en het hbo. Het ooitgebruik onder deze studenten is lager dan 1%.

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 landelijke Middelenmonitor mbo-hbo [1–4]. Deze monitor onderzocht ook het heroïnegebruik onder 16-18-jarige studenten van het mbo en het hbo. 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].

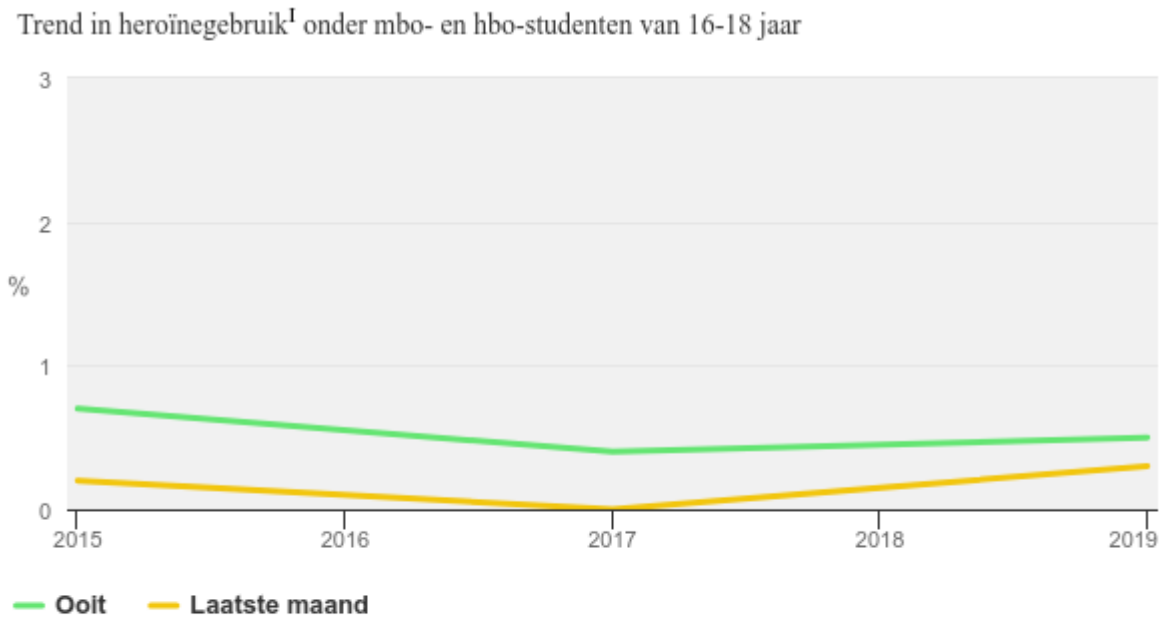
Daarnaast voerde de Antenne Amsterdam in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse mbo-scholen (bijlage B8) [5,6]. De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 mbo-studenten (≥ 16 jaar) van acht mbo-scholen in Amsterdam mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 19 jaar.

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet goed vergelijkbaar.

Studenten van het mbo en hbo

De Middelenmonitor mbo-hbo gaf voor het heroïnegebruik onder 16-18-jarige mbo-hbo-studenten tussen 2015 en 2021 het volgende beeld [1–3]:

- Het percentage studenten dat ooit heroïne had gebruikt, lag elk jaar onder de 1%. Vanwege het lage aantal gebruikers is het gebruik van heroïne in 2021 niet meer uitgevraagd.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Middelenmonitor mbo–hbo

NDM

	Ooit	Laatste maand
2015	0,7	0,2
2017	0,4	
2019	0,5	0,3

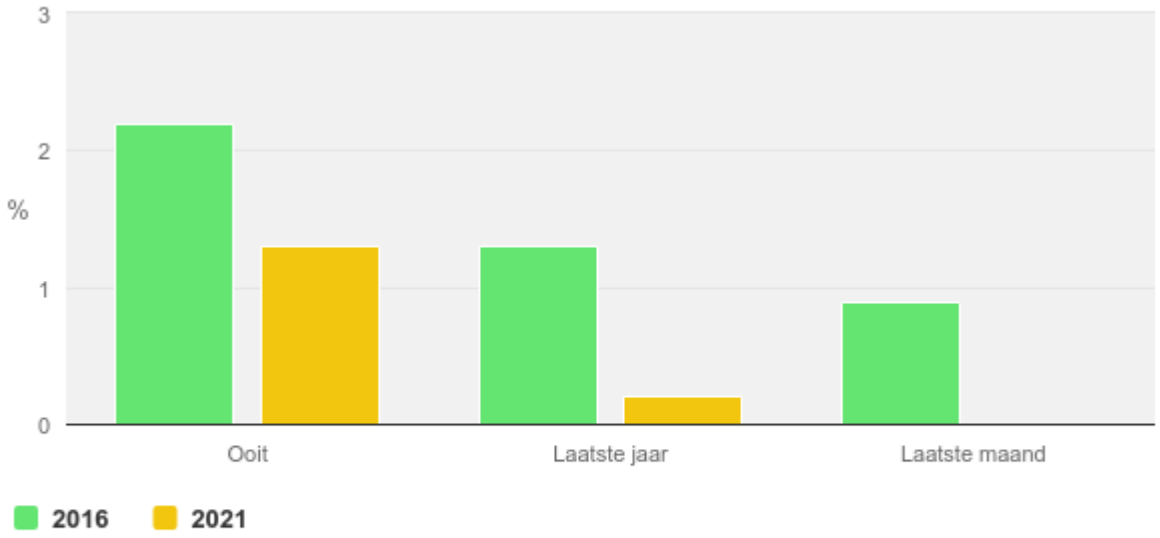
Mbo-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het gebruik van mbo-studenten uitgevraagd [5,6]. 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 heroïne is 1,3%,

en daarmee onveranderd ten opzichte van de meting in 2016.
- Het laatste-jaar-gebruik van heroïne ligt op 0,2%.
- 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.

Heroïnegebruik[I] onder mbo-studenten in Amsterdam van 16 jaar en ouder



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. In 2021 is het laatste-maand-gebruik van heroïne niet uitgevraagd. Bron: Monitor Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
Ooit	2,2	1,3
Laatste jaar	1,3	0,2
Laatste maand	0,9	

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. Nabben T, Luijk SJ, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
6. 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: Heroïne is de minst gebruikte drug onder uitgaanders. Minder dan 1% heeft het middel ooit gebruikt.

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over het gebruik van heroïne en opioïde pijnstillers in het uitgaansleven (zie bijlage B2).

Uitgaanders in Nederland

Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- Heroïne is de minst gebruikte drug onder uitgaanders. In 2023 had 0,5% ooit heroïne gebruikt, 0,1% gebruikte heroïne in het laatste jaar.
- Opioïde pijnstillers (zeer sterke pijnstillers, zoals oxycodon of fentanyl) zijn de minst gebruikte medicijnen zonder doktersrecept onder uitgaanders. In 2023 had 2,9% ooit opioïde pijnstillers (niet op recept) gebruikt, 1,2% gebruikte opioïde pijnstillers (niet op recept) in het laatste jaar.
- Ook andere opioïden (geen pijnstiller, bijv. O-DSMT) worden onder uitgaanders gebruikt. Lees meer over het gebruik andere opioïden en andere NPS onder uitgaanders op deze pagina.

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

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)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen	Landelijk	2022	18	-	0,0
Jongeren in de jeugdzorg[l]	Amsterdam	2019	18	0,0	0,0
		2012	16	0,6	0,4
	Gooi en Vechtstreek	2019	17	0,0	0,0

l. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. - = Niet gemeten. Bronnen: EXPLORE, Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.

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].

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 en Turkije [1,2]. Daarbij definieert het EMCDDA ‘probleemgebruik’ als injecterend drugsgebruik, of het langdurig/regelmatig gebruik van opioïden, cocaïne en/of amfetamine. De Europese Unie telde in 2021 naar schatting een miljoen probleemgebruikers van opioïden [1]. Dat zijn er circa 33 per 10.000 inwoners van 15-64 jaar.

Vergelijking tussen landen

Onderstaande tabel geeft de laagste en hoogste cijfers voor probleemgebruikers van opioïden 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 enkele 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 opioïden 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]	2021	74	62 - 87
Verenigd Koninkrijk (alleen Engeland)	2016/2017	74	73 - 77
Ierland	2019	67	66 - 73
Oostenrijk[III]	2021	66	63 - 68
Frankrijk[IV]	2020	56	55 - 58
Portugal	2018	45	30 - 70
Luxemburg[V]	2019	33	-
Noorwegen[VI]	2013	27	20 - 42
Duitsland[VII]	2020	-	17 - 20
Spanje[IX]	2020	20	12 - 27
Griekenland[VIII]	2021	16	11 - 24
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 in de afgelopen twaalf maanden. III. Oostenrijk: heroïne, methadon, buprenorfine, illegale fentanyl en overige opiaten. IV. Frankrijk: heroïne, methadon, buprenorfine, illegale fentanyl, en overige opioïden 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.

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
2. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.

5.5.2 Jongeren internationaal

Gegevensbronnen

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 [1–5]. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats. De Verenigde Staten doen niet mee aan ESPAD maar voeren vergelijkbaar onderzoek uit.

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. Bij het interpreteren van de trendgegevens dient hiermee rekening te worden gehouden.

Volgens de ESPAD-peiling van 2019 lag in Nederland het percentage ooitgebruikers van heroïne onder 15- en 16-jarige scholieren op 0,5% [5]. Het Europese gemiddelde van de 35 landen die deelnamen aan de ESPAD lag op 0,9%. 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.

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.

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].

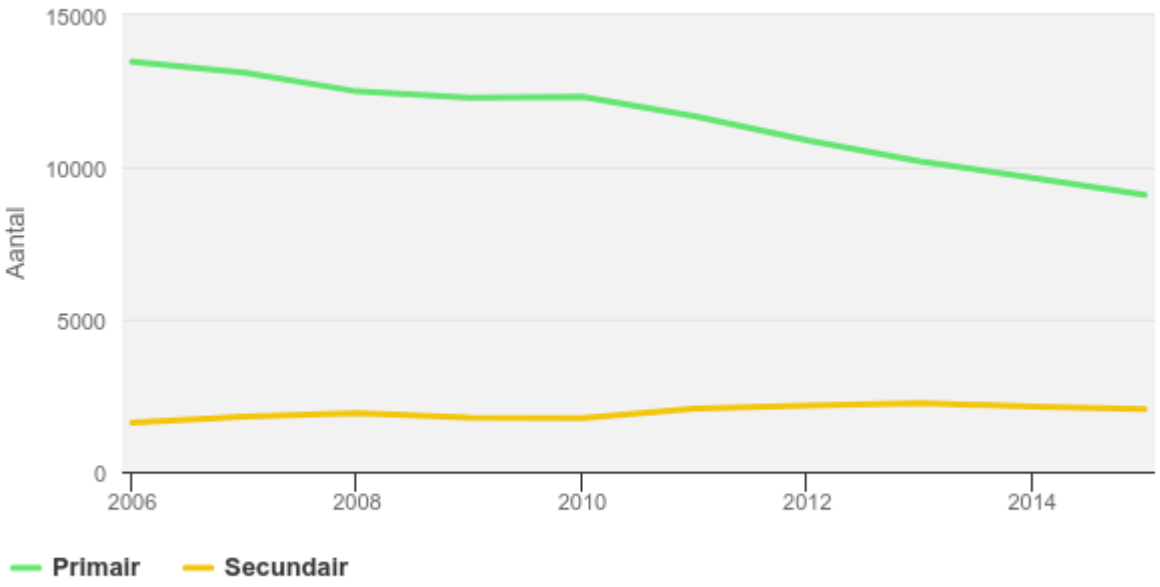
Let op: Tussen 2015 en 2022 zijn er geen nieuwe gegevens beschikbaar gekomen uit het LADIS (zie bijlage B6: LADIS), omdat deze niet meer verzameld konden worden in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag (een wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) geregeld voor het aanleveren van gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Begin 2023 is een tussenrapportage verschenen, waarin een voorlopig beeld werd geschetst van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. Hier werd geconstateerd dat de kwaliteit van de aanleveringen voor verbetering vatbaar was. Begin 2024 is een verbeterde versie van de Kerncijfers over de jaren 2017-2022 verschenen, waarin de eerdere cijfers zijn verrijkt met andere bronnen. Deze gegevens worden, na aanvullende analyses, 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 bij de verslavingszorg met primaire of secundaire opiaatproblematiek, vanaf 2006



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

NDM

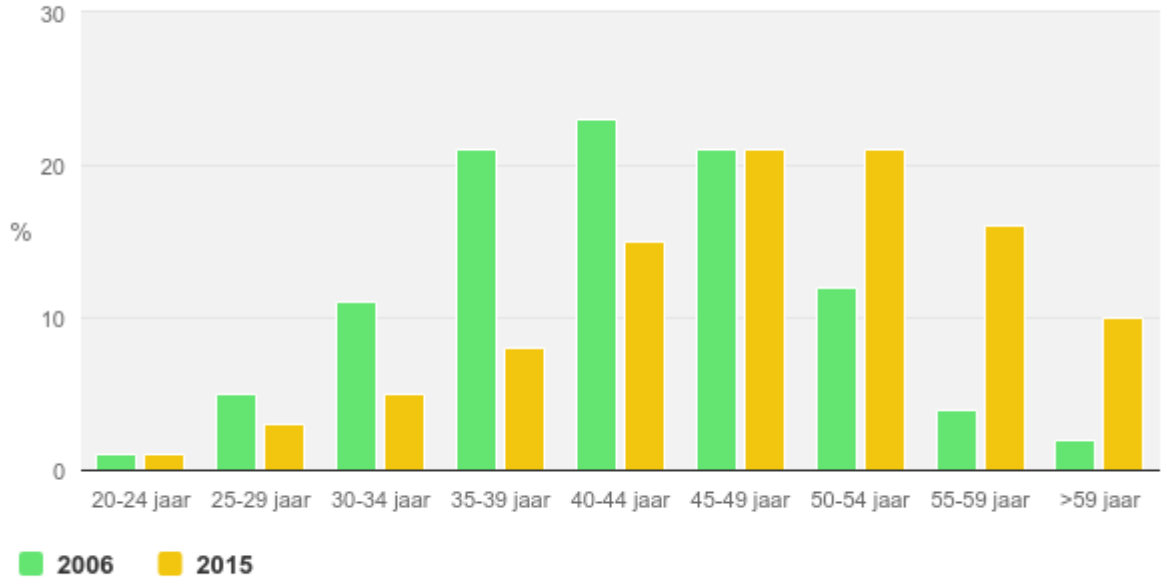
	Primair	Secundair
2006	13468	1610

	Primair	Secundair
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

	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
55-59 jaar	4	16

	2006	2015
>59 jaar	2	10

Bronnen

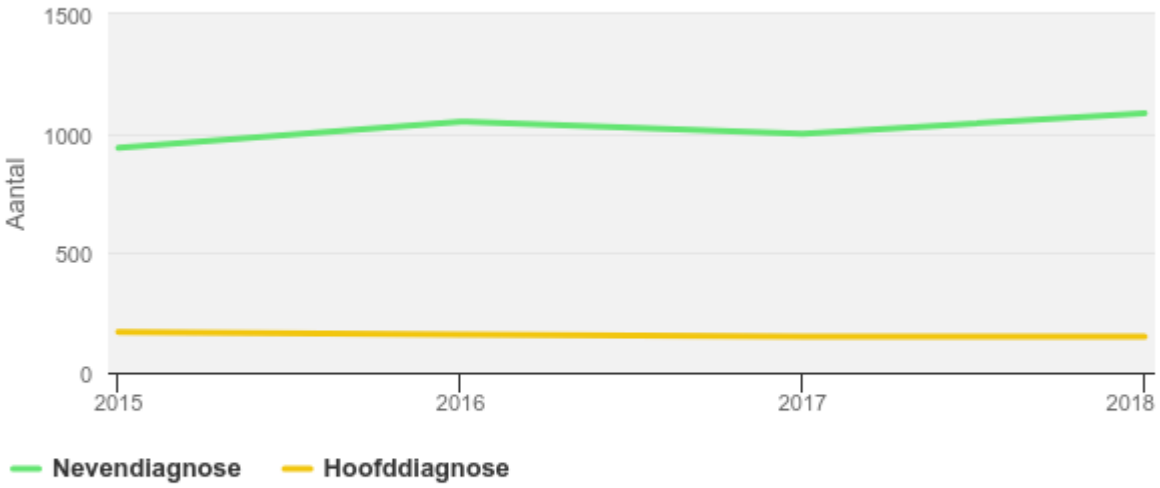
1. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Key figures addiction care 2015: LADIS: National Alcohol and Drugs Information System. Houten, the Netherlands: Stichting Informatie Voorziening Zorg; 2016.

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.

Klinische opnames en observaties[I] in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan opiaten, 2015-2018

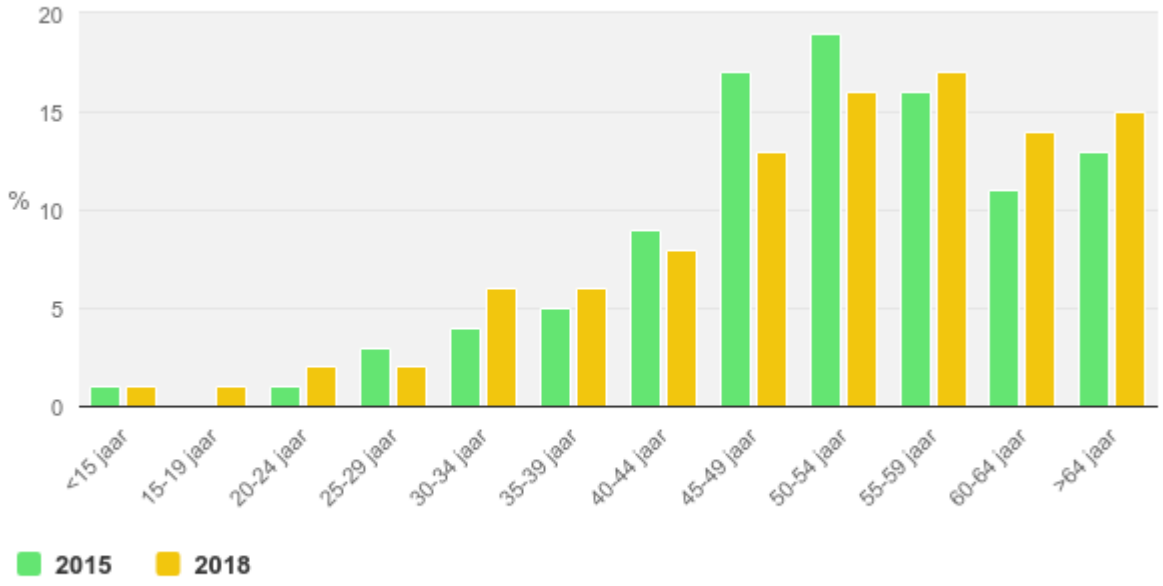


Aantal diagnoses afgerond op vijftallen, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-10 codes: F11 (psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten), T40.1 (vergiftiging door heroïne), T40.3 (vergiftiging door methadon). I. Zie bijlage B5 voor definities. Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020b).

NDM

	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

	2015	2018
<15 jaar	1,0	1

	2015	2018
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

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 2022 speelde heroïne/methadon/buprenorfine een rol in 7% van de geregistreerde drugsincidenten. De patiënten waren relatief ouder en vaak ging het om arrestanten met een complexe verslavingsproblematiek. Bij synthetische opioïden (pijnstillers) gaat het vaak om een suïcidepoging, of om het per ongeluk innemen van te veel medicatie.

Snel naar:

- Drugsgerelateerde incidenten
- Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Gegevensbronnen

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage B3) [1] 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). In 2022 droegen 18 diensten actief bij aan de registratie: drie ambulancediensten, zeven SEH-afdelingen en vijf afdelingen forensische geneeskunde. 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 hulpverleners over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen [2]. Het NVIC is onderdeel van de Divisie Vitale Functies van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en is telefonisch te raadplegen via de 24-uursinformatietelefoon. De meeste drugsgerelateerde telefonische informatieverzoeken hebben betrekking op een patiënt die in aanraking is gekomen met een middel: een blootstelling. Een blootstelling leidt niet per definitie tot vergiftigingsverschijnselen, het gaat dus om een mogelijke/potentiële vergiftiging. Naast de mogelijkheid om het NVIC telefonisch te raadplegen, kunnen hulpverleners via de website www.vergiftigingen.info toxicologische informatie opvragen voor bijvoorbeeld een risicoanalyse om de ernst van een blootstelling te berekenen, of om rechtstreeks stofmonografieën en therapieteksten te raadplegen (zonder uitvoering van een risicoanalyse). De website kan worden geraadpleegd bij een daadwerkelijke blootstelling van een patiënt, maar ook ter oriëntatie of bijscholing.

Bij alle bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Drugsgerelateerde incidenten

In 2022 werden in totaal 6.411 drugsincidenten geregistreerd [1]. Het gebruik van heroïne/methadon/buprenorfine werd bij 434 (7%) van de incidenten gemeld, waarvan 67% als enige

gebruikte drug, met of zonder alcohol (monogebruik). Bij de overige incidenten was heroïne/methadon/buprenorfine in combinatie met één of meer andere drugs gebruikt. Bij deze andere drugs ging het voornamelijk om cocaïne (15%) en GHB (6%). Daarnaast waren er 217 incidenten gemeld in 2022 met synthetische opioïden (3% van het totaal). Het ging hier voornamelijk om de zware pijnstillers oxycodon (57%), tramadol (33%) en fentanyl (8%). In 80% van deze gevallen waren de synthetische opioïden de enige drug.

Heroïne, methadon, of buprenorfine.

- In 2022 werd 6% van de 289 geregistreerde incidenten met heroïne/methadon/buprenorfine als enige gebruikte drug (met of zonder alcohol) gemeld door ambulancediensten, 7% door SEH-MDI-ziekenhuizen, 5% door SEH-LIS-ziekenhuizen, 81% door forensisch artsen en minder dan 1% door EHBO’s.
- In 2022 was de mediane leeftijd van patiënten bij incidenten met heroïne/methadon/buprenorfine 43 jaar en 83% van hen was man.
- Drie op de vier geregistreerde incidenten werden gemeld door forensisch artsen. Vaak gaat het hier om patiënten met complexe verslavingsproblematiek die vanwege overlast zijn ingesloten, 70% had te maken met ontwenningsverschijnselen.
- Incidenten waarbij er geen sprake was van ontwenning maar van intoxicatie, waren in 2022 overwegend ernstig van aard (79%). Bij matige en ernstige intoxicatie (zowel bij klassieke als bij synthetische opioïden) is er, naast de dempende effecten, vaak ook sprake van een hoge bloeddruk en hartslag. Mogelijk is dit te verklaren door de politiesetting of door comorbiditeit bij deze groep gebruikers.

Incidenten met heroïne/methadon/buprenorfine als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2022

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten	16	21	15	23	2
% van het totaal aantal drugsincidenten met heroïne, methadon, of buprenorfine (n=289)	6%	7%	5%	81%	<1%
% van het totaal binnen de dienst	2%	2%	1%	23%	<1%
Man*	88%	90%	67%	83%	100%
Leeftijd: <25 jaar*	7%	5%	13%	13%	0%
Ook alcohol gebruikt*	32	32	20	24	0%
Mate van intoxicatie*					
Licht	9%	0%	-	83%	-
Matig	36%	5%	-	8%	-
Ernstig	55%	95%	-	9%	-

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. Mate van intoxicatie: Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. 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.

Synthetische opioïden

- In 2022 werd 65% van de 173 geregistreerde incidenten met synthetische opioïden als enige gebruikte drug (met of zonder alcohol) gemeld door ambulancediensten, 9% door SEH-MDI-ziekenhuizen, 0% door SEH-LIS-ziekenhuizen, 25% door forensisch artsen en 1% door EHBO's.
- Opvallend is dat het in bijna de helft (43%) van de incidenten gaat om patiënten die deze

middelen hadden ingenomen in het kader van een suïcidepoging. Het is meestal niet te achterhalen of de middelen op voorschrift van een arts of uit het illegale circuit zijn verkregen. De patiënten hadden een mediane leeftijd van 45 jaar en 64% was vrouw.
- Bij 51% van de incidenten met synthetische opioïden is de intentie van de inname niet vast te stellen. Bij 6% ging het om voornamelijk ouderen (mediane leeftijd: 67 jaar) die per abuis hadden over gedoseerd, bijvoorbeeld door recent verhoogde doseringen of het per ongeluk innemen van te veel van de voorgeschreven medicatie. Deze patiënten hadden een mediane leeftijd van 49 jaar en twee derde was man.

Incidenten synthetische opioïden als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2022

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten	113	15	0	44	1
% van het totaal aantal drugsincidenten met heroïne, methadon, of buprenorfine (n=289)	65%	9%	-	25%	1%
% van het totaal binnen de dienst	11%	2%	-	4%	<1%
Man*	37%	53%	-	93%	100%
Leeftijd: <25 jaar*	12%	27%	-	2%	100%
Ook alcohol gebruikt*	57%	31%	-	88%	0%
Mate van intoxicatie*					
Licht	28%	17%	-	56%	-
Matig	35%	25%	-	22%	-
Ernstig	37%	58%	-	22%	-

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. Mate van intoxicatie: Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. 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.

Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [2]. De hieronder genoemde gegevens betreffen enkel informatieverzoeken, dit geeft geen informatie over het daadwerkelijke aantal opioïdenblootstellingen of -vergiftigingen. Ook de mate waarin de hulpverleners kennis hebben (opgebouwd) over het middel zal van invloed zijn op het aantal informatieverzoeken. Bij het interpreteren van trendgegevens moet hier rekening mee worden gehouden. Daarnaast bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute vergiftigingen.

- Het aantal online risicoanalyses via www.vergiftigingen.info voor heroïne schommelde tussen 67 (2020), 105 (2021) en 89 (2022) [2].
- Voor 2021 en 2022 heeft het NVIC niet meer specifiek gerapporteerd over opioïde pijnstillers [2,6]. Aanvankelijk signaleerde het NVIC tussen 2017 en 2018 een stijging in het aantal informatieverzoeken voor opioïde pijnstillers (van 280 naar 424 informatieverzoeken) [3], maar deze stijging heeft zich in 2019 (343 informatieverzoeken) en in 2020 (328 informatieverzoeken) niet verder voortgezet [4,5]. Het aantal telefonische informatieverzoeken voor fentanyl schommelde tussen 33 in 2017, 18 in 2018, en 29 in 2019. “Veel meldingen aan het NVIC betroffen medicatiefouten bij therapeutische gebruikers” [7]. Het ging hier voornamelijk om verkeerd gebruik van fentanyl pleisters.

Informatie over incidenten met nieuwe synthetische opioïden is te vinden op deze pagina.

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor Drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Trimbos-insituut en VeiligheidNL; 2024.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2022: NVIC Rapport 01/2023. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2023.
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. 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. 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.

6. 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. 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

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.

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.

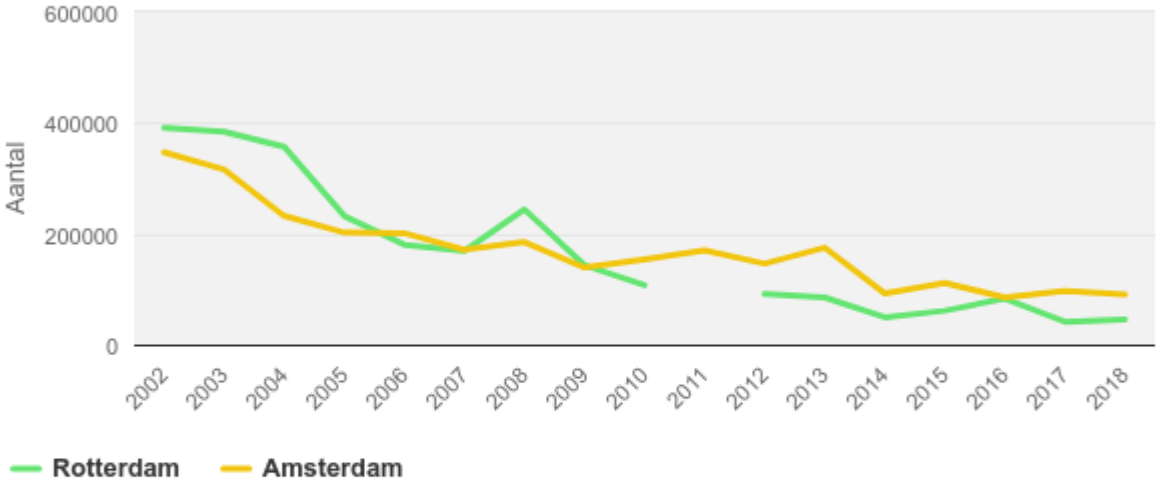
- In de Europese landen komen, net als in Nederland, infecties met hepatitis B minder vaak voor onder drugsgebruikers dan hepatitis C-infecties.
- Naar schatting varieert in 2016-2017 het percentage injecterende drugsgebruikers met een hepatitis B infectie (zowel acuut als chronisch) tussen de 1% en 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 in Amsterdam en Rotterdam[l], 2002-2018



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

	Rotterdam	Amsterdam
2002	391000	347000

	Rotterdam	Amsterdam
2003	384000	316000
2004	357000	232000
2005	232000	202000
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

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 2021 en 2022 steeg de geregistreerde drugssterfte. In 2022 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.

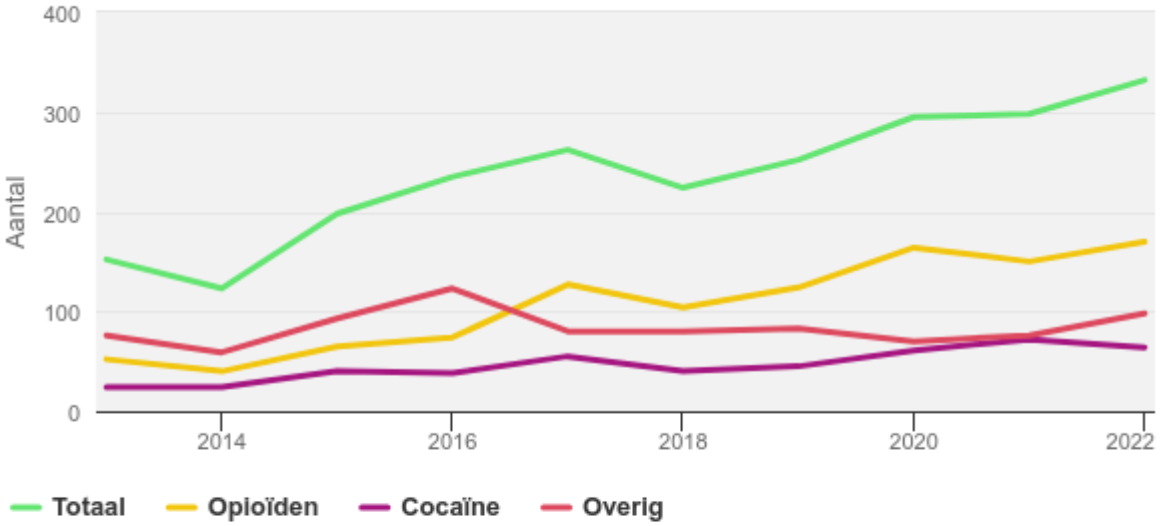
Gegevensbronnen

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland naar verhouding maar weinig mensen aan de directe gevolgen van het gebruik van drugs. 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.

Doodsoorzakenstatistiek CBS

In 2022 registreerde de Nederlandse Doodsoorzakenstatistiek 332 directe sterfgevallen door drugs. Dit is een stijging van 11% vergeleken met het aantal van 298 uit 2021 (zie onderstaand figuur). In 2022 was het gebruik van opioïden in 170 gevallen de doodsoorzaak (51%), in 64 gevallen ging het om cocaïne (19%), en in 30% van de gevallen ging het om andere middelen of een combinatie van middelen. Bij de opioïden is op grond van deze cijfers niet bekend in hoeverre het ging om medicinale opioïden.

Geregistreerde sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland



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 Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes - Nationale Drug Monitor Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut volgens de definitie van het EMCDDA.

NDM

	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

	Totaal	Opioïden	Cocaïne	Overig
2021	298	150	72	76
2022	332	170	64	98

- In 2022 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 2% 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 52 in 2013 naar 170 gevallen in 2022.
- Grotendeels is ook onbekend om welke opioïden het precies gaat, bijvoorbeeld heroïne of medische opioïden, zoals oxycodon. Van de 170 gevallen in 2022 stond expliciet geregistreerd dat het in 12 gevallen ging om heroïne, en in 9 gevallen om methadon. In de overige gevallen stond alleen geregistreerd dat het in 24 gevallen ging om opioïden, in 110 gevallen om overige opioïden, en in 15 gevallen om overige synthetische narcotica.
- Momenteel is er een speciaal register in ontwikkeling om meer inzicht te verkrijgen in de drugsgerelateerde sterfte in Nederland [2]. 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 [2]. 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 2022 ging het bij de opioïdengerelateerde sterfgevallen in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS in ongeveer de helft van de gevallen (51%) om accidentele vergiftiging, in 33% van de gevallen om suïcide, in 2% van de gevallen was de intentie onbekend en in 14% van de gevallen ging het om psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Waren er géén opioïden geregistreerd als doodsoorzaak, dan ging het in 11% van de gevallen om suïcide, in 50% van de gevallen om accidentele vergiftiging, in 38% van de gevallen om psychische stoornissen en gedragsstoornissen en was in 1% van de gevallen de intentie onbekend. Bij de opioïdengerelateerde sterfte gaat het daarmee naar verhouding vaker om suïcide en minder vaak om psychische stoornissen en gedragsstoornissen.
- Overigens is naar verhouding een groot deel van de drugsgerelateerde sterfte geregistreerd onder de categorie ‘Overig’ (zie bovenstaand figuur). In deze categorie vielen in 2022 in totaal 10 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

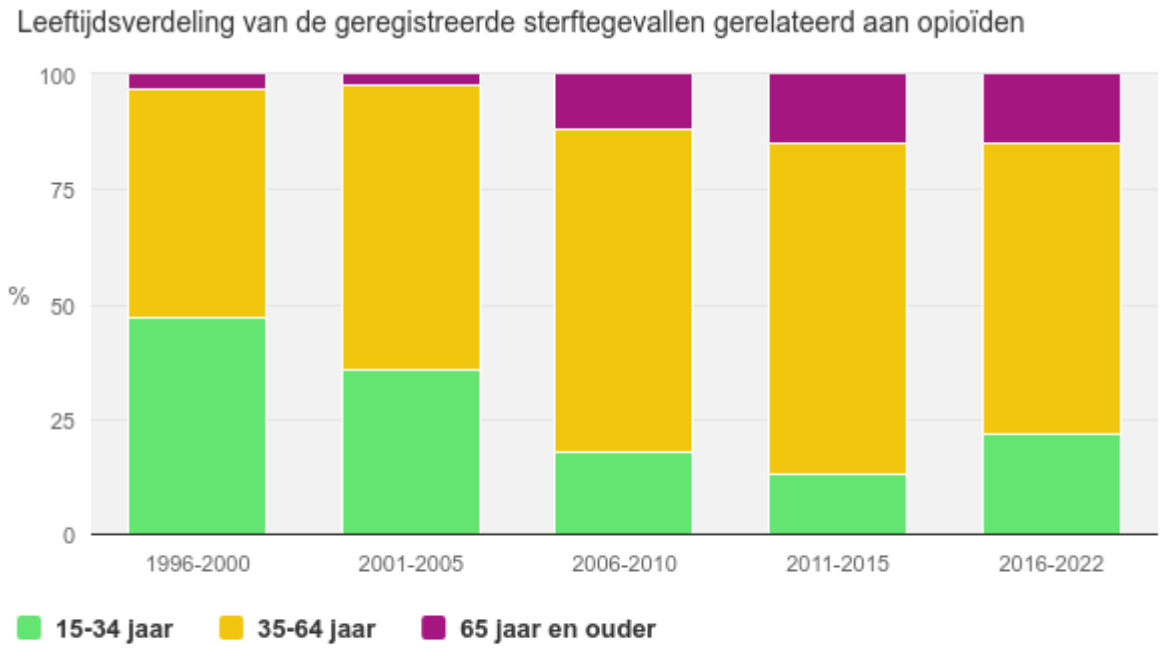
doodsoorzaak was.
- Bovengenoemde aantallen betreffen alleen sterfgevallen onder inwoners die officieel stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. In 2022 waren bij het CBS nog eens 34 gevallen bekend van drugssterfte onder mensen die wel in Nederland verbleven, maar niet als inwoner stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. Behalve om drugsgerelateerde sterfte gaat het bij een deel van deze gevallen ook om suïcide door alcohol en/of medicijnen.

Geen verklaring voor de stijgingen

Vooralsnog is er geen afdoende verklaring gevonden voor de toename in de geregistreerde drugsgerelateerde sterfte tussen 2013 en 2022. 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 [2].

Veroudering

- Net zoals de gebruikers van heroïne en/of methadon 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 22% in de periode van 2016 tot en met 2022 (zie onderstaand figuur). Wel steeg het aandeel van de leeftijdsgroep van 15 t/m 34 jaar tussen de periode 2011 t/m 2015 en de periode 2016 t/m 2022 van 13% naar 22%.
- Van 2017 tot en met 2022 samengenomen kwam de opioïdengerelateerde sterfte uit op een totaal van 839 gevallen, waarvan 139 gevallen gerelateerd aan heroïne, methadon, of opium en de overige 700 gevallen gerelateerd aan overige opioïden. Van de sterfgevallen gerelateerd aan overige opioïden was 16% van de overledenen 65 jaar of ouder, vergeleken met 4% onder de sterfte gerelateerd aan heroïne, methadon, of opium. Dit is een indicatie dat onder de overige opioïden ook gevallen voorkomen van sterfte gerelateerd aan medicinale opioïden. Het zal dan gaan om ouderen die leden aan ziektes waarvoor medicinale opioïden werden gebruikt.
- Tussen 2009 en 2022 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.



Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut volgens de definitie van het EMCDDA.

NDM

Jaar	65 jaar en ouder	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
2016-2022	15	63	22

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Utrecht:

Trimbos-insituut; 2024.
2. 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.

5.7.4 Sterfte internationaal

Snel naar:

- Grotere kans op overlijden
- Vergelijking van Europese landen
- Verenigde Staten

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 [1–4]. 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 [5]. Naarmate methadoncliënten ouder worden, lopen ze een steeds hoger risico op sterfte door een overdosis methadon [6].

Vergelijking van Europese landen

De meeste gegevens over de drugssterfte specifiek per land zijn beschikbaar voor overdoseringen, dat wil zeggen de 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 [4,7]. 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 [8].

EU-14, Noorwegen, en het Verenigd Koninkrijk

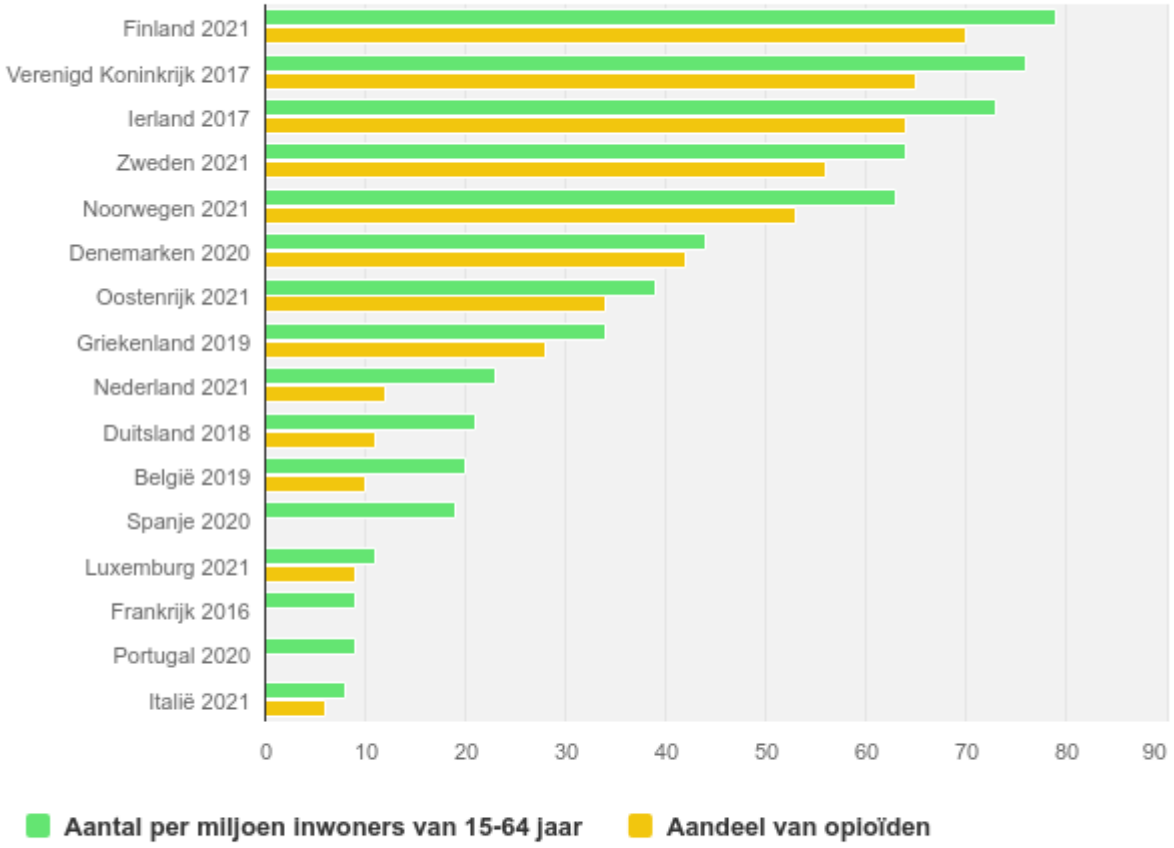
Onderstaand figuur toont voor de landen van de EU-14, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk het totaal aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar, voor het meest recente jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn bij het EMCDDA [7]. Het gaat hier niet alleen om opioïden maar ook om andere drugs. Opioïden, vaak in combinatie met andere middelen, speelden voor zover bekend een rol in ongeveer drie kwart van de gevallen in de hele Europese Unie [7]. Bij de opioïden is het daarbij niet duidelijk in hoeverre het gaat om illegale opioïden zoals heroïne, of om medicijnen zoals fentanyl of oxycodon.

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 [9]. 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 Finland, het Verenigd Koninkrijk en Ierland ligt de geregistreerde drugssterfte relatief hoog. In Portugal, Frankrijk en Italië ligt de geregistreerde drugssterfte relatief laag. Van de zestien landen die worden genoemd in onderstaand figuur, valt Nederland in de onderste helft.
- In 2021 ging het samengenomen in de Europese Unie om minstens 6.100 fatale overdoseringen [7]. Met Noorwegen en Turkije meegerekend, waren er meer dan 6.600 gevallen [7].

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 opioïden
Finland 2021	79	70

	Aantal per miljoen inwoners van 15-64 jaar	Aandeel van opioïden
Verenigd Koninkrijk 2017	76	65
Ierland 2017	73	64
Zweden 2021	64	56
Noorwegen 2021	63	53
Denemarken 2020	44	42
Oostenrijk 2021	39	34
Griekenland 2019	34	28
Nederland 2021	23	12
Duitsland 2018	21	11
België 2019	20	10
Spanje 2020	19	
Luxemburg 2021	11	9
Frankrijk 2016	9	
Portugal 2020	9	
Italië 2021	8	6

Verenigde Staten

Van 1999 tot en met 2021 overleden in de Verenigde Staten bijna 280.000 mensen door een overdosis van opioïde pijnstillers [10]. In 2021 was dit aantal bijna vijf keer zo hoog als in 1999. In 2021 ging het om bijna 17.000 overlijdens. Daarnaast waren er in 2021 meer dan 9.000 gevallen waarin heroïne een rol had gespeeld. Bovendien waren er bijna 71.000 gevallen waarin synthetische opioïden een rol hadden gespeeld, met name illegale fentanyl.

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. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
5. 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.
6. 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
7. EMCDDA. Frequently asked questions (FAQ): drug overdose deaths in Europe [Internet]. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/frequently-asked-questions-faq-drug-overdose-deaths-europe_en#drd-faq-table-3
8. 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.
9. 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.
10. CDC. Opioid Overdose [Internet]. 2023. Available from: https://www.cdc.gov/drugoverdose/deaths/opioid-overdose.html

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

Volwassenen

Ecstasygebruik in het laatste jaar (2022)



3,9%

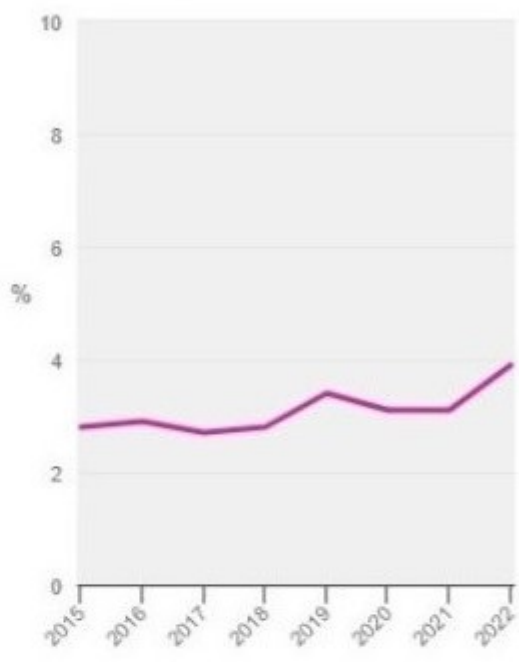


3,0%



4,8%

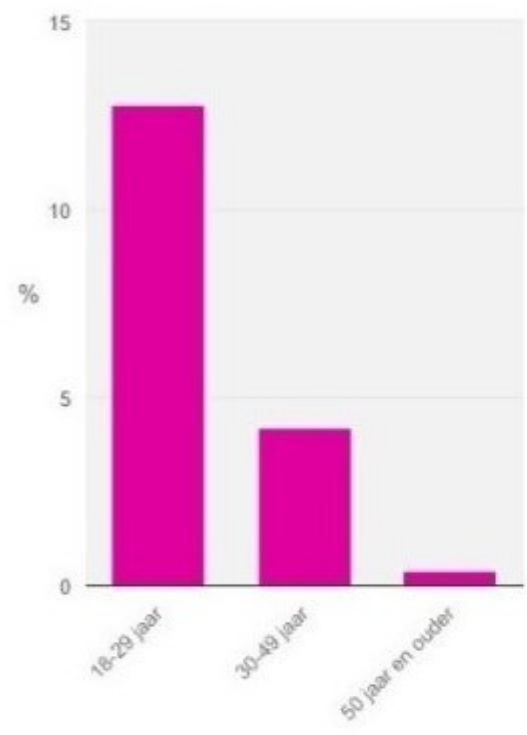
Trend in ecstasygebruik onder volwassenen



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

Ecstasygebruik onder volwassenen, naar leeftijdsgroep



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

NDM

- In 2022 heeft 3,9% van de volwassenen in het laatste jaar ecstasy gebruikt, dat zijn 550.000 mensen.
- Na een daling tijdens de coronapandemie in 2020 en 2021 is het aantal gebruikers weer gestegen naar het niveau van 2019.
- Meer mannen gebruiken ecstasy dan vrouwen.
- Het laatste-jaar-gebruik van ecstasy is het hoogst onder jongvolwassenen.
- De meeste laatste-jaar-gebruikers van ecstasy gebruiken enkele keren per jaar maar minder dan maandelijks ecstasy.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs
12-16 jaar
laatste jaar (2021)



1,7%

Hbo-wo-studenten
≥16 jaar
laatste jaar (2023)



14%

Uitgaanders
16-35 jaar
laatste jaar (2023)

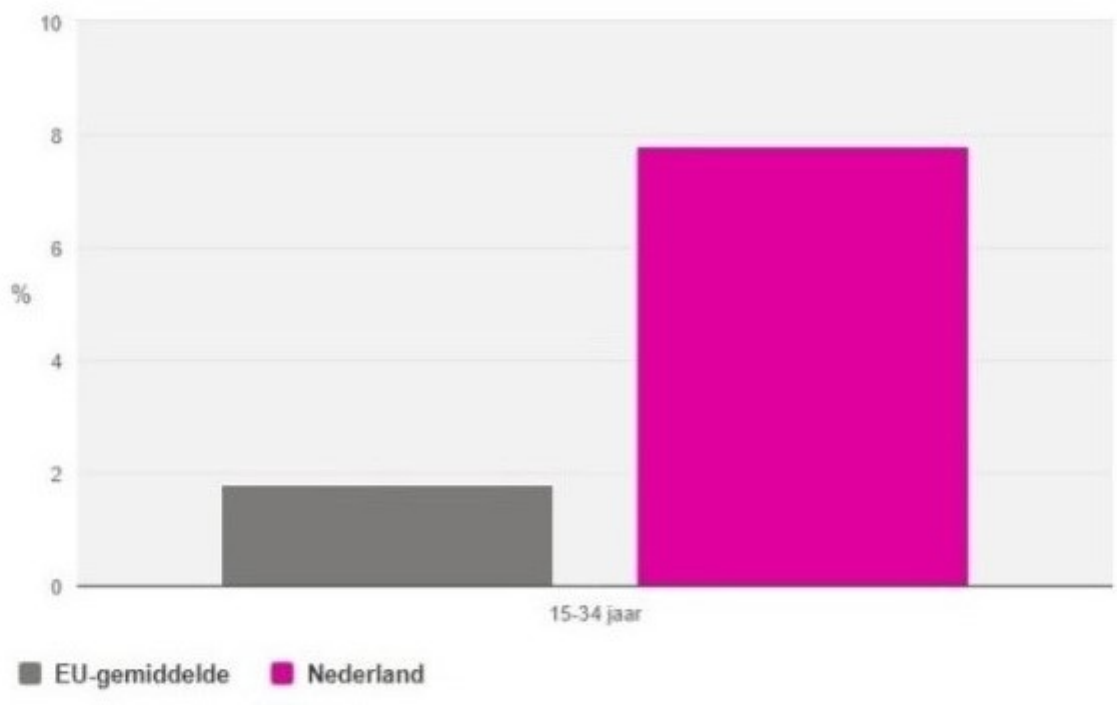


53,8%

- Het percentage scholieren in Nederland dat ervaring heeft met ecstasy ligt al sinds 2003 op hetzelfde niveau.
- Het ecstasygebruik onder 16- tot 18-jarige mbo- en hbo-studenten schommelde tussen 2015 en 2021 rond de 9% (ooitgebruik). Onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouders is het ecstasygebruik onveranderd gebleven tussen 2021 en 2023 (3-4% laatste-maand-gebruik). In Amsterdam is het ecstasygebruik in het laatste jaar onder mbo-studenten afgenomen tussen 2016 en 2021 van 15,1% naar 8,6%.
- Ecstasy is de meest gebruikte drug onder jongeren die uitgaan. Van de jongeren uit het Grote Uitgaansonderzoek heeft in 2023 meer dan de helft heeft het middel gebruikt. Er zijn signalen dat het ecstasygebruik onder uitgaanders licht is toegenomen vergeleken met 2020. De meeste uitgaanders (bijna 90%) gebruiken het middel enkele keren per jaar.
- 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.

Internationale vergelijking

Percentage laatste-jaar-gebruikers van ecstasy in de EU (gemiddelde) en in Nederland



Bronnen: European Drug Report 2023, EMCDDA en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

- Het percentage laatste-jaar-gebruikers van ecstasy onder 15-34-jarigen in Nederland is het hoogste in Europa en ligt ver boven het Europese gemiddelde.
- Het gebruik van ecstasy onder Nederlandse 15-en 16-jarige scholieren lag in 2019 ook boven het Europese gemiddelde.

Hulpvraag en incidenten

- 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.
- In 2022 daalde het aandeel ecstasy-incidenten op feesten geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten naar het niveau van voor de COVID-19 pandemie, maar het aandeel ernstige incidenten bleef relatief hoog. Bij informatieverzoeken aan het Nationale Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) was ecstasy de drug met het hoogste aantal online raadplegingen.

Aanbod en markt

Gemiddelde gehalte MDMA in ecstasypillen



Bron: Drugs Informatie en Monitoring Systeem

NDM

- Na een jarenlange stijging daalde de gemiddelde dosering MDMA in ecstasypillen voor het eerst in 2020 en deze daling zet sindsdien voort, de gemiddelde dosering MDMA in een ecstasypil in 2022 (136,0mg) is het laags sinds 2013.
- Een ecstasypil is in Nederland nog steeds relatief goedkoop, in 2022 gemiddeld €4,36. Een gram MDMA-poeder of kristallen kostte gemiddeld €23,07. Deze prijzen liggen al jaren op ongeveer hetzelfde niveau.

6.1 Over ecstasy

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 aangeboden.

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 [1]. 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 jarenlange hoge concentratie MDMA in ecstasypillen. Tussen 2006 en 2019 steeg de gemiddelde hoeveelheid MDMA per ecstasy-pil van 76 mg naar 172 mg. Sinds 2020 lijkt de gemiddelde hoeveelheid MDMA per ecstasy-pil weer te dalen, hoewel deze nog steeds hoog is. In 2022 bevatte een ingeleverde ecstasy-pil gemiddeld 136 mg MDMA [2].

Onderzoek naar toepassing van ecstasy bij psychische stoornissen

Er is toenemend interesse in de mogelijkheden die ecstasy biedt als geneesmiddel bij psychotherapie van onder andere een posttraumatische stressstoornis [3]. In binnen- en buitenland wordt steeds meer onderzoek gedaan naar de therapeutische mogelijkheden van ecstasy bij de behandeling van posttraumatische stress-stoornis (PTSS) [4–6], een psychische aandoening 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 [7]. In de aanpak van normalisering en de aanpak van ondermijning is ook specifieke aandacht voor terugdringing van het ecstasygebruik [8].

Bronnen

1. 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.
2. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
3. Feduccia AA, Holland J, Mithoefer MC. Progress and promise for the MDMA drug development program. Vol. 235, Psychopharmacology. 2018. p. 561–571.
4. 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/
5. 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
6. 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.
7. T.K.24077-426. Drugbeleid: Brief regering: Drugspreventiebeleid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
8. T.K.24077-456. Drugbeleid: Brief regering: Voortgangsbrief drugspreventie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.

6.2 Gebruik: algemene bevolking

6.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: Ongeveer 1 op de 25 volwassen Nederlanders heeft in 2022 ecstasy gebruikt; dat komt neer op ongeveer 550 duizend volwassenen. Na een daling tijdens de coronapandemie in 2020 en 2021 is het aantal gebruikers weer gestegen naar het niveau van 2019. Het gebruik van ecstasy ligt het hoogst onder mannen, jongvolwassenen (18 tot en met 29 jaar), hoogopgeleiden en mensen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (§ 6.2.2).

Snel naar:

- Kerncijfers 2022
- 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). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers over ecstasygebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Kerncijfers 2022

Ecstasy is na cannabis de meest gebruikte drug in Nederland. Eén op de tien Nederlanders (10,1%) van 18 jaar en ouder heeft ooit ecstasy gebruikt. Dit komt neer op ongeveer 1,42 miljoen volwassen Nederlanders. Door 3,9% van de volwassenen werd in het afgelopen jaar ecstasy gebruikt. Dat komt neer op 550 duizend volwassen Nederlanders. Iets meer dan één op de honderd volwassenen (1,3%) gebruikte ecstasy in de afgelopen maand.

Ecstasygebruik[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

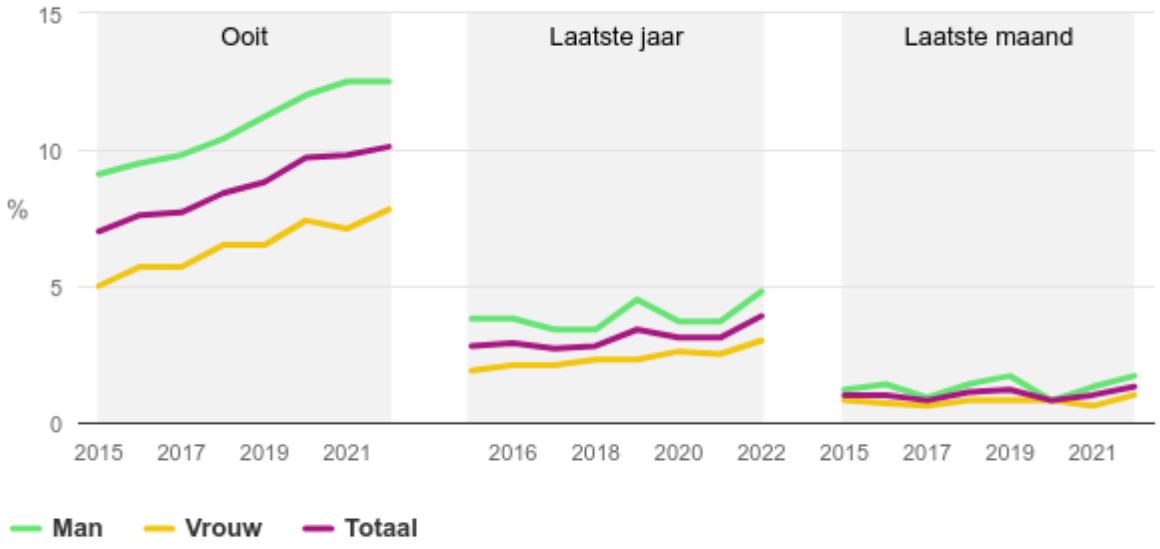
	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	10,1	1.420.000	1.310.000–1.520.000
Laatste jaar	3,9	550.000	480.000–610.000
Laatste maand	1,3	180.000	140.000–220.000

1. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ecstacy gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand.
Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Trends in ecstasygebruik

- Het ooit-gebruik van ecstasy onder volwassenen neemt al jaren gestaag toe van 7,0% in 2015 tot 10,1% in 2022.
- Het laatste-jaar-gebruik van ecstasy onder volwassenen lag in 2022 weer op het niveau van 2019. De afname in het laatste-jaar-gebruik die in de coronajaren 2020 en 2021 gezien werd heeft niet doorgezet.
- Het laatste-maand-gebruik ligt sinds 2015 jaarlijks ongeveer op hetzelfde niveau (rond de 1%).
- Het gebruik van ecstasy wordt ook gemonitord in rioolwateronderzoek, hieruit komt geen duidelijk trend naar voren (zie § 6.5).

Trend in ecstacygebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ecstacy gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

Jaar	Man	Vrouw	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
2020	12	7.4	9.7
2021	12,5	7,1	9,8
2022	12,5	7,8	10,1

Jaar	Man	Vrouw	Totaal
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
2022	4,8	3,0	3,9
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
2021	1,3	0,6	1,0

Jaar	Man	Vrouw	Totaal
2022	1,7	1,0	1,3

6.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Ecstasygebruik is het hoogst onder mannen, jongvolwassenen (18 t/m 29 jaar), hoogopgeleiden en mensen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (§ 6.2.2).

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Herkomst
- Stedelijkheid
- Regionale verschillen

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). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers over ecstasygebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Naast de gegevens uit de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale gegevens over ecstasygebruik beschikbaar uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor jongvolwassen 2022 [1]. Deze cijfers zijn door de verschillende vraagstelling en leeftijdsgroep niet vergelijkbaar met de cijfers uit de Gezondheidsenquête of de Leefstijlmonitor maar geven wel een beeld van ecstasygebruik onder 16-25-jarigen. Deze gegevens zijn toegevoegd in het onderdeel over regionale verschillen op deze pagina.

De cijfers over het gebruik van ecstasy (XTC) worden hieronder uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst, stedelijkheid en regio.

Geslacht

- Meer mannen (12,5%) dan vrouwen (7,8%) gebruikten ooit ecstasy in 2022. Dit verschil tussen mannen en vrouwen is onveranderd sinds 2015.

- Ook bij het laatste-jaar-gebruik was in 2022 sprake van een verschil tussen mannen en vrouwen. Bij mannen was het laatste-jaar-gebruik in 2022 het hoogst (4,8%) sinds 2015, alleen in 2019, het jaar voor de coronapandemie, werd een vergelijkbaar percentage gevonden als in 2022 (4,5%). Voor vrouwen werd een dergelijke stijging niet gezien in 2022 (3,0%) (zie ook § 6.2.1).
- Het laatste-maand-gebruik onder mannen (1,7%) was in 2022 ook hoger dan dat onder vrouwen (1,0%)

Ecstacygebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

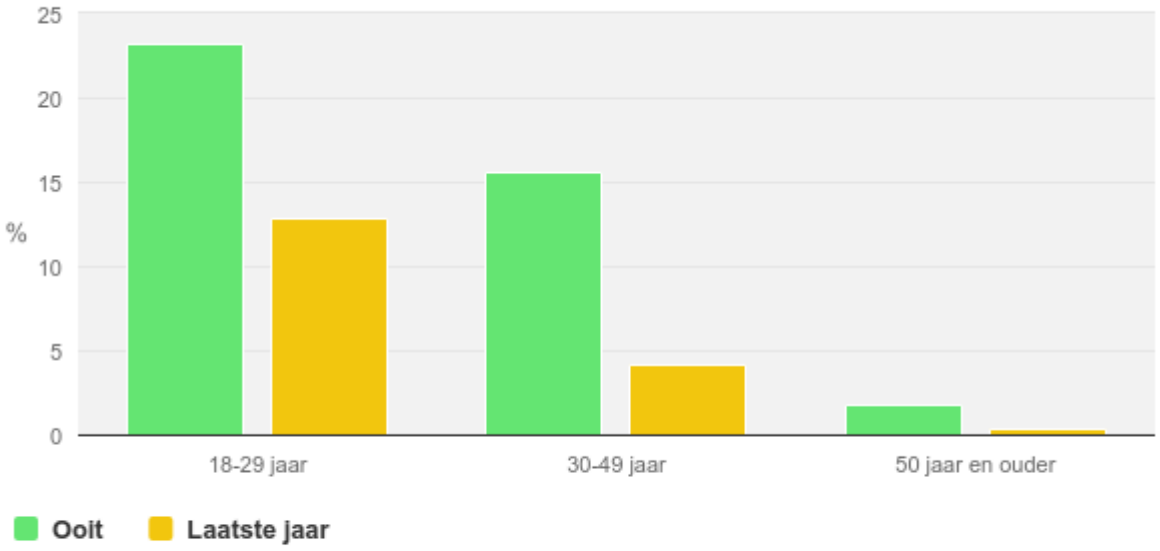
	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Man	12,5	4,8	1,7
Vrouw	7,8	3,0	1,0

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ecstacy gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Leeftijd

- Ecstasygebruik komt het meest voor onder jongvolwassenen (18 t/m 29 jaar) en het minst onder 50-plussers.
- Bijna een kwart (23,2%) van de 18-29-jarigen heeft ooit ecstasy gebruikt. Het percentage 30-49-jarigen dat ervaring heeft met ecstasy ligt lager (15,6%). 50-plussers hebben nauwelijks ervaring met ecstasy (1,8%).
- Ook het laatste-jaar-gebruik ligt het hoogste onder 18-29-jarigen (12,8%).
- Het laatste-jaar-gebruik van ecstasy stijgt gestaag, van 9,3% in 2015 tot 12,8% in 2022. Ook het laatste-jaar-gebruik onder 30-49-jarigen neemt toe, in 2015 lag dit percentage nog op 2,5% en in 2022 lag dit percentage op 4,2%. Het laatste-jaar-gebruik onder 50-plussers is stabiel laag en ligt sinds 2015 tussen de 0,2% en 0,5%.
- Ook het gebruik in de laatste maand was het hoogst onder 18-29-jarigen (4,0%), lager onder 30-49-jarigen (1,5%) en het aandeel 50-plussers dat in de laatste maand ecstasy gebruikte was nog lager (0,2%).
- In de LSM-A (bijlage A2) middelen uit 2022 werd aan ecstasygebruikers gevraagd op welke leeftijd zij ecstasy voor het eerst namen. De gemiddelde startleeftijd van alle gebruikers is 22,4 jaar, vrouwen (21,9 jaar) starten gemiddeld een jaar eerder met ecstasy dan mannen (22,8 jaar).
- Lees meer over ecstasygebruik onder jongeren en jongvolwassen op deze pagina.

Ecstacygebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2022.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ecstacy gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Ooit	Laatste jaar
18-29 jaar	23,2	12,8
30-49 jaar	15,6	4,2
50 jaar en ouder	1,8	0,4

Opleidingsniveau

Hoogopgeleiden zijn vaker ecstasygebruiker dan laagopgeleiden. Dit is onveranderd sinds 2015. Hoogopgeleiden hebben in 2020 ongeveer drie keer (15,1%) zo vaak ooit ecstasy gebruikt als laagopgeleiden (4,6%). Middelbaar opgeleiden zitten daar tussenin (8,8%). Bij het gebruik in het laatste jaar en in de laatste maand zijn deze verschillen nog groter.

Ecstacygebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Laagopgeleid	4,6	0,9	0,3
Middelbaar opgeleid	8,8	3,2	1,3
Hoogopgeleid	15,1	6,5	2,0

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ecstacy gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. II. 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. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Herkomst

Er zijn geen grote verschillen in gebruik van ecstasy onder volwassenen van verschillende herkomst (zie ‘herkomst’ in bijlage D). Wel hebben volwassenen met een niet-Europese herkomst minder vaak ervaring met ecstasy dan mensen met een Nederlandse of Europese herkomst.

Ecstacygebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Nederlandse herkomst	10,4	3,8	1,3
Europese herkomst	11,6	4,7	0,8
Niet-Europese herkomst	8,3	3,8	1,5

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ecstacy gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst (cbs.nl)). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Stedelijkheid

Het gebruik van ecstasy onder bewoners van (zeer) sterk stedelijke gebieden is hoger dan in de matig stedelijke – en weinig/niet stedelijke gebieden, dit patroon is sinds 2015 onveranderd. De bevindingen van de GGD Gezondheidsmonitor 2022 lieten zien dat er tussen GGD-regio's verschillen kunnen bestaan in het gebruik van ecstasy (zie regionale verschillen).

Ecstacygebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
(Zeer) sterk stedelijk	12,7	5,4	1,8
Matig stedelijk	7,4	2,6	0,9
Weinig/niet stedelijk	6,3	1,7	0,4

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

Regionale verschillen

Uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die werd gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen bestaan in het gebruik van ecstasy [1].

- In 2022 werden de hoogste percentages ecstasygebruik gevonden in GGD-regio Amsterdam en GGD-regio Rotterdam-Rijnmond; respectievelijk 11,4% en 8,2% had het middel in de afgelopen 4 weken gebruikt.
- Ecstasy werd het minst gebruikt in de GGD-regio Drenthe (1,7%) en GGD-regio Zeeland (2,1%).

Bronnen

1. GGD'en en RIVM. Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022 [Internet]. 2023. Available from: https://www.vzinfo.nl/drugsgebruik/regionaal/jongvolwassenen

6.2.3 Gebruikspatronen

In het kort: De meeste laatste-jaar-gebruikers van ecstasy (XTC) gebruiken enkele keren per jaar maar minder dan maandelijks ecstasy.

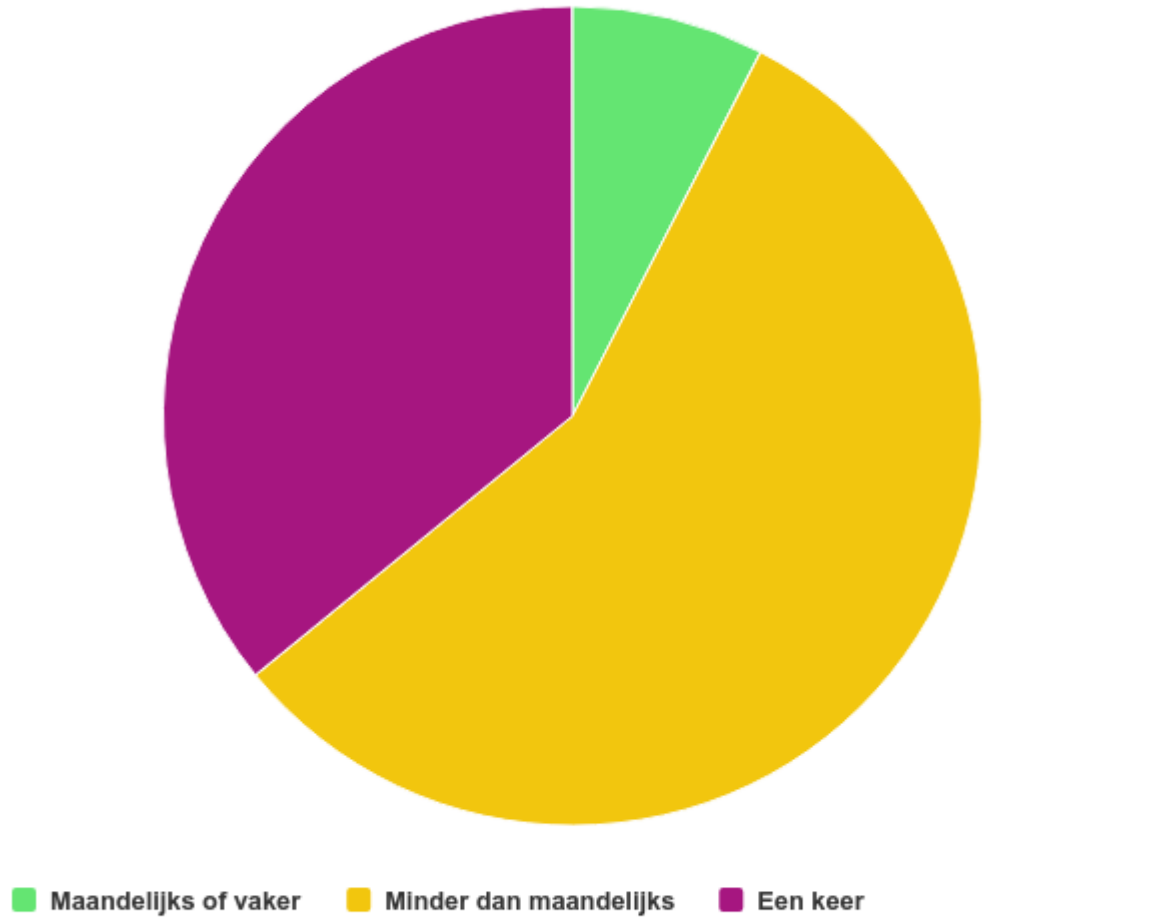
Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van ecstasy (XTC) afkomstig uit de tweejaarlijkse Leefstijlmonitor Aanvullende Module Middelen (LSM-A) (zie bijlage A2). In de LSM-A 2020 is gevraagd naar de mate van gebruik van ecstasy.

Mate van gebruik

- Ongeveer een derde (35,9%) van de laatste-jaar-gebruikers van ecstasy heeft in 2022 één keer ecstasy gebruikt en meer dan de helft (56,5%) een paar keer, maar minder dan maandelijks. Ongeveer één op de 13 gebruikers (7,6%) rapporteert maandelijks gebruik.

Frequentie[I] van ecstacygebruik onder laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder.
Peiljaar 2022.



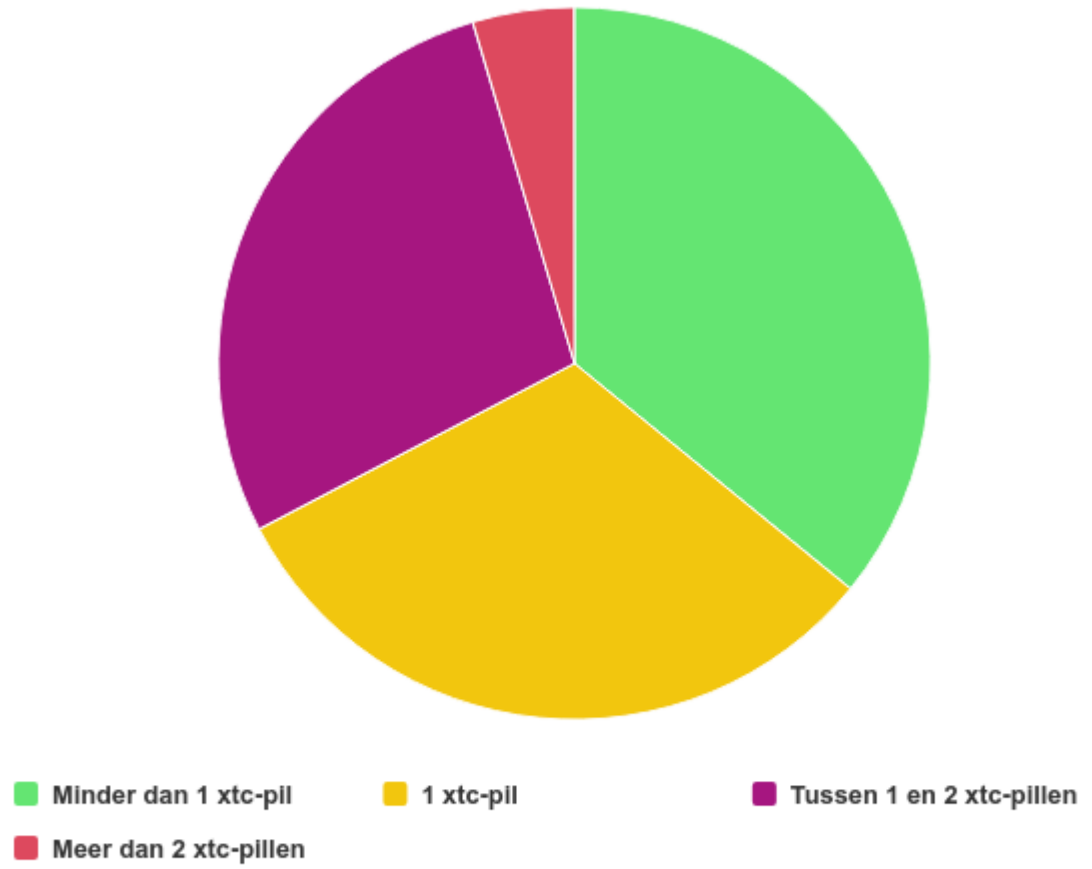
I. Frequentie: aantal keer in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

everviz.com

Gebruiksfrequentie	%
Maandelijks of vaker	7,6
Minder dan maandelijks	56,5
Een keer	35,9

- Iets meer dan een derde van de ecstasygebruikers neemt minder dan 1 pil per gelegenheid. Minder dan een derde gebruikt 1 pil. Minder dan drie op de tien gebruikt tussen 1 en 2 pillen en een op de twintig gebruikt meer dan 2 pillen. Gemiddeld komt dat neer op 1,2 pil per keer.
- Een op de twintig (4,7%) ecstasygebruikers gebruikt ecstasy alleen of meestal in de vorm van poeder of kristal.

Hoeveelheid gebruikte xtc-pillen per gebruiksmoment onder ecstasygebruikers.
Peiljaar 2022.



Deze analyses zijn uitgevoerd onder ecstasygebruikers die de werkzamen stof in ecstasy(xtc) t weten MDMA niet in poeder- of kristalvorm gebruikte. Ecstasy gebruikers gebruikte ten minste een maal in het afgelopen jaar ecstasy (xtc). Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

everviz.com

Gebruikshoeveelheid	%
Minder dan 1 xtc-pil	35.9
1 xtc-pil	31.4

Gebruikshoeveelheid	%
Tussen 1 en 2 xtc-pillen	28.1
Meer dan 2 xtc-pillen	4.6

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 (XTC) 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, havo-scholieren 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, herkomst, 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. Daarbij ligt het percentage leerlingen dat ervaring heeft met ecstasy wel veel lager dan bij cannabis.

- In 2021 rapporteerde 1,9% van de leerlingen ooit ecstasy gebruikt te hebben [1].

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

	(%)
Ooit	1,9
Laatste jaar	1,7
Laatste maand	0,8

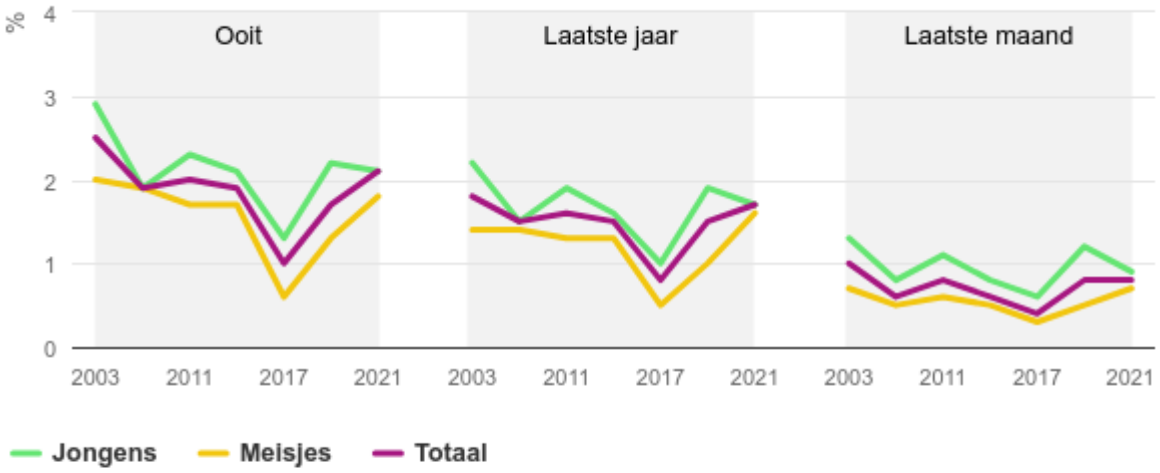
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM.

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, waardoor om de twee jaar nieuwe trendgegevens beschikbaar zijn.

- 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 een tijdelijke dip en niet een 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 op ongeveer hetzelfde niveau, met uitzondering van het jaar 2017.
- 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

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 [1].

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

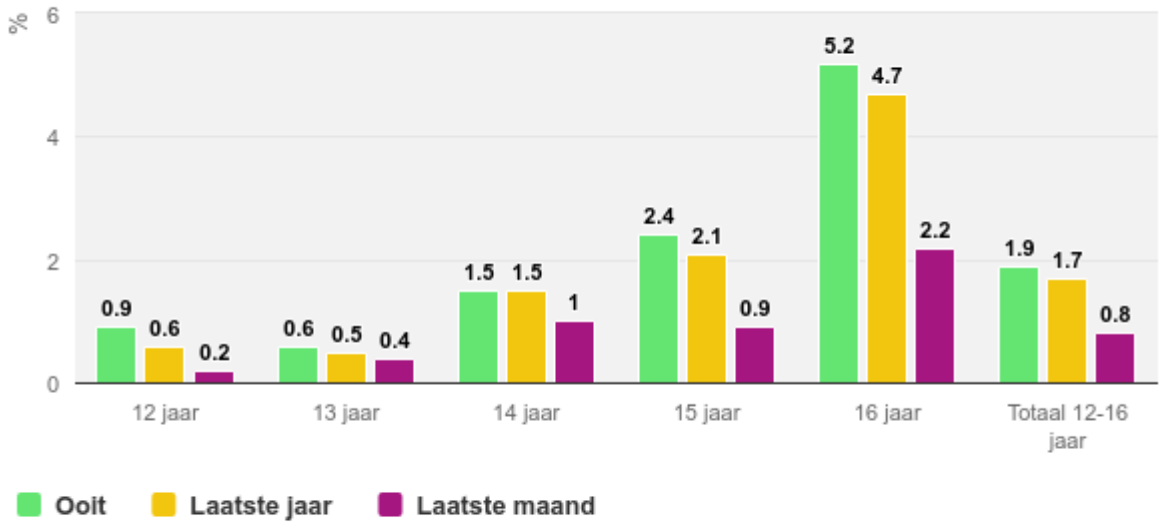
	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Jongens	2,1	1,7	0,9
Meisjes	1,8	1,6	0,7

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, 2021.

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.

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

Leeftijd	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

Het percentage leerlingen dat ervaring heeft met ecstasy is het laagst op het vwo, maar de verschillen tussen de schoolniveaus zijn 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.

Ecstasygebruik in het voortgezet onderwijs, naar migratieachtergrond[l], 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. l. 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 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

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 gebruik van ecstasy (XTC) onder 16- tot 18-jarige mbo- en hbo-studenten schommelde tussen 2015 en 2021 rond de 9% (ooitgebruik). Onder hbo- en wo- studenten van 16 jaar en ouder is het ecstasygebruik onveranderd gebleven tussen 2021 en 2023 (3-4% laatste-maand-gebruik). In Amsterdam is het laatste-jaar-gebruik van ecstasy onder mbo-studenten afgenomen tussen 2016 en 2021 van 15,1% naar 8,6%.

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 landelijke 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. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [3]. In 2023 heeft een nieuwe dataverzameling plaatsgevonden. Dit keer zijn alleen mbo-studenten meegenomen in het onderzoek. De resultaten van deze meting worden in 2024 gepubliceerd.

Daarnaast wordt sinds 2021 elke twee jaar grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (hbo en wo). Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) 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 2023 namen 32.000 studenten (≥16 jaar) deel, verdeeld over 24 onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs (13 hbo-instellingen en 11 universiteiten) verspreid over heel Nederland [7]. Met de tweede meting van de MMMS worden cijfers van de eerste meting (2021) geactualiseerd, vindt op onderdelen verdieping plaats ten opzichte van de eerste meting, en worden vergelijkingen gemaakt met de eerste meting.

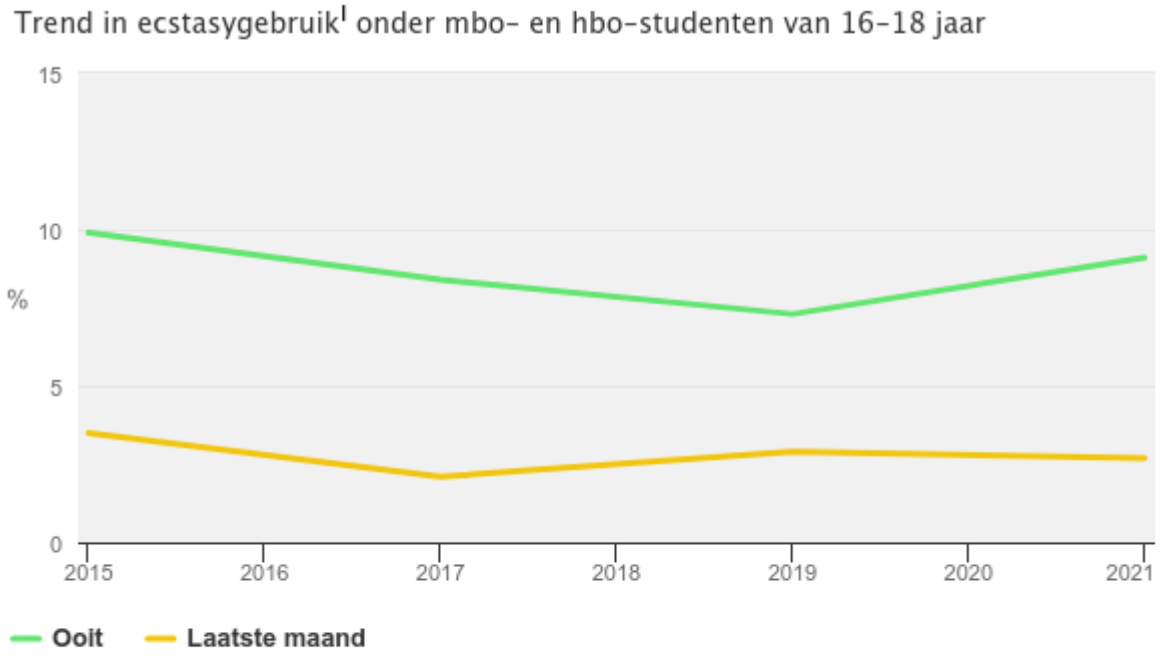
De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse mbo-scholen (bijlage B8). De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 mbo-studenten (≥ 16 jaar) van acht mbo-scholen in Amsterdam mee aan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

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet goed vergelijkbaar.

Studenten van het mbo en hbo

De Middelenmonitor mbo-hbo gaf voor het ecstasygebruik onder 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten in 2021 het volgende beeld [3]:

- In 2021 gebruikten minder dan één op de tien mbo- en hbo-studenten ooit ecstasy in het leven (9,1%).
- Het gebruik van ecstasy ooit in het leven 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- en hbo-studenten in de afgelopen maand ligt sinds 2015 rond de 3%, met uitzondering van 2017 toen 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%) verschilt niet significant van het percentage 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.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Middelenmonitor mbo-hbo

NDM

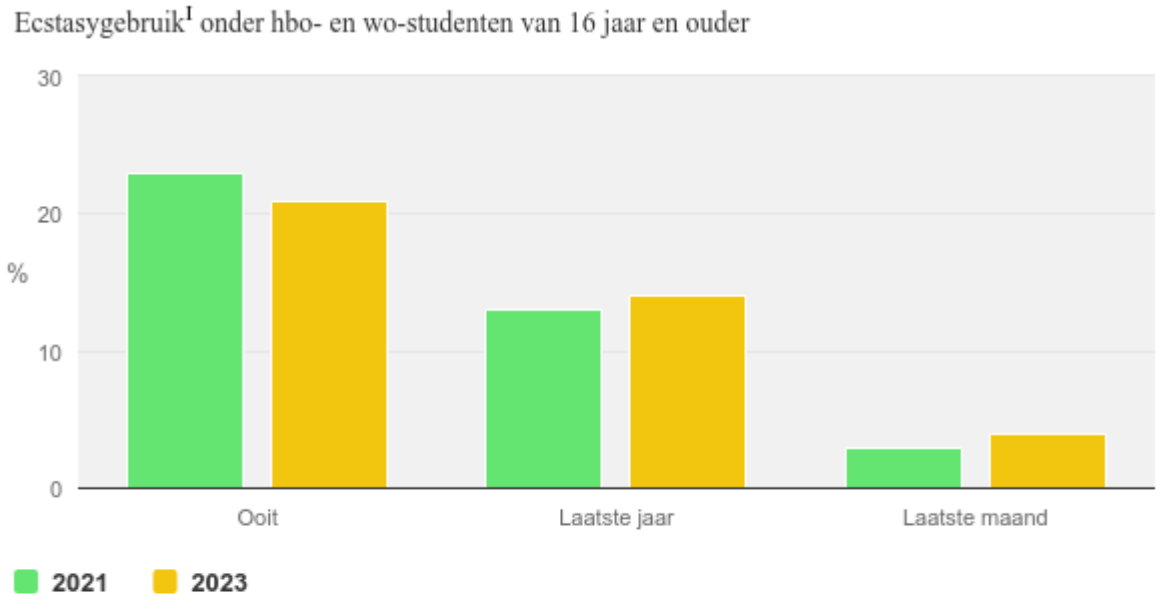
Jaar	Ooit	Laatste maand
2015	9,9	3,5
2017	8,4	2,1

Jaar	Ooit	Laatste maand
2019	7,3	2,9
2021	9,1	2,7

Studenten van het hbo en de universiteit

Onderstaande resultaten zijn afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) [7]. Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen, zoals een laag responspercentage (6,5% in 2023) en onder-/oververtegenwoordiging van bepaalde groepen. Door weging is de data meer representatief gemaakt. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de resultaten vertekend zijn en daarmee niet representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland. De resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd. De MMMS gaf voor het ecstasygebruik onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder in 2023 het volgende beeld:

- Ecstasy is na cannabis de meest gebruikte drug. Eén op de vijf (21%) studenten gebruikte ecstasy ooit in het leven. Een kleiner deel (14%) gebruikte ecstasy in het afgelopen jaar. Het gebruik in de laatste maand kwam voor onder 4% van de ondervraagde studenten.
- Het laatste-maand-gebruik is in 2023 vergelijkbaar met de eerste meting in 2021 (3%).
- Ecstasygebruik komt in sommige groepen meer voor dan in andere groepen. De analyses (gecorrigeerd voor de mogelijke invloed van gender, leeftijd, herkomst, onderwijstype en onderwijsvorm) laten het volgende beeld zien:
    - Gender, migratieachtergrond en opleidingsvorm hangen samen met laatste-maand-ecstasygebruik. Ten opzichte van mannen is er onder vrouwen minder vaak sprake van ecstasygebruik (4% versus 3%). Ten opzichte van studenten zonder migratieachtergrond komt onder internationale studenten ecstasygebruik minder vaak voor (4% versus 3%). Ten opzichte van voltijd studenten komt onder niet-voltijd studenten ecstasygebruik minder vaak voor (4% versus 2%).
    - Er zijn geen verschillen in ecstasygebruik naar leeftijd (16 t/m 21 jaar, 22 t/m 25 jaar, 16 t/m 29 jaar en 30 jaar en ouder) en onderwijstype (hbo, wo).



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs

NDM

	2021	2023
Ooit	23	21
Laatste jaar	13	14
Laatste maand	3	4

Mbo-studenten in Amsterdam

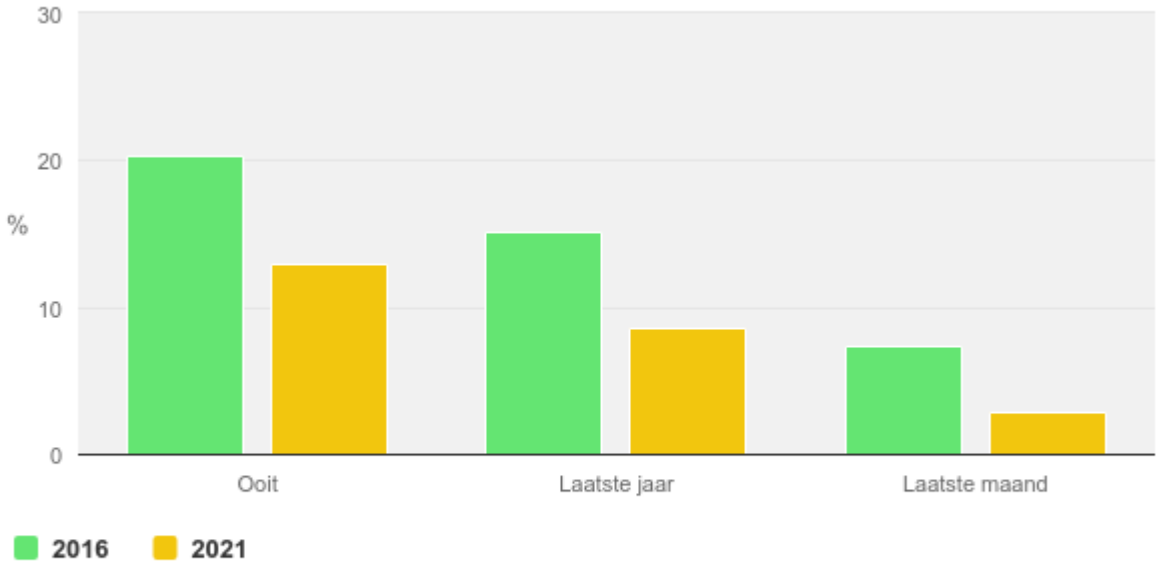
Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het ecstasygebruik van mbo-studenten uitgevraagd [8]. Het is van belang om op te merken dat het hier om een oudere leeftijdsgroep (gemiddeld 19,0 jaar) gaat dan in de hierboven genoemde mbo-hbo monitor (gemiddeld 17,3 jaar). De percentages zijn daarom niet een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

- In 2021 had een op de acht mbo-studenten in Amsterdam ervaring met het gebruik van

ecstasy (13,0%).

- Bijna een op de tien gaf aan in het afgelopen jaar ecstasy te hebben gebruikt (8,6%).
- Het gebruik van ecstasy in de laatste vier weken was 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.

Ecstasygebruik[I] onder mbo-studenten in Amsterdam van 16 jaar en ouder



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Monitor Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
Ooit	20,3	13
Laatste jaar	15,1	8,6
Laatste maand	7,3	2,9

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 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. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.
8. 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 (XTC) is de meest gebruikte drug onder jongeren die uitgaan. Van de jongeren uit het Grote Uitgaansonderzoek heeft in 2023 meer dan de helft het middel gebruikt. Er zijn signalen dat het ecstasygebruik onder uitgaanders licht is toegenomen vergeleken met 2020. De meeste uitgaanders (bijna 90%) gebruiken het middel enkele keren per jaar.

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16 t/m 35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over een eventuele toe- of afname van het gebruik van ecstasy in het uitgaansleven (zie bijlage B2).

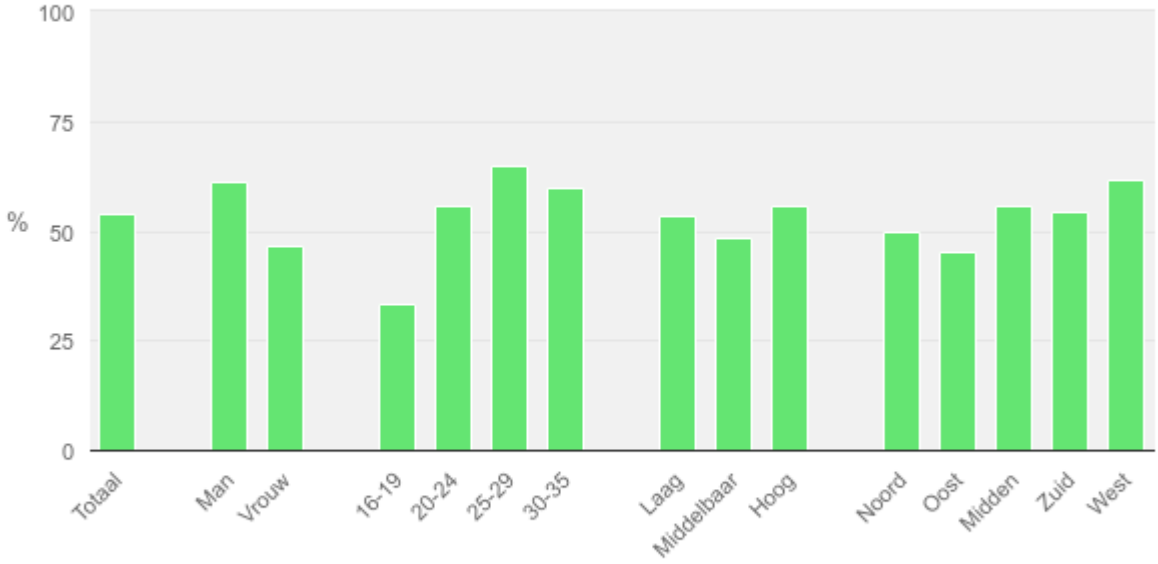
Uitgaanders in Nederland

Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart [1]. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- In 2023 had 64,3% van de uitgaanders ooit ecstasy gebruikt en 53,8% in het laatste jaar. Ecstasy is daarmee de drug met het hoogste percentage laatste-jaar-gebruikers onder de uitgaanders.
- Het laatste-jaar-gebruik van ecstasy is in 2023 (53,8%) hoger dan in 2020 (44,0%). Deze trendgegevens moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd (zie Gegevensbronnen).
- Het laatste-jaar-gebruik van ecstasy is onder de uitgaanders duidelijk hoger dan onder leeftijdsgenoten (15 t/m 34 jaar) in de algemene bevolking (9,8%).
- Meer mannen (dan vrouwen) en laag en hoog (dan middelbaar) opgeleide uitgaanders hebben in het laatste jaar ecstasy gebruikt. In de jongste leeftijdscategorie (16 t/m 19 jaar) is het gebruik van ecstasy relatief laag vergeleken met de oudere leeftijdsgroepen. Er zijn ook regionale verschillen: in de regio West is het gebruik van ecstasy relatief hoog vergeleken met de andere regio's.
- De meeste laatste-jaar-gebruikers gebruikten incidenteel: 15,3% had éénmaal ecstasy gebruikt in het afgelopen jaar en 73,3% minder dan maandelijks. Door 7,9% werd ecstasy maandelijks gebruikt en 3,5% gebruikte vaker dan één keer per maand.
- Op een gebruiksdag gebruiken de laatste-jaar-gebruikers gemiddeld 1,8 pillen op een uitgaansdag. Op een niet-uitgaansdag is het aantal pillen iets lager (1,5 pillen).
- Op een dag dat niet wordt uitgegaan is er weinig verschil tussen mannen en vrouwen in het

gemiddeld aantal pillen dat men neemt (1,6 versus 1,3). Tijdens het uitgaan is het verschil groter: mannen nemen gemiddeld 2,0 en vrouwen 1,5 pillen.

Ecstasygebruik[I] onder uitgaanders van 16-35 jaar, naar geslacht, leeftijd, opleiding en regio. Peiljaar 2023



I. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

	Laatste jaar
Totaal	53,8
Man	61
Vrouw	46,4
16-19	33,4
20-24	55,7

	Laatste jaar
25-29	64,9
30-35	59,9
Laag	53,2
Middelbaar	48,6
Hoog	55,9
Noord	49,6
Oost	45,1
Midden	55,7
Zuid	54,4
West	61,7

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

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%).
- In cluster 4 hebben meer dan twee keer zoveel leerlingen in de afgelopen maand ecstasy gebruikt als op het VMBO-b (2,2% versus 0,9%). Ook hebben ze vaker gebruikt dan leerlingen van het praktijkonderwijs (1,6%), maar dit verschil is niet significant.
- Meisjes in cluster 4 hebben meer ervaring met ecstasy dan 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 bekend 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 2021 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 aan ooit ecstasy in de inrichting te 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 (ooitgebruik 35% vs. 7% en afgelopen-maand-gebruik 9% vs. 3%)

Jongeren in de (residentiële) jeugdzorg

In het landelijk EXPLORE-onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over ecstasygebruik onder jongeren (12 t/m 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 percentage jongeren dat in de RJZ verblijft en ecstasy in de laatste maand gebruikte (9%) is tienmaal zo groot als het gebruik van ecstasy onder jongeren in het reguliere onderwijs (0,8%) .
- Het percentage jongeren van 16 t/m 17 jaar in de RJZ dat in de laatste maand ecstasy heeft gebruikt is in 2020 (14%) significant gestegen ten opzichte van 2008 (4%) (zie tabel). Ook het ooitgebruik is in 2020 hoger dan in 2008 maar het verschil is niet significant.

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 t/m 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 t/m 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 bijna driekwart 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) scoorden 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[l]	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. l. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Bronnen: EXPLORE, Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.

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

Gegevens over de omvang van het problematisch gebruik van ecstasy in de Nederlandse bevolking zijn niet beschikbaar. Dat komt onder andere omdat het aantal chronisch harddrugsgebruikers of frequent gebruikers van ecstasy in algemene bevolkingsonderzoeken, zoals de LSM-A of NEMESIS, te klein is om betrouwbare schattingen te kunnen maken. 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 sprake zijn van acute problemen na inname van het middel die in sommige gevallen aanhouden. Er kan 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 MDMA 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 ecstasy-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 ecstasy 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]. Het is echter ook mogelijk dat er andere oorzaken 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 de 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 gebruikers (4,0%) 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].

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

In het kort: Binnen Europa staan Nederlandse jongvolwassenen (15-34 jaar) en volwassenen (15-64 jaar) bovenaan als het gaat om het gebruik van ecstasy (MDMA). Dit blijkt uit vragenlijstonderzoek en wordt ondersteund door bevindingen uit rioolwateronderzoek waar drie Nederlandse steden in de Europese top 5 staan.

Snel naar:

- Vergelijking tussen landen
- Rioolwateranalyses

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen 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].

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 2021 gebruikt. De cijfers van 2022 voor Nederland waren nog niet beschikbaar voor het EMCDDA.

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 stigma op drugsgebruik in Nederland mogelijk lager dan in andere landen, waardoor gebruikers in een bevolkingsonderzoek mogelijk eerder zullen rapporteren ecstasy te gebruiken. Voor Nederland kunnen hierdoor hogere percentages worden gevonden, vergeleken met landen waar het gebruik van drugs meer gestigmatiseerd is. 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 156 Europese steden, waarbij voor

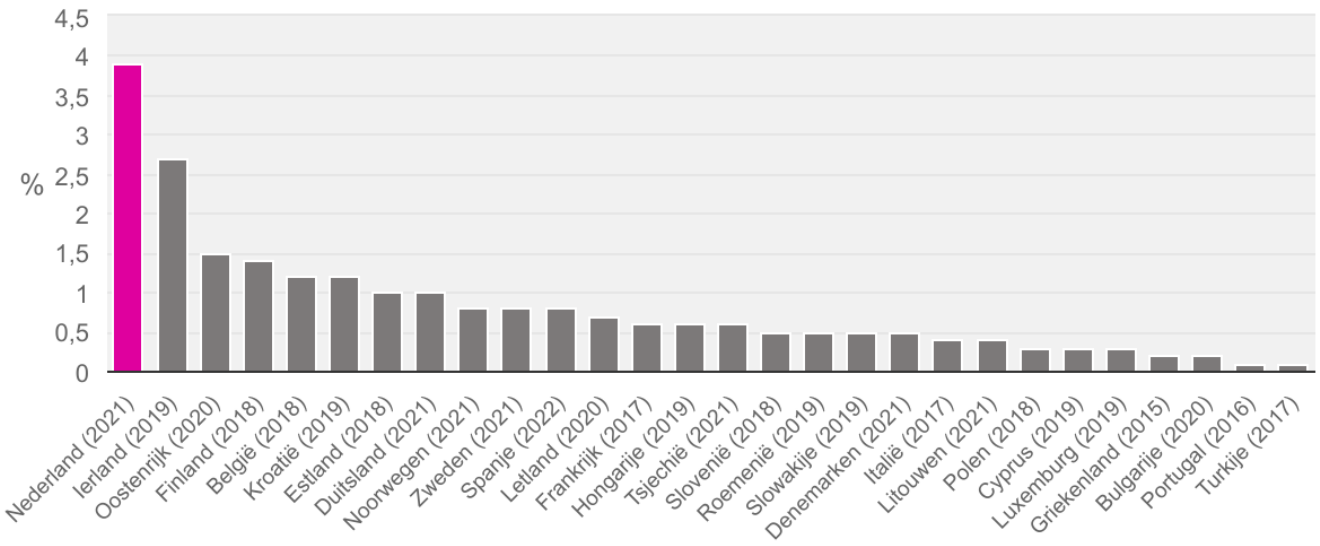
ecstasy gegevens beschikbaar waren uit 105 steden [6].

6.5.1 Algemene bevolking internationaal

Vergelijking tussen landen

- In 2021 had in Nederland 12,2% van de bevolking van 15-64 jaar ervaring met ecstasy. Inclusief Noorwegen en Turkije, heeft het EMCDDA gegevens over het gebruik van ecstasy gepubliceerd voor in totaal 29 landen [1]. Voor zover vergelijkbaar, komt Nederland met 12,2% ooitgebruik binnen deze landen op de eerste plaats gevolgd door Ierland (10,3%) (zie onderstaande tabel en bijlage C). De laagste percentages werden gevonden in Griekenland (0,6%) en Turkije (0,4%) [1].
- Het percentage laatste-jaar-gebruik van ecstasy onder de 15-64-jarigen varieert in de 29 landen die het EMCDDA noemt van 0,1% in Portugal en Turkije tot 3,9% in Nederland, waarmee Nederland ver uit steekt boven de andere landen. Hierna volgt Ierland met 2,7% [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 7,8%. Het EU-gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik in deze leeftijdsgroep lag op 1,8% [1].
- In Europa is sprake van een gevarieerd beeld zonder een duidelijke trend. Voor elf landen, waarvoor gegevens beschikbaar zijn, werd in een land een stijging gezien, een stabilisering in negen landen en een daling in één 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.

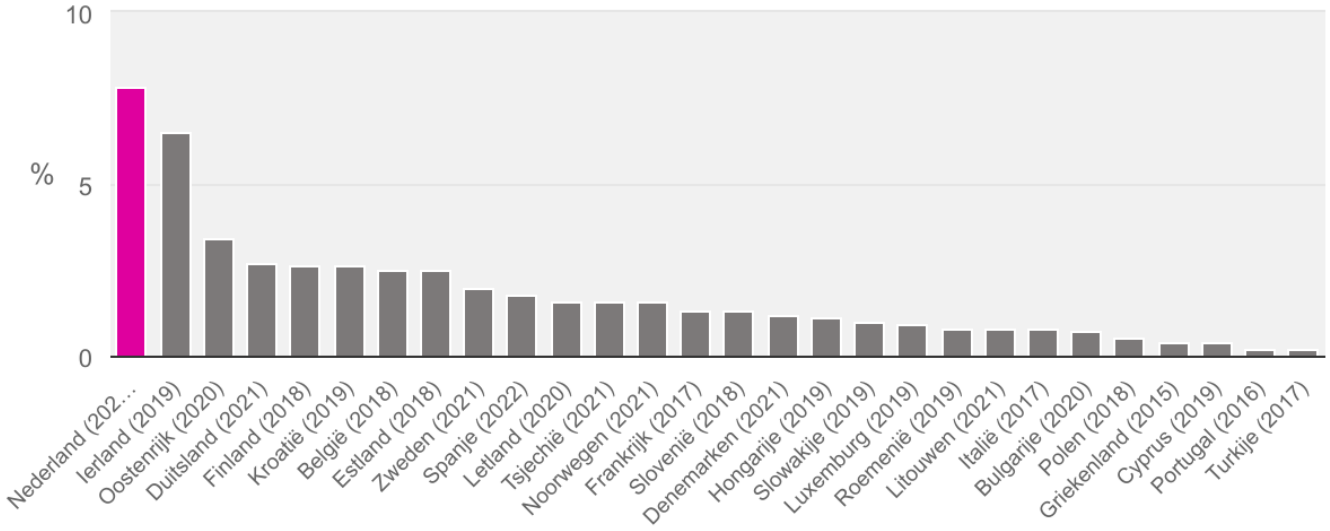
NDM

Land	Laatste jaar (%)
Nederland (2021)	3,9
Ierland (2019)	2,7
Oostenrijk (2020)	1,5
Finland (2018)	1,4
België (2018)	1,2
Kroatië (2019)	1,2
Estland (2018)	1,0

Land	Laatste jaar (%)
Duitsland (2021)	1,0
Noorwegen (2021)	0,8
Zweden (2021)	0,8
Spanje (2022)	0,8
Letland (2020)	0,7
Frankrijk (2017)	0,6
Hongarije (2019)	0,6
Tsjechië (2021)	0,6
Slovenië (2018)	0,5
Roemenië (2019)	0,5
Slowakije (2019)	0,5
Denemarken (2021)	0,5
Italië (2017)	0,4
Litouwen (2021)	0,4
Polen (2018)	0,3
Cyprus (2019)	0,3
Luxemburg (2019)	0,3

Land	Laatste jaar (%)
Griekenland (2015)	0,2
Bulgarije (2020)	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

Land	Laatste jaar (%)
Ierland (2019)	6,5
Oostenrijk (2020)	3,4
Duitsland (2021)	2,7
Finland (2018)	2,6
Kroatië (2019)	2,6
België (2018)	2,5
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

Land	Laatste jaar (%)
Luxemburg (2019)	0,9
Roemenië (2019)	0,8
Litouwen (2021)	0,8
Italië (2017)	0,8
Bulgarije (2020)	0,7
Polen (2018)	0,5
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	2021	12,2	3,9	1,2	18,3	7,8	2,4
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
Duitsland	2021	5,6	1,0	0,4	8,0	2,7	0,8
◪Spanje	2022	5,1	0,8	0,2	6,3	1,8	0,5
Finland	2018	5,0	1,4	0,2	8,1	2,6	0,5
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
◪Noorwegen	2021	3,9	0,8	-	6,2	1,6	-
◪Zweden	2021	-	0,8	0,1	-	2,0	0,3
Frankrijk	2017	3,9	0,6	-	5,6	1,3	-
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.

Gebruik van ecstasy in de algemene bevolking van Australië, de Verenigde Staten en Canada: wisselende leeftijdsgroepen

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Australië	2019	14 en ouder	12,5	3,0	-
Verenigde Staten	2021	18 en ouder	8,3	0,8	0,2
		12 en ouder	7,5	0,8	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.

Rioolwateranalyses

In 2022 analyseerde het EMCDDA gegevens van rioolwateranalyses uit 156 Europese steden, waarbij voor ecstasy gegevens beschikbaar waren uit 105 steden [6].

- Voor ecstasy werd gevonden dat, van de 105 Europese steden met gegevens over ecstasy, Amsterdam bovenaan stond, gevolgd door Antwerpen-Zuid op de tweede plaats, Lissabon op de derde plaats, Utrecht op de vierde plaats en Eindhoven op de vijfde plaats. In Amsterdam lag de gemiddelde dagelijkse load ecstasy op 182,32 mg per 1.000 inwoners. Utrecht had een load van 111,62 mg en Eindhoven had een load van 81,01 mg per 1.000 inwoners [6].
- Op de langere termijn steeg de hoeveelheid aangetroffen MDMA in het rioolwater tussen 2011 en 2022 in Amsterdam van 77,24 naar 182,32 mg. In Eindhoven steeg de load van 66,68 mg in 2011 naar 81,01 mg in 2022. In Utrecht vond er echter een daling plaats, namelijk van 161,86

mg in 2012 naar 111,62 mg per 1.000 inwoners [6].

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
2. SAMHSA. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2022.
3. SAMHSA. Results from the 2021 National Suvey on Drug Use and Health: Detailed Tables [Internet]. 2022. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-detailed-tables
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 multicity study: Page last updated: 22 March 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

6.5.2 Jongeren internationaal

In het kort: Net als onder volwassenen ligt het gebruik van ecstasy (MDMA) onder Nederlandse jongeren hoger dan het Europese gemiddelde, waar Nederland op de derde plek staat.

Gegevensbronnen

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 [1–5]. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats. 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 afgerond op hele getallen. Bij het interpreteren van de trendgegevens dient hiermee rekening te worden gehouden.

Onderstaande tabel toont het gebruik van ecstasy in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde wel vergelijkbaar onderzoek uit.

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 onderstaande tabel 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.

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 (MDMA) 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. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Begin 2023 is een tussenrapportage verschenen, waarin een voorlopig beeld werd geschetst van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. Hier werd geconstateerd dat de kwaliteit van de aanleveringen voor verbetering vatbaar was. Begin 2024 is een verbeterde versie van de Kerncijfers over de jaren 2017-2022 verschenen, waarin de eerdere cijfers zijn verrijkt met andere bronnen. Deze gegevens worden, na aanvullende analyses, later dit jaar verwerkt in de Nationale Drug Monitor.

Richtlijn detoxificatie

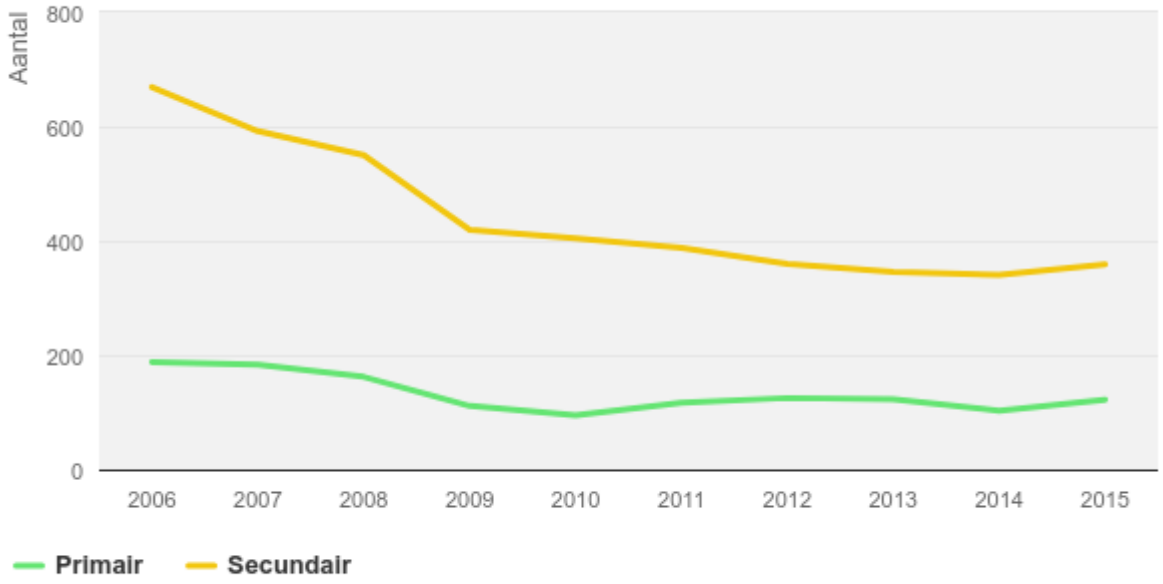
De detoxificatie en behandeling van chronische ecstasyproblematiek kunnen ambulant of intramuraal plaatsvinden en uitgevoerd worden in de huisartsenpraktijk, verslavingszorg of GGZ-instelling [3,4]. De richtlijn detoxificatie uit 2017 biedt een set van indicatiecriteria als leidraad voor professionals 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, detoxificatie/ontgifting, en de 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.
- 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.
- 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

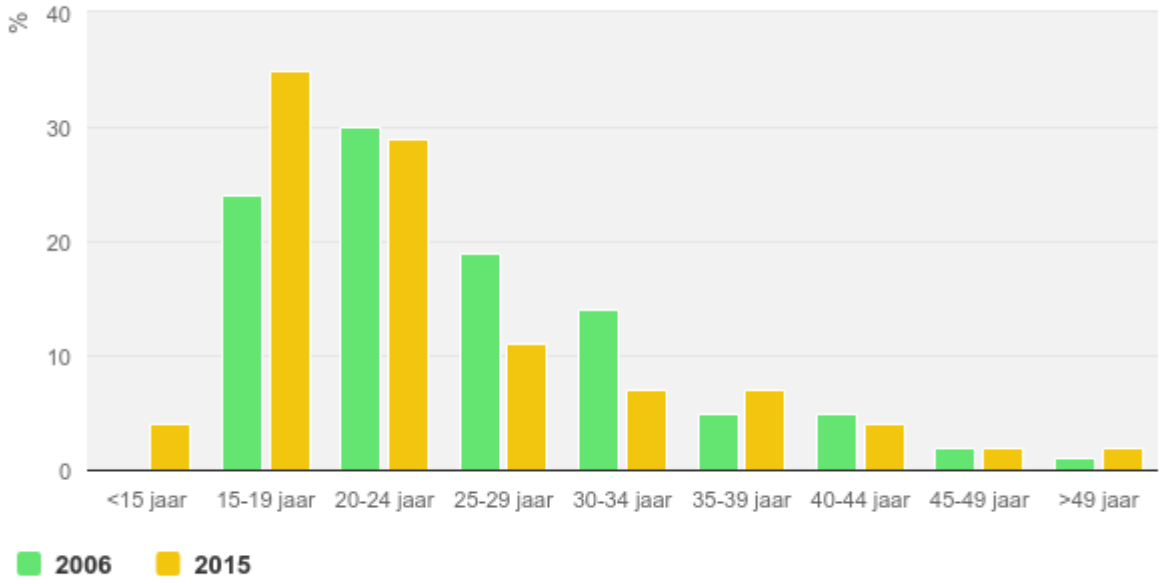
Jaar	Primair	Secundair
2006	188	669
2007	183	592
2008	162	550
2009	111	419
2010	95	404
2011	117	388
2012	125	360
2013	123	346

Jaar	Primair	Secundair
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 medicijnencliënten (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 t/m 19 jaar. De ecstasycliënten zijn de afgelopen jaren jonger geworden. Tussen 2006 en 2015 is de piek verlaagd van de leeftijdsgroep 20 t/m 24 jaar naar de leeftijdsgroep 15 t/m 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

Leeftijd	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
45-49 jaar	2	2

Leeftijd	2006	2015
>49 jaar	1	2

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: In 2022 daalde het aandeel ecstasy-incidenten op feesten geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten naar het niveau van voor de COVID-19 pandemie, maar het aandeel ernstige incidenten bleef relatief hoog. Bij informatieverzoeken aan het Nationale Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) was ecstasy de drug met het hoogste aantal online raadplegingen.

Snel naar:

- Drugsgerelateerde incidenten
- Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

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]. In 2022 droegen 18 diensten actief bij aan de registratie: drie ambulancediensten, zeven SEH-afdelingen en vijf afdelingen forensische geneeskunde. 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 hulpverleners over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen [2]. Het NVIC is onderdeel van de Divisie Vitale Functies van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en is telefonisch te raadplegen via de 24-uursinformatietelefoon. De meeste drugsgerelateerde telefonische informatieverzoeken hebben betrekking op een patiënt die in aanraking is gekomen met een middel: een blootstelling. Een blootstelling leidt niet per definitie tot vergiftigingsverschijnselen, het gaat dus om een mogelijke/potentiële vergiftiging. Naast de mogelijkheid om het NVIC telefonisch te raadplegen, kunnen hulpverleners via de website www.vergiftigingen.info toxicologische informatie opvragen voor bijvoorbeeld een risicoanalyse om de ernst van een blootstelling te berekenen, of om rechtstreeks stofmonografieën en therapieteksten te raadplegen (zonder uitvoering van een risicoanalyse). De website kan worden geraadpleegd bij een daadwerkelijke blootstelling van een patiënt, maar ook ter oriëntatie of bijscholing.

Bij alle bronnen worden intoxicaties vrijwel nooit analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Drugsgerelateerde incidenten

In 2022 werden in totaal 6.411 drugsincidenten geregistreerd [1]. Het gebruik van ecstasy werd bij 1.677 (26%) van de incidenten gemeld, waarvan 69% als enige gebruikte drug (monogebruik) met of

zonder alcohol. Bij de overige incidenten was ecstasy in combinatie met één of meer andere drugs gebruikt, meestal met cocaïne, amfetamine, GHB, 3/4-MMC, ketamine of cannabis.

- Ecstasy-incidenten worden doorgaans vooral gemeld door EHBO-diensten op (dance) feesten en festivals. In 2022 werd 86% van de geregistreerde incidenten met ecstasy gemeld door EHBO-diensten, 5% door MDI-ziekenhuizen, 5% door LIS-ziekenhuizen, 3% door ambulancediensten en 2% door forensisch artsen.
- Door de (tijdelijke) heropening van het uitgaansleven in de zomer en het najaar van 2021 werden er in 2021 meer incidenten op feesten geregistreerd dan in 2020 (toen er geen grote evenementen plaatsvonden), maar ook meer dan in 2019, vóór de sluiting van het uitgaansleven door de COVID-19 pandemie. De toename betrof met name jonge ecstasy-gebruikers. Ook waren de patiënten zwaarder onder invloed dan vóór de COVID-19 pandemie. In 2022 daalde het aandeel ecstasy-intoxicaties op feesten naar het niveau van voor de pandemie, maar het aandeel ernstige incidenten bleef relatief hoog.
- Incidenten die worden geregistreerd bij de MDI worden ingedeeld naar de mate van intoxicatie (licht, matig of ernstig). In 2022 waren de meeste patiënten bij EHBO-diensten (72%) licht onder invloed na het gebruik van ecstasy. Veelvoorkomende klachten bij een lichte intoxicatie zijn onder andere zich niet lekker voelen, verhoogde hartslag, misselijkheid, angst, of stekend gevoel op de borst.
- Patiënten met een ernstige ecstasy-intoxicatie waren vaak niet aanspreekbaar en hadden onder andere last van een ernstig verhoogde hartslag en bloeddruk. Bij één op de vijf patiënten (bij wie informatie hierover beschikbaar was) werden trekkingen waargenomen die passen bij epilepsie. Daarnaast steeg bij een deel van de patiënten de lichaamstemperatuur naar levensbedreigende waarden.
- Combinatiegebruik van ecstasy met andere drugs kwam in 2022 relatief minder vaak voor bij patiënten op EHBO-posten (23%) dan bij patiënten in ziekenhuizen (MDI: 58%, LIS: 58%), ambulances (50%) en forensisch artsen (60%).
- In 2022 was de helft (51%) van de behandelde patiënten die ecstasy als enige drug hadden gebruikt vrouw. Gemiddeld over alle drugs was het aandeel vrouwelijke patiënten 32%.
- Patiënten met een ecstasy intoxicatie waren relatief jong. In 2022 was de mediane leeftijd van patiënten met een ecstasy-intoxicatie 23 jaar. Ter vergelijking, de mediane leeftijd van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie bedroeg 28 jaar.

Incidenten met ecstasy als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2022

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten	37	55	57	19	992
% van het totaal aantal drugsincidenten met ecstasy (n=1160)	3%	5%	5%	2%	86%
% van het totaal aantal drugsincidenten binnen de dienst	4%	6%	5%	2%	44%
Man*	41%	63%	54%	95%	47%
Leeftijd: <25 jaar*	73%	53%	60%	42%	64%
Ook alcohol gebruikt*	78%	54%	49%	61%	20%
Mate van intoxicatie*					
Licht	11%	16%	-	47%	72%
Matig	32%	2%	-	35%	16%
Ernstig	57%	82%	-	18%	12%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. Mate van intoxicatie: Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. 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.

Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

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

hieronder genoemde gegevens betreffen enkel informatieverzoeken, dit geeft geen informatie over het daadwerkelijke aantal ecstasyblootstellingen of -vergiftigingen. Ook de mate waarin de hulpverleners kennis hebben (opgebouwd) over het middel zal van invloed zijn op het aantal informatieverzoeken. Bij het interpreteren van trendgegevens moet hier rekening mee worden gehouden. Daarnaast bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute vergiftigingen.

- Er zijn relatief veel informatieverzoeken over ecstasy (MDMA). Na cannabis (275) was ecstasy (203) de drug met het hoogste aantal telefonische informatieverzoeken bij personen van 13 jaar en ouder.
- Op de website www.vergiftigingen.info waren in 2022 voor ecstasy 1.032 online raadplegingen. Ecstasy stond hier van alle drugs (exclusief NPS) op de eerste plaats in 2022.
- Het aantal online raadplegingen voor ecstasy nam tussen 2020 en 2022 toe. Mogelijk gaat het hier volgens het NVIC om een rebound-effect van de COVID-19 pandemie. Ook de MDI (zie hierboven) signaleerde dat het aandeel gezondheidsincidenten geregistreerd met MDMA tijdens de tijdelijke heropening van het Nederlandse uitgaansleven in de zomer en het najaar van 2021 hoger was dan in heel 2020, met name onder jonge (onervaren) gebruikers. Echter daalde het aantal gezondheidsincidenten met MDMA in 2022 weer, terwijl het aantal informatieverzoeken bij het NVIC bleef stijgen.

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor Drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Trimbos-insituut en VeiligheidNL; 2024.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2022: NVIC Rapport 01/2023. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2023.

6.7 Ziekte en sterfte

6.7.1 Ziekte

Lichamelijke en psychische risico’s

Hoewel de acute verschijnselen van het gebruik van ecstasy (MDMA) 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 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 Hallucinogen Persisting Perception Disorder (HPPD; een syndroom waarbij iemand herbelevingen (flashbacks) ervaart van een drugservaring, terwijl de drug is uitgewerkt) 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*.

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 Cardio-toxicity 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 2022 registreerde de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS 10 sterfgevallen door het gebruik van psychostimulantia, waarbij onbekend is in hoeverre het ging om amfetamine, ecstasy of andere stimulerende middelen.

Snel naar:

- Doodsoorzakenstatistiek van het CBS
- Sterfte in Europa en andere landen

Gegevensbronnen

Het precieze aantal sterfgevallen door het gebruik van ecstasy (MDMA) 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. De op deze pagina gepresenteerde cijfers uit de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS betreffen dezelfde sterfgevallen als die worden beschreven in § 7.7.2 over de sterfte door amfetamine. 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.

Doodsoorzakenstatistiek van het CBS

- In 2022 werden 10 sterftegevallen geregistreerd onder de psychostimulantia, in 2021 waren dit 11 gevallen.
- Tussen 2013 en 2022 varieerde het aantal sterfgevallen gerelateerd aan psychostimulantia tussen 4 en 28 gevallen per jaar. Het gemiddelde lag op 10 gevallen per jaar.
- Tussen 2013 en 2022 waren er in totaal 101 sterfgevallen gerelateerd aan psychostimulantia. Hierbij ging het in 70% van de gevallen om accidentele vergiftiging, in 25% van de gevallen om suïcide, was in 4% van de gevallen de intentie onbekend en in 1% van de gevallen ging het om psychische stoornissen en gedragsstoornissen.

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.

Tussen 2011 en 2017 steeg de sterfte gerelateerd aan MDMA in Australië, Finland, Portugal en Turkije [2]. Per 100.000 inwoners van 15-64 jaar steeg de sterfte gerelateerd aan ecstasy van 0,02 naar 0,12 in Australië, van 0,09 naar 0,33 in Finland, van 0,03 naar 0,12 in Portugal en van 0,05 naar

0,37 in Turkije. Bij deze overledenen ging het voornamelijk om mannen in de leeftijd van midden 20 jaar. Meestal hadden meerdere drugs een rol gespeeld bij het overlijden, maar het kwam ook voor dat ecstasy als enige drug het overlijden had veroorzaakt.

In Australië is de sterfte gerelateerd aan MDMA ook onderzocht in de periode van 2000 tot en met 2018 [3].

- 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 [4].

- 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.

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Utrecht: Trimbos-insituut; 2024.
2. Roxburgh A, Sam B, Kriikku P, Mounteney J, Castanera A, Dias M, et al. Trends in MDMA-related mortality across four countries. Vol. 116, Addiction. 2021. p. 3094–3103.
3. 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
4. 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: Na de dip in het aantal ingeleverde ecstasy-pillen tijdens de twee coronajaren 2020 en 2012 zijn er in 2022 een recordaantal ecstasy-pillen aangeboden bij de testlocaties [1]. Ecstasy blijft de meest ingeleverde drug, 65% van alle monsters betreft ecstasy. Een hoog percentage (94,4%) van de pillen bevatte MDMA, de actieve stof in ecstasypillen. De gemiddelde dosering MDMA in ecstasypillen daalde voor het derde jaar op rij naar 136 mg in 2022, maar pillen zijn historisch gezien nog steeds sterk. Het percentage monsters MDMA-kristal of -poeder dat MDMA bevatte is hoog, maar wel op het laagste niveau sinds 2015.

6.8.1 Samenstelling van ecstasy- en MDMA-monsters

Snel naar:

- Ecstasymonsters (xtc-pillen) ingeleverd bij testlocaties
- Samenstelling van ecstasymonsters (xtc-pillen)
- MDMA-poeder, kristallen of capsules ingeleverd bij testlocaties
- 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.

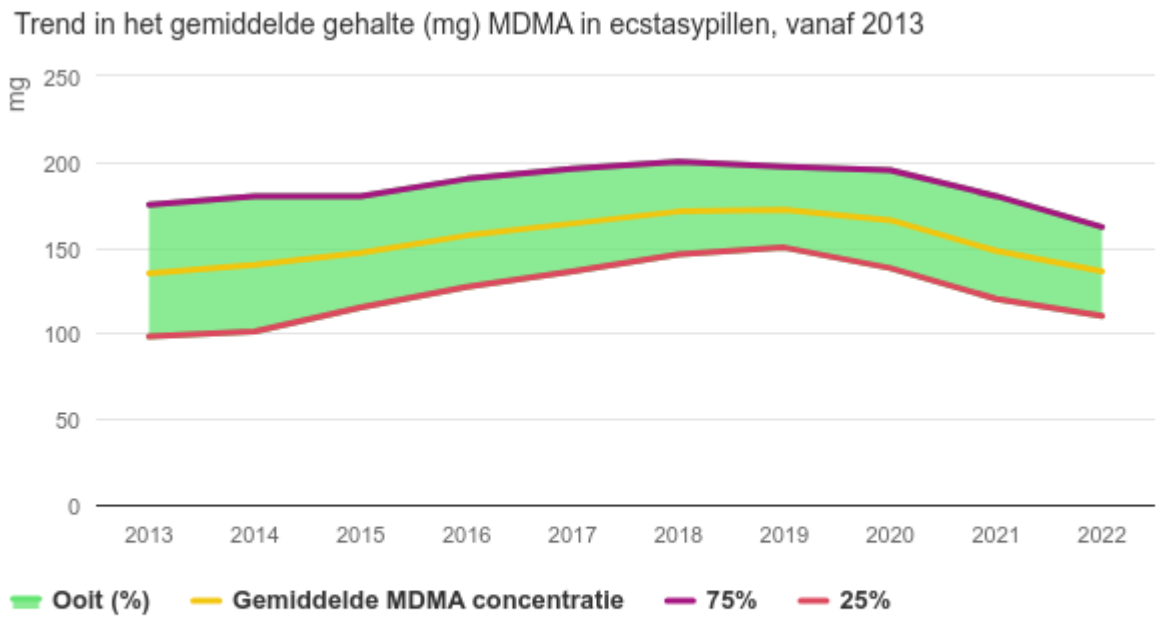
Ecstasymonsters (xtc-pillen) ingeleverd bij testlocaties

- In 2022 was bijna twee derde (65%) van alle ingeleverde monsters bij het DIMS een pil die verkocht werd als ecstasy, in totaal werden er 11.734 ecstasypillen ingeleverd. Dit is het hoogste aantal pillen dat ooit in een jaar is ingeleverd bij het DIMS en vergelijkbaar met het laatste jaar voor corona (2019). Het aantal ingeleverde ecstasy-monsters is dus terug op het niveau van voor de coronapandemie.

Samenstelling van ecstasymonsters (xtc-pillen)

- Van de als ecstasy pillen ingeleverde monsters bevatte 94,4% procent MDMA. Dit percentage is relatief hoog, maar wel het laagste percentage in de afgelopen 10 jaar.
- Een ingeleverde ecstasypil bevatte in 2022 gemiddeld 136,0mg MDMA, in 2021 was dat nog 147,8mg. Hoewel deze dosering nog steeds hoog is, is er voor het derde jaar achtereen sprake

van een daling in de gemiddelde dosering van ecstasypillen ingeleverd bij het DIMS.



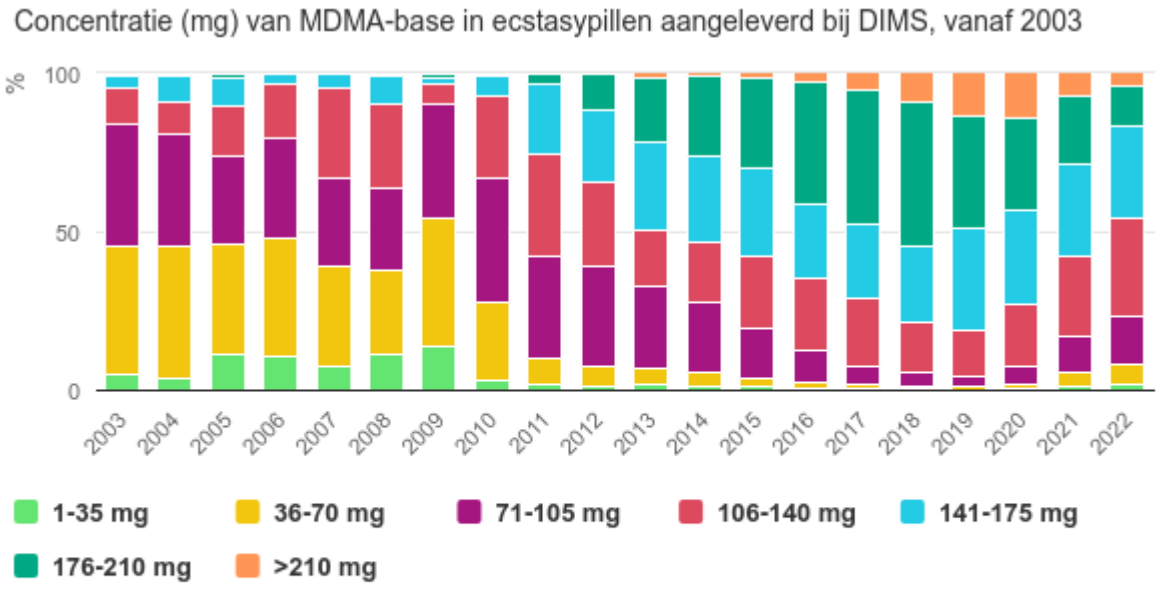
Gehalte in pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten; tabletten herkend via de herkenningslijsten en het totaal. Data zijn weergegeven per jaar van 2013-2022. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

NDM

Jaar	Gemiddelde MDMA concentratie	25%	75%
2013	135	98	175
2014	140	101	180
2015	147	115	180
2016	157	127	190
2017	164	136	196
2018	171	146	200
2019	172	150	197
2020	166	138	195

Jaar	Gemiddelde MDMA concentratie	25%	75%
2021	148	120	180
2022	136	110	162

- 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% en deze daling zette in 2022 door naar 76,7%. 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, 2023.

NDM

Jaar	1-35 mg	36-70 mg	71-105 mg	106-140 mg	141-175 mg	176-210 mg	>210 mg

Jaar	1-35 mg	36-70 mg	71-105 mg	106-140 mg	141-175 mg	176-210 mg	>210 mg
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
2019	24	77	316	1318	2948	3225	1223

Jaar	1-35 mg	36-70 mg	71-105 mg	106-140 mg	141-175 mg	176-210 mg	>210 mg
2020	14	64	188	700	1070	1062	489
2021	61	206	573	1212	1428	1018	349
2022	168	502	1285	2629	2419	1087	311

- In een klein percentage van de ecstasypillen die MDMA bevatten, werd ook een ander middel aangetroffen, de vaakst aangetroffen vervuilingen waren cafeïne (5,4%) en amfetamine (1,2%). Het gevaarlijke middel PMMA werd slechts 1 keer aangetroffen in een ecstasypil.
- In slechts een klein deel van de ingeleverde ecstasypillen (3,2%) werd de werkzame stof MDMA helemaal niet gevonden. Deze pillen bevatten meestal stimulerende middelen zoals amfetamine (39,8%) en cafeïne (35%).

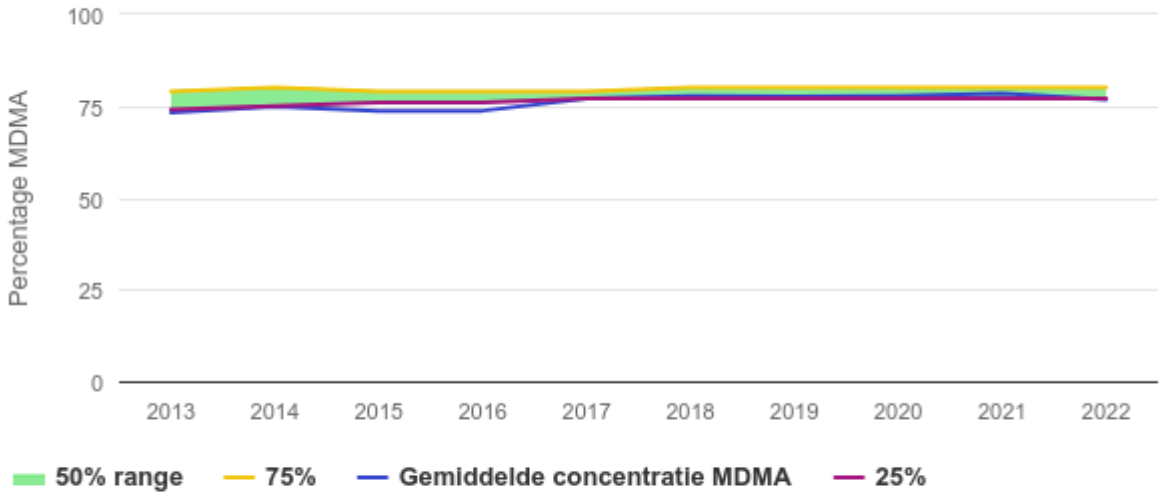
MDMA-poeder, kristallen of capsules ingeleverd bij testlocaties

- In 2022 boden consumenten in totaal 17.929 monsters aan bij het DIMS, slechts een klein aandeel (8,6%) daarvan betrof MDMA (in poeder- of kristal-vorm). Dit percentage is over de laatste vijf jaar wel gestegen vanaf 4,9% in 2017.

Samenstelling van MDMA-poeder, kristallen en capsules

- De grote meerderheid van de ingeleverde MDMA-monsters bevatte ook daadwerkelijk MDMA (90,2%). Dit percentage lag in 2018 nog op 95,1% en is sindsdien afgenomen.
- De ingeleverde MDMA-monsters in 2021 bevatten gemiddeld 76,8% MDMA base, dat niveau is de laatste jaren ongeveer gelijk.

Trend in de gemiddelde concentratie MDMA in MDMA-poeders, kristallen of capsules, vanaf 2012



De gemiddelde concentratie van MDMA ligt in sommige jaren iets onder de range waarbinnen de (middelste) helft van de MDMA poeders valt. Dit betekent dat er een aantal MDMA monsters een zeer lage concentratie MDMA bevatte, waardoor het gemiddelde lager uitkwam. Bron: DIMS, Trimbos-instituut

NDM

Jaar	Gemiddelde concentratie MDMA	25%	75%
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
2018	77.8	77	80
2019	77.6	77	80
2020	77.8	77	80

Jaar	Gemiddelde concentratie MDMA	25%	75%
2021	78.4	77	80
2022	76.8	77	80

- De meeste MDMA-monsters die werden ingeleverd bevatten geen enkele vervuiling (88,8%), een op de tien MDMA-monsters bevatte helemaal geen MDMA (9,8%) en een klein aandeel bevatte MDMA en een vervuiling (1,4%). Het percentage als MDMA verkochte monsters dat geen MDMA bevat stijgt al vanaf 2018 toen het nog op 4,9% lag.
- In MDMA-monsters die geen MDMA bevatten, werd het vaakst 4-CMC (27,2%), 3-CMC (9,9%) of 3-MMC (7,4%) aangetroffen. Ook andere synthetische cathinonen werden in als MDMA ingeleverde monsters aangetroffen.
- In MDMA-monsters die MDMA bevatten was de meest aangetroffen vervuiling 4-CMC, een synthetisch cathinon die niet op de opiumlijst voorkomt (2,9%).

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
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

In het kort: Een ecstasy-pil kostte in 2022 gemiddeld €4,36 en een gram MDMA-poeder of kristallen €23,07. Deze prijzen liggen de afgelopen tien jaar op ongeveer hetzelfde niveau.

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.

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 2022 gemiddeld €4,36 per ecstasypil. Deze prijzen zijn vergelijkbaar met die in de afgelopen vijf jaar.
- Consumenten die MDMA-poeder bij het DIMS inleverde betaalden in 2022 gemiddeld €23,07 per gram, de prijs voor een gram MDMA is sinds 2019 licht gestegen.

Prijzen in euro' op consumentenniveau van ecstasypillen en MDMA-poeder, kristal en capsules, vanaf 2012

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal ecstasypillen bij DIMS (n)	5.920	6.102	6.363	5.554	6.378	7.008	10.462	3.912	5.815	11.734
Gemiddelde prijs ecstasypil en interkwartielafstand (€)	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)	4,36 (4-5)
Aantal MDMA-poeder monsters bij DIMS (n)	553	549	510	562	594	734	961	472	684	1454
Gemiddelde prijs milligram MDMA en interkwartielafstand (€)	21,60 (20-25)	22,10 (17-26)	20,00 (15-25)	20,20 (15-25)	21,10 (15-25)	20,00 (15-26)	19,30 (15-25)	20,50 (15-25)	20,80 (15-25)	23,07 (20-25)

1. Prijs per ecstasypil en per milligram MDMA. Bron: DIMS, Trimbos-Instituut 2013-2023.



Amfetamine

7.0 Laatste feiten en trends

Volwassenen

Amfetaminegebruik in het laatste jaar (2022)



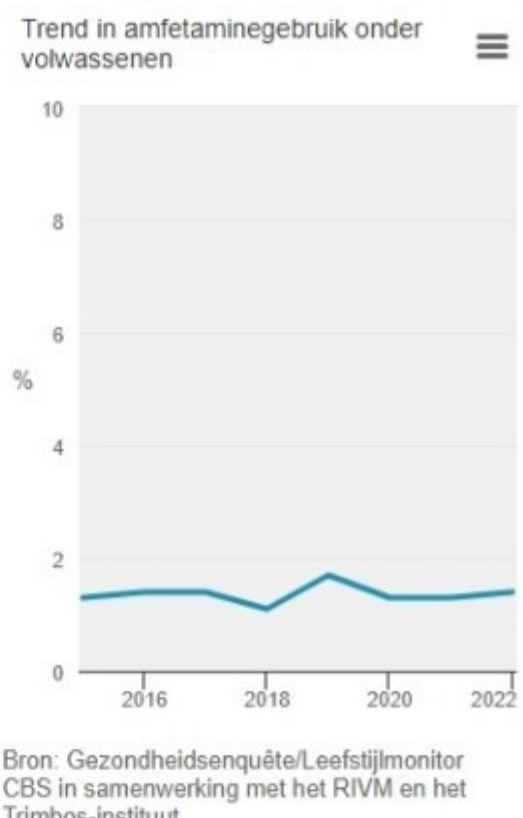
1,4%



0,9%

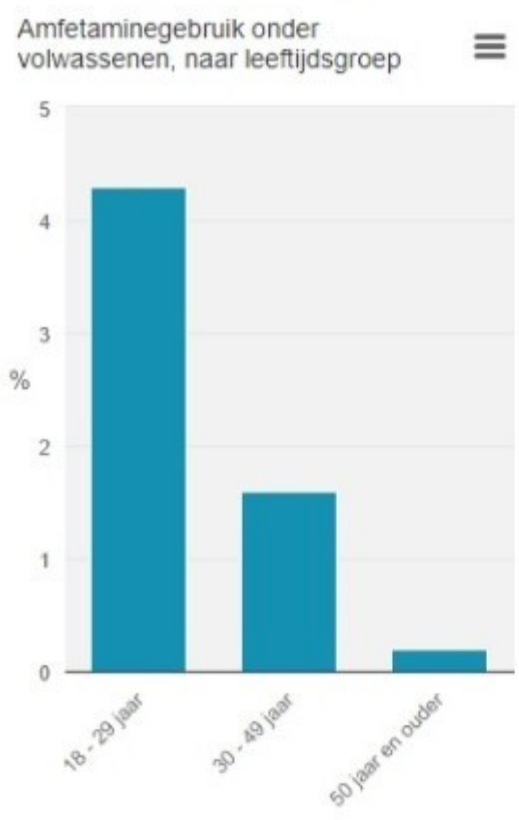


1,9%



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

NDM

- In 2022 heeft 1,4% van de volwassenen in het laatste jaar amfetamine gebruikt, dat zijn 200.000 mensen.
- Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar amfetamine heeft gebruikt ligt al sinds 2015 op ongeveer hetzelfde niveau
- Meer mannen dan vrouwen gebruiken amfetamine.
- Het laatste-jaar-gebruik van amfetamine is het hoogst onder jongvolwassenen.
- De meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers van amfetamine gebruikte in 2022 niet meer dan een paar keer per jaar.
- 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.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs	Hbo-wo-studenten	Uitgaanders
12-16 jaar	≥16 jaar	16-35 jaar
laatste jaar (2019)	laatste jaar (2023)	laatste jaar (2023)



0,9%



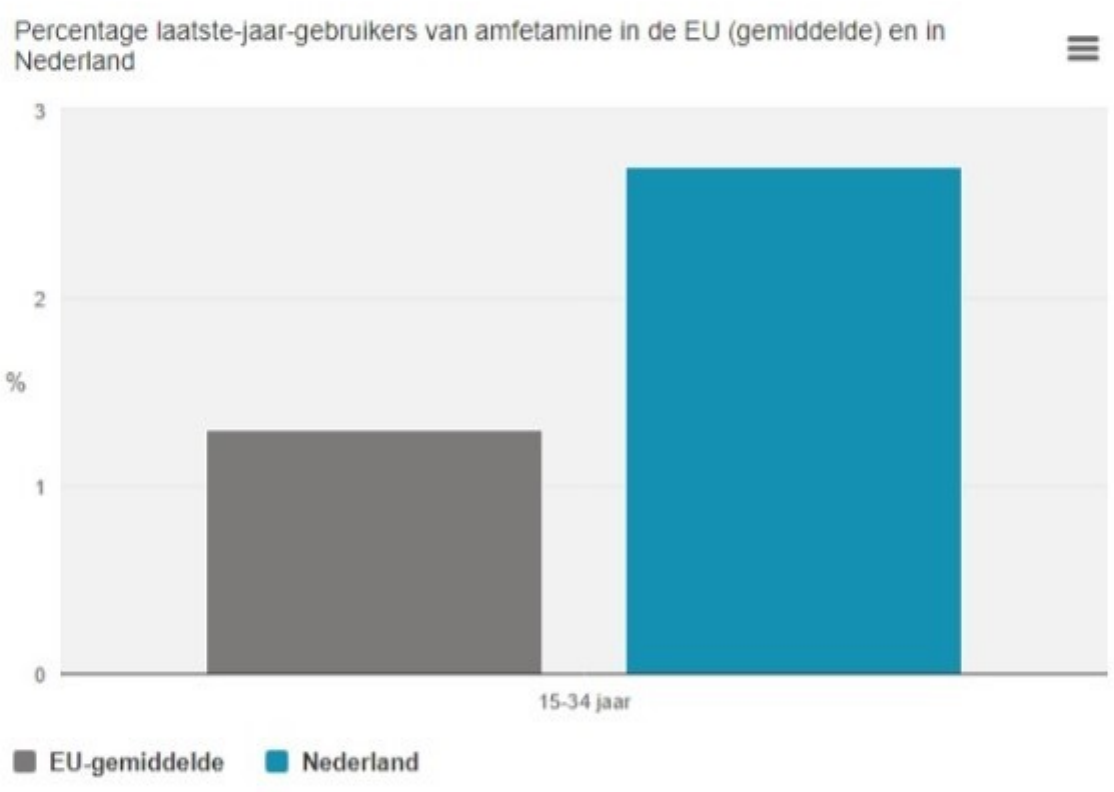
4%



20,5%

- Het gebruik van amfetamine onder scholieren van het voortgezet onderwijs is tussen 2003 en 2015 gehalveerd, en in 2019 gestabiliseerd.
- Het gebruik van amfetamine onder 16- tot 18-jarige mbo– en hbo-studenten daalt al jaren en ligt ook in 2021 (2,0% ooit) lager dan in de jaren daarvoor. Deze afname werd tussen 2016 en 2021 ook onder mbo-studenten in Amsterdam waargenomen. Onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder had in 2023 8% ooit amfetamine gebruikt en 4% gebruikte in het afgelopen jaar.
- Amfetamine wordt door minder uitgaanders gebruikt dan andere stimulerende middelen zoals ecstasy, 3-MMC en cocaïne.

Internationale vergelijking



Bronnen: European Drug Report 2023, EMCDDA en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

- Het gebruik van amfetamine onder jongvolwassenen in Nederland ligt boven het Europese gemiddelde. Nederland staat zowel bij jongvolwassenen (16 t/m 34 jaar) als bij volwassenen (15 t/m 64 jaar) in de top vijf.

Hulpvraag en incidenten

- 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.
- Amfetamine-incidenten zijn merendeels mengintoxicaties met andere (uitgaans)drugs. Amfetamine behoort (samen met cannabis, MDMA, cocaïne en GHB) tot de drugs (exclusief NPS) met de meeste telefonische informatieverzoeken bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC).

Aanbod en markt



Bron: Drugs Informatie en Monitoring Systeem

NDM

- Het gehalte amfetamine in poeders aangekocht als amfetamine steeg tijdens de jaren 2020 en 2021, maar is daarna weer afgenomen naar 47,9% in 2022.
- De gemiddelde prijs (€8,50 per gram in 2022) van amfetamine is al jaren redelijk constant.

7.1 Over amfetamine

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).

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 komt in Nederland overigens sporadisch voor, 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.

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.

7.2 Gebruik: volwassenen

7.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: Iets meer dan 1 op de 100 volwassen (1,4%) Nederlanders heeft in 2022 amfetamine gebruikt, dat komt neer op ongeveer 200 duizend volwassenen. Dit aantal ligt al sinds 2015 op ongeveer hetzelfde niveau. Het gebruik van amfetamine is het hoogst onder mannen, jongvolwassenen (18 t/m 29 jaar), hoogopgeleiden, volwassenen met een Europese herkomst en mensen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (§ 7.2.2).

Snel naar:

- Kerncijfers 2022
- 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). 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.

Kerncijfers over amfetaminegebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Kerncijfers 2022

Ongeveer één op twintig (5,1%) volwassenen van 18 jaar en ouder heeft in 2022 ooit amfetamine gebruikt en iets meer dan één op de honderd (1,4%) gebruikte in het afgelopen jaar. Dat komt neer op 720 duizend volwassen Nederlanders die ooit amfetamine gebruikten en 200 duizend die dat in het laatste jaar nog deden. Een klein percentage (0,5%) van de volwassenen gebruikte amfetamine in de laatste maand, dat komt neer op ongeveer 80.000 volwassenen.

Amfetaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

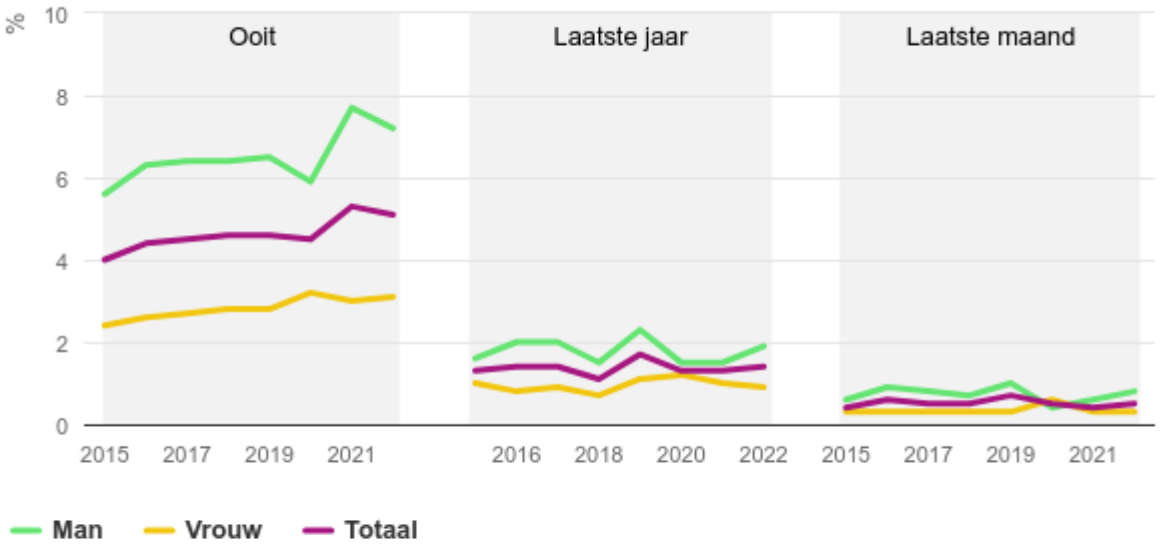
	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	5,1	720.000	640.000-790.000
Laatste jaar	1,4	200.000	150.000-240.000
Laatste maand	0,5	80.000	50.000-100.000

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer amfetamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Trends in amfetaminegebruik

- Het ooitgebruik van amfetamine onder volwassenen is gestegen van 4,0% in 2015 tot 5,1% in 2022.
- Het laatste-jaar-gebruik van amfetamine onder volwassenen is ten opzichte van 2015 niet veranderd.
- Het gebruik in de laatste maand is al jaren op ongeveer hetzelfde niveau, rond de 0,5%.
- Het gebruik van amfetamine wordt ook gemonitord in rioolwateronderzoek. Uit deze onderzoeken lijkt het gebruik van amfetamine en methamfetamine te stijgen (zie § 7.5).

Trend in amfetaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer amfetamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

Jaar	Man	Vrouw	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
2019	6.5	2.8	4.6
2020	5.9	3.2	4.5
2021	7,7	3,0	5,3
2022	7,2	3,1	5,1

Jaar	Man	Vrouw	Totaal
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
2022	1,9	0,9	1,4

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
2020	0.4	0.6	0.5
2021	0,6	0,3	0,4

Jaar	Man	Vrouw	Totaal
2022	0,8	0,3	0,5

7.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Het gebruik van amfetamine is het hoogst onder mannen, jongvolwassenen (18 t/m 29 jaar), hoogopgeleiden, volwassenen met een Europese herkomst en mensen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Herkomst
- Stedelijkheid
- Werkenden
- Regionale verschillen

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). 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.

Kerncijfers over amfetaminegebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Naast de gegevens uit de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale gegevens over amfetaminegebruik beschikbaar uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor jongvolwassen 2022 [1]. Deze cijfers zijn door de verschillende vraagstelling en leeftijdsgroep niet vergelijkbaar met de cijfers uit de Gezondheidsenquête of de Leefstijlmonitor maar geven wel een beeld van amfetaminegebruik onder 16-25-jarigen. Deze gegevens zijn toegevoegd in het onderdeel over regionale verschillen op deze pagina.

De cijfers over het gebruik van amfetamine worden hieronder uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst 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

- Het percentage vrouwen dat amfetamine gebruikt is lager dan het percentage mannen dat amfetamine gebruikt, dit is vanaf 2015 onveranderd.
- Het percentage vrouwen (3,1%) dat ooit amfetamine gebruikte was in 2022 meer dan twee keer zo laag als onder mannen (7,2%).
- Het percentage vrouwen dat in het laatste jaar amfetamine gebruikte was ook kleiner dan onder mannen (0,9% versus 1,9%).

Amfetaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

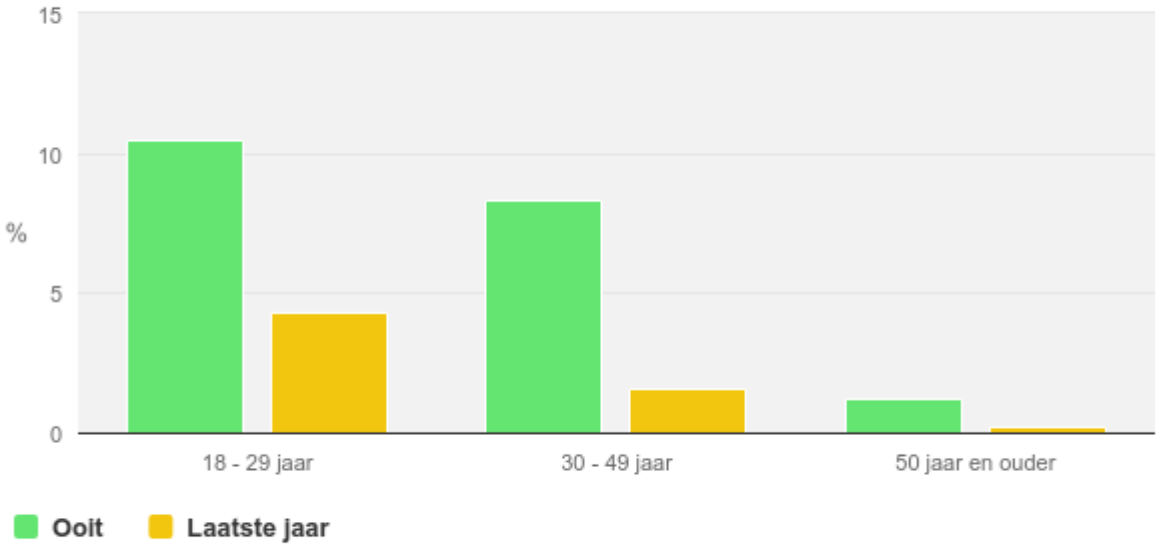
	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Man	7,2	1,9
Vrouw	3,1	0,9

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer amfetamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Leeftijd

- In 2022 kwam laatste-jaar-gebruik van amfetamine het meeste voor onder jongvolwassen van 18-29 jaar (4,3%). Dertigers en veertigers (30-49 jaar) gebruikten minder (1,6%) en vijftigplussers gebruikten nauwelijks amfetamine (0,2%).
- In de LSM-A (bijlage A2) uit 2022 werd aan laatste-jaar-gebruikers van amfetamine gevraagd wanneer zij dit middel voor het eerst hadden genomen. De gemiddelde startleeftijd van alle gebruikers is 22,0 jaar, dit is voor mannen (21,9 jaar) en vrouwen vrijwel gelijk (22,0 jaar).
- Lees meer over amfetaminegebruik onder jongeren en jongvolwassen op deze pagina.

Amfetaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2022.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer amfetamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

Leeftijd	Ooit	Laatste jaar
18 - 29 jaar	10,5	4,3
30 - 49 jaar	8,3	1,6
50 jaar en ouder	1,2	0,2

Opleidingsniveau

Het ooitgebruik van amfetamine was het laagst onder laagopgeleiden (3,1%) en het hoogst onder hoogopgeleiden (6,8%), middelbaar opgeleiden zaten daar tussenin (4,9%). Voor gebruik in het laatste jaar lag het gebruik van amfetamine onder hoogopgeleiden hoger dan onder middelbaar- en laagopgeleiden.

Amfetaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Laagopgeleid	3,1	0,6
Middelbaar opgeleid	4,9	1,1
Hoogopgeleid	6,8	2,2

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer amfetamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. 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. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Herkomst

- Het percentage volwassenen met een niet-Europese herkomst (zie 'herkomst' in bijlage D) dat ooit amfetamine heeft gebruikt (3,7%) was lager dan onder volwassenen met een Nederlandse- (5,3%) of Europese (6,9%) herkomst.
- Het laatste-jaar-gebruik lag in 2022 onder volwassenen met een Europese herkomst (2,5%) hoger dan onder volwassenen met een Nederlandse (1,4%) of niet-Europese herkomst (0,9%).

Amfetaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Nederlandse herkomst	5,3	1,4
Europese herkomst	6,9	2,5
Niet-Europese herkomst	3,7	0,9

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer amfetamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst (cbs.nl)). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Stedelijkheid

Het gebruik van amfetamine was onder bewoners van (zeer) sterk stedelijke gebieden hoger dan in de matig stedelijke en weinig/niet stedelijke gebieden. Dit geldt voor zowel ooitgebruik als laatste-jaar-gebruik. De bevindingen van de GGD Gezondheidsmonitor 2022 lieten zien dat er tussen GGD-regio's grote verschillen kunnen bestaan in het gebruik van amfetamine (zie 'regionale verschillen' op deze pagina).

Amfetaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
(Zeer) sterk stedelijk	6,5	1,8
Matig stedelijk	3,2	0,7
Weinig/niet stedelijk	3,5	1,0

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

Werkenden

In 2023 heeft het Trimbos-instituut voor het eerst gegevens gepubliceerd over het middelengebruik onder werkenden versus niet-werkenden [2]. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt van de LSM-A van het peiljaar 2022.

- Er is geen verschil in het laatste-jaar-gebruik van amfetamine onder werkenden en niet-werkenden.

Amfetaminegebruik onder werkenden en niet-werkenden. Peiljaar 2022

	Laatste jaar (%)
Werkenden	1,2
Niet-werkenden	1,1

Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2022.

Regionale verschillen

Uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die wordt gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen bestaan in het gebruik van amfetamine [1].

- In 2022 werden de hoogste percentages amfetaminegebruik gevonden in GGD-regio Amsterdam (2,5%) en GGD-regio Haaglanden (1,7%).
- Amfetamine werd het minst gebruikt in de GGD-regio Zuid-Limburg (0,5%) en GGD-regio Noord- en Oost Gelderland (0,7%).

Bronnen

1. GGD'en en RIVM. Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022 [Internet]. 2023. Available from: https://www.vzinfo.nl/drugsgebruik/regionaal/jongvolwassenen
2. Tuithof M, Blokland M, Sannen M. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Utrecht: Trimbos-instituut;

7.2.3 Gebruikspatronen

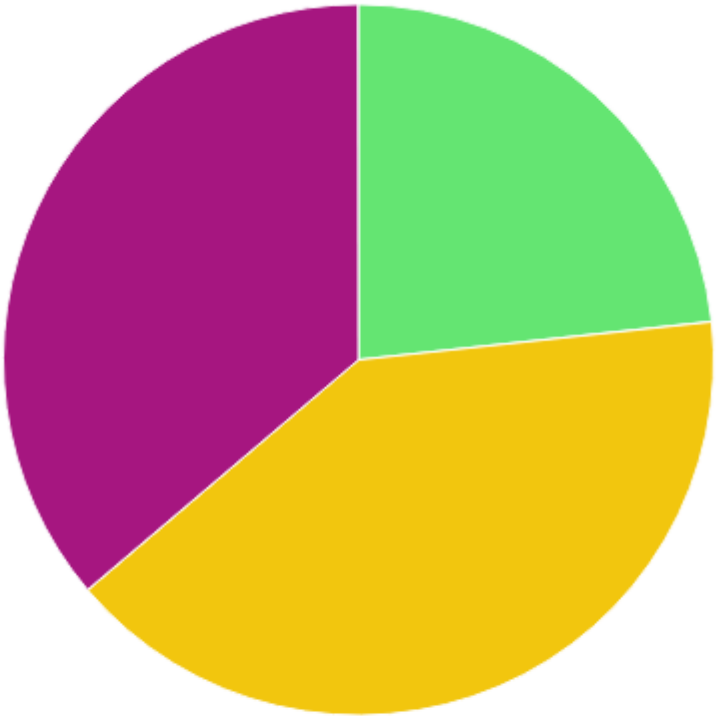
In het kort: De meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers van amfetamine gebruikte in 2022 niet meer dan een paar keer per jaar.

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van amfetamine afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) (zie bijlage A2). In de LSM-A 2020 is gevraagd naar de mate van gebruik van amfetamine.

- Minder dan de helft van de amfetaminegebruikers (40,5%) heeft in het laatste jaar ‘een paar keer, maar minder dan maandelijks’ amfetamine gebruikt en een derde (36,2%) één keer (zie figuur hieronder). Ongeveer een kwart van de gebruikers (23,3%) rapporteert maandelijks (of vaker) gebruikt te hebben.

Frequentie[I] van amfetaminegebruik onder laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.



Maandelijks of vaker

Een paar keer per jaar, maar minder dan maandelijks

Eén keer in het afgelopen jaar

I. Frequentie: aantal keer in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut

everviz.com

Gebruiksfrequentie	%
Maandelijks of vaker	23,3
Een paar keer per jaar, maar minder dan maandelijks	40,5
Eén keer in het afgelopen jaar	36,2

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. 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

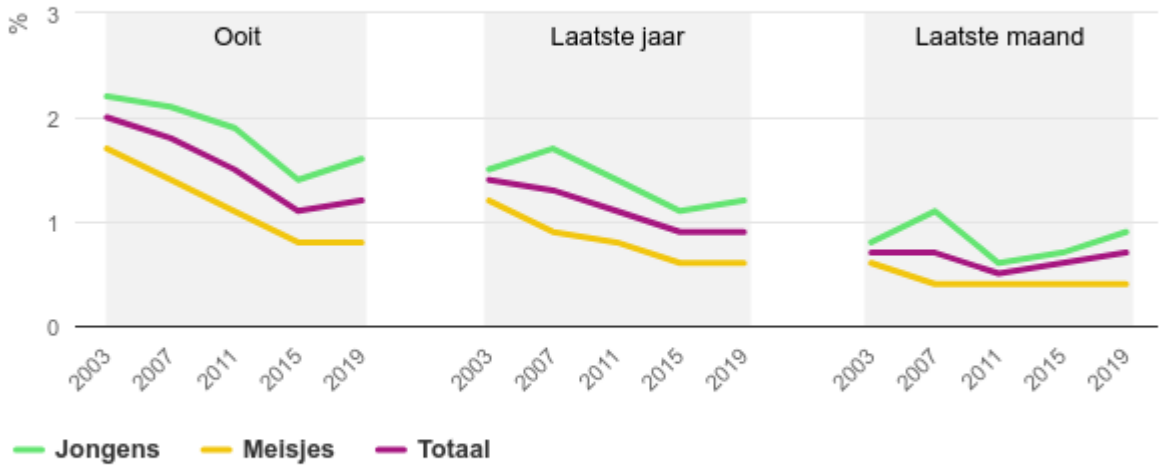
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand.Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM.

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 t/m 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.

Trends in amfetaminegebruik 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 / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM (2003, 2007, 2011, 2015, 2019).

NDM

Jaar	Jongens	Meisjes	Totaal
2003	2.2	1.7	2
2007	2.1	1.4	1.8
2011	1.9	1.1	1.5
2015	1.4	0.8	1.1

Jaar	Jongens	Meisjes	Totaal
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

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.

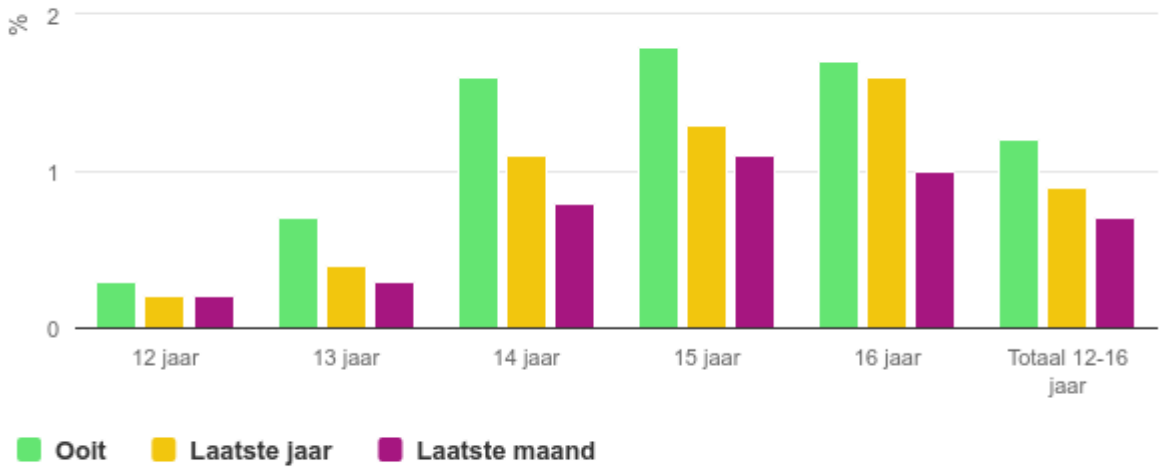
Geslacht

In 2019 had van de jongens 1,6% ervaring met amfetamine, van de meisjes 0,8%.

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%.

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

Leeftijd	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.

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 16- t/m 18-jarige mbo- en hbo-studenten daalt al jaren en ligt ook in 2021 (2,0% ooit) lager dan in de jaren daarvoor. Deze afname werd tussen 2016 en 2021 ook onder mbo-studenten in Amsterdam waargenomen. Onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder had 8% in 2023 ooit amfetamine gebruikt en 4% gebruikte in het afgelopen jaar.

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 landelijke 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. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [1]. In 2023 heeft een nieuwe dataverzameling plaatsgevonden. Dit keer zijn alleen mbo-studenten meegenomen in het onderzoek. De resultaten van deze meting worden in 2024 gepubliceerd.

Daarnaast wordt sinds 2021 elke twee jaar grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (hbo en wo). Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) 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 2023 namen 32.000 studenten (≥16 jaar) deel, verdeeld over 24 onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs (13 hbo-instellingen en 11 universiteiten) verspreid over heel Nederland [7]. Met de tweede meting van de MMMS worden cijfers van de eerste meting (2021) geactualiseerd, vindt op onderdelen verdieping plaats ten opzichte van de eerste meting, en worden vergelijkingen gemaakt met de eerste meting. Het gebruik van amfetamine is in 2023 voor het eerst uitgevraagd in de MMMS.

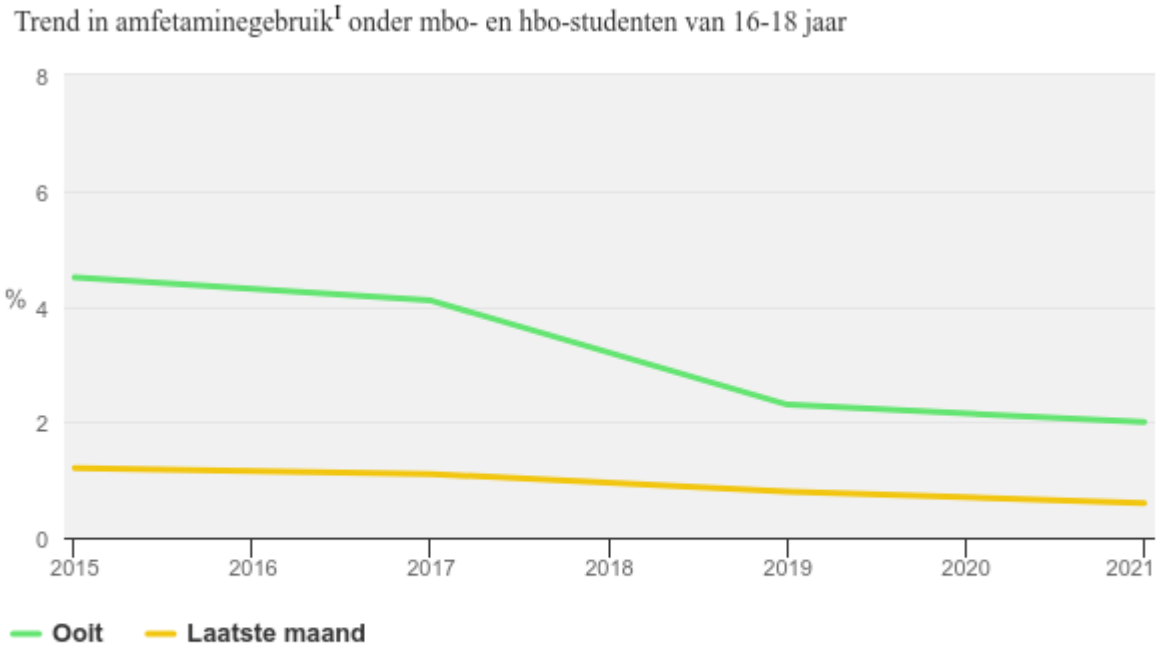
De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse mbo-scholen (bijlage B8) [8]. De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 mbo-studenten (≥ 16 jaar) van acht mbo-scholen in Amsterdam mee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

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen van deze onderzoeken. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet goed vergelijkbaar.

Studenten van het mbo en het hbo

De Middelenmonitor mbo-hbo gaf voor het amfetaminegebruik onder 16- t/m 18-jarige mbo- en hbo-studenten in 2021 het volgende beeld [1]:

- Het amfetaminegebruik onder 16- t/m 18-jarige mbo- en hbo-studenten is tussen 2015 en 2021 gedaald. Het ooitgebruik van amfetamine lag in 2021 op 2,0%. Dit percentage is sinds de eerste meting in 2015 (4,5%) gehalveerd.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Middelenmonitor mbo–hbo

NDM

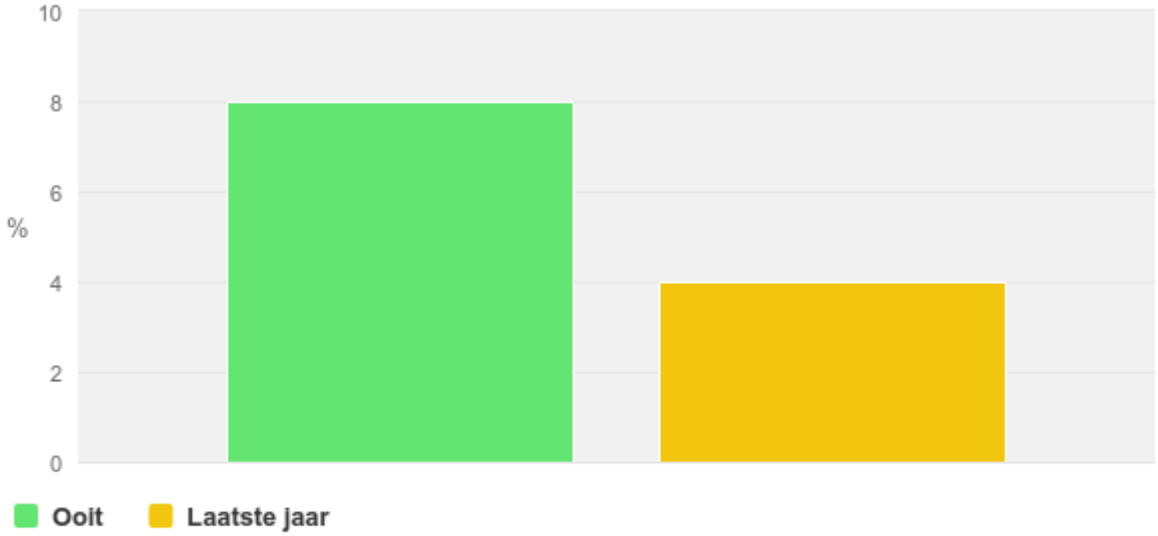
Jaar	Ooit	Laatste maand
2015	4,5	1,2
2017	4,1	1,1
2019	2,3	0,8
2021	2	0,6

Studenten van het hbo en de universiteit

Onderstaande resultaten zijn afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) [7]. Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen, zoals een laag responspercentage (6,5% in 2023) en onder-/oververtegenwoordiging van bepaalde groepen. Door weging is de data meer representatief gemaakt. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de resultaten vertekend zijn en daarmee niet representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland. De resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd. De MMMS gaf voor het amfetaminegebruik onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder in 2023 het volgende beeld:

- Eén op de dertien (8%) studenten gebruikte amfetamine ooit in het leven.
- Een kleiner deel (4%) gebruikte amfetamine in het afgelopen jaar.

Amfetaminegebruik[I] onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder. Peiljaar 2023



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar.
Bron: Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs, 2023

NDM

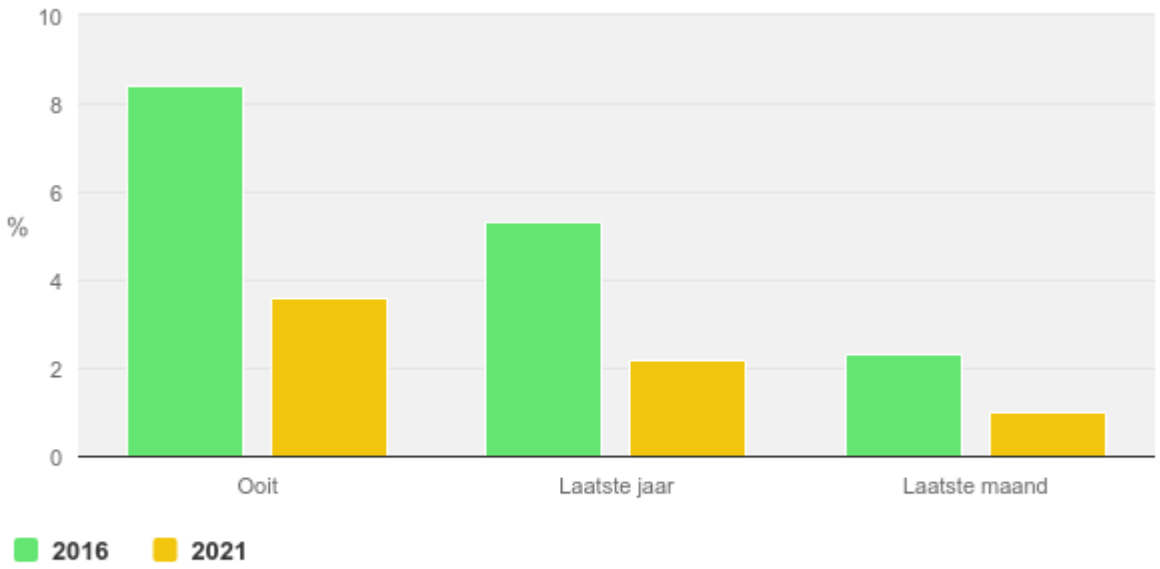
	Ooit	Laatste jaar
2023	8	4

Mbo-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het amfetaminegebruik 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.

- Minder dan een op de twintig mbo-studenten in Amsterdam had ervaring met amfetamine (3,6%).
- Slechts een op de vijftig mbo-studenten in Amsterdam gaf in 2021 aan in de laatste 12 maanden amfetamine gebruikt te hebben (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 naar 2,2% in 2021.

Amfetaminegebruik[I] onder mbo-studenten in Amsterdam van 16 jaar en ouder



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Monitor Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
Ooit	8,4	3,6
Laatste jaar	5,3	2,2
Laatste maand	2,3	1

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. 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. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.
8. 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, 3-MMC en cocaïne.

Gegevensbronnen

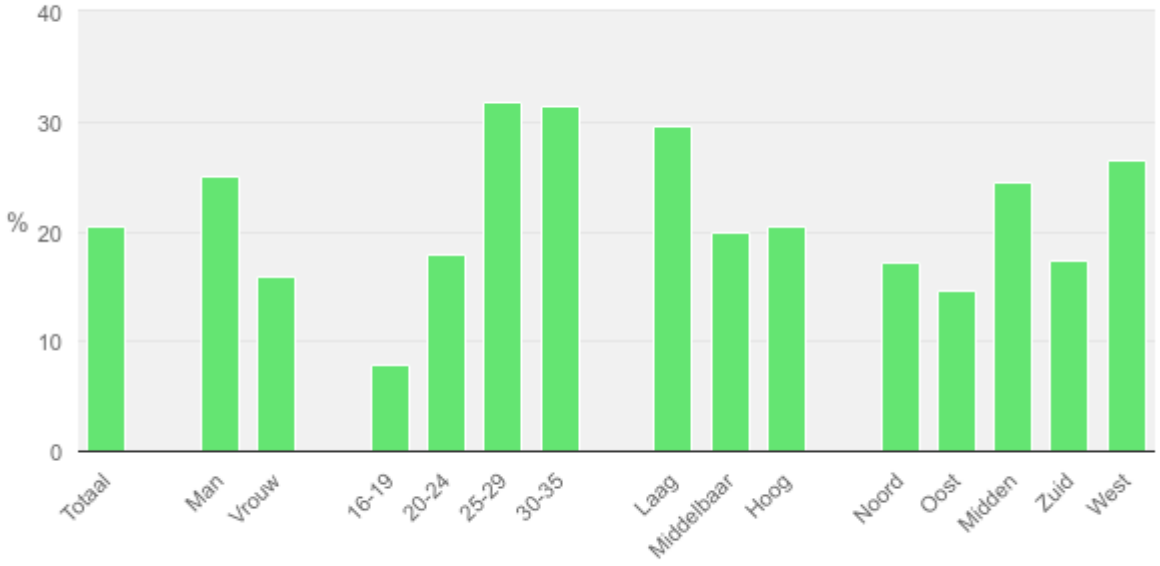
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16 t/m 35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over een eventuele toe- of afname van het gebruik van amfetamine in het uitgaansleven (zie bijlage B2).

Uitgaanders in Nederland

Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16 t/m 35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- In 2023 had een derde van de uitgaanders (33,0%) ooit amfetamine gebruikt en 20,5% in het laatste jaar.
- Het laatste-jaar-gebruik van amfetamine is in 2023 (20,5%) iets lager dan in 2020 (22,7%). Deze trendgegevens moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd (zie Gegevensbronnen).
- Het laatste-jaar-gebruik van amfetamine is onder de uitgaanders duidelijk hoger dan onder leeftijdsgenoten (15 t/m 34 jaar) in de algemene bevolking (3,2%).
- Het laatste-jaar-gebruik is hoger onder mannen dan vrouwen en onder de oudere (25 t/m 35 jaar) dan de jongere leeftijdsgroep (16 t/m 24 jaar). Ook is het percentage gebruikers hoger onder laag- dan middelbaar- en hoogopgeleiden. Daarnaast zijn er regionale verschillen met de hoogste percentages laatste-jaar-gebruikers in de regio's Midden en West.
- De meeste laatste-jaar-gebruikers gebruikten incidenteel: 26,9% had éénmaal amfetamine gebruikt in het afgelopen jaar en 55,0% minder dan maandelijks. Amfetamine werd door 9,3% maandelijks gebruikt en 8,8% gebruikte een paar keer per maand of vaker.

Amfetaminegebruik[I] onder uitgaanders van 16-35 jaar, naar geslacht, leeftijd, opleiding en regio. Peiljaar 2023



I. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

	Laatste jaar
Totaal	20,5
Man	25,1
Vrouw	15,8
16-19	7,9
20-24	17,9
25-29	31,7

	Laatste jaar
30-35	31,4
Laag	29,5
Middelbaar	19,9
Hoog	20,4
Noord	17,1
Oost	14,6
Midden	24,4
Zuid	17,3
West	26,4

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

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 (slammen) 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, methamfetamine, 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 aan slammen had gedaan [11].
- In de zomer van 2020 startte Stichting Mainline een onderzoek naar 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 zich in bepaalde beperkte kringen (met name door MSM) 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.

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 dit jaar voor het eerst onderzocht, maar in dit onderzoek is amfetaminegebruik bij hen niet uitgevraagd. In het landelijk EXPLORE onderzoek zijn in 2020 ook gegevens over amfetaminegebruik onder jongeren (12 t/m 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 t/m 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 het landelijk EXPLORE onderzoek 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 dit jaar voor het eerst onderzocht, maar in dit onderzoek is amfetaminegebruik bij hen 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%).
- 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. Een verklaring voor dit verschil wordt niet gegeven.

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).

- Bijna 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 amfetaminegebruik onder jongeren (12 t/m 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 t/m 19 jaar oud (87%), de rest was 15 of tussen de 20 en 28 jaar.

- In 2012 had 4.1% van de jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam ooit amfetamine gebruikt. In 2019 lag dit percentage op 8,5%. In de Gooi en Vechtstreek werd in 2019 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 5 van de 19 gebruiksgroepen afgenomen, in 5 groepen 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[l]	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. l. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Bronnen: EXPLORE, Antenne Amsterdam, Antenne Gooi en Vechtstreek.

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, 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.

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

In het kort: Het gebruik van amfetamine onder volwassenen in Nederland ligt boven het Europese gemiddelde, Nederland staat zowel bij jongvolwassenen (16-34 jaar) als bij volwassenen (15-64 jaar) in de top vijf. Ook resultaten van Europees rioolwateronderzoek wijzen erop dat het gebruik in Nederland relatief hoog is.

Snel naar:

- Vergelijking tussen landen
- Rioolwateranalyses

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen 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].

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 2021 gebruikt. De cijfers van 2022 voor Nederland waren nog niet beschikbaar voor het EMCDDA.

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 stigma op drugsgebruik in Nederland mogelijk lager dan in andere landen, 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 drugs meer gestigmatiseerd is. 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 156 Europese steden [6]. Voor

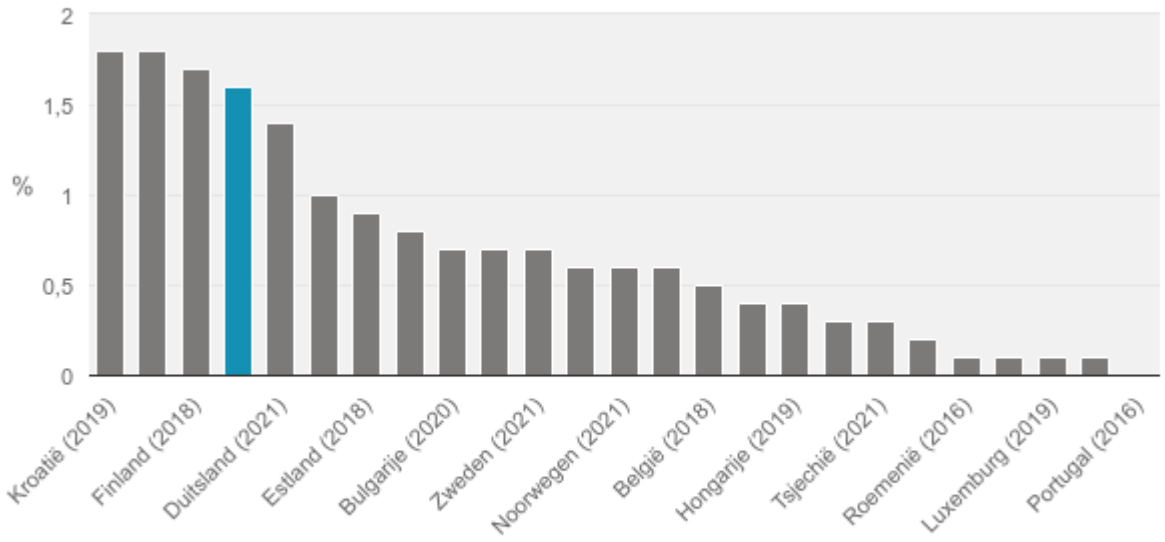
amfetamine werden gegevens verzameld in 101 steden en voor methamfetamine werden gegevens verzameld in 95 steden [6].

7.5.1 Algemene bevolking internationaal

Vergelijking tussen landen

- In 2021 had in Nederland 6,5% van de bevolking van 15-64 jaar ervaring met amfetamine. Inclusief Noorwegen en Turkije, heeft het EMCDDA gegevens over het gebruik van amfetamine gepubliceerd voor in totaal 29 landen [1]. Voor zover vergelijkbaar, komt Nederland met 6,5% ooitgebruik binnen deze 29 landen op de tweede plaats na Denemarken (7,9%) (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 29 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 [1].
- Ook het gebruik van amfetamine onder de jongvolwassenen van 15-34 jaar is in Nederland hoog vergeleken met andere EU landen. Het laatste-jaar-gebruik lag in Nederland op 2,7%. Het EU-gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik in deze leeftijdsgroep was 1,3% [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.

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



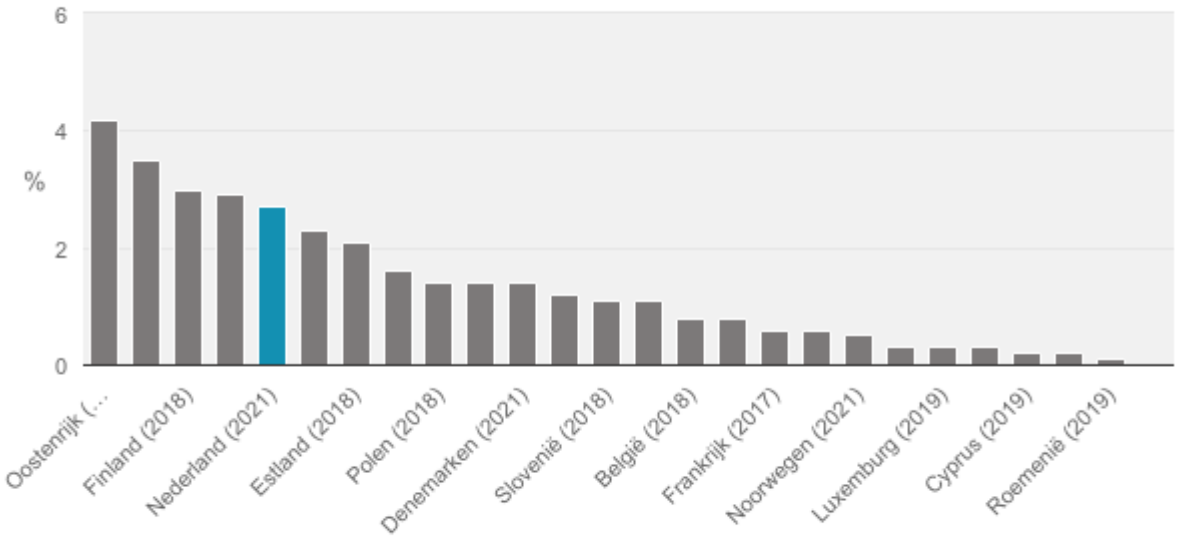
Het gebruik van amfetamine in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. I. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk, Duitsland en Hongarije: 18–64 jaar; Denemarken, Estland en Noorwegen: 16–64 jaar. Bron: European Drug Report 2023, EMCDDA.

NDM

Land	Laatste jaar (%)
Kroatië (2019)	1.8
Oostenrijk (2020)	1.8
Finland (2018)	1.7
Nederland (2021)	1.6
Duitsland (2021)	1.4
Ierland (2019)	1
Estland (2018)	0.9
Polen (2018)	0.8
Bulgarije (2020)	0.7
Denemarken (2021)	0.7
Zweden (2021)	0.7
Letland (2020)	0.6
Noorwegen (2021)	0.6
Spanje (2022)	0.6
België (2018)	0.5
Slovenië (2018)	0.4
Hongarije (2019)	0.4

Land	Laatste jaar (%)
Frankrijk (2017)	0.3
Tsjechië (2021)	0.3
Litouwen (2021)	0.2
Roemenië (2016)	0.1
Italië (2017)	0.1
Luxemburg (2019)	0.1
Slowakije (2019)	0.1
Portugal (2016)	

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, Duitsland 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 (%)
Oostenrijk (2020)	4,2
Kroatië (2019)	3,5
Finland (2018)	3,0
Duitsland (2021)	2,9
Nederland (2021)	2,7
Ierland (2019)	2,3
Estland (2018)	2,1
Zweden (2021)	1,6

Land	Laatste jaar (%)
Polen (2018)	1,4
Bulgarije (2020)	1,4
Denemarken (2021)	1,4
Letland (2020)	1,2
Slovenië (2018)	1,1
Spanje (2022)	1,1
België (2018)	0,8
Hongarije (2019)	0,8
Frankrijk (2017)	0,6
Litouwen (2021)	0,6
Noorwegen (2021)	0,5
Italië (2017)	0,3
Luxemburg (2019)	0,3
Tsjechië (2021)	0,3
Cyprus (2019)	0,2
Slowakije (2019)	0,2
Roemenië (2019)	0,1

Land	Laatste jaar (%)
Portugal (2016)	0,0

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	2021	6,5	1,6	0,5	9,1	2,7	0,7
Duitsland	2021	6,1	1,4	0,7	7,9	2,9	1,3
Oostenrijk	2020	5,1	1,8	0,2	9,2	4,2	0,4
Ierland	2019	4,8	1,0	0,3	5,6	2,3	0,7
Finland	2018	4,7	1,7	0,6	6,9	3,0	0,7
Spanje	2022	4,6	0,6	0,2	4,2	1,1	0,4
Zweden	2021	-	0,7	0,2	-	1,6	0,4
Noorwegen	2021	3,7	0,6	-	3,9	0,5	-
België	2018	-	0,5	-	-	0,8	-
Italië	2017	2,4	0,1	0,0	1,9	0,3	0,0
Frankrijk	2017	2,2	0,3	-	3,1	0,6	-
Portugal	2016◥	0,4	0,0	0,0	0,4	0,0	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 (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.

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]	2021	18 en ouder	6,6	1,0	0,6
		12 en ouder	6,0	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, in het laatste jaar en in de laatste maand. 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 Australïe, 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.

Rioolwateranalyses

In 2022 analyseerde het EMCDDA gegevens van rioolwateranalyses uit 156 Europese steden [6]. Voor amfetamine werden gegevens verzameld in 101 steden en voor methamfetamine werden gegevens verzameld in 95 steden.

- Voor amfetamine werd in 2022 gevonden dat van de 101 Europese steden met gegevens over amfetamine de stad Gävle in Zweden bovenaan stond. In Gävle lag de gemiddelde dagelijkse load amfetamine op 873,35 mg per 1.000 inwoners. Utrecht stond op de zesde plaats met een load van 221,78 mg per 1.000 inwoners. Amsterdam stond op de vijftiende plaats met een load van 148,8 mg per 1.000 inwoners [6].
- Voor methamfetamine werd gevonden dat van de 95 Europese steden met gegevens over methamfetamine de stad Ostrava in Tsjechië op de eerste plaats stond met een gemiddelde dagelijkse load methamfetamine van 914,7 mg per 1.000 inwoners. Amsterdam stond op de 18e plaats met een load van 39,96 mg per 1.000 inwoners. Utrecht stond op de 51e plaats met

een load van 6,86 mg per 1.000 inwoners.

- Voor amfetamine vertonen de Nederlandse steden een stijgende trend. In Utrecht steeg de hoeveelheid aangetroffen amfetamine van 74,89 mg in 2017 naar 221,78 mg in 2022. In Amsterdam steeg de gemiddelde dagelijkse load amfetamine van 123,29 mg in 2017 naar 148,8 mg in 2022 [6].
- Ook voor methamfetamine vertonen de Nederlandse steden een stijgende trend. Tussen 2012 en 2021 steeg in Amsterdam de load voor methamfetamine van 6,41 naar 39,96 en in Utrecht van 1,40 naar 6,86 mg per 1.000 inwoners.

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
2. SAMHSA. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2022.
3. SAMHSA. Results from the 2021 National Suvey on Drug Use and Health: Detailed Tables [Internet]. 2022. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-detailed-tables
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 multicity study: Page last updated: 22 March 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

7.5.2 Jongeren internationaal

In het kort: Het gebruik van amfetamine en methamfetamine onder de Nederlandse jongeren ligt ongeveer op het Europese gemiddelde.

Gegevensbronnen

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 [1–5]. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats. 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 afgerond op hele getallen. Bij het interpreteren van de trendgegevens dient hiermee rekening te worden gehouden.

Onderstaande tabel toont het gebruik van amfetamine in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde wel vergelijkbaar onderzoek uit.

Het gebruik van amfetamine onder de Nederlandse jongeren ligt in 2019 ongeveer op het gemiddelde van de deelnemende ESPAD landen.

- Van de in de tabel hieronder 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).

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

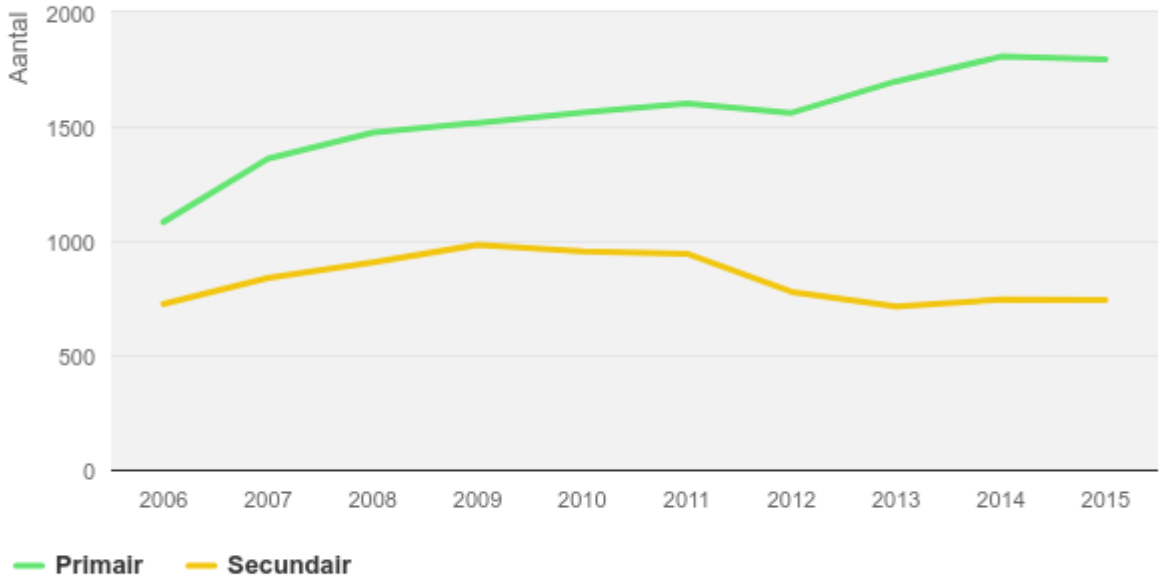
Problemen gerelateerd aan het gebruik van amfetamine worden onder andere gezien en behandeld in de verslavingszorg en in de algemene ziekenhuizen. De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat een schatting van het aantal klinische opnames met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose. 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. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Begin 2023 is een tussenrapportage verschenen, waarin een voorlopig beeld werd geschetst van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. Hier werd geconstateerd dat de kwaliteit van de aanleveringen voor verbetering vatbaar was. Begin 2024 is een verbeterde versie van de Kerncijfers over de jaren 2017-2022 verschenen, waarin de eerdere cijfers zijn verrijkt met andere bronnen. Deze gegevens worden, na aanvullende analyses, 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

Jaar	Primair	Secundair
2006	1082	724
2007	1360	838
2008	1473	906
2009	1516	982
2010	1562	954
2011	1601	944
2012	1560	777
2013	1698	712

Jaar	Primair	Secundair
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 evenveel effect had als zes maanden intramurale groepstherapie aangevuld met een nieuwe vorm van groepstherapie die inhoudelijk speciaal was gericht op methamfetamine [6].

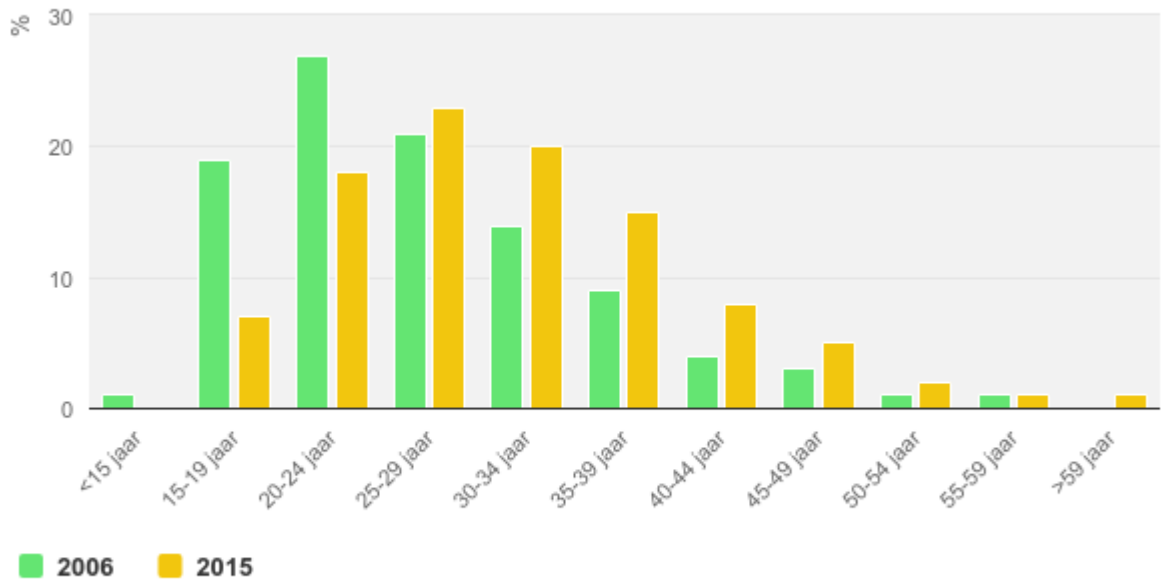
Verslavingszorg in 2015

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.
- 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 middelenproblematiek 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

Leeftijd	2006	2015
<15 jaar	1	

Leeftijd	2006	2015
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 t/m 29 jaar; in 2006 lag de piek in de leeftijdsgroep 20 t/m 24 jaar.
- 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).

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

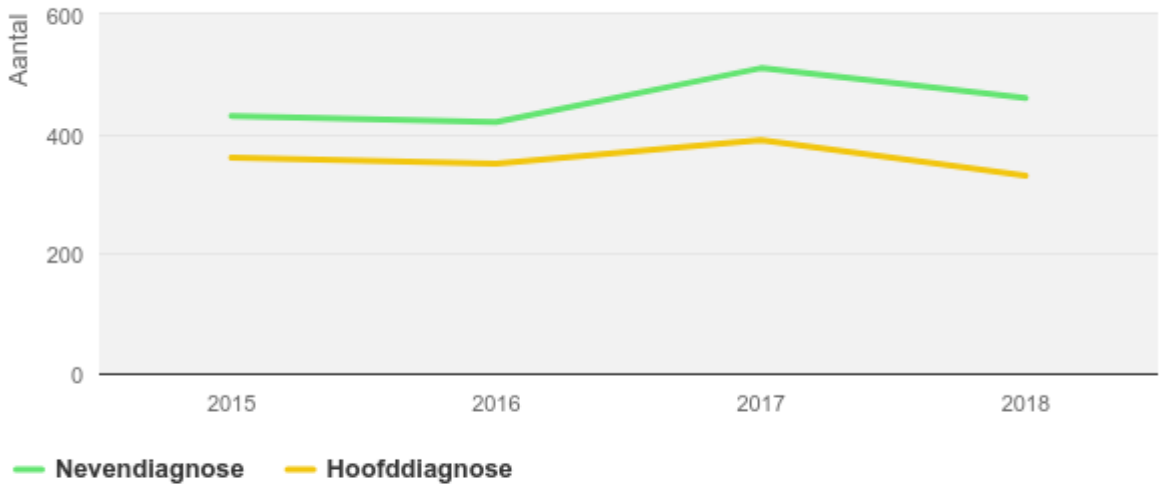
7.6.2 Algemene ziekenhuizen

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. Behalve om amfetamine gaat het bij de psychostimulantia ook om andere stimulerende middelen 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.

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).

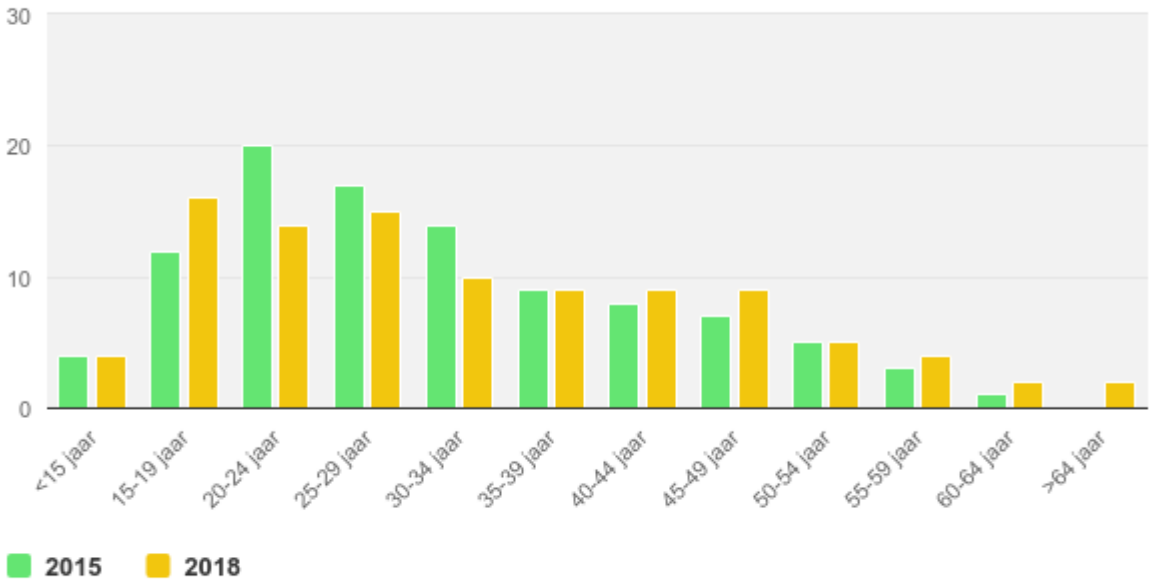
NDM

Jaar	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2015	430	360

Jaar	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
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. 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
45-49 jaar	7	9
50-54 jaar	5	5
55-59 jaar	3	4
60-64 jaar	1	2
>64 jaar		2

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: Amfetamine-incidenten zijn merendeels mengintoxicaties met andere (uitgaans)drugs. Amfetamine behoort (samen met cannabis, MDMA, cocaïne en GHB) tot de drugs (exclusief NPS) met de meeste telefonische informatieverzoeken bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC).

Snel naar:

- Drugsgerelateerde incidenten
- Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

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]. In 2022 droegen 18 diensten actief bij aan de registratie: drie ambulancediensten, zeven SEH-afdelingen en vijf afdelingen forensische geneeskunde. 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 hulpverleners over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen [2]. Het NVIC is onderdeel van de Divisie Vitale Functies van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en is telefonisch te raadplegen via de 24-uursinformatietelefoon. De meeste drugsgerelateerde telefonische informatieverzoeken hebben betrekking op een patiënt die in aanraking is gekomen met een middel: een blootstelling. Een blootstelling leidt niet per definitie tot vergiftigingsverschijnselen, het gaat dus om een mogelijke/potentiële vergiftiging. Naast de mogelijkheid om het NVIC telefonisch te raadplegen, kunnen hulpverleners via de website www.vergiftigingen.info/ toxicologische informatie opvragen voor bijvoorbeeld een risicoanalyse om de ernst van een blootstelling te berekenen, of om rechtstreeks stofmonografieën en therapieteksten te raadplegen (zonder uitvoering van een risicoanalyse). De website kan worden geraadpleegd bij een daadwerkelijke blootstelling van een patiënt, maar ook ter oriëntatie of bijscholing.

Bij alle bronnen worden intoxicaties vrijwel nooit analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Drugsgerelateerde incidenten

In 2022 werden in totaal 6.411 drugsincidenten geregistreerd [1]. Het gebruik van amfetamine werd bij 532 (9%) van de incidenten gemeld, waarvan 32% als enige gebruikte drug (monogebruik) met of

zonder alcohol. Bij de overige incidenten was amfetamine in combinatie met één of meer andere drugs gebruikt, meestal met ecstasy, GHB, cocaïne, 3/4-MMC en/of ketamine. Amfetamine-incidenten zijn dus merendeels mengintoxicaties met andere (uitgaans)drugs.

- In 2022 werd 18% van de geregistreerde incidenten met amfetamine als enige drug gemeld door ambulancediensten, 12% door MDI-ziekenhuizen, 26% door LIS-ziekenhuizen, 31% door EHBO-diensten en 14% door forensisch artsen.
- De bijdrage van amfetamine aan het totaal aantal gemelde incidenten bij de monitor drugsincidenten schommelt relatief sterk tussen 2018 en 2022 bij EHBO-diensten en in mindere mate bij de overige medische diensten. Gemiddeld lag het aandeel amfetamine-intoxicaties en amfetamine-mengintoxicaties in deze periode tussen 9% (MDI-ziekenhuizen) en 11% (LIS-ziekenhuizen).
- Incidenten die worden geregistreerd bij de MDI worden ingedeeld naar de mate van intoxicatie (licht, matig of ernstig). In 2022 was ongeveer een kwart van de patiënten die werden behandeld door ambulancepersoneel ernstig onder invloed na het gebruik van amfetamine (wanneer gebruikt als enige drug). Bij deze patiënten was vaak sprake van een verhoogde hartslag, verhoogde bloeddruk, agitatie en agressie en psychotische klachten. Amfetamine-patiënten die op EHBO-posten werden behandeld waren doorgaans minder zwaar onder invloed. Lichte intoxicaties worden voornamelijk gekenmerkt door een verhoogde hartslag, angst, pijn op de borst en hartkloppingen.
- In 2022 was de mediane leeftijd van patiënten met een amfetamine-intoxicatie 30 jaar. Ter vergelijking, de mediane leeftijd van patiënten die werden gezien met een cocaïne-intoxicatie bedroeg 32 jaar en met een ecstasy-intoxicatie 23 jaar.
- De MDI registreert ook incidenten met methamfetamine, al is het aantal gemelde incidenten met methamfetamine gering. In 2022 werden voor het eerst incidenten met methamfetamine op feesten gemeld, al bleef het aandeel op het totaal aantal intoxicaties ook hier zeer beperkt.

Incidenten met amfetamine als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2022

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	31	20	45	24	54
% van het totaal aantal drugsincidenten met amfetamine (n=174)	18%	12%	26%	14%	31%
% van het totaal aantal drugsincidenten binnen de dienst	3%	2%	4%	2%	2%
Man*	70%	75%	62%	96%	71%
Leeftijd: <25 jaar*	26%	20%	38%	4%	41%
Ook alcohol gebruikt*	79%	56%	36%	24%	30%
Mate van intoxicatie*					
Licht	47%	21%	-	25%	81%
Matig	26%	7%	-	58%	6%
Ernstig	26%	71%	-	17%	14%

* Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. Mate van intoxicatie: Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. 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

Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [2]. De hieronder genoemde gegevens betreffen enkel informatieverzoeken, dit geeft geen informatie over

het daadwerkelijke aantal amfetamineblootstellingen of -vergiftigingen. Ook de mate waarin de hulpverleners kennis hebben (opgebouwd) over het middel zal van invloed zijn op het aantal informatieverzoeken. Bij het interpreteren van trendgegevens moet hier rekening mee worden gehouden. Daarnaast bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute vergiftigingen.

- In 2022 waren er 115 telefonisch telefonische informatieverzoeken voor amfetamine. Dit is lager dan de telefonische informatieverzoeken voor cocaïne (189), ecstasy (203), of cannabis (275), maar hoger dan voor ketamine (79) of GHB (88).
- Op de website www.vergiftigingen.info waren in 2022 voor amfetamine 445 online raadplegingen. Amfetamine stond hier in de categorie drugs (exclusief NPS) op de derde plaats, na MDMA en cocaïne. Methamfetamine stond met 92 online raadplegingen op de negende plaats.
- Het NVIC ontvangt daarnaast elk jaar meldingen over (ernstige) gezondheidseffecten na het gebruik van het illegale afslankmiddel Lomax. Lomax capsules kunnen (meth)amfetamine bevatten, bleek uit eerdere analyses. Er werd bij twee Nederlandse vrouwen een hersenbloeding gerapporteerd na het gebruik van Lomax [4,5].
- In 2022 was er een (lichte) stijging in het aantal telefonisch gemelde blootstellingen en online risicoanalyses voor amfetamine vergeleken met 2020 en 2021. Ook het aantal online raadplegingen steeg tussen 2020 en 2022. Het is niet duidelijk wat deze stijging betekent. Gegevens uit andere monitors (zoals de Gezondheidsenquête, MDI en LADIS) wijzen niet op een duidelijke toename in amfetaminegebruik of daaraan gerelateerde hulpvraag.

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor Drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Trimbos-insituut en VeiligheidNL; 2024.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2022: NVIC Rapport 01/2023. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2023.
3. Roelen CCJ, van Riel A, de Vries I. Serious health problems after use of a dietary supplement for weight-loss and sports enhancement. Vol. 52, Clinical toxicology (Philadelphia, Pa.). 2014. p. 78–79.
4. Lareb B. Opnieuw waarschuwing voor illegale afslankpil Iomax [Internet]. 2023. Available from: https://www.lareb.nl/news/opnieuw-waarschuwing-voor-illegale-afslankpil-iomax#:sim:text=In 2021 en 2022 ontving,ontstaan door een verhoogde bloeddruk.
5. AD. Nog een hersenbloeding door gevaarlijk illegaal afslankmiddel Iomax [Internet]. 2023. Available from: https://www.ad.nl/gezond/nog-een-hersenbloeding-door-gevaarlijk-illegaal-afslankmiddel-iomaxsimace5fe63/#:sim:text=textcopyright NVWA-,Nog een hersenbloeding door gevaarlijk illegaal afslankmiddel Iomax,slikken van de gevaarlijke pillen.&text=Het is al jaren bekend,kan hebben voor de gezondheid

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 (zie § 6.7) [3].
- 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]. Door lang te feesten en nachten door te halen met behulp van (meth)amfetamine kan de weerstand kan verminderen [8]. Gebruikers kunnen daardoor sneller een infectie oplopen, bijvoorbeeld met het coronavirus. Bovendien lopen zij het risico minder goed te herstellen van infecties.
- 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].

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 2022 registreerde de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS 10 sterfgevallen door het gebruik van psychostimulantia, waarbij onbekend is in hoeverre het ging om amfetamine, ecstasy of andere stimulerende middelen.

Snel naar:

- Doodsoorzakenstatistiek van het CBS
- Andere landen

Gegevensbronnen

Het precieze aantal sterfgevallen door het gebruik van amfetamine is niet bekend. Er bestaat nog geen landelijke of verplichte registratie specifiek voor drugsgerelateerde sterfgevallen. Sterfgevallen na amfetaminegebruik in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS worden onder dezelfde code geregistreerd als andere stimulerende middelen, zoals ecstasy, cafeïne, efedrine en khat. De op deze pagina gepresenteerde cijfers uit de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS betreffen dezelfde sterfgevallen als die worden beschreven in § 6.7.2 over de sterfte door ecstasy. 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.

Doodsoorzakenstatistiek van het CBS

- In 2022 werden 10 sterftegevallen geregistreerd onder de psychostimulantia, in 2021 waren dit 11 gevallen. Deze cijfers betreffen dezelfde sterfgevallen als die worden beschreven in § 6.7.2 over de sterfte door ecstasy.
- Tussen 2013 en 2022 varieerde het aantal sterfgevallen gerelateerd aan psychostimulantia tussen 4 en 28 gevallen per jaar. Het gemiddelde lag op 10 gevallen per jaar.
- Tussen 2013 en 2022 waren er in totaal 101 sterfgevallen gerelateerd aan psychostimulantia. Hierbij ging het in 70% van de gevallen om accidentele vergiftiging, in 25% van de gevallen om suïcide, was in 4% van de gevallen de intentie onbekend en in 1% van de gevallen ging het om psychische stoornissen en gedragsstoornissen.

Andere landen

- Amfetamine speelt ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn [1]. Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) noemt voor 2021 in totaal 687 sterfgevallen gerelateerd aan amfetamine(achtigen), waaronder ook methamfetamine, in 18 landen.
- 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 [2]. De kans op overlijden bleek onder regelmatige gebruikers van amfetamine of methamfetamine zes keer zo groot te zijn als onder de algemene bevolking.

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
2. 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

- Amfetaminemonsters ingeleverd bij testlocaties
- Samenstelling amfetaminemonsters

Gegevensbronnen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd [1]. 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 [2].

Amfetaminemonsters ingeleverd bij testlocaties

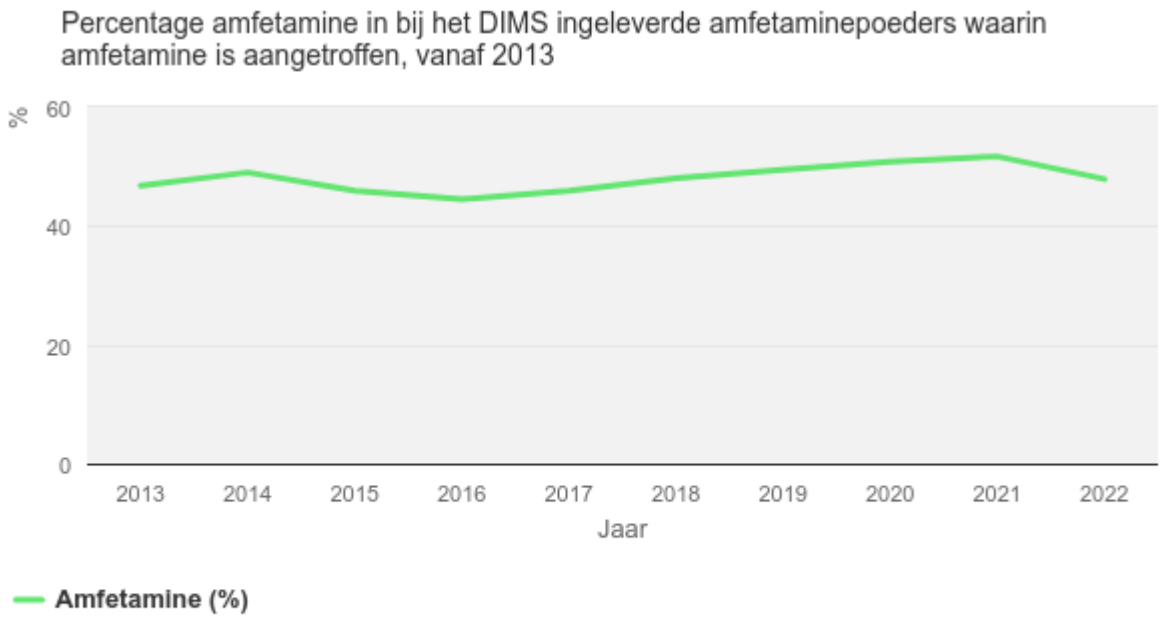
- In 2022 werden in totaal 17.929 monsters ingeleverd bij het DIMS. Iets minder dan een op de twintig (4,9%) ingeleverde monsters betrof een monster dat aangekocht was als amfetamine, het ging in totaal om 871 monsters. Daarmee ligt het aantal amfetamine-monsters wel op een hoger niveau dan in 2020 en 2021, maar nog niet op het niveau van voor de coronapandemie [1].

Samenstelling amfetaminemonsters

- In 2022 bevatte het overgrote deel (85,6%) van de amfetamine-monsters bevatte ook daadwerkelijk amfetamine. Dit is het laagste percentage sinds 2013, het percentage lag de afgelopen tien jaar meestal rond de 95%.
- In het figuur hieronder wordt de trend van het percentage amfetamine in ingeleverde amfetaminepoeders die amfetamine bevatten weergegeven. Gemeten over heel 2022 bedroeg de concentratie amfetamine gemiddeld 47,9%. De stijging van de concentratie amfetamine in ingeleverde amfetamine-monsters die in 2016 begon zette zich niet verder door.
- Vergeleken met andere Europese landen behoorde Nederland in 2020 tot de top 3 van landen met de hoogste concentratie amfetamine in amfetamine-poeders [3].

- In 2022 werden daarnaast 34 samples bij het DIMS ingeleverd die verkocht zijn als methamfetamine. De gemiddelde concentratie van methamfetamine in poeders die verkocht

zijn als methamfetamine, was met 76,1% in 2022 het hoogste percentage sinds 2018. In welke mate deze cijfers betrekking hebben op de zuiverheid van methamfetamine op de Nederlandse markt is lastig te bepalen door het relatief lage aantal monsters dat er analyse is aangeboden.



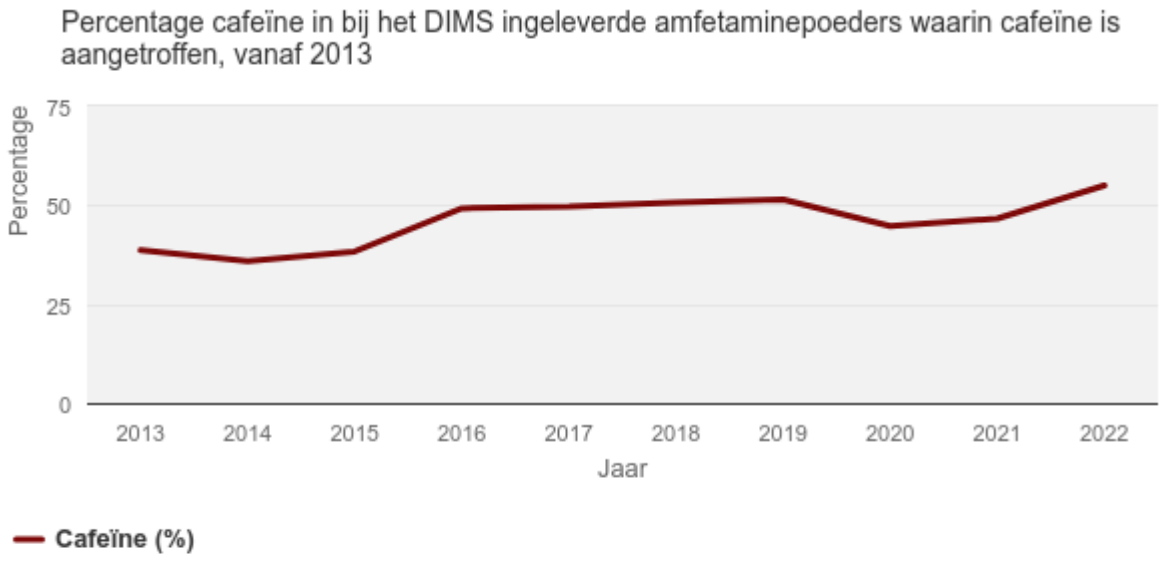
Percentage amfetamine in amfetaminepoeders die amfetamine bevatten. Amfetaminepoeders zonder amfetamine zijn niet meegerekend. Data zijn weergegeven per jaar vanaf 2013. Bron: DIMS Jaarbericht 2022, Trimbos-instituut.

NDM

Jaar	Amfetamine (%)
2013	46.8
2014	49
2015	45.9
2016	44.5
2017	45.9
2018	48
2019	49.5

Jaar	Amfetamine (%)
2020	50.8
2021	51.7
2022	47.9

- Iets meer dan de helft (53,0%) van de amfetamine-poeders die in 2022 ingeleverd werden bevat alleen amfetamine. Minder dan een derde (29,8%) van de ingeleverde amfetamine-poeders bevat behalve amfetamine ook cafeïne. Minder dan een op de zes (14,4%) bevatte helemaal geen amfetamine. De overige monsters bevatten amfetamine, cafeïne en nog een ander middel (1,9%) of amfetamine en een ander middel (0,9%).
- Als amfetamine-poeder versneden wordt met cafeïne, dan is het aandeel cafeïne aanzienlijk. In 2022 bestonden amfetamine-monsters waarin ook cafeïne aangetroffen werd, gemiddeld voor 55,0% uit cafeïne.
- Bij ingeleverde amfetamine-poeders die geen amfetamine bevatten werd meestal cafeïne aangetroffen (58%), daarnaast werd ook regelmatig methamfetamine aangetroffen (41%).



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

Jaar	Cafeïne (%)
2013	38.6
2014	35.9
2015	38.3
2016	49.2
2017	49.6
2018	50.7
2019	51.4
2020	44.7
2021	46.6
2022	55

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
2. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
3. 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

In het kort: De prijs van een gram amfetamine in Nederland was in 2022 gemiddeld €8,50, een gram methamfetamine kostte in 2019 in Amsterdam gemiddeld €80,-. De prijs van een gram amfetamine ligt als jaren op hetzelfde niveau.

Gegevensbronnen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd [1]. 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 [2].

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 amfetamine.

- Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen, betaalden in 2022 gemiddeld €8,50 per gram amfetamine. De gemiddelde prijs van amfetamine is al jaren redelijk constant [1].
- In de Europese Unie staat Nederland in de top 3 van landen waar amfetamine per gram het goedkoopste is [3].
- Methamfetamine kostte in Amsterdam in 2019 doorgaans €80,- per gram binnen een prijsrange van €60,- tot €80,- [4]. Over de prijs van methamfetamine zijn geen landelijke cijfers beschikbaar.

Prijzen (euro)[1] van amfetamine op consumentenniveau, vanaf 2013[II]

Jaar	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal monsters (n)	1.348	1.101	1.088	1.041	1.004	1.016	1.061	543	601	871
Gemiddelde (€)	7,50	7,60	7,20	8,60	7,40	7,30	7,40	8,10	7,90	8,50
Interkwartiel (€)	5-10	5-10	5-10	5-10	5-10	5-10	5-10	(5-10)	5-10	5-10

1. Prijs per gram amfetamine. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

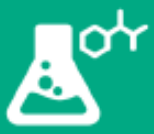
Justitiële gegevens

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.

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
2. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
3. EMCDDA. Statistical Bulletin 2022 — price, purity and potency [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/ppp_en
4. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.



NPS

8.0 Laatste feiten en trends

Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) – soms ook aangeduid als 'legal highs','research chemicals', of 'designer drugs'- zijn psychoactieve stoffen die qua werking vergelijkbaar zijn met de 'traditionele' illegale drugs en vaak worden geproduceerd om de drugswetgevingen te omzeilen. NPS vormen een heterogene groep van middelen die zeer verschillende effecten hebben.

Volwassenen

NPS-gebruik in het laatste jaar
4-FA, 2C-B en 3-MMC (2022)



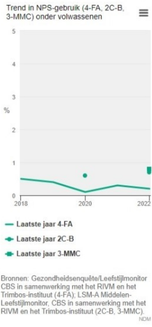
0,2% 4-FA
0,7% 2C-B
0,8% 3-MMC

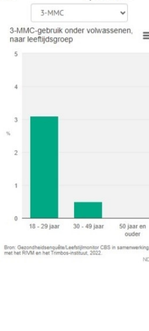


0,1% 4-FA
0,4% 2C-B
0,6% 3-MMC



0,3% 4-FA
0,9% 2C-B
0,9% 3-MMC





Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut (4-FA); LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut (2C-B, 3-MMC).
NDM

- In 2022 heeft 0,2% van de Nederlandse volwassenen in het laatste jaar 4-FA gebruikt, 0,7% gebruikte 2C-B en 0,8% gebruikte 3-MMC. Dat zijn respectievelijk 30.000 mensen die 4-FA hebben gebruikt, 90.000 die 2C-B hebben gebruikt en 110.000 mensen die 3-MMC hebben gebruikt.
- Het laatste-jaar-gebruik van 4-MMC en andere NPS (synthetische cannabis, methoxetamine, 6-APB, en andere NPS) lag in 2022 tussen 0% en 0,5%.
- Het gebruik in het laatste jaar van 4-FA nam tussen 2018 en 2020 af. Het laatste-jaar-gebruik van 2C-B in 2022 is onveranderd ten opzichte van 2020 en 2018.
- Het gebruik van 3-MMC is voor het eerst gemeten in de LSM-A van 2022. Er zijn daarom geen trendgegevens in de algemene bevolking beschikbaar voor 3-MMC. Wel wijzen verschillende indicatoren (vragenlijsten, incidenten, marktgegevens) op een toename in het gebruik van 3-MMC, in ieder geval in bepaalde (lokale) groepen in de bevolking in Nederland en in Europa.
- Meer mannen dan vrouwen gebruiken 2C-B en 3-MMC.
- Het gebruik van 2C-B en 3-MMC is het hoogst onder jongvolwassenen.
- De meerderheid van de gebruikers van 2C-B en 3-MMC gebruiken één of enkele keren per jaar, maar er is ook een relatief grote groep die ten minste maandelijks 3-MMC gebruikt.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs
15-16 jaar
laatste jaar (2019)



1,1% enige NPS

Hbo-wo-studenten
≥16 jaar
laatste jaar (2023)



6% 3-MMC
3% 4-MMC
3% 2C-B

Uitgaanders
16-35 jaar
laatste jaar (2023)



33,7% 3-MMC
16,7% 4-MMC
14,1% 2C-B

- Het laatste-jaar-gebruik van enige NPS onder 15-16-jarige scholieren van het voortgezet onderwijs is in 2019 op hetzelfde niveau gebleven als in 2015.
- De meest gebruikte NPS onder studenten zijn met name 3-MMC en 4-MMC en 2C-B. Het gebruik van andere NPS komt vermoedelijk zeer weinig voor. Onder 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten lag het ooitgebruik van (één van) deze middelen tussen 3% en 1%, minder dan 1% gebruikte in de laatste maand. Onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder lagen deze percentages in 2023 een stuk hoger: 5-8% had ervaring met (één van) deze middelen en 3-6% gebruikte in het laatste jaar.
- 3-MMC is de meest gebruikte NPS en de op twee na meest gebruikte drug (na ecstasy en cannabis) onder uitgaanders. Het NPS-gebruik (3-MMC, 4-MMC, 2C-B en 4-FA) is hoger onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen dan onder leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. Het gebruik van 3-MMC en 4-MMC is in 2023 fors toegenomen. Een op de twintig gebruikers neemt wekelijks 3-MMC, alleen bij cannabis is het percentage wekelijkse gebruikers hoger. 3-MMC wordt voornamelijk in poeder- of kristalvorm gesnoven.

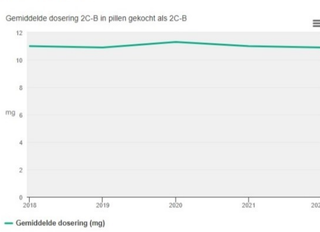
Internationale vergelijking

- Het gebruik van synthetische cannabinoïden is in Nederland erg laag in vergelijking met andere landen. Voor andere NPS zijn er geen gebruikscijfers beschikbaar op Europees niveau.
- Het percentage Nederlandse scholieren dat ooit en in het laatste jaar NPS heeft gebruikt ligt onder het Europese gemiddelde. 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.

Hulpvraag en incidenten

- 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.
- Het aantal meldingen bij de MDI van incidenten met 3- of 4-MMC neemt sinds 2018 jaar-op-jaar sterk toe. De incidenten betroffen vaak mensen van begin twintig die ook onder invloed waren van alcohol en/of andere drugs. Veelvoorkomende ernstige complicaties zijn bewusteloosheid en insulten. De plaatsing op de Opiumlijst in oktober 2021 heeft niet tot een afname in incidenten met 3/4-MMC in 2022 geleid. Intoxicaties met andere NPS kwamen bij de MDI weinig voor. Wel valt op dat het aantal gemelde intoxicaties met designer benzodiazepines gestaag toeneemt. Ook bij het NVIC is er de afgelopen jaren een flinke toename van het aantal telefonische informatievroeken voor 3-/4-MMC en andere synthetische cathinonen (223 blootstellingen). Ook het aantal telefonische informatievroeken voor designer- en niet-gereglstreerde benzodiazepinen neemt toe bij het NVIC.

Aanbod en markt



Bron: Drugs Informatie en Monitoring Systeem

NDM

- In 2022 was de hallucinogene drug 2C-B (samen met cocaïne en speed) het tweede meest geteste middel bij het DIMS, na MDMA (in pil of kristalvorm). De meest voorkomende "actuele" NPS zijn 3-MMC en 4-MMC.
- In 2022 bevatte 90,0% van de als 2C-B verkochte monsters daadwerkelijk de stof 2C-B. De dosering 2C-B die in tabletten aanwezig is ligt al jaren rond de 11 milligram per tablet.
- Een pil 2C-B kostte in 2022 gemiddeld 4,60 euro. De gemiddelde prijs voor een pil 2C-B is al jaren stabiel. De gemiddelde prijs voor een gram 3-/4-MMC of een pil 4-FA is toegenomen, mogelijk komt dit door het verbod op deze middelen.

8.1 Over NPS

8.1.1 Over NPS

Definitie Nieuwe Psychoactieve Stoffen

‘Nieuwe Psychoactieve Stoffen’ (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]. De definitie van wat als NPS wordt beschouw, kan variëren afhankelijk van de context en de tijd. Zo kunnen sommige stoffen die in het verleden werden aangemerkt als NPS, maar die later internationaal zijn gereguleerd (bijvoorbeeld 4-MMC/mefedron), in sommige contexten nog steeds als NPS worden aangeduid.

Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) gebruikt een ruime definitie: ‘alle psychoactieve stoffen die niet onder het regime van een van de verdragen van de VN vallen’. In de NDM wordt de NPS-definitie van het Meldpunt Nieuwe Drugs (MND) gehanteerd. NPS zijn volgens deze definitie synthetische stoffen met een psychoactieve werking die pas de laatste decennia voor het eerst op de drugsmarkt worden aangetroffen of stoffen die – na enkele decennia afwezigheid – opnieuw op de drugsmarkt verschijnen.

NPS-groepen

Vanwege het grote aantal stoffen dat kan worden gecategoriseerd als NPS, de chemische diversiteit en de snelheid waarmee ze op de markt verschijnen, is het monitoren van deze stoffen lastig.

De pagina's over NPS in de NDM vatten 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). Aangezien de term NPS een breed scala aan middelen aanduidt, loopt ook de werking uiteen [3].

NPS indeling met in Nederland voorkomende voorbeelden

Stofgroep	Kenmerk	Voorbeelden
Fenylethylaminen	Lijken wat betreft structuur en werking op MDMA (ecstasy) en amfetamine.	2C-I[I], 4-FMA, 4-FA[I], 6-APB, 25I-NBOMe[I], DOC[I]
Cathinonen	Zijn chemisch verwant aan cathinon, één van de actieve stoffen in de plant qat.	4-MMC[I], 3-MMC[II], 4-MEC[I], α-PVP[I], 3-CMC[I], eutylon[I]
Nieuwe benzodiazepinen	Stoffen die worden verkocht als 'legale' vervangers voor benzodiazepinen die alleen op voorschrift verkrijgbaar zijn, zoals diazepam, oxazepam en alprazolam.	etizolam[II], flualprazolam[I], bromazolam
Synthetische cannabinoïden	Hebben een soortgelijke werking als THC.	JWH-018[I], 5F-APINACA[I], MDMB-4en-PINACA[I]
Synthetische opioïden	Stoffen met een sterk verdovende pijnstillende werking die recentelijk op de illegale drugsmarkt zijn verschenen.	U-47700[I], carfentanil[I], isotonitazeen[I]
Indolalkaloïden (tryptaminen)	Psychedelica waarvan de structuur lijkt op serotonine en waarvan de chemische structuur een tryptamine-groep (2-(3-indolyl)ethylamine) bevat.	5-MeO-DMT, 4-HO-MET, 1P-LSD
Arylcyclohexylaminen	Stoffen die een chemische structuur hebben die bestaat uit een cyclohexylamine met een arylgroep.	methoxetamine[I], 2-fluorodeschloroketamine
Overige: piperazinen, pyrrolidinen, planten en extracten, andere stoffen	Stoffen die vallen onder andere categorieën.	mCPP, kratom, fenibut

I. Lijst I van de Opiumwet. II. Lijst II van de Opiumwet.

Situatie: januari 2024

Gebruikspatronen en gezondheidsrisico’s

Soms worden NPS bewust gebruikt ('drug of choice') 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 [4].

Gebruikersgroepen en motieven voor gebruik

Aanvankelijk waren de gebruikers van NPS een kleine en specifieke groep mensen die op zoek waren naar nieuwe ervaringen en effecten (ook wel ‘psychonauten’ genoemd). Vanwege de toegenomen diversiteit van NPS, bestaan de gebruikersgroepen tegenwoordig uit een breed scala aan mensen, waaronder recreatieve gebruikers. Vanwege de relatief lage kosten en de hoge potentie worden NPS ook steeds meer gebruikt door gemarginaliseerde groepen, zoals daklozen, mannen die seks hebben met mannen en injecterende drugsgebruikers. Bovendien zijn NPS moeilijk te detecteren en te identificeren bij routinematige urinetests, waardoor deze stoffen ook worden gebruikt door mensen die regelmatig worden onderworpen aan drugstestprocedures (zoals mensen in detentie, mensen in behandeling of mensen die onderworpen worden aan drugstests op het werk) [6].

Er zijn verschillende (interne en externe) motieven te onderscheiden voor het gebruik van NPS [5]. Plezier, energie/prestatie, nieuwsgierigheid, sociale verbondenheid en geestverruiming/creativiteit vallen onder de zogeheten positieve interne motivaties. Een negatieve interne motivatie voor NPS-gebruik is gebruik vanwege afhankelijkheid (problematisch gebruik), om bijvoorbeeld normaal te kunnen functioneren of als coping-mechanisme. Als externe motivaties worden gebruiksgemak (o.a. lage prijs, beschikbaarheid, legale status) en sterkere of specifieke effecten van het middel genoemd.

Motieven voor NPS-gebruik verschillen tussen gebruikers en soorten NPS [7].

- 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.)

EU-wetgeving

In november 2018 is de nieuwe EU-wetgeving in werking getreden voor de uitwisseling van informatie, het systeem voor vroegtijdige waarschuwing ('Early Warning System'), en de risicobeoordelingsprocedure inzake NPS [8]. 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.

Early Warning System

Eind 2022 stonden ongeveer 930 NPS geregistreerd in het Early Warning System van het EMCDDA, waarvan 41 NPS voor het eerst in 2022 werden gemeld [9]. 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 [10]. In 2022 werden er in Nederland in

totaal 122 verschillende stoffen gemeld door het Meldpunt Nieuwe Drugs [11].

Risicobeoordelingen

Tot en met maart 2022 zijn er 36 risicobeoordelingen uitgevoerd op Europees niveau [12]. Risicobeoordelingen worden ook uitgevoerd door de WHO Expert Committee on Drug Dependence [13] 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 of II van de Nederlandse Opiumwet geplaatst (zie bovenstaande tabel). In 2021 zijn onder andere 3-MMC en etizolam op lijst II van de Opiumwet geplaatst en MDMB-4en-PINACA en isotonitazeen zijn geplaatst op lijst I van de Opiumwet. Daarnaast is in 2023 ook 3-CMC toegevoegd aan lijst I van de Opiumwet.

Generieke NPS-wetgeving

Sinds 2010 kiezen steeds meer landen voor een generieke NPS-wetgeving. Zo hebben in Europa onder andere Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland [14] 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.

Stofgroepenverbod

De Nederlandse regering heeft in april 2019 aangekondigd een nieuw stofgroepenverbod voor NPS te willen invoeren. Met deze wetgeving zouden een drietal stofgroepen verboden worden (lees meer over NPS-wetgeving op deze pagina). Met dit wetsvoorstel wordt voorgesteld de Opiumwet te wijzigen door een lijst IA toe te voegen aan de bestaande lijsten I en II. Deze lijst IA bevat een drietal stofgroepen waarvan de chemische structuur is afgeleid van meerdere substanties met een psychoactieve werking die op lijst I van de Opiumwet staan vermeld:

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.

Op 16 januari 2024 heeft de Tweede Kamer het wetsvoorstel aangenomen. Het wetvoorstel zal hierna worden behandeld door de Eerste Kamer. Verwachting is dat de wetgeving in de zomer van 2024 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) [15]. Of het gebruik van NPS door het stofgroepenverbod 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 [15]. 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 [15–17]. Het is nog niet zeker wat de precieze

effecten van het stofgroepenverbod voor Nederland zullen zijn.

Lees meer over de nieuwe wet voor NPS in de blog van het Trimbos-instituut.

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. Koning R, Niesink R. Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS): niets nieuws onder de zon. Vol. 9, Verslaving. 2013. p. 47–59.
4. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
5. Simonis S, Canfyn M, Van Dijck A, Van Havere T, Deconinck E, Blanckaert P, et al. Awareness of users and motivational factors for using new psychoactive substances in Belgium. Vol. 17, Harm Reduction Journal. 2020. p. 52.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
10. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
11. Smit-Rigter L, Oomen P, Stegemann L, Van Der Gouwe D. Meldpunt Nieuwe Drugs (MND): Jaarrapportage 2022 [Internet]. Trimbos-instituut; 2023. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/11/AF2130-Jaarrapportage-MND-2022.pdf
12. EMCDDA. Risk assessments [Internet]. 2021. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications-seriestype/risk-assessments_en
13. WHO. Expert Committee on Drug Dependence [Internet]. 2021. Available from: https://www.who.int/groups/who-expert-committee-on-drug-dependence
14. 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.
15. Smit-Rigter L, Van Laar M. Nieuwe psychoactieve stoffen in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd. 2021.
16. Nutt D. New psychoactive substances: Pharmacology influencing UK practice, policy and the law. Vol. 86, British Journal of Clinical Pharmacology. 2020. p. 445–451.
17. 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.

8.2 Gebruik: volwassenen

8.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: Over het algemeen komt het gebruik van NPS in de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder weinig voor. In 2022 had 1,4% van de Nederlanders ervaring met 4-FA en ook 1,4% had ervaring met 3-MMC, voor 2C-B ging het om 2,1%. 3-MMC en 2C-B werden ongeveer even vaak gebruikt in het laatste jaar.

Snel naar:

- Kerncijfers 2022
- 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 Gezondheidsenquête (GE, zie bijlage A1) en de Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A, zie bijlage A2). De Gezondheidsenquête wordt jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De LSM-A is een tweejaarlijks onderzoek dat parallel loopt aan de Gezondheidsenquête en dieper ingaat op het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen.

In de Gezondheidsenquête is wat betreft NPS alleen gevraagd naar het gebruik van 4-FA. De meeste andere NPS (o.a. 2C-B, 3-MMC, 4-MMC, synthetische cannabis, methoxetamine, 6-APB) worden in de tweejaarlijkse LSM-A uitgevraagd. 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. Naast de cijfers over 4-FA uit de Gezondheidsenquête, worden hieronder ook cijfers uit de LSM-A meegenomen over het gebruik van andere NPS (met name 3-MMC, 2C-B). De cijfers van 4-FA uit de Gezondheidsenquête en de cijfers van andere NPS uit de LSM-A zijn vanwege verschillen in methoden van onderzoek niet rechtstreeks vergelijkbaar.

Kerncijfers over 4-FA-gebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2018 jaarlijks beschikbaar. Kerncijfers over het gebruik van andere NPS (zie hierboven) in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2018 tweejaarlijks beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Het gebruik van NPS is in de LSM-A in 2020 anders uitgevraagd dan in 2018; daarom moeten de trendgegevens voorzichtig worden geïnterpreteerd. 3-MMC is voor het eerst uitgevraagd in de LSM-A van 2022, daarom zijn er voor 3-MMC nog geen trendgegevens beschikbaar.

Kerncijfers 2022

In de Gezondheidsenquête wordt sinds 2018 gevraagd naar het gebruik van 4-Fluoramfetamine (4-FA, 4-FMP of Flux).

- In 2022 had 1,4% ooit in het leven 4-FA gebruikt en 0,2% heeft 4-FA in het laatste jaar gebruikt.

In de LSM-A Middelen wordt het gebruik van andere NPS uitgevraagd, waaronder 2C-B, 4-MMC (Miauw-Miauw of Mefedron), synthetische cannabis, methoxetamine (MXE) en 6-APB (Benzo Fury of 5-APB). In 2022 is in de LSM-A voor het eerst naar het gebruik van 3-MMC (Poes of 3M) gevraagd.

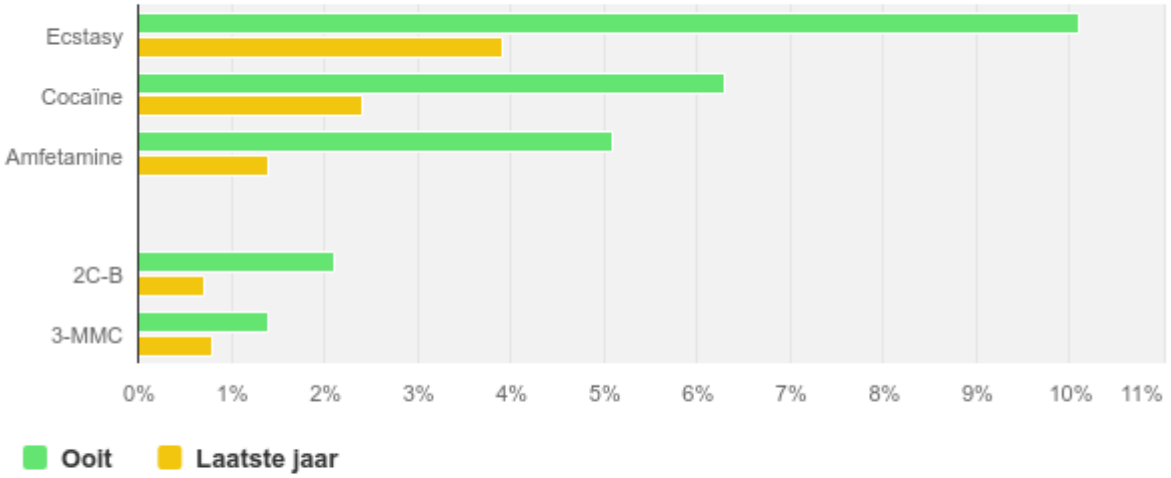
- In 2022 had 2,1% van de volwassen bevolking ooit 2C-B gebruikt en het laatste-jaar-gebruik lag op 0,7%. Het ooitgebruik van 3-MMC lag in 2022 op 1,4% en het laatste-jaar-gebruik was 0,8%. Het gebruik van deze middelen ligt aanzienlijk lager dan het gebruik van ecstasy, cocaïne of amfetamine.
- Het laatste-jaar-gebruik van andere NPS (4-MMC, synthetische cannabis, MXE, 6-APB) lag tussen 0% en 0,5%.

NPS-gebruik[I] (4-FA, 2C-B, 3-MMC) onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit			
4-FA[II]	1,4	200.000	160.000-240.000
2C-B[III]	2,1	300.000	260.000-340.000
3-MMC[III]	1,4	190.000	160.000-220.000
Laatste jaar			
4-FA[II]	0,2	30.000	10.000-40.000
2C-B[III]	0,7	90.000	70.000-110.000
3-MMC[III]	0,8	110.000	80.000-130.000
Laatste maand			
4-FA[II]	0,1	10.000	<10.000-20.000
2C-B[III]	0,1	10.000	10.000-20.000
3-MMC[III]	0,2	30.000	20.000-50.000

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer 4-FA/2C-B/3-MMC gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. II. Gezondheidsenquête. III. Leefstijlmonitor. Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut; LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut

Gebruik[I] van 2C-B[II] en 3-MMC[II] en stimulantia[III] (ecstacy, cocaïne, amfetamine) onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer 2-CB/3-MMC/ecstacy/cocaïne/amfetamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Leefstijlmonitor. III. Gezondheidsenquête. Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut; LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

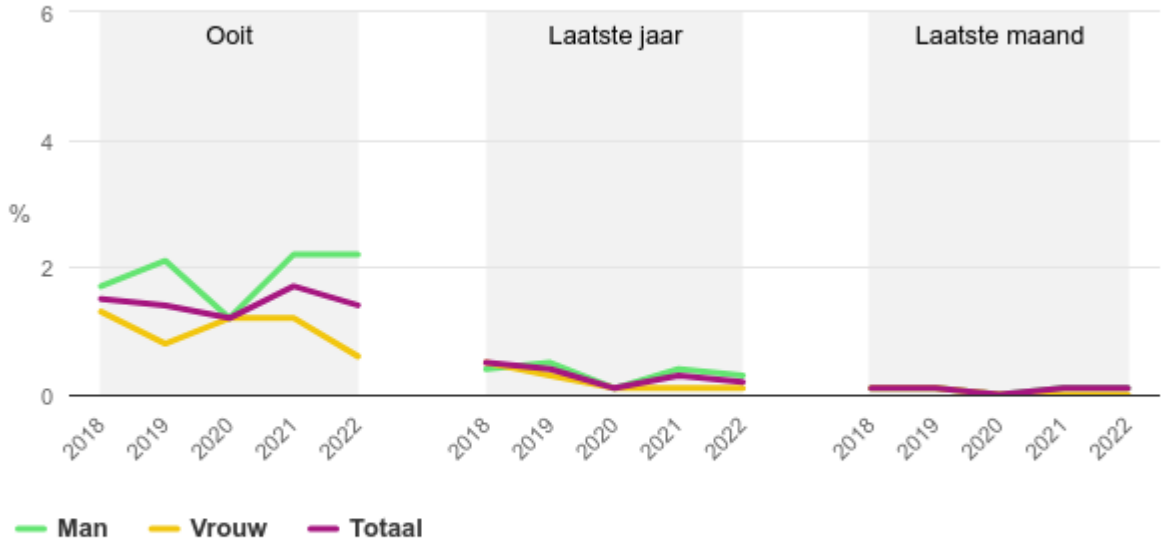
NDM

	Ooit	Laatste jaar
Ecstasy	10,1	3,9
Cocaïne	6,3	2,4
Amfetamine	5,1	1,4
2C-B	2,1	0,7
3-MMC	1,4	0,8

Trends in NPS-gebruik

- Het ooitgebruik van 4-FA schommelde tussen 2018 en 2022 rond de 1,5%. Het gebruik in het laatste jaar van 4-FA nam tussen 2018 en 2020 af. Dit hangt mogelijk samen met een waarschuwing omtrent de gezondheidseffecten van 4-FA in september 2016, en de plaatsing van 4-FA op lijst I van de Opiumwet op 25 mei 2017. In 2022 ligt het laatste-jaar-gebruik, na een lichte stijging in 2021, weer op hetzelfde niveau als in 2020.
- In 2022 is het ooitgebruik van 2C-B (2,1%) toegenomen ten opzichte van 2020 (1,5%). Het ooitgebruik van 2C-B is in 2018 niet uitgevraagd in de LSM-A. Het laatste-jaar-gebruik van 2C-B in 2022 (0.7%) is onveranderd ten opzichte van 2020 (0,7%) en 2018 (0,6%).
- Het gebruik van 3-MMC is voor het eerst gemeten in de LSM-A van 2022. Er zijn daarom geen trendgegevens in de algemene bevolking beschikbaar voor 3-MMC. Wel wijzen verschillende indicatoren (uitgaansonderzoek, gezondheidsincidenten, marktgegevens) op een toename in het gebruik van 3-MMC, in ieder geval in bepaalde (lokale) groepen in de bevolking in Nederland en in Europa.

Trend in 4-FA-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer 4-FA gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Man	Vrouw	Totaal
2018	1,7	1,3	1,5
2019	2,1	0,8	1,4
2020	1,2	1,2	1,2

	Man	Vrouw	Totaal
2021	2,2	1,2	1,7
2022	2,2	0,6	1,4
			-
2018	0,4	0,5	0,5
2019	0,5	0,3	0,4
2020	0,1	0,1	0,1
2021	0,4	0,1	0,3
2022	0,3	0,1	0,2
			-
2018	0,1	0,1	0,1
2019	0,1	0,1	0,1
2020			
2021	0,1		0,1
2022	0,1		0,1

8.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Het gebruik van 4-FA, 2C-B en 3-MMC komt vaker voor onder mannen, jongvolwassenen (18-29 jaar) en hoogopgeleiden en in grote steden.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleiding
- Herkomst
- Stedelijkheid
- Regionale verschillen

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 Gezondheidsenquête (GE, zie bijlage A1) en de Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A, zie bijlage A2). De Gezondheidsenquête wordt jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De LSM-A is een tweejaarlijks onderzoek dat parallel loopt aan de Gezondheidsenquête en dieper ingaat op het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen (zie bijlage A1).

In de Gezondheidsenquête is wat betreft NPS alleen gevraagd naar het gebruik van 4-FA. De meeste andere NPS (o.a. 2C-B, 3-MMC, 4-MMC, synthetische cannabis, methoxetamine, 6-APB) worden in de tweejaarlijkse LSM-A uitgevraagd. 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. Naast de cijfers over 4-FA uit de Gezondheidsenquête, worden daarom hieronder ook cijfers uit de LSM-A meegenomen over het gebruik van andere NPS (met name 3-MMC, 2C-B). De cijfers van 4-FA uit de Gezondheidsenquête en de cijfers van andere NPS uit de LSM-A zijn vanwege verschillen in methoden van onderzoek niet rechtstreeks vergelijkbaar.

Voor het gebruik van 4-FA zijn vanaf 2018 jaarlijkse trendgegevens beschikbaar uit de Gezondheidsenquête (zie ook bijlage A1). De gegevens van 4-FA uit de Gezondheidsenquête zijn niet vergelijkbaar met de gegevens van 4-FA uit de LSM-A, zoals deze zijn gepresenteerd in de websitearchivering en Kerncijferrapport van 2021.

Naast de gegevens uit de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor zijn er ook landelijke gegevens over middelengebruik beschikbaar uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor jongvolwassen 2022 [1]. Deze cijfers zijn door de verschillende vraagstelling en leeftijdsgroep niet vergelijkbaar met de cijfers

uit de Gezondheidsenquête of de Leefstijlmonitor maar geven wel een beeld van regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen. Deze gegevens zijn toegevoegd aan het onderdeel over regionale verschillen op deze pagina.

De cijfers over het gebruik van 4-FA, 2C-B en 3-MMC kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal laatste-jaar-gebruikers van 4-FA en laatste maand gebruikers van alle drie de middelen in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Ook de gegevens over het gebruik van andere NPS is te klein om nader uit te splitsen. Onderstaande tekst heeft daarom alleen betrekking op het gebruik ooit in het leven (4-FA, 2C-B, 3-MMC) en in het laatste jaar (2C-B, 3-MMC).

Geslacht

- Meer mannen dan vrouwen hebben in 2022 4-FA, 2C-B en/of 3-MMC gebruikt.
- Ook in het laatste jaar (2C-B, 3-MMC) gebruiken meer mannen dan vrouwen.

Leeftijd

- Het ooitgebruik van 4-FA, 2C-B en 3-MMC ligt veruit het hoogst onder jongvolwassen (18-29 jaar), vergeleken met 30-49-jarigen en 50-plussers.
- Ook het laatste-jaar-gebruik (2C-B, 3-MMC) ligt in deze jongere leeftijdsgroep het hoogst. Gebruik in de andere twee oudere leeftijdsgroepen komt met minder dan 1% nauwelijks voor.
- Lees meer over NPS-gebruik onder jongeren en jongvolwassen op deze pagina.

Opleiding

- Het ooitgebruik van 4-FA, 2C-B en 3-MMC is het hoogst onder hoogopgeleiden, gevolgd door middelbaar opgeleiden. Het gebruik van deze middelen is met minder dan 1% het laagst onder laagopgeleiden.
- Ook het laatste-jaar-gebruik (2C-B, 3-MMC) is het hoogst onder hoogopgeleiden, maar voor 2C-B zijn geen verschillen tussen middelbaar- en laagopgeleiden. Het laatste-jaar-gebruik van 3-MMC is het laagst onder laagopgeleiden.

Herkomst

- Nederlanders met een niet-Europese herkomst hebben minder vaak ervaring met 4-FA, 2C-B en 3-MMC dan Nederlanders met een Europese herkomst of volwassenen uit Nederland.
- Als we kijken naar het laatste-jaar-gebruik (2C-B, 3-MMC), dan zijn er geen verschillen naar herkomst.

Stedelijkheid

- Het ooitgebruik van 4-FA, 2C-B en 3-MMC ligt het hoogst in (zeer) sterk stedelijke gebieden.
- Het gebruik in het laatste jaar (2C-B, 3-MMC) is het laagst in weinig/niet stedelijke gebieden. Er zijn geen verschillen tussen (zeer) sterk stedelijke gebieden en matig stedelijke gebieden.

Gebruik[I] van 4-FA[II], 2C-B[III] en 3-MMC[III] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar demografie. Peiljaar 2022.

	4-FA	2C-B		3-MMC	
	Ooit (%)	**Ooit (%)**	**Laatste jaar (%)**	**Ooit (%)**	**Laatste jaar (%)**
Totaal	**1,4**	**2,1**	**0,7**	**1,4**	**0,8**
Geslacht					
Man	2,2	2,9	0,9	1,7	0,9
Vrouw	0,6	1,4	0,4	1,1	0,6
Leeftijd					
18-29 jaar	4,4	6,9	2,6	4,9	3,1
30-49 jaar	1,9	2,4	0,4	1,1	0,5
50 jaar en ouder	0,1	0,2	0,1	0,2	0
Opleidingsniveau[IV]					
Laagopgeleid	0,3	0,9	0,2	0,5	0,1
Middelbaar opgeleid	1,0	1,6	0,3	0,9	0,5
Hoogopgeleid	2,6	3,3	1,2	2,2	1,3
Herkomst[V]					
Nederlandse herkomst	1,6	2,3	0,6	1,5	0,8
Europese herkomst	1,5	2,4	1,0	1,7	1,0
Niet-Europese herkomst	0,9	1,3	0,6	0,8	0,5
Stedelijkheid[VI]					
(Zeer) sterk stedelijk	1,9	2,9	1,0	1,7	1,0
Matig stedelijk	0,8	1,2	0,5	0,8	0,6
Weinig/niet stedelijk	0,9	1,1	0,1	1,1	0,4

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer 4-FA/2C-B/3-MMC gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Gezondheidsenquête. III. Leefstijlmonitor. IV. 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. V. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst (cbs.nl)). 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. Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut; LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Regionale verschillen

Uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die wordt gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen bestaan in het gebruik van 3-/4-MMC [1].

- In 2022 werden de hoogste percentages in het gebruikt van 3-/4-MMC (in de afgelopen 4 weken) gevonden in GGD-regio Groningen (8,1%), gevolgd door GGD-regio Gelderland Zuid (5,7%).
- 3-/4-MMC werd het minst gebruikt in de GGD-regio Hollands Noorden en GGD-regio Zeeland (beide 1,0%).

Bronnen

1. GGD'en en RIVM. Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022 [Internet]. 2023. Available from: https://www.vzinfo.nl/drugsgebruik/regionaal/jongvolwassenen

8.2.3 Gebruikspatronen

In het kort: De meerderheid van de gebruikers van 2C-B en 3-MMC gebruiken één of enkele keren per jaar, maar er is ook een relatief grote groep (20,7%) die ten minste maandelijks 3-MMC gebruikt.

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 Gezondheidsenquête (GE, zie bijlage A1) en de Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A, zie bijlage A2). De Gezondheidsenquête wordt jaarlijks uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De LSM-A is een tweejaarlijks onderzoek dat parallel loopt aan de Gezondheidsenquête en dieper ingaat op het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen (zie bijlage A1).

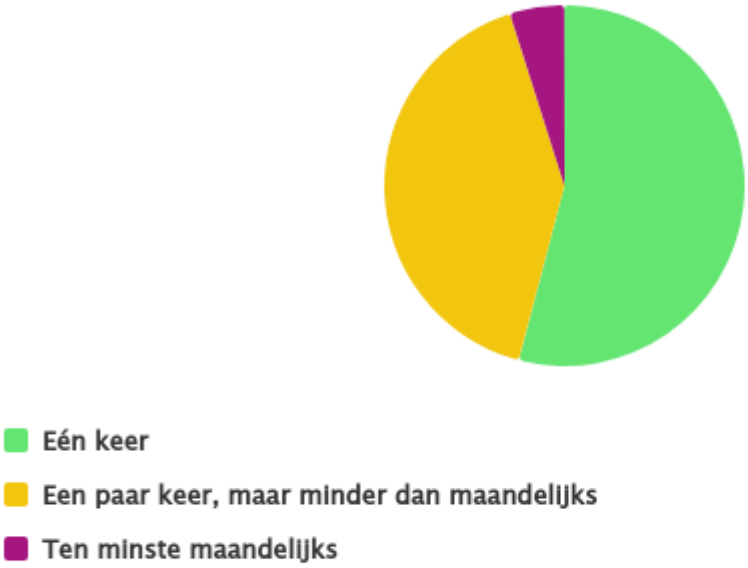
In de Gezondheidsenquête is wat betreft NPS alleen gevraagd naar het gebruik van 4-FA. De meeste andere NPS (o.a. 2C-B, 3-MMC, 4-MMC, synthetische cannabis, methoxetamine, 6-APB) worden in de tweejaarlijkse LSM-A uitgevraagd. NPS is een heterogene groep met stoffen die heel verschillende effecten hebben. Daarom wordt hier het gebruik van specifieke NPS gerapporteerd en niet het gebruik van enige NPS. In Nederland in 2022 bestond de groep ‘NPS-gebruikers uit de LSM-A voornamelijk uit 3-MMC- en 2C-B-gebruikers. Naast de cijfers over 4-FA uit de Gezondheidsenquête, worden daarom hieronder ook cijfers uit de LSM-A meegenomen over het gebruik van 3-MMC, 2C-B. De cijfers van 4-FA uit de Gezondheidsenquête en de cijfers van andere NPS uit de LSM-A zijn vanwege verschillen in methoden van onderzoek niet rechtstreeks vergelijkbaar.

In de LSM-A is gevraagd naar de mate van gebruik onder de laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder. Omdat het hier om relatief kleine aantallen respondenten gaat moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd. Het laatste-jaar-gebruik van 4-FA en andere NPS is te laag om uit te splitsen naar gebruiksfrequentie. Onderstaande tekst heeft daarom alleen betrekking op 2C-B en 3-MMC.

Mate van gebruik

- Van de laatste-jaar-gebruikers van 2C-B heeft iets meer dan de helft (54,1%) het middel één keer gebruikt, en een iets kleinere groep (41,0%) gebruikte een paar keer, maar minder dan maandelijks. Slechts enkelen gebruikten maandelijks of vaker 2C-B.
- Van de laatste-jaar-gebruikers van 3-MMC had ruim twee op de vijf (41,9%) gebruikers het middel één keer gebruik, een iets kleinere groep (37,4%) gebruikte een paar keer, maar minder dan maandelijks. Ongeveer één op de vijf (20,7%) gebruikte ten minste maandelijks.

Frequentie 2C-B-gebruik onder laatste-jaar-gebruikers. Peiljaar 2022



Percentage laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van 2C-B. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2022.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	%
Eén keer	54,1
Een paar keer, maar minder dan maandelijks	41,0
Ten minste maandelijks	4,9

Frequentie 3-MMC-gebruik onder laatste-jaar-gebruikers. Peiljaar 2022



Eén keer
Een paar keer, maar minder dan maandelijks
Ten minste maandelijks

Percentage laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van 3-MMC. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2022.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	%
Eén keer	41,9
Een paar keer, maar minder dan maandelijks	37,4
Ten minste maandelijks	20,7

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, zoals beschreven op deze pagina of in 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].

Kerncijfers 2019

In 2019 rapporteerde van de Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar 1,5% ooit 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 (eerste meting). Ook het laatste-jaar-gebruik van enige NPS is op hetzelfde niveau gebleven als in 2015.

8.3.2 Studenten

In het kort: De meest gebruikte NPS onder studenten zijn met name 3-MMC en 4-MMC en 2C-B. Het gebruik van andere NPS komt vermoedelijk zeer weinig voor. Onder 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten lag het ooitgebruik van (één van) deze middelen tussen 3% en 1%, minder dan 1% gebruikte in de laatste maand. Onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder lagen deze percentages in 2023 een stuk hoger: 5-8% had ervaring met (één van) deze middelen en 3-6% gebruikte in het laatste jaar.

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 landelijke Middelenmonitor mbo-hbo [1–3]. Deze monitor onderzocht ook het NPS-gebruik onder 16-18-jarige studenten van het mbo en het hbo. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [1]. In 2023 heeft een nieuwe dataverzameling plaatsgevonden. Dit keer zijn alleen mbo-studenten meegenomen in het onderzoek. De resultaten van deze meting worden in 2024 gepubliceerd.

Daarnaast wordt sinds 2021 elke twee jaar grootschalig landelijk onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (hbo en wo). Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) 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 2023 namen 32.000 studenten (≥16 jaar) deel, verdeeld over 24 onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs (13 hbo-instellingen en 11 universiteiten) verspreid over heel Nederland [6]. Met de tweede meting van de MMMS worden cijfers van de eerste meting (2021) geactualiseerd, vindt op onderdelen verdieping plaats ten opzichte van de eerste meting, en worden vergelijkingen gemaakt met de eerste meting.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse mbo-scholen (bijlage B8) [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.

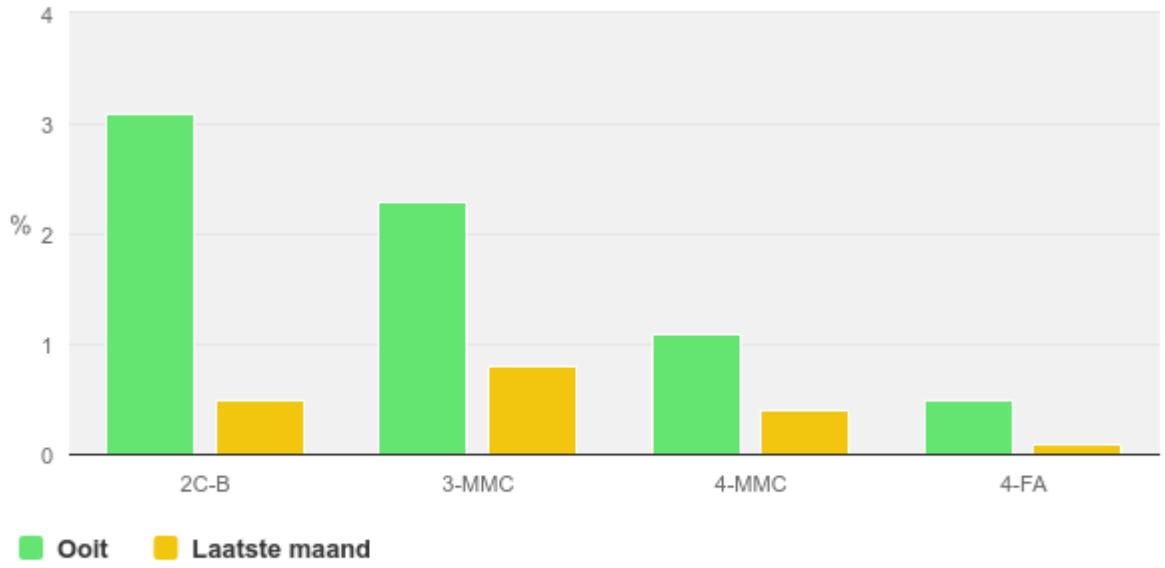
Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet goed vergelijkbaar.

Studenten van het mbo en hbo

De Middelenmonitor mbo-hbo gaf voor het NPS[1]-gebruik onder 16-18-jarige mbo-hbo studenten in 2021 het volgende beeld [1–3].

- Studenten van het mbo en hbo hebben meer ervaring met 2C-B dan met de andere NPS. Het ooitgebruik 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 (2,3%) de meest gebruikte NPS. 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.
- Het ooitgebruik 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 het middel op 25 mei 2017.

NPS-gebruik[I] onder mbo- en hbo-studenten van 16-18 jaar. Peiljaar 2021



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Middelenmonitor mbo–hbo

NDM

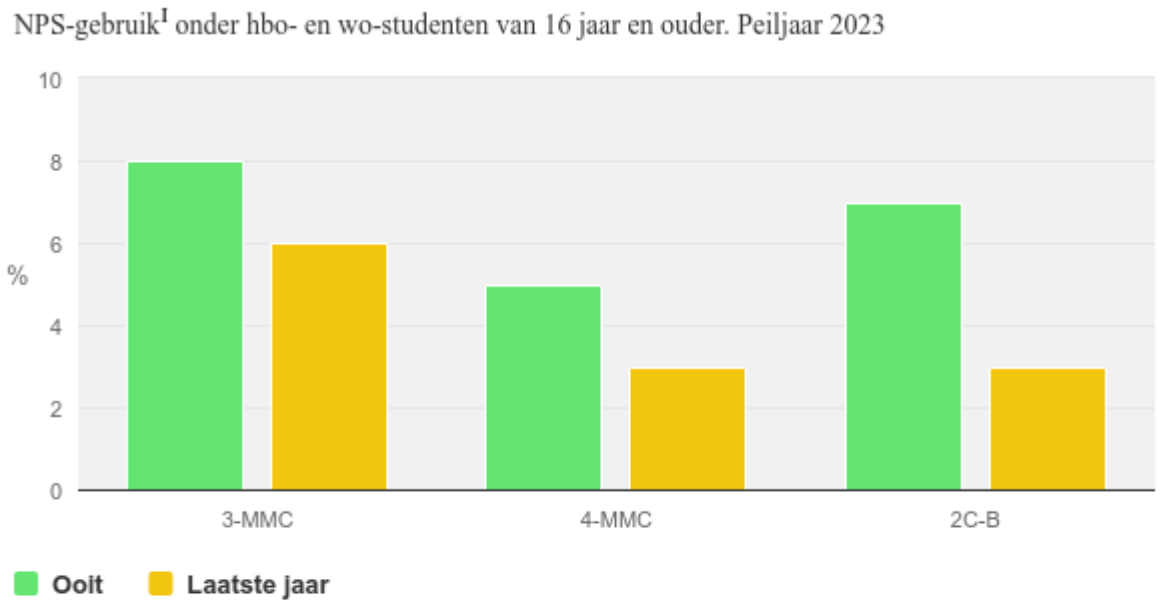
NPS	Ooit	Laatste maand
2C-B	3,1	0,5
3-MMC	2,3	0,8

NPS	Ooit	Laatste maand
4-MMC	1,1	0,4
4-FA	0,5	0,1

Studenten van het hbo en de universiteiten

Onderstaande resultaten zijn afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) [6]. Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen, zoals een laag responspercentage (6,5% in 2023) en onder-/oververtegenwoordiging van bepaalde groepen. Door weging is de data meer representatief gemaakt. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de resultaten vertekend zijn en daarmee niet representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland. De resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd. De MMMS gaf voor het NPS-gebruik onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder in 2023 het volgende beeld:

- Eén op de twaalf (8%) studenten gebruikte 3-MMC ooit in het leven, 5% gebruikte ooit 4-MMC en 7% gebruikte ooit 2C-B. Een kleiner deel gebruikte 3-MMC (6%), 4-MMC (3%) en/of 2C-B (3%) in het afgelopen jaar.
- Het gebruik in de laatste maand van deze middelen is in 2023 niet uitgevraagd. In 2021 was het laatste-maand-gebruik van 2C-B 1,1%, het gebruik van 3- en 4-MMC is toen niet uitgevraagd.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar.
Bron: Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs, 2023

NDM

	Ooit	Laatste jaar
3-MMC	8	6
4-MMC	5	3
2C-B	7	3

Mbo-studenten in Amsterdam

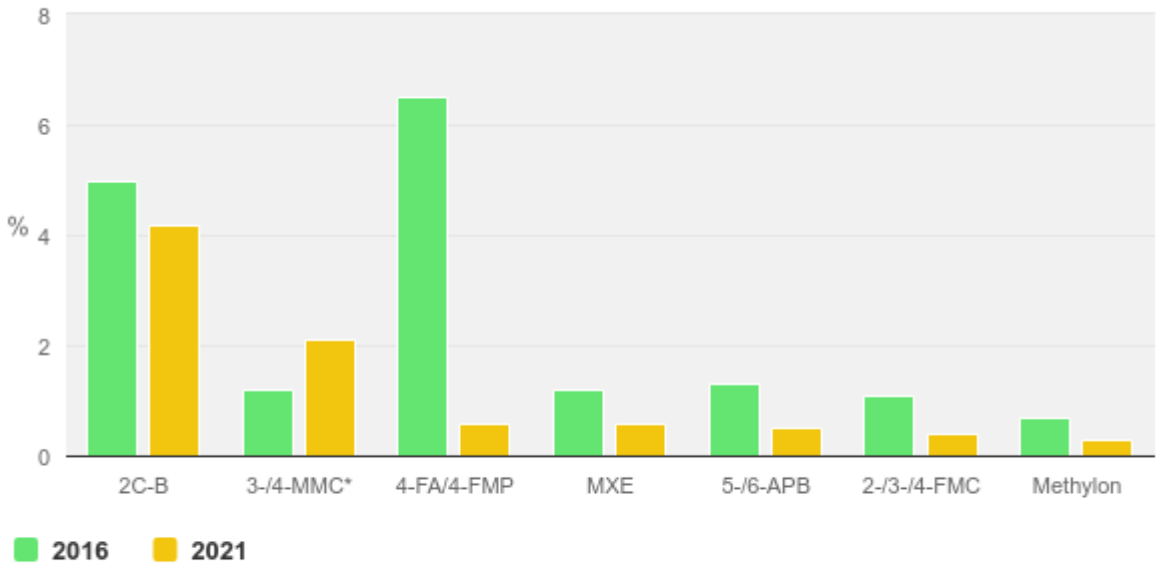
Ook in de monitor Antenne Amsterdam wordt het NPS-gebruik van mbo-studenten uitgevraagd [7]. Het is van belang om op te merken dat het hier om een oudere leeftijdsgroep (gemiddeld 19,0 jaar) gaat dan in de hierboven genoemde mbo-hbo monitor (gemiddeld 17,3 jaar). De percentages zijn daarom niet een op 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 figuur 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.

NPS-gebruik[1] onder mbo-studenten in Amsterdam van 16 jaar en ouder



I. Ooit: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven. *In 2016 werd allen gevraagd naar 4-MMC. Bron: Monitor Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
2C-B	5	4,2
3-/4-MMC*	1,2	2,1
4-FA/4-FMP	6,5	0,6
MXE	1,2	0,6

	2016	2021
5-/6-APB	1,3	0,5
2-/3-/4-FMC	1,1	0,4
Methylon	0,7	0,3

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. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.
7. 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: 3-MMC is de meest gebruikte NPS en de op twee na meest gebruikte drug (na ecstasy en cannabis) onder uitgaanders. Het NPS-gebruik (3-MMC, 4-MMC, 2C-B en 4-FA) is hoger onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen dan onder leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. Het gebruik van 3-MMC en 4-MMC is in 2023 fors toegenomen. Een op de twintig gebruikers neemt wekelijks 3-MMC, alleen bij cannabis is het percentage wekelijkse gebruikers hoger. 3-MMC wordt voornamelijk in poeder- of kristalvorm gesnoven.

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over een eventuele toe- of afname van het gebruik van NPS in het uitgaansleven (zie bijlage B2). Wat NPS betreft, ging het om de volgende middelen: 3-MMC, 4-MMC (mefedron), 2C-B, 3-CMC, 4-Fluoramfetamine (4-FA/4-FMP of 4-FMA), 2-MMC, 6-APB (benzo fury), 1P-LSD, designer benzodiazepinen (zoals bromazolam, etizolam, pyrazolam), 2-FDCK (2-fluordeschloorketamine), opioïde anders (geen pijnstiller, bijv. O-DSMT) en synthetische cannabinoïden (Spice of K2).

Uitgaanders in Nederland

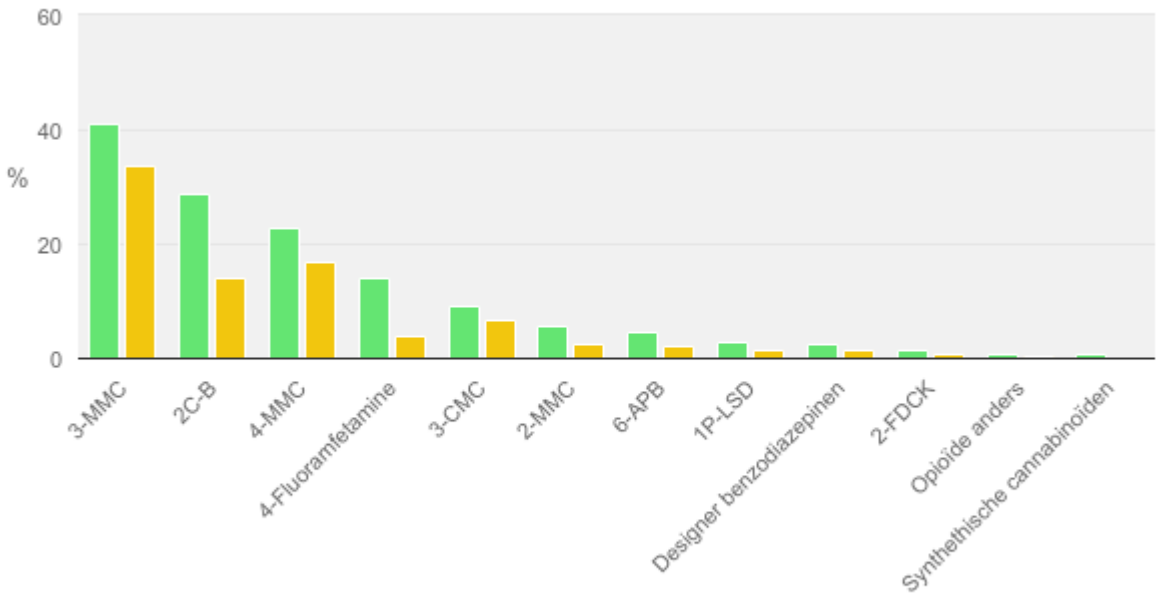
Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- 3-MMC is de meest gebruikte NPS en de op twee na meest gebruikte drug (na ecstasy en cannabis) onder uitgaanders. In 2023 had 41,2% ooit 3-MMC gebruikt, 22,9% gebruikte ooit 4-MMC en 28,9% gebruikte ooit 2C-B. Als we kijken naar het laatste-jaar-gebruik van deze middelen, zien we dat een op de drie (33,7%) 3-MMC heeft gebruikt, 16,7 % gebruikte 4-MMC en 14,1% gebruikte 2C-B in het laatste jaar. Het gebruik van andere NPS komt minder voor onder uitgaanders, zie onderstaande figuur.
- Het laatste-jaar-gebruik van 3-MMC, 4-MMC, 2C-B en 4-FA is onder de uitgaanders hoger dan onder leeftijdsgenoten (15-34 jaar) in de algemene bevolking (respectievelijk 2,2%, 1,5%, 1,9% en 0,6%).
- Meer mannen (dan vrouwen) hebben in het laatste jaar 3-MMC, 4-MMC, 2C-B en 4-FA[1] gebruikt. In de jongste leeftijdscategorie (16 t/m 19 jaar) is het gebruik van 3-MMC en 2C-B relatief laag vergeleken met 20-24-jarigen en 25-29-jarigen, de middelen 3- en 4-MMC worden het meest

gebruikt in de leeftijdsgroep 20-29 jaar. Onder laagopgeleiden is het gebruik van 3-CMC en 4-MMC relatief hoog. In de regio West is het gebruik van 2C-B relatief hoog. In de regio Noord geldt dit voor het gebruik van 3-MMC en 3-CMC. In de regio's Zuid en Oost is het gebruik van 4-MMC relatief hoog.

- Het laatste-jaar-gebruik van 3-MMC is tussen 2020 en 2023 verdriedubbeld, van 8,9% naar 33,7%. Ook voor 4-MMC zijn opvallend grote verschillen tussen 2020 en 2023 zichtbaar: het gebruik nam toe van 6,3% naar 16,7%. Er zijn geen verschillen in het laatste-jaar-gebruik van 2C-B (14,8% in 2020 en 14,1% in 2023). Het gebruik van 4-FA lag in 2023 (3,7%) iets lager dan in 2020 (5,1%). Deze trendgegevens moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd (zie Gegevensbronnen).
- De meeste laatste-jaar-gebruikers gebruikten 3-MMC minder dan maandelijks (47,9%), of één keer (21,4%). Ongeveer een kwart gebruikte 3-MMC eens (13,3%) of een paar keer (12,1%) per maand. Ongeveer 5% gebruikte tenminste wekelijks 3-MMC, dat is het hoogste percentage wekelijkse gebruikers van alle drugs met uitzondering van cannabis. 2C-B wordt door de laatste-jaar-gebruikers meestal één keer (50,4%) gebruikt, of minder dan maandelijks (46,3%). Maandelijks gebruik of vaker komt relatief weinig voor onder deze groep (3,3%).
- 3-MMC wordt door de laatste-jaar-gebruikers meestal gesnoven in poeder of kristalvorm (85,5%). Iets meer dan een tiende (12,9%) slikt het middel, bijvoorbeeld via een pil, pellet, capsule, bommetje of opgelost in een drankje. Andere gebruikswijzen (bijvoorbeeld injecteren, rectaal) komen onder uitgaanders vrijwel niet voor.

NPS-gebruik[1] onder uitgaanders van 16-35 jaar, per NPS of stofgroep. Peiljaar 2023

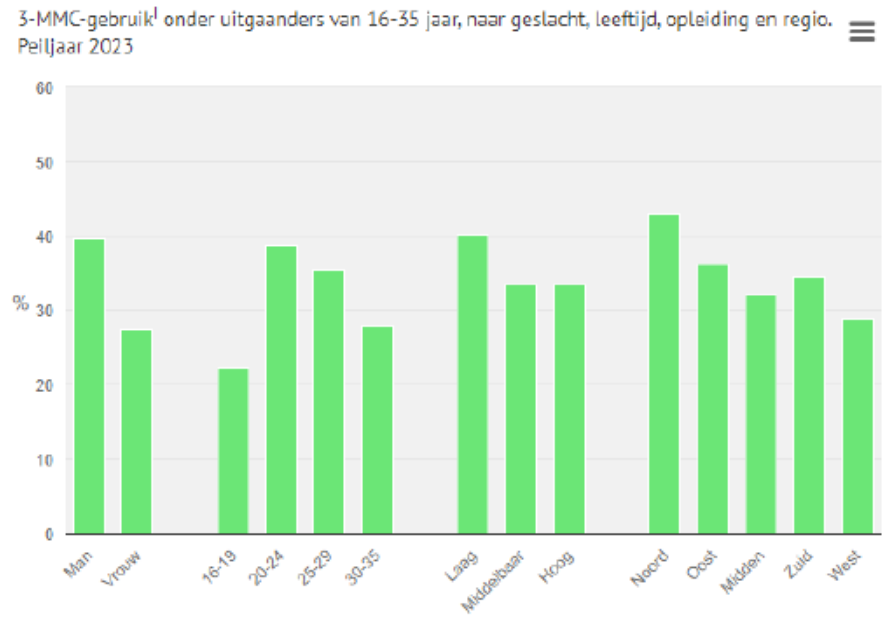


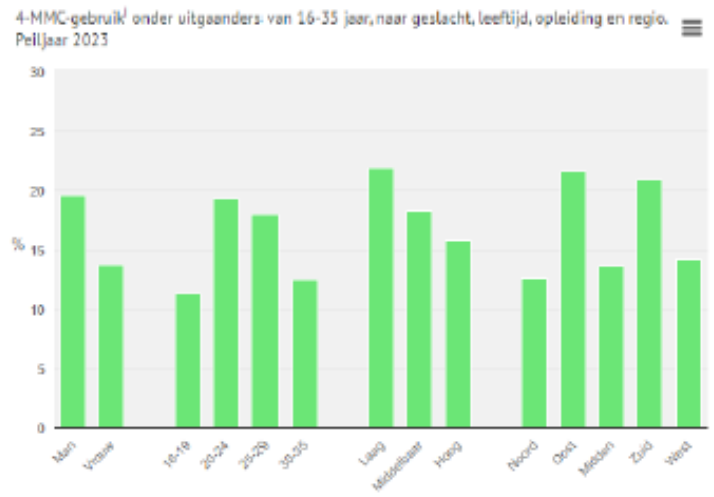
I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

	Ooit	Laatste jaar

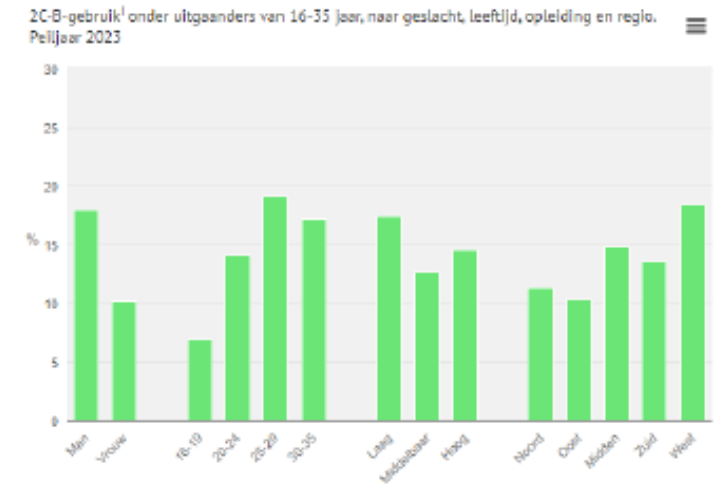
	Ooit	Laatste jaar
3-MMC	41,2	33,7
2C-B	28,9	14,1
4-MMC	22,9	16,7
4-Fluoramfetamine	14	3,7
3-CMC	9,1	6,7
2-MMC	5,5	2,5
6-APB	4,4	2
1P-LSD	2,7	1,3
Designer benzodiazepinen	2,5	1,3
2-FDCK	1,5	0,8
Opioïde anders	0,8	0,3
Synthethische cannabinoïden	0,8	0,1





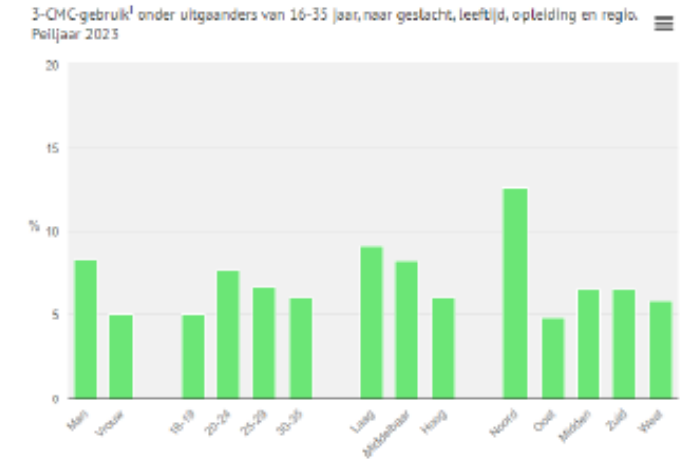
1. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM



1. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM



1. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

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 bijvoorbeeld geen gegevens over het gebruik van NPS onder jongeren uit het praktijk- en het speciaal onderwijs en de residentiële jeugdzorg beschikbaar. Wel is in 2022 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.

Daarnaast is in 2019 en 2020 de Antenne Regiomonitor uitgevoerd [2,3]. 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. 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]. 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.

Verder heeft het Trimbos-instituut in 2021 een verkenning uitgevoerd naar het gebruik van het middel 3-MMC onder jongeren en jongvolwassenen [4]. 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 [1]. De vragenlijst is in 2022 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 Regiomonitor Nederland onderzoekt het middelengebruik op kwalitatieve wijze onder groepen van kwetsbare jongeren in diverse regio's van Nederland [2,3]. 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.

- 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 door 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 [4].

- 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.

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. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.
3. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
4. 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. 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 [2]. Aangezien de term NPS een scala aan middelen aanduidt, loopt ook de werking uiteen. Meer informatie hierover is te vinden op deze pagina.

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, zoals uitgaanders en kwetsbare groepen jongeren [3,4]. Van 4-FA is het is niet duidelijk of het middel verslavend kan zijn, maar het risico lijkt beperkt [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 deze vijf NPS-stofgroepen 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 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.
- 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 blijkt 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].
- 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 [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. 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. 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 [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.

Gevangeniswezen

Het NPS-gebruik in gevangenissen is in sommige Europese landen (zoals Duitsland, het VK, en Finland) zorgwekkend [24]. Ook in Nederland zijn er signalen dat het gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen (NPS of 'designer drugs'), met name synthetische cannabinoiden in gevangenissen in Nederland ook een groeiend probleem lijkt [37,38]. Het Harm reduction netwerk (HRN) van het Trimbos-instituut voerde daarom in 2022 een pilotonderzoek uit naar het gebruik van drugs in de Penitentiaire Inrichting (PI) in Ter Apel [39]. Uit het onderzoek blijkt dat er in de PI in Ter Apel drugs worden gebruik. Naast cannabis en alcohol lijkt er sprake van aanzienlijk gebruik van synthetische cannabinoiden en van oneigenlijk gebruik van in de PI verstrekte medicatie. Meer informatie over middelengebruik en justitiabelen is te vinden op deze pagina.

Coping motieven

- 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 [40]. 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 [41].

Meer informatie

- Gegevens over hulpvraag bij de verslavingszorg zijn te vinden op deze pagina.
- Gegevens over de acute gezondheidsincidenten gerelateerd aan NPS-gebruik zijn te vinden op deze pagina.
- Gegevens over de gezondheidseffecten van (chronisch) NPS-gebruik zijn te vinden op deze pagina.

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. Van der Gouwe D. SCRA-gebruik in een gevangenissetting: Pilotonderzoek Penitentiaire Inrichting Ter Apel. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/Correlation-European Harm Reduction Network; 2023.
40. 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.
41. De Jonge MC. Persona’s in middelengebruik: Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-insituut; 2021.

8.5 Gebruik: internationale vergelijking

8.5.1 Algemene bevolking internationaal

In het kort: Het gebruik van synthetische cannabinoïden is in Nederland erg laag in vergelijking met andere landen. Voor andere NPS zijn er geen gebruikscijfers beschikbaar zijn op Europees niveau.

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking in een aantal landen in Europa [1–3]. Sinds 2011 rapporteert meer dan de helft van de Europese landen nationale schattingen over het gebruik van NPS in de algemene bevolking. De cijfers uit het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) zijn afkomstig uit de British Crime Survey van het Office for National Statistics (ONS) [4]. In Australië wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [5].

Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden, steekproeven, leeftijdsgroepen en vraagstellingen een precieze vergelijking bemoeilijken. 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

- Volgens de gegevens van het EMCDDA uit 2023 varieerde het gebruik van (enige) NPS (exclusief ketamine en GHB) onder jongvolwassenen (15-34 jaar) in het laatste jaar naar schatting tussen de 0,1% in Letland en 5,1% in Roemenië [2,3].
- In Engeland en Wales lag in 2022 het laatste-jaar-gebruik van NPS (waaronder mefedron, spice, GBL/GHB, salvia, of andere NPS) onder volwassenen (16-59 jaar) op 0,4% en lag het onder jongvolwassenen (16-24 jaar) op 0,9%, dat is vergelijkbaar met 2020 [4].
- Aangezien het gebruik van NPS in Nederland vanaf 2020 anders wordt uitgevraagd dan in voorgaande jaren, zijn er sindsdien geen goede gegevens beschikbaar over het gebruik van NPS als geheel. Daarom kan het gebruik van 'enige NPS' niet met andere landen worden vergeleken.

Gebruik van enige NPS in de algemene bevolking van het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) en Australië in verschillende leeftijdsgroepen

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2021/2022	16–24	–	0,9
		16–59	–	0,4
	2018/2019	16–59	–	0,5
	2017/2018	16–59	2,5	0,4
Australië	2019	14 en ouder	0,7	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. - = Gegevens ontbreken. Bronnen: ONS, AIHW. Voor de volledige bronvermelding: zie onderaan deze pagina.

Synthetische cathinonen

- 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 en het feit dat synthetische cathinonen ook in Europa worden geproduceerd, zijn er signalen dat de beschikbaarheid van en het gebruik van deze stoffen in Europa is gestegen [2,3].
- Er zijn geen gebruikscijfers beschikbaar op Europees niveau.

Synthetische cannabinoïden

- Door de toenemende diversiteit aan cannabisproducten die in Europa beschikbaar zijn, bestaat er bezorgdheid dat sommige producten die (op de illegale markt) worden verkocht als natuurlijke cannabis, kunnen zijn versneden met potente synthetische cannabinoïden. In 2021 rapporteerden ten minste 13 Europese landen, met name Duitsland en Zweden, dergelijke gevallen [3]. Ook in Nederland zijn er in de afgelopen jaren vervuilingen van cannabis met synthetische cannabinoïden vastgesteld, zoals wordt beschreven op deze pagina.
- Een klein aantal van de Europese enquêtes gerapporteerd in 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.

Synthetische opioïden

- Synthetische opioïden maken een groot deel uit van de opioïdencrisis in de VS en Canada. Het gaat vooral om fentanyl en fentanyl analoga, maar ook nieuwe synthetische opioïden zoals U-47700. Synthetische opioïden zijn langzaam in opkomst op de Europese markten. Recente signalen (voornamelijk uit de Baltische staten) wijzen op een toegenomen beschikbaarheid van en gezondheidsschade door nieuwe synthetische opioïden. In het bijzonder gaat het om de groep benzomidazole opioïden, waaronder isotonitazeen, protonitazeen en metonitazeen. Deze groep nieuwe opioïden is ontstaan na controlemaatregelen om de beschikbaarheid van fentanylderivaten (waaronder carfentanil) te verminderen. De prevalentie blijft laag in de meeste landen in Europa, behalve de Scandinavische landen. Estland is het enige land in Europa waar synthetische opioïden al de afgelopen 15 jaar zeer prevalent zijn [3]. In Nederland worden zeer weinig synthetische opioïden aangetroffen.
- Er zijn geen gebruikscijfers beschikbaar op Europees niveau.

Nieuwe benzodiazepinen

- Er lijkt in Europa een toename te zijn in nieuwe benzodiazepinen die niet zijn geregistreerd als geneesmiddel (clonazolam, etizolam en flualprazolam) en mengsels met nieuwe benzodiazepinen en nieuwe synthetische opioïden of kalmeringsmiddelen ('benzo-dope' en 'tranq-dope') [3]. De gemakkelijke (online) beschikbaarheid van deze stoffen baart met name zorgen. In 2021 is een aantal van deze stoffen op lijst II van de Opiumwet geplaatst.
- Er zijn geen gebruikscijfers beschikbaar op Europees niveau.

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
2. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
3. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
4. Drug misuse in England and Wales: year ending June 2022. An overview of the extent and trends of illicit drug use. [Internet]. Office for National Statistics - Crime Survey for England and Wales; 2022 p. 1–14. Available from: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/articles/drugmisuseinenglandandwales/yearendingjune2022
5. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2019. Canberra: AIHW; 2020.

8.5.2 Jongeren internationaal

In het kort: het percentage Nederlandse scholieren dat ooit en in het laatste jaar NPS heeft gebruikt ligt onder het Europese gemiddelde. 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.

Gegevensbronnen

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. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats. [1] De ESPAD peilde in 2015 voor de eerste keer het gebruik van NPS onder scholieren van het middelbaar onderwijs. 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. Bij het interpreteren van de trendgegevens dient hiermee rekening te worden gehouden.

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. Onderstaande cijfers moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd; jongeren hebben mogelijk de vraag naar NPS niet opgevat zoals bedoeld.

Gebruik van NPS onder scholieren

- 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.
- Het laatste-jaar-gebruik van NPS 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.
- 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 het laatste-jaar-gebruik 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.

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.

8.6 Hulpvraag en incidenten

8.6.1 Verslavingszorg

Gegevensbronnen

Er is weinig bekend over chronische NPS-problematiek. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, zie bijlage B6) rapporteert het aantal cliënten in behandeling in de verslavingszorg. Hulpvraag bij NPS-verslaving valt onder de categorie ‘overige hulpvragen’. De verzamelcategorieën worden niet als specifiek middel aan de bron geregistreerd. Deze categorieën kunnen overlap hebben met middelen uit andere hoofdstukken, maar kunnen ook andere middelen zijn zoals NPS (bijv. 4-FA, 3-MMC, 2C-B). Hierdoor is het niet bekend hoeveel mensen in Nederland in behandeling zijn voor NPS-verslavingsproblematiek. Om meer inzicht te krijgen is een verbetering van de registratie van specifieke middelen noodzakelijk [1].

Er zijn geen landelijke gegevens over het aantal mensen dat vanwege het gebruik van NPS hulp zoekt bij de verslavingszorg. Wel zijn er signalen van verschillende (verslavingszorg) professionals, monitorstudies en de media dat gebruik en problematisch gebruik van NPS (met name 3-MMC) toenemen, lees daarover meer op deze pagina.

Er is ook weinig bekend over effectieve interventies en zorg met betrekking tot NPS.

- Om de behandeling van NPS in de klinische praktijk (o.a. acute intoxicatie, afhankelijkheid) te verbeteren, is in 2015 in het Verenigd Koninkrijk de leidraad NEPTUNE (Novel Psychoactive Treatment: UK Network) ontwikkelt. De leidraad is bedoeld voor behandelaars die in verschillende settings werken, zoals de verslavingszorg, spoedeisende hulp, seksuele gezondheidszorg, eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) [2].
- De klinische behandeling van NPS-problematiek, waaronder afhankelijkheid, ontwenning en acute toxiciteit, lijkt in grote lijnen vergelijkbaar met die voor de overeenkomstige stofgroepen van meer gevestigde (illegale) drugs (met uitzondering van synthetische cannabinoïden) [3].

Bronnen

1. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Kerssies JP, Van der Slink JB. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2017-2022. Stichting IVZ; 2024.
2. Bowden-Jones O, Abdulrahim D. Neptune clinical guidance: Guidance on the Clinical Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances. 2015.
3. 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

8.6.2 Incidenten

In het kort: Het aantal meldingen bij de MDI van incidenten met 3- of 4-MMC neemt sinds 2018 jaar-op-jaar sterk toe. De incidenten betroffen vaak mensen van begin twintig die ook onder invloed waren van alcohol en/of andere drugs. Veelvoorkomende ernstige complicaties zijn bewusteloosheid en insulten. De plaatsing op de Opiumlijst in oktober 2021 heeft niet tot een afname in incidenten met 3/4-MMC in 2022 geleid. Intoxicaties met andere NPS kwamen bij de MDI weinig voor. Wel valt op dat het aantal gemelde intoxicaties met designer benzodiazepines gestaag toeneemt. Ook bij het NVIC is er de afgelopen jaren een flinke toename van het aantal telefonische informatieverzoeken voor 3-/4-MMC en andere synthetische cathinonen (223 blootstellingen). Ook het aantal telefonische informatieverzoeken voor designer- en niet-geregistreerde benzodiazepinen neemt toe bij het NVIC.

Snel naar:

- Drugsgerelateerde incidenten
- Informatieverzoeken over acute vergiftigingen
- 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]. In 2022 droegen 18 diensten actief bij aan de registratie: drie ambulancediensten, zeven SEH-afdelingen en vijf afdelingen forensische geneeskunde. 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 hulpverleners over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen [2]. Het NVIC is onderdeel van de Divisie Vitale Functies van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en is telefonisch te raadplegen via de 24-uursinformatietelefoon. De meeste drugsgerelateerde telefonische informatieverzoeken hebben betrekking op een patiënt die in aanraking is gekomen met een middel: een blootstelling. Een blootstelling leidt niet per definitie tot vergiftigingsverschijnselen, het gaat dus om een mogelijke/potentiële vergiftiging. Naast de mogelijkheid om het NVIC telefonisch te raadplegen, kunnen hulpverleners via de website www.vergiftigingen.info toxicologische informatie opvragen voor bijvoorbeeld een risicoanalyse om de ernst van een blootstelling te berekenen, of om rechtstreeks stofmonografieën en therapieteksten te raadplegen (zonder uitvoering van een risicoanalyse). De website kan worden geraadpleegd bij een daadwerkelijke blootstelling van een patiënt, maar ook ter oriëntatie of bijscholing.

Tot slot verzamelt het Euro-DEN Plus project gegevens over de aard en omvang van drugsgerelateerde spoedgevallen van een netwerk van ziekenhuizen in Europa. Een recente studie

onderzocht alle NPS-gerelateerde spoedgevallen die tussen 2014 en 2019 werden gerapporteerd door de medische centra het Euro-DEN Plus netwerk [3]. Bij de interpretatie van deze gegevens dient rekening gehouden worden met een aantal kanttekeningen. Het aantal drugsgerelaateerde spoedgevallen is in een aantal landen erg laag, daarom moeten percentages met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Daarnaast worden bij de meeste drugsgerelateerde spoedgevallen vaak een combinatie van meer dan één drug of alcohol gemeld, waardoor het effect van een bepaald middel moeilijk te bepalen is. Bovendien wordt het combinatiegebruik met alcohol niet in alle medische centra systematisch verzameld en gerapporteerd. Tot slot zijn er in sommige jaren lage aantallen drugsgerelateerde spoedgevallen met NPS gerapporteerd, daarom moeten de percentages met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Drugsgerelateerde incidenten

In 2022 werden in totaal 6.411 drugsincidenten geregistreerd [1]. Met uitzondering van 3/4-MMC (zie hieronder) is het aantal meldingen van gezondheidsincidenten met NPS relatief gering (<1% voor alle NPS samen exclusief 3-/4-MMC). Wel valt op dat het aantal gemelde intoxicaties met designer benzodiazepines gestaag toeneemt (van 1 in 2018 naar 30 incidenten in 2020). Veelal ging het bij deze incidenten om een combinatie met gereguleerde benzodiazepinen (op voorschrift of uit het illegale circuit) en/of andere drugs.

Bij de MDI geregistreerde blootstellingen aan NPS, per stofgroep. Peiljaar 2022.

Middel	Blootstellingen
Fenylethylaminen	121
Designer benzodiazepinen	34
Arylcyclohexylaminen (excl. ketamine)	10
Cathinonen (excl. 3/4-MMC)	7
Indol alkaloïden (tryptaminen)	3
Synthetische Cannabinoïden	3
Overig	17

3-/4-MMC

In 2022 werd het gebruik van 3-/4-MMC[1] geregistreerd bij 396 (6%) van de 6.411 geregistreerde drugsincidenten, waarvan 168 (42%) als enige gebruikte drug (monogebruik) met of zonder alcohol. In 2018 werden bij de NDM de eerste incidenten met 3-/4-MMC geregistreerd. Sindsdien neemt zowel het aantal als aandeel meldingen bij de MDI van incidenten met 3- of 4-MMC jaar-op-jaar sterk toe. In 2022 was bij 6% van de geregistreerde incidenten sprake van 3-/4-MMC-gebruik. In 2021 was dit nog 3%, in 2020 2%, in 2019 0,4% en in 2018 0,2%. Deze toename deed zich voor bij EHBO-posten, ambulancediensten en MDI- en LIS-ziekenhuizen. De plaatsing van 3-MMC op de Opiumlijst in oktober 2021 lijkt dus niet te hebben geleid tot een afname in incidenten. Vermoedelijk was echter een substantieel deel van de als 3/4-MMC geregistreerde incidenten eigenlijk het gevolg van 3-CMC-gebruik. Sinds het verbod op 3-MMC bevatten als 3-MMC gekochte poeders namelijk vaak 3-CMC, een ander (sterk op 3-MMC lijkend) cathinon (zoals is beschreven op deze pagina).

- In 2022 werd 15% van de 163 geregistreerde incidenten met 3-/4-MMC als enige gebruikte drug (met of zonder alcohol) gemeld door ambulancediensten, 11% door SEH-MDI-ziekenhuizen, 7% door SEH-LIS-ziekenhuizen, 4% door forensisch artsen en 64% door EHBO’s.
- Het aandeel incidenten met (onder andere) 3-/4-MMC op feesten (10% van het totaal in 2022 gemelde incidenten bij EHBO-posten) is vergelijkbaar met ketamine (11%), cannabis (10%), cocaïne (9%) en amfetamine (8%). Het aandeel 3-/4-MMC intoxicaties op EHBO-posten is hoger onder Nederlandse ingezetenen (12%) dan onder toeristen (3%).
- De klachten die voorkomen bij 3-/4-MMC-intoxicaties lijken qua klinisch beeld enigszins op dat van andere ‘uppers’: verhoogde hartslag, bloeddruk en ademhaling, hartkloppingen, pijn op de borst, insulten en hartritmestoornissen. Patiënten hadden ook vaak last van angst en/of opwinding. Eén op de tien patiënten (bij wie de bewustzijnstoestand bekend was) was bewusteloos.
- Patiënten met een 3-/4-MMC intoxicatie zijn relatief jong. De mediane leeftijd van patiënten met een 3-/4-MMC-intoxicatie bedroeg in 2022 23 jaar. Dat is vergelijkbaar met die van ecstasy (23 jaar) en lachgas (22 jaar) en beduidend lager dan die van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie (28 jaar).
- 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 2020 zijn voor het eerst matige en ernstige intoxicaties met 3-/4-MMC (als enige drug, met of zonder alcohol) geregistreerd, voorheen waren incidenten met 3-/4-MMC uitsluitend licht van aard. In 2022 was het aandeel ernstige incidenten 34%. Op EHBO’s waren intoxicaties met 3-/4-MMC voornamelijk licht van aard (73%).
- In 2022 zijn er relatief vaker dan voorheen incidenten gemeld waarbij gebruik van 3-/4-MMC als enige drug (met of zonder alcohol) voor gezondheidsverstoringen heeft gezorgd: in 2018 was in 89% van de geregistreerde gevallen sprake van combinatiegebruik, tegenover 49% in 2022.

Incidenten met 3/4-MMC als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2022

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO-posten
Aantal incidenten	25	18	12	6	107
% van het totaal aantal drugsincidenten met 3-/4-MMC (n=163)	15%	11%	7%	4%	64%
% van het totaal aantal drugsincidenten binnen de dienst	3%	2%	1%	1%	5%
Man*	64%	78%	67%	83%	46%
Leeftijd: < 25 jaar*	72%	67%	58%	67%	74%
Ook alcohol gebruikt*	73%	47%	33%	0%	22%
Mate van intoxicatie*					
Licht	16%	8%	-	0%	73%
Matig	0%	42%	-	33%	11%
Ernstig	84%	50%	-	67%	16%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. Mate van intoxicatie: Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. 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.

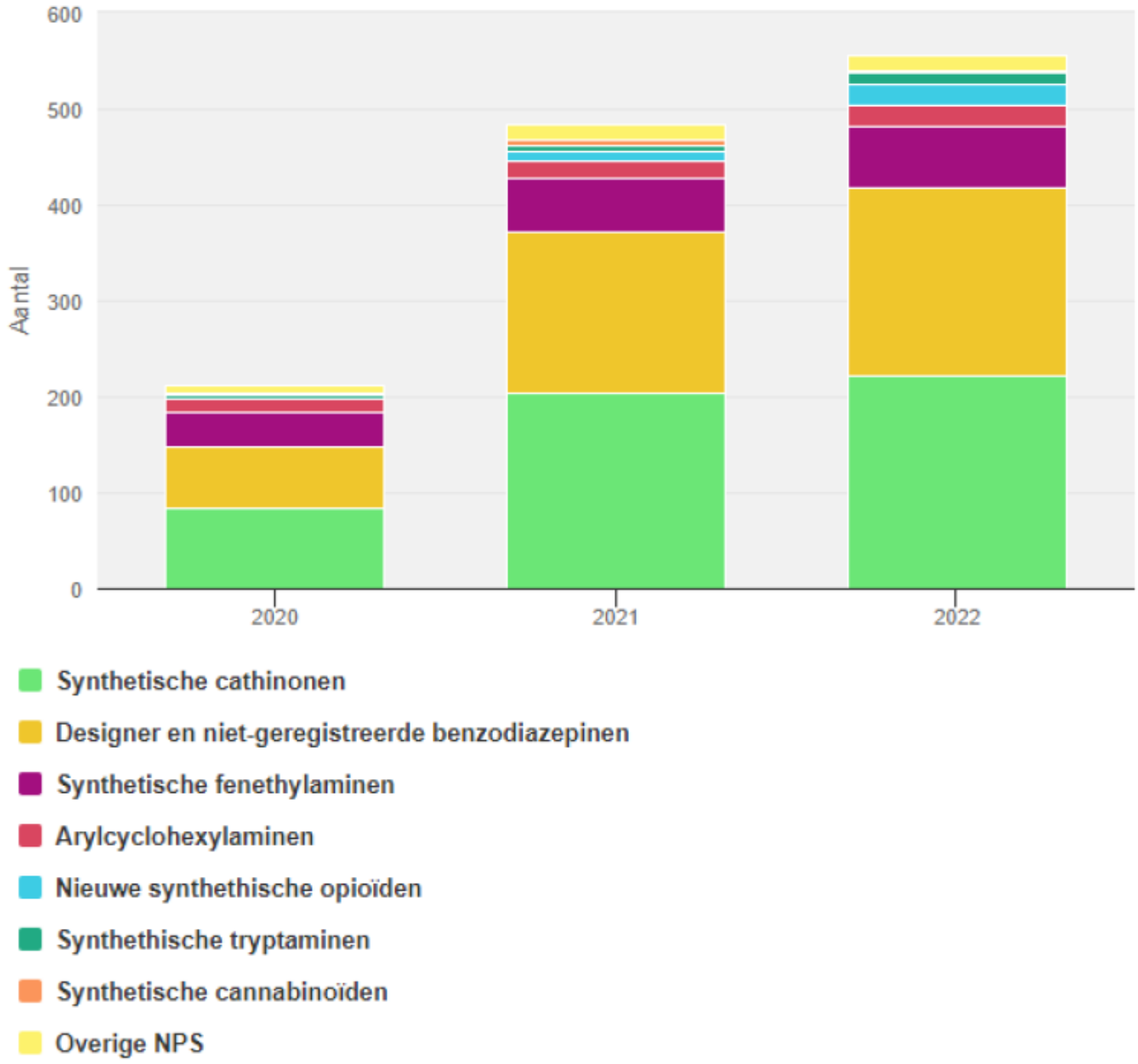
Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

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

hieronder genoemde gegevens betreffen enkel informatieverzoeken, dit geeft geen informatie over het daadwerkelijke aantal NPS-blootstellingen of -vergiftigingen. Ook de mate waarin de hulpverleners kennis hebben (opgebouwd) over het middel zal van invloed zijn op het aantal informatieverzoeken. Bij het interpreteren van trendgegevens moet hier rekening mee worden gehouden. Daarnaast bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute vergiftigingen.

- In 2022 ontving het NVIC 555 telefonische informatieverzoeken voor NPS. Dat is een toename ten opzichte van de 484 telefonische informatieverzoeken in 2021. De stijging is echter minder fors vergeleken met de stijging tussen 2020 en 2021. In 2021 en 2022 ging het om ruim 30% van het totale aantal drugsmeldingen bij personen van 13 jaar en ouder.
- Het NVIC ontving de meeste meldingen over synthetische cathinonen (223 telefonische informatieverzoeken), gevolgd door de designer- en niet-geregistreerde benzodiazepinen (195 telefonische informatieverzoeken). Bij beide groepen is er de afgelopen jaren sprake van een toename. Dit komt overeen met signalen uit ander onderzoek, die wijzen op een toename van het gebruik van synthetische cathinonen (met name 3-MMC) in Nederland en Europa. De toename van designer en niet-geregistreerde benzodiazepinen is ook in lijn met de trend die sinds de afgelopen jaren in Europa te zien is.
- Het NVIC ontving de meeste telefonische informatieverzoeken voor het synthetische cathinon 3-MMC, maar het aantal telefonische informatieverzoeken voor deze drug is met ruim een kwart afgenomen (118 telefonische informatieverzoeken in 2022 tegenover 158 in 2021). Volgens het NVIC heeft mogelijk het verbod op 3-MMC in oktober 2021 geleid tot een afname van het aantal telefonische informatieverzoeken voor deze drug. Het aantal telefonische informatieverzoeken voor 4-MMC (verboden sinds mei 2012) is gestegen van 25 in 2021 naar 42 in 2022. Het is niet duidelijk wat deze stijging betekent, wel laat Het Grote Uitgaansonderzoek 2023 een toename zien in 4-MMC gebruik (lees daarover meer op deze pagina).
- Het aantal telefonische informatieverzoeken voor designer en niet-geregistreerde benzodiazepinen lijkt af te nemen, nadat ze op de Opiumlijst zijn geplaatst (o.a. voor clonazolam, diclazepan, etizolam en flualprazolam in oktober 2021). Sinds 2021 werd het NVIC echter geraadpleegd over elf nieuwe soorten designer benzodiazepinen (o.a. bromazolam, norflurazepam, gidazempam en flubrotizolam). Volgens het NVIC zou dit kunnen samenhangen met een verplaatsing van de drugsmarkt, van verboden stoffen naar varianten die nog niet op de Opiumlijst zijn geplaatst.
- Het aantal telefonische informatieverzoeken voor nieuwe synthetische opioïden is verdubbeld van 10 telefonische informatieverzoeken in 2021 naar 22 in 2022. Op één informatieverzoek na, betroffen al deze informatieverzoeken O-DSMT (een actieve metaboliet van het geneesmiddel tramadol). O-DSMT heeft een sterkere (pijnstillende) werking dan tramadol, de toxische effecten zijn vergelijkbaar.

Verdeling van de telefonische informatieverzoeken voor NPS bij personen van 13 jaar en ouder over de verschillende NPS-stofgroepen van 2020 tot en met 2022



	"Synthetische cathinonen"	"Designer en niet-geregistreerde benzodiazepinen"	"Synthetische fenethylaminen"	"Arylcyclohexylaminen "	"Nieuwe synthethische opioïden"	"Synthethische tryptaminen"	"Synthetische cannabinoïden"	"Overige NPS"
2020	84	65	36	13	0	4	2	8
2021	205	168	56	18	10	6	5	16
2022	223	195	65	22	22	11	3	15

Aantal telefonische informatieverzoeken voor synthetische cathinonen bij personen van 13 jaar en ouder in 2022

Synthetische cathinonen	223
3-Methylmethcathinon (3-MMC)	118
4-Methylmethcathinon (4-MMC, Mefedron)	42
3-Chloormethcathinon (3-CMC)	20
Alfa-pyrrolidinoisohexiofenon (Alfa-PiHP)	13
Alfa-pyrrolidinohexiofenon (Alfa-PHP)	8
2-Methylmethcathinon (2-MMC)	6
3-MMC of 4-MMC (twijfel)	3
N-ethyl-pentedron (NEP)	3
Alfa-pyrrolidinopentiofenon (Alfa-PVP, "Flakka")	2
3-CMC of 4-CMC (twijfel)	2
Eutylon (ED-DB)	2
4-Methyl-alfa-pyrrolidinohexiofenon (MPHP)	1
Alfa-pyrrolidinocyclohexylfenon (Alfa-PCYP)	1
Blue Lust (bevat mogelijk 3-MMC)	1
Onbekende synthetische cathinon	1

Aantal telefonische informatieverzoeken voor designer- en niet-geregistreerde benzodiazepinen bij personen van 13 jaar en ouder in 2022

Designer- en niet-geregistreerde benzodiazepinen	195
Bromazolam	44
Pyrazolam	35
Flubromazolam	31
Flunitrazolam	26
Norflurazepam	18
Flubromazolam	12
Etizolam	5
Flubrotizolam (FANAX)	5
Gidazepam (hidazepam, hydazepam)	5
Fluetizolam	4
Deschlooretizolam	3
Broomnordiazepam	3
Diclazepam	1
Flutazolam	1
Norflunitrazepam	1
Onbekende designer- of niet-geregistreerde benzodiazepine	1

Aantal telefonische informatieverzoeken voor synthetische fenethylaminen bij personen van 13 jaar en ouder in 2022

Synthetische fenethylaminen	65
4-Broom-2,5-dimethoxyfenethylamine (2C-B)[1]	22
2-Fluormethamfetamine (2-FMA)	13
4-Fluormethamfetamine (4-FMA)	8
5/6-(2-Aminopropyl)benzofuraan (5/6-APB, "Benzofury")	7
5-(2-Methylaminopropyl)benzofuraan (5-MAPB)	6
3-Fluoramfetamine (3-FA)	2
4-Fluoramfetamine (4-FA/4-FMP)[1]	1
2-Fluoramfetamine (2-FA)	1
2,5-Dimethoxy-4-chlooramfetamine (DOC)	1
3,4-Methyleendioxyamfetamine (MDA)	1
3,4-Methyleendioxy-N-methylfentermine (MDMP)	1
3-Fluormethamfetamine (3-FMA)	1
4-Methylmethamfetamine (4-MMA)	1

1. Vanaf 2020 is op www.vergiftigingen.info informatie beschikbaar over 2C-B en 4-fluoramfetamine. In 2022 zijn er 51 risicoanalyses uitgevoerd voor 2C-B en 40 risicoanalyses voor 4-fluoramfetamine.

Aantal telefonische informatieverzoeken voor arylcyclohexylaminen bij personen van 13 jaar en ouder in 2022

Arylcyclohexylaminen	22
2-Fluordeschloorketamine (2-FDCK)	7
Deschloorketamine (DCK)	5
3-Methoxyfencyclidine (3-MeO-PCP)	3
Eticyclidone (O-PCE)	3
Deoxymethoxetamine (DMXE)	3
3-Methoxyeticyclidine (3-MeO-PCE)	1

Aantal telefonische informatieverzoeken voor nieuwe synthetische opioïden bij personen van 13 jaar en ouder in 2022

Nieuwe synthetische opioïden	22
O-desmethyltramadol (O-DSMT)	21
Desomorfine ("krokodil")	1

Aantal telefonische informatieverzoeken voor synthetische tryptaminen bij personen van 13 jaar en ouder in 2022

Synthetische tryptaminen	11
5-Methoxy-N,N-dimethyltryptamine (5-MeO-DMT)	3
4-Hydroxy-N-methyl-N-ethyltryptamine (4-HO-MET, metocine)	2
N-N-dimethyltryptamine (DMT)	2
4-Acetoxy-N,N-diethyltryptamine (4-AcO-DET)	1
4-Acetoxy-N-ethyl-N-methyltryptamine (4-AcO-MET)	1
4-Hydroxy-N-methyl-N-isopropyltryptamine (4-HO-MiPT)	1
5-Methoxy-N-methyl-N-isopropyltryptamine (5-MeO-MiPT)	1

Aantal telefonische informatieverzoeken voor synthetische cannabinoïden bij personen van 13 jaar en ouder in 2022

Synthetische cannabinoïden	2
JWH-210	2

Aantal telefonische informatieverzoeken voor overige NPS bij personen van 13 jaar en ouder in 2022

Overige NPS	15
4-Fluormethylfenidaat (4-FMPH)	4
1-Propionyl-lysergínezuurdi-ethylamide (1p-LSD)	3
Alegria forest fruits[1]	2
3-Fluorfenmetrazine (3-FPM)	1
2-Fluorfenmetrazine (2-FPM)	1
5-Methylmethiopropamine (5-MMPA, "mefedreen")	1
Alegria ocean magic[1]	1
Ethylfenidaat	1
Pink Star pellets (bevat mogelijk 5-MAPB, 2-FMA, 5-MeO-MiPT)	1

1. Alegria forest fruits en Alegria ocean magic bevatten vermoedelijk een combinatie van verschillende NPS. In 2022 ging het mogelijk om 3-CMC, 6-APB, 2-FA en 4-HO-MET in Alegria forest fruits en 3-CMC, 6-APB, 2-FA en 2C-B-Fly in Alegria ocean magic.

NPS-intoxicaties in Europa

Het Euro-DEN Plus project verzamelt gegevens over de aard en omvang van drugsgerelateerde spoedgevallen in een netwerk van ziekenhuizen in Europa. Een recente studie onderzocht alle NPS-gerelateerde spoedgevallen die tussen 2014 en 2019 werden gerapporteerd door de medische centra van het Euro-DEN Plus netwerk [3]. In totaal ging het om 36 medische centra in 24 Europese landen.

- Van alle 43.633 drugsgerelateerde spoedgevallen die tussen 2014 en 2019 werden gerapporteerd, werd bij 7,6% het gebruik van enige NPS gerapporteerd. De meeste van deze spoedgevallen hielden verband met synthetische cannabinoïden (44,9%) en synthetische cathinonen (33,5%). Bij meer dan de helft (66,5%) van de spoedgevallen met synthetische cathinonen ging het om mefedron (4-MMC).
- Tussen 2014 en 2019 was er een afname in NPS-gerelateerde spoedgevallen, zowel in absolute aantallen als procentueel.
- Bij 40% van de NPS-gerelateerde spoedgevallen was er sprake van combinatiegebruik (exclusief alcohol). GHB en methamfetamine werden vaker gebruikt in combinatie met synthetische cathinonen dan met synthetische cannabinoïden.
- Bij spoedgevallen gerelateerd aan NPS was opname minder vaak nodig dan bij spoedgevallen gerelateerd aan andere drugs (3,6% versus 6,1%). Wel was de opnameduur langer in het geval van NPS (mediaan 5,1 uur versus 4,7 uur).
- Tussen 2014 en 2019 overleden er 15 patiënten (0,5%) na het gebruik van NPS. Van hen kwamen 11 patiënten de spoedeisende hulp binnen met een hartstilstand. Bij 7 overlijdens was mefedron/metedron betrokken, en bij 4 overlijdens waren synthetische cannabinoïden betrokken. Bij 11 van de 15 overlijdens was er sprake van combinatiegebruik met andere drugs dan NPS. Lees meer over sterfte gerelateerd aan NPS op deze pagina.

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor Drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Trimbos-insituut en VeiligheidNL; 2024.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2022: NVIC Rapport 01/2023. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2023.
3. Crulli B, Dines AM, Blanco G, Giraudon I, Eyer F, Liechti ME, et al. Novel psychoactive substances-related presentations to the emergency departments of the European drug emergencies network plus (Euro-DEN plus) over the six-year period 2014-2019. Vol. 60, Clinical toxicology (Philadelphia, Pa.). Euro-DEN Plus Research Group; 2022. p. 1318–1327.

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. 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].

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].

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'). In april 2021 heeft het CAM een risicobeoordeling voor 3-MMC uitgevoerd [9]. 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 [10].
- 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 [11]. Tot 2015 waren er 32 fatale incidenten beschreven in de wetenschappelijke literatuur en nog eens 101 geregistreerd door het EMCDDA [12]. In Zweden werd tussen 2013 en 2015 alfa-PVP in 43 patiënten geïdentificeerd. In bijna alle gevallen hadden ze ook andere drugs geconsumeerd [13].
- Er zijn ook enkele gemelde sterfgevallen geassocieerd met 3-MMC [6,7] en andere synthetische cathinonen. In 2021 ging het om 26 sterfgevallen met synthetische cathinonen in 7 landen in Europa, voornamelijk in Oostenrijk (7 gevallen, tegenover 2 gevallen in 2020), Hongarije (7 gevallen) en Finland (6 gevallen) [8].

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. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
9. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs C. Risicobeoordeling 3-Methylmethcathinon (3-MMC [Internet]. 2021. Available from: https://www.rivm.nl/documenten/risicobeoordelingsrapport-3-mmc
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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. 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].
- Het aantal sterfgevallen dat in verband is gebracht met synthetische cannabinoïden daalde in 2021 tot 16 in Hongarije (34 in 2020) en tot 46 in Turkije (49 in 2020) [20].

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.
20. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.

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 2021 meldden de EU-lidstaten ongeveer 140 sterfgevallen waarbij fentayl was betrokken. Er wordt echter aangenomen dat een aanzienlijk deel hiervan verband houdt met het medisch gebruik van fentanyl [10].
- 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]. Voorlopige gegevens uit 2022 van Estland laten een verdubbeling van het aantal stergevallen gerelateerd aan synthetische opioïden zien (73 in 2022 tegenover 39 in 2021). Het aantal stergevallen waarbij benzimidazolen betrokken waren, steeg van 10% (4/37) in 2021 tot 37% (29/79) in 2022 (protonitazeen, metonitazeen en isotonitazeen) [10].

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) [11]. 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 [12]. Problematische opioïdengebruikers maken vaak misbruik van benzodiazepinen en hebben daardoor een hoog risico op ziekte en sterfte [13].

- 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 [14].

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. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
11. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

12. 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
13. 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
14. 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

In het kort: De NPS-markt is dynamisch en verandert snel. NPS worden voornamelijk geproduceerd in China en India. Sommige (legale) NPS zijn verkrijgbaar via specifieke webshops op het internet. Het aantal NPS-monsters dat is aangekocht via online webshops is de afgelopen jaren constant gebleven.

Snel naar:

- Productielocaties
- NPS-verkoop via online webshops

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft de wijze waarop gebruikers hun NPS verkrijgen. Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) kijkt onder andere naar het aandeel drugsmonsters, ingeleverd door consumenten, dat 'online' versus offline wordt gekocht [1]. De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven [2], onder andere door een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven.

Aangezien de NPS-markt snel verandert, is het mogelijk dat deze gegevens niet de huidige situatie weergeven.

Productielocaties

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 [3].

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 [3].

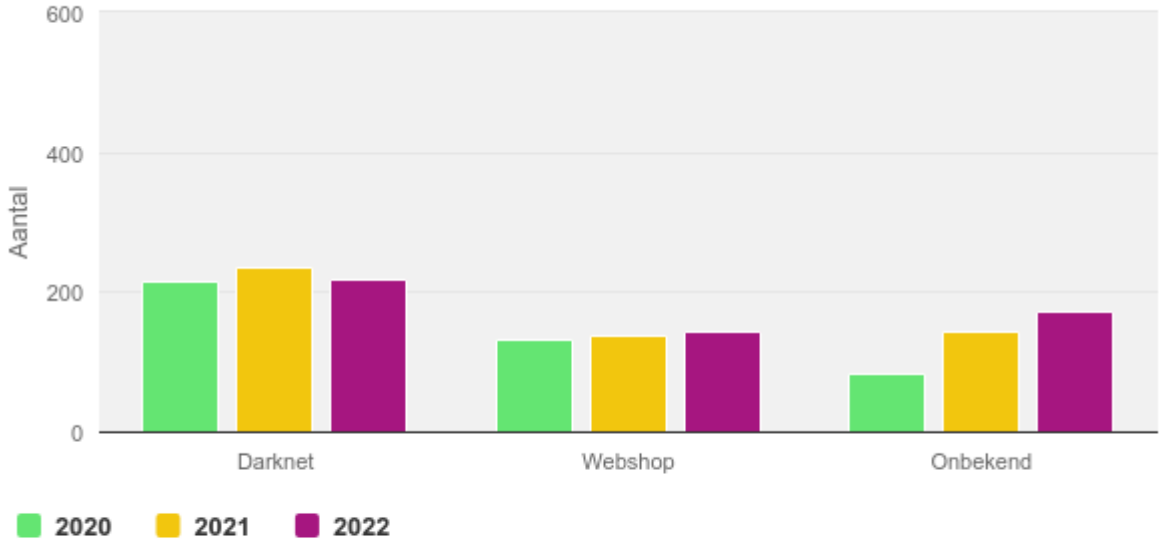
- In 2019 werden in Europa voor het eerst minder nieuwe fentanyl-derivaten gerapporteerd dan andere (niet-fentanyl) synthetische opioïden.
- Dit is een zorgelijke ontwikkeling, aangezien het generieke NPS-verbod dat in Nederland ingevoerd moet worden alleen betrekking heeft op fentanyl-achtige stoffen en niet op andere synthetische opioïden.

NPS-verkoop via online webshops

Omdat NPS veelal (nog) niet onder de drugswetgeving zijn gebracht, worden ze vaak online gekocht [4], bijvoorbeeld via specifieke webshops die via Google te vinden zijn [1].

- In 2022 werden bij het DIMS 610 drugsmonsters (3,4% van het totaal) aangeboden die online gekocht waren door de gebruikers. Ten opzichte van 2020 (467 drugsmonsters; 5,8% van het totaal) en 2021 (537 drugsmonsters; 5,2% van het totaal) is het aandeel online gekochte drugsmonsters wat afgenomen, met name van het darknet. 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 [1].
- Het aantal drugsmonsters aangekocht via een webshop is de afgelopen jaren constant gebleven. Het gaat bij deze categorie wel uitsluitend om NPS die nog niet op een van de lijsten van de Opiumwet zijn geplaatst [1].
- Uit de panelstudie van de Antenne-monitor Amsterdam in 2021 [2] kwam 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. De verwachting is dat een groot deel van de middelen die nu legaal verkocht worden naar de illegale markt verplaatst worden [4].
- Hoewel middelen als 4-MMC, 3-MMC en 4-FA/4-FMP al enige tijd verboden zijn, blijven ze volgens panelleden in beperkte mate verkrijgbaar. De prijzen liggen echter fors hoger dan voor het verbod. De 2C-B markt blijft stabiel [3].
- 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 [5].

Online aangekochte drugsmonsters aangeleverd bij het DIMS, onderverdeeld naar bron



Bij de categorie "onbekend" is het duidelijk dat een drugsmonster op internet is aangekocht, maar is het niet duidelijk uit de data op te maken of dit via het reguliere internet is gebeurd, of via darknet. Bron: DIMS, Trimbos-instituut

NDM

	2020	2021	2022
Darknet	216	234	217
Webshop	133	138	144
Onbekend	83	144	171

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D, Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.

4. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
5. 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

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 5% 2C-B. 2C-B is (samen met cocaïne en speed) daarmee het tweede meest geteste middel bij het DIMS, na MDMA (in pil of kristalvorm).

Snel naar:

- "Officiële" NPS bij het DIMS volgens EMCDDA
- "Actuele" NPS bij het DIMS

Gegevensbronnen

Deze pagina beschrijft de samenstelling van NPS op de Nederlandse consumentenmarkt, op basis van gegevens van het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Het 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 ('drug of choice') 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.

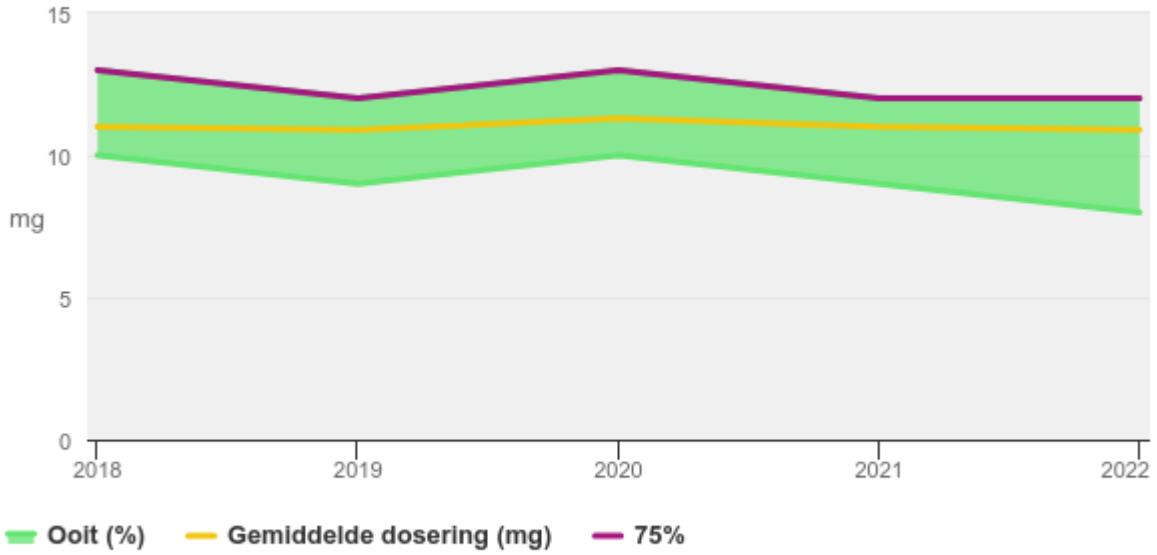
"Officiële" NPS bij het DIMS volgens EMCDDA

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 ('drug of choice').

2C-B

- In 2022 betrof 5,2% van het totaal aangeleverde drugsmonsters 2C-B. 2C-B was, na ecstasy/MDMA, samen met cocaïne en speed de meest ingeleverde drug bij het DIMS.
- In 2022 bevatte 90,0% van de als 2C-B verkochte monsters daadwerkelijk de stof 2C-B. Relatief veel 2C-B monsters (80,4%) bevatten echter ook aanvullende vervuilingen. Waarschijnlijk gaat het in de meeste gevallen om zogeheten bijproducten van de synthese. Vrijwel alle vervuilingen die in 2C-B monsters (die ook 2C-B bevatten) gevonden worden zijn “onbekende stoffen”. Dit zijn stoffen die het lab wel kan zien, maar niet kan kwantificeren. Het ging in 2022 om 12 stoffen die samen in totaal 313 keer voorkwamen. Andere vervuilingen komen relatief weinig voor, bijvoorbeeld: 2,5-Dimethoxyfenethylamine (2,4%; 8 keer) en ketamine (1,5%; 4 keer).
- De dosering 2C-B die in tabletten aanwezig is ligt al jaren rond de 11 milligram per tablet. De 2C-B dosering waarbinnen de helft van de 2C-B tabletten valt (mg) is in 2022 groter dan voorgaande jaren.

Trend in de gemiddelde dosering (mg) 2C-B in 2C-B pillen en de range waarbinnen de helft (25-75%) van de 2C-B pillen valt qua concentratie



Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

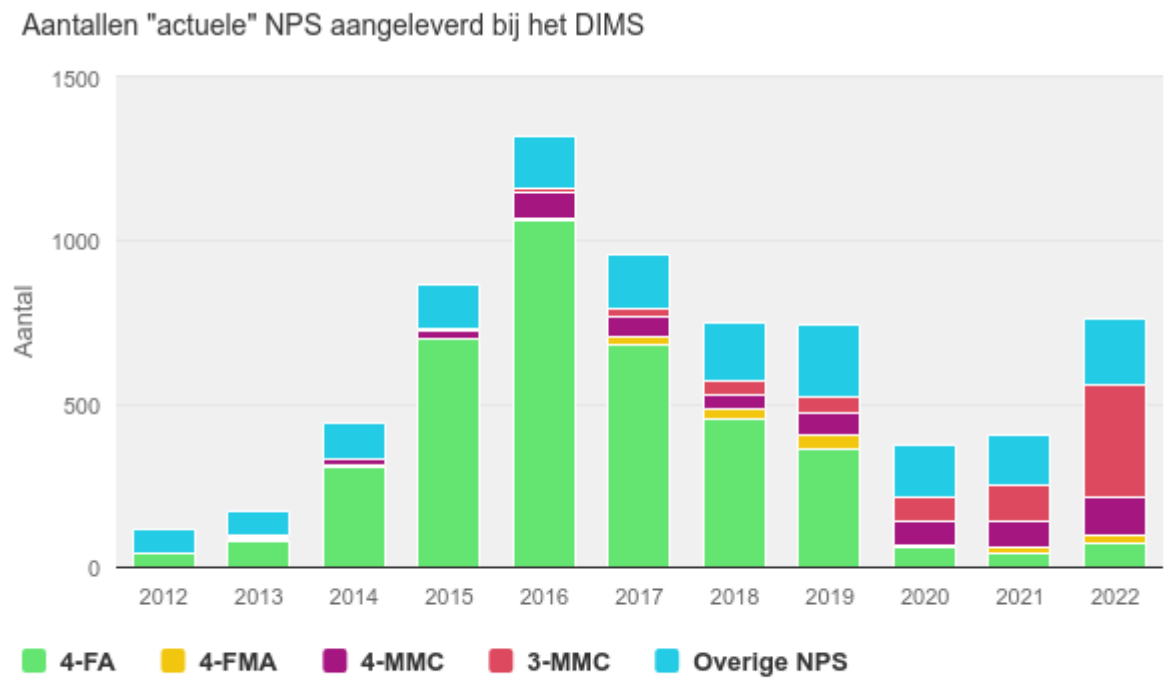
NDM

	Gemiddelde dosering (mg)	25%	75%
2018	11,0	10	13
2019	10,9	9	12

	Gemiddelde dosering (mg)	25%	75%
2020	11,3	10	13
2021	11,0	9	12
2022	10,9	8	12

"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. Over het algemeen worden weinig NPS aangeleverd voor analyse bij het DIMS. 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 in 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 2022 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, Trimbos-instituut

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
2019	363	42	68	51	219

	4-FA	4-FMA	4-MMC	3-MMC	Overige NPS
2020	62	8	72	75	157
2021	43	19	79	110	152
2022	73	26	119	339	203

De 10 meest bij het DIMS aangeleverde “overige” NPS in 2022

Stof	Frequentie
6-APB	46
3-CMC	17
2C-B-FLY	9
Etizolam	8
5-MeO-DMT	6
1P-LSD	5
2-FDCK	5
4-FMPH	5
5-MAPB	5
4-HO-MET	4

Let op, het gaat hier om aangeleverde monsters van een bepaalde stof, zonder in te gaan op de daadwerkelijke aanwezigheid hiervan. Bron: DIMS, 2023

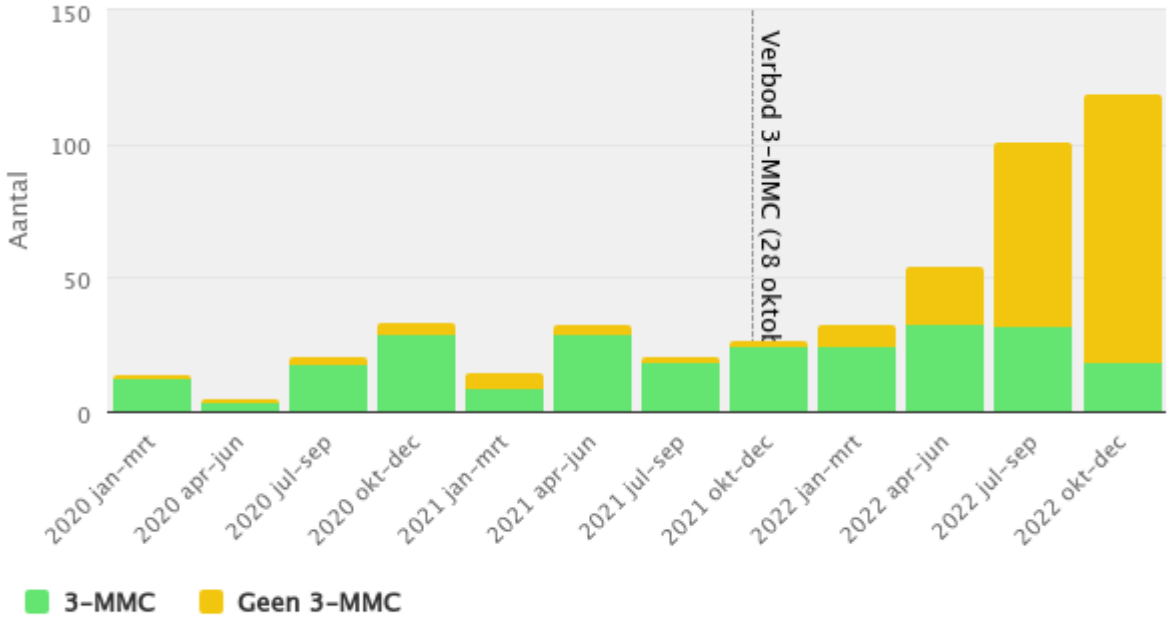
Fenylethylamines: 4-FA/4-FMA

- 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 in 2016 en het verbod in 2017 is de vraag naar 4-FA afgenomen. Sinds het verbod wordt op veel webshops het legale alternatief 4-FMA (een middel met ongeveer dezelfde effecten) aangeboden. In 2022 werden beide stoffenechter nog nauwelijks aangeleverd.

Cathinonen: 4-MMC en 3-MMC

- De meest voorkomende “actuele” NPS is 3-MMC, gevolgd door 4-MMC. Dat zijn 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. Sinds het verbod op 3-MMC worden er per kwartaal meer samples gekocht als 3-MMC aangeleverd bij het DIMS. Vanaf de tweede helft van 2022 bevat een steeds groter aandeel van de aangeleverde 3-MMC monsters geen 3-MMC, maar verschillende vervuilingen. In het begin ging het vaak om een mengsel van 3-MMC, 3-CMC en/of dimethylpentylon, later in het jaar bleken steeds meer monsters het toen nog legale 3-CMC te bevatten.
- Hoewel 3-MMC en 4-MMC ongeveer evenveel als ‘drug of choice’ aangekocht worden, laten laboratoriumanalyses zien dat 3-MMC veel vaker wordt aangetroffen als 4-MMC. Dat komt doordat 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.

Inhoud van labsamples verkocht als 3-MMC



Bron: DIMS, Trimbos-instituut

NDM

	3-MMC	Geen 3-MMC
2020 jan-mrt	13	1
2020 apr-jun	4	1
2020 jul-sep	18	3
2020 okt-dec	29	5
2021 jan-mrt	9	6
2021 apr-jun	29	4
2021 jul-sep	19	2
2021 okt-dec	25	2

	3-MMC	Geen 3-MMC
2022 jan-mrt	25	8
2022 apr-jun	33	22
2022 jul-sep	32	69
2022 okt-dec	19	100

Nieuwe benzodiazepinen

- Terwijl in Europa een stijgende trend is in het gebruik van (nieuwe) benzodiazepinen die niet zijn geregistreerd als geneesmiddel, lijkt dit in Nederland nog niet direct het geval.
- Designer benzodiazepinen worden bij het DIMS relatief weinig gezien, maar winnen wel aan populariteit. Etizolam werd het meest aangetroffen, gevolgd door bromazolam. 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 monitoren van de inhoud van deze stoffen dan ook een uitdaging.

Synthetische cannabinoïden

- 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.

Synthetische opioïden

- In tegenstelling tot andere Europese landen worden er relatief weinig synthetische opioïden aangetroffen in Nederland. In 2022 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.

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.

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

In het kort: Een pil 2C-B kostte in 2022 gemiddeld 4,60 euro. De gemiddelde prijs voor een pil 2C-B is al jaren stabiel. De gemiddelde prijs voor een gram 3-/4-MMC of een pil 4-FA is toegenomen, waarschijnlijk komt dit door het verbod op deze middelen.

Gegevensbronnen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) [1–3] en de Amsterdamse Antenne-monitor [4] geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor NPS. Vergeleken met de traditionele drugs worden relatief weinig NPS monsters (met uitzondering van 2C-B en 3-MMC) bij het DIMS aangeboden, waardoor er voor deze middelen geen reële prijsindicatie kan worden gegeven.

- Consumenten die drugsmonsters aankochten als NPS en bij het DIMS lieten testen betaalden in 2022 gemiddeld 4,50 euro per 2C-B pil; de helft van de 2C-B pillen kostte tussen de 4 en 5 euro [1].
- De gemiddelde prijs voor een gram 3-MMC was in 2021 20,50 euro; de helft van de poeders kostte tussen de 15 en 25 euro [2]. In 2020, toen 3-MMC nog niet verboden was, lag de prijs met gemiddeld 13,70 euro per gram een stuk lager. De helft van de poeders kostte toen tussen de 10 en 18,50 euro.
- Andere NPS worden te weinig bij DIMS aangeboden om een reële prijsindicatie te kunnen geven. In 2019 was de prijs van 4-FA 5,60 euro per pil en 8,50 euro per gram poeder [3].

Prijs (€) per 2C-B pil op consumentenniveau

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal monsters (n)	102	153	268	308	425	531	1151	788	873	932
Gemiddelde (€)	4	4	4	6	5	4	4	5	5	5
Interkwartiel (€)[I]	3-5	3-5	3-5	3,40-5	3,50-5	3,20-5	3,50-5	4-5	4-5	4-5

I. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit dus nog boven deze

In het Antenne-onderzoek 2021 [4] werden over het algemeen hogere prijzen genoemd door sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven. Met name door het verbod op 3-MMC (2021) en 4-

FA (2017) lijkt de prijs te zijn gestegen:

- Voor het verbod lag de prijs van 3-MMC op ongeveer 6-8 euro per gram. Na het verbod op 3-MMC liggen de prijzen een stuk hoger; in 2021 kostte een gram 3/4-MMC 30 euro. In sommige kringen zijn bulkaankopen gedaan in verband met de verwachte prijsstijging na het verbod.
- In 2018 nam de prijs van 4-FA toe van 4-5 euro per pil naar gemiddeld 7 euro per pil en in 2021 is de prijs verder gestegen naar 10 euro 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.
- Een pil 2C-B kost 5-6 euro. De markt van 2C-B is stabiel gebleven ten opzichte van voorgaande jaren.

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
2. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
3. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2020 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
4. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.



GHB

9.0 Laatste feiten en trends

Volwassenen

GHB-gebruik ooit in het leven (2022)



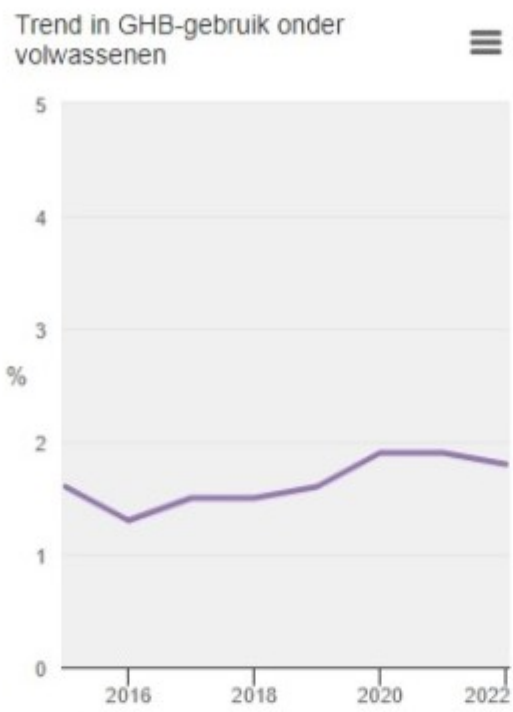
1,8%

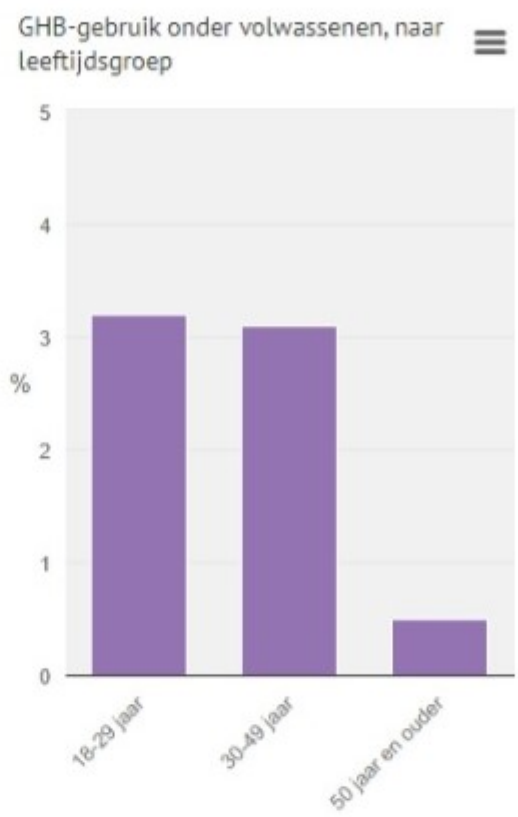


1,3%



2,3%





Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

NDM

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

NDM

- In 2022 heeft 1,8% van de volwassenen ooit in het leven GHB gebruikt, dat zijn 250.000 mensen.
- Meer mannen hebben ervaring met GHB dan vrouwen.
- Tussen 2015 en 2022 schommelde het ooitgebruik van GHB in de algemene bevolking tussen 1,3% en 1,9%.
- Het ooitgebruik van GHB lag in 2022 het laagst onder volwassenen van 50 jaar en ouder.
- 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.

Jongeren en jongvolwassenen

Voorgezet onderwijs	Hbo-wo-studenten	Uitgaanders
12-16 jaar	≥16 jaar	16-35 jaar
ooit (2019)	ooit (2023)	laatste jaar (2023)



0,3%



1%



3,3%

- Scholieren van het regulier onderwijs hebben weinig ervaring met GHB.
- Het gebruik van GHB komt weinig voor onder studenten van het mbo, het hbo en de universiteit. Zowel op het mbo, het hbo, als op de universiteit is het ooitgebruik 1%.
- Het gebruik van GHB komt relatief weinig voor onder jongeren en jongvolwassenen die uitgaan, al ligt het gebruik wel hoger vergeleken met leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. De meeste uitgaanders gebruiken GHB incidenteel.

Hulpvraag en incidenten

- GHB-verslaving gaat vaak samen met andere psychische stoornissen en de terugval na klinische detoxificatie is aanzienlijk.
- Volgens de Monitor Drugsincidenten (MDI) speelde GHB in 2022 een rol in 16% van de geregistreerde drugsincidenten. Dit percentage is opvallend hoog, gezien het beperkte gebruik van GHB in de algemene bevolking. Bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) is tussen 2020 en 2022 zowel het aantal telefonische meldingen als het aantal internet raadplegingen over vergiftigingen door GHB/GBL gestegen.
- Er is geen zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is.

9.1 Over GHB

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".

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.

9.2 Gebruik: volwassenen

9.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: In 2022 heeft 1,8% van de volwassen Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit GHB gebruikt, dit komt neer op ongeveer 250 duizend mensen. Tussen 2015 en 2022 schommelde dit percentage tussen 1,3% en 1,9%.

Snel naar:

- Kerncijfers 2022
- 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. Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers over GHB-gebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Kerncijfers 2022

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 2022 had 1,8% 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 250 duizend volwassen Nederlanders die ooit GHB gebruikten, en 50 duizend van hen deden dit nog in het laatste jaar.

GHB-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	1,8	250.000	210.000-300.000
Laatste jaar	0,4	50.000	30.000-80.000
Laatste maand	0,2	20.000	10.000-40.000

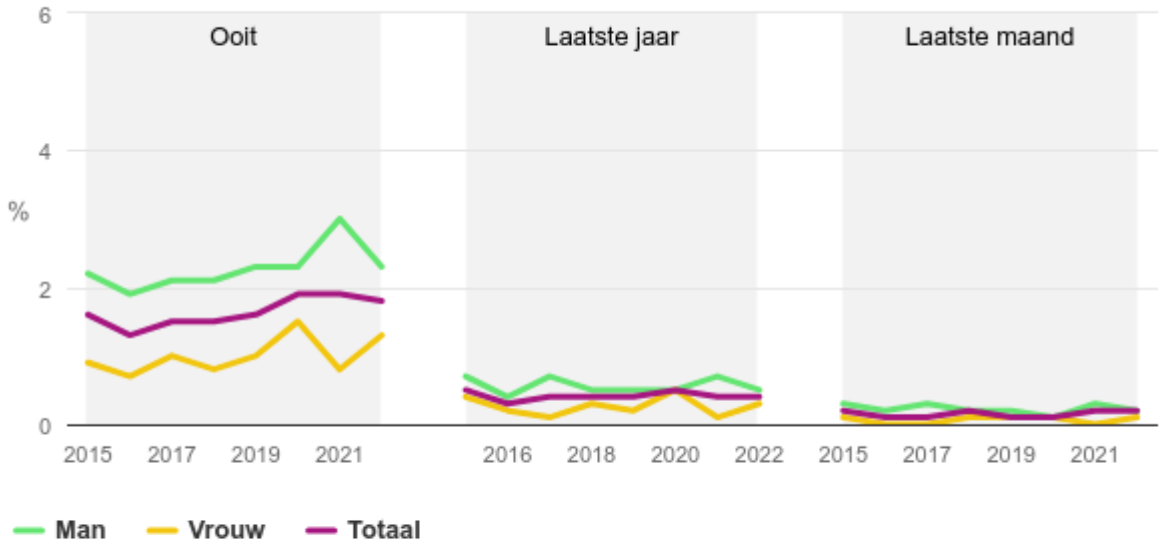
I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer GHB gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand.
Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

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 op ongeveer hetzelfde niveau gebleven. Vanwege de lage percentages kunnen er verder geen conclusies worden verbonden aan de schommelingen tussen 2015 en 2022.

Trend in GHB-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer GHB gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Man	Vrouw	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
2022	2.3	1.3	1.8

	Man	Vrouw	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
2022	0.5	0.3	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

	Man	Vrouw	Totaal
2022	0.2	0.1	0.2

9.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Het ooitgebruik van GHB was in 2022 het hoogst onder mannen, 18-49-jarigen en middelbaar- en hoogopgeleiden.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Herkomst
- 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 . Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers over GHB-gebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

De cijfers over het ooitgebruik van GHB kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers van GHB in de steekproef is te klein om uit te splitsen naar deze demografische kenmerken.

Geslacht

Meer mannen (2,3%) dan vrouwen (1,3%) hadden in 2022 ervaring met GHB (zie onderstaande tabel).

GHB-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)
Man	2,3
Vrouw	1,3

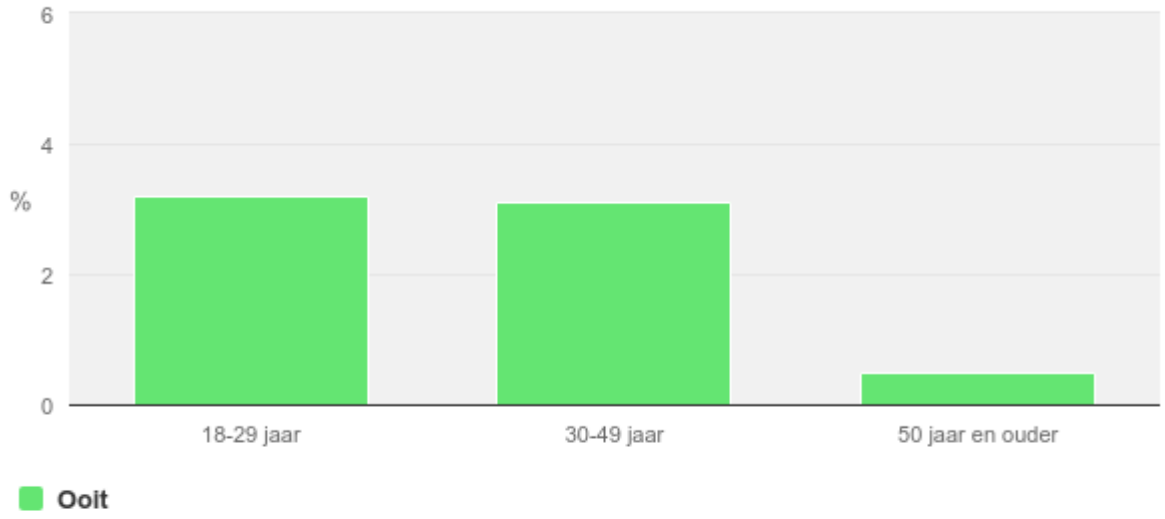
I. Ooit: ten minste één keer GHB gebruikt ooit in het leven. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Leeftijd

Het ooitgebruik van GHB lag in 2022 lager onder volwassenen van 50 jaar en ouder (0,5%) vergeleken met 18-29-jarigen (3,2%) en 30-49-jarigen (3,1%) (zie onderstaand figuur). In het aanvullende onderzoek LSM-A Middelen werd in 2022 aan GHB-gebruikers gevraagd op welke leeftijd zij dit middel voor het eerst namen.

- De gemiddelde startleeftijd van de gebruikers was 31,6 jaar. Deze leeftijd lag hoger dan voor de meeste andere middelen, zoals ecstasy (22,4 jaar) of amfetamine (22,0 jaar).
- De helft van de volwassenen die in het afgelopen jaar GHB gebruikten, gebruikte dit middel tussen 21 en 41 jaar voor het eerst. Een kwart van de gebruikers was jonger toen ze voor het eerst gebruikten, en een kwart was ouder.
- Lees meer over GHB-gebruik onder jongeren en jongvolwassen op deze pagina.

GHB-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2022.



I. Ooit: ten minste één keer GHB gebruikt ooit in het leven. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Ooit
18-29 jaar	3,2
30-49 jaar	3,1
50 jaar en ouder	0,5

Opleidingsniveau

Het ooitgebruik van GHB was onder de hoogopgeleiden (2,2%) hoger dan onder de laagopgeleiden (1,2%). De middelbaar opgeleiden zaten daar tussen in en verschilden niet van de andere groepen (zie onderstaande tabel).

GHB-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)
Laagopgeleid	1,2
Middelbaar opgeleid	1,8
Hoogopgeleid	2,2

I. Ooit: ten minste één keer GHB gebruikt ooit in het leven. II. 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. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Herkomst

Er zijn geen statistisch significante verschillen gevonden in het ooitgebruik van GHB naar herkomst (zie onderstaande tabel).

GHB-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)
Nederlandse herkomst	1,7
Europese herkomst	2,2
Niet-Europese herkomst	2,1

I. Ooit: ten minste één keer GHB gebruikt ooit in het leven. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst (cbs.nl)). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Stedelijkheid

Er zijn geen statistisch significante verschillen gevonden in het ooitgebruik van GHB naar stedelijkheid (zie onderstaande tabel).

GHB-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)
(Zeer) sterk stedelijk	2,1
Matig stedelijk	1,2
Weinig/niet stedelijk	1,6

I. Ooit: ten minste één keer GHB gebruikt ooit in het leven. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

9.2.3 Gebruikspatronen

In het kort: Het aantal gebruikers van GHB in bevolkingsonderzoek is te gering om iets te kunnen zeggen over de frequentie van gebruik.

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) (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

In het LSM-A onderzoek is aan GHB-gebruikers ook gevraagd hoe vaak zij dit middel in het laatste jaar hebben gebruikt. Echter, in de LSM-A steekproef hadden slechts 27 respondenten in het afgelopen jaar GHB gebruikt. Dit aantal is te laag om uit te splitsen naar de frequentie.

- (Bijna) dagelijks gebruik van GHB wordt daarbij 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. Om deze groep in kaart te brengen is bevolkingsonderzoek zoals de GE en de LSM-A niet geschikt en zijn andere methoden van onderzoek nodig.

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

	(%)
Ooit	0,3
Laatste jaar	-
Laatste maand	0,1

Percentage gebruikers ooit en in de laatste maand. - = Niet gemeten. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut.

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].

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 weinig voor onder studenten van het mbo, het hbo en de universiteit. Zowel op het mbo, het hbo, als op de universiteit is het ooitgebruik 1%.

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 landelijke Middelenmonitor mbo-hbo [1–3]. Deze monitor onderzocht in 2017, 2019 en 2021 het GHB-gebruik onder 16-18-jarige studenten van het mbo en het hbo. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [3]. In 2023 heeft een nieuwe dataverzameling plaatsgevonden. Dit keer zijn alleen mbo-studenten meegenomen in het onderzoek. De resultaten van deze meting worden in 2024 gepubliceerd.

Daarnaast wordt sinds 2021 elke twee jaar grootschalig landelijk onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (hbo en wo). 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 2023 namen 32.000 studenten (≥16 jaar) deel, verdeeld over 24 onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs (13 hbo-instellingen en 11 universiteiten) verspreid over heel Nederland [6]. Met de tweede meting van de MMMS worden cijfers van de eerste meting (2021) geactualiseerd, vindt op onderdelen verdieping plaats ten opzichte van de eerste meting, en worden vergelijkingen gemaakt met de eerste meting.

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].

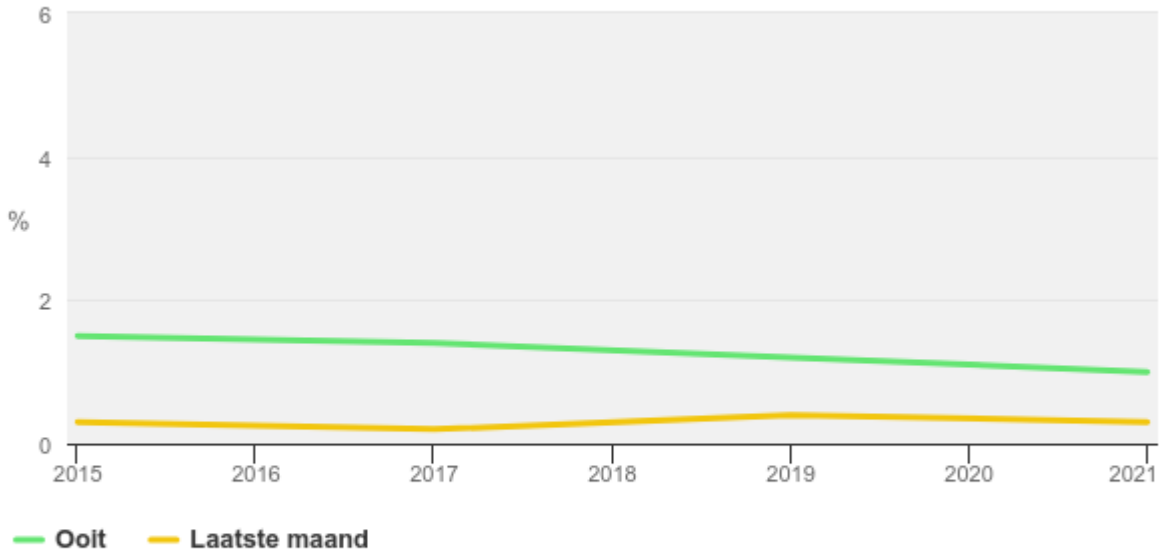
Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet goed vergelijkbaar.

Studenten van het mbo en hbo

De Middelenmonitor mbo-hbo gaf voor het GHB-gebruik onder 16-18-jarige mbo-hbo studenten in de periode 2015-2021 het volgende beeld [1–3]:

- Het ooitgebruik van GHB onder studenten van het mbo en het hbo lag in 2021 op 1,0%.
- Weinig studenten gebruikten het middel nog in de laatste maand (0,3%). Voor het laatste-maand-gebruik werd l een verschil gevonden tussen de jongens (0,6%) en de meisjes (0,1%).
- Er waren geen verschillen in het gebruik van GHB tussen mbo- en hbo-studenten.

Trend in GHB-gebruik[I] onder mbo- en hbo-studenten van 16-18 jaar



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Middelenmonitor mbo–hbo

NDM

	Ooit	Laatste maand
2015	1,5	0,3
2017	1,4	0,2
2019	1,2	0,4
2021	1	0,3

Studenten van het hbo en de universiteit

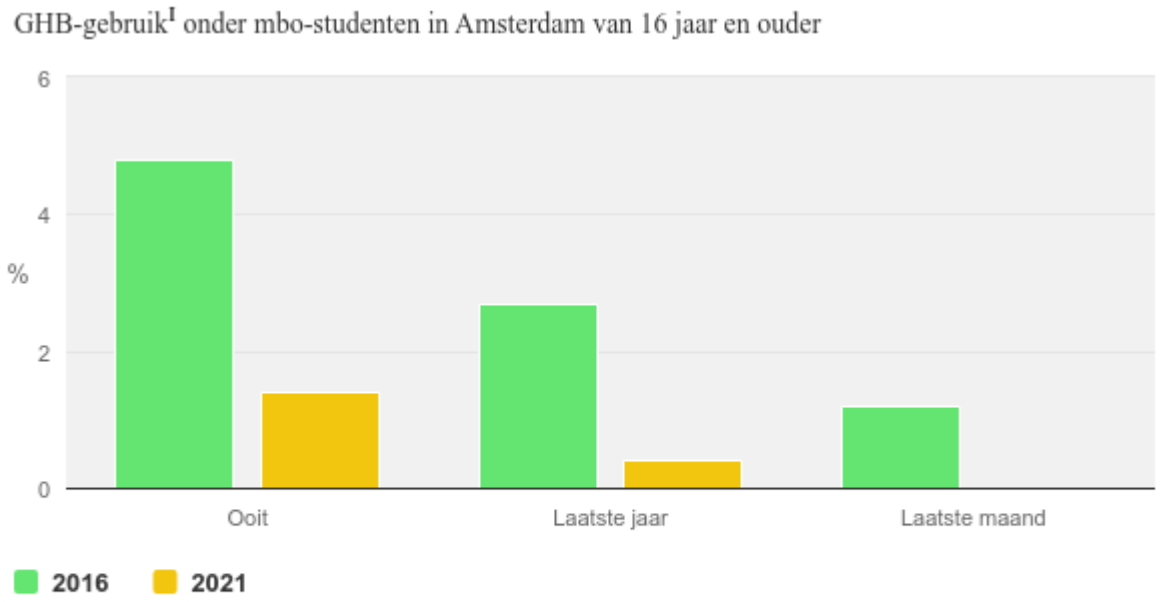
Onderstaande resultaten zijn afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs [6]. Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen, zoals een laag responspercentage (6,5% in 2023) en onder-/oververtegenwoordiging van bepaalde groepen. Door weging is de data meer representatief gemaakt. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de resultaten vertekend zijn en daarmee niet representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland. De resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd. De Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs gaf voor het GHB/GBL-gebruik onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder in 2023 het volgende beeld:

- Eén op de honderd studenten (1%) gebruikte GHB of GBL ooit in het leven. Minder dan 1% gebruikte GHB of GBL in het afgelopen jaar. Het gebruik in de laatste maand van GHB of GBL is in 2023 niet uitgevraagd, in 2021 lag het laatste-maand-gebruik op 0,1%.

Mbo-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het GHB-gebruik van mbo-studenten uitgevraagd [7,8]. 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 1,4% van de Amsterdamse mbo-studenten ooit GHB gebruikt [8], in 2016 was dit nog 4,8% [7]. Het laatste-jaar-gebruik was in deze periode gedaald van 2,7% naar 0,4%.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. In 2021 is het laatste-maand-gebruik van GHB niet uitgevraagd. Bron: Monitor Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
Ooit	4,8	1,4
Laatste jaar	2,7	0,4
Laatste maand	1,2	

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. 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. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.
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.

9.3.3 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Het gebruik van GHB komt relatief weinig voor onder jongeren en jongvolwassenen die uitgaan, al ligt het gebruik wel hoger vergeleken met leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. De meeste uitgaanders gebruiken GHB incidenteel.

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over een eventuele toe- of afname van het gebruik van GHB in het uitgaansleven (zie bijlage B2).

Uitgaanders in Nederland

Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- In 2023 had 8,5% van de uitgaanders ooit GHB gebruikt en 3,3% in het laatste jaar.
- Het laatste-jaar-gebruik van GHB is in 2023 (3,3%) iets lager dan in 2020 (4,0%). Deze trendgegevens moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd (zie Gegevensbronnen).
- Het laatste-jaar-gebruik van GHB is onder de uitgaanders hoger dan onder leeftijdsgenoten (15-34 jaar) in de algemene bevolking (0,6%).
- De meeste laatste-jaar-gebruikers gebruikten incidenteel: 32,9% had éénmaal GHB gebruikt in het afgelopen jaar en 43,3% minder dan maandelijks. GHB werd door 9,0% een keer per maand gebruikt en 14,9% gebruikte een paar keer per maand of vaker.

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

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.

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

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.

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

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.

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 [7–11]. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats. De Verenigde Staten doen niet mee aan ESPAD maar voeren vergelijkbaar onderzoek uit. 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. Bij het interpreteren van de trendgegevens dient hiermee rekening te worden gehouden.

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[1]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Verenigde Staten	2021	18+	0,6	0,1
Australië	2019	14+	1	0,1
Noorwegen	2018	16-64	-	0,3
Polen	2018	15-64	-	0,1
Nederland	2021	15-64	2,3	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. 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, AIHW, EMCDDA, Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut.

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].

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

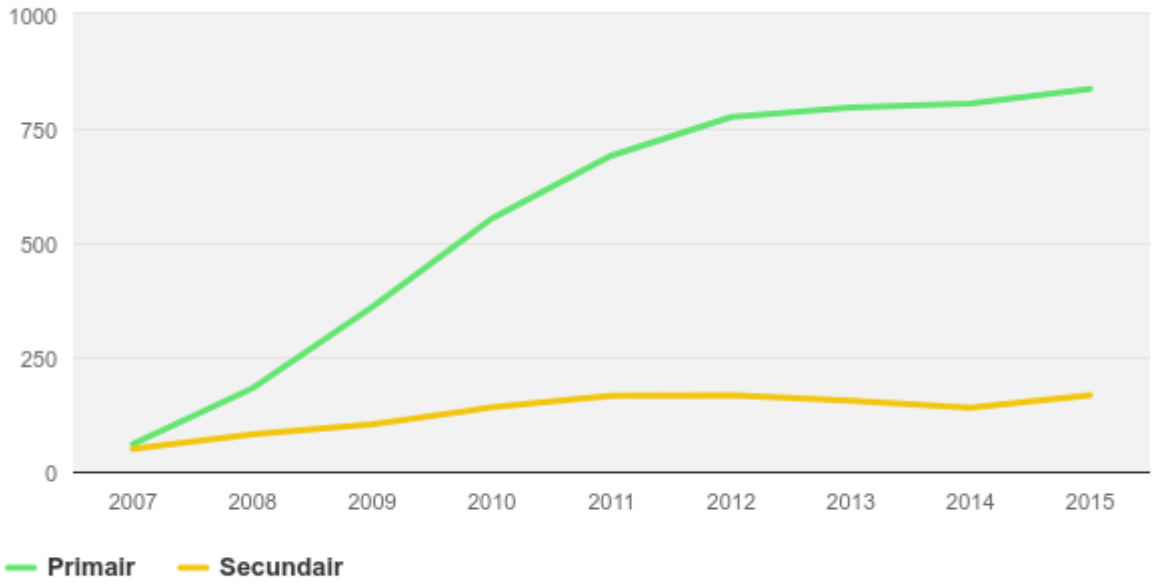
Verslavingszorginstellingen leverden tot en met 2015 gepseudonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) [8]. De meest recente gegevens gaan daardoor over 2015 (zie in bijlage D: Cliënt LADIS). GHB werd pas vanaf 2007 als apart middel geregistreerd 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. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Begin 2023 is een tussenrapportage verschenen, waarin een voorlopig beeld werd geschetst van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. Hier werd geconstateerd dat de kwaliteit van de aanleveringen voor verbetering vatbaar was. Begin 2024 is een verbeterde versie van de Kerncijfers over de jaren 2017-2022 verschenen, waarin de eerdere cijfers zijn verrijkt met andere bronnen. Deze gegevens worden, na aanvullende analyses, 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

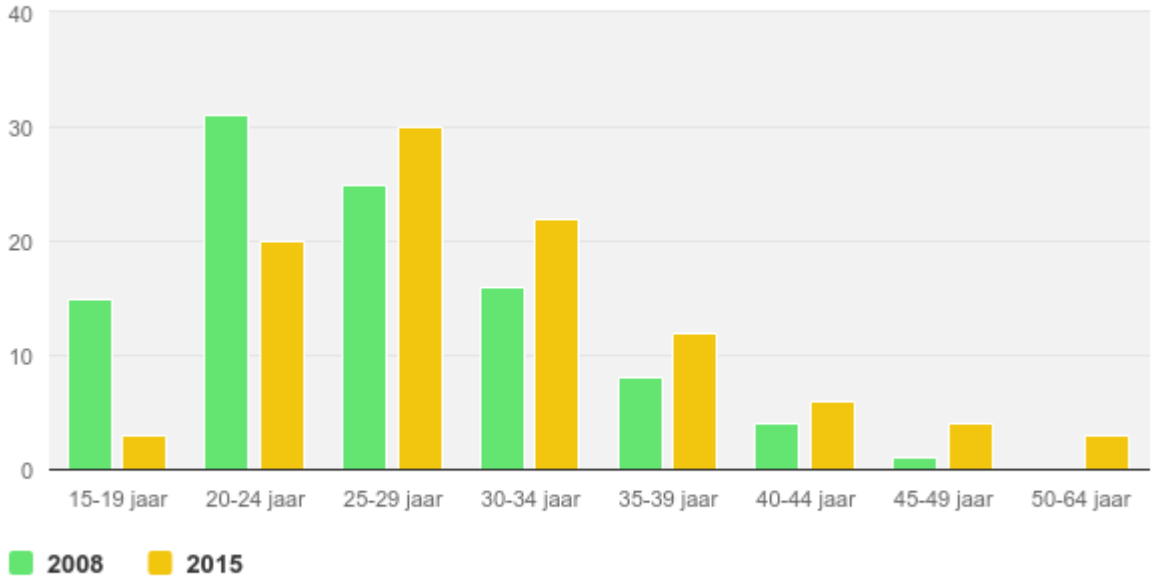
	Primair	Secundair
2007	60	49
2008	182	81
2009	360	103
2010	553	140
2011	691	166
2012	775	167
2013	796	155
2014	805	139
2015	8	

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

	2008	2015
15-19 jaar	15	3
20-24 jaar	31	20

	2008	2015
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
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].

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: Volgens de Monitor Drugsincidenten (MDI) speelde GHB in 2022 een rol in 16% van de geregistreerde drugsincidenten. Dit percentage is opvallend hoog, gezien het beperkte gebruik van GHB in de algemene bevolking. Bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) is tussen 2020 en 2022 zowel het aantal telefonische meldingen als het aantal internet raadplegingen over vergiftigingen door GHB/GBL gestegen.

Snel naar:

- Drugsgerelateerde incidenten
- Verkeersongevallen
- Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

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]. In 2022 droegen 18 diensten actief bij aan de registratie: drie ambulancediensten, zeven SEH-afdelingen en vijf afdelingen forensische geneeskunde. 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.

In 2022 heeft VeiligheidNL onderzoek gedaan naar middelengebruik (alcohol, drugs en rijgevaarlijke medicijnen) onder verkeersslachtoffers in de periode 2012-2021 [2]. Het Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL, een registratie van SEH-bezoeken als gevolg van letsels, is als bron voor dit onderzoek gebruikt. Er zijn gegevens verzameld bij de SEH's van 14 LIS-ziekenhuizen. Deze gegevens overlappen dus deels met de gegevens uit de Monitor Drugsincidenten. De gegevens kunnen worden gebruikt om trends te signaleren, maar zijn niet geschikt om landelijke schattingen te doen over het aantal incidenten. Daarnaast dient te worden benadrukt dat er op de SEH-afdeling niet altijd wordt gevraagd naar middelen- of medicijngebruik voorafgaand aan een ongeval. Echter, wanneer er overduidelijk sprake is van middelengebruik en/of wanneer dit relevant is voor de medische behandeling, wordt het middelengebruik wel geregistreerd. Gegevens over middelengebruik zoals in LIS geregistreerd dienen dus te worden geïnterpreteerd als een ondergrens van de daadwerkelijke problematiek. Daarnaast is uit deze gegevens niet af te leiden hoeveel verkeersslachtoffers er zijn als gevolg van een bestuurder die alcohol en/of drugs heeft gebruikt.

Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en hulpverleners over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen [3]. Het NVIC is onderdeel van de Divisie Vitale Functies van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en is telefonisch te raadplegen via de 24-uursinformatietelefoon. De meeste drugsgerelateerde telefonische informatieverzoeken hebben betrekking op een patiënt die in

aanraking is gekomen met een middel: een blootstelling. Een blootstelling leidt niet per definitie tot vergiftigingsverschijnselen, het gaat dus om een mogelijke/potentiële vergiftiging. Naast de mogelijkheid om het NVIC telefonisch te raadplegen, kunnen hulpverleners via de website www.vergiftigingen.info toxicologische informatie opvragen voor bijvoorbeeld een risicoanalyse om de ernst van een blootstelling te berekenen, of om rechtstreeks stofmonografieën en therapieteksten te raadplegen (zonder uitvoering van een risicoanalyse). De website kan worden geraadpleegd bij een daadwerkelijke blootstelling van een patiënt, maar ook ter oriëntatie of bijscholing.

Bij alle bronnen worden intoxicaties vrijwel nooit analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Drugsgerelateerde incidenten

In 2022 werden in totaal 6.411 drugsincidenten geregistreerd [1]. Het gebruik van GHB werd bij 1.033 (16%) van de incidenten gemeld. In 60% van deze gevallen was GHB de enige gebruikte drug, met of zonder alcohol (monogebruik). Het percentage van 16% is opvallend hoog, gezien het beperkte gebruik van GHB in de algemene bevolking. De mediane leeftijd van de GHB-patiënten was 34 jaar. Was er naast GHB ook een andere drug gebruikt, dan ging het voornamelijk om amfetamine (11%), ecstasy (10%) en cocaïne (10%).

- In 2022 werd 24% van de 1.033 geregistreerde incidenten met GHB als enige gebruikte drug (met of zonder alcohol) gemeld door ambulancediensten, 17% door SEH-MDI-ziekenhuizen, 21% door SEH-LIS-ziekenhuizen, 18% door forensisch artsen en 20% door EHBO's.
- Ambulancediensten rukken vaak uit voor GHB-intoxicaties. In 2022 was 22% van alle drugsritten gerelateerd aan GHB (waarvan 71% als enige drug, met of zonder alcohol). Hoewel ambulancediensten nog steeds een relatief groot aantal GHB-incidenten zien, daalt dit aandeel wel ten opzichte van voorgaande jaren. In 2018-2021 vormden GHB-intoxicaties het grootste aandeel van alle drugsincidenten bij ambulancediensten. Sinds 2022 is dit voor het eerst niet meer zo. Ook bij ziekenhuizen is de druk op de zorg door GHB-gebruik hoog: in MDI-ziekenhuizen had 21% van de voor drugsintoxicaties behandelde patiënten GHB gebruikt (waarvan 55% als enige drug, met of zonder alcohol), in LIS-ziekenhuizen 18% (waarvan 63% als enige drug, met of zonder alcohol). EHBO-diensten zien relatief de minste GHB-intoxicaties: hier heeft 11% van de patiënten GHB gebruikt (51% 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 2022 was bij de SEH's 91% van de patiënten met een GHB-intoxicatie (als enige drug) ernstig onder invloed, bij de ambulancediensten was dit 67%. Dit aandeel is al jaren stabiel hoog.
- Patiënten raken vaak bewusteloos na het gebruik van GHB ('out gaan'). In 2022 raakte 62% 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 2022 betrof dit een op de zes (sub)comateuze GHB-patiënten; meer dan de helft van deze agressieve patiënten kreeg een rustgevend middel toegediend.

Incidenten met GHB als enige drug, met of zonder alcohol, geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2022

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	147	108	129	113	127
% van het totaal aantal drugsincidenten met GHB (n=624)	24%	17%	21%	18%	20%
% van het totaal aantal drugsincidenten binnen de dienst	16%	11%	11%	12%	6%
Man*	74%	81%	62%	91%	57%
Leeftijd: <25 jaar*	1%	9%	13%	4%	25%
Ook alcohol gebruikt*	65%	27%	23%	13%	25%
Mate van intoxicatie*			-		
Licht	2%	0%	-	57%	25%
Matig	32%	9%	-	27%	17%
Ernstig	67%	91%	-	16%	58%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. Mate van intoxicatie: Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. 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.

Verkeersongevallen

In 2022 heeft VeiligheidNL onderzoek gedaan naar middelengebruik (alcohol, drugs en rijgevaarlijke medicijnen) onder verkeersslachtoffers in de periode 2012-2021. Er zijn gegevens verzameld bij de

SEH's van 14 LIS-ziekenhuizen [2]. De hieronder genoemde cijfers zijn een ondergrens van het werkelijke aantal verkeerslachtoffers dat GHB heeft gebruikt, omdat er op de SEH-afdeling niet altijd wordt gevraagd naar middelen- of medicijngebruik voorafgaand aan een ongeval. Sommige percentages zijn gebaseerd op kleine aantallen en moeten daarom voorzicht worden geïnterpreteerd.

- GHB is, na cannabis en cocaïne, de derde meest gebruikte drug bij verkeersslachtoffers op de SEH van LIS-ziekenhuizen.
- Van alle 7.179 verkeersslachtoffers op de SEH tussen 2012 en 2021 die alcohol en/of drugs hadden gebruikt (inclusief passagiers en voetgangers), had 0,8% (n=56) GHB gebruikt al dan niet in combinatie met alcohol of andere drugs, 0,5% (n=34) gebruikte uitsluitend GHB.
- Van alle verkeersslachtoffers op de SEH die voorafgaand aan het ongeval alcohol en/of drugs hadden gebruikt (2012-2021), was 20,0% (n=1.434) bestuurder van een gemotoriseerd voertuig. Van hen had 2,3% (n=33) GHB gebruikt al dan niet in combinatie met alcohol of andere drugs, 1,4% (n=20) had uitsluitend GHB gebruikt.
- Van alle verkeersslachtoffers op de SEH die voorafgaand aan het ongeval alcohol en/of drugs hadden gebruikt (2021-2021) was 72,8% fietser (inclusief elektrische fietsers) (n=5.224). Van hen had 0,2% (n=13) GHB gebruikt al dan niet in combinatie met alcohol of andere drugs, 0,1% (n=6) had uitsluitend GHB gebruikt.

Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [3]. De hieronder genoemde gegevens betreffen enkel informatieverzoeken, dit geeft geen informatie over het daadwerkelijke aantal GHB-blootstellingen of GHB-vergiftigingen. Ook de mate waarin de hulpverleners kennis hebben (opgebouwd) over het middel zal van invloed zijn op het aantal informatieverzoeken. Bij het interpreteren van trendgegevens moet hier rekening mee worden gehouden. Daarnaast bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute vergiftigingen.

- Er zijn relatief veel informatieverzoeken over GHB. GHB staat in 2022 in de top 5 van drugs (exclusief NPS) met de meeste telefonische informatieverzoeken en online raadplegingen.
- In 2022 waren er 88 telefonische informatieverzoeken voor GHB/GBL bij personen van 13 jaar en ouder.
- Het aantal online raadplegingen via www.vergiftigingen.info voor GHB/GBL bij personen van 13 jaar en ouder lag in 2022 op 392.
- Tussen 2020 en 2022 is zowel het aantal telefonische informatieverzoeken als het aantal online raadplegingen voor GHB/GBL gestegen. Het is niet duidelijk wat deze stijging betekent. Gegevens uit andere monitors (zoals de Gezondheidsenquête, MDI en LADIS) wijzen niet op een duidelijke toename in GHB-gebruik of daaraan gerelateerde hulpvraag.

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor Drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Trimbos-insituut en VeiligheidNL; 2024.
2. Valkenberg H, Nijman S. Middelengebruik in het verkeer: een analyse van data verzameld op SEH-afdelingen [Internet]. Amsterdam: VeiligheidNL; 2022. Available from:

https://www.veiligheid.nl/sites/default/files/2022-11/Rapportage middelengebruik in het verkeer 2012-2021.pdf

3. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2022: NVIC Rapport 01/2023. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2023.

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].

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 2022 stond GHB 3 maal vermeld op een doodsoorzakenformulier in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS.

Gegevensbronnen

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland naar verhouding maar weinig mensen aan de directe gevolgen van het gebruik van drugs. 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.

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 2022 achtereenvolgens 8, 4, 7, 9, 9, 7, 2, 5, 5 en 3 doodsoorzakenformulieren. Onbekend is of GHB bij deze geregistreerde gevallen de directe oorzaak was van het overlijden, of indirect heeft bijgedragen aan het overlijden.

Bronnen

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.

9.8 Aanbod en markt

9.8.1 Samenstelling

In het kort: Het aantal GHB-monsters dat bij testlocaties ingeleverd worden is sinds 2017 ongeveer stabiel, het gaat om ongeveer 1% van alle ingeleverde monsters. Het percentage GHB-monsters dat ook daadwerkelijk GHB bevat was in 2022 87,5%. De gemiddelde concentratie GHB was in 2022 429,8 mg/ml.

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 2022. 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.

- Van de 184 als GHB gekochte monsters die in 2022 werden aangeleverd, zijn er 176 door het DIMS getest. Hiervan bevatte 87,5% ook daadwerkelijk GHB.
- De vloeistoffen die inderdaad GHB bevatten en ook werden verkocht als GHB, bevatten gemiddeld 429,9 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].
- 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 2022 GHB 29 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, 2011-2022

	2011	2012	2013[I]	2014[I]	2015	2016	2017	2018	2019	2020[II]	2021[II]	2022
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	17.929
GHB	165	172	47	47	76	93	129	146	147	135	128	184

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.

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
2. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. Risicoschatting gamma-hydroxyboterzuur 2011. Bilthoven: CAM; 2011.

9.8.2 Prijs

In het kort: Er is weinig bekend over de prijs van GHB, er is geen landelijke data beschikbaar. De gemiddelde prijs van een liter GHB ligt historisch meestal tussen de 100 en 150 euro.

Gegevensbronnen

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].
- In 2021 lag de prijs van een liter GHB in Amsterdam tussen de 100-150 euro [7].

Prijsontwikkeling in euro's[I] van verschillende hoeveelheden GHB volgens de Amsterdamse Antenne-monitor

Hoeveelheid	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 dosis van 5 milliliter	05-10 (5)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
kwart liter	25-45	25-45 (30-40)	35-60 (45-50)	daling van 50 naar 35-40	35-60 (35-40)	35-50	25-45	35-50 (40)	-	40-50
halve liter	40-75	-	-	70-80	70-90 (70-80)	70-90	50-75	50-85 (70)	-	70-85
hele liter	80-125	80-125	200	100-130	125-150 (140-150)	125-150		100-125 (100)	-	100-150

I. Tussen haakjes de meest gangbare prijsklasse. - = Gegevens niet beschikbaar. Bron: Antenne Amsterdam.

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
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.
7. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.

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

Volwassenen

Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen met en (ook) zonder recept (2022)



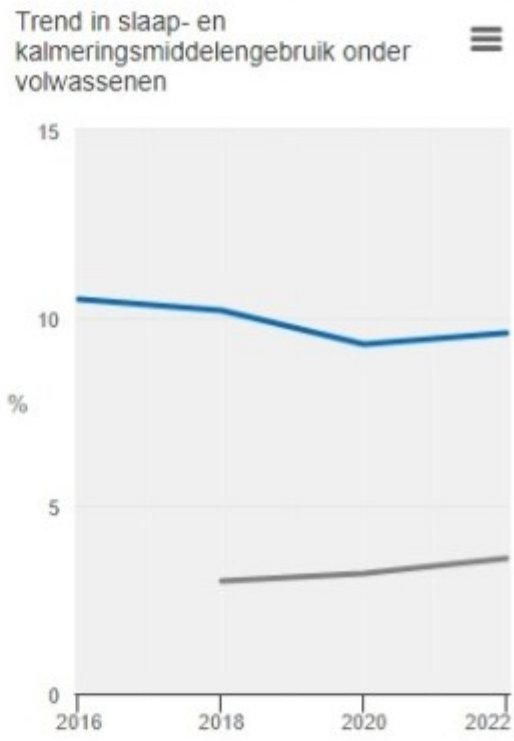
9,6% met/zonder recept
3,6% (ook) zonder recept



12,7% met/zonder recept
4,5% (ook) zonder recept

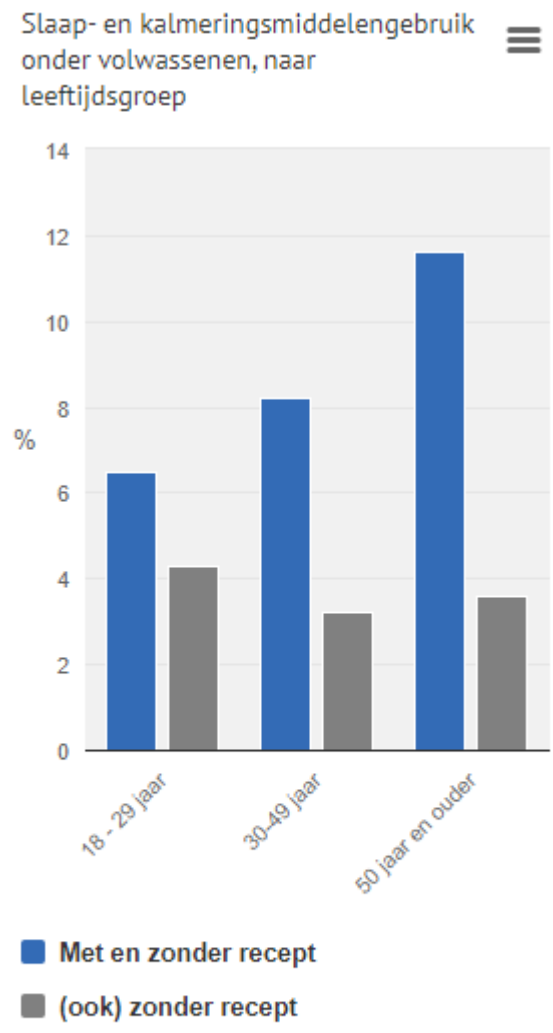


6,4% met/zonder recept
2,7% (ook) zonder recept



Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept is onderdeel van het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in het algemeen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS.

NDM



Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2022

NDM

- In 2022 heeft 9,6% van de volwassenen in het laatste jaar slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt, dat zijn 1,3 miljoen mensen. 490 duizend mensen (3,6%) van hen deden dat (ook) zonder recept.
- Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar slaap- en kalmeringsmiddelen daalde tussen 2016 en 2022. Het gebruik zonder recept steeg ook.
- Meer vrouwen gebruiken slaap- en kalmeringsmiddelen dan mannen.
- Van de 50-plussers heeft in 2022 ongeveer een op de vijf ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt (21,4%), vergeleken met 14,1% onder de 18-29-jarigen en 17,7% onder de 30-49-jarigen.
- Van de laatste-jaar-gebruikers van slaap- of kalmeringsmiddelen van 18 jaar en ouder had 41,9% in 2022 wekelijks gebruikt.
- Er zijn indicaties dat, van de gebruikers van slaapmedicatie, 62% langer dan twee jaar deze middelen had gebruikt.
- In 2019 is het aantal verstrekkingen van benzodiazepinen opnieuw gedaald.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs
15-16 jaar
ooit (2019)



11,% met recept
8,3% zonder recept

Hbo-wo-studenten
≥16 jaar
laatste jaar (2023)



3% zonder recept

Uitgaanders
16-35 jaar
laatste jaar (2023)



4,1% zonder recept

- Het percentage scholieren dat ooit slaap- of kalmeringsmiddelen (met en zonder recept) gebruikte schommelde tussen 2011 en 2019.
- In 2023 had 3% van de studenten van 16 jaar en ouder van het hbo en de universiteit in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen oneigenlijk gebruikt, dat wil zeggen zonder recept van een arts. Het percentage lag hoger bij vrouwelijke studenten en bij internationale studenten. Van de mbo-studenten van 16 jaar en ouder in Amsterdam had 4% in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt zonder recept van een arts.
- Slaap- en kalmeringsmiddelen zijn, na ADHD-middelen, de meest gebruikte medicijnen zonder doktersrecept onder uitgaanders. Ook designer benzodiazepinen (zoals bromazolam, etizolam, pyrazolam) worden onder uitgaanders gebruikt.

Internationale vergelijking

- 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.

Sterfte

- In de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS werden in 2022 in totaal 53 sterfgevallen geregistreerd waarbij het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen de doodsoorzaak was. Het merendeel van de gevallen (94%) betrof suïcides.

10.1 Over Slaap- en kalmeringsmiddelen

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.

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

10.2 Gebruik: volwassenen

10.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: In 2022 had bijna een op de tien volwassen Nederlanders (9,6%) in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt. In het afgelopen jaar had 3,6% (ook) zonder recept slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.

Snel naar:

- Kerncijfers 2022
- 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 tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A), 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).

Kerncijfers 2022

Bijna een op de vijf van de bevolking van 18 jaar en ouder rapporteerde in 2022 ooit in het leven slaap- of kalmeringsmiddelen te hebben gebruikt (18,9%). Bijna één op de tien volwassenen deed dit nog in het afgelopen jaar (9,6%). In het laatste jaar had 3,6% (ook) zonder recept slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt (zie onderstaande tabel). Dit komt neer op 2,6 miljoen volwassen Nederlanders die ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt hebben en 1,3 miljoen die dat het afgelopen jaar nog deden. Ongeveer 490 duizend volwassen Nederlanders gebruikten het afgelopen jaar (ook) zonder recept.

Gebruik[I] van slaap- en kalmeringsmiddelen en (ook) zonder recept onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

	Totaal (%)	Man (%)	Vrouw (%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Gebruik slaap- of kalmeringsmiddelen					
Ooit	18,9	14,0	23,6	2.600.000	2.480.000-2.720.000
Laatste jaar	9,6	6,4	12,7	1.320.000	1.230.000-1.410.000
Laatste maand	5,6	3,7	7,4	770.000	700.000-840.000
Gebruik slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept					
Laatste jaar	3,6	2,7	4,5	490.000	440.000-550.000
Laatste maand	1,8	1,4	2,2	250.000	210.000-290.000

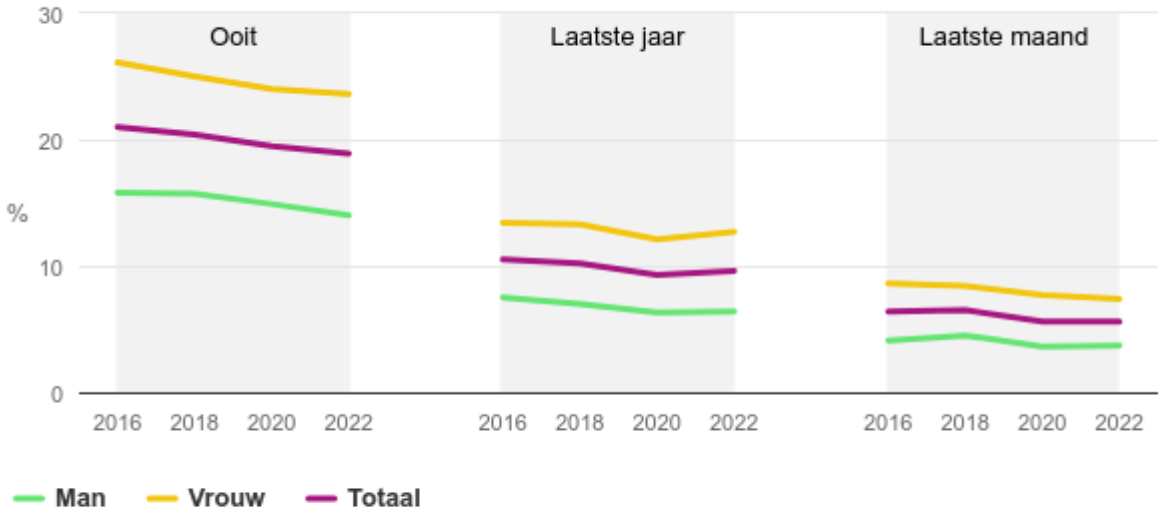
I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer slaap- of kalmeringsmiddelen en (ook) zonder recept gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Trends in het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen

In 2016, 2018, 2020 en 2022 is het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen gemeten in de tweejaarlijkse LSM-A (zie bijlage A2).

- In de bevolking van 18 jaar en ouder is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen tussen 2020 en 2022 onveranderd gebleven, maar het daalde in lichte mate tussen 2016 en 2022 (zie onderstaand figuur). Het ooitgebruik daalde tussen 2016 en 2022 statistisch significant van 21,0% naar 18,9%, het laatste-jaar-gebruik daalde statistisch significant van 10,5% naar 9,6%, en het laatste-maand-gebruik daalde statistisch significant van 6,4% naar 5,6%.
- Het laatste-jaar-gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept (zie bovenstaande tabel) steeg van 3,0% in 2018 naar 3,6% in 2022. Binnen de groep mensen die slaap- en kalmeringsmiddelen neemt, is het percentage mensen dat dat doet (ook) zonder doktersrecept toegenomen van 29,8% in 2018 naar 37,4% in 2022.

Trend in gebruik[I] van slaap- en kalmeringsmiddelen onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Man	Vrouw	Totaal
2016	15,8	26,1	21,0
2018	15,7	25,0	20,4
2020	14,9	24,0	19,5
2022	14,0	23,6	18,9
2016	7,5	13,4	10,5
2018	7,0	13,3	10,2
2020	6,3	12,1	9,3

	Man	Vrouw	Totaal
2022	6,4	12,7	9,6
2016	4,1	8,6	6,4
2018	4,5	8,4	6,5
2020	3,6	7,7	5,6
2022	3,7	7,4	5,6

10.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Het percentage laatste-jaar-gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen lag in 2022 hoger onder vrouwen, ouderen en laagopgeleiden.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Herkomst
- Stedelijkheid
- Werkenden

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 tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A), 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).

De cijfers over het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid.

Geslacht

Anders dan bij het alcohol- en drugsgebruik, ligt het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen hoger onder vrouwen dan onder mannen.

- In 2022 had van de vrouwen van 18 jaar en ouder 23,6% ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, vergeleken met 14,0% van de mannen. Het gebruik in het afgelopen jaar lag bij de vrouwen op 12,7% en bij de mannen op 6,4% (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 4,5% en bij de mannen op 2,7%.

Gebruik[I] van slaap- en kalmeringsmiddelen onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

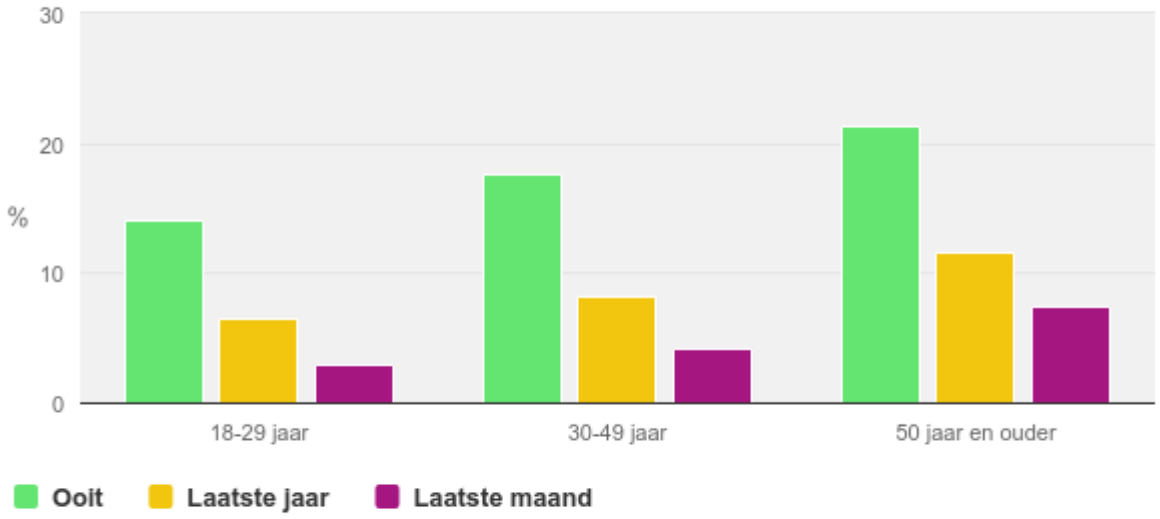
	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen		
Man	14,0	6,4
Vrouw	23,6	12,7
Gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept		
Man		2,7
Vrouw		4,5

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: LSM-A

Leeftijd

- Van de 50-plussers heeft in 2022 ongeveer een op de vijf ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt (21,4%), vergeleken met 14,1% onder de 18-29-jarigen en 17,7% onder de 30-49-jarigen (zie onderstaand figuur).
- Het laatste-jaar-gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen was in 2022 bijna twee keer zo hoog onder 50-plussers (11,6%) als onder 18-29-jarigen (6,5%). Het gebruik onder 30-49-jarigen (8,2%) zat daar tussenin.
- Het laatste-jaar-gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept was in 2022 hoger onder 18-29-jarigen (4,3%) dan onder 30-49-jarigen (3,2%). Het gebruik (ook) zonder recept onder 50-plussers (3,6%) zat daar tussenin, maar verschilde niet significant van de andere leeftijdsgroepen. Het laatste-maand-gebruik (ook) zonder recept verschilde niet tussen de leeftijdsgroepen.
- De gemiddelde leeftijd van de mensen die in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikten was 54,1 jaar. De gemiddelde leeftijd van de mensen die in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept gebruikten was 48,5 jaar.
- Lees meer over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder jongeren en jongvolwassen op deze pagina.

Gebruik[I] van slaap- en kalmeringsmiddelen onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2022.

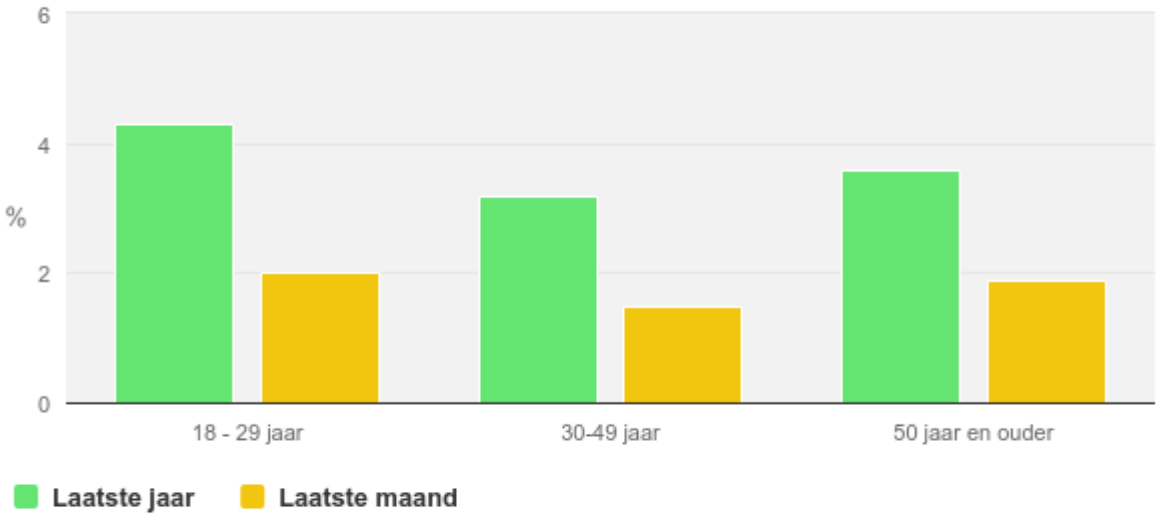


I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
18-29 jaar	14,1	6,5	3,0
30-49 jaar	17,7	8,2	4,1
50 jaar en ouder	21,4	11,6	7,5

Gebruik[I] van slaap- en kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2022.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer (ook) zonder recept slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.
Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Laatste jaar	Laatste maand
18 - 29 jaar	4,3	2,0
30-49 jaar	3,2	1,5
50 jaar en ouder	3,6	1,9

Opleidingsniveau

Onderstaande tabel toont het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in het algemeen (met en zonder recept), naar opleidingsniveau.

- Laagopgeleide personen hebben in 2022 in het afgelopen jaar vaker slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt vergeleken met middelbaar- en hoogopgeleiden, 13,9% tegenover respectievelijk 8,9% en 8,1%.
- Het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept was ongeveer gelijk onder laag, middelbaar en hoogopgeleiden.

Gebruik[I] van slaap- en kalmeringsmiddelen onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen			
Laagopgeleid	23,6	13,9	9,2
Middelbaar opgeleid	19,3	8,9	5,4
Hoogopgeleid	16,4	8,1	4,0
Gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept			
Laagopgeleid		3,3	2,0
Middelbaar opgeleid		3,4	1,8
Hoogopgeleid		4,0	1,8

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. II. 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. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Herkomst

- Mensen met een Nederlandse herkomst hebben in 2022 vaker ervaring gehad met slaap- of kalmeringsmiddelen dan mensen met een niet-Europese herkomst, 19,6% tegenover 16,0% (zie onderstaande tabel).
- Ook het laatste-jaar-gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen was in 2022 hoger onder mensen met een Nederlandse herkomst (9,9%) dan onder mensen met een niet-Europese herkomst (8,2%).
- Het laatste-jaar-gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept was hoger onder mensen met een Nederlandse (3,8%) en Europese herkomst (4,2%) dan onder mensen met een niet-Europese herkomst (2,2%). Het laatste-maand gebruik (ook) zonder recept was hoger onder mensen met een Nederlandse herkomst (1,9%) dan onder mensen met een niet-

Europese herkomst (1,2%).

Gebruik[I] van slaap- en kalmeringsmiddelen onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen			
Nederlandse herkomst	19,6	9,9	5,9
Europese herkomst	17,9	9,4	5,2
Niet-Europese herkomst	16,0	8,2	4,5
Gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept			
Nederlandse herkomst		3,8	1,9
Europese herkomst		4,2	1,9
Niet-Europese herkomst		2,2	1,2

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst (cbs.nl)). Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Stedelijkheid

- Het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen was 2022 in (zeer) sterk stedelijke gebieden en matig stedelijke gebieden dan in weinig/niet stedelijke gebieden. Dit geldt zowel voor het ooit- als laatste-jaar-gebruik (zie onderstaande tabel).
- Het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept was ongeveer gelijk onder mensen in (zeer) sterk stedelijke, matig stedelijke en weinig/niet stedelijke gebieden.

Tabel 10.2.6 Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[I]. Peiljaar 2020

Gebruik[I] van slaap- en kalmeringsmiddelen onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen			
(Zeer) sterk stedelijk	19,5	10,0	6,0
Matig stedelijk	19,8	10,7	5,8
Weinig/niet stedelijk	17,0	8,1	4,7
Gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept			
(Zeer) sterk stedelijk		3,8	2,0
Matig stedelijk		3,8	1,4
Weinig/niet stedelijk		3,0	1,6

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM en het CBS, 2022. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Werkenden

In 2023 heeft het Trimbos-instituut voor het eerst gegevens gepubliceerd over het middelengebruik onder werkenden versus niet-werkenden [1]. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt van de LSM-A van het peiljaar 2022.

Het laatste-jaar-gebruik van slaapmedicatie is lager onder werkenden dan onder niet-werkenden. Het is niet bekend of het gaat om het oneigenlijk gebruik van slaapmedicatie of om het gebruik op voorschrift van een arts.

Gebruik van slaapmedicatie onder werkenden en niet-werkenden. Peiljaar 2022

	Laatste jaar (%)
Werkenden	6,3
Niet-werkenden	16,5

LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2022.

Bronnen

1. Tuithof M, Blokland M, Sannen M. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Utrecht: Trimbos-instituut;

10.2.3 Gebruiksfrequentie

In het kort: Ongeveer 4 op de 10 laatste-jaar-gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt wekelijks.

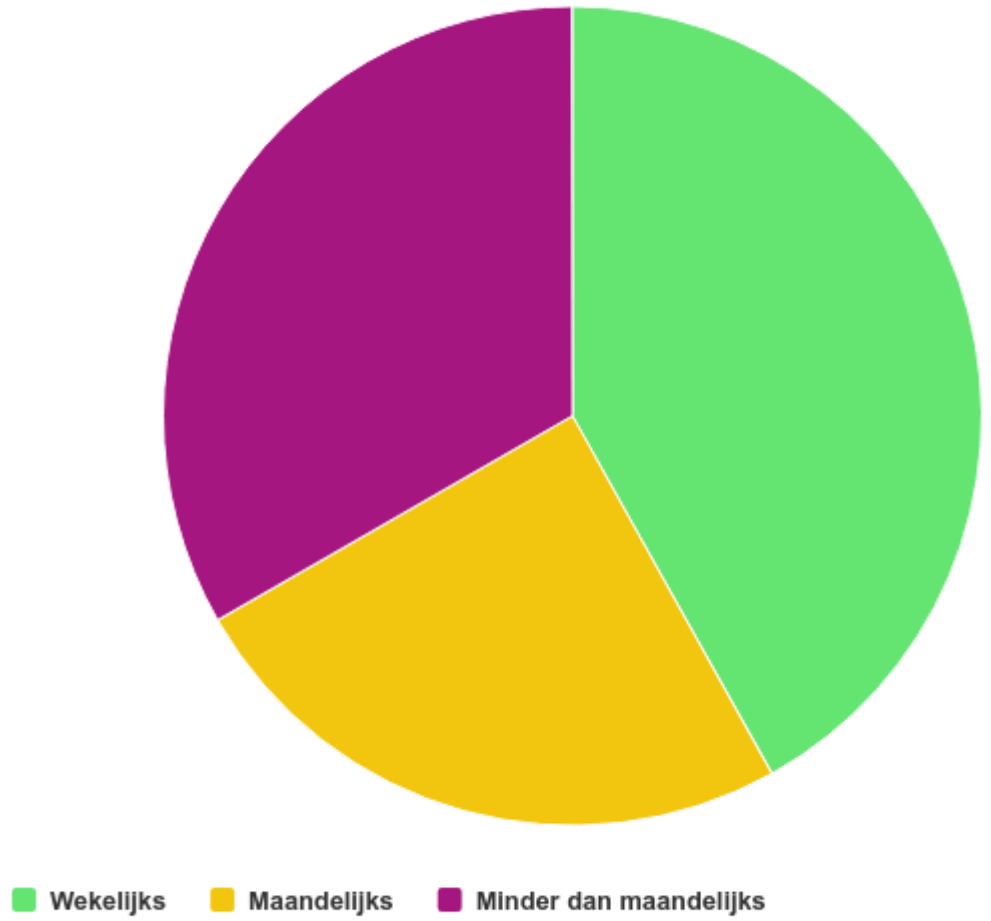
Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A), 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).

Frequentie van gebruik

Van de laatste-jaar-gebruikers van slaap- of kalmeringsmiddelen van 18 jaar en ouder had 41,9% in 2022 wekelijks gebruikt, had 24,8% maandelijks gebruikt en had 33,3% minder vaak dan maandelijks gebruikt (zie onderstaand figuur).

Frequentie[I] van gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.



I. Frequentie: aantal keer in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

Gebruiksfrequentie	%
Wekelijks	41,9
Maandelijks	24,8
Minder dan maandelijks	33,3

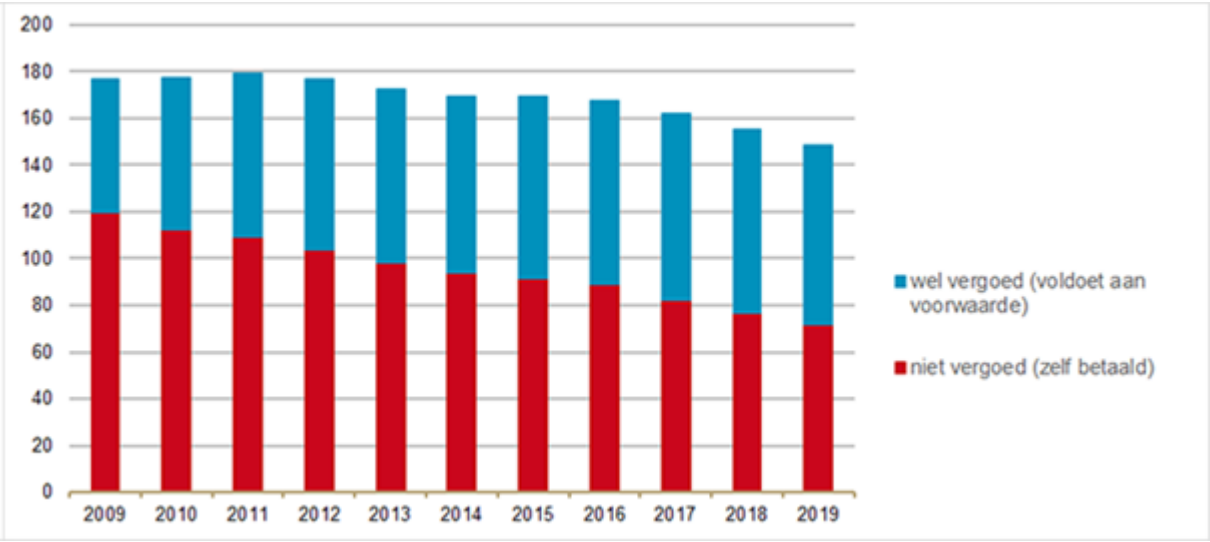
10.2.4 Verstrekking van benzodiazepinen

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 (zie onderstaande figuur). 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].



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 de figuur (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

- 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.

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		
Ooitgebruik	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).

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 2023 had 3% van de studenten van 16 jaar en ouder van het hbo en de universiteit in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen oneigenlijk gebruikt, dat wil zeggen zonder recept van een arts. Het percentage lag hoger bij vrouwelijke studenten en bij internationale studenten. Van de mbo-studenten van 16 jaar en ouder in Amsterdam had 4% 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]. In deze monitor wordt voor het eerst in 2023 ook het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen meegenomen.

Ook wordt sinds 2021 elke twee jaar grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (hbo en wo). Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) 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 2023 namen 32.000 studenten (≥16 jaar) deel, verdeeld over 24 onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs (13 hbo-instellingen en 11 universiteiten) verspreid over heel Nederland [7]. Met de tweede meting van de MMMS worden cijfers van de eerste meting (2021) geactualiseerd, vindt op onderdelen verdieping plaats ten opzichte van de eerste meting, en worden vergelijkingen gemaakt met de eerste meting.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse mbo-scholen [8,9]. 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.

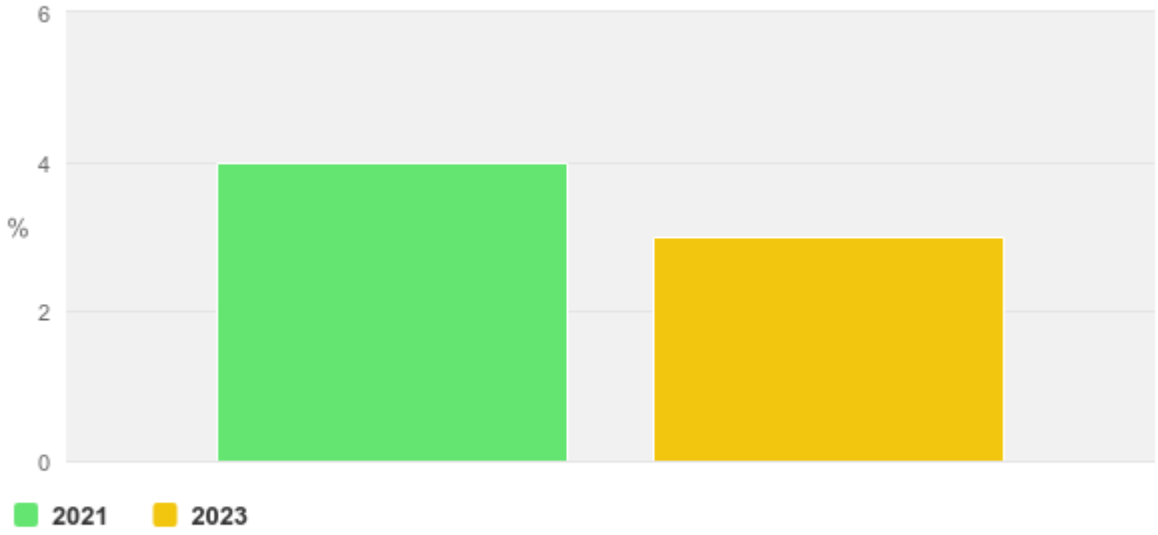
Studenten van het hbo en de universiteit

Onderstaande resultaten zijn afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs [7]. Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen, zoals een laag responspercentage (6,5% in 2023) en onder-/oververtegenwoordiging van bepaalde groepen.

Door weging is de data meer representatief gemaakt. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de resultaten vertekend zijn en daarmee niet representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland. De resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- Ongeveer één op de 33 (3%) deelnemende studenten gebruikte in het afgelopen jaar weleens slaap- en kalmeringsmiddelen (zoals Temazepam, Oxazepam, Valium en Seresta) zonder doktersvoorschrift.
- Vergeleken met de eerste meting in 2021 (4%) is het laatste-jaar-gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift in 2023 afgenomen.
- Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift komt in sommige groepen meer voor dan in andere groepen. De analyses[1] laten het volgende beeld zien:
    - De kans op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift is groter: onder vrouwen en studenten die zich niet als vrouw of man identificeren vergeleken met mannen; onder internationale studenten dan onder studenten zonder migratieachtergrond.
    - De kans op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift verschilt niet: tussen 16-21-jarige studenten, 22-25- jarige studenten, 26-29- jarige studenten en studenten van 30 jaar en ouder; tussen hbo- en wo-studenten; tussen voltijd en niet-voltijd studenten.

Gebruik[I] van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder



I. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs

NDM

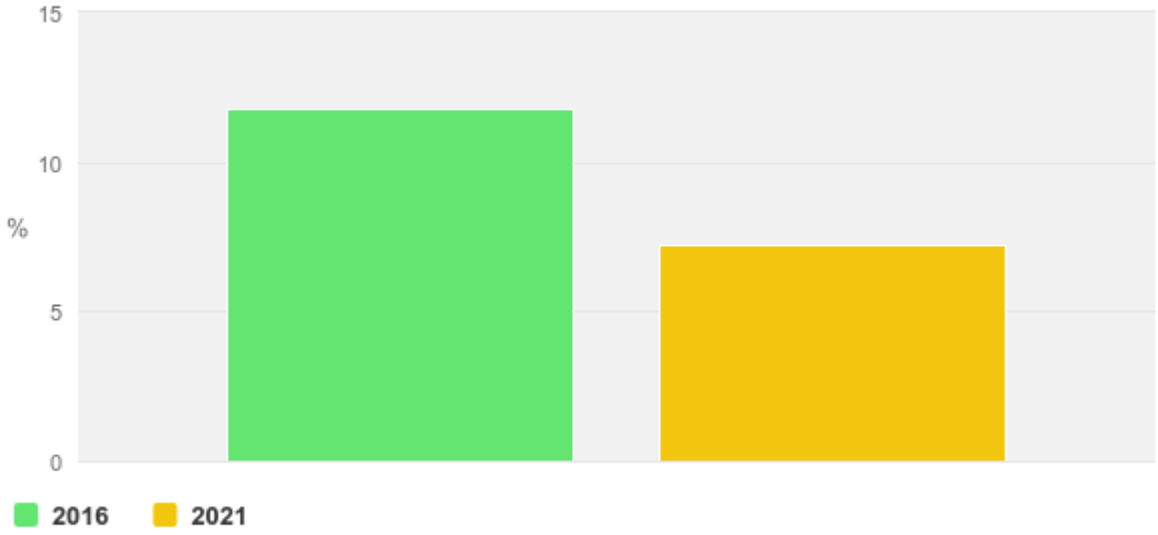
	2021	2023
Laatste jaar	4	3

Mbo-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen van mbo-studenten uitgevraagd [8,9]. Het ging daarbij om zowel het gebruik mét recept, als het gebruik zonder recept.

- In 2021 had 7,2% van de MBO-studenten in Amsterdam slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, in 2016 lag dit percentage op 11,8%. 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.
- 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%).

Gebruik[I] van slaap- en kalmeringsmiddelen mét of zonder doktersvoorschrift onder mbo-studenten in Amsterdam van 16 jaar en ouder



I. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Monitor Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
Laatste jaar	11,8	7,2

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. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.
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. 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: Slaap- en kalmeringsmiddelen zijn, na ADHD-middelen, de meest gebruikte medicijnen zonder doktersrecept onder uitgaanders. Ook designer benzodiazepinen (zoals bromazolam, etizolam, pyrazolam) worden onder uitgaanders gebruikt.

Gegevensbronnen

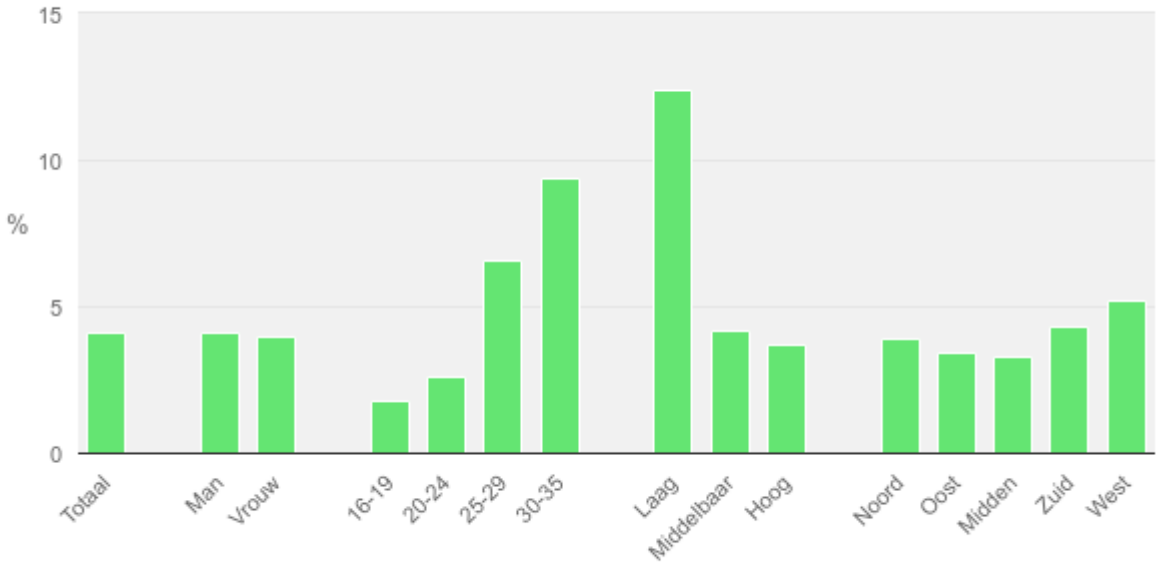
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in het uitgaansleven (zie bijlage B2).

Uitgaanders in Nederland

Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- Slaap- en kalmeringsmiddelen zijn, na ADHD-middelen, de meest gebruikte medicijnen zonder doktersrecept onder uitgaanders. In 2023 had 7,9% ooit benzodiazepinen (niet op recept) gebruikt, 4,1% gebruikte benzodiazepinen (niet op recept) in het laatste jaar.
- Ook designer benzodiazepinen (zoals bromazolam, etizolam, pyrazolam) worden onder uitgaanders gebruikt. Lees meer over het gebruik van designer benzodiazepinen en andere NPS onder uitgaanders op deze pagina.
- Er is geen verschil in het laatste-jaar-gebruik van benzodiazepinen tussen mannen en vrouwen. In de jongste leeftijdscategorie (16 t/m 19 jaar) is het gebruik van benzodiazepinen relatief laag vergeleken met de oudere leeftijdsgroepen, het gebruik neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Onder laagopgeleiden is het gebruik van benzodiazepinen relatief hoog, vergeleken met middelbaar- en hoogopgeleiden. Er zijn regionale verschillen in het laatste-jaar-gebruik van benzodiazepinen, maar deze verschillen zijn relatief klein (zie onderstaande figuur).

Gebruik[I] van benzodiazepinen (niet op recept) onder uitgaanders van 16-35 jaar, naar geslacht, leeftijd, opleiding en regio. Peiljaar 2023



I. Laatste jaar: ten minste één keer niet op recept gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

	Laatste jaar
Totaal	4,1
Man	4,1
Vrouw	4
16-19	1,8
20-24	2,6
25-29	6,6

	Laatste jaar
30-35	9,4
Laag	12,4
Middelbaar	4,2
Hoog	3,7
Noord	3,9
Oost	3,4
Midden	3,3
Zuid	4,3
West	5,2

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

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].

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- of kalmeringsmiddelen, naar stoornis en geslacht in de bevolking van 18-64 jaar. Peiljaren 2007-2009

	Jaarprevalentie (%)
Stoornis	
Misbruik	0,3
Afhankelijkheid	0,2
Geslacht	
Mannen	0,2
Vrouwen	0,8
Totaal	0,5

Percentage misbruik en afhankelijkheid in het afgelopen jaar. Bron: Nemesis-2 2007-2009.

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.

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

In het kort: Er zijn geen cijfers waarbij het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen goed vergeleken kan worden tussen landen.

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 [2,3], Canada [4] en Australië [5] 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 2021 had in de Verenigde Staten van de mensen van 18 jaar en ouder 1,8% in het afgelopen jaar misbruik gemaakt van slaap- of kalmeringsmiddelen [3]. 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 (zie § 10.2.1). In de Verenigde Staten ging het hierbij om kalmeringsmiddelen (1,6%), sedativa (0,3%) en benzodiazepinen (1,5%) [3].
- 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 [4]. 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 [5]. 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 (1,8%) en voor Nederland (3,2%).

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
2. SAMHSA. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2022.

3. SAMHSA. Results from the 2021 National Suvey on Drug Use and Health: Detailed Tables [Internet]. 2022. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-detailed-tables
4. 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.
5. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2019. Canberra: AIHW; 2020.

10.5.2 Jongeren internationaal

In het kort: Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (zonder doktersrecept) ligt onder Nederlandse scholieren hoger dan onder leeftijdsgenoten in andere Europese landen. Meisjes hebben meer ervaring met het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen dan jongens.

Gegevensbronnen

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 [1,2]. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats. 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 gegevens gerapporteerd afgerond op 1 decimaal om met meer precisie uitspraken te kunnen doen. Voorgaande jaren werden de prevalentiecijfers afgerond op hele getallen. Bij het interpreteren van de trendgegevens dient hiermee rekening te worden gehouden.

Scholieren in Europese landen

- 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%) [1].
- 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.

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.

10.6 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, 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].

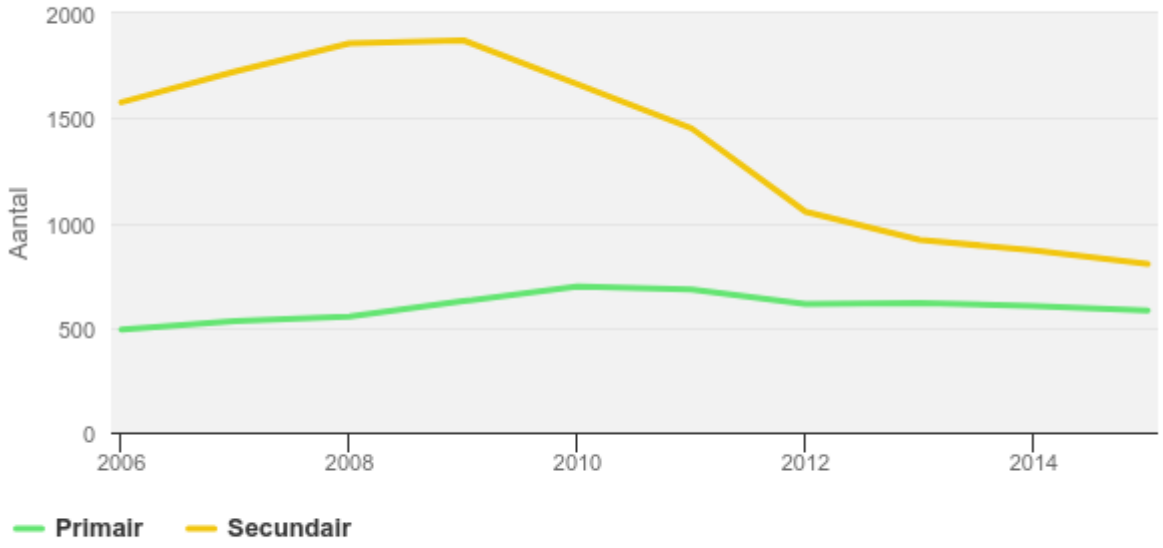
Let op: Tussen 2015 en 2022 zijn er geen nieuwe gegevens beschikbaar gekomen uit het LADIS (zie bijlage B6: LADIS), omdat deze niet meer verzameld konden worden in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag (een wijziging van de Wet kwaliteit,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

	Primair	Secundair
2006	491	1575
2007	530	1723
2008	552	1856
2009	626	1871
2010	696	1662

	Primair	Secundair
2011	681	1451
2012	613	1052
2013	618	919
2014	602	868
2015	581	803

Bronnen

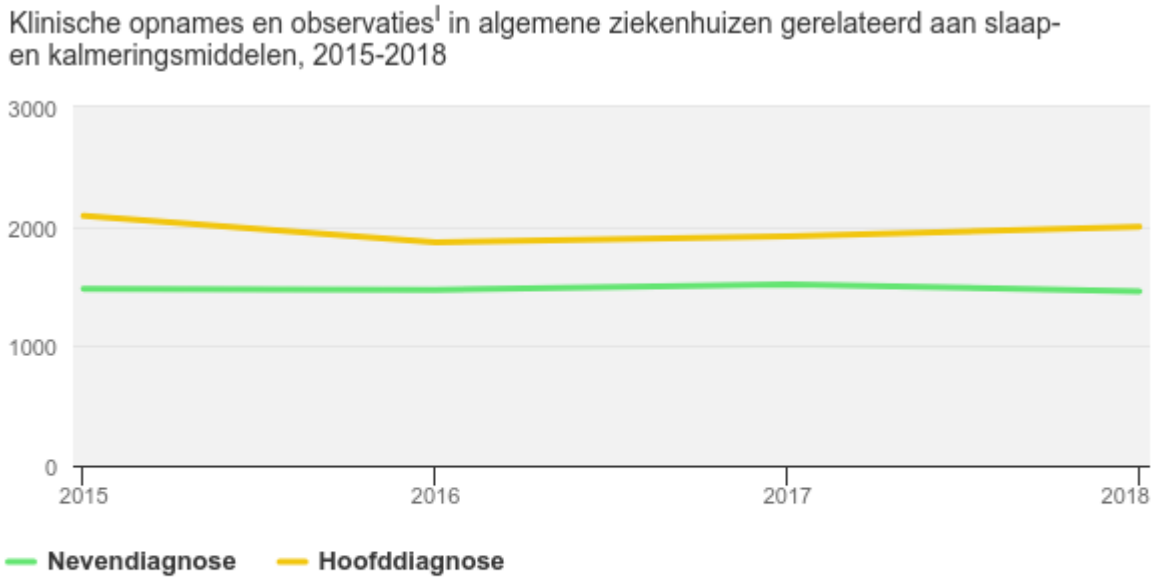
1. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2015. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg; 2016.

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).



Aantal diagnoses afgerond op vijftallen, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-10 codes: F13 (psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica), T42.3 (vergiftiging door barbituraten), T42.4 (vergiftiging door benzodiazepinen). I. Zie bijlage B5 voor definities. Bron: CBS.

NDM

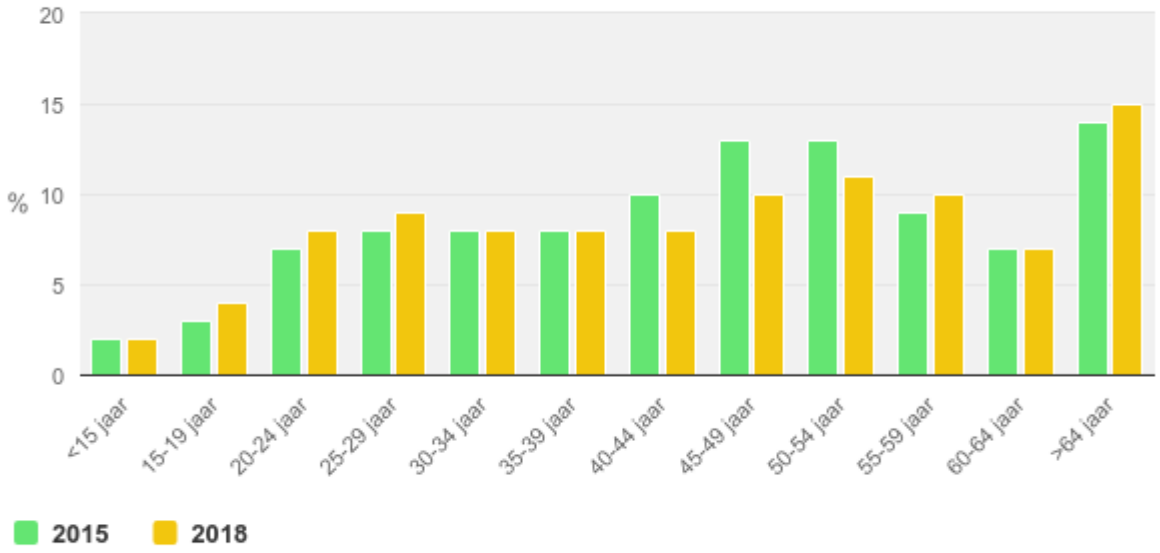
	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2015	1480	2090

	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
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

	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
45-49 jaar	13	10

	2015	2018
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.

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

10.6.3 Incidenten

In het kort: Er zijn geen landelijke gegevens bekend over het aantal incidenten met slaap- en kalmeringsmiddelen. Bij het NVIC worden er in de categorie humane geneesmiddelen relatief veel informatieverzoeken gedaan voor slaap- en kalmeringsmiddelen, het gaat met name om lorazepam, oxazepam, temazepam en diazepam. Het is niet bekend of het hierbij om voorgeschreven (op recept) of om oneigenlijk gebruik gaat.

Gegevensbronnen

De Monitor Drugsincidenten richt zich primair op incidenten met illegale drugs [1]. Slaap- en kalmeringsmiddelen worden niet standaard geregistreerd, de monitor geeft dus geen goed beeld van de omvang van incidenten gerelateerd aan slaap- en kalmeringsmiddelen.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) registreert informatieverzoeken van artsen en hulpverleners over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen [2]. Het NVIC is onderdeel van de Divisie Vitale Functies van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en is telefonisch te raadplegen via de 24-uursinformatietelefoon. De meeste drugsgerelateerde telefonische informatieverzoeken hebben betrekking op een patiënt die in aanraking is gekomen met een middel: een blootstelling. Een blootstelling leidt niet per definitie tot vergiftigingsverschijnselen, het gaat dus om een mogelijke/potentiële vergiftiging. Naast de mogelijkheid om het NVIC telefonisch te raadplegen, kunnen hulpverleners via de website www.vergiftigingen.info toxicologische informatie opvragen voor bijvoorbeeld een risicoanalyse om de ernst van een blootstelling te berekenen, of om rechtstreeks stofmonografieën en therapieteksten te raadplegen (zonder uitvoering van een risicoanalyse). De website kan worden geraadpleegd bij een daadwerkelijke blootstelling van een patiënt, maar ook ter oriëntatie of bijscholing.

Een belangrijke kanttekening is dat intoxicaties niet analytisch/toxicologisch worden geverifieerd.

Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [2]. De hieronder genoemde gegevens betreffen enkel informatieverzoeken, dit geeft geen informatie over het daadwerkelijke aantal blootstellingen of vergiftigingen aan slaap- en kalmeringsmiddelen. Het is ook niet bekend of het hierbij om voorgeschreven (op recept) of oneigenlijk gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen gaat. Daarnaast zal de mate waarin de hulpverleners kennis hebben (opgebouwd) over het middel van invloed zijn op het aantal informatieverzoeken. Bij het interpreteren van trendgegevens moet hier rekening mee worden gehouden. Daarnaast bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute vergiftigingen.

- In 2022 werd het NVIC relatief vaak telefonisch geraadpleegd voor diverse benzodiazepines. In de top 10 van humane geneesmiddelen, ging hierbij om de benzodiazepines lorazepam (955

maal; plaats 4), oxazepam (869 maal; plaats 5), temazepam (555 maal; plaats 6) en diazepam (436 maal; plaats 8).
- In de categorie humane geneesmiddelen waren er op de website www.vergiftigingen.info in 2022 in totaal 5.284 online raadplegingen voor lorazepam (plaats 4). Voor oxazepam ging het om 4.760 raadplegingen (plaats 5), voor temazepam om 3.096 raadplegingen (plaats 7) en voor diazepam om 2.422 raadplegingen (plaats 8).

Gegevens over incidenten met designer en niet-geregistreerde benzodiazepinen zijn te vinden op deze pagina.

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor Drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Trimbos-insituut en VeiligheidNL; 2024.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2022: NVIC Rapport 01/2023. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2023.

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].

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 2022 in totaal 53 sterfgevallen geregistreerd waarbij het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen de doodsoorzaak was. Het merendeel van de gevallen (94%) betrof suïcides.

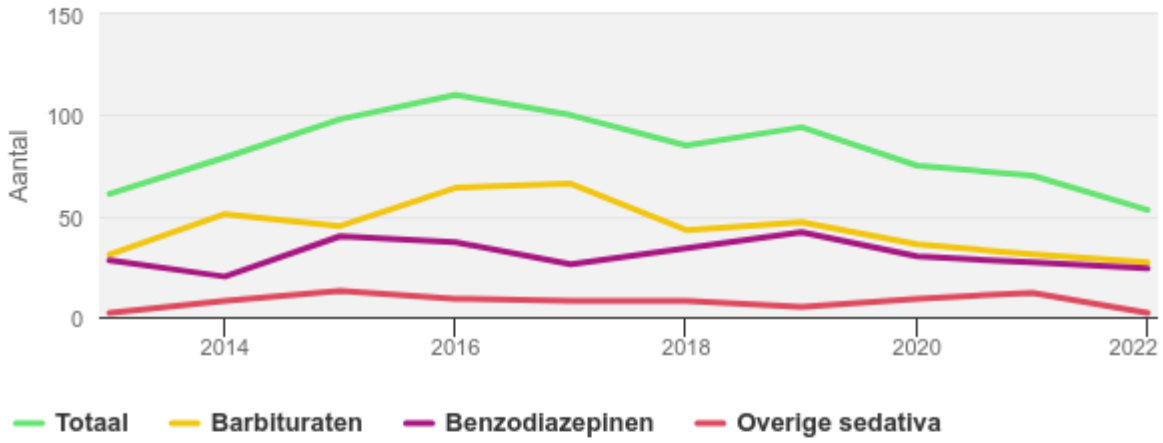
Gegevensbronnen

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.

Doodsoorzakenstatistiek van het CBS

- In 2022 stonden er in totaal 53 sterfgevallen geregistreerd waarbij het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen de doodsoorzaak was. Het merendeel van de gevallen (94%) betrof suïcides.
- Tussen 2013 en 2022 lag het aantal gevallen op gemiddeld 83 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 2022 daalde het aantal gevallen met enige fluctuaties met 52% naar 53 gevallen.
- Van 2013 tot en met 2022 samengenomen ging het bij de gevallen waarin benzodiazepinen betrokken waren in 88% van de gevallen om suïcide. Bij de gevallen waarin overige sedativa betrokken waren, ging het in 87% van de gevallen om suïcide. In de gevallen waarin barbituraten betrokken waren ging het in 99% van de gevallen om suïcide.

Sterfgevallen door overdosering van slaap- of kalmeringsmiddelen in Nederland



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
2013	61	31	28	2
2014	79	51	20	8
2015	98	45	40	13
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

	Totaal	Barbituraten	Benzodiazepinen	Overige sedativa
2021	70	31	27	12
2022	53	27	24	2

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].

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

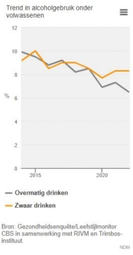
Definities

- Drinken volgens de richtlijn: geen alcohol of niet meer dan één glas per dag.
- Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen).
- Zwaar drinken: minimaal één keer per week 6 of meer glazen (mannen) of 4 of meer glazen (vrouwen) alcohol op één dag.
- Binge drinken: minimaal een keer drinken van vijf of meer glazen alcohol bij één gelegenheid in de afgelopen maand.

Volwassenen

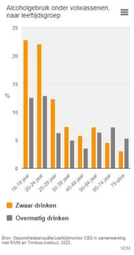
Alcoholgebruik in het laatste jaar (2022)





Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut

NDM



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2022.

NDM

- Bijna acht op de tien volwassenen drinkt wel eens alcohol, dat zijn 10.870.000 mensen. In 2022 drinkt 43,5% van de volwassenen volgens de richtlijn, dat zijn 6.100.000 mensen. Het percentage mensen dat overmatig drinkt is 6,5% (900.000 mensen) en voor zwaar drinken gaat het om 8,3% (1.150.000 mensen).
- Het alcoholgebruik onder volwassenen is tussen 2021 en 2022 niet veranderd.
- Meer mannen drinken alcohol dan vrouwen.
- Onder 18-24-jarigen is het wel eens, overmatig en zwaar drinken het hoogst.

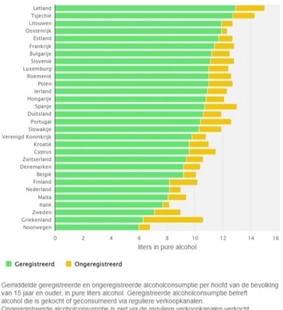
Jongeren en jongvolwassenen

Scholieren	Hbo-wo-studenten	Uitgaanders
12-16 jaar (2021)	≥16 jaar (2023)	16-35 jaar (2023)
41,4% laatste jaar **27,8%** laatste maand **74,7% binge drinken** in de laatste maand onder drinkers	**16%** zwaar drinken **10%** overmatig drinken	**7,2 glazen** voor mannen **5,0 glazen** voor vrouwen tijdens het uitgaan

- 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.
- Het alcoholgebruik onder 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten is in 2021 vergeleken met de eerste meting in 2015 ongeveer gelijk gebleven. Onder mbo-studenten komt het drinken van grote hoeveelheden alcohol (>10 glazen op een weekenddag) vaker voor dan onder hbo-studenten. Onder hbo en universiteitsstudenten (16 jaar en ouder), is één op de tien studenten een overmatige en één op de zes studenten een zware drinker. Deze cijfers zijn niet veranderd vergeleken met de eerste meting in 2021. De kans op zwaar en overmatig drinken verschilt niet tussen hbo- en wo-studenten.
- Vrijwel alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen drinken alcohol. De hoeveelheid alcohol die tijdens het uitgaan wordt gebruikt is fors. Daarentegen wordt gesignaleerd dat veel uitgaanders (ook) kiezen voor alcoholvrije (0%) drankjes.
- Er waren in 2020 geen duidelijke verschillen in alcoholgebruik tussen jongeren uit het praktijkonderwijs, speciaal voortgezet onderwijs en de residentiële jeugdzorg (RiZ) vergeleken met jongeren uit het regulier onderwijs. Alleen het ooitgebruik van alcohol ligt in de residentiële jeugdzorg beduidend hoger.

Internationale vergelijking

Geregistreerde en ongeregistreerde alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder in de 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 pure liters 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

- Het alcoholgebruik in Europa ligt wereldwijd op het hoogste niveau. Vergeleken met andere Europese landen ligt de alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking in Nederland onder het Europees gemiddelde. Echter, het aandeel van de bevolking dat alcohol drinkt is in Nederland hoger dan het Europees gemiddelde; Nederland kent de meeste wekelijkse drinkers van Europa.
- 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.

Hulpvraag, incidenten en sterfte

- Het aantal patiënten dat minimaal één keer is opgenomen in een algemeen ziekenhuis met een probleem gerelateerd aan alcohol als hoofddiagnose of nevendiagnose, was tussen 2015 en 2018 gestegen van 20.585 naar 21.630 alcoholpatiënten.
- In 2022 zijn naar schatting 5.100 mensen vanwege een alcoholvergiftiging behandeld op de spoedeisende hulp (SEH). Dat is meer dan in het coronajaar 2020 maar minder dan in 2019. In 2022 werden naar schatting 23.900 personen op een SEH-afdeling behandeld voor een letsel waarbij, voor zover bekend, alcohol betrokken was.
- In 2019 waren er 279 meldingen van alcoholintoxicaties onder jongeren in 12 ziekenhuizen die gegevens aanleverden. In 2007 waren dat er nog 79.
- Het aantal alcoholgerelateerde sterftegevallen wordt in 2021 geschat op 2.390. 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.

Aanbod en markt

- Het merendeel van de officiële verkooppunten zijn fysieke horecazaken. Daarnaast vormen sportkantines een belangrijk verkooppunt van alcohol.
- 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.
- Er zijn verschillende acciinstarieven voor bier, wijn en gedestilleerd in Nederland.

11.1 Over alcohol

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. In de praktijk wordt er echter vaak meer in een glas geschonken en bevat het glas daardoor 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

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).

In de NDM hanteren wij de definitie van het Expertisecentrum Alcohol: Alcoholvrije dranken zijn alcoholvrije varianten van dranken die normaal gesproken alcohol bevatten. Voorbeelden zijn alcoholvrij bier, alcoholvrije wijn en alcoholvrije cocktails (‘mocktails’).

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. Lees meer hierover op de website van het Expertisecentrum Alcohol.

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 § 2.3.2 voor meer informatie). In het NPA worden de volgende ambities en doelstellingen voor 2040 geformuleerd [6]:

1. *Geen alcoholgebruik tijdens de zwangerschap, zie § 11.2.2 Zwangeren,*
2. *Geen alcoholgebruik onder de 18 jaar, zie § 11.3,*
3. *Minder overmatig en zwaar alcoholgebruik, zie § 11.2.1 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. T.K.32793-339. Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Nationaal Preventieakkoord. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.

11.2 Gebruik: volwassenen

11.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: het alcoholgebruik onder volwassenen is tussen 2021 en 2022 niet veranderd.

Snel naar:

- Kerncijfers 2022
- Trends in alcoholgebruik
- Lange termijn trends

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) (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

De Gezondheidsenquête wordt door landelijke beleidsmakers vanaf 2014 als primaire bron voor de prevalenties van alcoholgebruik onder volwassenen in Nederland gehanteerd. Deze kerncijfers worden gepresenteerd op de website de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvenz.nl). 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 2022.

Regionale cijfers over het alcoholgebruik zijn afkomstig van de Gezondheidsmonitor van de GGD'en, samen met het CBS en het RIVM. Deze monitor is in 2012 gestart en wordt vierjaarlijks uitgevoerd in de volwassenen bevolking van 18 jaar en ouder. De laatste reguliere meting vond plaats in 2020.

Definities

In dit hoofdstuk worden de volgende definities gehanteerd:

- Ooit alcohol gedronken: tenminste éénmaal alcohol gedronken in het hele leven.
- 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 2022

- In 2022 had 77,5% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder in de afgelopen 12 maanden weleens alcohol gedronken (zie onderstaande tabel). Dat komt neer op bijna 11 miljoen volwassenen.
- Iets minder dan één op de acht volwassenen (12,4%) had wel ooit, maar niet in het afgelopen jaar alcohol gedronken.
- In 2022 was 8,3% van de bevolking van 18 jaar en ouder een zware drinker en 6,5% een overmatige drinker.
- In 2022 voldeed 43,5% van de 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 weleens drinkt, dronk in 2022 gemiddeld 1,1 glazen alcohol per dag.

Alcoholgebruik[I] in het laatste jaar onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

	%	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Laatste jaar	77,5	10.870.000	10.730.000-11.020.000
Zwaar drinken	8,3	1.150.000	1.060.000-1.250.000
Overmatig drinken	6,5	900.000	830.000-980.000
Drinken volgens de richtlijn	43,5	6.100.000	5.940.000-6.270.000

I. Laatste jaar: tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. 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.

Trends in alcoholgebruik

Tussen 2021 en 2022 is géén van de indicatoren (weleens drinken, zwaar drinken, overmatig drinken

en drinken volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad) significant veranderd. Vergeleken met 2014 hebben de meeste indicatoren zich in positieve zin ontwikkeld: weleens, zwaar en overmatig drinken zijn afgenomen en het percentage drinkers dat voldoet aan de richtlijn van de Gezondheidsraad is gestegen. Het percentage zware drinkers schommelt sinds 2014 rond de 8 à 9%.

Weleens drinken

- Het percentage mensen dat weleens alcohol drinkt (tenminste één keer in de afgelopen 12 maanden) verschilt in 2022 (77,5%) niet significant van 2021. In de periode 2014-2018 schommelde het percentage dat weleens alcohol drinkt rond de 80%. Vergeleken met deze periode ligt het percentage in 2022 iets lager (zie figuur hieronder).
- Er zijn geen verschillen in de trend tussen mannen en vrouwen.

Overmatig drinken

- Het percentage mensen dat overmatig drinkt is tussen 2021 en 2022 niet significant veranderd. Vergeleken met 2014 (9,9%) is het percentage in 2022 (6,5%) wel gedaald.
- Als de totale groep wordt uitgesplitst naar geslacht blijkt er tussen 2021 en 2022 onder vrouwen wel sprake te zijn van een significante daling in overmatig drinken (van 6,0% naar 4,9%). Onder mannen was er tussen 2021 en 2022 géén significante verandering. De afname in overmatig drinken vergeleken met 2014 vond onder zowel mannen als vrouwen plaats.

Zwaar drinken

- Het percentage zware drinkers is in 2022 (8,3%) gelijk aan 2021. Vergeleken met 2014 (9,2%) is het percentage zware drinkers in 2022 lager.
- De trends voor mannen en vrouwen zijn vergelijkbaar. Het percentage zware drinkers lijkt tussen 2021 en 2022 onder mannen iets gestegen en onder vrouwen iets te zijn gedaald, maar deze verschillen zijn niet significant.

Drinken volgens de richtlijn

- Het aandeel volwassenen dat zich houdt aan de richtlijn is in 2022 (43,5%) onveranderd vergeleken met 2021 (44,0%) en 2020 (44,4%). In de periode daarvoor (2014 tot 2020) nam het percentage volwassenen dat zich houdt aan de richtlijn nog geleidelijk toe.
- De trend is voor mannen en vrouwen ongeveer gelijk.

Aantal glazen

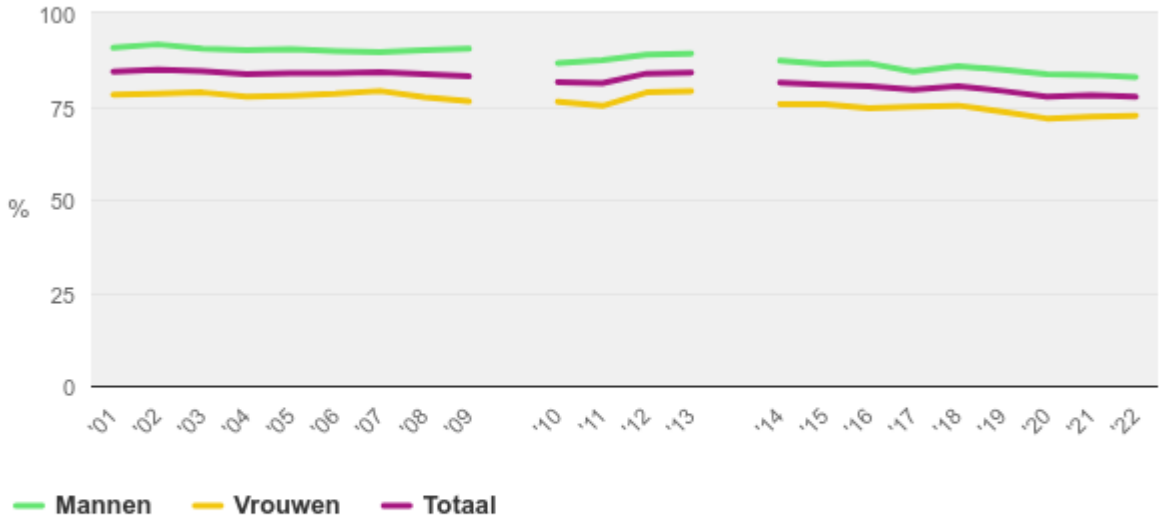
- Volwassenen die het afgelopen jaar alcohol hebben gedronken, dronken in 2022 gemiddeld 1,1 glas alcohol per dag. Dit is gelijk aan 2021.

Lange termijn trends

- Op de lange termijn, sinds 2001, lijkt het percentage volwassenen dat weleens alcohol drinkt in de bevolking van 18 jaar en ouder te zijn gedaald (van 84,3% in 2001 naar 77,5% in 2022). Het percentage overmatige drinkers lijkt eveneens te zijn gedaald. Deze lange termijn 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).

Trend[I] in laatste-jaar-gebruik[II] van alcohol onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014 zit een methodebreuk, waardoor de cijfers tussen deze periodes niet vergelijkbaar zijn. II. Laatste-jaar-gebruik: ten minste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut.

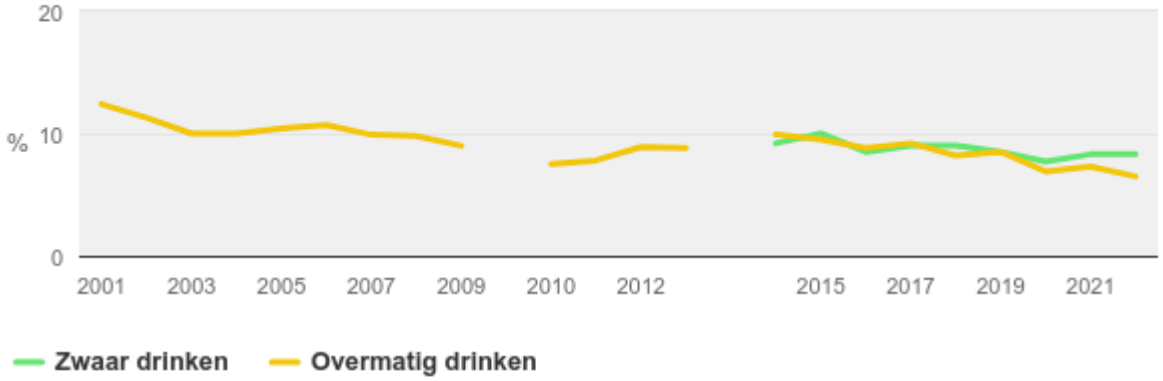
Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	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

	Mannen	Vrouwen	Totaal
'07	89,5	79,1	84,1
'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

	Mannen	Vrouwen	Totaal
'22	82,8	72,5	77,5

Trend[I] in zwaar[II] en overmatig[III] drinken in het laatste jaar onder volwassenen van 18 jaar en ouder.



I. Tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014 zit een methodebreuk, waardoor de cijfers tussen deze periodes niet vergelijkbaar zijn. Voor zwaar drinken is de definitie veranderd, gegevens tot 2014 worden daarom niet weergegeven in deze figuur. II. Zwaar drinken: minstens één keer per week meer dan 6 glazen per dag (mannen) of meer dan 4 glazen per dag (vrouwen). III. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Zwaar drinken	Overmatig drinken
2001	14,2	12,4
2002	12,2	11,3
2003	11,8	10
2004	12,5	10
2005	11,2	10,4

	Zwaar drinken	Overmatig drinken
2006	11,8	10,7
2007	11,1	9,9
2008	10,5	9,8
2009	10,8	9
2010	10	7,5
2011	10,2	7,8
2012	12,3	8,9
2013	13,2	8,8
2014	9,2	9,9
2015	10	9,5
2016	8,5	8,8
2017	9	9,2
2018	9	8,2
2019	8,5	8,5
2020	7,7	6,9

	Zwaar drinken	Overmatig drinken
2021	8,3	7,3
2022	8,3	6,5

11.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: alcoholgebruik (weleens, zwaar en overmatig) komt het meest voor onder mannen en jongvolwassenen (18-24 jaar).

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Herkomst
- Stedelijkheid
- Werkenden
- 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) (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

De Gezondheidsenquête wordt door landelijke beleidsmakers vanaf 2014 als primaire bron voor de prevalenties van alcoholgebruik onder volwassenen in Nederland gehanteerd. Deze kerncijfers worden gepresenteerd op de website de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvenz.nl). 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 2022.

Regionale cijfers over het drinkgedrag zijn afkomstig van de Gezondheidsmonitor van de GGD'en, samen met het CBS en het RIVM. Deze monitor is in 2012 gestart en wordt vierjaarlijks uitgevoerd in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. De laatste reguliere meting vond plaats in 2020. In 2022 heeft een extra Corona Gezondheidsmonitor plaatsgevonden. Daarin zijn alleen de middelen alcohol en tabak meegenomen.

Naast de gegevens uit de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor zijn er ook landelijke gegevens over middelengebruik beschikbaar uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor jongvolwassenen 2022. Deze cijfers zijn door de verschillende vraagstellingen en leeftijdsgroepen niet vergelijkbaar met de

cijfers uit de Gezondheidsenquête of de Leefstijlmonitor, maar geven wel een beeld van regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen. Deze gegevens zijn toegevoegd aan het onderdeel over regionale verschillen op deze pagina.

Definities

In dit hoofdstuk worden de volgende definities gehanteerd:

- Ooit alcohol gedronken: tenminste éénmaal alcohol gedronken in het hele leven.
- 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 2022 uitgesplitst naar de volgende demografische groepen: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Daarnaast beschrijft deze paragraaf de trends in het percentage volwassenen dat drinkt voor verschillende groepen (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid).

Geslacht

Meer mannen dan vrouwen drinken (weleens, zwaar, overmatig) alcohol.

- In 2022 dronk 82,8% van de mannen van 18 jaar en ouder weleens alcohol en 72,5% van de vrouwen.
- Zwaar drinken kwam ook vaker voor onder mannen (10,1%) dan onder vrouwen (6,5%).
- Meer mannen (8,0%) dan vrouwen (4,9%) dronken overmatig.
- Meer vrouwen (53,3%) dan mannen (33,5%) hielden zich aan de richtlijn van de Gezondheidsraad (niet meer dan één glas alcohol per dag).
- Mannen dronken in 2022 gemiddeld meer glazen alcohol per dag dan vrouwen (1,4 versus 0,7).

Alcoholgebruik[I] in het laatste jaar onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

	Laatste jaar (%)	Zwaar drinken (%)	Overmatig drinken (%)	Drinken volgens de richtlijn (%)
Man	82,8	10,1	8,0	33,5
Vrouw	72,5	6,5	4,9	53,3

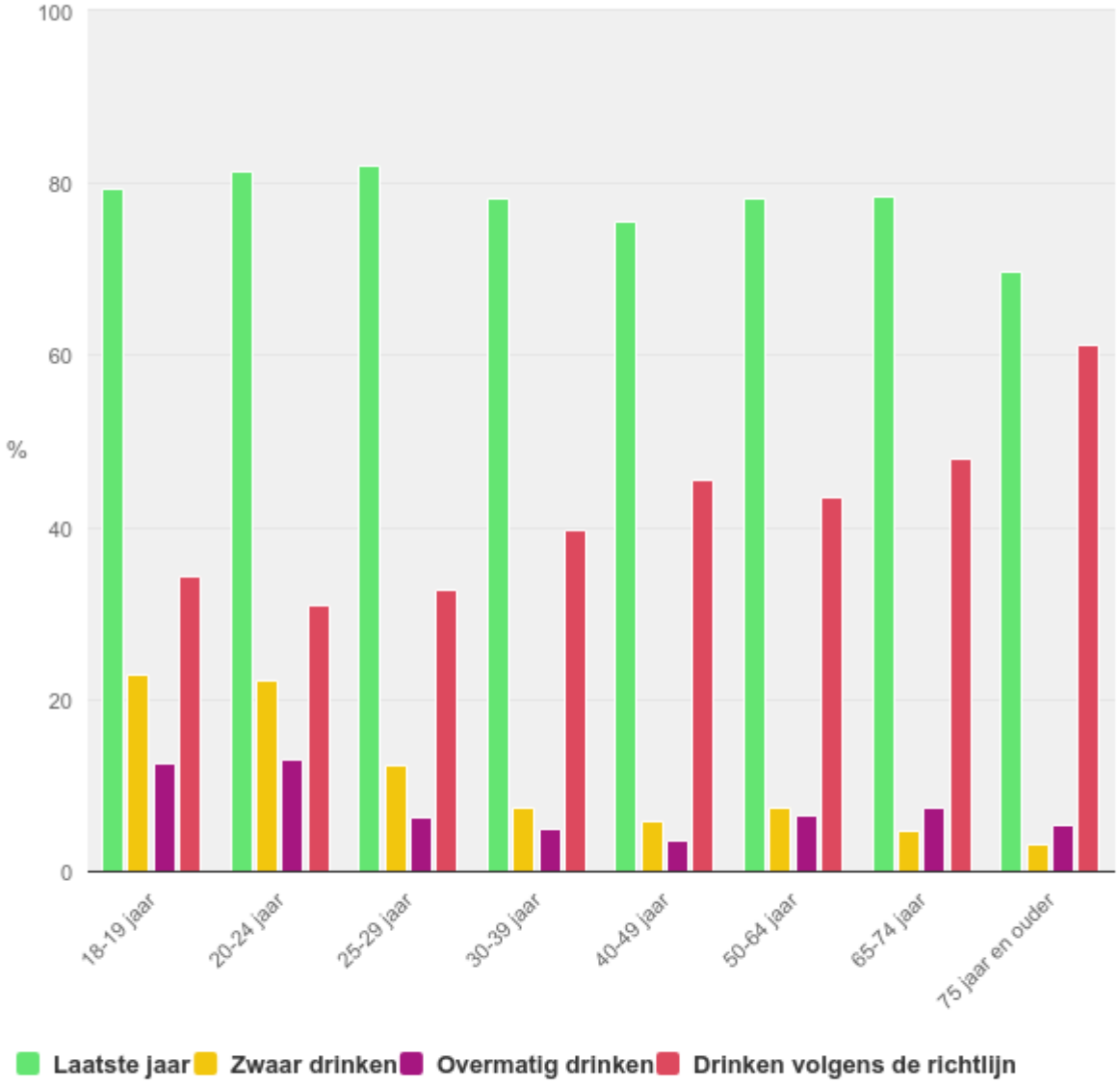
I. Laatste jaar: tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. Zwaar drinken: minimaal één keer per week 6 of meer glazen (mannen) of 4 of meer glazen (vrouwen) alcohol op één dag. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Drinken 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.

Leeftijd

Zwaar en overmatig alcoholgebruik komt het meest voor onder jongvolwassenen.

- Het percentage volwassenen dat het afgelopen jaar weleens alcohol had gedronken verschilde in 2022 weinig tussen de leeftijdsgroepen. Alleen in de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder was het percentage drinkers duidelijk lager dan in de jongere leeftijdsgroepen.
- Het percentage overmatige drinkers was het hoogst in de twee jongste leeftijdsgroepen (12,6% onder 18-19-jarigen en 12,9% onder 20-24-jarigen)
- Ook zwaar drinken kwam het meest voor onder 18-19-jarigen (22,8%) en 20-24-jarigen (22,1%). Deze percentages waren bijna twee keer hoger dan onder 25-29-jarigen (12,3%) en zeven keer hoger dan onder 75-plussers (3,1%).
- De jongste leeftijdsgroepen (18-29 jaar) hielden zich in 2022 het minst vaak aan de richtlijn van de Gezondheidsraad (rond de 32%). De 75-plussers (61,3%) hielden zich hier het vaakst aan.
- Onder de drinkers, dronken 18-19- en 20-24-jarigen het meest aantal glazen alcohol per dag: gemiddeld respectievelijk 1,4 en 1,3 glas per dag en 30-49-jarigen het minst (0,9 glazen).
- Lees meer over alcoholgebruik onder jongeren en jongvolwassenen op deze pagina.

Alcoholgebruik[I] in het laatste jaar onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2022.



I. Laatste jaar: tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. 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.

NDM

	Laatste jaar	Zwaar drinken	Overmatig drinken	Drinken volgens de richtlijn
18-19 jaar	79,3	22,8	12,6	34,2

	Laatste jaar	Zwaar drinken	Overmatig drinken	Drinken volgens de richtlijn
20-24 jaar	81,4	22,1	12,9	31,0
25-29 jaar	82,1	12,3	6,3	32,7
30-39 jaar	78,2	7,4	5,0	39,7
40-49 jaar	75,5	5,8	3,6	45,5
50-64 jaar	78,2	7,3	6,4	43,6
65-74 jaar	78,5	4,6	7,3	47,9
75 jaar en ouder	69,8	3,1	5,3	61,3

Opleidingsniveau

Het gebruik van alcohol is het hoogst onder de hoogopgeleiden, met uitzondering van overmatig drinken waar in 2022 geen opleidingsverschillen voor werden gevonden*.

- In 2022 gaf 85,7% van de hoogopgeleiden aan het afgelopen jaar weleens alcohol te hebben gedronken, vergeleken met 64,8% van de laagopgeleiden. Middelbaar opgeleiden (79,6%) zaten daar tussenin.
- De verschillen in overmatig drinken tussen opleidingsniveaus zijn klein en niet significant.
- Zwaar drinken kwam onder hoogopgeleiden (9,7%) vaker voor dan onder laag (6,5%) en middelbaar opgeleiden (8,2%).
- Hoogopgeleiden hielden zich het minst vaak aan de richtlijn van de Gezondheidsraad (36%) en laagopgeleiden het meest (55,6%). De middelbaar opgeleiden vielen hier tussenin (41,7%).

**Cijfers naar opleidingsniveau in dit hoofdstuk kunnen afwijken van de cijfers gerapporteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg, omdat verschillende definities voor opleidingsniveau zijn gebruikt (zie bijlage A1).*

Alcoholgebruik[I] in het laatste jaar onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2022.

	Laatste jaar (%)	Zwaar drinken (%)	Overmatig drinken (%)	Drinken volgens de richtlijn (%)
Laagopgeleid	64,8	6,5	5,9	55,6
Middelbaar opgeleid	79,6	8,2	6,4	41,7
Hoogopeleid	85,7	9,7	7,0	36,0

I. Laatste jaar: tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. 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. II. 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. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en

Herkomst

Alcoholgebruik is het hoogst onder volwassenen met een Nederlandse herkomst.

- In 2022 gaf (82,7%) van de volwassenen met een Nederlandse herkomst aan weleens alcohol te drinken. Dat is duidelijk meer dan volwassenen met een niet-Europese herkomst (55,1%) en in mindere mate, dan volwassenen met een Europese (77,5%) herkomst.
- Overmatig drinken kwam in 2022 ook meer voor onder volwassenen met een Nederlandse herkomst (7,2%) vergeleken met een niet-Europese herkomst (3,8%). Volwassenen met een Europese herkomst zaten daar tussenin (5,2%).
- Zwaar drinken kwam in 2022 eveneens het vaakst voor onder volwassenen met een Nederlandse herkomst (9,3%). Tussen volwassenen met een niet-Europese (5,2%) en Europese herkomst (5,6%) verschilde het percentage zware drinkers niet significant.
- Volwassen met een Nederlandse herkomst hielden zich het minst vaak aan de richtlijn van de Gezondheidsraad (38,9%). Volwassenen met een niet-Europese herkomst hielden zich hier het vaakst aan (63,6%). Degenen met een Europese herkomst vielen hier tussenin (44,0%).

Alcoholgebruik[I] in het laatste jaar onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2022.

	Laatste jaar (%)	Zwaar drinken (%)	Overmatig drinken (%)	Drinken volgens de richtlijn (%)
Nederlandse herkomst	82,7	9,3	7,2	38,9
Europese herkomst	77,5	5,6	5,2	44,0
Niet-Europese herkomst	55,1	5,2	3,8	63,6

I. Laatste jaar: tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. 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. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst (cbs.nl)). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut.

Stedelijkheid

Er zijn kleine verschillen in het alcoholgebruik tussen inwoners van (zeer) sterk stedelijk, matig stedelijk en weinig/niet stedelijk gebied.

- In 2022 is het percentage drinkers in matig (79,3%) en weinig tot niet-stedelijke gebieden (79,4%) iets hoger dan in (zeer) sterk stedelijke gebieden (76,2%).
- Stedelijkheid hangt niet samen met overmatig drinken, zwaar drinken en het voldoen aan de richtlijn van de Gezondheidsraad.

Alcoholgebruik[I] in het laatste jaar onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2022.

	Laatste jaar (%)	Zwaar drinken (%)	Overmatig drinken (%)	Drinken volgens de richtlijn (%)
(Zeer) sterk stedelijk	76,2	8,8	6,8	44,2
Matig stedelijk	79,3	7,9	6,5	42,7
Weinig/niet stedelijk	79,4	7,5	5,8	42,6

I. Laatste jaar: tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. 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. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut.

Werkenden

In 2023 heeft het Trimbos-instituut voor het eerst gegevens gepubliceerd over het middelengebruik onder werkenden versus niet-werkenden [1]. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt van de LSM-A van het peiljaar 2022. Riskante drinkers drinken zo veel of vaak, dat zij er problemen door ervaren. Bijvoorbeeld omdat zij hun verplichtingen niet na kunnen komen, spijt hebben van hun alcoholgebruik of van anderen het advies krijgen om minder te drinken. Riskant drinken is gemeten met de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), zie voor meer informatie bijlage A2).

Werkenden drinken vaker alcohol dan niet-werkenden, ook drinken werkenden vaker riskant dan niet-werkenden. Riskant drinken hangt samen met hoger verzuim.

- Onder werkenden is het percentage dat in het laatste jaar alcohol heeft gedronken hoger dan onder niet-werkenden.
- Riskant drinken komt vaker voor onder werkenden dan onder niet-werkenden.
- Riskant drinken komt vaker voor onder jongere leeftijdsgroepen (tot 29 jaar) dan onder oudere leeftijdsgroepen. Daarnaast komt riskant drinken vaker voor onder mannen dan onder vrouwen. Werknemers met een HBO of WO opleiding drinken het vaakst riskant.
- Er zijn twee soorten verzuim 1) direct verzuim en 2) verminderd functioneren. Bij direct verzuim is iemand ziek en komt niet naar het werk. Bij verminderd functioneren wordt het werk minder goed of minder snel gedaan. Totaal verzuim is de optelsom van deze twee soort verzuim. In totaal worden er 2,9 miljoen verzuimdagen per jaar gerapporteerd door alcoholgebruik, waarvan het grootste deel wordt gerapporteerd door de werknemers die riskant

drinken.
- Mannen verzuimen vaker door alcohol dan vrouwen. Werknemers met een HBO of WO opleiding verzuimen vaker door alcohol dan werknemers die basisonderwijs of een VMBO opleiding hebben gevolgd.

Alcoholgebruik onder werkenden en niet-werkenden. Peiljaar 2022

	Laatste jaar (%)	Riskant drinken (%)
Werkenden	84,3	16,5
Niet-werkenden	65,5	11,8

Riskant drinkers = drinkers die zo veel of vaak drinken, dat zij er problemen door ervaren. Bijvoorbeeld omdat zij hun verplichtingen niet na kunnen komen, spijt hebben van hun alcoholgebruik of van anderen het advies krijgen om minder te drinken. Riskant drinken is gemeten met de Alcohol Use Disorders Identification Test, zie voor meer informatie bijlage A2. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2022.

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 [2]. 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 [3]. In 2022 heeft een extra Corona Gezondheidsmonitor plaatsgevonden waarin ook gevraagd is naar alcoholgebruik (zie ook: Alcoholgebruik | Regionaal | Volwassenen | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl)).

- Drinken volgens de richtlijn (drinkt niet of maximaal 1 glas per dag) is het hoogst in de GGD regio Flevoland (50,5%), Rotterdam-Rijnmond (49,3%) en Zuid-Holland Zuid (48,9%). In Hart voor Brabant (38,3%), Hollands-Noorden (38,4%) en Brabant-Zuidoost (38,4%) wordt de richtlijn van de Gezondheidsraad het minst vaak nageleefd [2].
- Overmatig drinken (vrouwen meer dan 14 glazen per week of mannen meer dan 21 glazen per week) komt in 2022 het meest voor in de regio's Amsterdam (8,5%), Twente (8,5%) en Hollands Noorden (8,0%). In Flevoland (5,2%) en Zuid-Holland Zuid (5,6%) en Rotterdam Rijnmond (5,8%) waren de minste overmatige drinkers [2].
- Deze cijfers zijn niet gecorrigeerd voor verschillen in de bevolkingssamenstelling zoals leeftijd en migratieachtergrond. Daardoor is het niet duidelijk in hoeverre verschillen in alcoholgebruik tussen de regio's door verschillen in de bevolkingssamenstelling verklaard kunnen worden.

De resultaten van de GGD Corona Gezondheidsmonitor jongvolwassenen 2022 geven inzicht in regionale verschillen in de leeftijdsgroep 16-25 jaar (zie ook: Alcoholgebruik | Regionaal | Jongvolwassenen | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl)).

- De gebruikspercentages (afgelopen 12 maanden, afgelopen 4 weken en zwaar drinken) zijn het laagst in de GGD-regio Flevoland. Daarnaast is het percentage dat zich houdt aan de richtlijn van de Gezondheidsraad in de GGD-regio Flevoland het hoogst.
- Het percentage zware drinkers is het hoogst in de GGD-regio's Groningen, Twente, Hollands-Midden en Amsterdam.

Trends onder groepen in de volwassen bevolking

Weleens alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden

In de totale groep volwassenen bleef het percentage dat weleens alcohol drinkt tussen 2021 en 2022 gelijk. Vergeleken met 2014 was het percentage in 2022 gedaald. Als er op het niveau van subgroepen wordt gekeken (geslacht, leeftijd, opleiding, herkomst, stedelijkheid), zijn er enkele verschillen te zien met deze algemene trends. Deze verschillen worden hieronder beschreven.

- Tussen 2021 en 2022 is het percentage dat weleens drinkt in de leeftijdsgroep 25-29-jarigen gedaald.
- Vergeleken met 2014 is er geen daling in de leeftijdsgroepen 18-19 jaar, 30-39 jaar en 65 jaar en ouder. Ook in matig stedelijke gebieden is er geen verschil tussen 2014 en 2022.

Zwaar en overmatig drinken

In de totale groep volwassenen bleef het percentage overmatige en zware drinkers tussen 2021 en 2022 gelijk. Vergeleken met 2014 was het percentage overmatige en zware drinkers in 2022 gedaald. Als er op het niveau van subgroepen wordt gekeken (geslacht, leeftijd, opleiding, herkomst, stedelijkheid), zijn er enkele verschillen te zien met deze algemene trends. Deze verschillen worden hieronder beschreven.

- Vergeleken met 2014 is het percentage zware drinkers in 2022 voor mannen en vrouwen gedaald, maar deze verschillen zijn niet significant.
- Vergeleken met 2014 is het percentage zware drinkers niet gedaald onder de 18-39-jarigen, 50-64- jarigen en 75-plussers.
- In (zeer) sterk en matig stedelijke gebieden is het percentage zware drinkers tussen 2014 en 2022 niet gedaald.
- Overmatig drinken is tussen 2022 en 2021 niet significant gedaald onder mannen. Tussen 2021 en 2022 is overmatig drinken gedaald onder de 40-49-jarigen gedaald (van 6,1% naar 3,6%). In de periode 2014-2022 is overmatig drinken onder de jongste (18-29-jarigen) en oudste leeftijdsgroep (75-plus) niet gedaald.
- Overmatig drinken is tussen 2021 en 2022 iets afgenomen onder middelbaaropgeleiden.

In de LSM-A uit 2022 is aan drinkers gevraagd op welke leeftijd zij voor het eerst alcohol dronken.

- Onder volwassenen in de leeftijd van 18 t/m 25 jaar was in 2022 de gemiddelde startleeftijd van alcoholgebruik 16,0 jaar. Daarmee is de startleeftijd gestegen ten opzichte van 2020 (15,7 jaar) en 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 [4].

Bronnen

1. Tuithof M, Blokland M, Sannen M. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Utrecht: Trimbos-instituut;
2. 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
3. CBS.nl. Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020: resultaten [Internet]. 2021. Available from: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85012NED/table?dl=555D6
4. 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

In het kort: Het gebruik van alcoholvrij bier is tussen 2020 en 2022 gestegen. Alcoholvrij bier is in 2022 veruit de meest gebruikte alcoholvrije drank (gedefinieerd als drank die normaal gesproken alcohol bevat, maar waar een alcoholvrije variant van bestaat).

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van alcoholvrije dranken in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) (zie bijlage A1 en A2).

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, met uitzondering van alcoholvrij bier, 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 alcoholvrije cider 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 1,2% 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 en 2022 is ook gevraagd naar de consumptie van alcoholvrije wijn en cider.

- In 2022 dronk 16,2% van de volwassenen minstens maandelijks alcoholvrij bier of alcoholvrije wijn. Dat is een toename vergeleken met 2020 (13,1%).
- In 2022 dronk 15,6% van de volwassenen in Nederland tenminste maandelijks alcoholvrij bier. Dat is een toename vergeleken met 2020 (12,2%) en 2018 (9,6%) [2]. Het tenminste maandelijks gebruik van alcoholvrije wijn en cider ligt veel lager dan van alcoholvrij bier en bleef in 2022 (1,4%) op hetzelfde niveau als in 2020 (1,7%).
- Er zijn meer mannen (21,0%) dan vrouwen (10,4%) die tenminste maandelijks alcoholvrij bier drinken
- Jongvolwassenen van 18-24 jaar en 75-plussers dronken minder vaak tenminste maandelijks alcoholvrij bier dan andere leeftijdsgroepen.
- Het gebruik van alcoholvrij bier verschilt naar opleidingsniveau: hoogopgeleiden dronken het vaakst tenminste maandelijks alcoholvrij bier (23,5%), gevolgd door middelbaar- (12,3%) en laagopgeleiden (7,3%).

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.

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

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 [1].

- 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.

Bronnen

1. 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 voortgezetonderwijs, 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

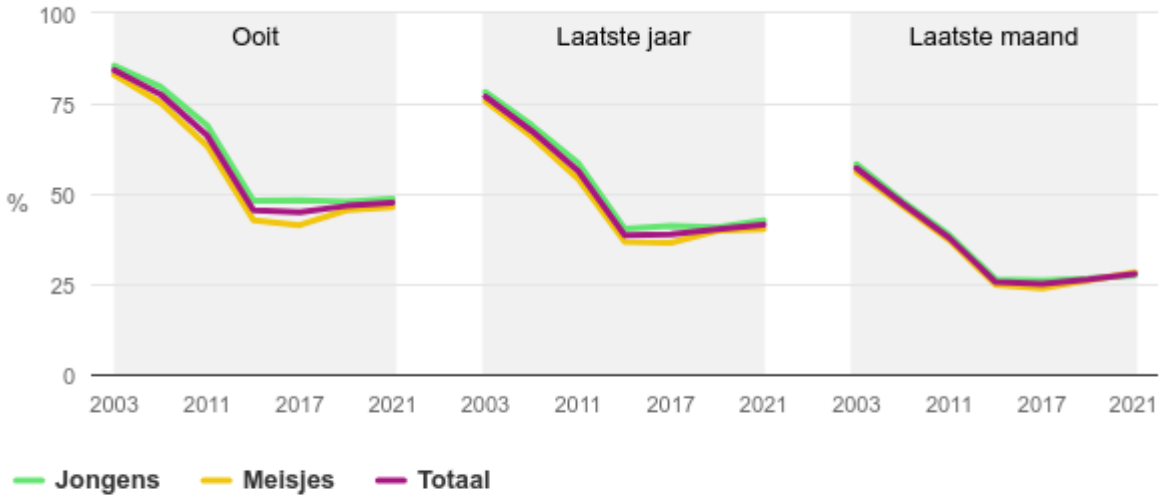
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. I. Dronkenschap is verschillend uitgevraagd in de HBSC studie van peiljaar 2021 en het Peilstationsonderzoek uit 2019. In de HBSC-studie is gevraagd of scholieren '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



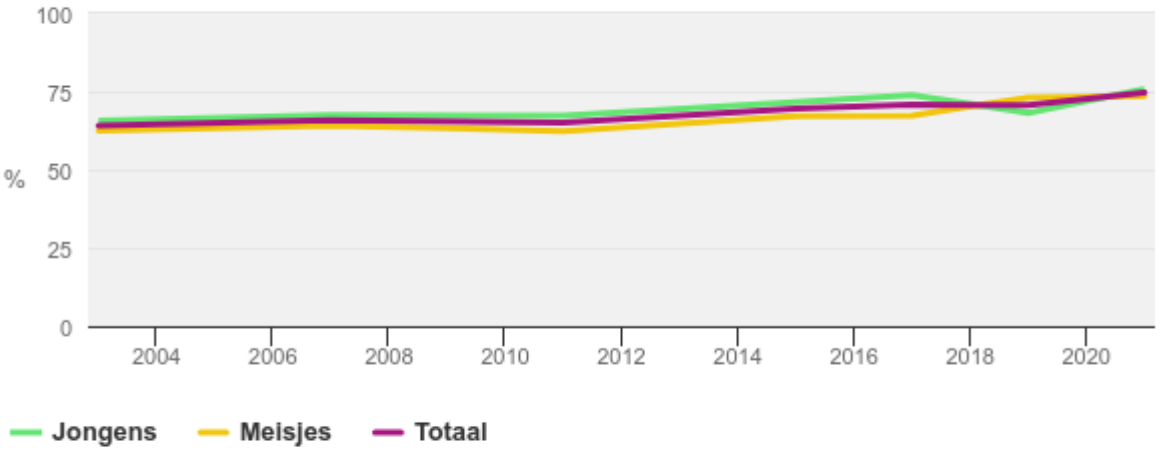
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM (2017, 2021) en Peilstationsonderzoek scholieren / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut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

NDM

	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

	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

	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

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

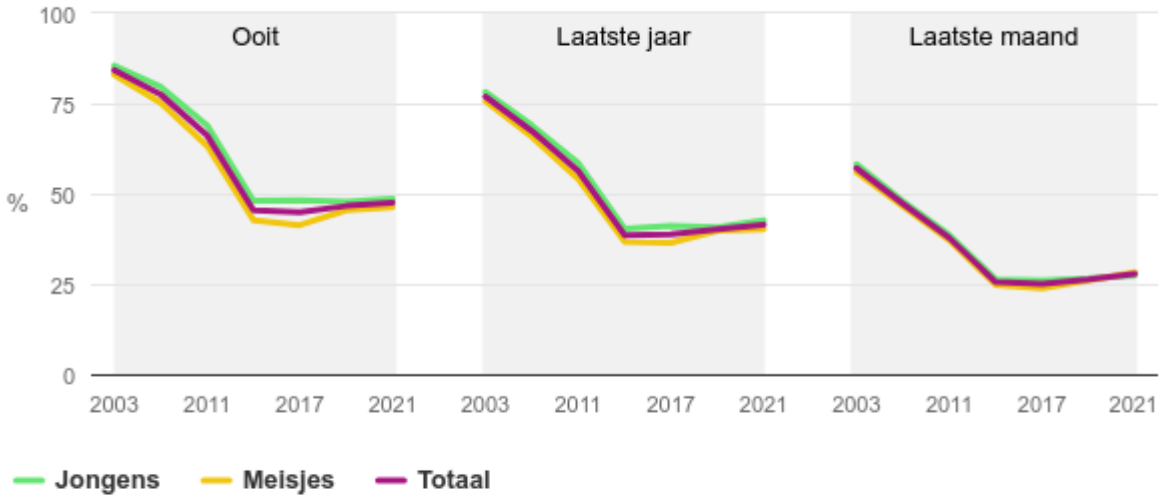
Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar worden om de twee jaar alternerend verzameld via het Peilstationsonderzoek Scholieren en via de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Sinds de meting van 2017 is de HBSC-studie wat betreft de steekproef 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.

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

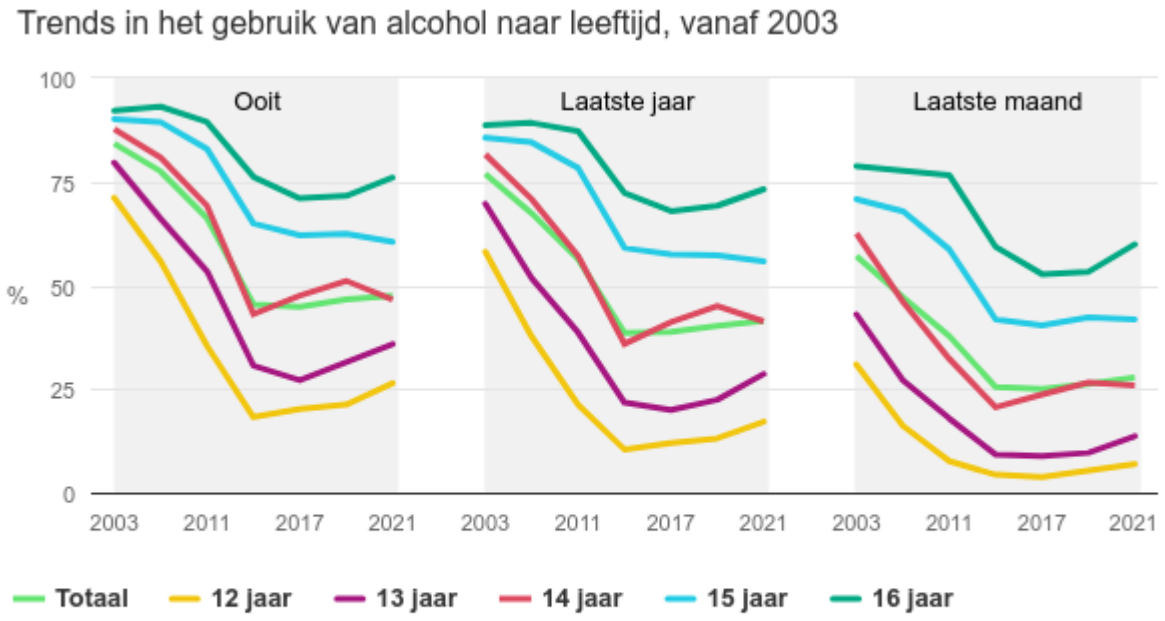
	Jongens	Meisjes	Totaal
2003	85,5	83,0	84,2
2007	79,6	75,2	77,5
2011	69,0	63,3	66,2
2015	48,1	42,7	45,4
2017	48,2	41,3	44,8
2019	47,8	45,4	46,6
2021	48,6	46,3	47,5

	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

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.



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

	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

	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

	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 SCP i.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.

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.

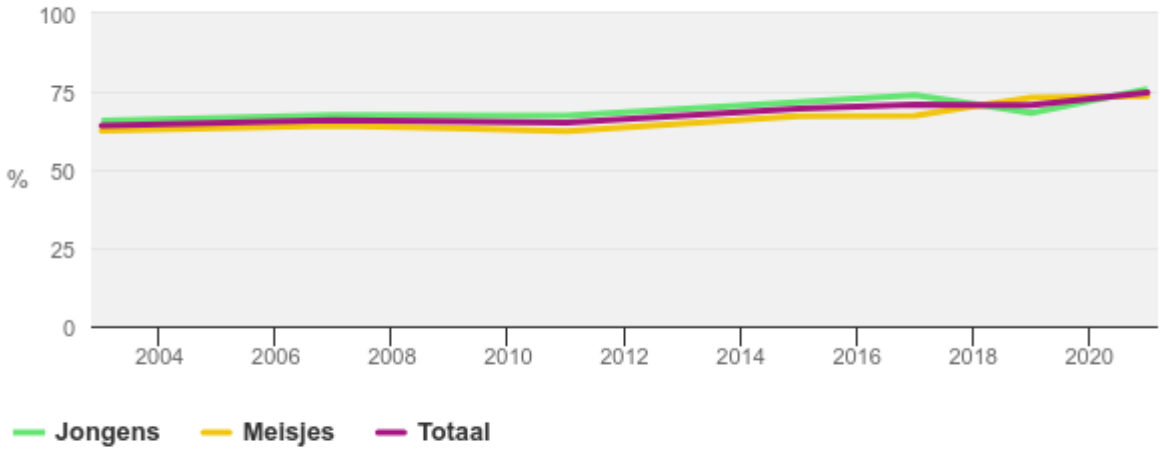
Binge drinken

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

	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[I]	**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). I. 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.

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.

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: Het alcoholgebruik onder 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten is in 2021 vergeleken met de eerste meting in 2015 ongeveer gelijk gebleven. Onder mbo-studenten komt het drinken van grote hoeveelheden alcohol (>10 glazen op een weekenddag) vaker voor dan onder hbo-studenten. Onder hbo en universiteitsstudenten (16 jaar en ouder), is één op de tien studenten een overmatige en één op de zes studenten een zware drinker. Deze cijfers zijn niet veranderd vergeleken met de eerste meting in 2021. De kans op zwaar en overmatig drinken verschilt niet 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 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 landelijke Middelenmonitor mbo-hbo [1–3]. Deze monitor onderzocht ook het alcoholgebruik onder 16-18 jarige studenten van het mbo en het mbo. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [1]. In 2023 heeft een nieuwe dataverzameling plaatsgevonden. Dit keer zijn alleen mbo-studenten meegenomen in het onderzoek. De resultaten van deze meting worden in 2024 gepubliceerd.

Daarnaast wordt sinds 2021 elke twee jaar grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (hbo en wo). Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) 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 2023 namen 32.000 studenten (≥16 jaar) deel, verdeeld over 24 onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs (13 hbo-instellingen en 11 universiteiten) verspreid over heel Nederland [6]. Met de tweede meting van de MMMS worden cijfers van de eerste meting (2021) geactualiseerd, vindt op onderdelen verdieping plaats ten opzichte van de eerste meting, en worden vergelijkingen gemaakt met de eerste meting.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse mbo-scholen (bijlage B8) [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.

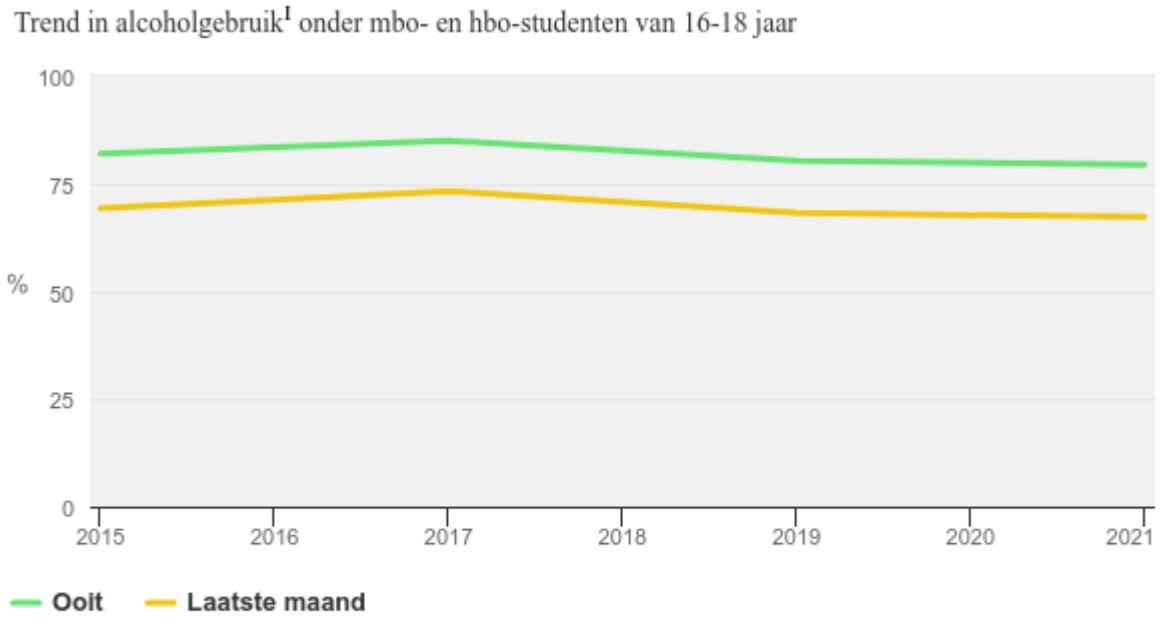
Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken. De onderzoeken zijn

door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet goed vergelijkbaar.

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.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Middelenmonitor mbo–hbo

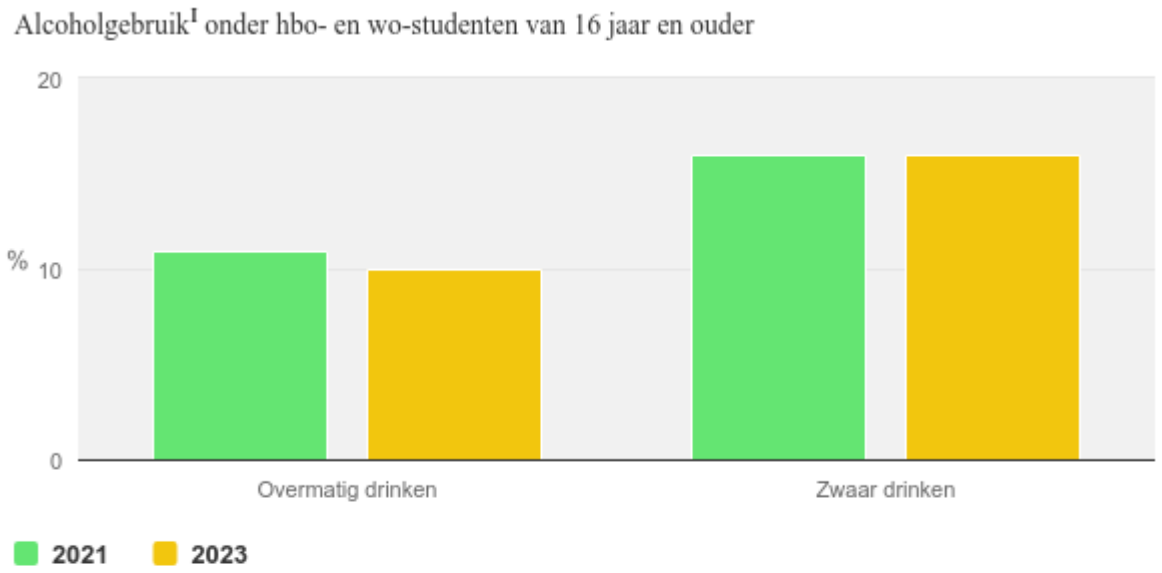
NDM

	Ooit	Laatste maand
2015	82	69,3
2017	85	73,3
2019	80,3	68,2
2021	79,4	67,3

Studenten van het hbo en de universiteit

Onderstaande resultaten zijn afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs [6]. Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen, zoals een laag responspercentage (6,5% in 2023) en onder-/oververtegenwoordiging van bepaalde groepen. Door weging is de data meer representatief gemaakt. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de resultaten vertekend zijn en daarmee niet representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland. De resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- In 2023 heeft een grote meerderheid (85%) van de deelnemende studenten van het hbo en de universiteit in het afgelopen jaar alcohol gedronken.
- Eén op de tien studenten (10%) is een overmatige en één op de zes (16%) studenten is een zware drinker.
- Vergeleken met de eerste meting in 2021 is het percentage laatste-jaar-gebruikers van alcohol en het percentage zware drinkers in 2023 onveranderd. Overmatig drinken is in 2023 anders gemeten dan in 2021 waardoor de cijfers niet met elkaar kunnen worden vergeleken.
- Overmatig en zwaar drinken komt in sommige groepen meer voor dan in andere groepen. De analyses[1] laten het volgende zien:
    - de kans op overmatig en zwaar drinken is groter onder mannen dan onder vrouwen.
    - de kans op overmatig en zwaar drinken is kleiner:
        - onder studenten van 26 jaar en ouder vergeleken met 16- t/m 21-jarige studenten;
        - onder studenten met een migratieachtergrond en internationale studenten vergeleken met studenten zonder migratieachtergrond;
        - onder niet-voltijds vergeleken met voltijdsstudenten.
- De kans op zwaar en overmatig drinken verschilt niet tussen hbo- en wo -studenten.



I. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen. Zwaar drinken: ten minste één keer per week 6 of meer glazen (mannen) of 4 of meer glazen (vrouwen) drinken op een dag. Bron: Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs

NDM

	2021	2023
Overmatig drinken	11	10
Zwaar drinken	16	16

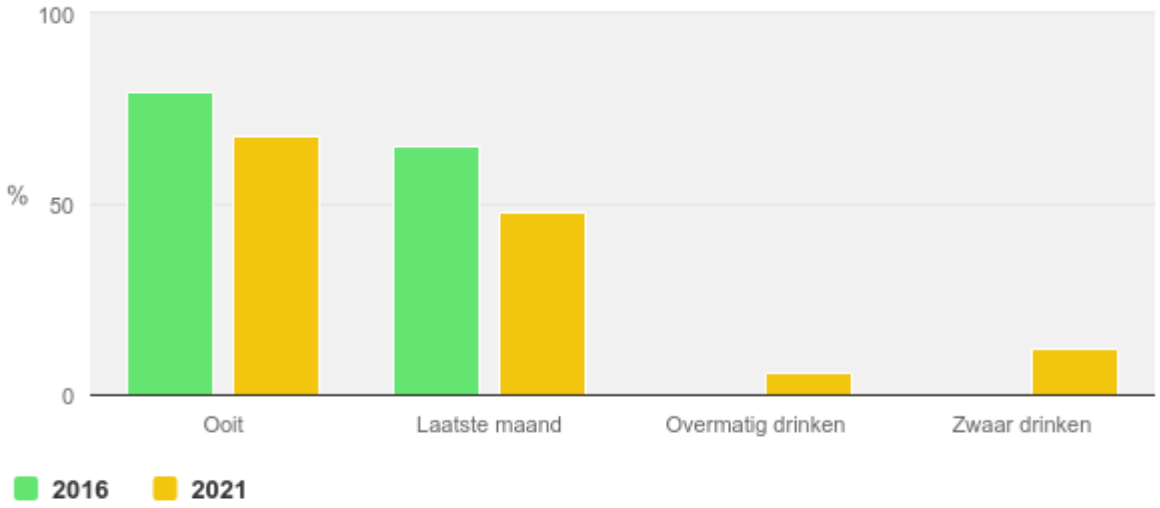
Mbo-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het alcoholgebruik van mbo-studenten uitgevraagd [7]. 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).

Alcoholgebruik[I] onder mbo-studenten in Amsterdam van 16 jaar en ouder



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen. Zwaar drinken: ten minste één keer per week 6 of meer glazen (mannen) of 4 of meer glazen (vrouwen) drinken op een dag. Bron: Monitor Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
Ooit	79,4	68,1
Laatste maand	65,1	48
Overmatig drinken		6
Zwaar drinken		12

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. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.
7. 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: Vrijwel alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen drinken alcohol. De hoeveelheid alcohol die tijdens het uitgaan wordt gebruikt is fors. Daarentegen wordt gesignaleerd dat veel uitgaanders (ook) kiezen voor alcoholvrije (0%) drankjes.

Gegevensbronnen

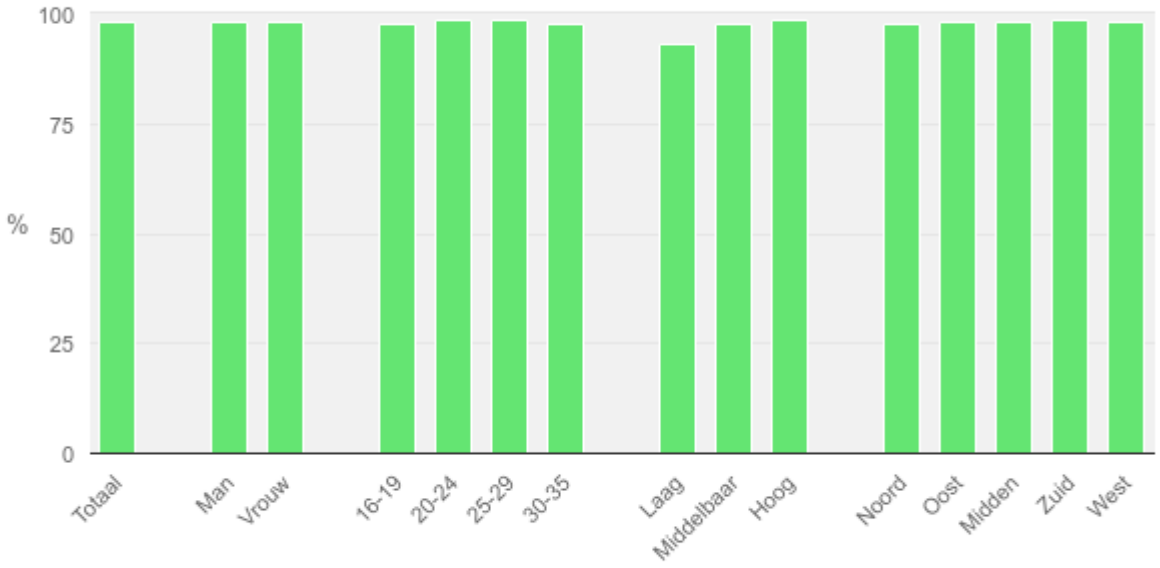
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over een eventuele toe- of afname van het gebruik van alcohol in het uitgaansleven (zie bijlage B2).

Uitgaanders in Nederland

Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- In 2023 had 99,4% van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen in het onderzoek ooit alcohol gedronken en 98,2% deed dit in het afgelopen jaar. Dit is onveranderd vergeleken met 2020.
- Het laatste-jaar-gebruik van alcohol is onder de uitgaanders hoger dan onder leeftijdsgenoten (15-34 jaar) in de algemene bevolking (76,5%).
- Ongeveer evenveel mannen als vrouwen hebben in het laatste jaar alcohol gedronken. Ook zijn er geen verschillen tussen leeftijdsgroepen en regio's. Er zijn wel opleidingsverschillen: onder laagopgeleiden is het percentage laatste-jaar-gebruikers iets lager dan onder middelbaar- en hoogopgeleiden.
- Van degenen die in het afgelopen jaar alcohol hadden gedronken deed 77,1% dat wekelijks en 4,7% (bijna) dagelijks.
- De hoeveelheid alcohol die tijdens het uitgaan werd gebruikt is fors: gemiddeld dronken mannen 7,2 glazen en vrouwen 5,0 glazen. Vóór het uitgaan werd nog ingedronken: mannen vooraf 5,9 glazen en vrouwen 4,2 glazen.
- Op een niet-uitgaansdag werd er aanmerkelijk minder gedronken: mannen dronken dan gemiddeld 3,5 glazen en vrouwen 2,6 glazen.
- Alcoholvrije dranken werden door 82,0% van de uitgaanders ooit gedronken en door 62,1% in het afgelopen jaar.

Alcoholgebruik[I] onder uitgaanders van 16-35 jaar, naar geslacht, leeftijd, opleiding en regio.
Peiljaar 2023



I. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

	Laatste jaar
Totaal	98,2
Man	98,3
Vrouw	98,2
16-19	97,6
20-24	98,5
25-29	98,6

	Laatste jaar
30-35	97,8
Laag	93,3
Middelbaar	97,7
Hoog	98,7
Noord	97,8
Oost	98,1
Midden	98,3
Zuid	98,6
West	98,2

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

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.

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 alle vier de metingen van NEMESIS-2 zijn 4 groepen alcoholgebruikers te onderscheiden [5]. 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.

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.
5. Tuithof M, Ten Have M, van den Brink W, Vollebergh W, de Graaf R. The relationship between excessive alcohol consumption and alcohol use disorders according to DSM-IV and DSM-5. Vol. 38, Alcoholism, clinical and experimental research. 2014. p. 249–256.

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

Gegevensbronnen en 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.

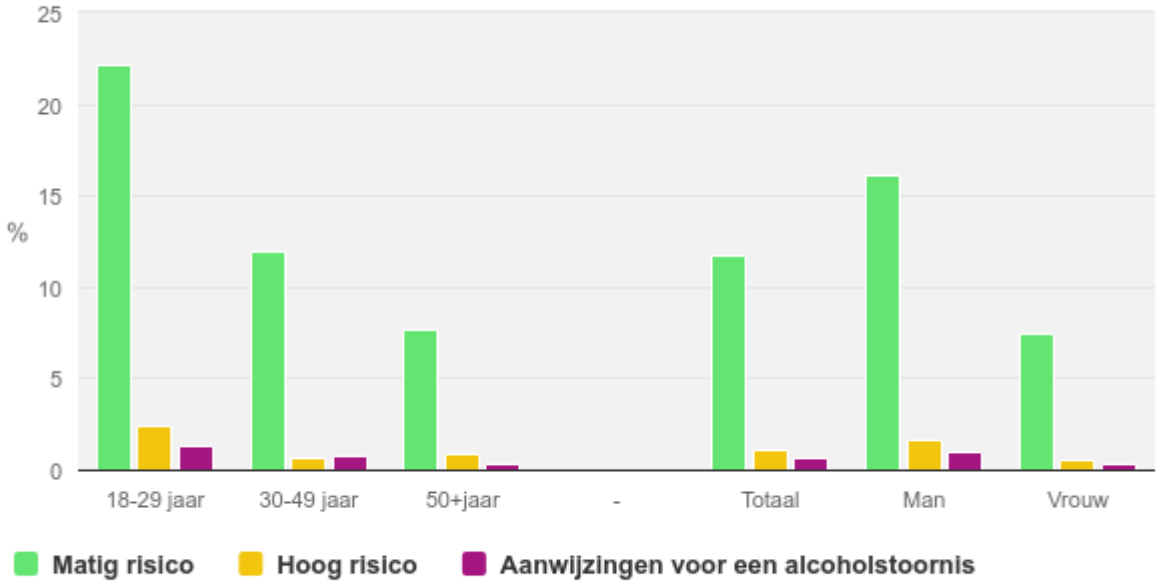
Bij problematisch alcohol gebruik staan, zoals hierboven beschreven, de gevolgen ervan centraal en niet de hoeveelheid alcohol die is gedronken. Cijfers over de gebruikspatronen, zoals overmatig en zwaar drinken worden daarom elders beschreven (§ 11.2.2). Als het gaat om jongeren onder de 18 jaar, wordt 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 stoornis in het gebruik van alcohol (hierna: alcoholstoornis).

- In 2022 liep 13,5% van alle volwassenen in Nederland van 18 jaar en ouder (inclusief de niet-drinkers) een verhoogd risico op risicovol of schadelijk alcoholgebruik of op een alcoholstoornis. Dit is hoger dan bij de vorige meting in 2020 (11,9%), maar op hetzelfde niveau als in 2018 en 2016.
- Onder de volwassenen die in het afgelopen jaar alcohol dronken was in 2022 bij 15,0% van de volwassenen sprake van een matig risico; bij 1,4% van een hoog risico en bij 0,8% waren er aanwijzingen voor een alcoholstoornis. De overige 82,8% had geen of een laag risico op risicovol of schadelijk alcoholgebruik (zie onderstaande figuur).
- In 2022 is vergeleken met 2020 het percentage drinkers met geen of een laag risico op risicovol of schadelijk drinken iets afgenomen (van 84,8% in 2020 naar 82,8% in 2022) en met een matig risico iets toegenomen (van 13,3% in 2020 naar 15,0% in 2022). Het percentage drinkers met een hoog risico of aanwijzingen voor een alcoholstoornis bleef tussen 2020 en 2022 ongeveer gelijk.
- Onder de volwassenen die het afgelopen jaar alcohol dronken, dronken mannen vaker risicovol of schadelijk dan vrouwen: mannen hebben vaker een matig en hoog risico op risicovol of schadelijk drinken en er is vaker sprake van aanwijzingen voor een alcoholstoornis.
- Onder alcoholgebruikers in de leeftijdscategorie 18-29 jaar is het percentage risicovolle of schadelijke drinkers hoger dan in de oudere leeftijdsgroepen.
- Onder de drinkers is het percentage dat geen of een laag risico heeft op risicovol of schadelijk drinken het grootst onder de laagopgeleiden.

Risico op problematisch alcoholgebruik volgens de AUDIT-score onder laatste-jaar-gebruikers van alcohol naar geslacht en leeftijd. Peiljaar 2022.



In percentages. Bron: LSM-A Middelen/LeefstijlmonitorTrimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS.

NDM

	Matig risico	Hoog risico	Aanwijzingen voor een alcoholstoornis
18-29 jaar	22,2	2,4	1,3
30-49 jaar	11,9	0,7	0,8
50+jaar	7,7	0,9	0,3
-			
Totaal	11,7	1,1	0,7
Man	16,1	1,6	1,0
Vrouw	7,5	0,6	0,3

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

- Resultaten van Het Grote Uitgaansonderzoek 2023 laten zien dat uitgaanders veel alcohol drinken (gemiddeld 11,2 glazen op een uitgaansavond, inclusief indrinken) [6]. Uit het onderzoek in 2021 bleek dat alcoholgebruik tijdens het uitgaan voor 21% van de respondenten heeft geresulteerd in verzuim van werk of studie [7].
- In 2021 vond ongeveer de helft (52%) van de uitgaanders die alcohol gebruiken, zelf dat ze te veel en/of te vaak gebruiken. Ongeveer één derde (34%) gaf aan te willen minderen en 4% gaf aan te willen stoppen [7].

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. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.
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.

11.5 Gebruik: internationale vergelijking

11.5.1 Algemene bevolking internationaal

In het kort: Het alcoholgebruik in Europa ligt wereldwijd op het hoogste niveau. Vergeleken met andere Europese landen ligt de alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking in Nederland onder het Europees gemiddelde. Echter, het aandeel van de bevolking dat alcohol drinkt is in Nederland hoger dan het Europees gemiddelde; Nederland kent de meeste wekelijkse drinkers van Europa.

Snel naar:

- Internationale vergelijking alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking
- Internationale vergelijking aandeel gebruikers van alcohol
- Vergelijking met de Verenigde Staten en Australië

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.

Internationale vergelijking alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking

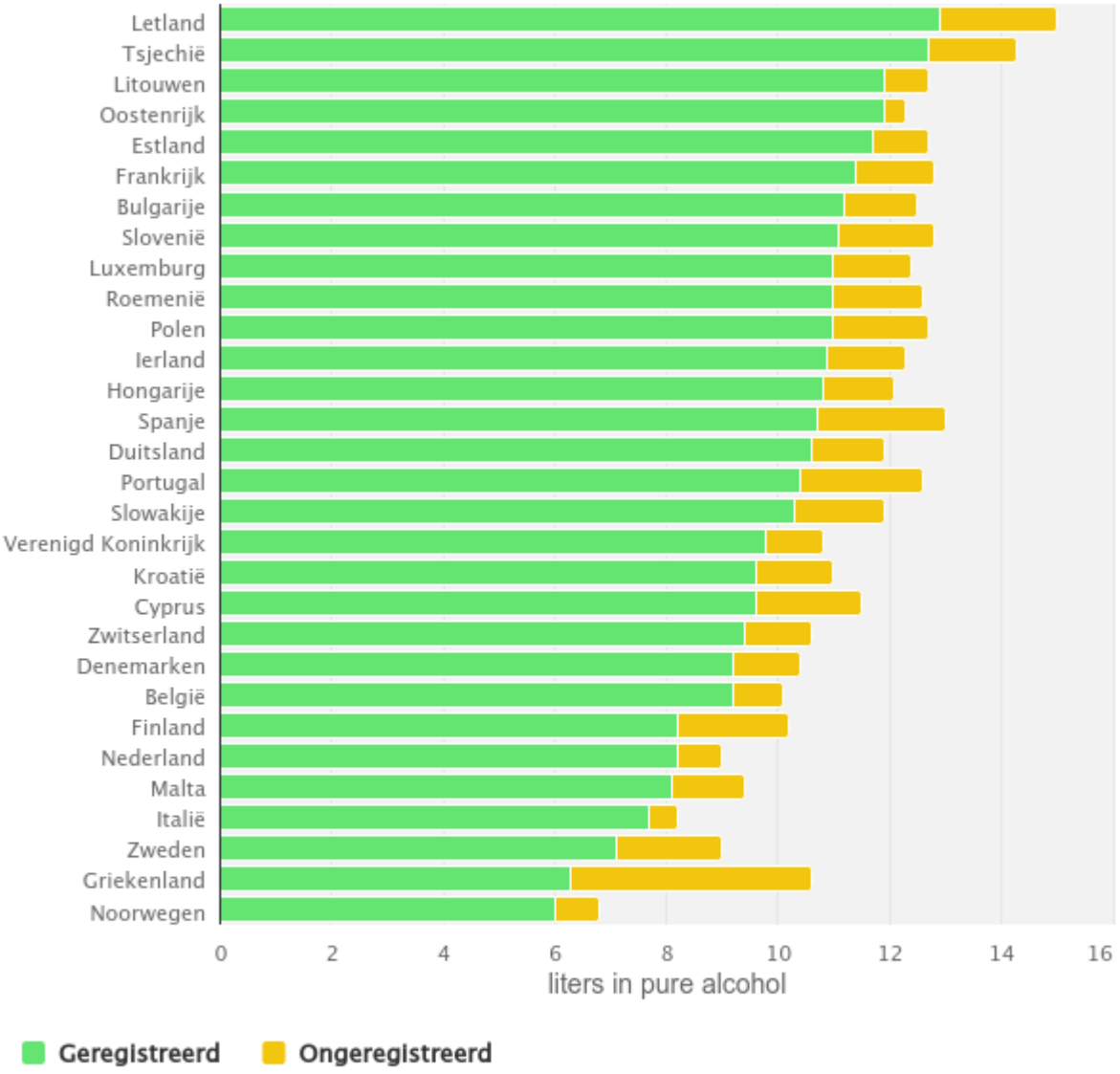
Het Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) van de WHO registreert wereldwijd gegevens over de alcoholconsumptie in liters per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder (zie § 11.2.4 voor de Nederlandse trend sinds 1960). Volgens de gegevens uit het GISAH bevindt de gemiddelde alcoholconsumptie in Nederland zich in 2019 aan de lage 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 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.

- De totale alcoholconsumptie (geregistreerd en ongeregistreerd) per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder was in 2019 het hoogst in Letland (15,0 liter) en het laagst in Noorwegen (6,8 liter).

Geregistreerde en ongeregistreerde alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder in de 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 pure liters 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

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

Land	Geregistreerd	Ongeregistreerd
Letland	12,9	2,1
Tsjechië	12,7	1,6
Litouwen	11,9	0,8
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

Land	Geregistreerd	Ongeregistreerd
Verenigd Koningkrijk (VK)	9,8	1,0
Kroatië	9,6	1,4
Cyprus	9,6	1,9
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

Internationale vergelijking 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.

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

In het kort: Het percentage Nederlandse scholieren dat alcohol drinkt ligt rond het Europese gemiddelde. Wel drinken Nederlandse scholieren meer en vaker dan hun Europese leeftijdgenoten.

Snel naar:

- Alcoholgebruik onder scholieren
- Veelvuldig alcoholgebruik onder scholieren

Gegevensbronnen

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 [1–5]. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats. De Verenigde Staten deden niet mee aan ESPAD maar voerden in 2007 en 2011 vergelijkbaar onderzoek uit.

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. Bij het interpreteren van de trendgegevens dient hiermee rekening te worden gehouden.

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) [2]. 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 3^{e} 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 7^{e} 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) [2].

- 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.

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. 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 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: CAN; 2012.
4. 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.
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. 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. Het meldsysteem van het NSCK is per 1 januari 2022 gestopt. De laatste gegevens over alcoholintoxicaties zijn afkomstig uit 2019.

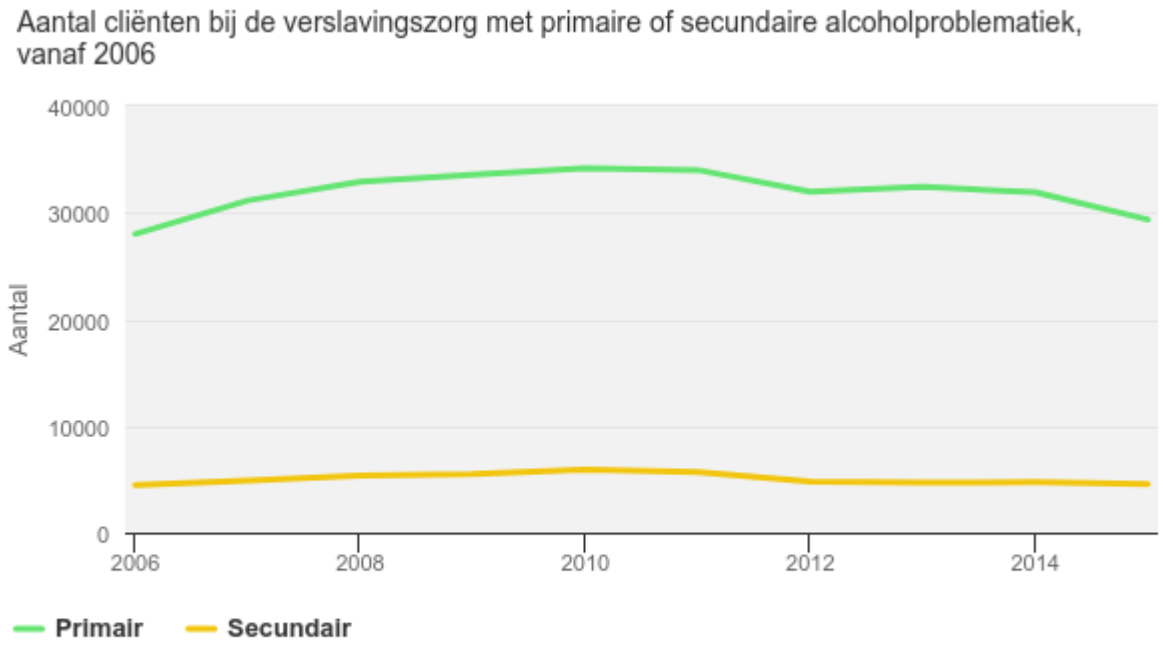
11.6.1 Verslavingszorg

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. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Begin 2023 is een tussenrapportage verschenen, waarin een voorlopig beeld werd geschetst van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. Hier werd geconstateerd dat de kwaliteit van de aanleveringen voor verbetering vatbaar was. Begin 2024 is een verbeterde versie van de Kerncijfers over de jaren 2017-2022 verschenen, waarin de eerdere cijfers zijn verrijkt met andere bronnen. Deze gegevens worden, na aanvullende analyses, 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%).

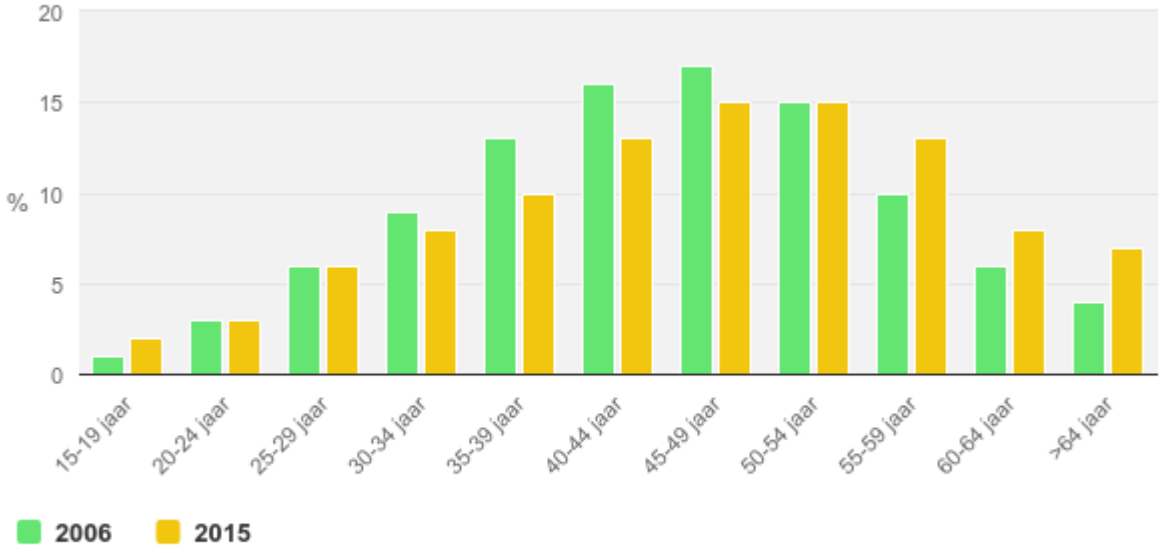


Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie Bijlagen B6. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) - Nationale Drug Monitor. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.
NDM

	Primair	Secundair
2006	28016	4478
2007	31148	4878
2008	32922	5372
2009	33558	5507
2010	34160	5937
2011	34013	5667
2012	31962	4809

	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

	2006	2015
15-19 jaar	1	2
20-24 jaar	3	3
25-29 jaar	6	6

	2006	2015
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.

Bronnen

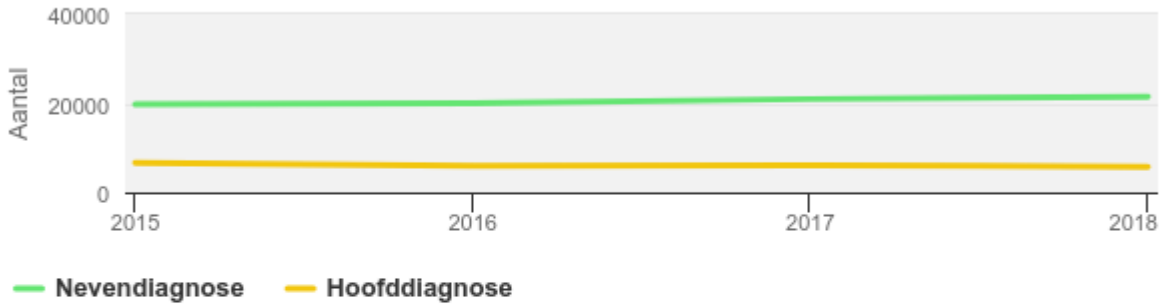
1. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2015. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg; 2016.
2. Tuithof M. Drinking Distilled: onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population. Amsterdam: Univeristeit van Amsterdam; 2015.
3. ten Have M, Tuithof 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).

Klinische opnames, observaties en dagopnames[I] in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan alcohol, 2015-2018



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 Bijlagen B5. Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ), ziekenhuisopnamen CBS - Nationale Drug Monitor voor definities. Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020).

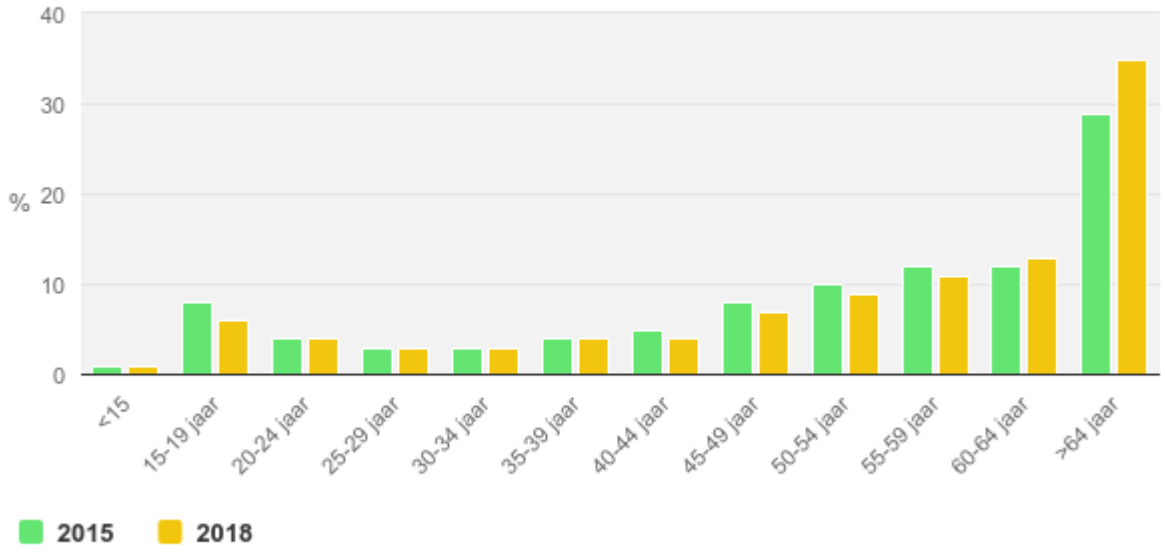
NDM

	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2015	19720	6615
2016	19945	6010
2017	20955	6065

	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
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

	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
45-49 jaar	8	7
50-54 jaar	10	9
55-59 jaar	12	11
60-64 jaar	12	13
>64 jaar	29	35

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

11.6.3 Alcoholgerelateerde incidenten bij de spoedeisende hulpafdelingen

In het kort: In 2022 zijn naar schatting 5.100 mensen vanwege een alcoholvergiftiging behandeld op de spoedeisende hulp (SEH). Dat is meer dan in het coronajaar 2020 maar minder dan in 2019. In 2022 werden naar schatting 23.900 personen op een SEH-afdeling behandeld voor een letsel waarbij, voor zover bekend, alcohol betrokken was.

Snel naar:

- Alcoholvergiftigingen
- Ongevallen met alcohol
- Verkeersongevallen met alcohol

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 [1–4]. De cijfers worden geëxtrapoleerd naar heel Nederland. Het aantal is een indicatie.

In 2022 heeft VeiligheidNL onderzoek gedaan naar middelengebruik (alcohol, drugs en rijgevaarlijke medicijnen) onder verkeersslachtoffers in de periode 2012-2021 [5]. Het Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL, een registratie van SEH-bezoeken als gevolg van letsels, is als bron voor dit onderzoek gebruikt. Er zijn gegevens verzameld bij de SEH's van 14 LIS-ziekenhuizen. Deze gegevens overlappen dus deels met de gegevens uit de Monitor Drugsincidenten. De gegevens kunnen worden gebruikt om trends te signaleren, maar zijn niet geschikt om landelijke schattingen te doen over het aantal incidenten. Daarnaast dient te worden benadrukt dat er op de SEH-afdeling niet altijd wordt gevraagd naar middelen- of medicijngebruik voorafgaand aan een ongeval. Echter, wanneer er overduidelijk sprake is van middelengebruik en/of wanneer dit relevant is voor de medische behandeling, wordt het middelengebruik wel geregistreerd. Gegevens over middelengebruik zoals in LIS geregistreerd dienen dus te worden geïnterpreteerd als een ondergrens van de daadwerkelijke problematiek [5]. Daarnaast is uit deze gegevens niet af te leiden hoeveel verkeersslachtoffers er zijn als gevolg van een bestuurder die alcohol en/of drugs heeft gebruikt.

Alcoholvergiftigingen

Het aantal SEH-behandelingen vanwege een alcoholvergiftiging is tussen 2010 en 2019 geleidelijk toegenomen, maar daalde in het coronajaar 2020. Tussen 2020 en 2022 lijkt het weer te stijgen, maar het aantal behandelingen is in 2022 (5.100) nog wel lager dan in 2019 (6.500) [4].

Aantal SEH-behandelingen

- In 2022 zijn naar schatting 5.100 mensen op een SEH-afdeling behandeld wegens een alcoholvergiftiging.
- Bijna twee derde (63%) van deze patiënten was man.
- Eén op de vijf patiënten (21%) was jonger dan 18 jaar, bij vrouwen (31%) was dit aandeel minderjarigen groter dan bij mannen (15%).
- In totaal was de helft (50%) van de SEH-bezoekers met een alcoholvergiftiging jonger dan 25 jaar; bij vrouwen was dit aandeel groter (63%) dan bij mannen (41%).
- Een kwart van de SEH-bezoekers met een alcoholvergiftiging werd in 2022 na behandeling opgenomen in het ziekenhuis. Dit is vrijwel gelijk aan 2021 (24%).

Vergelijking met eerdere jaren

In de 10-jaars periode voor corona (2010-2019) was een significante stijging in SEH-bezoeken als gevolg van alcoholvergiftigingen te zien (van 4.000 naar 6.500; +31%). In het coronajaar 2020 daalde het aantal SEH-bezoeken naar 4.200. Tussen 2020 en 2022 lijkt het aantal SEH-bezoeken vanwege alcoholvergiftigingen weer iets te zijn gestegen. In 2022 was het aantal SEH-bezoeken wel nog altijd lager dan in 2019 (5.100 versus 6.500).

Ongevallen met alcohol

In de periode 2013 tot 2022 steeg het aantal SEH-bezoeken wegens *ernstig letsel* door een alcohol gerelateerd ongeval significant (met 83%) [4].

Aantal SEH-behandelingen

- In 2022 werden naar schatting 23.900 personen op een SEH-afdeling behandeld voor een letsel waarbij voor zover bekend alcohol betrokken was[1].
- 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.
- Drie kwart (73%) van de patiënten met een aan alcohol gerelateerd letsel was man en een kwart (23%) was jonger dan 25 jaar.
- De leeftijdsgroep 18-24-jaar had de grootste kans om wegens een ongeval met alcohol op de SEH terecht te komen (305 ongevallen per 100.000 18-24-jarigen).
- In de helft van alle alcohol gerelateerde ongevallen was sprake van een privé-ongeval (51%), vooral een val van de trap. Bij 40% van de ongevallen met alcohol betrof het een verkeersongeval, waarvan de helft een val van de fiets. In 8% van de gevallen was sprake van geweldpleging.
- Bijna twee derde deel van de letsels (62%) die ontstonden door ongevallen waarbij alcohol een rol speelde werd in 2022 als ernstig geclassificeerd.
- Eén vijfde deel (22%) van de patiënten die door een ongeval met alcohol een SEH-afdeling bezocht werd opgenomen in het ziekenhuis. Dit is een relatief hoog aandeel als je het vergelijkt met het percentage ziekenhuisopnames na een SEH-bezoek bij niet-alcohol gerelateerde ongevallen (16%).
- Naast bovengenoemde ongevallen werden in 2022 naar schatting 2.600 personen behandeld

op een SEH wegens letsel door zelfbeschadiging waarbij alcohol betrokken was. Van deze patiënten was 57% vrouw en één op de vijf was jonger dan 25 jaar.

Vergelijking met eerdere jaren

- In de periode 2013 tot 2022 steeg het aantal SEH-bezoeken wegens een *ernstig letsel* door een alcohol gerelateerd ongeval significant (met 89%). In de coronajaren (2020-2021) was er een daling te zien, maar in 2022 is het aantal ernstige letsels gerelateerd aan alcoholconsumptie weer fors gestegen.
- De 10-jaars trend (2013-2022) van een *ernstig letsel* steeg significant voor zowel vrouwen (+97%) als mannen (+85%).
- Het aantal personen dat op de SEH behandeld werd na een verkeerongeval waarbij alcohol betrokken was steeg van 5.900 in 2021 naar 9.600 in 2022. Van deze verkeersongevallen was ongeveer twee derde (64%) een eenzijdig ongeval.
- Het aantal SEH-bezoeken wegens *ernstig letsel* na een verkeersongeval waarbij alcohol betrokken was, is in de periode 2013-2022 eveneens significant toegenomen (+114%).

Schatting van het aantal alcoholvergiftigingen en letsels na een alcoholgerelateerd ongeval op de spoedeisende hulp in Nederland in 2022, naar geslacht en leeftijd

	Alcoholvergiftigingen	Ongevallen
	Aantal (% van het totaal)	Aantal (% van het totaal)
Totaal	**5.100**	**23.900**
Man	3.200 (63%)	17.400 (73%)
Vrouw	1.900 (37%)	6.500 (27%)
Leeftijdsgroep (jaar)		
15–17	1.100 (21%)	700 (3%)
18–24	1.400 (29%)	4.800 (20%)
25–54	2.000 (40%)	10.600 (44%)
55+	500 (11%)	7.800 (32%)

Nationale schatting op basis van gegevens van een representatieve steekproef van 14 SEH-afdelingen van 12 ziekenhuizen. Bron: Letsel Informatie Systeem (LIS), VeiligheidNL.

Schattingen van het aantal letsels na een alcoholgerelateerd ongeval op spoedeisende hulpafdelingen in Nederland in 2022, naar ongevalscenario

Ongevalscenario	Aantal (% van het totaal)
Privé-ongeval	12.200 (51%)
Verkeersongeval	9.600 (40%)
Geweldpleging	2.000 (8%)
Arbeidsongeval	200 (<1%)
Sportblessure	100 (<1%)
Totaal	**23.900**
Zelfsbeschadiging	2.600

Bron: Letsel Informatie Systeem (LIS), VeiligheidNL

Verkeersongevallen met alcohol

In 2022 heeft VeiligheidNL onderzoek gedaan naar middelengebruik (alcohol, drugs en rijgevaarlijke medicijnen) onder verkeersslachtoffers in de periode 2012-2021 [5]. Er zijn gegevens verzameld bij de SEH's van 14 LIS-ziekenhuizen. De hieronder genoemde cijfers zijn een ondergrens van het werkelijke aantal verkeerslachtoffers dat alcohol heeft gebruikt, omdat er op de SEH-afdeling niet altijd wordt gevraagd naar middelen- of medicijngebruik voorafgaand aan een ongeval.

- Bij nagenoeg alle verkeersslachtoffers op de SEH (2012-2021) die voorafgaand aan het ongeval alcohol en/of drugs hadden gebruikt, was sprake van alcoholgebruik (98%).
- Van alle 7.179 verkeersslachtoffers op de SEH tussen 2012 en 2021 die alcohol en/of drugs hadden gebruikt (inclusief passagiers en voetgangers), had 94% uitsluitend alcohol gebruikt.
- Van alle verkeersslachtoffers op de SEH die voorafgaand aan het ongeval alcohol en/of drugs hadden gebruikt (2012-2021), was 20,0% (n=1.434) bestuurder van een gemotoriseerd voertuig. Van hen had 87% uitsluitend alcohol gebruikt.
- Van alle verkeersslachtoffers op de SEH die voorafgaand aan het ongeval alcohol en/of drugs hadden gebruikt (2021-2021) was 72,8% fietser (inclusief elektrische fietsers) (n=5.224). Van

hen had 97% uitsluitend alcohol gebruikt.

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.
3. Valkenberg H, Nijman S. Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol: SEH-behandelingen 2021. Amsterdam: VeiligheidNL; 2022.
4. Valkenberg H, Nijman S. Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol: SEH-behandelingen 2022. Amsterdam: VeiligheidNL; 2023.
5. Valkenberg H, Nijman S. Middelengebruik in het verkeer: een analyse van data verzameld op SEH-afdelingen [Internet]. Amsterdam: VeiligheidNL; 2022. Available from: https://www.veiligheid.nl/sites/default/files/2022-11/Rapportage middelengebruik in het verkeer 2012-2021.pdf

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]. Het meldsysteem van het NSCK is per 1 januari 2022 gestopt. De laatste gegevens over alcoholintoxicaties zijn afkomstig uit 2019.

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.

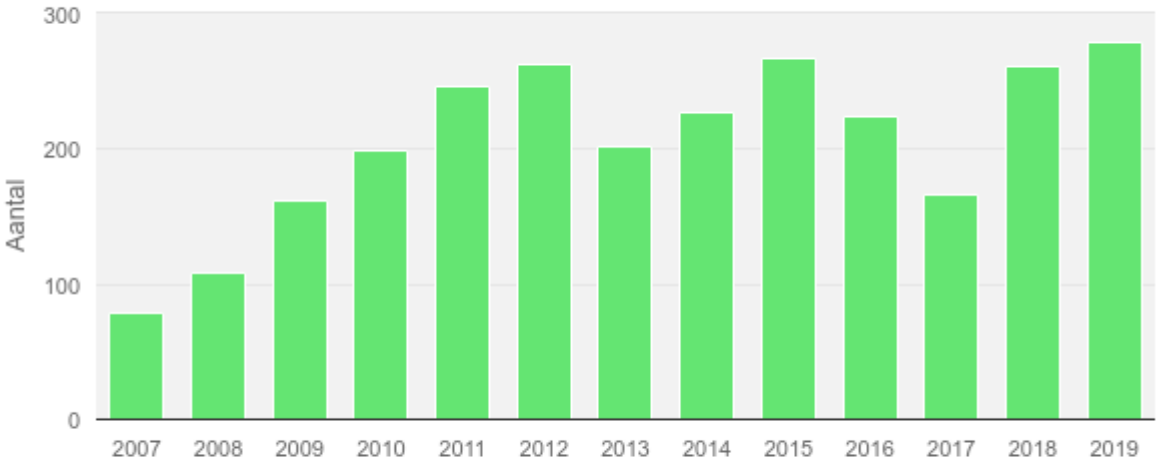
- In 2017 had 89,4% van de meldingen een Nederlandse achtergrond en 35% van de jongeren zat op het VMBO of MBO; 25% op de HAVO en 21% op het VWO. Deze verdeling is over de afgelopen jaren redelijk stabiel [2].
- In 2017 kwamen uit 81% van de ziekenhuizen meldingen. Het aantal meldingen lag toen op 860 [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

	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

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.

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: Het aantal alcoholgerelateerde sterftegevallen wordt in 2021 geschat op 2.390. 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. 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 (1,5% van de totale sterfte) en in 2019 op 2.400 (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] door het gebruik van alcohol	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 door gebruik van alcohol	280	120	400	100,0%	100,0%	100,0%
Verkeersongeval	70	30	100	16,3%	16,4%	16,3%
Totaal	**1.410**	**990**	**2.390**	**1,6%**	**1,2%**	**1,4%**

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.

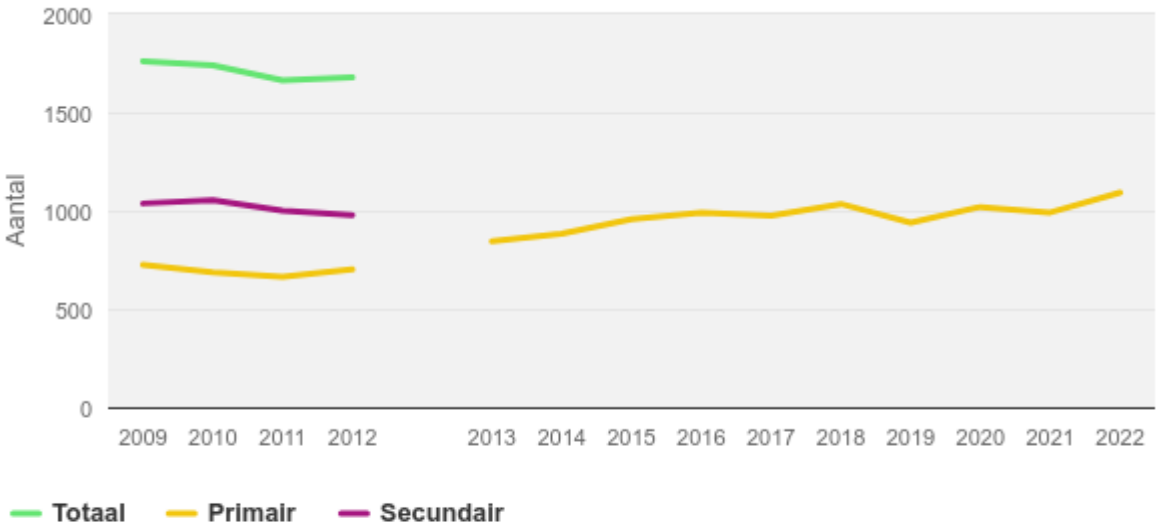
Doodsoorzakenstatistiek CBS

Tot en met 2012 rapporteerde de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS de totale alcoholsterfte als de optelsom van de primaire en secundaire alcoholsterfte. Het totale cijfer schommelde tussen 2005 en 2012 rond de 1.700 gevallen per jaar (waarvan ongeveer 700 primaire alcoholsterfte en 1.000 secundair). Voor de secundaire alcoholsterfte kunnen vanaf 2013 geen betrouwbare gegevens meer worden gerapporteerd (CBS, persoonlijke communicatie, 26-02-2015; bijlage B4). Bovendien kan de primaire alcoholsterfte vanwege een verandering in de codering vanaf 2013 niet meer vergeleken worden met de voorgaande jaren (2005-2012) (2005-2012) [5,6].

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2022 in totaal 1.092 mensen door alcohol als primaire doodsoorzaak. Dat is meer dan in 2021 (991 mensen) en alle voorgaande metingen sinds 2013 (zie onderstaande figuur). Daarbij moet worden opgemerkt dat in 2021 voor het eerst ICD code K85.2 (alcohol geïnduceerde acute pancreatitis (ontsteking van de alvleesklier door alcoholgebruik)) is meegenomen, dit betrof 20 gevallen in 2021 en 11 gevallen in 2022.

- In 2022 ging het in 53,8% (588/1092) van de gevallen om psychische- en gedragsstoornissen als primaire doodsoorzaak door het gebruik van alcohol. Dit is vergelijkbaar met het percentage in 2021 (54,3%).
- De primaire alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 55 tot en met 74 jaar (zie figuur hieronder).
- Drie kwart van de overledenen was man (74,3%; 812/1.092).
- 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



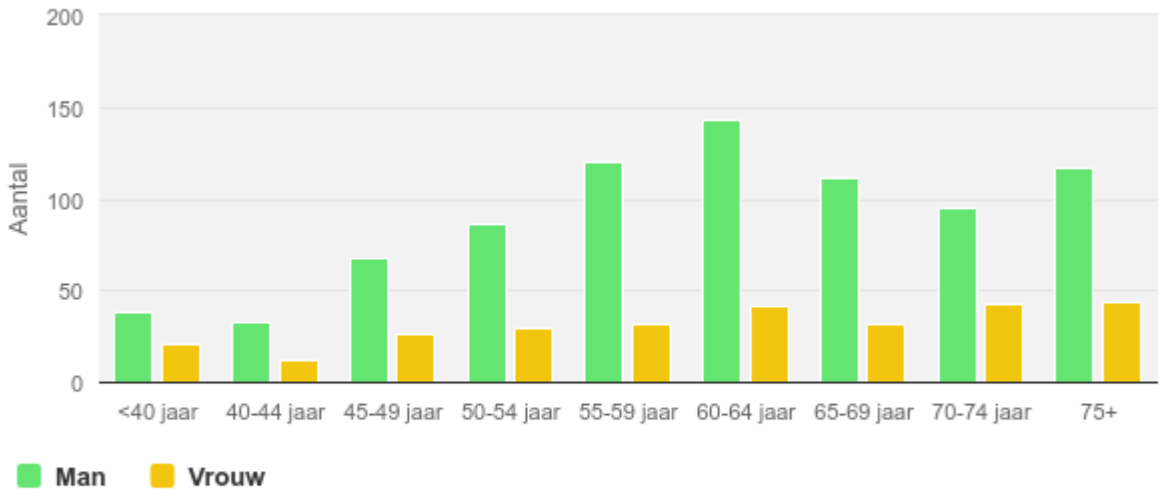
Aantal geregistreerde sterfgevallen aan alcoholgerelateerde aandoeningen. ICD-10 codes: F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45*, X65*, Y15*, T51.0-1 (* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is). Vanaf 2021 is ook K85.2 meegenomen. Voor een verklaring van de codes: 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	
2015		957	

Jaar	Totaal	Primair	Secundair
2016		989	
2017		974	
2018		1034	
2019		939	
2020		1019	
2021		991	
2022		1092	

Geregistreerde primaire sterfte door alcohol onder mannen en vrouwen per leeftijdsgroep. Peiljaar 2022



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	38	21
40-44 jaar	33	12
45-49 jaar	68	26
50-54 jaar	86	29
55-59 jaar	120	32
60-64 jaar	143	41
65-69 jaar	112	32
70-74 jaar	95	43
75+	117	44

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 [7]. 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.
- In oktober 2020 volgde de Global Burden of Disease studie, waarin alcoholgerelateerde sterfte

in Nederland in 2019 werd geschat op 7.570 [8]. 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 [9], 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 [10]. 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 [10]. 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) [11]. 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 § 2.3.1 Wettelijke kaders en beleid alcohol en § 17.2.3 Rijden onder invloed.

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. 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.
6. Harteloh P. Verschuivingen in de doodsoorzakenstatistiek bij de introductie van het

automatisch coderen. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2014.
7. 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
8. 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
9. 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
10. SWOV. Rijden onder invloed van alcohol: SWOV-factsheet. Den Haag: SWOV; 2018.
11. 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.

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/verkoopunten-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-e

lkaar-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, zie het nalevingsonderzoek 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. Daarbij moet worden opgemerkt dat het aantal aankooppogingen per verkooppunt verschillend is, en daarmee de kans op het bereiken van statistische significantie.
- 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.

Naleving leeftijdsgrenzen alcohol per verkoopkanaal

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.bestuurlijkeinformatie.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=2ahUKEwiD5tCw

lcT7AhUN_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

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.

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.



Tabak

12.0 Laatste feiten en trends

Volwassenen

Roken in het laatste jaar (2022)



18,9% rookt wel eens
13,1% rookt dagelijks

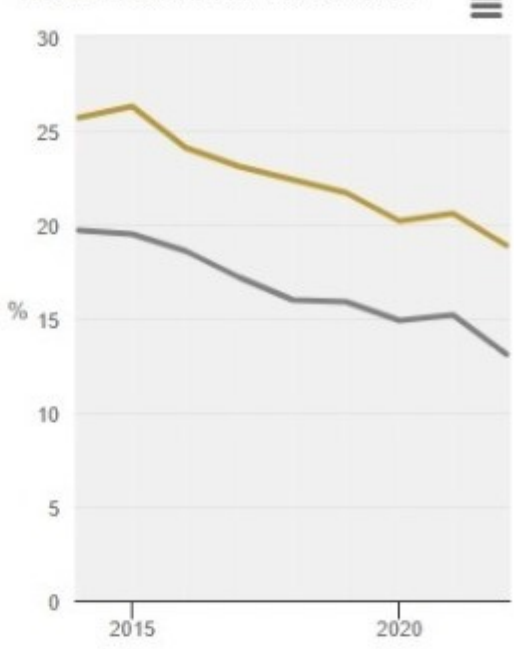


15,2% rookt wel eens
10,9% rookt dagelijks



22,7% rookt wel eens
15,5% rookt dagelijks

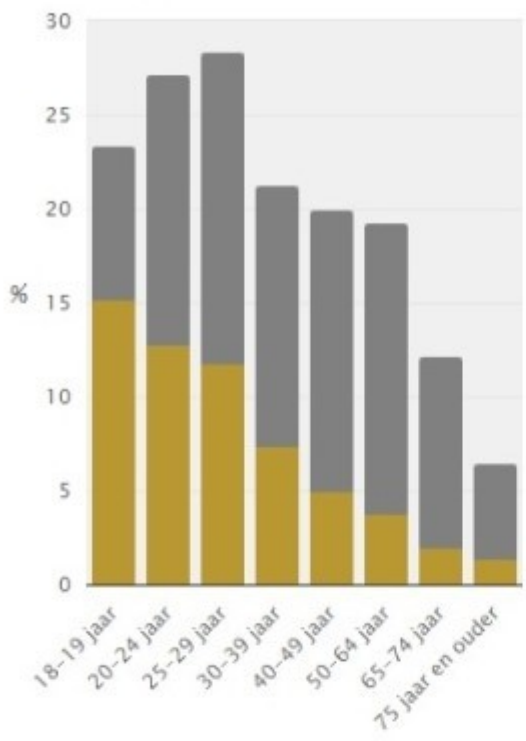
Trend in roken onder volwassenen



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

Roken onder volwassenen, naar leeftijdsgroep



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

NDM

- In 2022 rookte 18,9% van de volwassenen en 13,1% rookte dagelijks, dat zijn 2.650.000 rokers en 1.840.000 dagelijkse rokers.
- De afgelopen jaren daalt het percentage rokers en tussen 2021 en 2022 is het percentage rokers verder gedaald.
- Meer mannen roken dan vrouwen.
- Het percentage volwassenen dat rookt is hoger onder jongeren.
- 32,8% van de volwassen rokers deed een stoppoging.
- In 2022 gebruikte 2,8% van de volwassenen een-sigaret, 1% dagelijks en 1,8% niet-dagelijks.
- In 2022 werd 8% van de volwassen niet-rokers binnen een huis of gebouw regelmatig blootgesteld aan de tabaksrook van een ander.

Jongeren en jongvolwassenen

Scholieren	Hbo-wo-studenten	Uitgaanders
12-16 jaar	≥16 jaar	16-35 jaar
(2021)	(2023)	(2023)



17,2% ooit gerookt
2,5% rookt dagelijks



10% ooit gerookt
3% rookt regelmatig
6% rookt dagelijks



58,9% laatste jaar gerookt
22,0% rookt dagelijks

- Onder scholieren van het voortgezet onderwijs is in 2019 en 2021 de dalende trend in het roken gestopt. 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 16-18-jarige 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. Op het hbo en de universiteit (16 jaar en ouder) samengenomen daalde het percentage dagelijkse rokers van 8% in 2021 naar 6% in 2023. Onder de hbo-studenten (7%) ligt het percentage dagelijkse rokers hoger dan onder de universiteitsstudenten (5%).
- Onder uitgaanders worden hoge percentages rokers aangetroffen. In 2023 rookte 58,9% van de uitgaanders, 22,0% rookte dagelijks. De vape/e-sigaret werd door de helft (50,2%) van de uitgaanders in 2023 gebruikt en de waterpijp door 11,0%.

Internationale vergelijking

- In 2019 lag het percentage rokers onder scholieren van 15-16 jaar in Nederland onder het (ongewogen) gemiddelde van 35 Europese landen.

Ziekte en sterfte

19.272 sterf-gevallen	8.387 longkanker	5.248 COPD	1.170 CAD	693 hartfalen	547 beroerte
7.506	3.212	2.359	301	304	194
11.766	5.175	2.889	869	389	353

- In Nederland is 9,4% van de totale ziektelast toe te schrijven aan roken.
- 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.

12.1 Over tabak

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).

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: volwassenen

12.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: Bijna één op de vijf (18,9%) volwassen Nederlanders rookt en 13,1% rookt dagelijks. Dit zijn ongeveer 2,6 miljoen rokers en bijna twee miljoen dagelijkse rokers. De afgelopen jaren daalt het percentage rokers en tussen 2021 en 2022 is het percentage rokers verder gedaald.

Snel naar:

- Indicatoren voor gebruik
- Kerncijfers 2022
- 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. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers over roken in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2014 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Indicatoren voor gebruik

De totale groep van mensen die roken omvat mensen die aangeven ”weleens” 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.

Kerncijfers 2022

Bijna een vijfde deel van de bevolking van 18 jaar en ouder (18,9%) rookte in 2022 (zie onderstaande tabel). Bijna zeven van de tien mensen die rookten (69,6%) rookte dagelijks; dit komt neer op 13,1% van de hele bevolking van 18 jaar en ouder. Omgerekend naar de bevolking van 18 jaar en ouder

waren er naar schatting ongeveer 2,6 miljoen rokers en waren er bijna twee miljoen dagelijkse rokers (zie onderstaande tabel). In 2022 was van de Nederlanders van 18 jaar en ouder 32,8% een ex-roker en had 48,4% nooit gerookt.

Roken[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

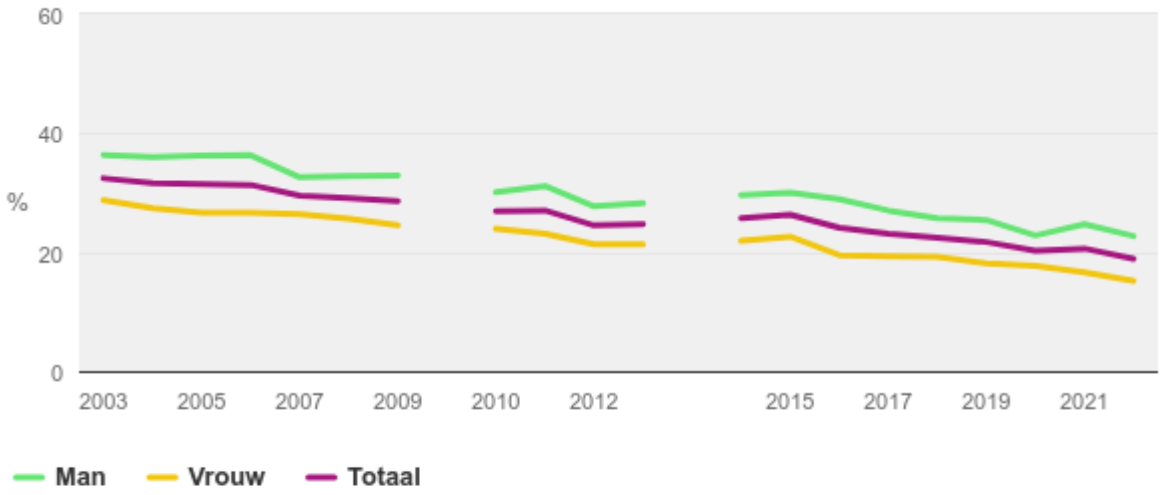
	%	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Roken (dagelijks en niet-dagelijks)	18,9	2.650.000	2.510.000-2.780.000
Dagelijkse roken	13,1	1.840.000	1.730.000-1.960.000

I. Roken (dagelijks en niet-dagelijks): 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u weleens?' Dagelijks roken: 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u elke dag?' Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Trends in roken

- Gekeken vanaf 2015 is er sprake van een dalende trend (zie onderstaande figuren). Tussen 2015 en 2021 daalde het percentage mensen dat rookte van 26,3% naar 20,6% en tussen 2021 en 2022 daalde het percentage verder door naar 18,9%.
- Het percentage mensen dat dagelijks rookte daalde tussen 2015 en 2021 van 19,5% naar 15,2% en daalde tussen 2021 en 2022 verder door van 15,2% naar 13,1%.

Trend[I] in roken[II] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014 zit een methodebreuk, waardoor de cijfers tussen deze periodes niet vergelijkbaar zijn. II. Roken (dagelijks en niet-dagelijks): 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u weleens?' Dagelijks roken: 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u elke dag?' Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Man	Vrouw	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

	Man	Vrouw	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
'22	22.7	15.2	18.9

12.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Het percentage mensen dat rookt is hoger onder mannen, jongeren, laag- en middelbaar opgeleiden, is hoger onder mensen met een niet-Nederlandse herkomst en in stedelijke gebieden en is hoger onder mensen die wonen in de GGD-regio's Groningen en Amsterdam.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Herkomst
- Stedelijkheid
- 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. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Regionale cijfers over het rookgedrag zijn afkomstig van de Gezondheidsmonitor van de GGD’en, samen met het CBS en het RIVM [1]. Deze monitor is in 2012 gestart en wordt vierjaarlijks in elke GGD-regio uitgevoerd onder de bevolking vanaf 18 jaar. De laatste meting vond plaats in 2022. Daarnaast geeft de GGD Corona Gezondheidsmonitor jongvolwassenen inzicht in regionale verschillen voor de leeftijdsgroep van 16 tot en met 25 jaar [2].

De cijfers over rookgedrag worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst, stedelijkheid en regio.

Geslacht

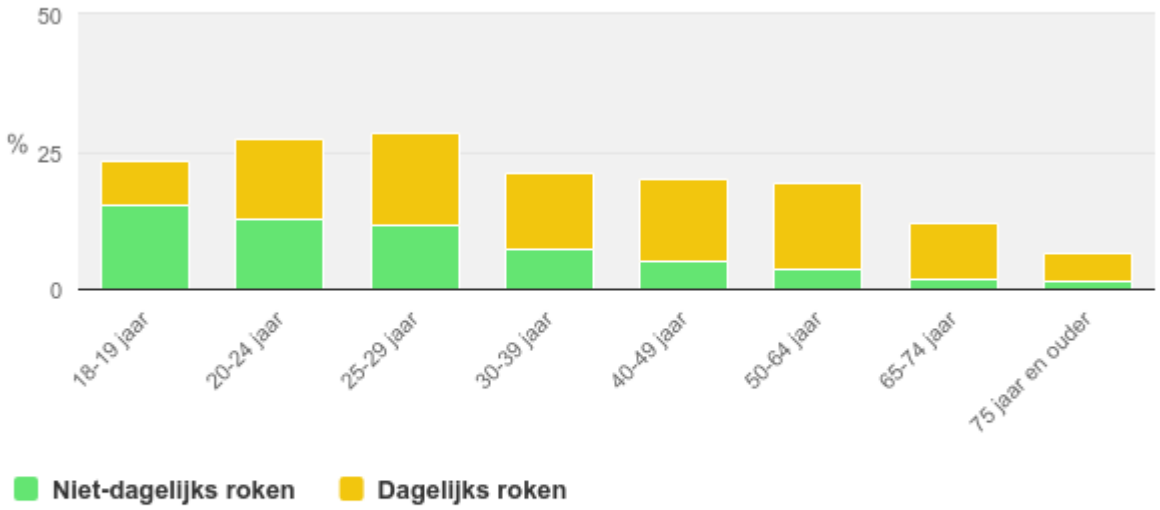
Meer mannen dan vrouwen roken weleens. Dit geldt ook voor het dagelijkse roken. In 2022 rookte 22,7% van de mannen weleens, vergeleken met 15,2% van de vrouwen. Van de mannen rookte 15,5% dagelijks, vergeleken met 10,9% van de vrouwen. Tussen 2014 en 2022 daalde onder de mannen het percentage dat rookte van 29,6% naar 22,7% en daalde het onder de vrouwen van

21,9% naar 15,2%. In deze periode daalde onder de mannen het percentage dat dagelijks rookte van 22,4% naar 15,5% en daalde het onder de vrouwen van 17,0% naar 10,9% (zie ook de figuren in § 12.2.1).

Leeftijd

- Het percentage dat rookt was in 2022 het hoogst onder de 18-29-jarigen (27,1%), gevolgd door de 30-49-jarigen (20,7%) en was het laagst onder de 50-plussers (14,7%).
- Ook het percentage dat dagelijks rookt was in 2022 het laagst onder de 50-plussers (11,9%) en was hoger onder de 18-29-jarigen (14,3%) en de 30-49-jarigen (14,4%). Tussen 2014 en 2022 daalde het percentage dat rookt in alle drie de leeftijdsgroepen. Onder de 18-29-jarigen daalde in deze periode het percentage dat rookt van 35,5% naar 27,1%, onder de 30-49-jarigen van 27,1% naar 20,7% en onder de 50-plussers van 20,8% naar 14,7%.
- Ook het percentage dat dagelijks rookt was in alle drie de leeftijdsgroepen in 2022 lager dan in 2014. Tussen 2014 en 2022 daalde het percentage dat dagelijks rookt onder de 18-29-jarigen van 23,1% naar 14,3%, onder de 30-49-jarigen van 21,2% naar 14,4% en onder de 50-plussers daalde het percentage dat dagelijks rookt tussen 2014 en 2022 van 17,2% naar 11,9%.
- Lees meer over roken onder jongeren en jongvolwassenen op deze pagina.

Roken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.



I. Dagelijks roken: rokers die 'ja' hebben geantwoord op de vraag 'Rookt u elke dag?' Niet-dagelijks roken: rokers die 'nee' hebben geantwoord op de vraag 'Rookt u elke dag?' Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Niet-dagelijks roken	Dagelijks roken
18-19 jaar	15,2	8.2

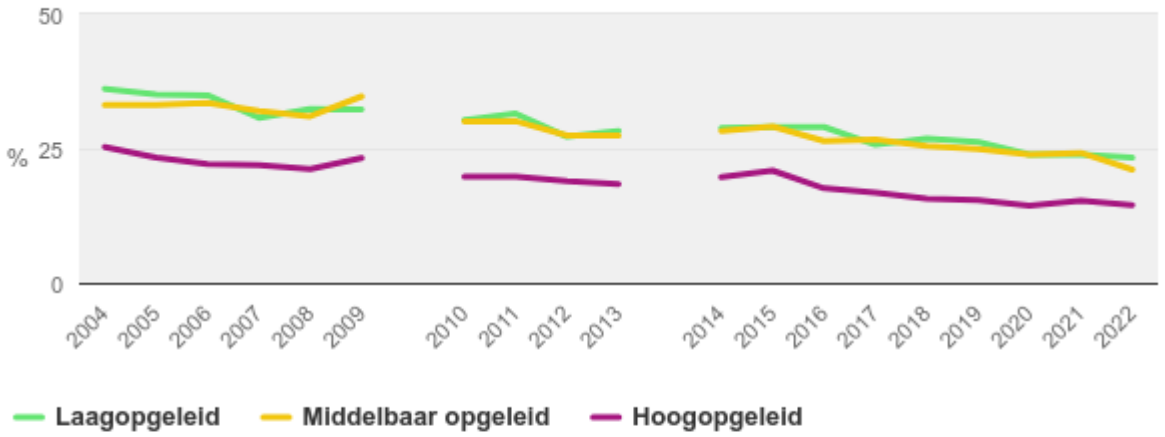
	Niet-dagelijks roken	Dagelijks roken
20-24 jaar	12,8	14.4
25-29 jaar	11,8	16.6
30-39 jaar	7,4	13.9
40-49 jaar	5	15
50-64 jaar	3,8	15.5
65-74 jaar	2	10.2
75 jaar en ouder	1,4	5.1

Opleidingsniveau

Zowel het percentage dat rookt als het percentage dat dagelijks rookt is het laagst onder de hoogopgeleiden (zie onderstaand figuur).

- In 2022 rookte 14,5% van hoogopgeleiden, vergeleken met een hoger percentage van 21,1% onder de middelbaar opgeleiden en 23,2% onder de laagopgeleiden. Dagelijks roken kwam voor onder 7,1% van de hoogopgeleiden, vergeleken met een hoger percentage van 15,3% onder de middelbaar opgeleiden en 20,1% onder de laagopgeleiden.
- Ook vóór 2022 was het percentage rokers en dagelijkse rokers onder de laag- en middelbaar opgeleiden 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 2022 sprake van een geleidelijke afname in het percentage volwassenen dat wel eens rookt. Ook het percentage dat dagelijks rookt daalde geleidelijk in alle opleidingsniveaus.
- De verschillen in het roken tussen hoog- en laagopgeleiden vormen een belangrijke oorzaak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Onder de mensen die roken zijn de meeste mensen middelbaar opgeleid.

Trend[I] in roken[II] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[III].



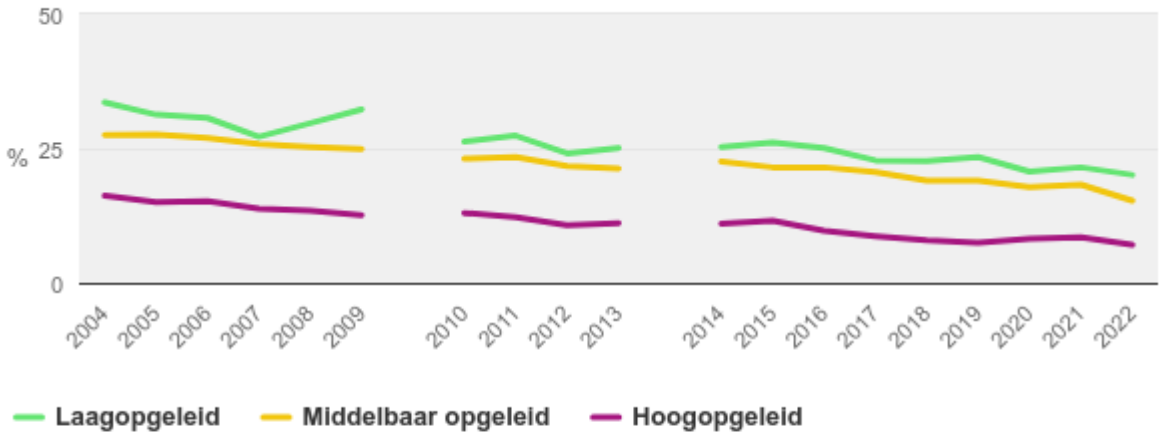
I. tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014 zit een methodebreuk, waardoor de cijfers tussen deze periodes niet vergelijkbaar zijn. II. Roken: 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u weleens?' III. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

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
'10	30,3	30	19,8

	Laagopgeleid	Middelbaar opgeleid	Hoogopgeleid
'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
'22	23.3	21.1	14.5

Trend[I] in dagelijks roken[II] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[III].



I. tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014 zit een methodebreuk, waardoor de cijfers tussen deze periodes niet vergelijkbaar zijn. II. Dagelijks roken: rokers die 'ja' hebben geantwoord op de vraag 'Rookt u elke dag?' III. 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 (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Laagopgeleid	Middelbaar opgeleid	Hoogopgeleid
2004	33,6	27,5	16,2
2005	31,3	27,6	15,0
2006	30,7	27,0	15,2
2007	27,2	25,8	13,8
2008	29,7	25,3	13,4
2009	32,3	24,9	12,6
2010	26,3	23,1	13,0

	Laagopgeleid	Middelbaar opgeleid	Hoogopgeleid
2011	27,4	23,4	12,2
2012	24,1	21,7	10,7
2013	25,1	21,3	11,1
2014	25,3	22,6	11,0
2015	26,1	21,5	11,6
2016	25,1	21,5	9,7
2017	22,8	20,6	8,7
2018	22,7	19,0	7,9
2019	23,4	19,0	7,5
2020	20,7	17,8	8,2
2021	21,5	18,3	8,5
2022	20.1	15.3	7.1

Herkomst

Zowel het percentage rokers als het percentage dagelijkse rokers is lager onder mensen met een Nederlandse herkomst, vergeleken met mensen met een niet-Nederlandse herkomst, zowel van binnen als van buiten Europa (zie onderstaande tabel).

- In 2022 was onder mensen met een Nederlandse herkomst het percentage rokers 17,4%, vergeleken met een hoger percentage van 22,8% onder mensen met een niet-Nederlandse herkomst van binnen Europa en 23,7% onder mensen met een herkomst van buiten Europa.
- Het percentage dagelijkse rokers was 12,0% onder mensen met een Nederlandse herkomst, vergeleken met een hoger percentage van 15,3% onder mensen met een niet-Nederlandse herkomst van binnen Europa en 17,2% onder mensen met een herkomst van buiten Europa.
- Sinds 2022 gebruikt het CBS een nieuwe indeling naar herkomst (zie bijlage A1). Er zijn daarom geen trendgegevens naar herkomst beschikbaar.

Roken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2022.

	Roken (%)	Dagelijks roken (%)
Nederlandse herkomst	17,4	12,0
Europese herkomst	22,8	15,3
Niet-Europese herkomst	23,7	17,2

I. Roken (dagelijks en niet-dagelijks): 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u weleens?' Dagelijks roken: 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u elke dag?' II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst (cbs.nl)). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos- instituut.

Stedelijkheid

Het gebruik van tabak onder mensen van 18 jaar en ouder hangt samen met de mate van stedelijkheid. In de (zeer) sterk stedelijke gebieden rookt 20,3% wel eens tegenover 16,5% in de weinig of niet stedelijke gebieden. Het percentage dagelijkse rokers ligt in de (zeer) sterk stedelijke gebieden op 13,8% tegenover 11,9% in de weinig/niet stedelijke gebieden.

Roken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2022.

	Roken (%)	Dagelijks roken (%)
(Zeer) sterk stedelijk	20,3	13,8
Matig stedelijk	17,9	13,1
Weinig/niet stedelijk	16,5	11,9

I. Roken (dagelijks en niet-dagelijks): 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u weleens?' Dagelijks roken: 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u elke dag?' II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Regionale verschillen in roken

Het percentage rokers verschilt tussen de GGD-regio's [1].

- Onder volwassenen van 18 jaar en ouder varieerde in 2022 binnen de GGD-regio's het percentage dat rookte van 14,5% tot 22,4%.
- Het percentage dat rookt was in 2022 het laagst in Gelderland-Zuid (14,5%), Noord- en Oost-Gelderland (14,7%) en Hollands Midden (14,9%).
- Het percentage dat rookt was in 2022 het hoogst in de GGD-regio's Groningen (19,3%) en Amsterdam (22,3%).

De resultaten van de GGD Corona Gezondheidsmonitor jongvolwassenen 2022 geven inzicht in regionale verschillen in de leeftijdsgroep van 16 tot en met 25 jaar [2].

- In de leeftijdsgroep van 16 tot en met 25 jaar varieerde in 2022 binnen de GGD-regio's het percentage dat rookte van 19,6% tot 33,7%.
- Het percentage dat rookt was in 2022 het laagst in Brabant Zuid-Oost (19,6%), Limburg-Noord (20,2%), Haaglanden (22,6%) en Hart voor Brabant (22,8%).

Bronnen

1. GGD'en C en R. Corona Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022 [Internet]. Available from: https://www.vzinfo.nl/roken/regionaal
2. GGD'en en RIVM. Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022 [Internet]. 2023. Available from: https://www.vzinfo.nl/drugsgebruik/regionaal/jongvolwassenen

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. 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 2022 gemiddeld 9,5 sigaretten per dag (zie onderstaande tabel). Mannen rookten gemiddeld 9,9 sigaretten per dag en vrouwen rookten gemiddeld 9,0 sigaretten per dag.

Gemiddeld aantal sigaretten per dag onder rokers van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

	Gemiddeld aantal sigaretten per dag
Man	9,9
Vrouw	9,0
Totaal	9,5

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos- instituut.

Zwaar roken

Een zware roker wordt gedefinieerd als iemand die gemiddeld 20 of meer sigaretten of shagjes per dag rookt. In 2022 was 2,4% van de bevolking van 18 jaar en ouder een zware roker (zie

onderstaande tabel). Daarmee was 12,7% van de rokers een zware roker.

- Zwaar roken komt meer voor onder mannen (3,1%) dan onder vrouwen (1,8%). Ook komt zwaar roken meer voor onder laagopgeleiden (4,3%), gevolgd door de middelbaar opgeleiden (2,8%) en de hoogopgeleiden (1,0%). Er werden voor zwaar roken geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de leeftijdsgroepen 18-24 jaar, 25-34 jaar en 35 jaar en ouder.

Zwaar roken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Peiljaar 2022.

	Zwaar roken (%)
Totaal	**2,4**
Geslacht	
Man	3,1
Vrouw	1,8
Leeftijd	
18-24 jaar	2,1
25-34 jaar	2,5
35 jaar en ouder	2,5
Opleidingsniveau	
Laagopgeleid	4,3
Middelbaar opgeleid	2,8
Hoogopgeleid	1,0

I. Zwaar roken: 20 of meer sigaretten/shagjes per dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

12.2.4 Elektronische sigaret, verhitte tabak en meeroken

In het kort: Van de volwassenen van 18 jaar en ouder gebruikt 2,8% een e-sigaret, 1% dagelijks en 1,8% niet-dagelijks. Rokers gebruiken vaker een e-sigaret dan ex-rokers en nooit-rokers. Van de niet-rokers is 7,9% een regelmatige meeroker.

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). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Elektronische sigaret en verhitte tabak

In 2022 gebruikte 2,8% van de volwassenen een e-sigaret, 1,0% deed dit dagelijks en 1,8% niet-dagelijks. Er was geen statistisch significant verschil tussen mannen (3,1%) en vrouwen (2,5%). Rokers gebruikten vaker een e-sigaret (9,3%), dan ex-rokers (2,1%) en nooit-rokers (0,7%).

Gebruik van de e-sigaret[l] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

	Gebruik van de e-sigaret (%)
Man	3,1
Vrouw	2,5
Totaal	2,8

l. Gebruik van de e-sigaret: 'ja' geantwoord op de vraag 'Gebruikt u wel eens een elektronische sigaret?' Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos- instituut.

- Het gebruik van de e-sigaret ligt hoger onder de 18-24-jarigen (7,3%) vergeleken met de 25-34-jarigen (4,3%) en mensen van 35 jaar en ouder (1,7%).
- Het gebruik van de e-sigaret ligt hoger onder de middelbaar opgeleiden (3,4%) dan onder de laag opgeleiden (2,0%). Van de hoog opgeleiden gebruikt 2,6% de e-sigaret.
- Mensen met een Nederlandse herkomst gebruiken minder vaak de e-sigaret (2,1%) dan mensen met een niet-Nederlandse herkomst van binnen Europa (3,6%) of buiten Europa (5,1%).
- Mensen in (zeer) sterk stedelijke gebieden gebruiken vaker de e-sigaret (3,3%) dan mensen in matig stedelijke gebieden (2,1%) of weinig/niet stedelijke gebieden (2,1%).

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 2022 werd 8% van de niet-rokers van 18 jaar en ouder binnen een huis of gebouw regelmatig blootgesteld aan de tabaksrook van een ander. Voor 4,9% was dat minstens één keer per week, maar niet iedere dag, 2,1% werd elke dag minder dan één uur blootgesteld en 1,0% elke dag één uur of meer. Het binnen meeroken door niet-rokers kwam vaker voor bij 18-24-jarigen (20,7%), middelbaar opgeleiden (10,5%) en laagopgeleiden (8,6%), en niet-rokers met een herkomst van buiten Europa (10,9%). Er was geen statistisch significant verschil in het regelmatig meeroken tussen niet rokende mannen (8,2%) en niet rokende vrouwen (7,6%).

Binnen meeroken[I] onder niet-rokers van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

	Binnen meeroken onder niet-rokers (%)
Man	8,2
Vrouw	7,6
Totaal	7,9

I. Binnen meeroken: minstens één keer per week binnen blootgesteld aan tabaksrook van anderen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos- instituut.

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].

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.

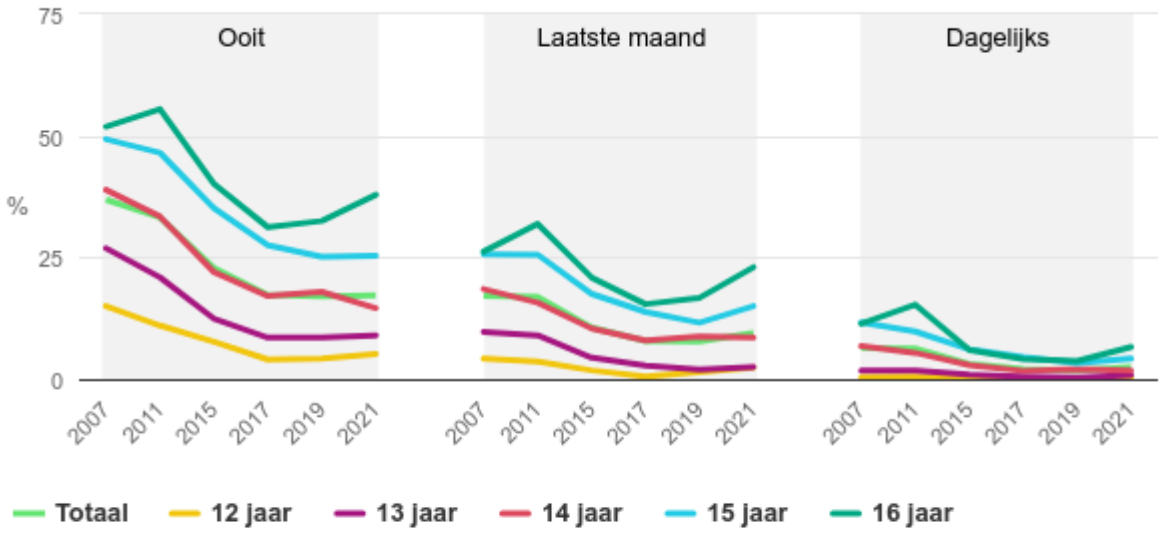
Gegevensbronnen

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
2007	17,1	4,2	9,7	18,5	25,7	26,2

	Totaal	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
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

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].

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.

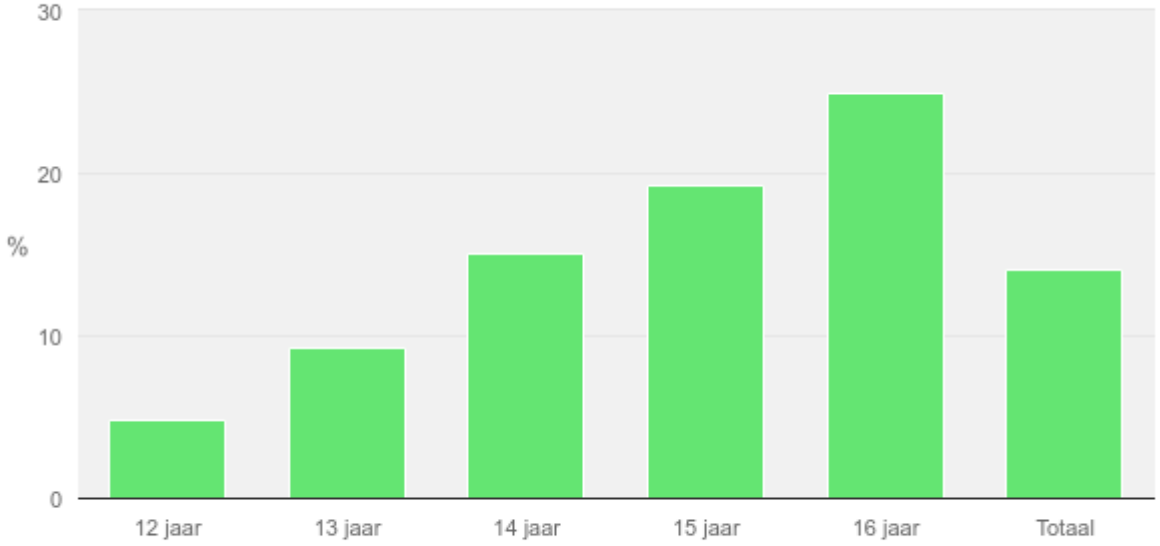
- In 2021 had 14,1% van de 12- tot 16-jarige scholieren ooit een elektronische sigaret gebruikt [1]. Het ging daarbij om elektronische sigaretten mét en zonder nicotine (zie onderstaande tabel). Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden tussen jongens (15,3%) en meisjes (12,9%).
- 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[l] door 12–16–jarige scholieren, naar geslacht. Peiljaar 2021

	Ooit (%)
Jongens	15,3
Meisjes	12,9

Ooitgebruik = tenminste eenmaal gebruikt in het leven. l. Elektronische sigaretten mét en zonder nicotine. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM.

Ooitgebruik van elektronische sigarettenI door 12-16-jarige scholieren, naar leeftijd. Peiljaar 2021



Ooitgebruik = tenminste eenmaal gebruikt in het leven. I. Elektronische sigaretten mét en zonder nicotine. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM.

NDM

	Ooit
12 jaar	4,8
13 jaar	9,3
14 jaar	15,1
15 jaar	19,3
16 jaar	25,0
Totaal	14,1

Verhitte tabak

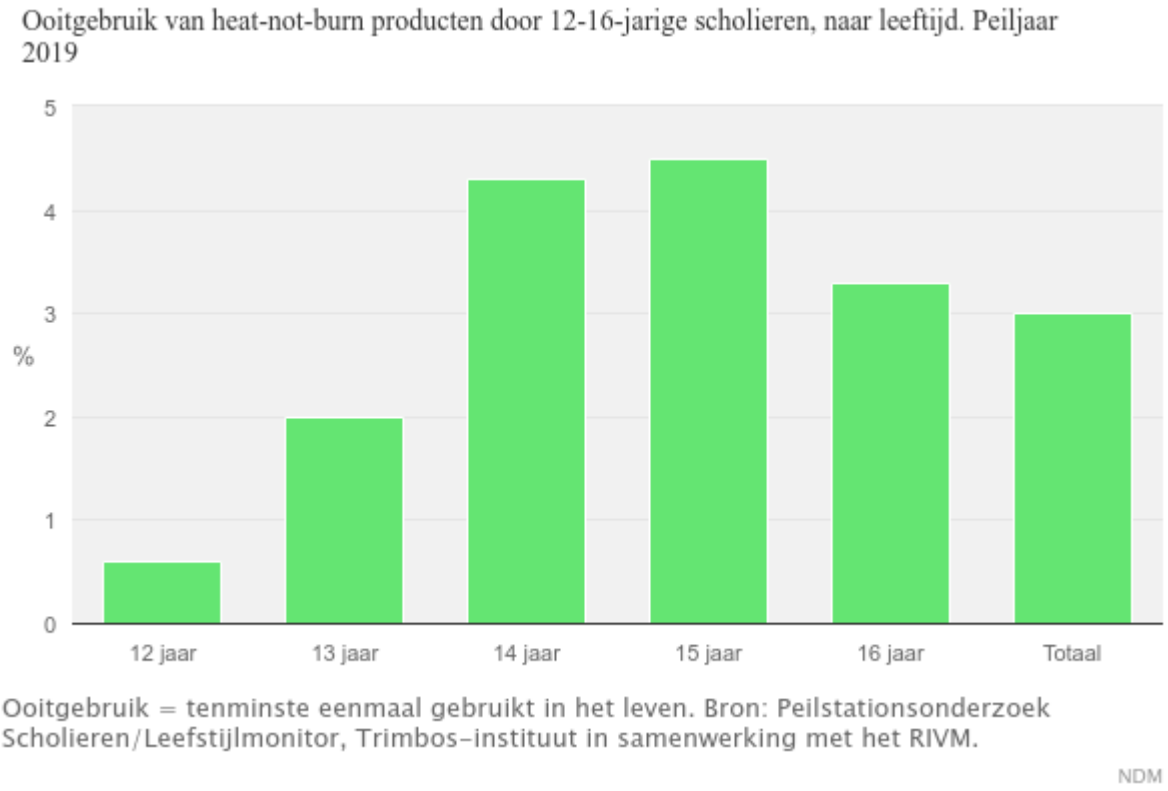
Gegevens over verhitte tabak zijn beschikbaar tot en met 2019. Verhitte tabak wordt minder vaak gebruikt dan gewone sigaretten. In 2019 had van de 12-16-jarige scholieren 17,0% ooit een gewone sigaret gebruikt, en had 3,0% ooit verhitte tabak gebruikt (zie onderstaande tabel) [2].

- 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. Peiljaar 2019

	Ooit (%)
Jongens	3,7
Meisjes	2,3

Ooitgebruik = tenminste eenmaal gebruikt in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM.



	Ooit
12 jaar	0,6
13 jaar	2,0
14 jaar	4,3
15 jaar	4,5
16 jaar	3,3
Totaal	3,0

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].

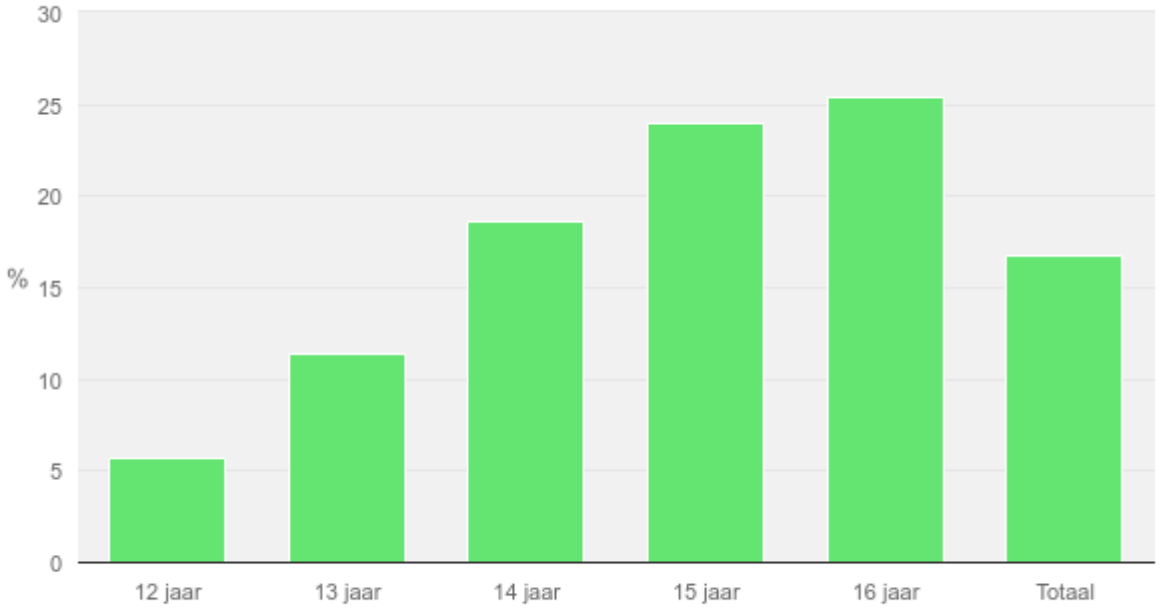
- Het percentage ooitgebruikers van de waterpijp lag in 2019 bij de 16-jarigen (25,4%) ongeveer vier maal zo hoog als bij de 12-jarigen (5,7%, zie onderstaande tabel) [2].

Ooitgebruik van de waterpijp door 12–16–jarige scholieren, naar geslacht. Peiljaar 2019

	Ooit (%)
Jongens	18,4
Meisjes	15,0

Ooitgebruik = tenminste eenmaal gebruikt in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM, 2019.

Ooitgebruik van de waterpijp door 12-16-jarige scholieren, naar leeftijd. Peiljaar 2019



Ooitgebruik = tenminste eenmaal gebruikt in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM.

NDM

	Ooit
12 jaar	5,7
13 jaar	11,4
14 jaar	18,6
15 jaar	24,0
16 jaar	25,4
Totaal	16,7

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].

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 16-18-jarige 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. Op het hbo en de universiteit (16 jaar en ouder) samengenomen daalde het percentage dagelijkse rokers van 8% in 2021 naar 6% in 2023. Onder de hbo-studenten (7%) ligt het percentage dagelijkse rokers hoger dan onder de universiteitsstudenten (5%).

Snel naar:

- Studenten van het mbo en hbo
- Studenten van het hbo en de universiteit
- Studenten van het mbo 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 landelijke Middelenmonitor mbo-hbo [1–3]. Deze monitor onderzocht ook het cocaïnegebruik onder 16-18-jarige studenten van het mbo en het hbo. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [3]. In 2023 heeft een nieuwe dataverzameling plaatsgevonden. Dit keer zijn alleen mbo-studenten meegenomen in het onderzoek. De resultaten van deze meting worden in 2024 gepubliceerd.

Daarnaast wordt sinds 2021 elke twee jaar grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (hbo en wo). Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) 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 2023 namen 32.000 studenten (≥16 jaar) deel, verdeeld over 24 onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs (13 hbo-instellingen en 11 universiteiten) verspreid over heel Nederland [6]. Met de tweede meting van de MMMS worden cijfers van de eerste meting (2021) geactualiseerd, vindt op onderdelen verdieping plaats ten opzichte van de eerste meting, en worden vergelijkingen gemaakt met de eerste meting.

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.

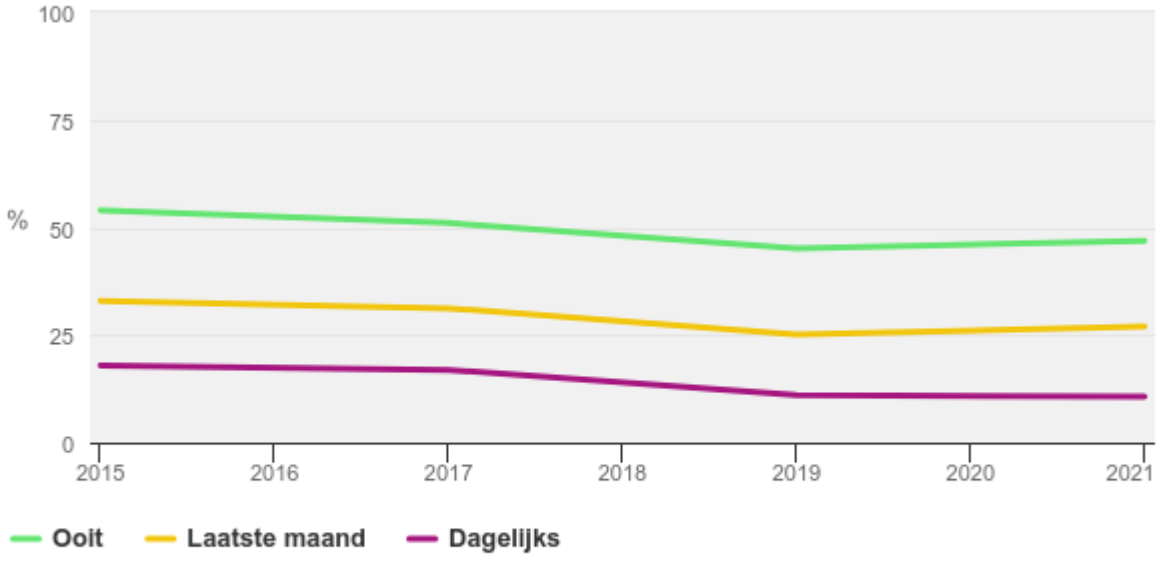
Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet goed vergelijkbaar.

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 [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% [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].

Trend in roken[I] onder mbo- en hbo-studenten van 16-18 jaar



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gerookt ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks: rookt dagelijks. Bron: Middelenmonitor mbo–hbo

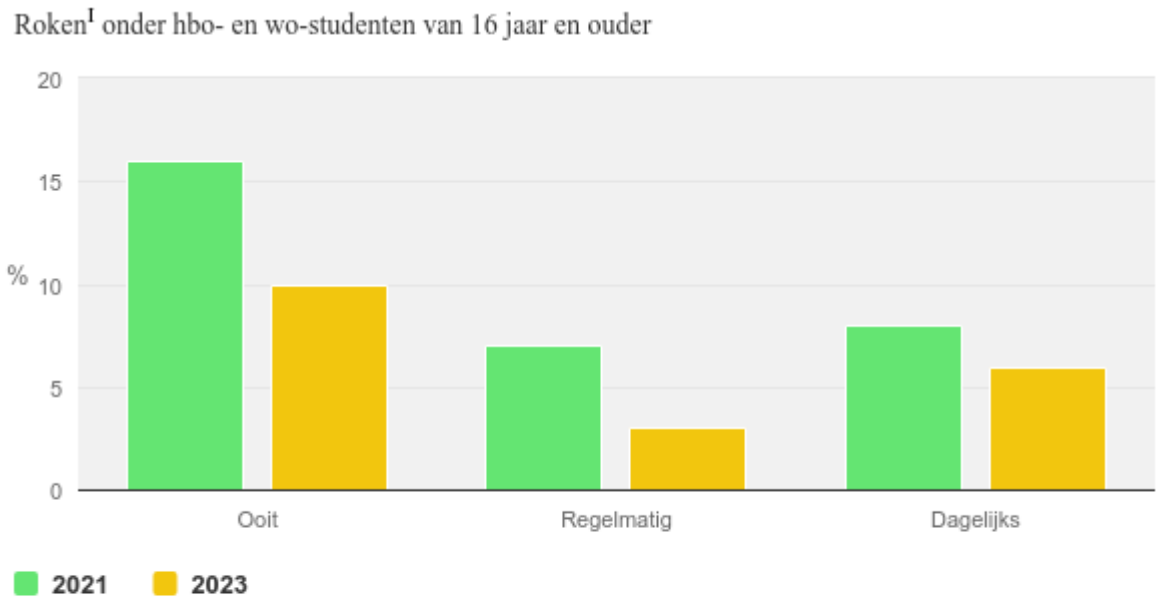
NDM

	Ooit	Laatste maand	Dagelijks
2015	54	32,9	17,9
2017	51	31,2	16,9
2019	45,1	25,1	11
2021	46,9	27	10,7

Studenten van het hbo en de universiteit

Onderstaande resultaten zijn afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs [6]. Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen, zoals een laag responspercentage (6,5% in 2023) en onder-/oververtegenwoordiging van bepaalde groepen. Door weging is de data meer representatief gemaakt. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de resultaten vertekend zijn en daarmee niet representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland. De resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- Van de deelnemende studenten (hbo en universiteit samen) gaf in 2023 6% aan dagelijks te roken, 3% rookte regelmatig maar niet elke dag, 10% rookte niet regelmatig en 10% had ooit gerookt, maar nu niet meer.
- Vergeleken met 2021 (8%) is het dagelijks roken in 2023 (6%) significant gedaald (in het rapport wordt het verschil als heel klein/niet betekenisvol beoordeeld).
- Roken komt in sommige groepen meer voor dan in andere groepen. De analyses[1] laten het volgende beeld zien:
    - Het percentage dagelijkse rokers lag onder hbo-studenten (7%) hoger dan onder universiteitsstudenten (5%).
    - Dagelijks roken kwam vergeleken met 16-21-jarigen (4%) vaker voor in de leeftijdsgroepen 22-25-jaar (8%), 26-29 jaar (10%) en 30 jaar en ouder (8%).
    - Het dagelijkse gebruik van tabak lag onder studenten zonder een migratieachtergrond (5%) lager dan onder studenten met een migratieachtergrond (6%) en internationale studenten (10%).
    - Er was geen significant verschil in het percentage dagelijks rokers tussen voltijd (6%) en niet-voltijd studenten (8%).



I. Ooit: ten minste één keer gerookt ooit in het leven. Regelmatig: rookt regelmatig, maar niet elke dag. Dagelijks: rookt dagelijks. Bron: Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs

NDM

	2021	2023
Ooit	16	10
Regelmatig	7	3
Dagelijks	8	6

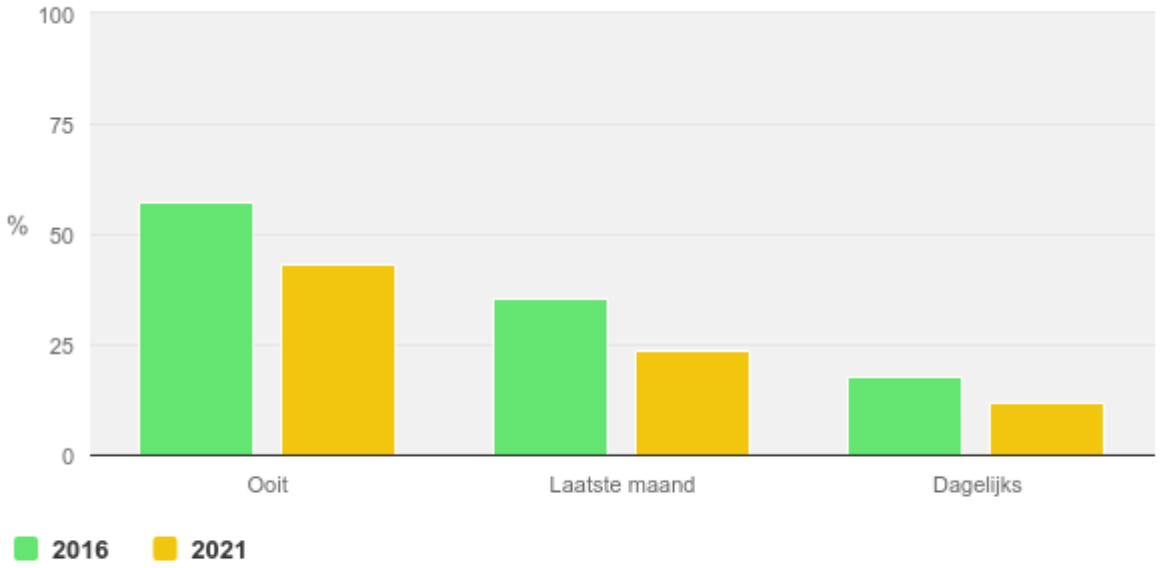
Studenten van het mbo in Amsterdam

De Middelenmonitor mbo-hbo gaf voor het cocaïnegebruik onder 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten in 2021 het volgende beeld [8]:

- 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).

- 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. In totaal rookte 26% op minimaal één van deze alternatieve manieren, waarvan de helft ook gewone sigaretten of shag bleef roken.
- 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%.

Roken[I] onder mbo-studenten in Amsterdam van 16 jaar en ouder



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gerookt ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks: rookt dagelijks. Bron: Monitor Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
Ooit	57,4	43,2
Laatste maand	35,3	23,7
Dagelijks	17,7	11,8

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. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.
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.

12.3.6 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Onder uitgaanders worden hoge percentages rokers aangetroffen. In 2023 rookte 58,9% van de uitgaanders, 22,0% rookte dagelijks. De vape/e-sigaret werd door de helft (50,2%) van de uitgaanders in 2023 gebruikt en de waterpijp door 11,0%.

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over een eventuele toe- of afname van het gebruik van tabak in het uitgaansleven (zie bijlage B2).

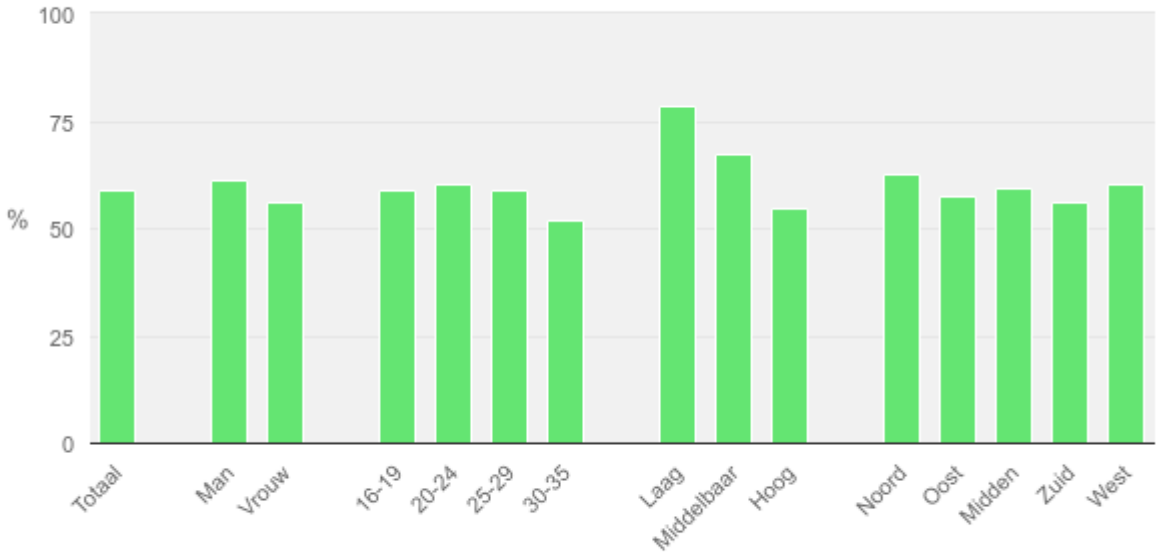
Uitgaanders in Nederland

Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- In 2023 had 73,2% van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen in het onderzoek ooit gerookt, 58,9% deed dit in het afgelopen jaar en 22,0% rookt dagelijks. Dit is vrijwel onveranderd vergeleken met 2020.
- Het gebruik van tabak is onder de uitgaanders hoger dan onder leeftijdsgenoten (15-34 jaar) in de algemene bevolking (laatste-jaar-gebruik: 58,9% versus 23,4%; dagelijks roken: 22,0% versus 12,6%).
- Het percentage uitgaanders dat het afgelopen jaar had gerookt was onder mannen hoger onder vrouwen, onder 16-29-jarigen hoger dan onder 30-35-jarigen en hoger onder laag- dan onder middelbaar- en hoogopgeleide uitgaanders. In de regio Noord was het gebruik van tabak hoger dan in de andere regio's maar de verschillen waren klein.
- Van degenen die in het afgelopen jaar hadden gerookt, deed 37,4% dat (bijna) dagelijks en 22,3% wekelijks (maar niet (bijna) dagelijks).
- Op de dagen waarop de respondenten uitgingen, rookten de laatste-jaar-rokers meer sigaretten (gemiddeld 10,2) dan op de dagen waarop ze niet uitgingen (gemiddeld 6,9 sigaretten).
- Mannen rookten gemiddeld iets meer sigaretten op een dag dan vrouwen. Dit geldt voor zowel een niet-uitgaansdag (7,6 versus 6,0 sigaretten) als een uitgaansdag (11,4 versus 9,0 sigaretten).
- De vape/e-sigaret werd door de helft (50,2%) van de uitgaanders in het laatste jaar gebruikt en

de waterpijp door 11,0%

Roken[I] onder uitgaanders van 16-35 jaar, naar geslacht, leeftijd, opleiding en regio. Peiljaar 2023



I. Laatste jaar: ten minste één keer tabak gerookt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

	Laatste jaar
Totaal	58,9
Man	61,4
Vrouw	56,3
16-19	58,8
20-24	60,5

	Laatste jaar
25-29	58,8
30-35	51,9
Laag	78,6
Middelbaar	67,3
Hoog	54,6
Noord	62,6
Oost	57,5
Midden	59,4
Zuid	56
West	60,2

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

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 (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.

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

In het kort: Vergeleken met andere landen van de Europese Unie, ligt het percentage rokers in Nederland relatief laag.

Gegevensbronnen

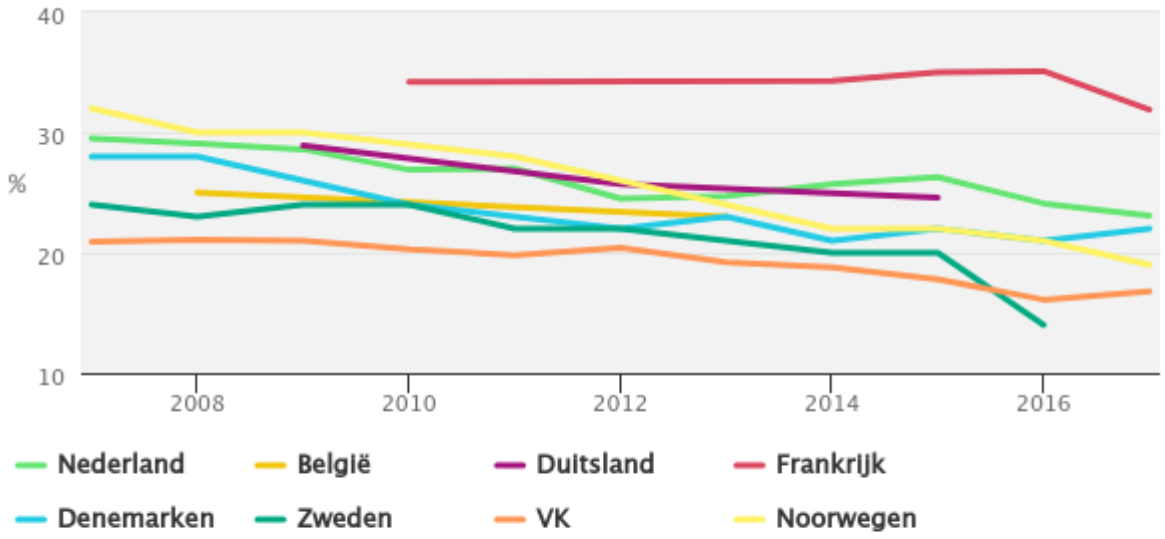
Op Europees niveau zijn er twee onderzoeken die het percentage rokers in de algemene bevolking op een uniforme manier monitoren, namelijk de Eurobarometer en de European Health Interview Survey (EHIS). De Eurobarometer is een survey die in opdracht van de Europese Commissie in 2006, 2009, 2012, 2014, 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.

Roken (dagelijks en niet-dagelijks) in acht Europese landen, 2007-2017



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.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	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
2016	24,1			35,1	21	14	16,1	21

	Nederland	België	Duitsland	Frankrijk	Denemarken	Zweden	VK	Noorwegen
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

1. Percentage respondenten dat met 'ja' antwoordt op de vraag 'I currently smoke'. Bron: European Commission, Special Eurobarometer 506.

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

In het kort: Vergeleken met andere landen van de Europese Unie, ligt het percentage rokers onder 15- en 16-jarige scholieren relatief laag in Nederland.

Gegevensbronnen

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 [1–5]. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats. De Verenigde Staten doen niet mee aan ESPAD maar voeren vergelijkbaar onderzoek uit. 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. Bij het interpreteren van de trendgegevens dient hiermee rekening te worden gehouden.

Scholieren in Europese landen

Onderstaande tabel 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 onderstaande tabel 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 (zie onderstaande tabel).
- 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 onderstaande tabel 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	28	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.

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, 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.
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.

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)
Stoppoging rokers (%)	46,3	17,1	15,1	10,4	31,5	16,2	27,1
Stopadvies hulpverlener (%)	38,3	39,3	53,0	21,7	21,8	20,8	56,5
Gebruik e-sigaret (%)	51,6	15,9	28,7	16,2	43,8	13,0	11,0

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. 1. 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.

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].

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.

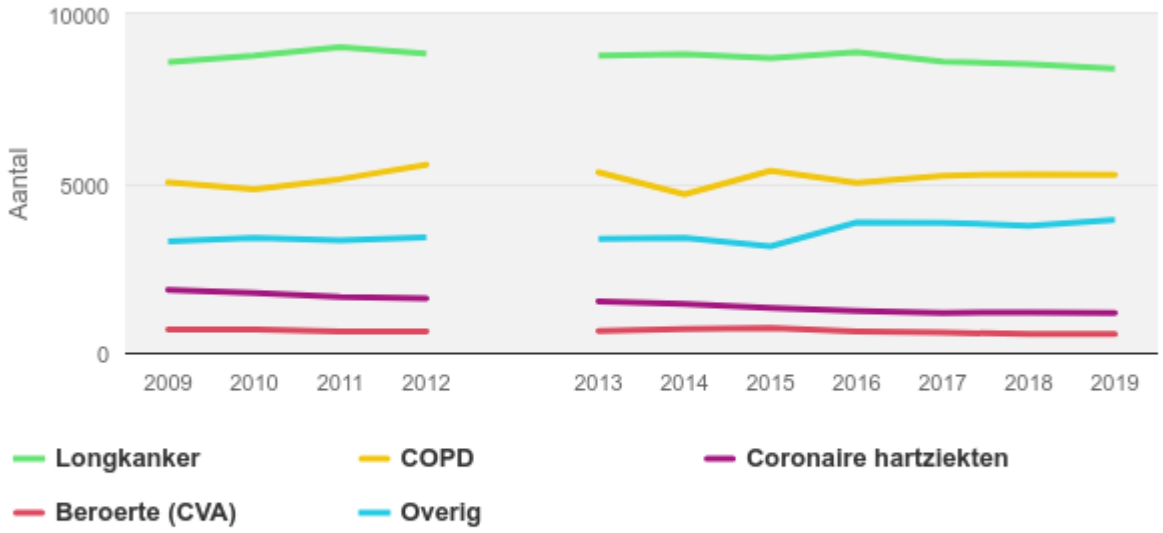
- In 2019 overleden in Nederland volgens de gangbare schatting 19.272 mensen van twintig jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken, exclusief de sterfte door meeroken (zie onderstaande tabel). Dit betekent dat in Nederland 12,7% van alle sterfgevallen onder mensen van 20 jaar en ouder aan roken 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
2013	8767	5328	1505	638	3356

	Longkanker	COPD	Coronaire hartziekten	Beroerte (CVA)	Overig
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

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

12.7.1 Verkoop en verkrijgbaarheid

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

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)[I]	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).

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	266/4
	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	1.33
	Overige	318	394	387	513	449	177	338
	Totaal	**3.305**	**4.316**	**3.829**	**4.923**	**6.111**	**1.723**	**3.46**
Kooppoging								
	Horeca	161	156	130	110	95	26	52
	Supermarkten: keten/klein	221	221	160	172	131	23/19	522/2
	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**	**1.63**
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%)/ (52%
	Evenementen	4 (36%)	0	1 (50%)	-	-	-	-
	Tabaksspeciaalzaken	57 (19%)	41 (17%)	25 (15%)	31 (22%)	26 (15%)	11 (14%)	164 (4
	Tankstations	65 (15%)	19 (7%)	12 (7%)	11 (10%)	6 (5%)	11 (19%)	119 (3
	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 kooppogingen. 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].

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.

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].

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

Volwassenen

Lachgasgebruik in het laatste jaar (2022)



1,3%

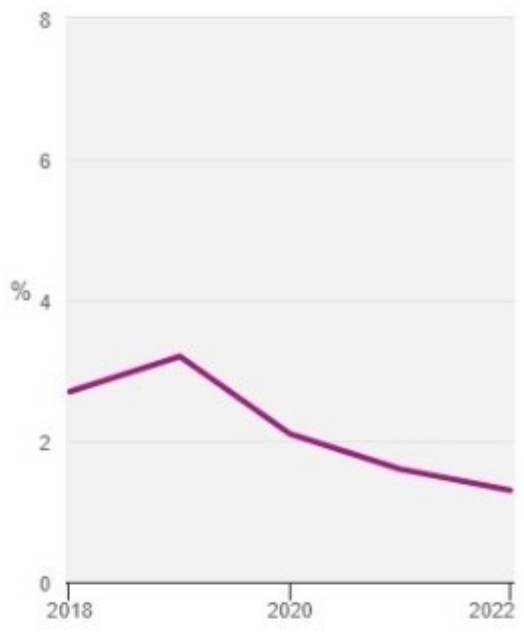


0,9%



1,6%

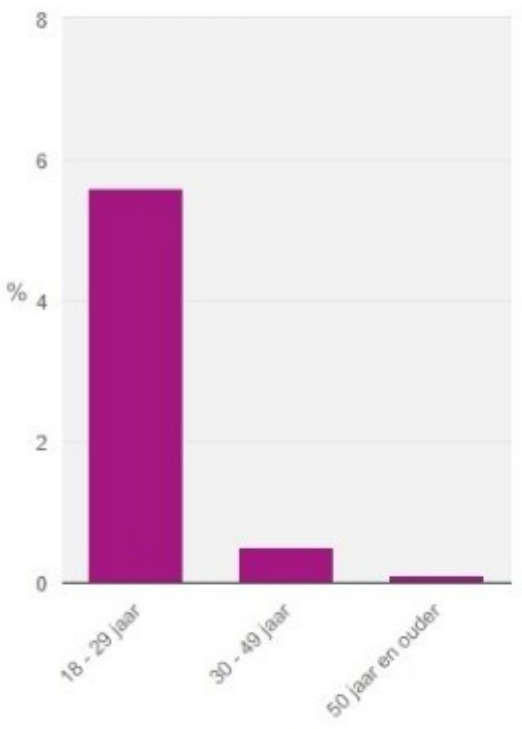
Trend in lachgasgebruik onder volwassenen



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

Lachgasgebruik onder volwassenen, naar leeftijdsgroep



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

NDM

- In 2022 heeft 1,3% van de volwassenen in het laatste jaar lachgas gebruikt, dat zijn 180.000 mensen.
- In 2022 lijkt het laatste-jaar-gebruik verder te zijn gedaald, maar het verschil tussen 2021 en 2022 is niet statistisch significant.
- Meer mannen gebruiken lachgas dan vrouwen.
- Het laatste-jaar-gebruik van lachgas is het hoogst onder jongvolwassenen.
- De meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers gebruikt lachgas incidenteel.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs	Hbo-wo-studenten	Uitgaanders
12-16 jaar	≥16 jaar	16-35 jaar
ooit (2021)	laatste jaar (2023)	laatste jaar (2023)



4,7%



5%



15,0%

- Het gebruik van lachgas daalde tussen 2019 en 2021 onder scholieren van het voortgezet onderwijs.
- Alhoewel het lachgasgebruik tussen 2019 en 2021 is gedaald onder 16-18-jarige 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 (16 jaar en ouder) daalde het lachgasgebruik tussen 2016 en 2021, maar nam onder degenen die wel lachgas gebruikten de frequentie van gebruik toe. In 2023 had één op de vijf studenten van 16 jaar en ouder van het hbo en de universiteit ervaring met lachgas, één op de twintig studenten gebruikte lachgas in het afgelopen jaar.
- Het lachgasgebruik ligt onder uitgaanders hoger dan in de algemene bevolking. In 2023 is het lachgasgebruik onder uitgaanders verder gedaald. Van de uitgaanders die nog wel lachgas gebruiken valt op dat het aantal ballonnen dat zij gebruiken op een avond dat zij niet uitgaan is gestegen.
- Het gebruik onder leerlingen van het speciaal onderwijs (cluster 4) is in 2019 hoger dan onder leerlingen van het praktijkonderwijs en VMBO-b.
- 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.

Hulpvraag en incidenten

- Er zijn signalen dat een deel van de lachgasgebruikers tekenen van verslaving vertoont.
- Na een jarenlange stijging daalde in 2022 het aantal meldingen bij de Monitor Drugsincidenten van patiënten met een acute vergiftiging met lachgas. Wel waren er meer meldingen van patiënten die neurologische schade opliepen na excessief lachgasgebruik. Ook bij het NVIC daalde het aantal telefonische informatieverzoeken over lachgas in 2022, maar was bij ruim een derde van de informatieverzoeken sprake van aan lachgas gerelateerde neurologische klachten. In 2020 rapporteerde de politie een toename in het aantal verkeersongelukken waarbij lachgas vermoedelijk een rol speelde. Op 1 januari 2023 is het lachgasverbod in werking getreden. Het is nog niet duidelijk wat de invloed van het verbod is op het gebruik van lachgas (in het verkeer) en het aantal incidenten.

13.1 Over lachgas

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).

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.

13.2 Gebruik: volwassenen

13.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: In 2022 had 1,3% in de bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar lachgas gebruikt, dit komt neer op 180 duizend volwassenen. In 2020 en 2021 daalde het laatste-jaar-gebruik van lachgas. In 2022 lijkt het laatste-jaar-gebruik verder te zijn gedaald, maar het verschil tussen 2021 en 2022 is niet statistisch significant.

Snel naar:

- Kerncijfers 2022
- 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). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers over lachgasgebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2018 beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2. Deze cijfers geven geen informatie over veranderingen in problematisch lachgasgebruik en/of de frequentie van gebruik.

Kerncijfers 2022

- In 2022 had 7,3% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit lachgas gebruikt. Dat komt neer op 1,0 miljoen volwassenen.
- Ongeveer een op de honderd (1,3%) volwassenen had in het afgelopen jaar lachgas gebruikt. Dat komt neer op 180 duizend volwassenen.
- Naar schatting had 0,2% van de volwassen in de afgelopen maand lachgas gebruikt. Dat komt neer op 30 duizend volwassenen.

Lachgasgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

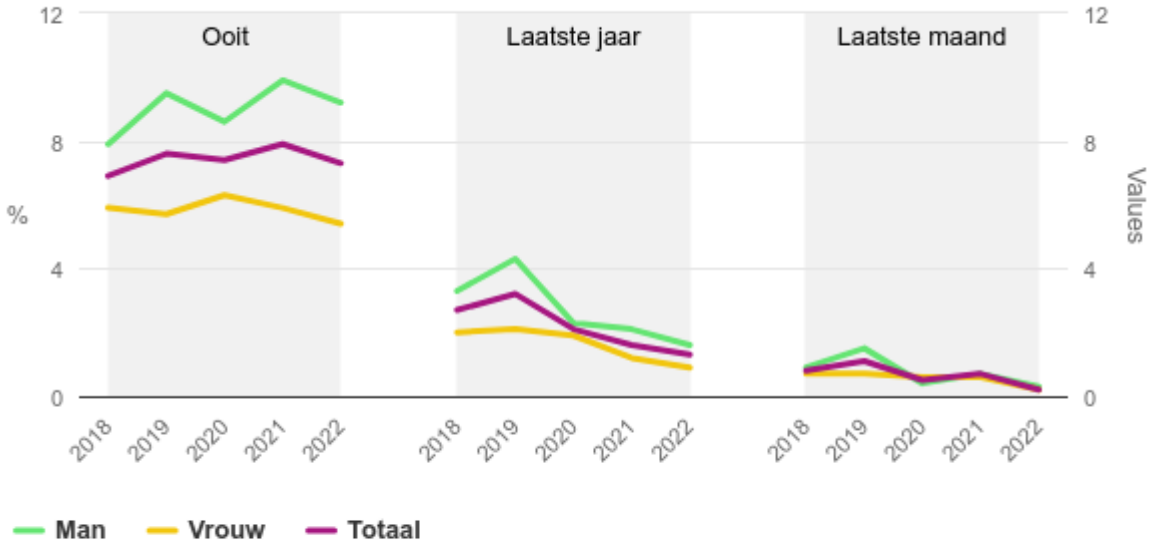
	%	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	7,3	1.020.000	930.000 - 1.120.000
Laatste jaar	1,3	180.000	140.000 - 220.000
Laatste maand	0,2	30.000	20.000 - 50.000

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer lachgas gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Trends in lachgasgebruik

- Het percentage volwassenen dat ervaring heeft met lachgas is tussen 2021 (7,9%) en 2022 (7,3%) ongeveer gelijk gebleven.
- In vergelijking met 2018 (2,7%) en 2019 (3,2%) is het laatste-jaar-gebruik van lachgas in 2022 meer dan gehalveerd (1,3%).
- In 2020 en 2021 daalde het laatste-jaar-gebruik van lachgas. In 2022 lijkt het laatste-jaar-gebruik verder te zijn gedaald, maar het verschil tussen 2021 (1,6%) en 2022 (1,3%) is niet statistisch significant.
- Het laatste-jaar-gebruik van lachgas daalde tussen 2021 en 2022 alleen onder 30-49-jarigen van 1,1% naar 0,5%. In de andere leeftijdscategorieën bleef het gebruik ongeveer gelijk.
- Tussen 2021 en 2022 daalde het laatste-maand-gebruik van lachgas onder volwassenen van 0,7% naar 0,2%.

Trend in lachgasgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer lachgas gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Man	Vrouw	Totaal
2018	7.9	5.9	6.9
2019	9.5	5.7	7.6
2020	8.6	6.3	7.4
2021	9,9	5,9	7,9
2022	9,2	5,4	7,3
2018	3.3	2	2.7
2019	4.3	2.1	3.2

	Man	Vrouw	Totaal
2020	2.3	1.9	2.1
2021	2,1	1,2	1,6
2022	1,6	0,9	1,3

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
2022	0,3	0,2	0,2

13.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Lachgasgebruik komt bij volwassenen vaker voor onder mannen, 18-29-jarigen, hoogopgeleiden en mensen die wonen in sterk stedelijke gebieden.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Herkomst
- Stedelijkheid
- Werkenden

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.

Naast de gegevens uit de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor zijn er ook landelijke gegevens over lachgasgebruik beschikbaar uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor jongvolwassen 2022 [1]. Deze cijfers zijn door de verschillende vraagstelling en leeftijdsgroep niet vergelijkbaar met de cijfers uit de Gezondheidsenquête of de Leefstijlmonitor maar geven wel een beeld van regionale verschillen in lachgasgebruik onder 16-25-jarigen. Deze gegevens zijn toegevoegd aan het onderdeel over regionale verschillen op deze pagina.

Het ooit- en laatste-jaar-gebruik van lachgas kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst 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

Onder mannen gebruikt een groter deel lachgas dan onder vrouwen.

- In 2022 was het ooitgebruik onder mannen bijna twee keer zo hoog als onder vrouwen.
- Het laatste-jaar-gebruik was ongeveer anderhalf keer zo hoog onder mannen als onder

vrouwen.
- Het laatste-jaar-gebruik daalt vanaf 2019 geleidelijk onder zowel mannen als vrouwen.

Lachgasgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Man	9,2	1,6
Vrouw	5,4	0,9

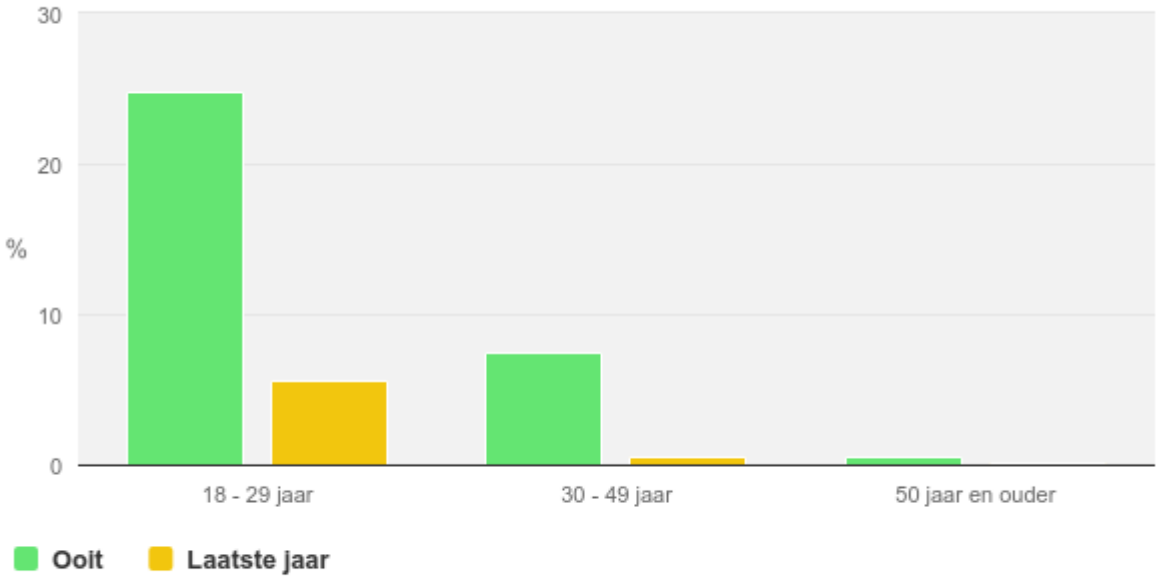
I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer lachgas gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Leeftijd

Gebruik van lachgas komt bij volwassenen het meest voor onder 18-29-jarigen.

- In 2022 had bijna een kwart (24,8%) van 18-29-jarigen ervaring met lachgas. Onder de 30-49-jarigen en 50+'ers lag het deel dat ervaring heeft met lachgas een stuk lager. Zie figuur hieronder.
- Ook het laatste-jaar-gebruik was het hoogst onder 18-29-jarigen.
- Het laatste-jaar-gebruik van lachgas daalde tussen 2021 en 2022 onder 30-49-jarigen van 1,1% naar 0,5%. In de andere leeftijdsgroepen bleef het gebruik in deze periode stabiel.
- In 2022 was de gemiddelde leeftijd van de laatste-jaar-gebruikers 25,8 jaar.
- In de LSM-A 2022 is aan de laatste-jaar-gebruikers gevraagd hoe oud zij waren toen zij voor het eerst lachgas gebruikten. De helft van hen was tussen de 17 en 23 jaar oud.
- Lees meer over lachgasgebruik onder jongeren en jongvolwassen op deze pagina.

Lachgasgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2022.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer lachgas gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Ooit	Laatste jaar
18 - 29 jaar	24,8	5,6
30 - 49 jaar	7,5	0,5
50 jaar en ouder	0,6	0,1

Opleidingsniveau

Onder hoogopgeleiden gebruikt een groter deel lachgas dan onder laagopgeleiden.

- In 2022 hadden hoogopgeleiden ongeveer vier keer zo vaak ervaring met lachgas dan laagopgeleiden. Middelbaar opgeleiden zitten daar tussen in.
- Het laatste-jaar-gebruik is onder middelbaar en hoogopgeleiden ongeveer drie keer hoger dan onder laagopgeleiden.

Lachgasgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Laagopgeleid	2,8	0,5
Middelbaar opgeleid	5,8	1,4
Hoogopgeleid	11,7	1,7

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer lachgas gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. 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. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Herkomst

Het lachgasgebruik verschilt niet tussen mensen met een Nederlandse herkomst, mensen met een Europese herkomst en mensen met een niet-Europese herkomst.

Lachgasgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Nederlandse herkomst	7,3	1,3
Europese herkomst	6,9	1,5
Niet-Europese herkomst	7,4	1,1

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer lachgas gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst (cbs.nl)). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

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.

Lachgasgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
(Zeer) sterk stedelijk	9,3	1,7
Matig stedelijk	4,9	0,9
Weinig/niet stedelijk	4,7	0,7

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

Werkenden

In 2023 heeft het Trimbos-instituut voor het eerst gegevens gepubliceerd over het middelengebruik onder werkenden versus niet-werkenden [2]. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt van de LSM-A van het peiljaar 2022.

Er is geen verschil in het laatste-jaar-gebruik van lachgas onder werkenden en niet-werkenden.

Lachgasgebruik onder werkenden en niet–werkenden. Peiljaar 2022

	Laatste jaar (%)
Werkenden	1,4
Niet–werkenden	2,0

LSM–A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos–instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2022.

1. GGD’en en RIVM. Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022 [Internet]. 2023. Available from: https://www.vzinfo.nl/drugsgebruik/regionaal/jongvolwassenen
2. Tuithof M, Blokland M, Sannen M. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Utrecht: Trimbos-instituut;

13.2.3 Gebruikspatronen

In het kort: In 2022 gebruikte 86% van de laatste-jaar-gebruikers van lachgas minder dan maandelijks en 10,4% maandelijks. Een klein deel (3,7%) gebruikte elke week.

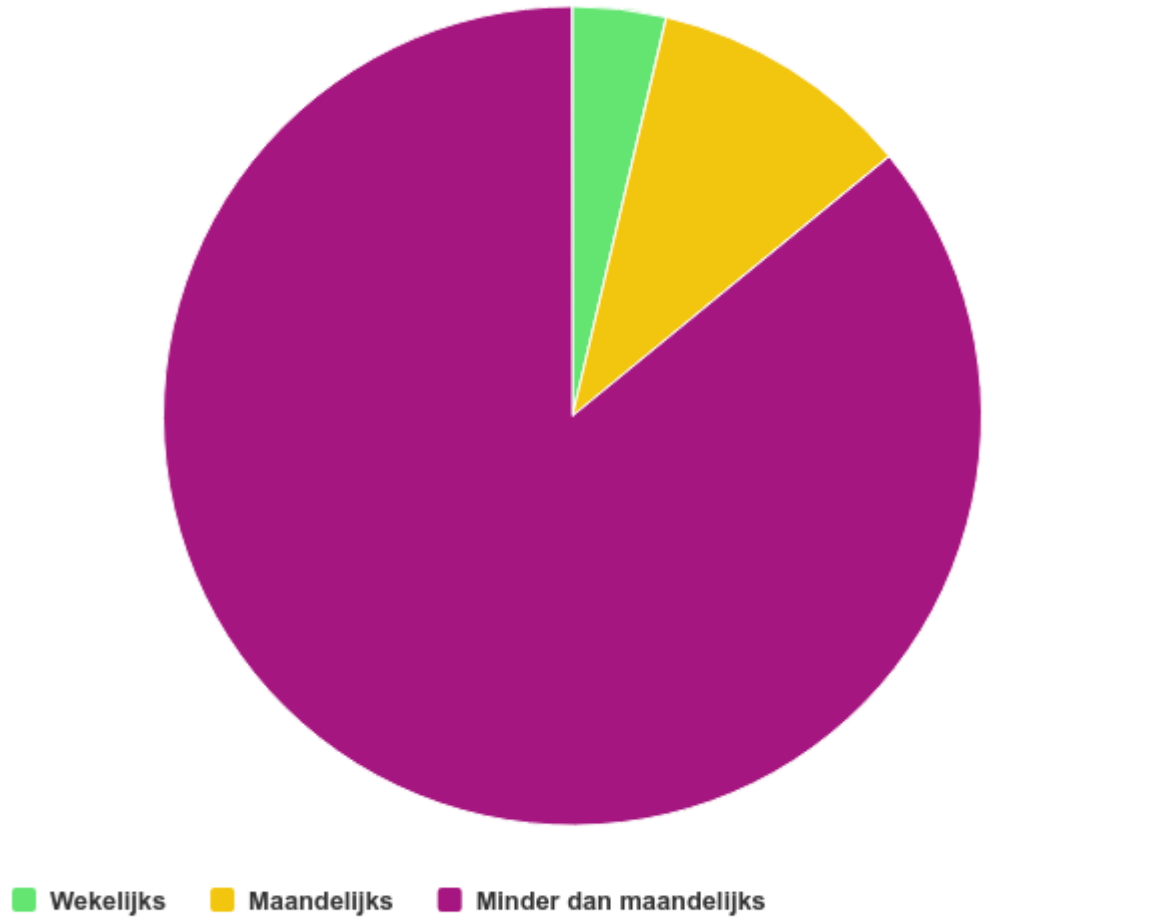
Gegevensbronnen

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) (zie bijlage A1 en A2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

In de LSM-A 2022 is aan de laatste-jaar-gebruikers gevraagd hoe vaak zij lachgas hebben gebruikt. De meesten gebruikten minder dan maandelijks. Een (heel) klein deel gebruikte elke week.

- In 2022 gebruikte 86% van de laatste-jaar-gebruikers minder dan maandelijks. Ongeveer een op de tien (10,4%) gebruikte maandelijks. Minder dan een op de twintig (3,7%) gebruikte wekelijks lachgas.

Frequentie[I] van lachgasgebruik onder laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder.
Peiljaar 2022.



I. Frequentie: aantal keer in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

everviz.com

Gebruiksfrequentie	%
Wekelijks	3,7
Maandelijks	10,4
Minder dan maandelijks	86,0

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

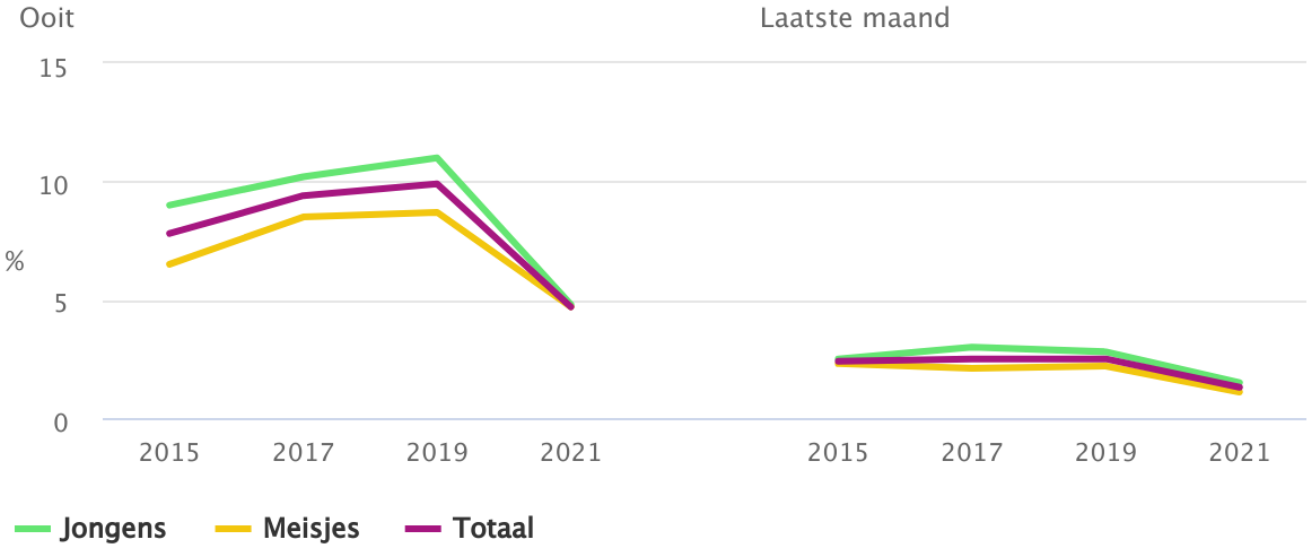
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste jaar / laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar/laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021.

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.

Trends in lachgasgebruik 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 (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.

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.

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

	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Jongens	4,8	1,5
Meisjes	4,7	1,1

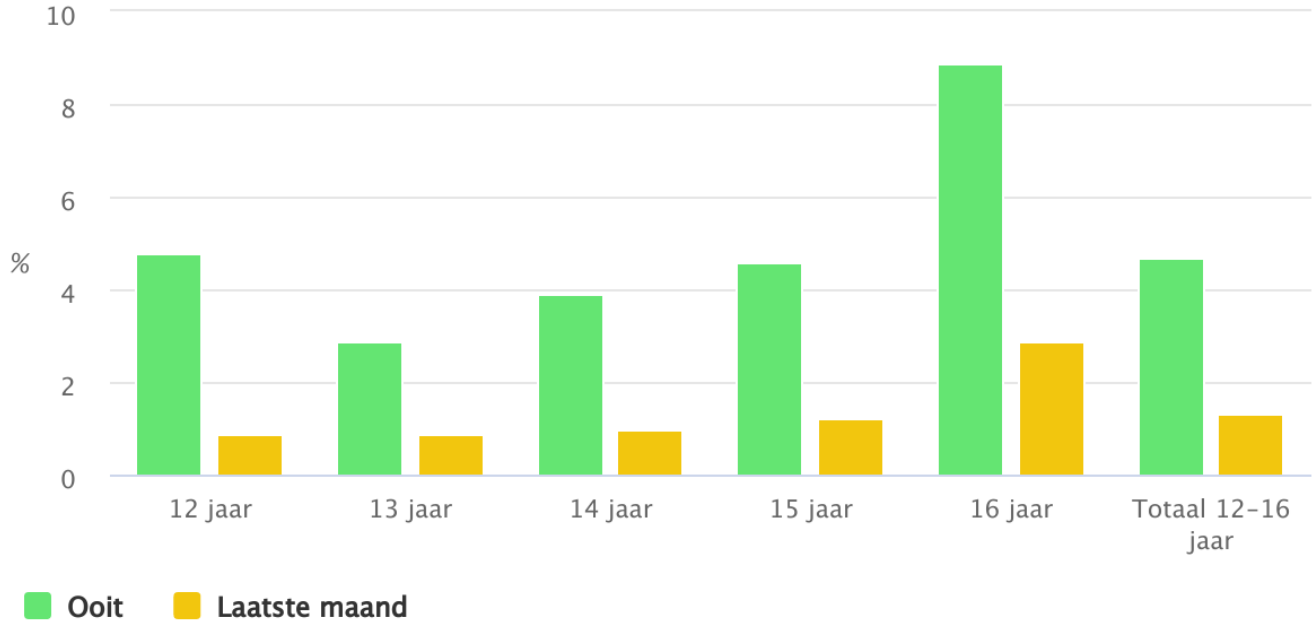
Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven, laatste maand = tenminste eenmaal gebruikt in de laatste maand. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2021.

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

	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

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 16-18-jarige 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 (16 jaar en ouder) daalde het lachgasgebruik tussen 2016 en 2021, maar nam onder degenen die wel lachgas gebruikten de frequentie van gebruik toe. In 2023 had één op de vijf studenten van 16 jaar en ouder van het hbo en de universiteit ervaring met lachgas, één op de twintig studenten gebruikte lachgas in het afgelopen jaar.

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 landelijke 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. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [4]. In 2023 heeft een nieuwe dataverzameling plaatsgevonden. Dit keer zijn alleen mbo-studenten meegenomen in het onderzoek. De resultaten van deze meting worden in 2024 gepubliceerd.

Daarnaast wordt sinds 2021 elke twee jaar grootschalig landelijk onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (hbo en wo). 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 2023 namen 32.000 studenten (≥16 jaar) deel, verdeeld over 24 onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs (13 hbo-instellingen en 11 universiteiten) verspreid over heel Nederland [7]. Met de tweede meting van de MMMS worden cijfers van de eerste meting (2021) geactualiseerd, vindt op onderdelen verdieping plaats ten opzichte van de eerste meting, en worden vergelijkingen gemaakt met de eerste meting.

De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse mbo-scholen (bijlage B8) [8,9]. 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.

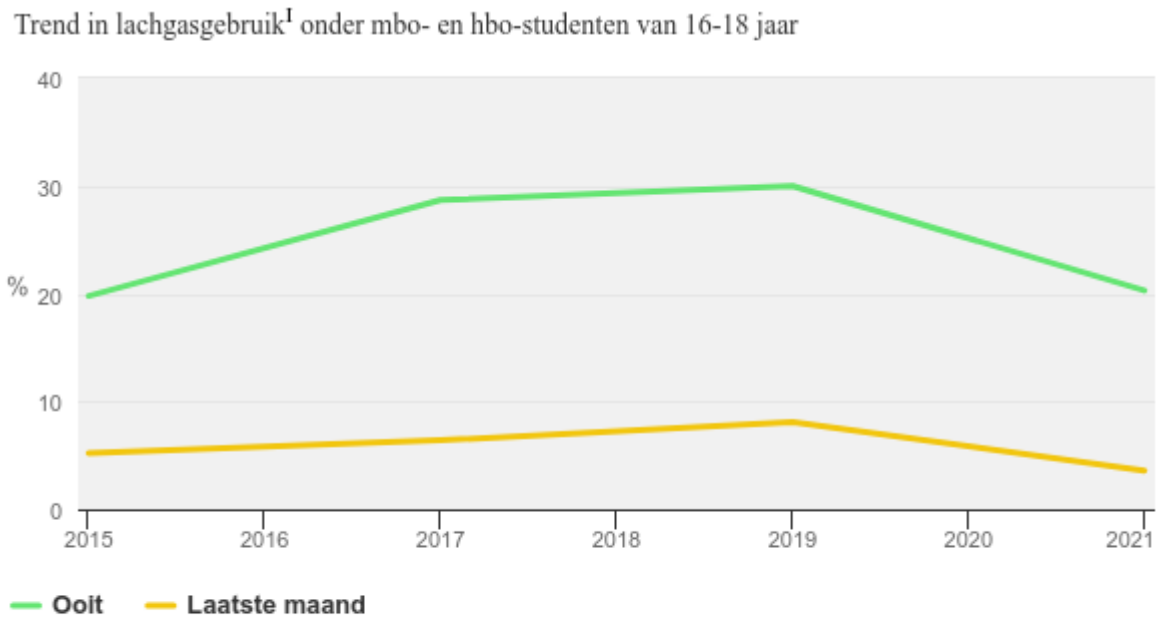
Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken. De onderzoeken zijn

door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet goed vergelijkbaar.

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.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Middelenmonitor mbo–hbo

NDM

	Ooit	Laatste maand
2015	19,8	5,2
2017	28,7	6,4
2019	30	8,1
2021	20,3	3,6

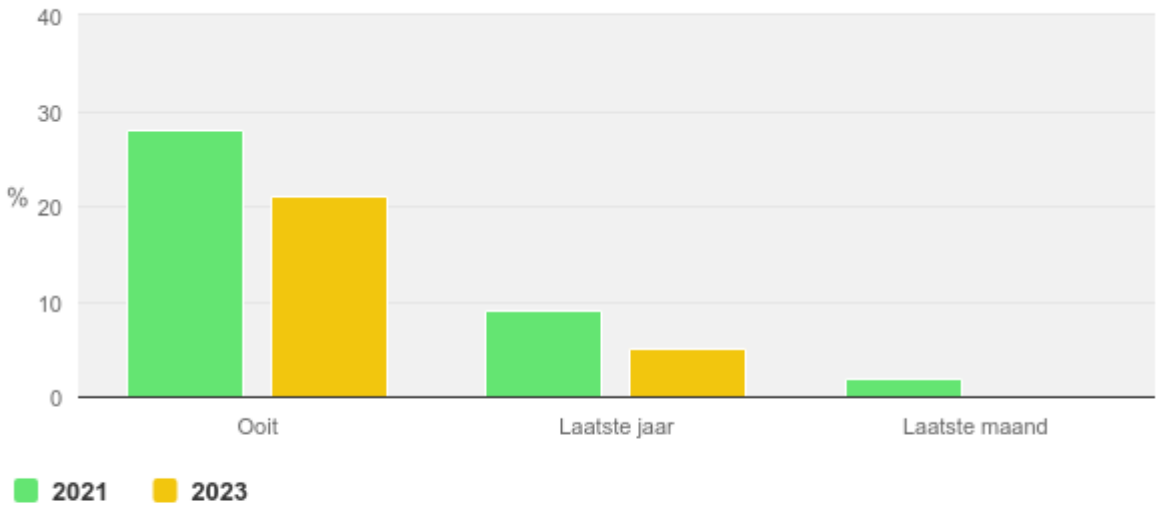
Studenten van het hbo en de universiteit

Onderstaande resultaten zijn afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs [7]. Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen, zoals een laag responspercentage (6,5% in 2023) en onder-/oververtegenwoordiging van bepaalde groepen. Door weging is de data meer representatief gemaakt. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de

resultaten vertekend zijn en daarmee niet representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland. De resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd. De Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs gaf voor het lachgasgebruik onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder in 2023 het volgende beeld:

- Eén op de vijf (21%) studenten gebruikte lachgas ooit in het leven. Een kleiner deel (5%) gebruikte lachgas in het afgelopen jaar. Het gebruik in de laatste maand van lachgas is in 2023 niet uitgevraagd, in 2021 lag het laatste-maand-gebruik op 2%.

Lachgasgebruik[I] onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. In 2023 is het laatste–maand–gebruik van lachgas niet uitgevraagd. Bron: Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs

NDM

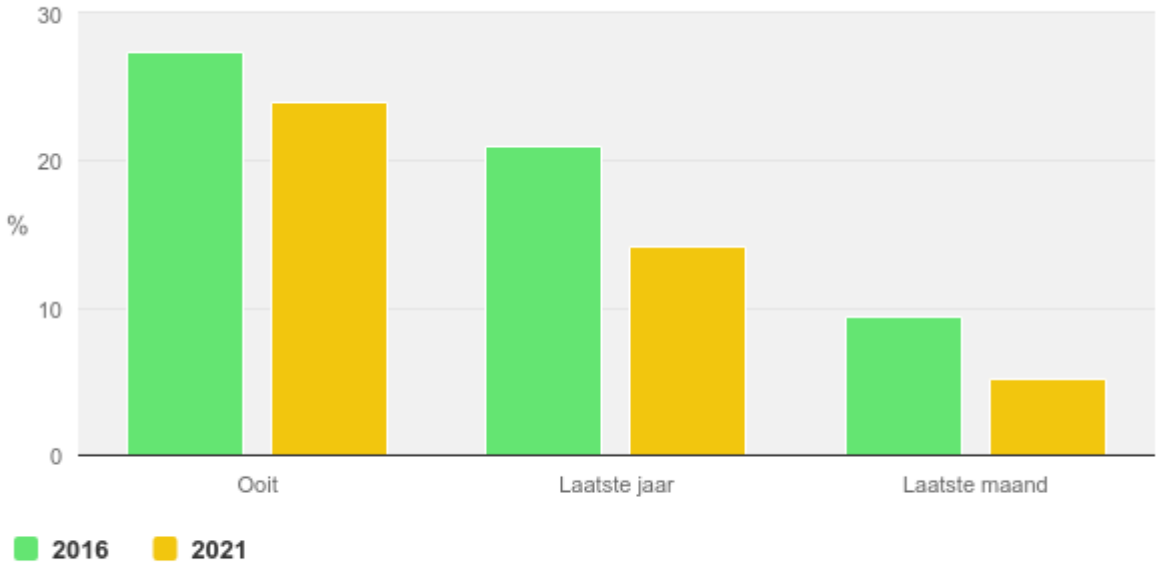
	2021	2023
Ooit	28	21
Laatste jaar	9	5
Laatste maand	2	

Mbo-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het lachgasgebruik van mbo-studenten uitgevraagd [9]. 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. 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.

Lachgasgebruik[I] onder mbo-studenten in Amsterdam van 16 jaar en ouder



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Monitor Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
Ooit	27,4	24

	2016	2021
Laatste jaar	21	14,2
Laatste maand	9,4	5,2

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. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.
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. 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: Het lachgasgebruik ligt onder uitgaanders hoger dan in de algemene bevolking. In 2023 is het lachgasgebruik onder uitgaanders verder gedaald. Van de uitgaanders die nog wel lachgas gebruiken valt op dat het aantal ballonnen dat zij gebruiken op een avond dat zij niet uitgaan is gestegen.

Gegevensbronnen

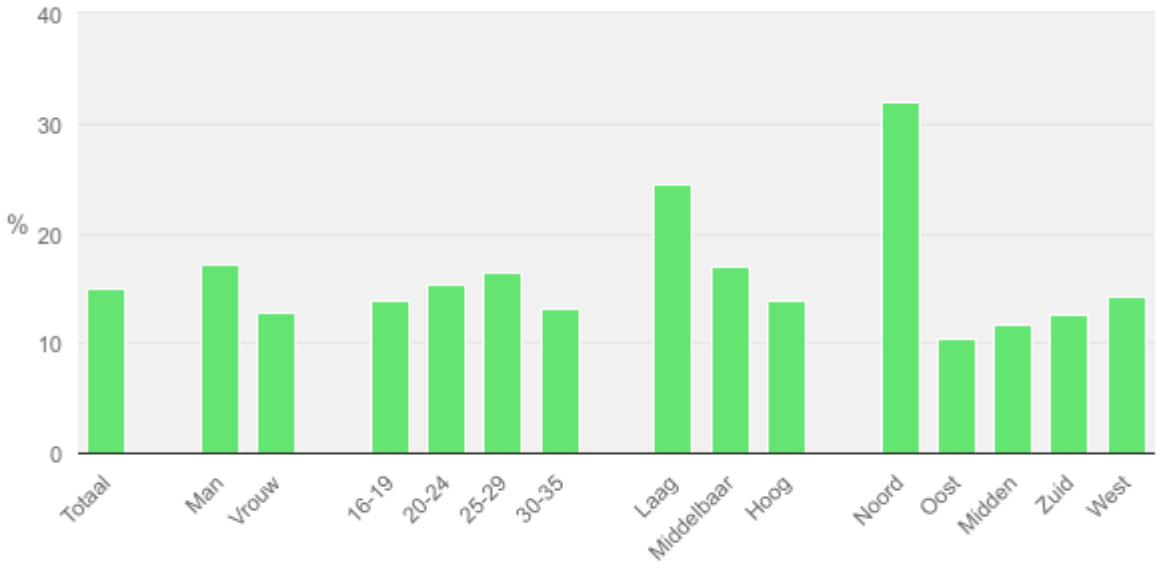
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over een eventuele toe- of afname van het gebruik van lachgas in het uitgaansleven (zie bijlage B2).

Uitgaanders in Nederland

Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- In 2023 had 51,2% van de uitgaanders ooit lachgas gebruikt en 15,0% in het laatste jaar.
- Het laatste-jaar-gebruik van lachgas is in 2023 (15,0%) lager dan in 2020 (35,2%). Deze trendgegevens moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd (zie Gegevensbronnen).
- Het laatste-jaar-gebruik van lachgas is onder de uitgaanders duidelijk hoger dan onder leeftijdsgenoten (15-34 jaar) in de algemene bevolking (4,0%).
- Meer mannen (dan vrouwen) en laag (dan middelbaar en hoog) opgeleide uitgaanders hebben in het laatste jaar lachgas gebruikt. Er zijn ook regionale verschillen. In de regio Noord is het gebruik van lachgas hoog vergeleken met de andere regio's. Er zijn geen leeftijdsverschillen.
- De meeste laatste-jaar-gebruikers gebruikten incidenteel: 36,0% had éénmaal lachgas gebruikt in het afgelopen jaar en 56,7% minder dan maandelijks. Lachgas werd door 4,5% maandelijks gebruikt en 2,9% gebruikte vaker dan één keer per maand.
- Op een gebruiksdag gebruiken de laatste-jaar-gebruikers gemiddeld 4,9 ballonnen op een uitgaansdag. Op een niet-uitgaansdag is het aantal ballonnen hoger (10,3). Vrouwen gebruiken gemiddeld meer ballonnen dan mannen (13,6 versus 8,6 ballonnen op een niet-uitgaansdag; 5,3 versus 4,6 ballonnen op een uitgaansdag). Vergeleken met 2020 valt het op dat het aantal ballonnen dat wordt gebruikt op een niet-uitgaansdag is gestegen.

Lachgasgebruik[I] onder uitgaanders van 16-35 jaar, naar geslacht, leeftijd, opleiding en regio.
Peiljaar 2023



I. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

	Laatste jaar
Totaal	15,0
Man	17,2
Vrouw	12,8
16-19	13,8
20-24	15,3
25-29	16,4

	Laatste jaar
30-35	13,2
Laag	24,5
Middelbaar	16,9
Hoog	13,9
Noord	31,9
Oost	10,4
Midden	11,7
Zuid	12,6
West	14,2

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

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 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[I]	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. I. 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].

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’.

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-insituut; 2021.

13.5 Gebruik: internationale vergelijking

In het kort: er worden geen standaard gegevens verzameld over het gebruik van lachgas onder de algemene bevolking in de landen van de Europese Unie. Hierdoor is het niet goed mogelijk om een internationale vergelijking te maken.

13.5.1 Algemene bevolking internationaal

Gegevensbronnen

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije, maar hierin wordt lachgas niet meegenomen [1]. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [2]. De cijfers uit het Verenigd Koninkrijk zijn afkomstig uit de Crime Survey for England and Wales uitgevoerd door het Office for National Statistics (ONS) [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

Het EMCDDA verzamelt geen structurele gegevens over het gebruik van lachgas onder de algemene bevolking in de Europese Unie [1]. In een rapport van het EMCDDA uit 2022 wordt echter vermeld dat sommige landen zoals Denemarken, Ierland, Frankrijk, Litouwen, Portugal en Nederland signalen waarnemen die kunnen wijzen op een toename in de beschikbaarheid en het recreatief gebruik van lachgas [4]. Hoewel in Nederland in 2019 nog een toename werd gezien in het lachgasgebruik (alleen onder mannen), daalde het laatste-jaar-gebruik in 2020 en 2021 (zie voor meer informatie § 13.2.1).

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.
- In de Verenigde Staten lag het ooitgebruik van lachgas in 2019 en 2021 rond de 5%. Vanwege methodologische wijzigingen in de dataverzameling kunnen deze jaren echter niet een op een met elkaar worden vergeleken.
- In 2020-2021 had 1,3% van de volwassenen tussen de 16 en 59 jaar in Engeland en Wales in het afgelopen jaar lachgas gebruikt, dat komt neer op 444.000 mensen. Vergeleken met 2019-2020 (2,4%) nam het laatste-jaar-gebruik af. Ook onder jongeren en jongvolwassenen (16-24 jaar) daalde het laatste-jaar-gebruik van 8,7% in 2019-2020 naar 3,9% in 2020-2021. Mogelijk is de daling een gevolg van de COVID-19 pandemie en de coronamaatregelen.

Gebruik van lachgas in de algemene bevolking van de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Nederland: wisselende leeftijdsgroepen[I]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar- gebruik (%)
Verenigde Staten	2021	18+	4,8	-
		18-25	2,7	-
	2019	18+	5,0	-
		18-25	3,4	
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2021/2022	16-59	-	1,3
		16-24	-	3,9
	2019/2020	16-59	-	2,4
		16-24	-	8,7
	2018/2019	16-59	-	2,3
		16-24	-	8,7
Nederland	2021	18+	7,9	1,6
	2020	18+	7,4	2,1
	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. 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, Crime Survey for England and Wales (ONS), Gezondheidsenquête. Voor de volledige bronvermeldingen: zie onderaan deze pagina.

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
2. SAMHSA. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2022.
3. Drug misuse in England and Wales: year ending June 2022. An overview of the extent and trends of illicit drug use. [Internet]. Office for National Statistics - Crime Survey for England and Wales; 2022 p. 1–14. Available from: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/articles/drugmisuseinenglandandwales/yearendingjune2022
4. EMCDDA. Recreational use of nitrous oxide: a growing concern for Europe [Internet]. 2022. Available from: www.emcdda.europa.eu

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.

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: Na een jarenlange stijging daalde in 2022 het aantal meldingen bij de Monitor Drugsincidenten van patiënten met een acute vergiftiging met lachgas. Wel waren er meer meldingen van patiënten die neurologische schade opliepen na excessief lachgasgebruik. Ook bij het NVIC daalde het aantal telefonische informatieverzoeken over lachgas in 2022, maar was bij ruim een derde van de informatieverzoeken sprake van aan lachgas gerelateerde neurologische klachten. In 2020 rapporteerde de politie een toename in het aantal verkeersongelukken waarbij lachgas vermoedelijk een rol speelde. Op 1 januari 2023 is het lachgasverbod in werking getreden. Het is nog niet duidelijk wat de invloed van het verbod is op het gebruik van lachgas (in het verkeer) en het aantal incidenten.

Snel naar:

- Drugsgerelateerde incidenten
- Verkeersongevallen
- Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

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.

In 2022 heeft VeiligheidNL onderzoek gedaan naar middelengebruik (alcohol, drugs en rijgevaarlijke medicijnen) onder verkeersslachtoffers in de periode 2012-2021 [2]. Het Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL, een registratie van SEH-bezoeken als gevolg van letsels, is als bron voor dit onderzoek gebruikt. Er zijn gegevens verzameld bij de SEH's van 14 LIS-ziekenhuizen. Deze gegevens overlappen dus deels met de gegevens uit de Monitor Drugsincidenten. De gegevens kunnen worden gebruikt om trends te signaleren, maar zijn niet geschikt om landelijke schattingen te doen over het aantal incidenten. Daarnaast dient te worden benadrukt dat er op de SEH-afdeling niet altijd wordt gevraagd naar middelen- of medicijngebruik voorafgaand aan een ongeval. Echter, wanneer er overduidelijk sprake is van middelengebruik en/of wanneer dit relevant is voor de medische behandeling, wordt het middelengebruik wel geregistreerd. Gegevens over middelengebruik zoals in LIS geregistreerd dienen dus te worden geïnterpreteerd als een ondergrens van de daadwerkelijke problematiek. Daarnaast is uit deze gegevens niet af te leiden hoeveel verkeersslachtoffers er zijn als gevolg van een bestuurder die alcohol en/of drugs heeft gebruikt.

Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en hulpverleners over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen [3]. Het NVIC is onderdeel van de Divisie Vitale Functies van het Universitair Medisch

Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en is telefonisch te raadplegen via de 24-uursinformatietelefoon. De meeste drugsgerelateerde telefonische informatieverzoeken hebben betrekking op een patiënt die in aanraking is gekomen met een middel: een blootstelling. Een blootstelling leidt niet per definitie tot vergiftigingsverschijnselen, het gaat dus om een mogelijke/potentiële vergiftiging. Naast de mogelijkheid om het NVIC telefonisch te raadplegen, kunnen hulpverleners via de website www.vergiftigingen.info toxicologische informatie opvragen voor bijvoorbeeld een risicoanalyse om de ernst van een blootstelling te berekenen, of om rechtstreeks stofmonografieën en therapieteksten te raadplegen (zonder uitvoering van een risicoanalyse). De website kan worden geraadpleegd bij een daadwerkelijke blootstelling van een patiënt, maar ook ter oriëntatie of bijscholing.

Tot slot geven ook cijfers van de politie een beeld van het aantal verkeersincidenten waarbij lachgas vermoedelijk een rol speelde.

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 alle bronnen zijn intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Drugsgerelateerde incidenten

In 2022 werden in totaal 6.411 drugsincidenten geregistreerd. Het gebruik van lachgas werd bij 121 (2%) van de incidenten gemeld, waarvan 65% 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, cocaïne en/of een onbekende drug.

- Het aandeel lachgasintoxicaties (als enige drug of in combinatie met één of meerdere andere drugs) steeg tussen 2017 en 2021 van respectievelijk <1% en 2% naar 7% in MDI- en LIS-ziekenhuizen. In 2022 daalde dit weer naar 5% bij zowel MDI- als LIS-ziekenhuizen.
- Hoewel het aandeel gemelde incidenten met lachgas na een jarenlange stijging in 2022 dus daalde, waren er wel meer meldingen van patiënten die neurologische schade opliepen na excessief lachgasgebruik. In tenminste 19% van de in 2022 bij de MDI gemelde incidenten met lachgas als enige drug (met of zonder alcohol) was sprake van neurologische uitvalsverschijnselen, zoals krachtverlies in armen en benen, sensitiviteits-, coördinatie- en loopstoornissen en blijvende tintelingen en/of pijn in de ledematen.
- In 2022 werd 10% van de geregistreerde incidenten met lachgas als enige drug (met of zonder alcohol) gemeld door ambulancediensten, 28% door MDI-ziekenhuizen, 54% door LIS-ziekenhuizen 3% door forensisch artsen, en 5% door EHBO-diensten.
- In 2022 werd 29% van de lachgaspatiënten behandeld voor een onder invloed opgelopen trauma, dit is meer dan bij andere drugs (11%).Het ging hierbij vaak om hoofdletsel en/of botbreuken, maar ook om bevriezingsletsel op de huid door onzorgvuldig gebruik van de lachgascilinder.
- Lachgaspatiënten zijn de jongste groep patiënten met een drugsintoxicatie (mediane leeftijd in 2022: 22 jaar). Van de lachgaspatiënten is 7% minderjarig.

Incidenten met lachgas als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2022

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten	8	22	43	2	4
% van het totaal aantal drugsincidenten met lachgas (n=79)	10%	28%	54%	3%	5%
% van het totaal aantal drugsincidenten binnen de dienst	1%	2%	4%	<1%	<1%
Man*	71%	55%	60%	100%	75%
Leeftijd: <25 jaar*	57%	50%	65%	100%	67%
Ook alcohol gebruikt*	25%	30%	26%	100%	25%
Mate van intoxicatie*					
Licht	20%	32%	-	0%	0%
Matig	20%	16%	-	50%	0%
Ernstig	60%	53%	-	50%	100%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. Mate van intoxicatie: Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met

Verkeersongevallen

- 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 [4–6].
- 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 [4].
- 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) [4].
- 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.
- De universiteit van Maastricht heeft samen met TNO en het LUMC in opdracht van de politie onderzocht of lachgas kan worden aangetoond in ademlucht en bloed [7]. Uit het onderzoek blijkt dat lachgasgebruik tot tenminste 60 minuten na inhalatie meetbaar is in ademlucht en bloed. Tevens blijkt uit het onderzoek dat het gebruik van lachgas de rijvaardigheid aantast. Het onderzoek concludeert dat het technisch haalbaar is een meetinstrument voor opsporing en handhaving te ontwikkelen.

In 2022 heeft VeiligheidNL onderzoek gedaan naar middelengebruik (alcohol, drugs en rijgevaarlijke medicijnen) onder verkeersslachtoffers in de periode 2012-2021. Er zijn gegevens verzameld bij de SEH's van 14 LIS-ziekenhuizen [2]. De hieronder genoemde cijfers zijn een ondergrens van het werkelijke aantal verkeerslachtoffers dat lachgas heeft gebruikt, omdat er op de SEH-afdeling niet altijd wordt gevraagd naar middelen- of medicijngebruik voorafgaand aan een ongeval. Sommige percentages zijn gebaseerd op kleine aantallen en moeten daarom voorzicht worden geïnterpreteerd.

- Lachgas is, na cannabis, cocaïne en GHB, de vierde meest gebruikte drug bij verkeersslachtoffers op de SEH van LIS-ziekenhuizen [2].
- Van alle 7.179 verkeersslachtoffers op de SEH tussen 2012 en 2021 die alcohol en/of drugs hadden gebruikt (inclusief passagiers en voetgangers), had 0,3% (n=20) lachgas gebruikt al dan niet in combinatie met alcohol of andere drugs, 0,1% (n=10) gebruikte uitsluitend lachgas.
- Van alle verkeersslachtoffers op de SEH die voorafgaand aan het ongeval alcohol en/of drugs hadden gebruikt (2012-2021), was 20,0% (n=1.434) bestuurder van een gemotoriseerd voertuig. Van hen had 0,3% (n=4) lachgas gebruikt al dan niet in combinatie met alcohol of andere drugs, 0,2% (n=3) had uitsluitend lachgas gebruikt.
- Van alle verkeersslachtoffers op de SEH die voorafgaand aan het ongeval alcohol en/of drugs hadden gebruikt (2021-2021) was 72,8% fietser (inclusief elektrische fiets) (n=5.224). Van hen had 0,1% (n=3) lachgas gebruikt al dan niet in combinatie met alcohol of andere drugs, geen van hen had uitsluitend lachgas gebruikt.

In 2023 heeft TeamAlert een online vragenlijst onderzoek uitgevoerd onder jongeren tussen de 16 en 24 jaar waarin zij werden gevraagd hun mening te delen over het ingevoerde lachgasverbod [8]. In totaal hebben 1565 jongeren de vragenlijst ingevuld, de gemiddelde leeftijd bedroeg 18,6 jaar.

- Van de 1565 jongeren gaf 19% aan wel eens lachgas te gebruiken. Dit is hoger dan het gebruik

in de algemene bevolking (zie § 13.2.2). Het lijkt er dus op dat relatief veel lachgasgebruikers hebben gereageerd op de oproep om de vragenlijst in te vullen. De meerderheid van de lachgasgebruikers (70%) gaf aan dit één keer per maand of minder te doen.
- Van de 301 lachgasgebruikers gaven 29 gebruikers (10%) aan wel eens lachgas te gebruiken in het verkeer. Van de 29 lachgasgebruikers in het verkeer gaven 10 gebruikers aan dit wel eens te doen als bestuurder van een auto. Mannen deden dit vaker dan vrouwen.
- Van de 29 lachgasgebruikers in het verkeer geeft een derde (33%) aan dat hun lachgasgebruik in het verkeer sinds het verbod ongeveer gelijk is gebleven, meer dan de helft (57%) geeft aan dat hun gebruik in het verkeer is verminderd (variërend van een beetje geminderd tot volledig gestopt) en 10% geeft aan dat hun gebruik in het verkeer is toegenomen.

Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [3]. De hieronder genoemde gegevens betreffen enkel informatieverzoeken, dit geeft geen informatie over het daadwerkelijke aantal lachgasblootstellingen of -vergiftigingen. Ook de mate waarin de hulpverleners kennis hebben (opgebouwd) over het middel zal van invloed zijn op het aantal informatieverzoeken. Bij het interpreteren van trendgegevens moet hier rekening mee worden gehouden. Daarnaast bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute vergiftigingen.

- Het aantal telefonische informatieverzoeken voor lachgas is in 2022 verder gedaald naar 72 verzoeken. Lachgas staat hiermee op de zevende plaats in de top 10 van de drugs (exclusief NPS) met het hoogste aantal telefonische informatieverzoeken.
- Er waren in 2022 166 raadplegingen op de website www.vergiftigingen.info. In de categorie drugs (exclusief NPS) stond lachgas op de zevende plaats.
- De website bevat sinds januari 2022 informatie over lachgas. Vermoedelijk wordt een deel van de telefonische informatieverzoeken sindsdien via de website afgehandeld.
- Sinds 2015 was bij een groot deel van de informatieverzoeken sprake van regelmatig gebruik en/of het gebruik van lachgas in grote hoeveelheden (50 of meer ballonnen tijdens één sessie). Dit suggereert dat lachgas verslavend kan zijn. Recent onderzoek naar bij het NVIC gemelde blootstellingen toonde aan dat de meerderheid van de patiënten met problematisch lachgas gebruik verslavingskenmerken vertoont (volgens DSM-IV en DSM-V criteria) [9]. Lees meer over problematisch lachgasgebruik op deze pagina.
- Bij ruim een derde van de informatieverzoeken was er sprake van lachgas gerelateerde neurologische klachten (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. Lees meer over neurologische stoornissen door overmatig lachgasgebruik op deze pagina.
- Sinds 1 januari 2023 staat lachgas op lijst II van de Opiumwet, waardoor verkoop voor recreatief gebruik verboden is. Het NVIC verwacht dat dit verbod zal leiden tot een afname van het aantal blootstellingen bij het NVIC

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor Drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Trimbos-

insituut en VeiligheidNL; 2024.
2. Valkenberg H, Nijman S. Middelengebruik in het verkeer: een analyse van data verzameld op SEH-afdelingen [Internet]. Amsterdam: VeiligheidNL; 2022. Available from: https://www.veiligheid.nl/sites/default/files/2022-11/Rapportage middelengebruik in het verkeer 2012-2021.pdf
3. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2022: NVIC Rapport 01/2023. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2023.
4. Politie Nederland. Persoonlijke communicatie met het Trimbos-instituut, februari 2022 (e-mail). 2022.
5. 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
6. 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-tientallen-doden
7. Politie.nl. Lachgasgebruik is meetbaar en beïnvloedt rijgedrag [Internet]. 2024. Available from: https://www.politie.nl/nieuws/2024/februari/19/00-lachgasgebruik-is-meetbaar-en-beinvloedt-rijgedrag.html#:sim:text=Wanneer gebruik van lachgas in,zich in de auto heeft.
8. Hadders S, Schuurman B, van Halem S, Dekker GM. Jongeren en het lachgasverbod (na intreding) [Internet]. Utrecht: Team Alert; 2023. Available from: https://teamalert.nl/media/2qybfiqm/jongeren-en-het-lachgasverbod-na-intreding-2023.pdf
9. Nugteren-Van Lonkhuyzen JJ, van der Ben L, van den Hengel-Koot IS, de Lange DW, van Riel AJHP, Hondebrink L. High Incidence of Signs of Neuropathy and Self-Reported Substance Use Disorder for Nitrous Oxide in Patients Intoxicated with Nitrous Oxide [Internet]. Vol. 29, European addiction research. 2023. p. 202—212. Available from: https://www.karger.com/Article/Pdf/530123

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).

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].

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.

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.

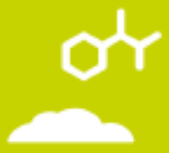
13.8.2 Beperkende maatregelen voor lachgasverkoop

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].

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

Volwassenen

Ketaminegebruik in het laatste jaar (2022)



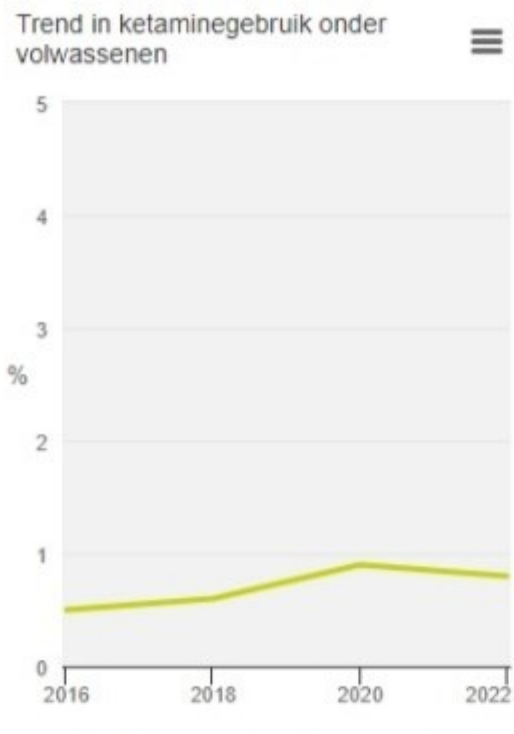
0,8%



0,6%

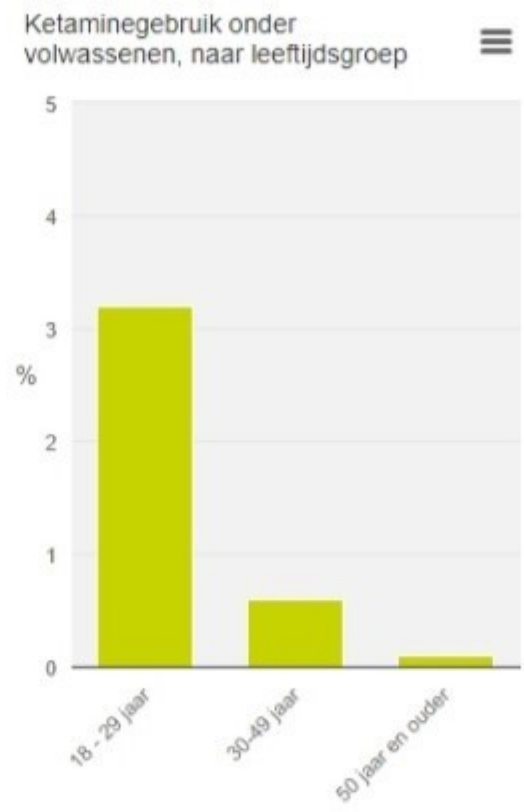


1,1%



Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM



Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

NDM

- In 2022 heeft 0,8% van de volwassenen in het laatste jaar ketamine gebruikt, dat zijn 120.000 mensen.
- De stijging in het laatste-jaar-gebruik van ketamine lijkt in 2022 te stabiliseren.
- Meer mannen gebruiken ketamine dan vrouwen.
- Het laatste-jaar-gebruik van ketamine is het hoogst onder jongvolwassenen.
- De meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers gebruikt ketamine incidenteel.

Jongeren en jongvolwassenen

Hbo-wo-studenten

≥16 jaar

laatste jaar (2023)



5%

Uitgaanders

16-35 jaar

laatste jaar (2023)



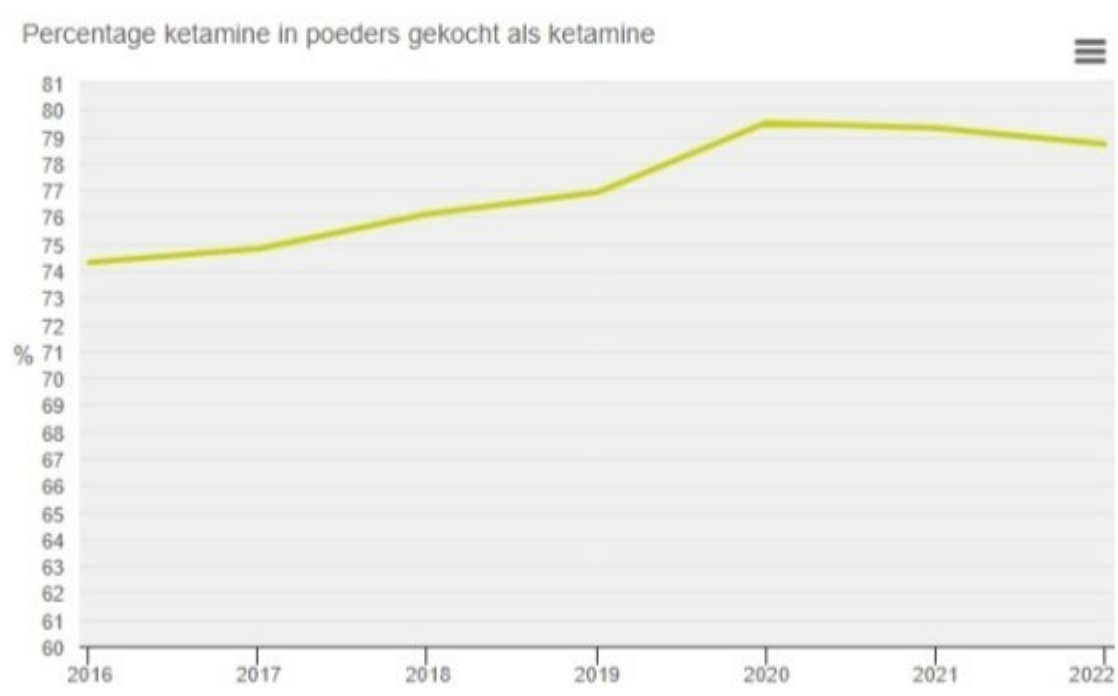
24,6%

- Onder 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten gebruikte in 2021 2,6% ooit ketamine en 0,8% gebruikte ketamine in de laatste maand. Tussen 2017 en 2021 bleef het ooitgebruik van ketamine onder mbo- en hbo studenten gelijk. Onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder had in 2023 9% ervaring met ketamine en 5% gebruikte in het laatste jaar.
- In 2023 had bijna een kwart (24,6%) van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen ketamine gebruikt, dat is iets meer dan in 2020 (22,1%). Voor de meeste uitgaanders is het gebruik incidenteel: minder dan maandelijks.

Hulpvraag en incidenten

- Bij de MDI worden ketamine-intoxicaties doorgaans gemeld door EHBO-posten, maar steeds vaker ook door ziekenhuizen. Op EHBO's presenteerden de meeste ketaminepatiënten zich met lichte klachten (o.a. angst, pijn op de borst, misselijkheid en buikpijn). Vooral in hoge doseringen kan ketamine zorgen voor bewustzijnsverlies. Bij het NVIC is het aantal telefonische informatieverzoeken voor ketamine, na een opvallende toename in 2021, nauwelijks gestegen in 2022.
- Op langere termijn kan ketamine typische en soms ernstige klachten veroorzaken aan de urinewegen. Ook zware buikkrampen ('K-kramp'), verslechtering van geheugen, psychische problemen en verslaving komen voor.

Aanbod en markt



Bron: Drugs Informatie en Monitoring Systeem

NDM

- In 2021 was het aandeel ketaminepoeders aangeleverd bij het DIMS, na een stijging tussen 2012 en 2020, voor het eerst afgenomen. Deze daling zette door in 2022.
- 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.
- In 2022 kostte een gram ketamine gemiddeld 25,- euro. De gemiddelde prijs voor een gram ketamine lag in de afgelopen 10 jaar ongeveer op dit niveau.

14.1 Over ketamine

14.1.1 Over ketamine

Ketamine als geneesmiddel

Ketamine wordt gebruikt als een middel tegen pijn of als narcosemiddel in de (dier)geneeskunde. Er wordt momenteel veel onderzoek gedaan naar de toepassingen en veiligheid van ketamine bij therapieresistente depressie [1–4] en recentelijk worden er gerichtere studies gedaan naar de mogelijke 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]. Daarnaast zou ketamine mogelijk een rol kunnen spelen bij andere psychische aandoeningen, zoals bijvoorbeeld angst- of middelenstoornissen, maar het onderzoek hiernaar is nog beperkt [9].

Eind 2019 werd esketamine-neusspray onder de merknaam Spravato® door de Europese geneesmiddelenautoriteit EMA goedgekeurd als middel tegen therapieresistente depressie. Esketamine-neusspray kan in Nederland worden voorgeschreven bij therapieresistente depressie, maar ook als acute, kortdurende noodbehandeling voor snelle vermindering van depressiesymptomen [10]. De behandeling met ketamine bij therapieresistente depressie wordt in Nederland sinds september 2021 vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering [11].

Het onderzoek naar de therapeutische toepassingen van psychedelica (inclusief MDMA en ketamine) heeft veel aandacht gekregen vanuit de media. In Europa zijn er zorgen dat de (groeiende) bekendheid van het onderzoek naar psychedelica-therapie het gebruik van deze middelen (zonder medische begeleiding) zou kunnen aanmoedigen. Er is nog weinig bekend over tot in hoeverre deze ontwikkelingen de risicoperceptie beïnvloeden en drempelverlagend werken op het recreatief gebruik of gebruik voor 'zelfmedicatie' van ketamine.

Zie de factsheet Psychedelica-therapie voor meer informatie over de therapeutische toepassingen van psychedelica.

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 [12].

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 [13–15] en dat ketamine in diverse (uitgaans)settingen wordt gebruikt, bijvoorbeeld op huisfeesten, op festivals en in clubs en op afterparties na het uitgaan. Ook het gebruik van ketamine voor het verminderen van psychische of emotionele problemen ('zelf-therapeutisch' gebruik) komt voor [16].

Gebruikswijze

Ketamine komt voor in zowel poeder-/kristalvorm als in vloeibare vorm. Op de recreatieve drugsmarkt komt ketamine vermoedelijk vrijwel uitsluitend voor in poedervorm [13]. In Nederland wordt ketamine bijna altijd gesnoven [12]. Ketamine als pil komt zelden voor. Vloeibare ketamine wordt in de geneeskunde gebruikt, waar het middel in de spieren (intramusculair) of in de aderen (intraveneus) wordt geïnjecteerd. Het injecteren van ketamine voor recreatief gebruik komt maar zelden voor.

Urinewegproblemen

Ketamine kan problemen aan de urinewegen veroorzaken, wat in medische termen 'ketamine-geïnduceerde uropathie' wordt genoemd (lees meer over blaasproblemen door ketamine op deze pagina). Ketamine-geïnduceerde uropathie is een groeiend probleem onder jongvolwassenen [17]. De laatste jaren is er meer aandacht voor de effecten van ketamine op de urinewegen. In 2022 is in het Jeroen Bosch Ziekenhuis de eerste Ketaminepoli in Nederland gestart [18]. Uit de eerste resultaten van de themapoli voor patiënten met ketamine-geïnduceerde uropathie blijkt dat stoppen met ketaminemisbruik de belangrijkste factor is voor therapeutisch succes en vermoedelijk blijvende schade kan voorkomen [17].

Belang van ketamine in ontwikkelingslanden

Vanwege de geneeskundige toepassingen valt ketamine onder de Geneesmiddelenwet: zonder vergunning of doktersrecept, is het produceren, verhandelen of in bezit hebben van ketamine strafbaar.

In een risicobeoordeling van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wordt geconcludeerd dat ketaminegebruik gepaard gaat met gezondheidsrisico’s, maar dat deze niet opwegen tegen de voordelen van de geneeskundige toepassingen. De WHO 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 [19].

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. Schutten F, van Elk M, Stegemann L, Van Laar M. Psychedelica-therapie. Over psychedelica en de therapeutische toepassingen van psychedelica bij psychische aandoeningen [Internet]. Trimbos-instituut; 2023. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/06/AF2076-Psychedelica-therapie..pdf
10. Zorginstituut-Nederland. Esketamine (nasaal) [Internet]. Available from: https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/e/esketamine__nasaal_
11. Zorginstituut-Nederland. Pakketadvies sluisgeneesmiddel esketamine neusspray (Spravato) bij de behandeling van volwassenen met een therapieresistente depressie [Internet]. Available from: https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/09/30/pakketadvies-esketamine-neusspray-spravato
12. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Goor M. Factsheet: Ketamine. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
13. Vrolijk R, Van der Gouwe D. Annual Report 2019 Drugs Information and Monitoring System (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
14. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge

Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
15. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
16. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.
17. van der Sanden WMH, Wyndaele M, Schipper RA, de Kort LMO. Themapoli voor ketamine-geïnduceerde cystitis: eerste ervaringen en resultaten [Internet]. Vol. 13, Tijdschrift voor Urologie. 2023. p. 44–50. Available from: https://doi.org/10.1007/s13629-023-00385-2
18. Bosch Ziekenhuis J. Urologische klachten van ketaminegebruikers gehoord en behandeld op Ketaminepoli [Internet]. 2023. Available from: https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/nieuws/urologische-klachten-van-ketaminegebruikers-gehoord-en-behandeld-op-ketaminepoli
19. 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/

14.2 Gebruik: volwassenen

14.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: In 2022 heeft 2,6% van de volwassen bevolking ooit ketamine gebruikt en 0,8% deed dit in het afgelopen jaar. De stijging in het laatste-jaar-gebruik van ketamine lijkt in 2022 te stabiliseren. Het gebruik ooit in het leven nam in 2022 wel weer verder toe.

Snel naar:

- Kerncijfers 2022
- 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 tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A), 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.

Kerncijfers over ketaminegebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2016 tweejaarlijks beschikbaar. Voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Kerncijfers 2022

In 2022 had naar schatting 1 op de 40 volwassenen ooit in het leven ketamine gebruikt. Dat komt neer op ongeveer 360 duizend Nederlanders. In het laatste jaar had 0,8% ketamine gebruikt en in de laatste maand 0,3%. Het gebruik ligt lager dan van stimulerende middelen zoals ecstasy en cocaïne, en op ongeveer hetzelfde niveau als psychedelische middelen zoals paddo’s, truffels en 2C-B.

Ketaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

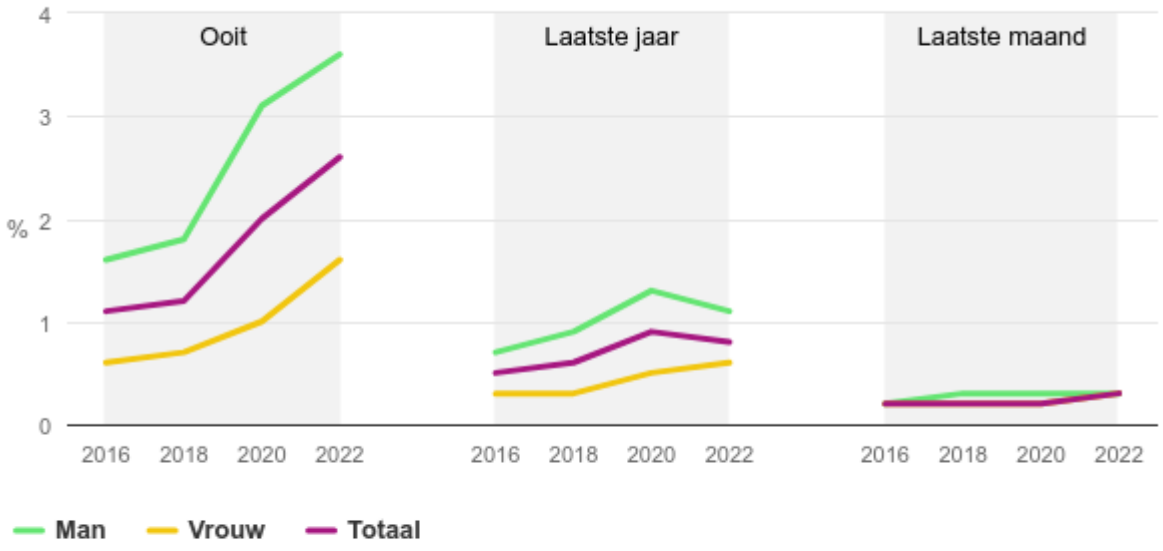
	(%)	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	2,6	360.000	320.000-410.000
Laatste jaar	0,8	120.000	90.000-140.000
Laatste maand	0,3	40.000	30.000-60.000

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ketamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand.
Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Trends in gebruik

- Het ooitgebruik van ketamine onder volwassenen is, na een eerdere stijging tussen 2018 en 2020, in 2022 verder toegenomen (2,6%). Ten opzichte van de eerste meting in 2016 (1,1%) is het ooitgebruik ruim verdubbeld, al gaat het om relatief lage percentages.
- De eerdere toename in het laatste-jaar-gebruik van ketamine (2016-2020) lijkt in 2022 mogelijk te stabiliseren (0,8%). Dergelijke signalen zien we bijvoorbeeld ook bij de Nederlandse drugstestlocaties, waar er in 2021 en 2022 minder ketaminemonsters zijn aangeleverd dan in de jaren daarvoor (lees meer over de ketaminemarkt op deze pagina).
- Het laatste-maand-gebruik ligt al jaren stabiel rond 0,2%-0,3%.

Trend in ketaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ketamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Man	Vrouw	Totaal
2016	1.6	0.6	1.1
2018	1.8	0.7	1.2
2020	3.1	1	2
2022	3.6	1.6	2.6
2016	0.7	0.3	0.5
2018	0.9	0.3	0.6
2020	1.3	0.5	0.9

	Man	Vrouw	Totaal
2022	1.1	0.6	0.8
2016	0.2	0.2	0.2
2018	0.3	0.2	0.2
2020	0.3	0.2	0.2
2022	0.3	0.3	0.3

14.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Het laatste-jaar-gebruik van ketamine in de algemene bevolking komt vaker voor onder mannen, jongvolwassenen (18-29 jaar) en hoogopgeleiden en onder mensen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Herkomst
- Stedelijkheid
- Regionale verschillen

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van ketamine in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A), 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.

Kerncijfers over ketaminegebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2016 tweejaarlijks beschikbaar. Voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Naast de gegevens uit de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor zijn er ook landelijke gegevens over middelengebruik beschikbaar uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor jongvolwassen 2022 [1]. Deze cijfers zijn door de verschillende vraagstelling en leeftijdsgroep niet vergelijkbaar met de cijfers uit de Gezondheidsenquête of de Leefstijlmonitor maar geven wel een beeld van regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen. Deze gegevens zijn toegevoegd aan het onderdeel over regionale verschillen op deze pagina.

De cijfers over het gebruik van ketamine kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal laatste-maand-gebruikers van ketamine is in deze steekproef 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

- Meer mannen dan vrouwen gebruiken ketamine. Dit geldt voor het gebruik ooit in het leven en voor het gebruik in het afgelopen jaar.
- Voor zowel mannen als vrouwen is het laatste-jaar-gebruik in 2022 niet toegenomen ten opzichte van de vorige meting in 2020. Ten opzichte van de eerste meting in 2016 is het gebruik onder beide groepen wel toegenomen.

Ketaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

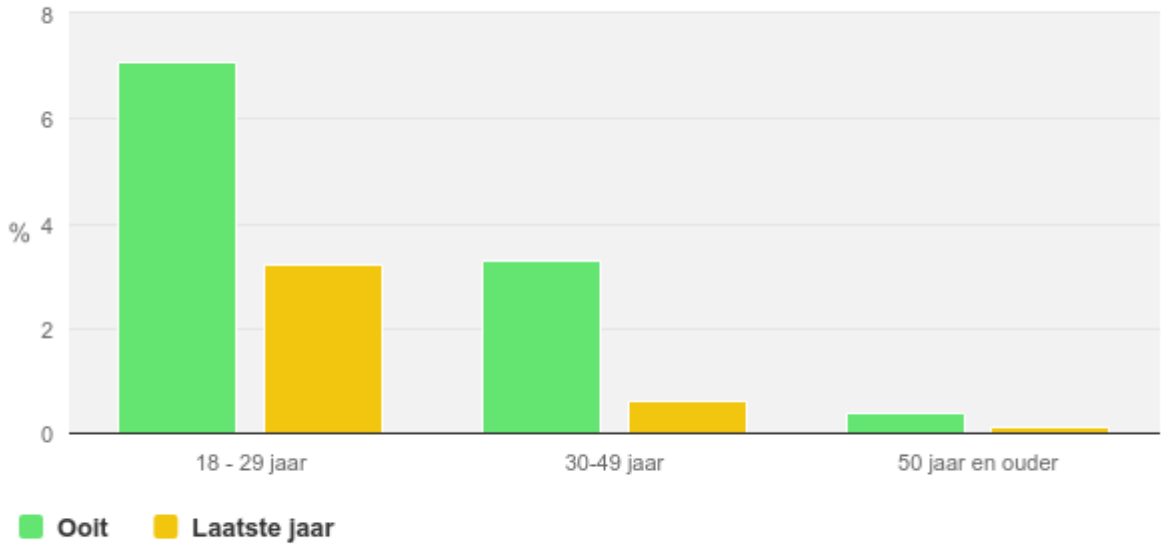
	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Man	3,6	1,1
Vrouw	1,6	0,6

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer ketamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Leeftijd

- Ketamine wordt het meest gebruikt door jongvolwassenen (18-29 jaar). Gebruik in het laatste jaar komt in andere leeftijdsgroepen bijna niet voor.
- Tussen 2016 en 2020 is het gebruik in deze jongere leeftijdsgroep verdubbeld, maar in 2022 is dit gestabiliseerd.
- De gemiddelde leeftijd van ketaminegebruikers is 27,9 jaar.
- In de LSM-A is aan de laatste-jaar-gebruikers van ketamine 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 20e en 26e levensjaar voor het eerst. De gemiddelde startleeftijd van alle gebruikers is 24,7 jaar, gemiddeld hoger dan die van ecstasy en cannabis.
- Lees meer over ketaminegebruik onder jongeren en jongvolwassen op deze pagina.

Ketaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2022.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer ketamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar.
Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Ooit	Laatste jaar
18 - 29 jaar	7,1	3,2
30-49 jaar	3,3	0,6
50 jaar en ouder	0,4	0,1

Opleidingsniveau

- Het gebruik van ketamine onder hoogopgeleiden ligt hoger dan onder middelbaar- en laagopgeleiden.
- Het laatste-jaar-gebruik onder hoogopgeleiden nam in 2020 toe, en stabiliseerde in 2022.

Ketaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Laagopgeleid	1,0	0,2
Middelbaar opgeleid	2,2	0,5
Hoogopgeleid	3,9	1,5

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer ketamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. 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. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Herkomst

- Het ooitgebruik van ketamine is het laagst onder Nederlanders met een niet-Europese herkomst. Nederlanders met een Europese herkomst en mensen uit Nederland hebben even vaak ervaring met het middel.
- Het laatste-jaar-gebruik is in alle herkomstgroepen gelijk.
- Sinds 2022 hanteert het CBS een nieuwe indeling naar herkomst (zie Bijlage A1). Om deze reden zijn er geen trendgegevens over het ketaminegebruik beschikbaar tussen 2015 en 2022.

Ketaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Nederlandse herkomst	2,7	0,9
Europese herkomst	3,7	1,0
Niet-Europese herkomst	1,5	0,6

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer ketamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst (cbs.nl)). Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Stedelijkheid

- Het gebruik in (zeer) sterk stedelijke gebieden is meer dan twee keer zo hoog als in matig- en niet stedelijke gebieden.
- In de (zeer) sterk stedelijke gebieden vond tussen 2016 en 2020 een stijging in het gebruik plaats. In 2022 is het gebruik niet verder toegenomen.

Ketaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
(Zeer) sterk stedelijk	3,6	1,2
Matig stedelijk	1,3	0,5
Weinig/niet stedelijk	1,3	0,3

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer ketamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen.

Regionale verschillen

Uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die wordt gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen bestaan in het gebruik van ketamine [1].

- Ketaminegebruik is onderzocht in 21 van de 26 GGD'en. Van de 21 GGD'en die hebben gevraagd naar het gebruik van ketamine, werden in 2022 de hoogste percentages ketaminegebruik in de afgelopen vier weken gevonden in GGD-regio Amsterdam (2,9%) en GGD-regio Utrecht (2,7%).
- Ketamine werd het minst gebruikt in de GGD-regio Noord- en Oost-Gelderland (0,7%) en GGD-regio Twente (0,8%).

Bronnen

1. GGD'en en RIVM. Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022 [Internet]. 2023. Available from: https://www.vzinfo.nl/drugsgebruik/regionaal/jongvolwassenen

14.2.3 Gebruikspatronen

In het kort: De meeste gebruikers van ketamine gebruiken het middel incidenteel, maar er is ook een groep die ten minste maandelijks ketamine gebruikt.

Gegevensbronnen

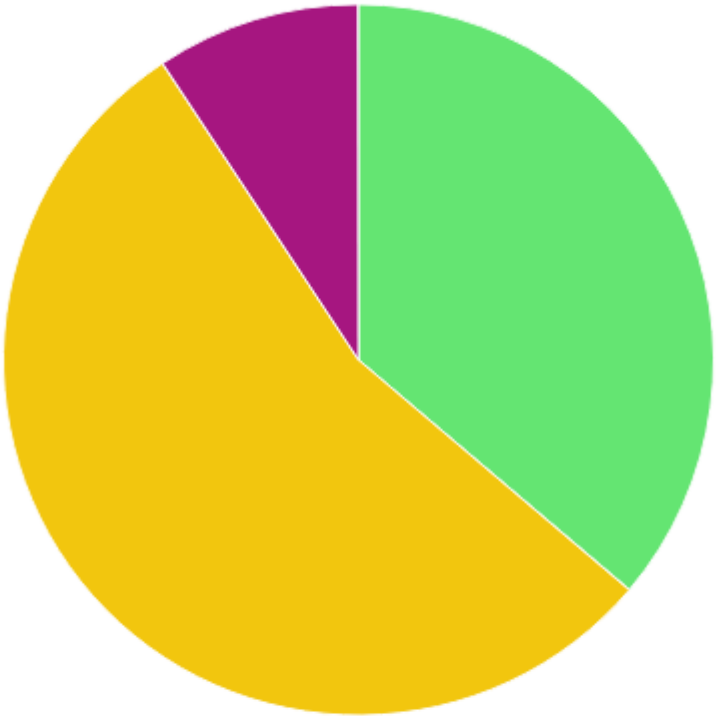
Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van ketamine in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A), uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De LSM-A is een onderzoek dat parallel loopt aan de Gezondheidsenquête en dieper ingaat op het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen.

In de LSM-A is gevraagd naar de mate van gebruik van ketamine. Omdat het hier om relatief kleine aantallen respondenten gaat moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Mate van gebruik

- Van de laatste-jaar-gebruikers van ketamine in 2022 gebruikte 36,2% het middel één keer in het afgelopen jaar. Een kleine meerderheid (54,5%) gebruikte ketamine een paar keer, maar minder dan maandelijks. Iets minder dan een tiende (9,3%) gebruikte ten minste maandelijks ketamine.

Frequentie[I] van ketaminegebruik onder laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder.
Peiljaar 2022.



Eén keer
Een paar keer maar minder dan maandelijks
Ten minste maandelijks

I. Frequentie: aantal keer in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

everviz.com

Gebruiksfrequentie	%
Eén keer	36,2
Een paar keer maar minder dan maandelijks	54,5
Ten minste maandelijks	9,3

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 nog niet onderzocht onder deze scholieren.

Er zijn wel gegevens beschikbaar over het gebruik van ketamine onder specifieke groepen jongeren en jongvolwassenen.

- Lees meer over ketaminegebruik onder studenten op deze pagina.
- Lees meer over ketaminegebruik onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen op deze pagina.
- Lees meer over ketaminegebruik in kwetsbare groepen jongeren op deze pagina.

14.3.2 Studenten

In het kort: Onder 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten gebruikte in 2021 2,6% ooit ketamine en 0,8% gebruikte ketamine in de laatste maand. Tussen 2017 en 2021 bleef het ooitgebruik van ketamine onder mbo- en hbo studenten gelijk. Onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder had in 2023 9% ervaring met ketamine en 5% gebruikte in het laatste jaar.

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 landelijke 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. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [3]. In 2023 heeft een nieuwe dataverzameling plaatsgevonden. Dit keer zijn alleen mbo-studenten meegenomen in het onderzoek. De resultaten van deze meting worden in 2024 gepubliceerd.

Daarnaast wordt sinds 2021 elke twee jaar grootschalig landelijk onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (hbo en wo). 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 2023 namen 32.000 studenten (≥16 jaar) deel, verdeeld over 24 onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs (13 hbo-instellingen en 11 universiteiten) verspreid over heel Nederland [6]. Met de tweede meting van de MMMS worden cijfers van de eerste meting (2021) geactualiseerd, vindt op onderdelen verdieping plaats ten opzichte van de eerste meting, en worden vergelijkingen gemaakt met de eerste meting.

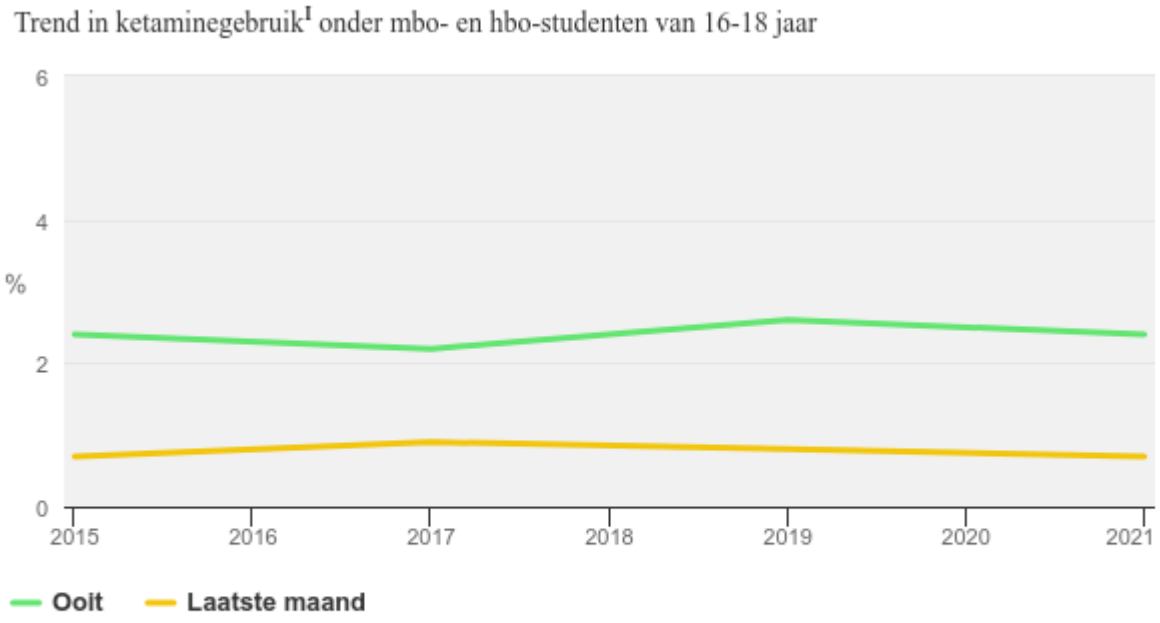
De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse mbo-scholen (bijlage B8) [7]. De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 mbo-studenten (≥16 jaar) van acht mbo-scholen in Amsterdam mee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

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet goed vergelijkbaar.

Studenten van het mbo en hbo

De Middelenmonitor mbo-hbo gaf voor het ketaminegebruik onder 16-18-jarige mbo-hbo studenten in 2021 het volgende beeld [1–3]:

- In 2021 had 2,6% van de mbo- en hbo-studenten ooit in het leven ketamine gebruikt. Het laatste-maand-gebruik lag op 0,8%.
- 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 dat van 2C-B (3,1%) en 3-MMC (2,3%).



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Middelenmonitor mbo–hbo

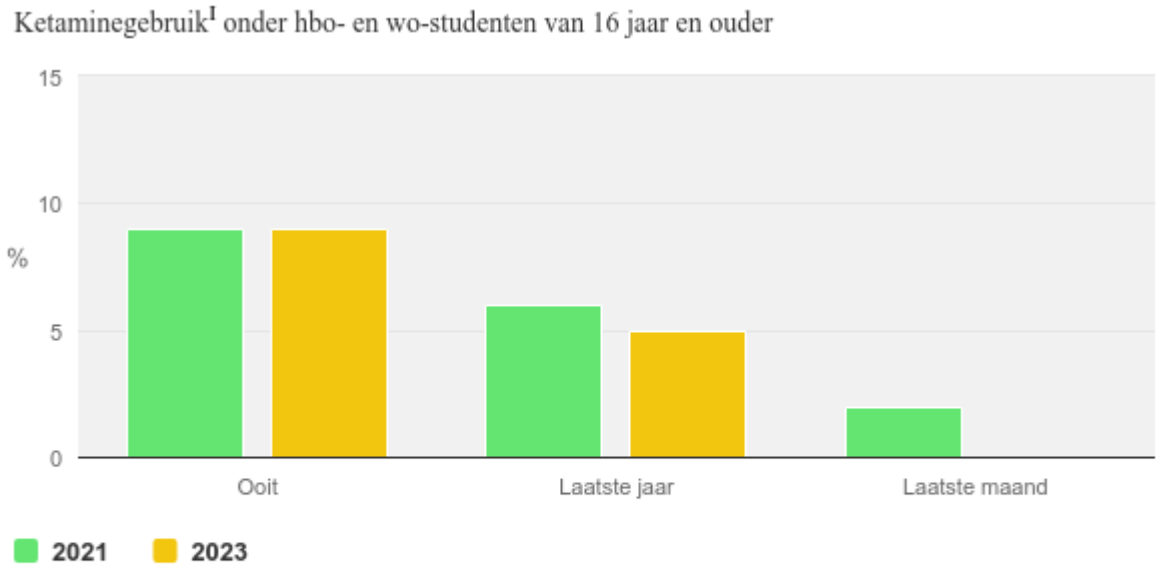
NDM

	Ooit	Laatste maand
2015	2,4	0,7
2017	2,2	0,9
2019	2,6	0,8
2021	2,4	0,7

Studenten van het hbo en de universiteit

Onderstaande resultaten zijn afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs [6]. Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen, zoals een laag responspercentage (6,5% in 2023) en onder-/oververtegenwoordiging van bepaalde groepen. Door weging is de data meer representatief gemaakt. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de resultaten vertekend zijn en daarmee niet representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland. De resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd. De Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs gaf voor het ketaminegebruik onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder in 2023 het volgende beeld:

- Eén op de elf (9%) studenten gebruikte ketamine ooit in het leven. Een kleiner deel (5%) gebruikte ketamine in het afgelopen jaar. Het gebruik in de laatste maand van ketamine is in 2023 niet uitgevraagd, in 2021 lag het laatste-maand-gebruik op 2%.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. In 2023 is het laatste–maand–gebruik van ketamine niet uitgevraagd. Bron: Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs

NDM

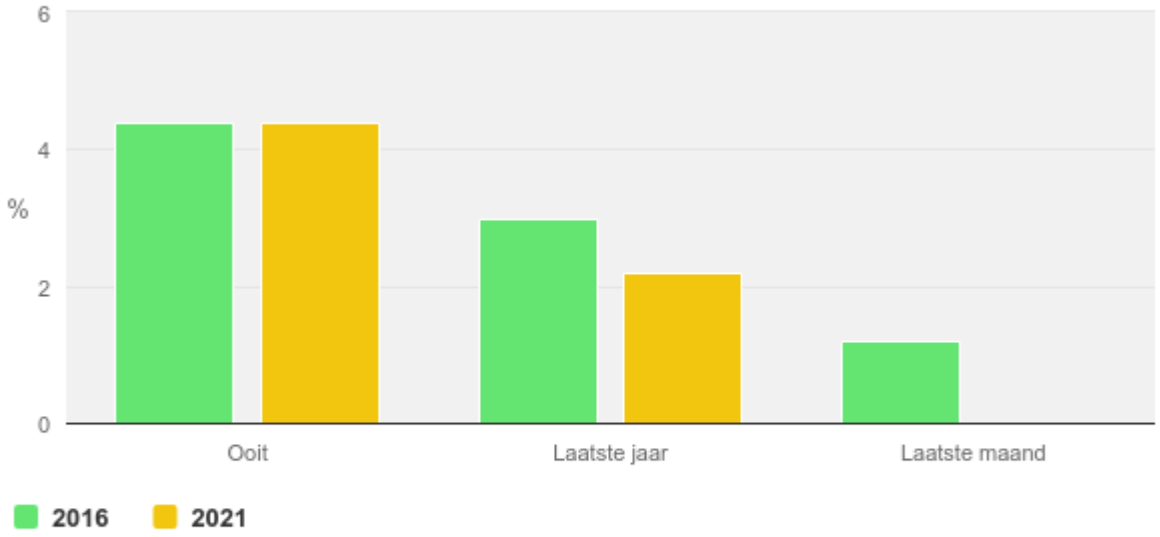
	2021	2023
Ooit	9	9
Laatste jaar	6	5
Laatste maand	2	

Mbo-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het ketaminegebruik van mbo-studenten uitgevraagd [7]. 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%.

Ketaminegebruik[I] onder mbo-studenten in Amsterdam van 16 jaar en ouder



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. In 2021 is het laatste-maand-gebruik van ketamine niet uitgevraagd. Bron: Monitor Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
Ooit	4,4	4,4
Laatste jaar	3	2,2
Laatste maand	1,2	

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. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.
7. 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: In 2023 had bijna een kwart (24,6%) van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen ketamine gebruikt, dat is iets meer dan in 2020 (22,1%). Voor de meeste uitgaanders is het gebruik incidenteel: minder dan maandelijks.

Gegevensbronnen

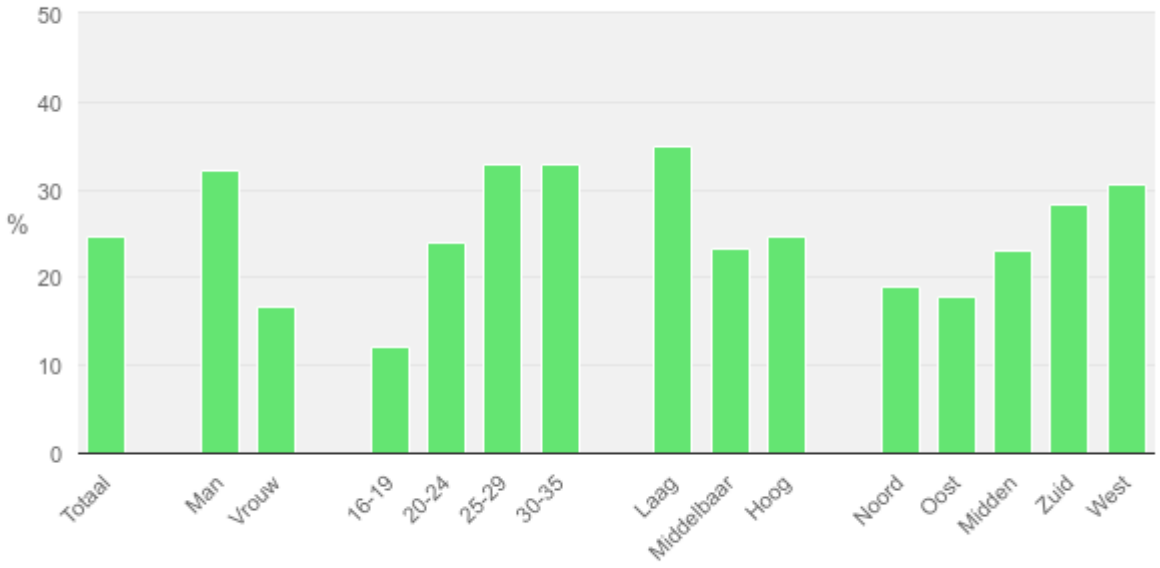
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over een eventuele toe- of afname van het gebruik van ketamine in het uitgaansleven (zie bijlage B2).

Uitgaanders in Nederland

Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- Ketamine is een relatief veelgebruikte drug onder uitgaanders. In 2023 had iets meer dan een derde (34,7%) ooit ketamine gebruikt. Een kwart (24,6%) gebruikte ketamine in het laatste jaar.
- Het laatste-jaar-gebruik van ketamine is in 2023 (24,6%) iets hoger dan in 2020 (22,1%). Deze trendgegevens moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd (zie Gegevensbronnen).
- Het laatste-jaar-gebruik van ketamine is onder de uitgaanders hoger dan onder leeftijdsgenoten (15-34 jaar) in de algemene bevolking (2,3%).
- Meer mannen (dan vrouwen) en laagopgeleiden (dan middelbaar en hoogopgeleiden) hebben in het laatste jaar ketamine gebruikt. In de jongste leeftijdscategorie (16 t/m 19 jaar) is het gebruik van ketamine relatief laag vergeleken met de oudere leeftijdsgroepen, ketamine wordt vooral door 25-35-jarigen gebruikt. In de regio West is het gebruik van ketamine relatief hoog.
- De meeste laatste-jaar-gebruikers gebruikten ketamine minder dan maandelijks (58,1%) of één keer (20,6%). Een kleinere groep gebruikte het eens (10,7%) of een paar keer (7,5%) per maand. De rest gebruikte het ten minste wekelijks (3,2%).

Ketaminegebruik[I] onder uitgaanders van 16-35 jaar, naar geslacht, leeftijd, opleiding en regio.
Peiljaar 2023



I. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

	Laatste jaar
Totaal	24,6
Man	32,2
Vrouw	16,7
16-19	12,1
20-24	24
25-29	32,8

	Laatste jaar
30-35	32,9
Laag	34,9
Middelbaar	23,2
Hoog	24,7
Noord	19
Oost	17,8
Midden	23,1
Zuid	28,2
West	30,5

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

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. 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.

In 2022 is 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 op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen van kwetsbare jongeren in diverse regio’s van Nederland [1,2]. 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 [3,4]. Daarnaast is in 2019 en 2021 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.

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 2022 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 in 2021 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.

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 met 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]. Meer informatie over de gezondheidsrisico's van ketamine is te vinden op deze pagina.
- Daarnaast lijkt ‘craving’ (hunkering/verlangen 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) 2023 rapporteerde 16% gewenning en 5% 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, 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 deze pagina.

Stoppen en minderen met ketamine

- Eén op de tien (10,7%) laatste-jaar-gebruikers van ketamine uit Het Grote Uitgaansonderzoek 2023 vindt dat hij of zij wel eens te veel of te vaak gebruikt. Het percentage laatste-jaar-gebruikers dat zou willen minderen (17,4%) ligt hoger dan het percentage laatste-jaar-gebruikers dat zou willen stoppen (15,5%). Frequente gebruikers (gebruikers die ten minste maandelijks gebruiken) van ketamine gaven vaker dan niet-frequente gebruikers van ketamine aan te willen minderen (respectievelijk 24,1% en 15,7%). Andersom zouden niet-frequente gebruikers (17,5%) van ketamine vaker dan frequente (7,9%) 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]. Lees meer over het gebruik van ketamine onder kwetsbare jongeren op deze pagina.
- 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 op deze pagina.

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. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.
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

In het kort: Ketaminegebruik komt in Europa relatief weinig voor. Er zijn wel signalen dat het gebruik van ketamine in sommige landen, subgroepen, of settingen meer mainstream of een voorkeursdrug ('drug of choice') is geworden.

Snel naar:

- Vergelijking tussen landen in Europa
- Verenigd Koninkrijk
- Verenigde Staten

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 en 2023 schattingen van het gebruik van ketamine in een aantal Europese landen gerapporteerd [1,2]. In de Verenigde Staten worden de gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking verzameld door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [3,4]. De cijfers uit het Verenigd Koninkrijk zijn afkomstig uit de British Crime Survey [5]. 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 Europa

- Het gebruik van ketamine komt in Europa relatief weinig voor. Ook het aantal cliënten dat in behandeling gaat voor problemen gerelateerd aan ketaminegebruik blijft over het algemeen laag. Er zijn wel signalen dat het gebruik van ketamine in sommige landen, subgroepen, of settingen meer mainstream is geworden [2], in Nederland bijvoorbeeld onder uitgaanders.
- Ook de relatief grote hoeveelheid ketamine die in de afgelopen jaren in beslag is genomen en is gerapporteerd aan het EU Early Warning System, wijst op een constante beschikbaarheid van ketamine op sommige nationale drugsmarkten. Dit suggereert dat ketamine in sommige settingen een voorkeursdrug ('drug of choice') kan zijn geworden [2].
- Recente schattingen van het gebruik van ketamine in het laatste jaar onder jongeren en jongvolwassenen (15-34 jaar) varieerden van 0,4% in Denemarken (2021, 16-34 jaar) tot 0,8% in Roemenië (2019) [1,2]. In Nederland ging het in 2021 om 2,3% van de 15-34-jarigen.
- Sinds 2018 worden in toenemende mate (vooral in Spanje) mengsels aangetroffen die worden verkocht als 'pink cocaine' of 'tucibi'. Deze mengsels bevatten vaak ketamine en andere drugs zoals amfetaminen of MDMA. Sommige gebruikers zijn zich mogelijk niet bewust van het feit dat ze ketamine gebruiken [2]. Bij het DIMS in Nederland werd dit mengsel ook voor het eerst in 2018 aangetroffen en daarna sporadisch onder een grote verscheidenheid aan namen: 2C,

pink lady, pink panther, pink, pink cocaine, tucci, tuci en tusi.

Verenigd Koninkrijk

- 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 [5].

Verenigde Staten

- In 2021 had in de Verenigde Staten 1,8% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit ketamine gebruikt [4]. In 2019 was dit 1,5% en in 2020 was dit 1,6% [3].

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
2. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
3. SAMHSA. 2020 NSDUH Detailed Tables [Internet]. 2021. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2020-nsduh-detailed-tables
4. SAMHSA. Results from the 2021 National Suvey on Drug Use and Health: Detailed Tables [Internet]. 2022. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-detailed-tables
5. Home-Office. 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

14.6 Hulpvraag en incidenten

14.6.1 Verslavingszorg

Gegevensbronnen

Ketamine kan leiden tot problematiek waarvoor een hulpvraag wordt gedaan in de verslavingszorg, maar dit aantal is gering. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) rapporteerde tot en met 2015 over de hulpvraag in de 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. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Begin 2023 is een tussenrapportage verschenen, waarin een voorlopig beeld werd geschetst van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. Hier werd geconstateerd dat de kwaliteit van de aanleveringen voor verbetering vatbaar was. Begin 2024 is een verbeterde versie van de Kerncijfers over de jaren 2017-2022 verschenen, waarin de eerdere cijfers zijn verrijkt met andere bronnen. Deze gegevens worden, na aanvullende analyses, 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’ waren in 2022 83 cliënten in behandeling voor primaire ketamineproblematiek, dat rapporteren zij op hun website. Dit is 1,2% van het totaal aantal cliënten dat bij deze instelling in 2022 in behandeling was (7.122 cliënten).

Bronnen

1. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2015. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg; 2016.

14.6.2 Incidenten

In het kort: Bij de MDI worden ketamine-intoxicaties doorgaans gemeld door EHBO-posten, maar steeds vaker ook door ziekenhuizen. Op EHBO's presenteerden de meeste ketaminepatiënten zich met lichte klachten (o.a. angst, pijn op de borst, misselijkheid en buikpijn). Vooral in hoge doseringen kan ketamine zorgen voor bewustzijnsverlies. Bij het NVIC is het aantal telefonische informatieverzoeken voor ketamine, na een opvallende toename in 2021, nauwelijks gestegen in 2022.

Snel naar:

- Drugsgerelateerde incidenten
- Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

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]. In 2022 droegen 18 diensten actief bij aan de registratie: drie ambulancediensten, zeven SEH-afdelingen en vijf afdelingen forensische geneeskunde. 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 hulpverleners over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen [2]. Het NVIC is onderdeel van de Divisie Vitale Functies van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en is telefonisch te raadplegen via de 24-uursinformatietelefoon. De meeste drugsgerelateerde telefonische informatieverzoeken hebben betrekking op een patiënt die in aanraking is gekomen met een middel: een blootstelling. Een blootstelling leidt niet per definitie tot vergiftigingsverschijnselen, het gaat dus om een mogelijke/potentiële vergiftiging. Naast de mogelijkheid om het NVIC telefonisch te raadplegen, kunnen hulpverleners via de website www.vergiftigingen.info/ toxicologische informatie opvragen voor bijvoorbeeld een risicoanalyse om de ernst van een blootstelling te berekenen, of om rechtstreeks stofmonografieën en therapieteksten te raadplegen (zonder uitvoering van een risicoanalyse). De website kan worden geraadpleegd bij een daadwerkelijke blootstelling van een patiënt, maar ook ter oriëntatie of bijscholing.

Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Drugsgerelateerde incidenten

In 2022 werden in totaal 6.411 drugsincidenten geregistreerd [1]. Het gebruik van ketamine werd bij 396 (6%) van de incidenten gemeld, waarvan 163 (41%) als enige gebruikte drug (monogebruik) met of zonder alcohol. Op EHBO-posten steeg tussen 2009 en 2019 het aantal incidenten met ketamine (mono- en mengintoxicaties) sterk, van 2% naar 10%. Na een kleine dip in de coronajaren 2020 (8%) en 2021 (7%), steeg het aandeel in 2022 weer naar 9%. Sinds 2021 is er een sterke toename aan ketamine-intoxicaties (mono- en mengintoxicaties) op de SEH: in de periode 2018-2020 ging het om ongeveer 1% van de incidenten, tegenover 5% in 2021 en 7% in 2022. Deze incidenten deden zich in de helft van de gevallen voor in de thuissetting en in 17% in de openbare ruimte (straat of park). Daarnaast werden er in 2022 ook relatief meer incidenten met ketamine gezien bij de ambulancediensten. Dit zou volgens de MDI kunnen duiden op een toename in ketaminegebruik in de thuissetting.

- In 2022 werd 20% van de 163 geregistreerde incidenten met ketamine als enige gebruikte drug (met of zonder alcohol) gemeld door ambulancediensten, 14% door SEH-MDI-ziekenhuizen, 4% door forensisch artsen en 62% door EHBO’s. Er werden geen incidenten met ketamine gemeld door SEH-LIS-ziekenhuizen.
- De meest voorkomende klachten bij patiënten die onder invloed zijn van ketamine (zonder andere drugs) zijn: verhoogde bloeddruk (36%), bewusteloosheid/niet aanspreekbaar (34%), versnelde hartslag (34%) en braken/misselijkheid (32%). Daarnaast waren patiënten relatief vaak verminderd aanspreekbaar (23%) en verward (24%) en hadden zij last van malaise (22%).
- Patiënten met een ketamine-intoxicatie zijn iets jonger dan gemiddeld. De mediane leeftijd van patiënten met een ketamine-intoxicatie bedroeg in 2022 26 jaar. Ter vergelijking: de mediane leeftijd van de gemiddelde patiënt die werd gezien voor een drugsintoxicatie bedroeg 28 jaar in 2022.
- 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. Op EHBO’s op feesten en festivals waren mono-intoxicaties met ketamine voornamelijk licht van aard (66% tussen 2018 en 2022). Deze incidenten gaan vaak gepaard met angst, pijn op de borst, misselijkheid en buikpijn. Bij ambulancediensten was een derde van de ketamine-patiënten ernstig onder invloed, in ziekenhuizen 74%. Vanwege bewusteloosheid, hevige agitatie, psychose of insulten is met deze patiënten vaak geen contact te maken.
- Ketamine wordt relatief vaak gecombineerd met andere drugs en alcohol.
    - Sinds 2018 zijn drie op de vijf geregistreerde intoxicaties met ketamine mengintoxicaties. Veelvoorkomende combinaties met andere drugs zijn: ecstasy, cocaïne, amfetamine en/of GHB.
    - Sinds 2018 wordt bij bijna de helft van de ketamine-incidenten (mono- en mengintoxicaties) combinatiegebruik met alcohol gemeld. Combinatiegebruik van ketamine en alcohol verhoogt het risico op een ernstigere intoxicatie.

Incidenten met ketamine als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2022

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Forensisch artsen	EHBO
Aantal incidenten	33	23	0	6	101
% van het totaal aantal drugsincidenten met ketamine (n=163)	20%	14%	-	4%	62%
% van het totaal aantal drugsincidenten binnen de dienst	4%	2%	-	1%	4%
Man*	91%	78%	-	83%	74%
Leeftijd: <25 jaar*	33%	48%	-	17%	35%
Ook alcohol gebruikt*	55%	52%	-	100%	30%
Mate van intoxicatie*					
Licht	24%	9%	-	75%	58%
Matig	12%	13%	-	25%	30%
Ernstig	64%	78%	-	0%	12%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. Mate van intoxicatie: Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. 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

Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [2]. De hieronder genoemde gegevens betreffen enkel informatieverzoeken, dit geeft geen informatie over het daadwerkelijke aantal ketamineblootstellingen of -vergiftigingen. Ook de mate waarin de

hulpverleners kennis hebben (opgebouwd) over het middel zal van invloed zijn op het aantal informatieverzoeken. Bij het interpreteren van trendgegevens moet hier rekening mee worden gehouden. Daarnaast bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute vergiftigingen.

- Ketamine stond in 2022 op plek 6 van de drugs (exclusief NPS) met het hoogste aantal telefonische informatieverzoeken en het hoogste aantal online raadplegingen.
- Het aantal telefonische informatieverzoeken voor ketamine bij personen van 13 jaar en ouder was 79 in 2022. Daarmee is het aantal vergiftigingen met ketamine, na een opvallende toename in 2021, nauwelijks gestegen in 2022.
- Voor ketamine werden in 2022 353 online raadplegingen uitgevoerd via www.vergiftigingen.info.
- De meeste informatieverzoeken betroffen mengintoxicaties met alcohol en/of andere drugs. Dit vergroot de kans op ernstige klachten.
- Langdurig gebruik van ketamine kan leiden tot urinewegproblemen (zoals is beschreven op deze pagina). In 2022 heeft het NVIC ten minste 3 meldingen (1 in 2021) ontvangen van patiënten met mogelijke blaasproblemen bij een ketamineverslaving.

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor Drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Trimbos-insituut en VeiligheidNL; 2024.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2022: NVIC Rapport 01/2023. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2023.

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.
- Lees meer over ketamine-gerelateerde gezondheidsincidenten op deze pagina.

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 2023 gaf bijna een op de vijf (19,3%) laatste-jaar-gebruikers van ketamine aan blaasproblemen te ervaren als gevolg van gebruik; 15,2% ervaart dit soms en 4,1% ervaart dit vaak [7]. 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]. Lees meer over problematisch ketaminegebruik op deze pagina.

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 CH, Teoh JYC, Lai PT, Leung VYF, Chu WCW, Lee WM, 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. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.
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.

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: Het aandeel bij testlocaties aangeboden ketaminemonsters schommelt de afgelopen tien jaar tussen de 2% en 5%. In het absolute aantal ingeleverde monsters was tot 2019 sprake van een stijging, maar die heeft zich daarna niet doorgezet. De concentratie ketamine in ketamine-poeders is al jaren stabiel. Het percentage ketaminemonsters dat ketamine bevat is de afgelopen tien jaar gestegen tot een percentage rond de 90%. Een vervuiling die vanaf 2019 wat vaker voorkomt is levamisol.

Snel naar:

- Ketaminemonsters bij het DIMS
- Samenstelling van ketaminemonsters

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).

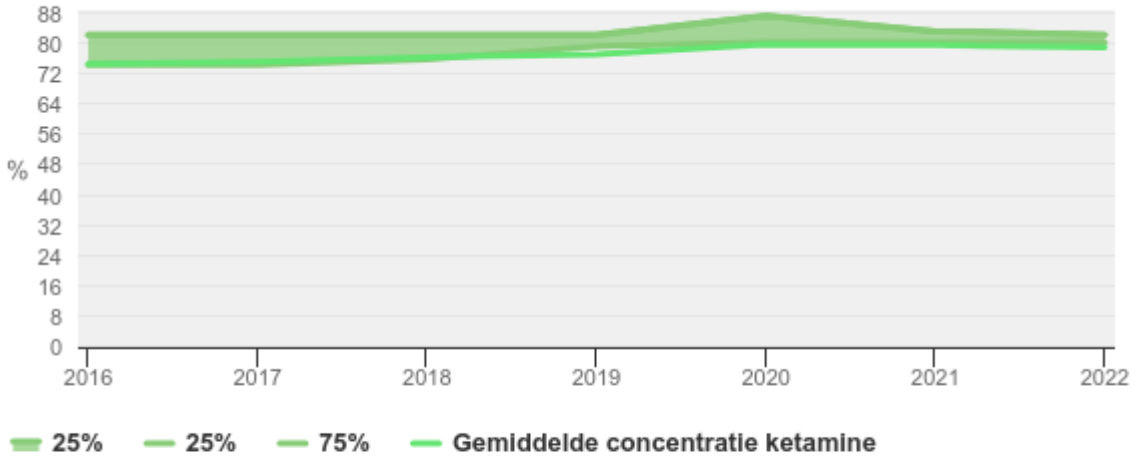
Ketaminemonsters bij het DIMS

- In 2022 was 2,7% van het totaal aantal monsters bij het DIMS aangekocht als ketamine.
- 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 iets afgenomen. Deze daling zette door in 2022.

Samenstelling van ketaminemonsters

- In 2022 bevatte 87,8% van de als ketamine verkochte monsters daadwerkelijk de stof ketamine.
- De gemiddelde concentratie ketamine was 78,7%. Omdat ketamine altijd in de verbinding ketaminehydrochloride voorkomt, is het maximale volumepercentage van het ketaminedeel 87%. De rest van het poeder wordt dan ingenomen door de hydrochloride-groep (HCl).

Trend in de gemiddelde concentratie ketamine in ketaminepoeders en ketamineconcentratie waarbinnen de helft van de ketaminepoeders valt (25-75%)



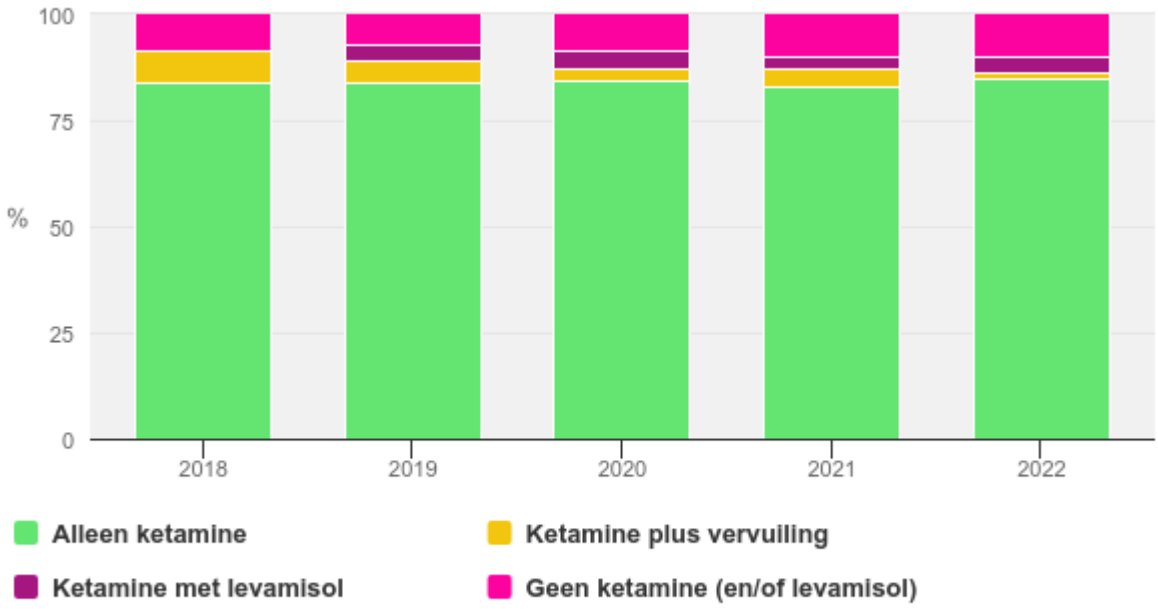
De verticale as van deze figuur loopt tot 87%, dat is het maximale volumepercentage van cocaïne-HCl is. De gemiddelde concentratie van ketamine ligt iets onder de range waarbinnen de (middelste) helft van de ketaminepoeders valt. Deze range ligt tussen 80% en 82%. Dit betekent dat er een aantal ketaminepoeders een zeer lage concentratie ketamine bevatte, waardoor het gemiddelde lager uitkwam. Bron: DIMS, Trimbos-instituut

NDM

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
2021	79,3	80	83
2022	78,7	80	82

- Het percentage aangeleverde ketamine dat ook daadwerkelijk ketamine bevat is stabiel hoog sinds 2018 (rond de 90%), 87,8% in 2022.
- Vervuilingen kunnen alleen getest worden wanneer een ketaminemonster in het laboratorium wordt onderzocht. Een vervuiling die vanaf 2019 wat vaker voorkomt is levamisol, een versnijdingsmiddel bekend van de cocaïnemarkt (lees meer over de cocaïnemarkt op deze pagina). Sinds 2018 is het aantal ketaminepoeders dat levamisol bevat gestegen gestegen tot 3,8% in 2022. De poeders bevatten dan ook direct een hoge concentratie levamisol: 44,5%. Ter vergelijking: 26,4% van de cocaïnepoeders bevatte levamisol, met een gemiddelde concentratie van 11,0%. Vanaf 10% levamisol raadt het DIMS gebruik af vanwege de negatieve effecten van levamisol zoals de ondermijning van het immuunsysteem.
- Naast levamisol zijn de meest voorkomende vervuilingen in ketamine: 2-fluor-deschloorketamine, 3-MMC, cocaïne en deschloorketamine (allemaal 5,7%).

Vervuilingen in ketaminepoeders met speciale aandacht voor levamisol



Bron: DIMS, Trimbos–instituut

NDM

	Alleen ketamine	Ketamine plus vervuiling	Ketamine met levamisol	Geen ketamine (en/of levamisol)
2018	84,0	7,4	0,2	8,4
2019	84,1	5,2	3,6	7,0
2020	84,6	2,8	4,0	8,5

	Alleen ketamine	Ketamine plus vervuiling	Ketamine met levamisol	Geen ketamine (en/of levamisol)
2021	83,1	4,3	2,9	9,7
2022	84,8	1,3	3,8	10,1

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.

14.8.2 Prijs

In het kort: In 2022 kostte een gram ketamine gemiddeld 25,- euro. De gemiddelde prijs voor een gram ketamine lag in de afgelopen 10 jaar ongeveer op dit niveau.

Gegevensbronnen

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) geeft een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een gram ketamine.

- De gemiddelde prijs van ketamine per gram poeder is in 2022 25,- euro [1]. De helft van de ketaminepoeders kostte tussen de 20 en 30 euro.
- De gemiddelde prijs voor een gram ketaminepoeder lag tussen 2013 en 2022 op ongeveer hetzelfde niveau.

Prijs (€) per gram ketamine op consumentenniveau

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal monsters (n)	244	243	361	306	441	428	720	430	423	491
Gemiddelde (€)	23,10	23,80	37,10	26,30	25,30	24,30	24,90	23,80	23,80	25,00
Interkwartiel (€)[l]	20-25	20-30	20-30	20-30	20-30	20-30	20-30	20-30	20-30	20-30

l. 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.

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.



ADHD-medicatie

15.0 Laatste feiten en trends

Volwassenen

ADHD-medicijngebruik in het laatste jaar (2022)



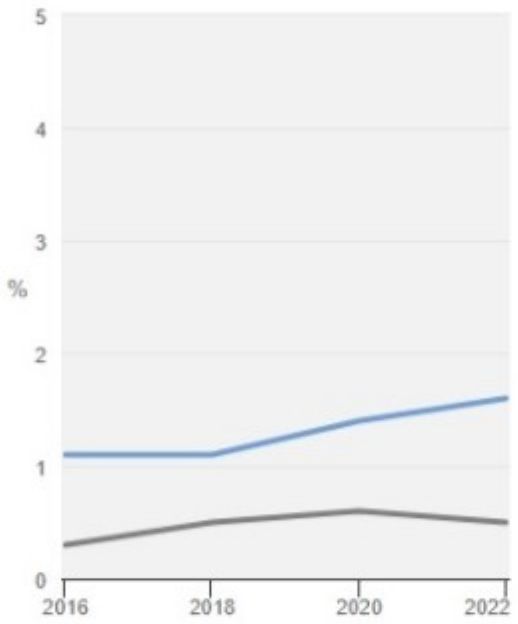
1,6% met/zonder recept
0,5% (ook) zonder recept



1,3% met/zonder recept
0,4% (ook) zonder recept

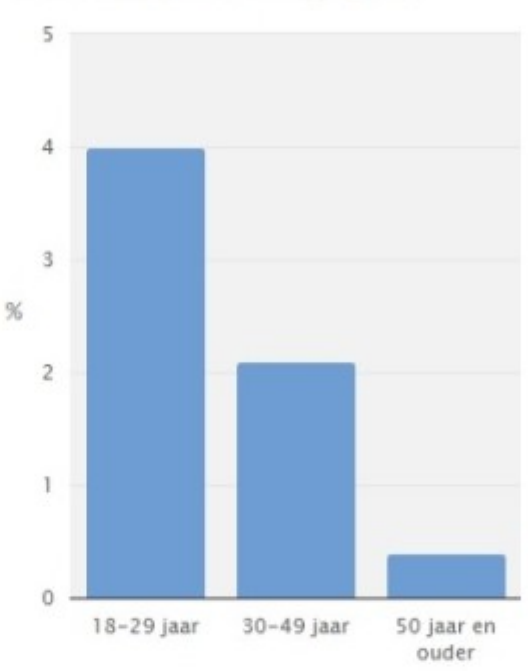


1,9% met/zonder recept
0,5% (ook) zonder recept



Gebruik van ADHD-medicijnen (ook) zonder recept is onderdeel van het gebruik van ADHD-medicijnen in het algemeen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM



Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

NDM

- In 2022 heeft 1,6% van de Nederlandse volwassenen in het laatste jaar ADHD-medicijnen gebruikt, met en zonder recept. Dat zijn 220.000 mensen. Van hen gebruikte 150.000 mensen (1,1%) (ook) zonder recept.
- Het laatste-jaar-gebruik lag in 2022 op hetzelfde niveau als in 2020. Vergeleken met 2016 en 2018 lag het laatste-jaar-gebruik hoger in 2022. Het gebruik (ook) zonder recept in de algemene bevolking verschilde in 2022 niet van voorgaande jaren.
- Het gebruik van ADHD-medicijnen is het hoogst onder jongvolwassenen.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs	Hbo-wo-studenten	Uitgaanders
15-16 jaar	≥16 jaar	16-35 jaar
ooit (2019)	laatste jaar (2023)	laatste jaar (2023)



2,4% zonder recept



3% zonder recept



6,6% zonder recept

- Oneigenlijk gebruik van ADHD-medicijnen komt met name voor onder scholieren en studenten met als doel de concentratie en leerprestaties te verbeteren.
- Het gebruik van ADHD-medicijnen zonder doktersrecept onder 15- en 16-jarige scholieren van het voortgezet onderwijs ligt sinds 2007 op hetzelfde niveau.
- In 2023 had ongeveer 3% van studenten van 16 jaar en ouder van het hbo en de universiteit in het afgelopen jaar concentratieverhogende middelen (zoals Ritalin, Concerta of Modafinil) zonder doktersrecept gebruikt. Vergeleken met de eerste meting in 2021 is het gebruik zonder recept niet veranderd. In 2021 rapporteerde 1,4% van de mbo-studenten van 16 jaar en ouder in Amsterdam in het afgelopen jaar ADHD-medicijnen zoals Ritalin of Concerta (ook) zonder recept te hebben gebruikt.
- Het blijkt dat ADHD-middelen worden gebruikt door jongeren en jongvolwassenen die uitgaan. Echter worden ADHD-middelen (als het gaat om niet medische doeleinden) vooral gebruikt als 'prestatieverhogend' middel voor studie of werk en in mindere mate als 'recreatieve' uitgaansdrug.
- 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 meestal op voorschrift van een arts.

15.1 Over ADHD-medicatie

Het meest bekende medicijn bij de behandeling van ADHD is Ritalin™. Het medicijn wordt door artsen voorgeschreven aan kinderen en jongeren met ADHD. De werkzame stof in Ritalin is methylfenidaat. Andere medicijnen met als werkzame stof methylfenidaat zijn bijvoorbeeld Concerta™ en Equasym™. Methylfenidaat staat op Lijst 1 van de Opiumwet. Sinds eind 2017 mag methylfenidaat ook worden voorgeschreven aan volwassenen onder de merknaam Medikinet™. Ritalin is het medicijn dat bij de behandeling van 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.

Indien het medicijn methylfenidaat niet voldoende verbetering oplevert of vervelende bijwerkingen geeft, kan ook het medicijn dexamfetamine worden voorgeschreven aan kinderen en jongeren met ADHD [1]. Medicijnen met als werkzame stof dexamfetamine zijn Amfexa™ en Tentin™ . Deze middelen worden ook voorgeschreven aan volwassenen met ADHD [2]. Net als methylfenidaat staat ook dexamfetamine op Lijst 1 van de Opiumwet.

ADHD-medicijnen zoals methylfenidaat en dexamfetamine worden ook oneigenlijk gebruikt, dus zonder voorschrift van een arts. Dit oneigenlijk gebruik brengt gezondheidsrisico's met zich mee. Oneigenlijk gebruik komt met name voor onder studenten met als doel de concentratie en leerprestaties te verbeteren. Onderzoek naar oneigenlijk gebruik is in Nederland nog beperkt.

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” [3].

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. Onderzoekers denken dat methylfenidaat ervoor zorgt dat de neurotransmitters dopamine en noradrenaline langer actief blijven in de hersenen, waardoor de symptomen van ADHD verminderen [2]. De stof dexamfetamine zou daarnaast de afgifte van deze neurotransmitters bevorderen.

Bronnen

1. Zorginstituut-Nederland. Dexamfetamine [Internet]. Farmacotherapeutisch Kompas. Available from: https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/d/dexamfetamine
2. Richtlijn ADHD bij volwassenen [Internet]. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2015. Available from:

https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/adhd_bij_volwassenen/adhd_bij_volwassenen_-_startpagina.html
3. 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.

15.2 Gebruik: volwassenen

15.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: In 2022 had 1,6% van de volwassenen in het laatste jaar ADHD-medicijnen gebruikt. Ruim een kwart (28,7%) van de laatste-jaar-gebruikers nam ADHD-medicijnen (ook) zonder recept, dit is 0,5% van de volwassen bevolking. Het gebruik (ook) zonder recept (laatste-jaar en laatste-maand) in de algemene bevolking verschilde in 2022 niet van voorgaande jaren.

Snel naar:

- Kerncijfers 2022
- 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 tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A), 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).

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.

Kerncijfers 2022

- In 2022 had ongeveer een op de 25 volwassenen (4,1%) ooit in het leven ADHD-medicijnen gebruikt. Dat komt neer op 570 duizend volwassenen.
- Ongeveer een op de 60 volwassenen (1,6%) gebruikte in het afgelopen jaar ADHD-medicijnen. Dat komt neer op 220 duizend volwassenen.
- Ongeveer een op de 100 volwassenen (1,1%) gebruikte in de afgelopen maand ADHD-medicijnen. Dat komt neer op 150 duizend volwassenen.
- Van de volwassenen die in het afgelopen jaar ADHD-medicijnen gebruikten, deed 28,7% dat (ook) zonder recept. Dat is 0,5% van de volwassen bevolking en komt neer op 60 duizend volwassenen.
- Van de volwassenen die in de afgelopen maand ADHD-medicijnen gebruikten, deed 17,9% dat (ook) zonder recept.

Gebruik[I] ADHD-medicijnen en (ook) zonder recept onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

	Totaal (%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Gebruik ADHD-medicijnen			
Ooit	4,1	570.000	510.000-620.000
Laatste jaar	1,6	220.000	180.000-250.000
Laatste maand	1,1	150.000	120.000-180.000
Gebruik ADHD-medicijnen (ook) zonder recept			
Laatste jaar	0,5	60.000	40.000-80.000
Laatste maand	0,2	30.000	20.000-40.000

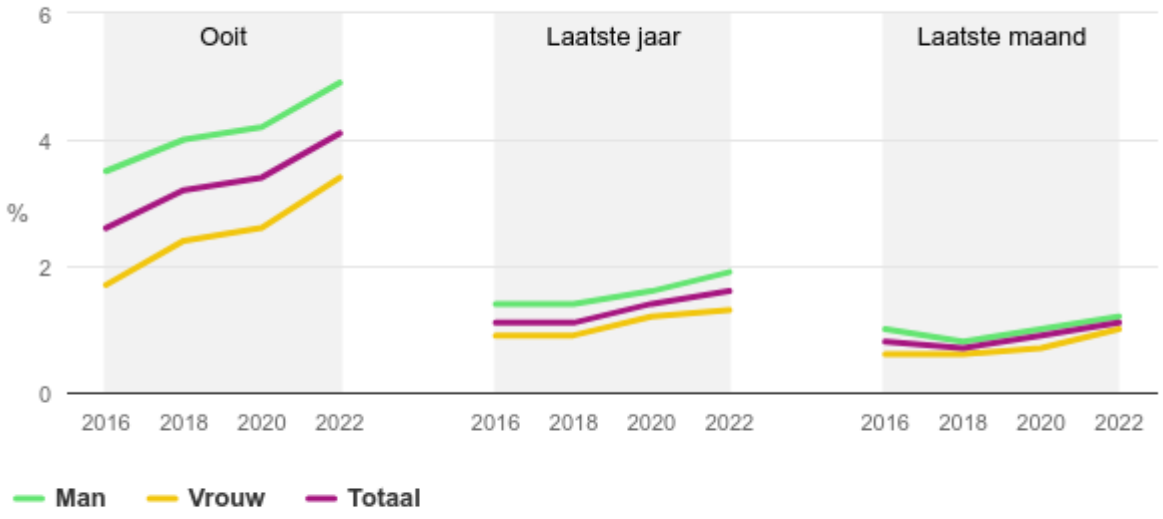
I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ADHD-medicijnen en (ook) zonder recept gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

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 ooitgebruik van ADHD-medicatie steeg tussen 2020 en 2022 van 3,4% naar 4,1%.
- Het laatste-jaar-gebruik lag in 2022 (1,6%) op hetzelfde niveau als in 2020 (1,4%). Vergeleken met 2016 (1,1%) en 2018 (1,1%) lag het laatste-jaar-gebruik hoger in 2022 (1,6%). Hetzelfde patroon geldt voor het laatste-maand-gebruik, zie figuur hieronder.
- Het gebruik (ook) zonder recept (laatste-jaar en laatste-maand) in de algemene bevolking verschilde in 2022 niet van voorgaande jaren.

Trend in gebruik[I] van ADHD-medicijnen onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ADHD-medicijnen gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Man	Vrouw	Totaal
2016	3,5	1,7	2,6
2018	4,0	2,4	3,2
2020	4,2	2,6	3,4
2022	4,9	3,4	4,1
2016	1,4	0,9	1,1
2018	1,4	0,9	1,1
2020	1,6	1,2	1,4

	Man	Vrouw	Totaal
2022	1,9	1,3	1,6
2016	1,0	0,6	0,8
2018	0,8	0,6	0,7
2020	1,0	0,7	0,9
2022	1,2	1,0	1,1

15.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Het gebruik van ADHD-medicijnen komt meer voor onder mannen, 18-29-jarigen en hoog- en middelbaar opgeleiden.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Herkomst
- Stedelijkheid
- Werkenden
- Regionale verschillen

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van ADHD-medicijnen in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A), 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).

De cijfers over het gebruik van ADHD-medicijnen (met of zonder recept) kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid. Het aantal gebruikers van ADHD-medicijnen (ook) zonder recept is in deze steekproef te laag om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken.

Naast de gegevens uit de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor zijn er ook landelijke gegevens over ADHD-gebruik zonder recept beschikbaar uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor jongvolwassen 2022 [1]. Deze cijfers zijn door de verschillende vraagstelling en leeftijdsgroep niet vergelijkbaar met de cijfers uit de Gezondheidsenquête of de Leefstijlmonitor maar geven wel een beeld van regionale verschillen in het gebruik van ADHD-medicijnen zonder recept onder 16-25-jarigen. Deze gegevens zijn toegevoegd aan het onderdeel over regionale verschillen op deze pagina.

Geslacht

Het ooitgebruik en laatste-jaar-gebruik van ADHD-medicijnen is in 2022 hoger onder mannen dan onder vrouwen. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen in het laatste-maand-gebruik.

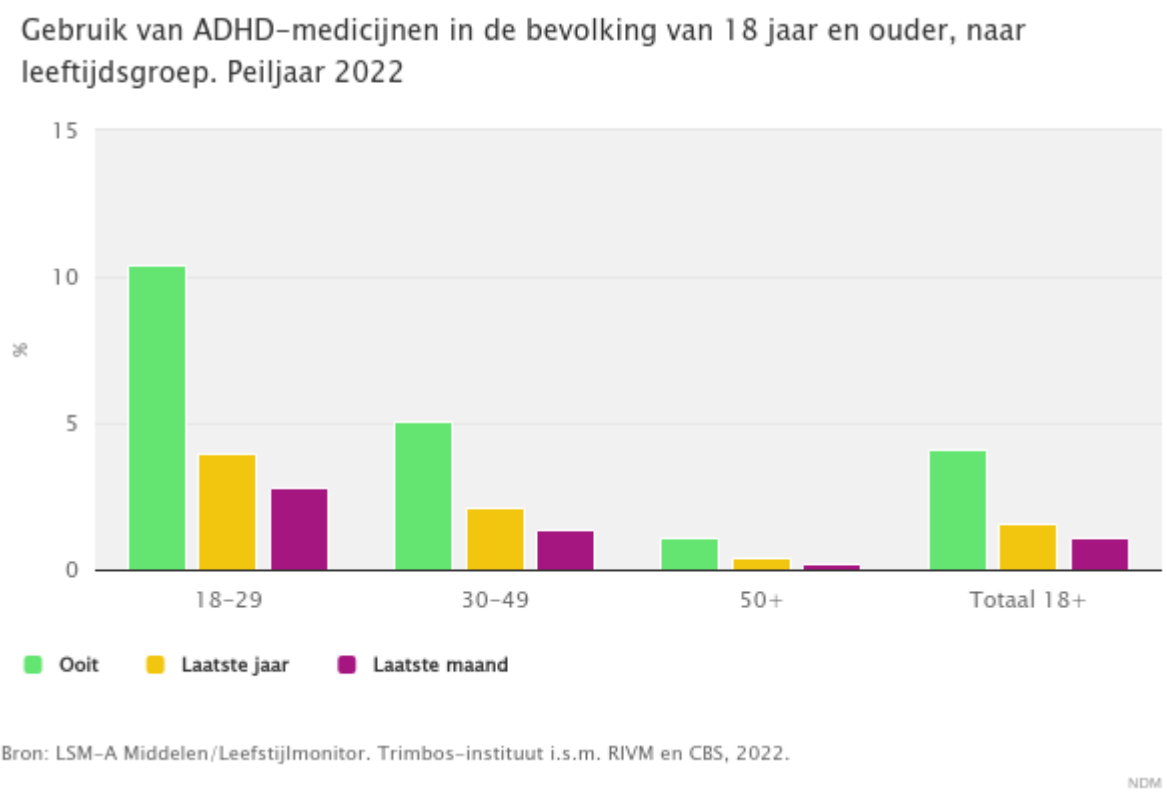
Gebruik[I] van ADHD-medicijnen onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Man	4,9	1,9	1,2
Vrouw	3,4	1,3	1,0

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ADHD-medicijnen gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Leeftijd

- Het gebruik van ADHD-medicijnen is in 2022 het hoogst onder 18-29-jarigen en het laagst onder 50+'ers. Dit geldt voor het ooit-, het laatste-jaar- en het laatste-maand-gebruik.
- Lees meer over het gebruik van ADHD-medicijnen onder jongeren en jongvolwassen op deze pagina.



	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
18-29	10,4	4,0	2,8
30-49	5,1	2,1	1,4
50+	1,1	0,4	0,2
Totaal 18+	4,1	1,6	1,1

Opleidingsniveau

Het gebruik van ADHD-medicijnen is in 2022 hoger onder hoog- en middelbaar opgeleiden dan onder laagopgeleiden. Dit geldt voor het ooit-, het laatste-jaar- en het laatste-maand-gebruik.

Gebruik[I] van ADHD-medicijnen onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Laagopgeleid	2,0	0,5	0,4
Middelbaar opgeleid	4,6	1,8	1,1
Hoogopgeleid	4,9	2,1	1,4

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ADHD-medicijnen gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. II. 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. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Herkomst

Het gebruik van ADHD-medicijnen verschilt in 2022 niet tussen mensen met een verschillende

herkomst.

Gebruik[I] van ADHD-medicijnen onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Nederlandse herkomst	4,2	1,6	1,2
Europese herkomst	3,9	1,8	1,2
Niet-Europese herkomst	4,0	1,4	0,7

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ADHD-medicijnen gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst (cbs.nl)). Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Stedelijkheid

Het ooitgebruik van ADHD-medicijnen is in 2022 hoger onder mensen uit (zeer) sterk stedelijke gebieden (4,7%) en matig stedelijke gebieden (4,2%) dan onder mensen uit weinig/niet stedelijke gebieden (2,9%). Het laatste-jaar en laatste-maand-gebruik verschilt niet tussen deze groepen.

Gebruik[I] van ADHD-medicijnen onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
(Zeer) sterk stedelijk	4,7	1,7	1,1
Matig stedelijk	4,2	1,6	0,9
Weinig/niet stedelijk	2,9	1,2	1,1

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ADHD-medicijnen gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Werkenden

In 2023 heeft het Trimbos-instituut voor het eerst gegevens gepubliceerd over het middelengebruik onder werkenden versus niet-werkenden [2]. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt van de LSM-A van het peiljaar 2022.

Er is geen verschil in het laatste-jaar-gebruik van ADHD-medicatie onder werkenden en niet-werkenden.

Gebruik van ADHD–medicatie onder werkenden en niet–werkenden. Peiljaar 2022

	Laatste jaar (%)
Werkenden	1,8
Niet–werkenden	2,1

LSM–A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos–instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2022.

Regionale verschillen

Uit de GGD Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen blijkt dat er regionale verschillen bestaan in het gebruik van ADHD-medicijnen zonder recept onder 16-25-jarigen [1].

- Er bestaan verschillen tussen de GGD-regio's. In 2022 had in de GGD-regio Hart voor Brabant en de GGD-regio Twente 0,6% van de 16-25-jarigen in de afgelopen vier weken ADHD-medicijnen zonder recept gebruikt, in de GGD-regio Groningen lag dit percentage bijna vier keer zo hoog (2,2%).

1. GGD'en en RIVM. Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022 [Internet]. 2023. Available from: https://www.vzinfo.nl/drugsgebruik/regionaal/jongvolwassenen
2. Tuithof M, Blokland M, Sannen M. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Utrecht: Trimbos-instituut;

15.2.3 Verstrekkingen van ADHD-medicijnen bij de apotheek

Gegevens over het gebruik van ADHD medicijnen zoals methylfenidaat en dexamfetamine zijn afkomstig van het aantal medische voorschriften voor deze middelen, gerapporteerd door de Stichting Farmaceutische Kengetallen [1]. Apotheken verstrekten in 2021 ADHD-medicijnen aan 238.000 personen in de leeftijd van 6 tot 50 jaar. Dat is een stijging van 6,2% ten opzichte van 2020.

- Het middel methylfenidaat werd in 2021 verstrekt aan 197.000 personen, een toename van 4,3% ten opzichte van 2020.
- Vanaf 2015 is er een daling in voorschriften bij jongeren. In 2021 zet de daling zich voort. Het aantal gebruikers tot 18 jaar van methylfenidaat daalde met 1800 naar 85.000, een afname van 2,0% ten opzichte van 2020. Opvallend is dat vanaf 2020 het aantal gebruikers in de leeftijdscategorie 18 tot 50 jaar hoger is dan het aantal gebruikers jonger dan 18 jaar.
- Binnen de medicamenteuze behandeling van ADHD heeft ook dexamfetamine een plaats. In 2019 werd dexamfetamine verstrekt aan 45.000 gebruikers, een toename van 17% ten opzichte van het jaar daarvoor.

Bronnen

1. Farmaceutische Kerngetallen S. Groei volwassen gebruikers methylfenidaat zet door. Vol. 157, Pharmaceutisch Weekblad. 2022.

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 van ADHD-medicijnen [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 ADHD-medicijnen 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 ADHD-medicijnen 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). Voor het gebruik met een doktersrecept zijn er wel verschillen: jongens (8,3%) krijgen vaker ADHD-medicijnen 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%).

Ooitgebruik van ADHD-medicijnen onder 15- en 16-jarige scholieren

	2007	2011	2015	2019
ADHD-medicijnen zonder recept	3,0	3,1	3,2	2,4
ADHD-medicijnen met recept	4,1	5,8	7,4	6,2

Bron: ESPAD-onderzoek Nederland, Trimbos-instituut.

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 2023 had ongeveer 3% van studenten van 16 jaar en ouder van het hbo en de universiteit in het afgelopen jaar concentratieverhogende middelen (zoals Ritalin, Concerta of Modafinil) zonder doktersrecept gebruikt. Vergeleken met de eerste meting in 2021 is het gebruik zonder recept niet veranderd. In 2021 rapporteerde 1,4% van de mbo-studenten van 16 jaar en ouder in Amsterdam 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 landelijke Middelenmonitor mbo-hbo [1–4]. In deze monitor is echter niet het gebruik van ADHD-medicijnen onderzocht.

Wel wordt sinds 2021 elke twee jaar grootschalig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (hbo en wo). Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) 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 2023 namen 32.000 studenten (≥16 jaar) deel, verdeeld over 24 onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs (13 hbo-instellingen en 11 universiteiten) verspreid over heel Nederland [7]. Met de tweede meting van de MMMS worden cijfers van de eerste meting (2021) geactualiseerd, vindt op onderdelen verdieping plaats ten opzichte van de eerste meting, en worden vergelijkingen gemaakt met de eerste meting.

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 [8].

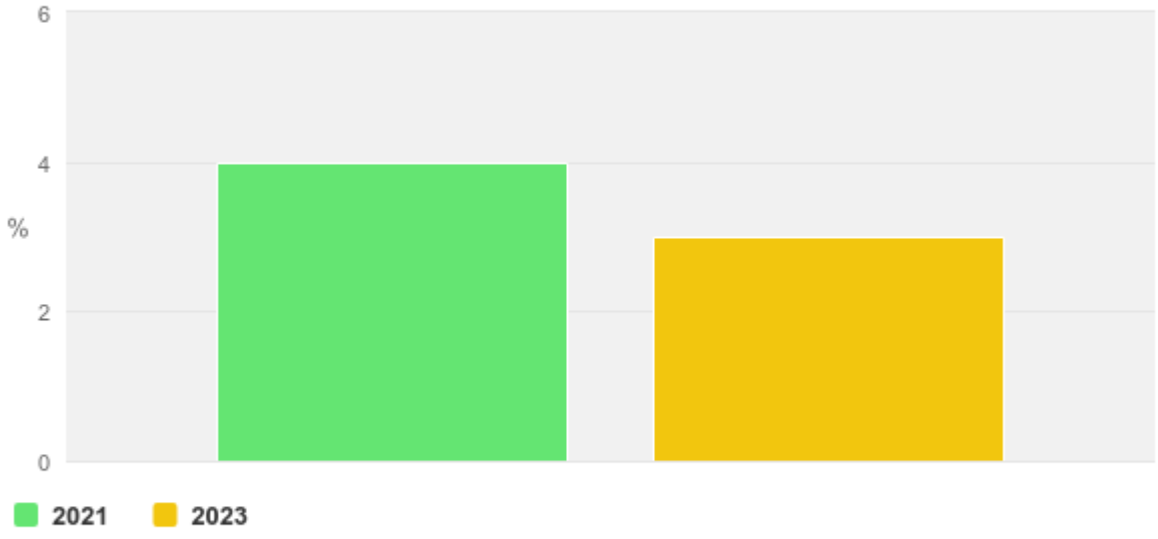
Studenten van het hbo en de universiteit

In de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs is het oneigenlijk gebruik van concentratieverhogende middelen onderzocht [7]. Het gaat hierbij niet alleen

om middelen met als werkzame stof methylfenidaat (zoals Ritalin en Concerta), maar ook om middelen met dexamfetamine of middelen met Modafinil. Modafinil is een medicijn dat slaapaanvallen voorkomt en wordt voorgeschreven bij narcolepsie (slaapziekte). De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs kent enkele methodologische beperkingen, zoals een laag responspercentage (6,5% in 2023) en onder-/oververtegenwoordiging van bepaalde groepen. Door weging is de data meer representatief gemaakt. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de resultaten vertekend zijn en daarmee niet representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland. De resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- Van de deelnemende studenten gebruikte 3% in het afgelopen jaar weleens concentratieverhogende middelen (methylfenidaat/dexamfetamine en/of modafinil) zonder doktersvoorschrift. Van deze studenten deed 90% dit bij het studeren/tentamens, 11% tijdens het uitgaan, en 10% tijdens het werk.
- Vergeleken met de eerste meting in 2021 (4%) is het laatste-jaar-gebruik van concentratieverhogende middelen zonder doktersvoorschrift in 2023 niet veranderd.
- Het gebruik van concentratieverhogende middelen zonder doktersvoorschrift komt in sommige groepen meer voor dan in andere groepen. De analyses[1] laten het volgende beeld zien:
    - De kans op het gebruik van concentratieverhogende middelen zonder doktersvoorschrift is groter onder 22-25-jarigen en 26-29-jarigen vergeleken met 16-21-jarigen (4% versus 3%).
    - De kans op het gebruik van concentratieverhogende middelen zonder doktersvoorschrift verschilt niet: tussen mannen, vrouwen en studenten die zich niet als vrouw of man identificeren; tussen studenten zonder migratieachtergrond, studenten met een migratieachtergrond en internationale studenten; tussen hbo- en wo-studenten; tussen voltijd en niet-voltijd studenten.

Gebruik[I] van concentratieverhogende middelen zonder doktersvoorschrift onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder



I. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs, 2023

NDM

	2021	2023
Laatste jaar	4	3

Mbo-studenten in Amsterdam

Ook in de Monitor Antenne Amsterdam wordt het gebruik van ADHD-medicatie van mbo-studenten uitgevraagd [8].

- In 2021 gaf 6,4% van de Amsterdamse mbo-studenten aan in het afgelopen jaar ADHD-medicatie zoals ritalin of concerta te hebben gebruikt. Van de studenten gaf 5,3% aan de medicatie op doktersvoorschrift te gebruiken, 1,4% gebruikte (ook) zonder recept.

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. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.
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: Het blijkt dat ADHD-middelen worden gebruikt door jongeren en jongvolwassenen die uitgaan. Echter worden ADHD-middelen (als het gaat om niet medische doeleinden) vooral gebruikt als ‘prestatieverhogend’ middel voor studie of werk en in mindere mate als ‘recreatieve’ uitgaansdrug.

Gegevensbronnen

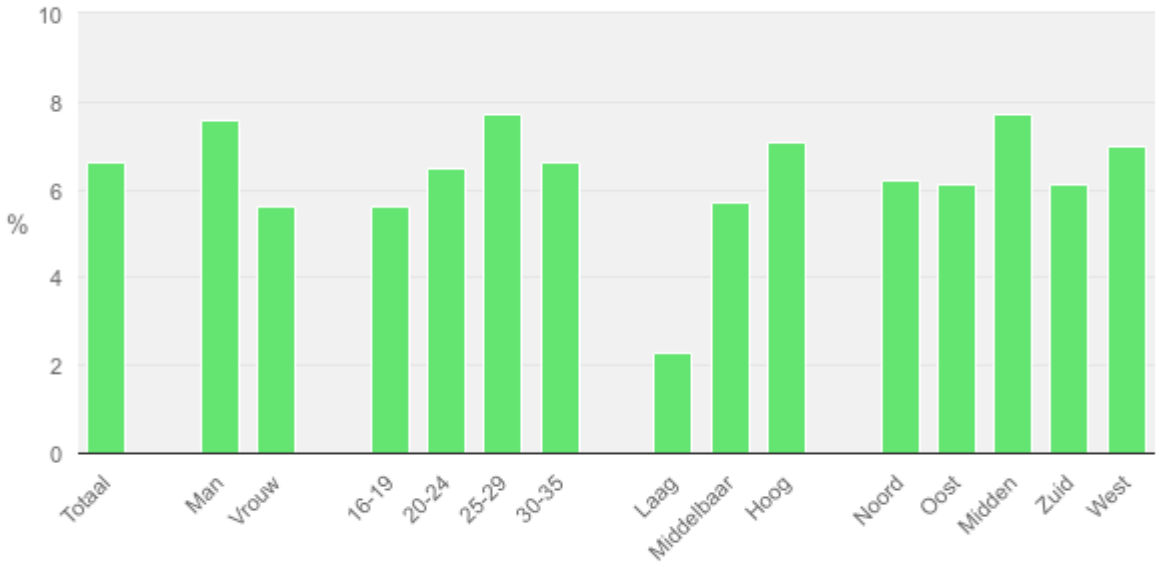
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna ‘uitgaanders’ genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over het gebruik van ADHD-middelen in het uitgaansleven (zie bijlage B2).

Uitgaanders in Nederland

Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- ADHD-middelen zijn de meest gebruikte medicijnen zonder doktersrecept onder uitgaanders. In 2023 had 18,7% ooit ADHD-middelen (niet op recept) gebruikt, 6,6% gebruikte ADHD-middelen (niet op recept) in het laatste jaar.
- Meer mannen (dan vrouwen) en hoogopgeleiden (dan middelbaar en laagopgeleiden) hebben in het laatste jaar ADHD-middelen gebruikt. Het gebruik van ADHD-middelen is in de verschillende leeftijdsgroepen ongeveer gelijk. Er zijn geen regionale verschillen in het gebruik van ADHD-middelen.
- Eerdere resultaten van Het Grote Uitgaansonderzoek uit 2020 suggereerden dat ADHD-middelen (als het gaat om niet medische doeleinden) vooral wordt gebruikt als ‘prestatieverhogend’ middel voor studie/werk en in mindere mate als ‘recreatieve’ uitgaansdrug [2].

Gebruik[I] van ADHD-middelen (niet op recept) onder uitgaanders van 16-35 jaar, naar geslacht, leeftijd, opleiding en regio. Peiljaar 2023



I. Laatste jaar: ten minste één keer niet op recept gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

	Laatste jaar
Totaal	6,6
Man	7,6
Vrouw	5,6
16-19	5,6
20-24	6,5
25-29	7,7

	Laatste jaar
30-35	6,6
Laag	2,3
Middelbaar	5,7
Hoog	7,1
Noord	6,2
Oost	6,1
Midden	7,7
Zuid	6,1
West	7

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.
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.

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 het gebruik van ADHD-medicijnen 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 ADHD-medicijnen 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].

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].

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

In het kort: er worden geen standaard gegevens verzameld over het gebruik van ADHD-medicatie onder de algemene bevolking in de landen van de Europese Unie. Hierdoor is het niet goed mogelijk om een internationale vergelijking te maken.

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, Noorwegen en Turkije [1]. 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 [2]. In 2021 had 0,8% van de volwassenen in het afgelopen jaar methylfenidaat gebruikt en 0,1% kon worden bestempeld als ‘misbruik’ (niet op of volgens voorschrift van een arts) [3]. Omgerekend gaat het om 14,6% van de laatste-jaar-gebruikers. Ter vergelijking, in Nederland had 1,4% van de volwassenen ADHD-medicijnen zoals methylfenidaat gebruikt, 0,6% van de volwassenen gebruikte ADHD-medicijnen (ook) zonder recept.

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
2. SAMHSA. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2022.
3. SAMHSA. Results from the 2021 National Suvey on Drug Use and Health: Detailed Tables [Internet]. 2022. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-detailed-tables

15.6 Hulpvraag en incidenten

In het kort: Er zijn geen gegevens over het aantal mensen dat vanwege het gebruik van ADHD-medicatie hulp zoekt bij de verslavingszorg of wordt opgenomen in algemene ziekenhuizen. Ook hebben we geen goed beeld van incidenten gerelateerd aan het gebruik van ADHD-medicijnen. Onderzoek van het NVIC naar intentionele vergiftigingen onder jongeren (zoals een zelfmoordpoging) laat zien dat methylfenidaat na paracetamol en ibuprofen hierbij het meest wordt ingenomen door jongeren.

Gegevensbronnen

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.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) registreert informatieverzoeken van artsen en hulpverleners over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen [2]. Het NVIC is onderdeel van de Divisie Vitale Functies van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en is telefonisch te raadplegen via de 24-uursinformatietelefoon. De meeste drugsgerelateerde telefonische informatieverzoeken hebben betrekking op een patiënt die in aanraking is gekomen met een middel: een blootstelling. Een blootstelling leidt niet per definitie tot vergiftigingsverschijnselen, het gaat dus om een mogelijke/potentiële vergiftiging. Naast de mogelijkheid om het NVIC telefonisch te raadplegen, kunnen hulpverleners via de website www.vergiftigingen.info/ toxicologische informatie opvragen voor bijvoorbeeld een risicoanalyse om de ernst van een blootstelling te berekenen, of om rechtstreeks stofmonografieën en therapieteksten te raadplegen (zonder uitvoering van een risicoanalyse). De website kan worden geraadpleegd bij een daadwerkelijke blootstelling van een patiënt, maar ook ter oriëntatie of bijscholing.

Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [2]. De hieronder genoemde gegevens betreffen enkel informatieverzoeken, dit geeft geen informatie over het daadwerkelijke aantal blootstellingen of -vergiftigingen aan ADHD-medicatie. Het is ook niet bekend of het hierbij om eigenlijk (op recept) of oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie gaat. Daarnaast zal de mate waarin de hulpverleners kennis hebben (opgebouwd) over het middel van invloed zijn op het aantal informatieverzoeken. Bij het interpreteren van trendgegevens moet hier rekening mee worden gehouden. Daarnaast bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute vergiftigingen.

- In 2022 ontving het NVIC 451 telefonische informatieverzoeken voor methylfenidaat,

vergeleken met 449 keer in 2021. Daarmee staat methylfenidaat op plaats 7 van de humane geneesmiddelen met het hoogste aantal telefonische informatieverzoeken. Van deze informatieverzoeken ging het 92 keer om kinderen tussen 0 en 12 jaar. Het is waarschijnlijk dat deze kinderen methylfenidaat op doktersrecept kregen.

- Op de website www.vergiftigingen.info waren in 2022 voor methylfenidaat 3.418 online raadplegingen. Methylfenidaat stond hiermee op de zesde plaats in de categorie humane geneesmiddelen.
- Het NVIC heeft daarnaast retrospectief onderzoek gedaan naar intentionele (“doelbewuste”) vergiftigingen, bijvoorbeeld een zelfmoordpoging, bij jongeren (13-17 jaar) die in de periode 2016-2021 aan het NVIC werden gemeld [3]. In totaal ging het om 6.915 vergiftigingen. Methylfenidaat (7%) werd na paracetamol (36%) en ibuprofen (14%) het meest ingenomen door jongeren. Intentionele vergiftigingen met methylfenidaat kwamen aanzienlijk vaker voor bij jongens (12%) dan bij meisjes (6%).

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor Drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Trimbos-insituut en VeiligheidNL; 2024.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2022: NVIC Rapport 01/2023. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2023.
3. Koppen A, Thoonen I, Hunault C, Velzen A, Lange D, Rietjens S. Significant Increase in Deliberate Self-Poisonings Among Adolescents During the Second Year of the COVID-19 Pandemic. Vol. 73, The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2023.

15.7 Ziekte en sterfte

15.7.1 Ziekte

Het gebruik van ADHD-medicijnen 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 ADHD-medicijnen 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.

- Met betrekking tot het ADHD-medicijn methylfenidaat zijn 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]. Met betrekking tot het ADHD-medicijn dexamfetamine zijn de belangrijkste bijwerkingen die soms voorkomen minder eetlust, zenuwachtig zijn en slapeloosheid.
- 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 ADHD-medicijnen op de lange termijn.

- Langdurige behandeling met het ADHD-medicijn methylfenidaat (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.

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 ADHD-medicijnen in Nederland.

- Het Bijwerkingencentrum Lareb meldt wel 3 sterfgevallen die met het ADHD-medicijn Ritalin in verband worden gebracht [1].

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 de ADHD-medicijnen van anderen krijgen [1,2].
- Het verkrijgen van ADHD-medicijnen 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 ADHD-medicijnen zoals 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].
- ADHD-medicatie kan ook online gekocht worden, en dit wordt gedaan door studenten [6,7]. Er zijn meerdere websites waarop ADHD-medicatie zonder doktersrecept aangeschaft kan worden.

Omdat ADHD-medicijnen geneesmiddelen zijn, 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 ADHD-medicijnen in openbare apotheken bijgehouden, zie § 15.2.3.

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.



Drugscriminaliteit

16.0 Laatste feiten en trends

Georganiseerde misdaad

- Het aantal strafrechtelijke onderzoeken naar actieve criminele samenwerkingsverbanden (csv's) waarbij drugs het eerste aandachtsgebied is, nam toe tussen 2015 en 2022. In 2022 ging het in totaal om 786 gestarte of lopende opsporingsonderzoeken: 79 naar grootschalige hennepteelt, 394 naar cocaïne of heroïne en 313 naar synthetische drugs (§ 16.2).
- Liquidaties in Nederland waren meestal het gevolg van conflicten gerelateerd aan drugshandel, waaronder handel in cocaïne. In 2021 vonden er 8 liquidaties plaats. Tussen 2012 en 2017 schommelde het aantal geregistreerde liquidaties tussen 21 (in 2012) en 38 (in 2014). Sinds 2017 is er een daling ingezet (§ 16.2).

Handel, inbeslagnames van drugs en ontmanteling

- In 2021 zijn door de politie minder cannabisplanten in beslag genomen dan in 2020. Het aantal kilo's in beslag genomen cannabistoppen lag in 2021 hoger dan in 2020 (§ 16.3).
- Er zijn in 2022 in totaal ongeveer 1.600 hennepkwekerijen geruimd door de politie. Daarmee zet de dalende trend sinds 2013 door. Een eenduidige verklaring voor de landelijke afname van het aantal geruimde hennepkwekerijen in de afgelopen jaren is niet beschikbaar. Mogelijke verklaringen zijn volgens de politie dat in 2021, 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 (§ 16.3).
- Het totaal aantal kilo's drugs dat door de Douane in beslag is genomen in de eerste helft van 2023, is gestegen in vergelijking met de eerste helft van 2022. Dit komt door het aantal kilo's cocaïne dat de Douane in beslag nam; dit was in de eerste helft van 2023 flink hoger dan in dezelfde periode het jaar ervoor. Bij de meeste andere drugssoorten daalde het aantal in beslag genomen kilo's in de eerste helft van 2023 ten opzichte van de eerste helft van 2022. Daarnaast is de hoeveelheid drugs die door de Douane in de haven van Vlissingen is gevonden, sterk toegenomen in de eerste helft van 2023 (§ 16.3).
- In 2022 is in totaal ruim 13.000 kilo (pre-)precursoren voor de productie van (synthetische) drugs in beslag genomen. Dat is vergelijkbaar met 2021 (§ 16.3).
- In 2022 steeg het aantal ontmantelde productielocaties van synthetische drugs ten opzichte van 2021 (van 69 naar 83). Na een stijging in de periode 2013- 2020 daalde in 2021 het aantal ontmantelde productielocaties (§ 16.3).
- Na een stijging in 2021 is het aantal aangetroffen dumplocaties in 2022, net als in 2019 en 2020, gedaald: van 206 in 2021 naar 153 in 2022 (§ 16.3).
- Het aantal ontmantelde methamfetaminelabs is in 2022 gelijk aan het aantal ontmantelingen in 2021: in beide jaren gaat het om 15 ontmantelde labs (§ 16.3).
- Het aantal ontmantelde cocaïnewasserijen is in 2022 ten opzichte van 2021 sterk toegenomen: van 7 in 2021 naar 17 in 2022 (§ 16.3).

Incidenten en verdachten Opiumwetdelicten

- In 2022 steeg het aantal door de politie geregistreerde harddrugsincidenten voor bezit en handel. In de periode 2014-2021 daalde het aantal geregistreerde harddrugsincidenten, met

uitzondering van een piek in 2019. Het aantal door de politie geregistreerde softdrugsincidenten voor bezit en handel daalde in 2022. Er is een algehele dalende trend in de geregistreerde incidenten waar te nemen in de periode 2014-2022, met uitzondering van een piek in 2019 en 2020 (§ 16.4).
- In 2022 nam het aantal door de politie geregistreerde verdachten van Opiumwetmisdrijven af ten opzichte van 2021. Het aantal geregistreerde Opiumwetmisdrijven bleef in 2022 gelijk in vergelijking 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.

Vervolging en afdoening Opiumwetdelicten

- De totale instroom van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie (OM) is in 2022, net als in 2021, gedaald. De instroom van het totaal aantal strafrechtzaken is daarentegen gestegen. Hierdoor is het aandeel Opiumwetzaken in 2022, ten opzichte van de totale instroom van zaken, gedaald in vergelijking met voorgaande jaren (§ 16.5).
- Zowel de instroom van softdrugsdelicten als van harddrugsdelicten bij het OM daalde in 2022 ten opzichte van de instroom in 2021. Het aantal gecombineerde zaken, met hard- én softdrugsdelicten, bleef in 2022 min of meer gelijk aan het aantal in 2021 (§ 16.5).
- Het relatieve aandeel van softdrugszaken in de instroom van Opiumwetdelicten bij het OM nam in 2022 sterk af (naar 36%), ten gunste van het aandeel harddrugszaken. Daarmee was de categorie harddrugszaken met 54% voor het vijfde achtereenvolgende jaar de grootste. Het aandeel van de ingestroomde gecombineerde hard- en softdrugszaken steeg in 2022 ten opzichte van het aandeel in 2021 (van 8% naar 10%) (§ 16.5).
- 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 is het aandeel van delicten rondom handel in 2022voor het eerst sinds 2016 gedaald (van 43% in 2021 naar 39% in 2022). Bij softdrugsdelicten was er een lichte stijging van het aandeel delicten rondom handel (§ 16.5).
- Bijna de helft van de Opiumwetzaken bracht het OM in 2022 voor de rechter. Dat is ongeveer gelijk aan het aandeel in 2021. In 2022 bleef het aandeel dagvaardingen voor Opiumwetdelicten in het totaal van de door het OM behandelde misdrijfzaken vrijwel gelijk (47%) (§ 16.5).
- In 2022 bleef het totaal aantal afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter in vergelijking met 2021 gelijk (§ 16.5).
- Het aandeel vrijspraken in Opiumwetzaken door de rechter in eerste aanleg toonde in 2022 een daling. Het aandeel vrijspraken daalde licht in alle soorten zaken (softdrugs-, harddrug- en gecombineerde hard- en softdrugszaken) (§ 16.5).
- Net als in 2021 waren in 2022 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 (§ 16.5).
- In 2022 was ongeveer één op de vijf gedetineerden gedetineerd vanwege een Opiumwetdelict. Dat is vergelijkbaar met het aandeel in de vier jaren ervoor (§ 16.5).

Recidive van Opiumwetdelinquenten

- De meest recente cijfers over recidive van Opiumwetdelinquenten gaan over daders die in 2019 voor een Opiumwetdelict zijn vervolgd. Ongeveer 10% van de Opiumwetovertreders uit 2019 kwam binnen twee jaar opnieuw in aanraking met de politie vanwege een drugsdelict. Van de Opiumwetovertreders die in 2017 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 2015). Deze recidivepercentages zijn al enkele jaren relatief stabiel (§ 16.6).

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, 4-hydroxybutaanzuur (GHB), amfetamine, ecstasy en andere drugs. Bij softdrugs gaat het niet alleen om cannabis, maar bijvoorbeeld ook om qat, hallucinogene paddenstoelen, 3-MMC (per 28 oktober 2021) en lachgas (per 1 januari 2023). 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 2012-2022. Het komt echter voor dat er nog geen cijfers over 2022 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 is 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 de politie en het 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 zijn voor het opstellen van dit hoofdstuk sinds 2021 jaarlijks groepsgesprekken en/of individuele interviews met inhoudelijk experts (zoals het OM, de politie, de Douane, het WODC en het Trimbos-Instituut) en wetenschappers georganiseerd. Daarin is (gezamenlijk) de context van gesignaleerde cijfermatige ontwikkelingen in de verzamelde data over het jaar 2022, 2021 en 2020 verkend en zijn mogelijke verklaringen besproken om de ontwikkelingen te duiden. De bevindingen zijn opgenomen in notities over deze zogenoemde ‘duidingssessies’ [1–3].

Een meer uitgebreide toelichting op de gegevensverzameling is opgenomen in bijlage B10.

---

1. 1.
Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.

2. 2.
Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
3. 3.
Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2023;

16.2 Georganiseerde misdaad

16.2.1 Opsporingsonderzoeken en veroordelingen

- Het totaal aantal (gestarte of lopende) strafrechtelijke onderzoeken naar criminele samenwerkingsverbanden (csv's) met drugs als eerste aandachtspunt verdubbelde ruim in de periode 2015 en 2022: van 341 tot 786 [1–4].
- In 2022 werden 786 strafrechtelijke onderzoeken naar csv's met drugs als eerste aandachtsgebied uitgevoerd. In 2021 waren dat 746 strafrechtelijke onderzoeken [2].
- De toename van het aantal strafrechtelijke onderzoeken naar csv's met drugs als eerste aandachtspunt is mogelijk te verklaren doordat het bestrijden van ondermijnende criminaliteit en actieve csv's één van de prioriteiten van het Openbaar Ministerie (OM) is geworden: in 2021 en 2022 is daar bij het OM veel tijd en capaciteit in geïnvesteerd [2]. Dit sluit aan bij de uitkomsten van de duidingssessie in 2021, waaruit bleek dat de stijgende trend volgens het OM mogelijk enerzijds te verklaren is door prioritering van georganiseerde drugscriminaliteit en anderzijds door een geleidelijk verbeterde registratie van dergelijke onderzoeken [5]. 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 2022 ging het in 79 van de 786 strafrechtelijke onderzoeken naar csv's met drugs als eerste aandachtspunt om een onderzoek naar grootschalige hennepteelt. Het aandeel onderzoeken naar grootschalige hennepteelt, ten opzichte van het totaal aantal strafrechtelijke onderzoeken naar csv's met drugs als eerste aandachtspunt, is in 2015-2022 afgenomen: van 34% in 2015 naar 10% in 2022 [1–3].
- De stijging van het aantal strafrechtelijke onderzoeken naar csv's met als eerste aandachtsgebied cocaïne en heroïne, die sinds 2018 te zien is, zet door in 2022. In 2022 ging het om 394 strafrechtelijke onderzoeken. In 2021 ging het om 324 strafrechtelijke onderzoeken. Het aandeel onderzoeken naar cocaïne en heroïne, ten opzichte van het totaal aantal strafrechtelijke onderzoeken naar csv's met drugs als eerste aandachtspunt, is in 2015-2022 toegenomen: van 37% in 2015 naar 50% in 2022 [1–3].
- In 2022 zijn 313 strafrechtelijke onderzoeken naar csv's omtrent synthetische drugs uitgevoerd. Dat is vergelijkbaar met 2021 toen het om 312 strafrechtelijke onderzoeken ging. Het aandeel onderzoeken naar synthetische drugs, ten opzichte van het totaal aantal strafrechtelijke onderzoeken naar csv's met drugs als eerste aandachtspunt, schommelde in de periode 2015-2022 rond 38% [1–3].
- 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, die door criminelen werd gebruikt [5]. 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.

Aantal strafrechtelijke onderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit door arrondissementsparketten en het Landelijk Parket, naar aandachtsgebied, 2015-2022, in aantal en percentage van het jaartotaal

Aandachtsgebied	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Grootschalige hennepteelt	115 (34%)	118 (25%)	124 (24%)	122 (21%)	125 (20%)	121 (19%)	110 (15%)	79 (10%)
Cocaïne & heroïne	125 (37%)	184 (39%)	217 (42%)	252 (44%)	250 (41%)	248 (38%)	324 (43%)	394 (50%)
Synthetische drugs	101 (30%)	174 (37%)	173 (34%)	204 (35%)	238 (39%)	282 (43%)	312 (42%)	313 (40%)
Totaal	341 (100%)	476 (100%)	514 (100%)	578 (100%)	613 (100%)	651 (100%)	746 (100%)	786 (100%)

Bron: OM, 2020, 2021, 2022, 2023; bewerking Regioplan 2023.

- In 2022 zijn in totaal 490 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 2022 ten opzichte van 2021, toen 406 personen werden veroordeeld tot een vrijheidsstraf. 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 in en/of productie van in drugs. In 2022 ging het om 259 veroordelingen, in 2021 om 207 veroordelingen en in 2020 om 170 veroordelingen. Het aantal veroordelingen tot een vrijheidsstraf korter dan 2 jaar, voortkomende uit onderzoek naar georganiseerde handel in en/of productie van drugs, steeg in 2022 ook ten opzichte van 2021, van 199 veroordelingen naar 231 [2,3].
- 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 vanaf 2020 en de toename van het aantal veroordelingen tot gevangenisstraf van twee jaar of meer vanaf 2020.

- 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 [2].
- 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 in en/of productie van drugs, 2015-2022, in aantal

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Personen veroordeeld tot vrijheidsstraffen	119	275	302	393	423	330	406	490
Veroordelingen tot gevangenisstraf 2 jaar of meer	43	106	132	154	188	170	207	259

Bron: OM, 2021, 2022, 2023; bewerking Regioplan 2023

Bronnen

1. OM . Jaarbericht 2020. Den Haag: OM; 2021 p. 1–35.
2. OM. Jaarbericht 2022. OM; 2023 p. 1–80.
3. OM . Jaarbericht 2021. Den Haag: OM; 2022 p. 1–37.
4. Ministerie & Nationale Politie O. Rapportage aanpak georganiseerde ondermijnende criminaliteit 2018. Den Haag: Openbaar Ministerie; 2019.
5. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.
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 Liquidaties

Snel naar:

- De achtergrond van liquidaties
- Het aantal liquidaties
- Slachtoffers van 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]. In 2023 is een (beknopte) update van de aantallen voor het jaar 2021 verschenen [3]. Deze studies zijn gebaseerd op interviews met politie- en justitiefunctionarissen en gegevens uit opsporingsdossiers van de politie. Daarnaast zijn gekraakte Pretty Good Privacy (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 [4,5].

De achtergrond van liquidaties

- Liquidaties zijn meestal het gevolg van conflicten gerelateerd aan de georganiseerde drugshandel. Het gaat bijna altijd om geld en de verdeling van de drugsmarkt. In de eerste verkenning is verondersteld dat liquidaties een uiterst middel zijn 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 kan deels worden toegeschreven aan de onervarenheid van schutters en de grote beschikbaarheid van automatische vuurwapens. Een andere factor in de uitvoering van liquidaties is de intimiderende en verharde opstelling van opdrachtgevers. Bij sommige liquidaties worden er opzettelijk risico's voor omstanders gecreëerd. De uitvoering is niet zozeer slordig, maar een uiting van de 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 die geen deel zijn van een criminele organisatie, doelwit van liquidaties. Dit is een nieuwe ontwikkeling: waar dodelijk geweld in het verleden diende als bestraffing van

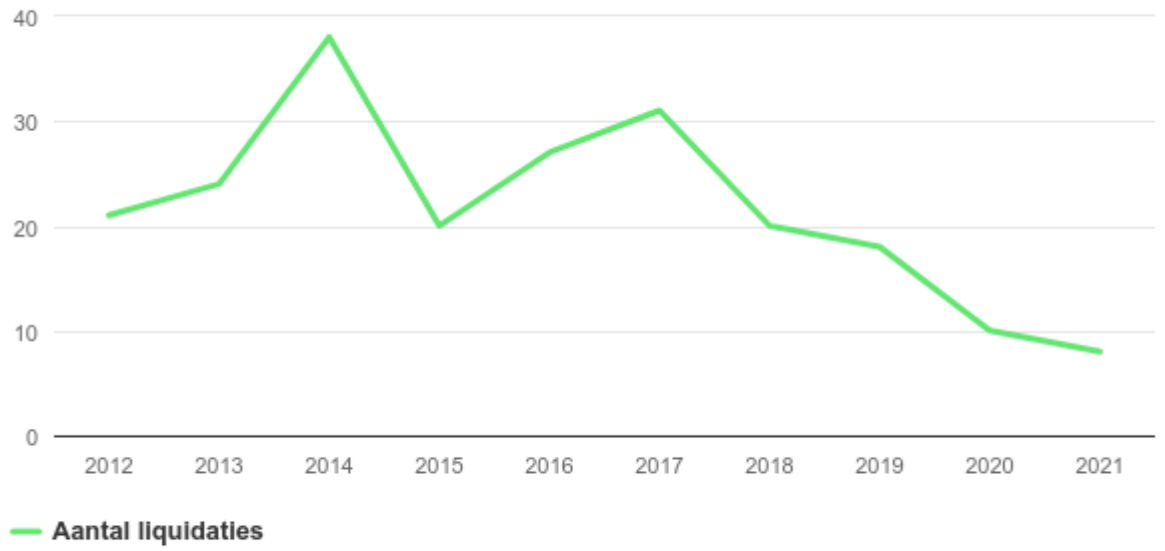
verraad van personen die deel uitmaakten van de criminele organisatie, heeft het geweld zich nu uitgebreid tot de kring van niet-criminele verwanten (zoals geliefden, advocaten en andere professionals in de strafrechtketen). Dit kan ook gaan om een dreiging met geweld. Op die manier wordt geprobeerd bij partijen die bij de rechtsgang betrokken zijn, de druk te verhogen [1].

- In 2021 werd misdaadjournalist Peter R. de Vries, die de kroongetuige in het Marengo-proces bijstond, geliquideerd. Deze en hieraan gerelateerde eerdere liquidaties (als Derk Wiersum en de broer van de kroongetuige Nabil B.) 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 [6].
- In lijn met de verkenning uit 2017 blijkt dat het criminele bedrijfsproces rondom liquidaties zich kenmerkt door een strikte taakverdeling tussen spotters en schutters. De spotters voeren ter voorbereiding op de liquidatie observaties uit, de schutters plegen de moord door op het beoogde slachtoffer te schieten. 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, een zogeheten vergismoord [1].

Het aantal liquidaties

- Sinds 2017 daalde het aantal liquidaties van 31 naar 8 in 2021. Tussen 2012 en 2017 schommelde het aantal liquidaties tussen 21 in 2012 en 38 in 2014 [1,3].
- Liquidaties in het buitenland van Nederlanders die gerelateerd waren aan georganiseerde criminaliteit in Nederland, worden ook meegeteld. Voor zover bekend zijn in 2021 en 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 [5].
- 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 en 2021: 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 tussen 2000 en 2020 gemiddeld twintig tot dertig per jaar [2]. Sinds 2020 is het aantal liquidaties gedaald naar ongeveer tien per jaar [3].

Aantal liquidaties[I] in Nederland (inclusief liquidaties in het buitenland van Nederlandse ingezetenen/gerelateerd aan Nederlandse georganiseerde drugshandel), 2012-2021



I. Aantal liquidaties, soms vallen bij één liquidatie meerdere slachtoffers. Bron: WODC (Van Gestel & Meijer, 2023).

NDM

Jaar	Aantal liquidaties
2012	21
2013	24
2014	38
2015	20
2016	27
2017	31
2018	20
2019	18

Jaar	Aantal liquidaties
2020	10
2021	8

Slachtoffers van liquidaties

- In de periode 2013-2021 zijn in totaal 196 liquidaties gepleegd [1,3,5]. Daarbij ging het in deze periode 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, ligt in de periode 2017-2019 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. In 2020 en 2021 was er geen sprake van een meervoudige moord [3,5].
- 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 [5].
- Vanaf 2013 werd bijna elk jaar bij minimaal één liquidatie een verkeerde persoon door de schutter(s) voor het beoogde doelwit aangezien. In 2021 vond er één zogenoemde ‘vergismoord’ plaats, in 2020 is bij twee moorden op de verkeerde persoon geschoten en voor zover bekend zijn in 2019 geen vergismoorden gepleegd. In 2018 ging het om twee ‘vergismoorden’ en in 2017 ging het om één [3,5].
- Over de gehele periode 2013-2021 viel 62% van de slachtoffers in de leeftijdscategorie 21-40 jaar ten tijde van het overlijden. In deze periode was 22% van de slachtoffers 41-50 jaar ten tijde van het overlijden en was 16% ouder dan 50 jaar. Het aandeel slachtoffers onder 21 jaar was in deze periode 1%. 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 [5]. In 2020 en 2021 is de leeftijdsverdeling van slachtoffers vrijwel niet veranderd ten opzichte van de jaren daarvoor [3].

Het Regionale Informatie- en Expertisecentrum (RIEC) Midden-Nederland heeft in 2021 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 uitvoerders hun criminele carrière gemiddeld op zestienjarige leeftijd startten [7,8]. Voorafgaand aan de liquidatie pleegden de uitvoerders ongeveer 22 delicten. Kenmerken van de uitvoerders van liquidaties in dit onderzoek, zijn [7,9]:

- man;

- geboren in Nederland, met veelal Marokkaans/Nederlandse achtergrond;
- gemiddeld 30,2 jaar oud bij de eerste liquidatie;
- eerder in beeld bij politie;
- pleegden eerder geweldsdelicten;
- periode(s) uit beeld;
- financiële- en/of psychische problemen (bijvoorbeeld door middelengebruik, verslaving van soft- en/of harddrugs, antisociaal gedrag en agressieproblemen).

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, Meijer R. Factsheet 2023-1: Update Liquidaties 2021. 2023.
4. Van Gestel B, Kouwenberg RF. Update liquidaties 2019: Factsheet 2019-3. Den Haag: WODC; 2019.
5. Van Gestel B, Kouwenberg RF. Update liquidaties 2020: Factsheet 2020. Den Haag: WODC; 2020.
6. OM. Jaarbericht 2021. 2022.
7. RIEC. Infographic Kruitsporen in cocainehandel. 2021.
8. 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
9. 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 Handel, inbeslagnames en ontmanteling

16.3.1. Handel en Smokkel

Snel naar:

- Smokkel, routes en samenwerkingsverbanden
- Cocaïne
- Heroïne
- Synthetische drugs
- Cannabis
- Drugshandel via internet

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 dat 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[1–3].

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' hebben 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 buitenlandse 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 in Nederland en België, enkele van de belangrijkste toegangspoorten van cocaïne naar de Europese Unie (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 toen geldende reisrestricties en gesloten landsgrenzen. Als gevolg zijn destijds 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 er geen informatie over de afgelopen jaren beschikbaar is, zoals over de smokkelroutes naar 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 hectare 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 beslag genomen wordt, ligt in Noord-, Midden- en Zuid-Amerika, maar ook in België, Nederland en Spanje wordt veel cocaïne in beslag genomen [4]. Delen van het productieproces vinden niet meer alleen in Zuid-Amerika plaats, maar ook in Europa (waaronder Nederland) [1].
- 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 naar Noord-Afrika, van waaruit ook gebruik wordt gemaakt van 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].
- Uit een wetenschappelijk onderzoek uit 2018 is gebleken dat er aanwijzingen waren dat de invoer van cocaïne zich verplaatste tussen de Rotterdamse haven en de haven van Antwerpen [17]. Het grootste deel van de cocaïne die werd ingevoerd in Antwerpen, is waarschijnlijk bestemd voor criminele organisaties die vanuit Nederland opereren, vanuit waar de cocaïne werd gesmokkeld naar andere Europese landen. 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 dat de betrokkenheid van medewerkers die van binnenuit opereren, in toenemende mate onmisbaar was voor de smokkelaars [8]. Daarnaast hebben in 2020 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 gebruikersmarkt zijn niet volledig, maar heroïne is een – voor Nederlandse begrippen – kleinere drugsmarkt. De meest recente cijfers laten bovendien een daling zien. 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, Iran en Turkije, wordt gesmokkeld via Kazachstan en Kirgizië of de Kaukasus. Heroïne komt de Europese Unie vervolgens binnen via Polen. De Balkanroute werd in 2021 als de belangrijkste aanvoerroute voor de heroïnehandel in Nederland beschouwd. Turkse en/of Koerdische drugshandelaren zijn al geruime tijd dominant in de heroïnehandel. Zij organiseren vanuit Turkije heroïnetransporten via de Balkanroute. Daarbij liep de Balkanroute van de heroïnetransporten in toenemende mate via Griekenland [4,21,22]. Deze aanvoerroute werd niet belemmerd tijdens de coronacrisis [23].
- 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 onder meer 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 van criminele netwerken en verdachten binnen de heroïnehandel in Nederland zijn heroïnegerelateerde opsporingsonderzoeken in 2019 en 2020 in het politieregistratiesysteem Summ-IT onderzocht. In 2019 had ruim 80% 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. 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- of Balkan-(migratie)achtergrond betrokken [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. Zij 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 in 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 bezighielden 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.

Het is onbekend of deze bevindingen nog van toepassing zijn op de situatie anno 2023. In andere bronnen 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 3,4-methyleendioxymethamfetamine (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 zoals labels of etiketten vaak zijn verwijderd of dat de inhoud uit de originele verpakking gehaald is. Ook werden etiketten in sommige gevallen vervalst. Op deze manier is (vermoedelijk) geprobeerd om de herkomst van de chemicaliën te verbergen [4].
- 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- of dark web en handelaren verstuurden het vervolgens via de post. Bij deze zendingen werden 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 van de politie is 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 en Albaneessprekende criminele groepen actief [4,12].
- 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 en importeerden 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 worden als land van herkomst, exportland en doorvoerland van cannabis [24].
- Ondanks dat hennep ook in Nederland werd geproduceerd, exporteerden criminelen uit verschillende landen hennep naar Nederland. Het ging bijvoorbeeld om België, Spanje en Albanië [24].
- 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 [4,25].
- 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].
- Voor meer informatie over cannabis, aanbod en de markt: zie § 3.8.

Drugshandel via internet

- Binnen Europa bleek dat in het tweede en derde kwartaal van 2020 meer MDMA, LSD, amfetamine, 2C-B en cocaïne online werden gekocht. Dit is mogelijk een gevolg van de coronapandemie [15].

- 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’, zoals 'Encrochat', 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 [16,26–29].
- In Nederland leek de online drugsmarkt via mobiele apps en het ‘dark net’, maar ook via het voor iedereen toegankelijke deel van internet (het ‘open web’ of ‘surface web’) te verlopen [10] . In hoeverre de verschuiving naar online verkoopkanalen ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden in Nederland is niet bekend. De verkoop van softdrugs via coffeeshops in Nederland ging namelijk via afhaalloketten door.
- 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 is een virtuele valuta (crypto currency), die het moeilijker of zelfs onmogelijk maakt om een transactie te traceren. Het gevolg daarvan is dat deze transacties niet kunnen worden opgenomen in de cijfers over de omvang van dark web marktplaatsen [9].
- Uit cijfers van het EMCDDA over de periode 2015-2020 blijkt 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 dat de Nederlandse drugshandel via het dark web 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 [30]. Volgens de politie ging veel drugs per post naar andere landen in Europa (inclusief het Verenigd Koninkrijk), de Verenigde Staten, Canada, Azië en Australië [30,31]. 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 [32].

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 [33,34]. 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 [35,36]. Bovendien ontwikkelen de opsporingsinstanties steeds meer technieken om de anonimiteit op internet te doorbreken, bijvoorbeeld met behulp van de dark web- of de 'virtual identity'-monitor waarbij wordt getracht criminele activiteiten en drugshandel op het 'dark net' te traceren. Met de dark web-monitor worden bijvoorbeeld trends op marktplaatsen voor illegale wapen- en drugshandel geanalyseerd en de 'virtual identity'-monitor beoogt criminelen en hun activiteiten op het dark web uit de anonimiteit te halen [37].

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. 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

25. Nations Office On Drugs U, Crime. World Drug Report 2020: 1- Executive Summary, Impact of COVID-19, Policy Implications. Vienna, Austria: UNODC; 2020.
26. 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
27. 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
28. 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
29. Politie. Aanhouding verdachte #EncroChat [Internet]. 2021. Available from: https://www.politie.nl/nieuws/2021/maart/12/04-aanhouding-verdachte-encrochat.html
30. 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
31. 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
32. Grapperhaus F. Antwoorden Kamervragen over internationale drugshandel per post (2020Z12693). 2020.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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/

16.3.2 Inbeslagnames

Snel naar:

- Inbeslagnames gerapporteerd door de politie
- Inbeslagnames door de Douane
- Inbeslagnames in België
- In beslag genomen chemicaliën voor drugsproductie

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 het jaar 2022 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 marihuana. In dit jaar rapporteerde de politie over inbeslagnames van drugs door de politie, de KMar, de Douane en de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD). 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 2019l

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

l. 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 over hun inbeslagnames van geïmporteerde drugs. De meest recente cijfers van de Douane gaan over de eerste helft van 2023 [2,3]. Het aantal kilo's drugs dat door de Douane in die periode in beslag is genomen, is hoger dan in de eerste helft van 2022. Het aantal onderschepte poststukken met synthetische drugs is (mede) door verscherping van controles op uit Nederland uitgaande post, verdriedubbeld ten opzichte van een jaar eerder [2,4].

- In de eerste helft van 2023 is door de Douane in Nederland 29.702 kilo cocaïne in beslag genomen. In de eerste helft van 2022 was dit 22.009 kilo. Daarnaast is in deze periode 16.400 kilo cocaïne, bestemd voor Nederland, in beslag genomen door buitenlandse douanediensten. Dat is in verhouding een sterke daling ten opzichte van een jaar eerder toen in het gehele jaar

104 ton cocaïne onderschept werd door buitenlandse douanediensten voor Nederland [3].

- Het overgrote deel van de kilo's cocaïne werd in de eerste helft van 2023 in de zeehavens in beslag genomen. Het overige deel werd op vliegvelden in beslag genomen [2,3].
- De meeste van het totaal aantal inbeslagnames vonden plaats in de haven van Rotterdam. Daarnaast is een stijging te zien in het aantal inbeslagnames in de haven van Vlissingen. Hier is in het eerste halfjaar van 2023 ongeveer 3.000 kilo drugs onderschept in acht zendingen. In de eerste helft van 2022 was dit ongeveer 2.200 kilo in vijf zendingen. Volgens de Douane is deze toename het gevolg van een intensievere samenwerking tussen de Douane in Zeeland en ondernemers en handhandhavingspartners in het havengebied [3].
- De meest gebruikte methode voor criminelen om drugs te smokkelen is de zogenoemde rip-off methode. Hierbij worden de drugs bij reguliere ladingen gevoegd, bijvoorbeeld in containers met fruit of ladingen cacaobonen, koffie of hout. In 70% van de inbeslagnames hebben criminelen gebruikgemaakt van de rip-off methode [3].
- Opvallend in de eerste helft van 2023 was dat er veel relatief 'kleine' partijen zijn aangetroffen. Meer dan de helft van de in beslag genomen partijen cocaïne was kleiner dan 100 kilo. De stijging in het aantal 'kleine' zendingen is mogelijk een gevolg van risicospreiding door criminelen. Het aantal grote vangsten (van meer dan 1.000 kilo) is in het eerste halfjaar van 2023 ongeveer vergelijkbaar met dezelfde periode in 20221 [3,5–7].
- De Nederlandse Douane werkte de afgelopen jaren steeds meer samen met België. Deze intensievere samenwerking werd noodzakelijk geacht, omdat criminelen de havens van Antwerpen en Rotterdam beschouwen als één werkgebied. België en Nederland hebben ook gezamenlijk afspraken gemaakt met de Braziliaanse douane, omdat Brazilië een bronland is voor cocaïne. Deze samenwerking bestaat onder andere uit het uitwisselen van scanbeelden. De samenwerking tussen Brazilië, België en Nederland heeft ertoe geleid dat de Braziliaanse douane steeds meer cocaïne in beslag neemt voor Nederland. De samenwerking tussen de landen wordt daarom ook doorgezet en verder ontwikkeld [8,9].
- In de eerste helft van 2023 is veel minder heroïne in beslag genomen: 5 kilo in het eerste halfjaar van 2023 en 2.816 kilo in dezelfde periode een jaar daarvoor [3].
- Uit de duidingssessie in 2023 blijkt dat de fluctuatie 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 [10].
- In de eerste helft van 2023 zijn door de Douane 13.500 brieven en pakketten met vooral synthetische drugs in beslag genomen. De intensieve controle van post door de Douane heeft in 2022 geresulteerd in een groter aantal onderschepte postpakketten met drugs die op weg waren naar het buitenland: in 2022 zijn in totaal 27.000 pakketten met drugs onderschept, tegenover 15.500 pakketten in het jaar 2021 [2,3]. Naast de intensievere controles door de Douane speelde ook de toename van dancefeesten na de coronaperiode mogelijk een rol in de stijging van drugs die werden gevonden in post [2].

Omvang en aantal inbeslagnames Douane naar type drug, 2016-Eerste helft 2023

	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Eerste helft 2023	Eerste helft 2023
	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal
Cocaïne	16.581	962	10.219	1.146	21.188	1.251	40.095	1.109	48.891	1.426	71.796	3.586	51.447	3.965	29.702	-
-*waarvan maritiem*	14.154	79	9.328	65	20.074	99	38.406	127	25.599	77	69.479	166	50.044	162	28.843	-
Heroïne	437	40	830	66	296	110	625	25	105	88	1.734	2.128	2.611	2.369	5	-
Ecstasy/MDMA	144	183	830	164	472	344	426	489	519	2.284	259	4.755	363	7.000	223	-
Amfetamine	22	16	108	4	1	5	2	11	34	248	19	671	32	1.385	11	-
Methamfetamine	29	15	9	20	6	15	550	11	17	6	20	17	82	55	20	-
Marihuana	1.299	110	2.852	90	322	125	583	231	514	393	734	2.439	5.492	4.381	623	-
Hasj	250	58	716	68	3.910	93	299	101	1.010	106	172	123	293	1.161	88	-
Qat	3.738	233	6.371	383	3.331	177	2.080	108	9.137	629	2.887	258	3.265	56	424	-

Bron: Douane, 2021, 2022, 2023; bewerking Regioplan.

Inbeslagnames in België

- 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. In eerdere onderzoeken is geschat dat 70% tot 80% van de in België in beslag genomen cocaïne onderweg was naar Nederland [5,11].
- In 2021 werd er in België in totaal ruim 96 ton cocaïne in beslag genomen. Deze inbeslagnames vonden niet uitsluitend plaats in de haven van Antwerpen, maar in heel België [12].
- Ook werd er in België heroïne, amfetaminen, ecstasy en cannabis in beslag genomen. In 2020 ging het in totaal om 684 kilo heroïne, 173 kilo amfetaminen, 351 kilo ecstasy en 15.059 kilo cannabis [13].

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.

Per 1 januari 2022 is de Wet strafrechtelijke aanpak ondermijning in werking getreden. Op basis van mogelijkheden in deze wet is het sinds april 2023 verboden om drugsprecursoren waarvoor geen legale toepassing bekend is, in te voeren, uit te voeren, te vervoeren of voor handen te hebben. Stoffen waarvoor geen legale toepassing bekend is en die al onder Europese regelgeving vallen, zijn hier niet in opgenomen (zie ook § 2.1.1).

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. 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 [14]. De FIOD is 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 [14].

Ontwikkeling in beslag genomen pre-precursoren en andere chemicaliën

- 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 [14].
- Op basis van informatie die de FIOD hierover heeft bereikt, blijkt dat in Nederland in 2022 in totaal ruim 141.000 kilo chemicaliën die voor drugsproductie bestemd waren, in beslag zijn genomen. Het gaat daarbij om chemicaliën bestemd voor de productie van synthetische drugs maar ook voor de extractie van cocaïne en conversie van morfine naar heroïne. In 2021 ging het om ongeveer 175.000 kilo. In 2020 werd nog dubbel zoveel (meer dan 350.000 kilo) drugsgerelateerde chemicaliën in beslag genomen [14].
- De FIOD houdt registraties bij over de 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 2022 werden bij inbeslagnames in totaal ruim 21.100 kilo pre-precursoren door de politie, de FIOD en de Douane in beslag genomen

(voor zover bij de FIOD bekend). Dit aantal is hoger dan in 2021 [14–16].
- Op basis van informatie die de Douane en de FIOD hierover heeft bereikt, zijn er de afgelopen jaren signalen dat een deel van de zendingen (pre-)precursoren (met bronland China) rechtstreeks naar Nederland kwam en een deel via andere EU-lidstaten ons land bereikten. Deze trend leek op basis van informatie van de politie, de Douane en de FIOD ook in 2022 te zijn voortgezet. De opsporingsinstanties zagen dat minder zendingen werden onderschept, maar dat de productie van synthetische drugs niet afnam. De (internationale) coronamaatregelen leken hieraan niets te hebben veranderd [14].
- Dit is mogelijk te verklaren doordat het goederentransport en vrachtverkeer in Nederland ten tijde van de coronamaatregelen doorgang vonden. In 2020 was het goederentransport en vrachtverkeer op een lager niveau dan in 2019, maar in 2021 was het goederentransport via de weg, het spoor of de binnenvaart, terug op het niveau van 2019 of het steeg erbovenuit. Alleen het goederenvervoer via de zeevaart was in 2020 en 2021 nog niet terug op het niveau van 2019 [17,18].

Nieuwe pre-precursoren

- Regelmatig verschijnen nieuwe pre-precursoren op de illegale markt en lijken internationaal gereguleerde pre-precursoren geleidelijk in onbruik te raken [14].
- In 2022 is in Nederland de stof diethyl (phenylacetyl) propanedioate (DEPAPD) twee keer aangetroffen. Dit is een, inmiddels geregistreerde, pre-precursor voor BMK [16].
- In 2021 werden in Nederland 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 (PMK 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 door de FIOD, Douane en politie 4.464 kilo MAMDPA en 350 kilo PMK ethyl glycidaat in beslag genomen [14].
- 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 inmiddels een geregistreerde precursor voor BMK [14].
- In 2022 hebben twee relatief grote inbeslagnames van APAAN plaatsgevonden, in vergelijking met de drie jaar ervoor. Het aantal inbeslagnames en de totale hoeveelheid in beslag genomen APAA zijn sinds 2018 blijven dalen. In 2022 zijn aanzienlijk minder kilo’s van de pre-precursor MAPA in beslag genomen in vergelijking met de jaarlijkse inbeslagnames in de periode 2018-2021. Het aantal inbeslagnames van de pre-precursor natriumzout van BMK-glycidezuur was in 2022 vergelijkbaar met 2018-2021, maar heeft geleid tot een relatief groot in beslag genomen volume[14,16].
- PMK-glycidaat en natriumzout van PMK-glycidezuur zijn geregistreerde precursoren voor PMK, waarmee MDMA/ecstasy geproduceerd kan worden. In 2022 heeft één grote inbeslagname van natriumzout van PMK-glycidezuur plaatsgevonden. In de periode 2017 tot en met 2021 ging het jaarlijks eveneens om één of twee inbeslagnames maar was de omvang van de vangsten meestal (aanzienlijk) kleiner. Over 2022 zijn geen gegevens bekend over inbeslagnames van de stof PMK-glycidaat [14,16].

Hoeveelheden en aantallen van in Nederland in beslag genomen pre-precursoren voor de productie van synthetische drugs[I,II], 2017-2022

Stof[II]	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	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	Totale hoeveelheid (kg)	Aantal inbeslagnames
APAAN	1.559	5	3.928	7	0	0	24	2	-	-	500	2
APAA	10.443	22	14.091	21	4.341	11	1.224	6	80	2	6	1
MAPA	488	3	5.022	9	7.407	32	4.949	28	6.167	24	349	5
EAPA	-	-	-	-	-	-	150	1	85	2	-	-
MAMDPA	-	-	-	-	-	-	-	-	4.464	6	17	2
DEPAPD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	2
Natriumenolaat van DEPAPD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1
PMK ethyl glycidate	-	-	-	-	-	-	-	-	350	1	7.527	20
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	1.075	1
Kaliumzout van PMK glycidezuur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1
BMK methyl glycidate	-	-	-	-	-	-	-	-	21	1	1.445	3
BMK glycidezuur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.355	26
Natriumzout van BMK glycidezuur	1.625	3	2.066	7	4.897	7	1.140	9	848	9	3.626	8
Totaal	20.023	43	29.606	54	19.610	57	8.314	50	13.108	47	21.113	72

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 MAMDPA en PMK 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 2020, 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. Er zijn geen gegevens bekend over in 2022 in beslag genomen azijnzuuranhydride. 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 [14]. Cijfers van de FIOD tonen aan dat inbeslagnames van azijnzuuranhydride zijn gedaald in 2019 en 2020, na een piek in 2018 [5].
- Ook in het buitenland werden enkele jaren geleden grote partijen azijnzuuranhydride in beslag genomen. Daarbij waren er aanwijzingen dat deze partijen onder andere uit Nederland waren verstuurd. De partijen hadden onder meer Turkije, Iran of Afghanistan als bestemming [5,14].
- Azijnzuuranhydride wordt niet alleen gebruikt voor de omzetting van morfine naar heroïne, maar kan ook worden gebruikt voor de omzetting van fenylazijnzuur naar BMK, een belangrijke grondstof voor de productie van methamfetamine en amfetamine. Voor zover bekend is deze toepassing niet in Nederland gezien. In Afghanistan, waar heroïne wordt geproduceerd, wordt de afgelopen jaren ook in toenemende mate methamfetamine geproduceerd [19,20].

Pre-precursoren voor methamfetamine

- In 2021 lijkt de productie van methamfetamine in Nederland waarbij methamfetamine (vanuit poedervorm) gekristalliseerd en/of hergekristalliseerd is, weer afgenomen te zijn ten opzichte van het piekjaar 2020 (zie daarvoor ook §16.3.2) [14]. Het merendeel van de methamfetamine geproduceerd in Nederland wordt naar het buitenland geëxporteerd [15].
- Uit signalen van de Landelijke Faciliteit 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 [14].
- Naast reeds genoemde precursoren wordt bij de productie van methamfetamine van wijnsteenzuur gebruik gemaakt. De hoeveelheid in beslag genomen wijnsteenzuur (een niet-geregistreerde stof) is in 2022, net als in 2021, afgenomen ten opzichte van 2020 [14].
- 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 [14].
- Voorheen werd methamfetamine binnen Europa voornamelijk in zogenoemde ‘keukenlabs’ in Tsjechië geproduceerd. Daarbij werd vooral 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) [14].
- 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 [14].

Omvang en aantallen van in Nederland in beslag genomen stoffen die te relateren zijn aan de productie van methamfetamine[I,II], 2017-2022

Stof[II]	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	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	Totale hoeveelheid (kg)	Aantal inbeslagnames
MTG	-	-	-	-	-	-	525	6	90	2	-	-
AIBN	-	-	-	-	-	-	326	7	49	2	20	1
MYCP	-	-	-	-	-	-	244	4	138	2	40	1
(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	1.826	14
Jodium	403	2	1.542	7	160	4	163	2	5	1	1	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	1.887	17

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, 2022.

Aanvullende informatie

Bronnen

1. Politie. Informatierapport inbeslagname drugs 2019. Den Haag; 2020.
2. Douane. Douane onderschept steeds meer drugs in de post. 2023.
3. Douane. Douane onderschept meer drugs in eerste halfjaar 2023. 2023.
4. Douane. Douane - Drugsvangsten 1e helft 2022. 2022;
5. Chessa, T.van Mantgem, J.Vermeulen I. Fenomeenbeeld drugs 2021: “De narcostand van Nederland.” Zoetermeer; 2022.
6. Douane. Minder drugs onderschept in de havens in 2022 . 2023.
7. OM. HARC-team onderschept bijna 47000 kilo cocaïne in 2022. 2023.
8. Douane. Douanes Nederland en België bezoeken Zuid-Amerika. 2023.
9. Rijksoverheid. Meer samenwerking Nederlandse en Belgische douane bij aanpak drugssmokkel. 2023.
10. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2023;
11. Boerman F, Grapendaal M, Nieuwenhuis F, Stoffers E. Nationaal dreigingsbeeld 2017: Georganiseerde criminaliteit. Driebergen; 2017.
12. EMCDDA. European Drug report 2023. 2023.
13. EMCDDA. European Drug Report: Trends and Developments. 2022.
14. FIOD . Het Centraal Punt Precursoren: PICS substance statistics. ; 2022 p. .
15. EMCDDA, Europol. EU Drug Market: Methamphetamine -. 2022.
16. FIOD. Het Centraal Punt Precursoren: PICS substance statistics 2022. 2023.
17. Taale H, Olde Kalter M, Smit R, Barnas B, Evers C. Monitor Mobiliteit & Vervoer, nr 12. Den Haag; 2022.
18. Taale H, Olde Kalter M, De Bruin R, Barnas B. Achtergrondrapportage “Monitor mobiliteit tijdens COVID-19.” 2020.
19. 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
20. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D, Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.

16.3.3 Ontmantelde productielocaties en dumpingen

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 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”, dat geldt in het bijzonder voor de dumpingen.

Synthetische drugs

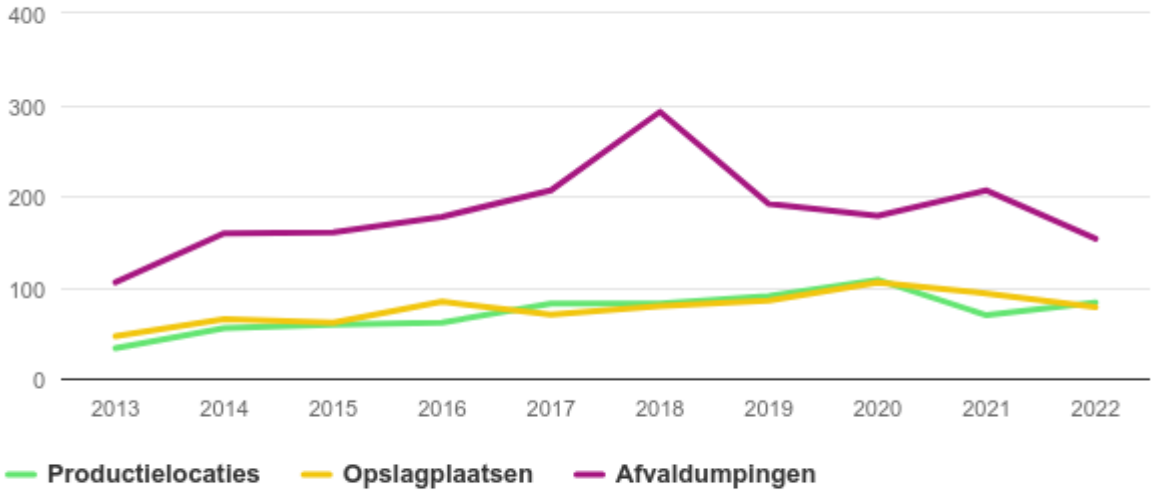
Onderzoek van Europol uit 2021 laat zien dat in de huidige Europese drugsmarkt in Nederland de meeste productielocaties van MDMA worden ontmanteld [1]. Daarnaast blijkt uit het jaarlijkse rapport van de United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) dat, in de periode 2016-2020, Nederland wereldwijd 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 2022 steeg het aantal ontmantelde productielocaties in Nederland ten opzichte van 2021 met 20%. Deze stijging was echter maar in de helft van de provincies zichtbaar. In de andere helft van de provincies daalde het aantal ontmantelde productielocaties of bleef het aantal gelijk. Net als in 2021 kwamen in 2022 de meeste meldingen uit de provincies Noord-Brabant, Noord-Holland, Gelderland en Limburg. Ook kwamen er in 2022 in vergelijking met het voorgaande jaar, relatief veel meldingen uit Zuid-Holland [3,4,6].
- 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) [7]. 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, 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 [8]. 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.
- Het aantal aangetroffen dumplocaties is in 2022 gedaald naar 155. In 2021 werden er 206 afvaldumpingen aangetroffen. De meeste meldingen van drugsafvaldumpingen in 2022 waren afkomstig uit de provincie Limburg; daarna volgen Noord-Brabant, Zuid-Holland en Noord-Holland. Bij de cijfers moet aangetekend worden dat niet alle dumpingen bij de LFO worden gemeld [5,6]. In de periode 2017 tot en met 2020 is meer dan een miljoen liter/kilo drugsafval aangetroffen [7].
- Een mogelijke verklaring voor de stijging van de dumplocaties in 2021 ten opzichte van 2020 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 in 2021 kunnen zijn [3,4].

Aantal aan de Landelijke Eenheid gemelde ontmantelde productie- en opslaglocaties en afvaldumplocaties voor de productie van synthetische drugs, 2013-2022, in aantallen



Bron: Nationale Politie, Cluster Synthetische Drugs, ERISSP Landelijk overzicht Synthetische Drugs 2020; Nationaal Overzicht Drugslocaties 2022, 2021: Cannabis, Synthetische Drugs, Heroïne en Cocaïne (Nationale Politie, 2023, 2022). Bewerking Regioplan.

NDM

	Productielocaties	Opslagplaatsen	Afvaldumpingen
2013	33	46	105
2014	55	65	159
2015	59	61	160
2016	61	84	177
2017	82	70	206
2018	82	79	292
2019	90	85	191
2020	108	105	178
2021	69	93	206
2022	83	78	153

- 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 chemisch afval in bodem- en oppervlaktewater werd geloosd. Daarnaast was de hoeveelheid afval per dumping groter [8]. 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 2022 zijn zeventien productielocaties voor cocaïne ontmanteld. Dit betrof locaties waar de productie van cocaïne plaatsvond, zoals extractie (uitwassen), kristallisatie of verpakken [2,4,6]. In vergelijking met 2021 is het aantal cocaïne-productielocaties in 2022 sterk gestegen; toen werden namelijk zeven productielocaties ontmanteld. Tussen 2020 en 2021 daalde het aantal ontmantelde productielocaties juist van negentien naar zeven. De productielocaties werden in 2022 voornamelijk aangetroffen in de provincie Zuid-Holland [2,4,6].

- In 2022 werden door de politie drie locaties aangetroffen waar alleen de versnijding van cocaïne plaatsvond [6]. In 2021 waren dat veertien versnijdingslocaties [2].
- Het aantal ontmantelde opslaglocaties van cocaïne is in 2022 gedaald naar zeven. In 2021 werden 21 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 [2,6].
- 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 [2,9].

Methamfetamine

- In 2022 zijn vijftien locaties aangetroffen waar (vermoedelijk) sprake was van de productie van methamfetamine. Dit aantal is hetzelfde aantal als in 2021 [6,10].
- In 2020 werden 32 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 politie-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 ten opzichte van 2020 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 [11].
- 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 [5,8,12]. Op basis van bovenstaande informatie van de politie over 2021 en 2022 lijkt dit beeld echter inmiddels achterhaald.

Heroïne

- Er werden twee heroïnelabs ontmanteld in Nederland in 2022. In 2021 waren dit er drie. Een productielocatie betreft hier een locatie waar de activiteiten plaatsvinden met betrekking tot productie van heroïne zoals÷ synthese, kristallisatie, versnijden of verpakken. De in 2022 ontmantelde heroïnelabs bevonden zich in de politie-eenheid Den Haag [3,6].
- In 2022 is één opslaglocatie voor heroïne ontmanteld. Opslaglocaties betreffen locaties waar hardware (glaswerk, ketels etc.) en/of chemicaliën ten behoeve van de productie van heroïne

zijn aangetroffen. De in 2022 ontmantelde opslaglocatie bevond zich in de politie-eenheid Rotterdam [3,6].
- 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 politie-eenheid Amsterdam en één locatie bevond zich in politie-eenheid Den Haag [3].

Aantal ontmantelde methamfetaminelabs in de periode 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal ontmantelingen	5	7	9	32	15	15

Bron: Nationale Politie (2021), Nationale Politie (2022). Nationaal Overzicht Drugslocaties 2022, Nationale Politie. 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 van de politie [4].

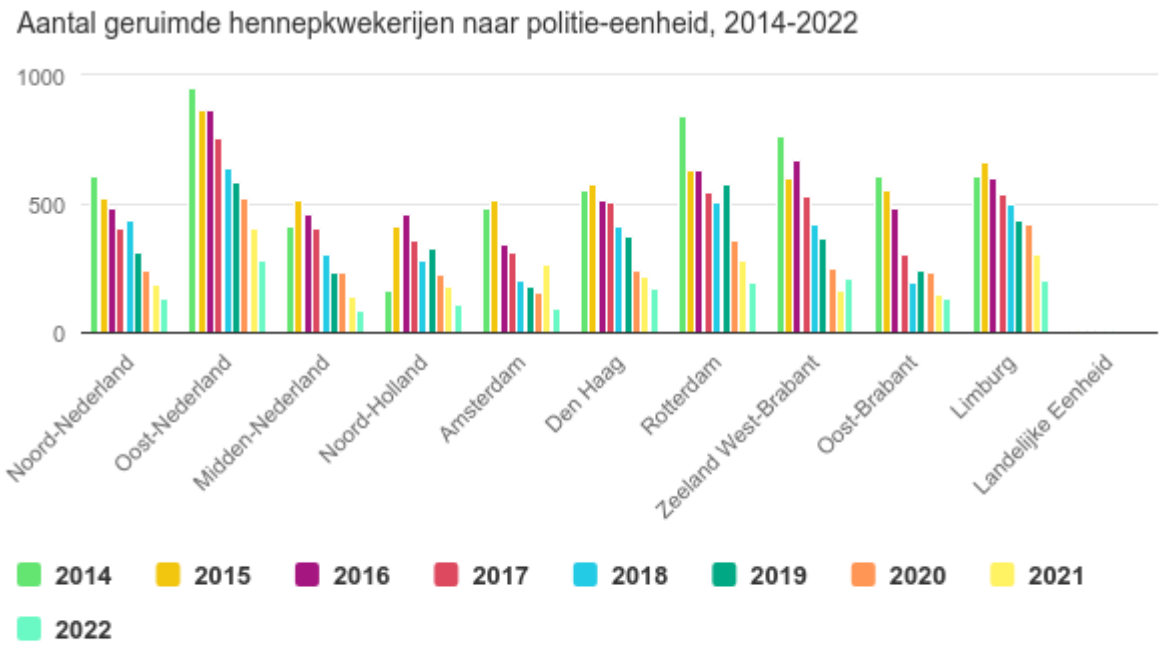
- In 2022 zijn 1.604 hennepkwekerijen geruimd. Dat zijn er bijna 700 minder dan in 2021, toen 2.285 hennepkwekerijen werden ontmanteld. De afname van het totaal aantal opgerolde hennepkwekerijen in 2022 is een voortzetting van de dalende trend sinds 2014. In de politie-eenheid Amsterdam werd in 2022 de grootste daling waargenomen ten opzichte van 2021. De politie-eenheid Zeeland-West-Brabant is de enige eenheid waar het aantal ontmantelde hennepkwekerijen is gestegen ten opzichte van 2021 [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 (de burgemeester, de politie en het Openbaar Ministerie (OM)) minder prioriteit gegeven is aan hennepbestrijding vergeleken met andere jaren [5]. Het ruimen van hennepkwekerijen is bij de Basisteams van de politie belegd, waar de druk op de capaciteit hoog is. Dit in tegenstelling tot het ontmantelen van synthetische drugslabs, wat bij de opsporing is belegd [3,4,7,8]. 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 [7].
- De meeste hennepkwekerijen werden in 2022 ontmanteld in de politie-eenheid Oost-Nederland. In de politie-eenheden Midden-Nederland en Amsterdam werden de minste

kwekerijen geruimd [6].

Aantal geruimde hennepkwekerijen, 2013-2022

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal	5.962	6.006	5.856	5.538	4.670	3.913	3.635	2.894	2.285	1.604

Bron: Nationale Politie, Landelijke Eenheid, Dienst Landelijke Informatieorganisatie (2021, 2022 en 2023)



Bron: Nationale Politie, Landelijke Eenheid, Dienst Landelijke Informatieorganisatie (Nationale Politie, 2021, 2022). Nationaal overzicht drugslocaties 2022 (Nationale Politie, 2023). Bewerking Regioplan.

NDM

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Noord-Nederland	607	524	488	404	436	313	246	184	131
Oost-Nederland	950	871	866	761	640	587	527	406	278
Midden-Nederland	413	513	463	405	306	236	231	139	87

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Noord-Holland	162	412	461	357	281	325	226	177	107
Amsterdam	486	512	342	309	206	176	158	268	93
Den Haag	556	576	516	510	414	374	240	216	170
Rotterdam	842	629	634	550	507	576	363	279	198
Zeeland West-Brabant	763	598	673	532	424	365	249	164	209
Oost-Brabant	606	551	487	301	193	245	233	146	129
Limburg	612	662	600	538	502	437	419	304	201
Landelijke Eenheid	9	8	8	3	4	1	2	2	1

- Het overgrote deel van de opgerolde hennepkwekerijen betrof in 2021 binnenkwekerijen (90%). De rest bestond uit buitenteelt (10%). Dit beeld is vergelijkbaar met 2020 [5].
- Buitenkwekerijen werden in 2021 vooral door de politie-eenheden Rotterdam (41) en Den Haag (41) gerapporteerd. Het aantal buitenkwekerijen daalde ten opzichte van een jaar eerder sterk in deze politie-eenheden. In 2020 werden nog 92 buitenkwekerijen in de eenheid Rotterdam ontmanteld. In de politie-eenheid Den Haag betrof het zestig buitenkwekerijen in 2020. De afname van het aantal geruimde buitenkwekerijen deed zich in 2021 ook voor in de politie-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 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 [14]. In 2021 is-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 [7].

- Experts in de duidingssessie van 2022 wijzen er daarnaast op dat de daling van het aantal in beslaggenomen hennepplanten mogelijk verklaard kan worden doordat de politie, het OM en de rechtspraak vanwege druk op de capaciteit minder prioriteit hebben gegeven aan opsporing en rechterlijke afdoening van softdrugsdelicten [11].

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 [10]. 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 [13]. Welk aandeel van het aantal meldingen in 2021 en 2022 bij Meld Misdaad Anoniem over (mogelijke) hennepplantages ging, is (nog) niet bekend.

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. Politie. Nationaal Overzicht Drugslocaties 2022. 2023.
7. Chessa T, van Mantgem J, Vermeulen I. Fenomeenbeeld drugs 2021: “De narcostand van Nederland.” Zoetermeer; 2022.
8. Politie . Ondermijningsaanpak Synthetische drugs – cijfers 2020. Den Haag: Nationale Politie; 2021 p.
9. EMCDDA, Europol. EU Drug Market: Cocaine. 2022.
10. Politie . Informatierapport cocaïnewasserijen, methamfetamine- en heroïnelabs 2020. Nationale Politie; 2021 p.
11. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken 2022. 2023.

12. EMCDDA, Europol. EU Drug Market: Methamphetamine -. 2022.
13. 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.
14. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D, Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.

16.4 Incidenten en verdachten Opiumwetdelicten

16.4.1 Drugsgerelateerde incidenten

Snel naar:

- Toepassing Wet Damocles
- Landelijke ontwikkeling door de politie geregistreerde incidenten
- Regionale ontwikkeling door de politie geregistreerde 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 de 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 in de periode 1 januari 2018 tot 1 juni 2020. Het onderzoek bevat zowel algemenere informatie van 235 gemeenten in Nederland als informatie over exacte aantallen ten aanzien van de toepassing van de Wet Damocles door 135 gemeenten. Uit het onderzoek blijkt het volgende:

- 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 onderzoeksperiode 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].
- Meerdere respondenten, waaronder politiefunctionarissen en gemeenteambtenaren, gaven in interviews aan dat als de bewoners in de wijk overlast van het pand ervaarden, de rust terugkeerde in de wijk door de sluiting van de woning. Wanneer er echter geen overlast van het pand was, nam het ervaren veiligheidsgevoel in de wijk juist af volgens de respondenten [1].

Landelijke ontwikkeling door de politie geregistreerde incidenten

De politie registreert (strafrechtelijke) incidenten die te maken hebben met de Opiumwet in het registratiesysteem Basisvoorziening Handhaving (BVH). Zie voor een toelichting op deze cijfers bijlage B10.

- In 2022 daalde het aantal geregistreerde softdrugsincidenten van 4.011 in 2021 naar 3.857.
- De daling van de geregistreerde softdrugsincidenten is in lijn met de daling in de periode 2014-2018 en na 2020. In 2019 en 2020 steeg het aantal geregistreerde softdrugsincidenten [2].
- Het aantal geregistreerde harddrugsincidenten steeg daarentegen in 2022 ten opzichte van 2021. In 2022 werden 8.201 harddrugsincidenten geregistreerd, in 2021 waren dat er 7.167.
- Het aantal geregistreerde harddrugsincidenten fluctueerde in de jaren 2018-2022. Er zijn zowel behoorlijke stijgingen als dalingen in de trend.

In 2022 daalde het aantal meldingen bij Meld Misdaad Anoniem over drugsgerelateerde delicten zoals de productie en handel van harddrugs, hennepkwekerijen en internationale drugssmokkel van 12.500 meldingen in 2021 naar 10.241 in 2022. In 2021 daalde het aantal meldingen ook al ten opzichte van 2020 [3,4].

Geregistreerde soft- en harddrugsincidenten bij de politie, 2014-2022, in aantallen

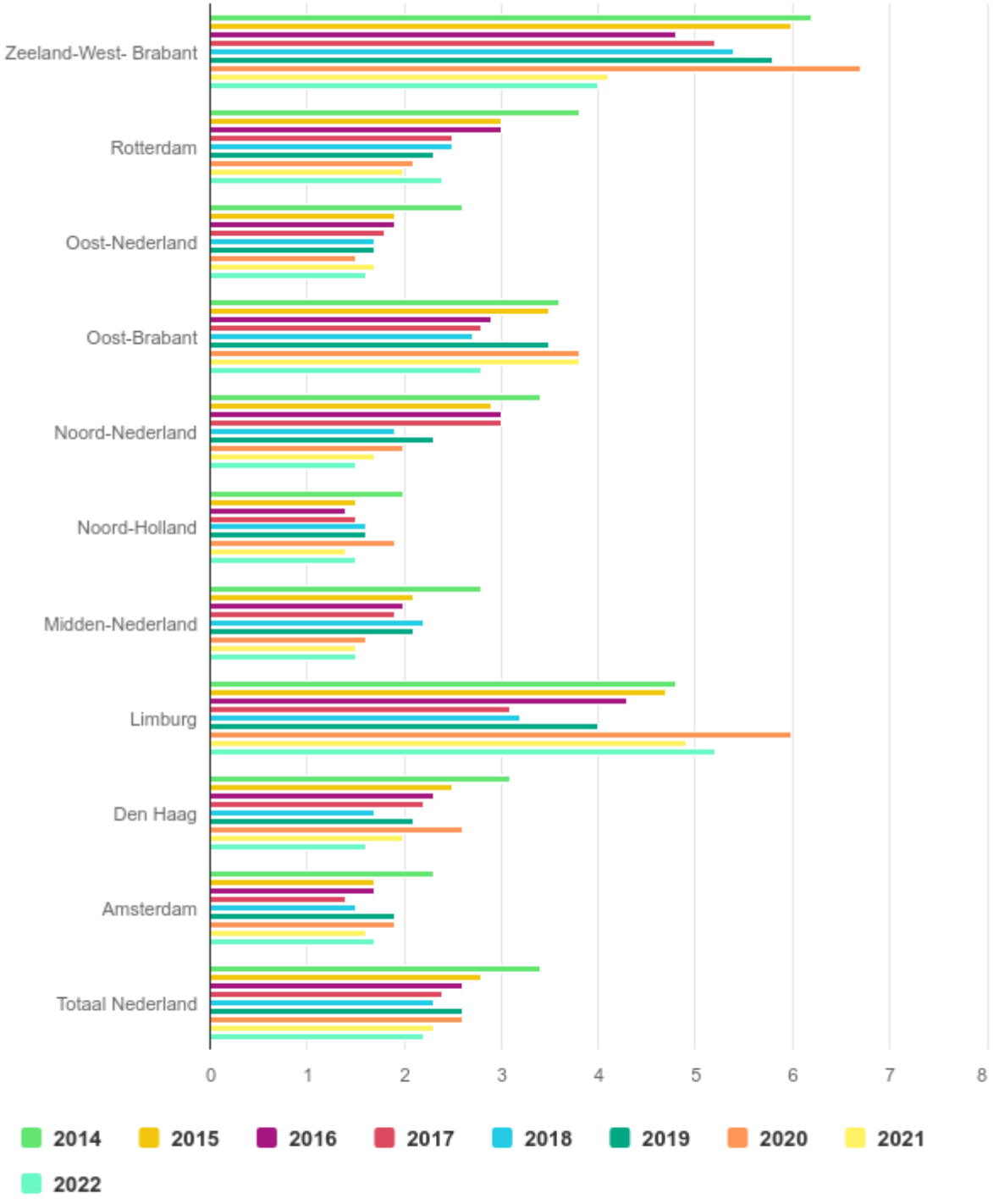
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Geregistreerde softdrugsincidenten	5.663	4.788	4.463	4.162	4.031	4.445	4.518	4.011	3.857
Geregistreerde harddrugsincidenten	8.587	8.424	8.164	7.942	7.999	8.720	7.963	7.167	8.201

Bron: cijfers over 2014-2018 zijn afkomstig uit Mennes et al., 2020. Cijfers over 2019, 2020, 2021 en 2021 betreffen registraties ontvangen van de Nationale Politie (augustus 2020, september 2021, maart 2022, april 2023).

Regionale ontwikkeling door de politie geregistreerde incidenten

In 2022 was er in de politie-eenheden Amsterdam, Limburg, Noord-Holland en Rotterdam sprake van een stijging van het aantal geregistreerde softdrugsincidenten per 10.000 inwoners ten opzichte van 2021. In de andere politie-eenheden was juist sprake van een daling, behalve in de politie-eenheid Midden-Nederland (hier bleef het aantal softdrugsincidenten stabiel). De grootste daling deed zich voor in de politie-eenheid Oost-Brabant. Het aantal geregistreerde softdrugsincidenten per 10.000 inwoners is in 2022 in heel Nederland licht gedaald ten opzichte van 2021, namelijk van 2,3 naar 2,2 incidenten.

Geregistreerde softdrugsincidenten per politie-eenheid[I], 2014-2022, in aantallen (per 10.000 inwoners)



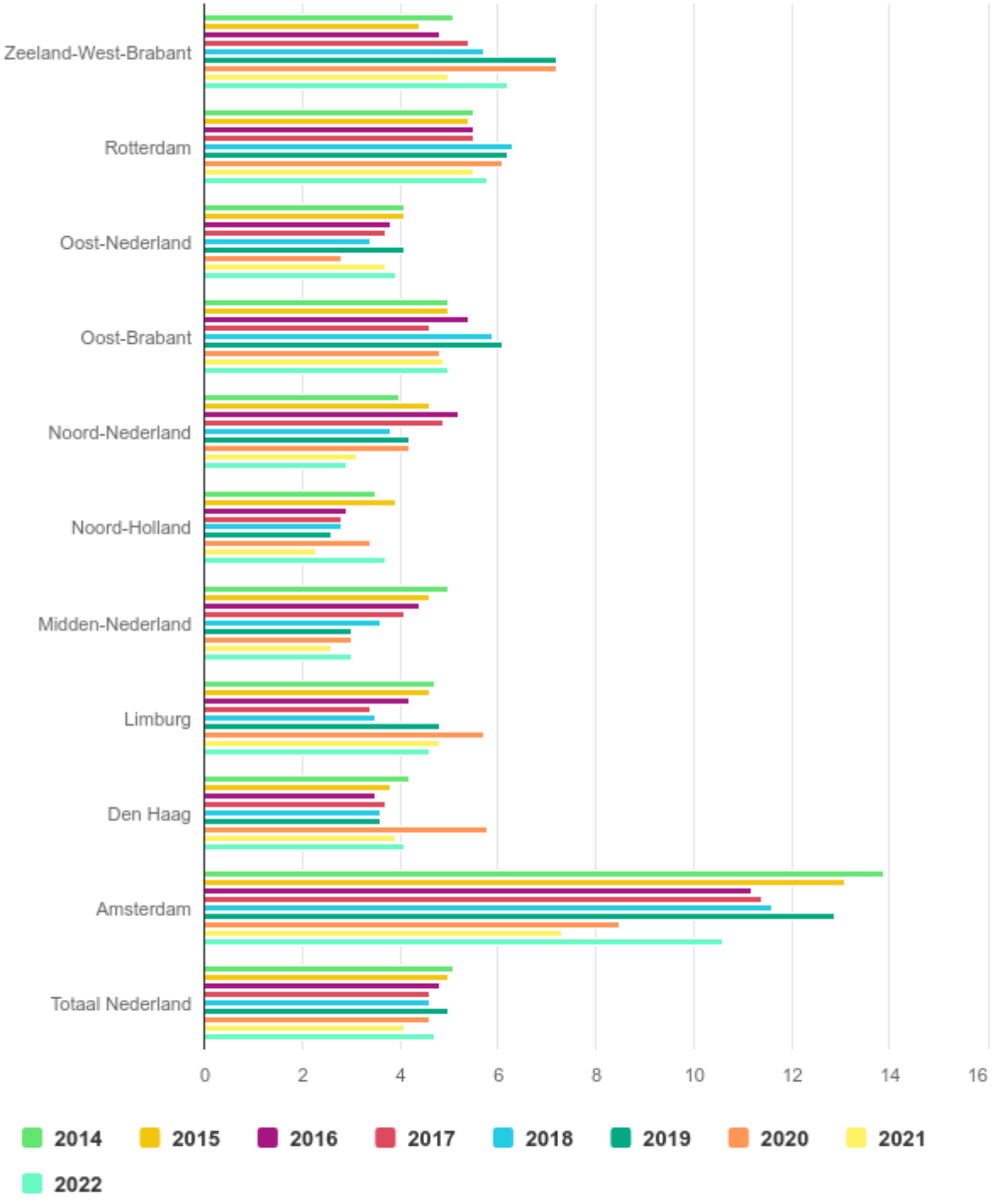
I. In Mennes et al. (2020) is de eenheid Oost-Nederland opgedeeld in twee regio's (niet-grens en grens). Omdat niet inzichtelijk is welke gemeenten in welke regio ondergebracht zijn, is hierboven gekozen om een gemiddelde van deze twee regio's weer te geven voor 2014-2018. Bron: cijfers over 2014-2018 zijn afkomstig uit Mennes et al., 2020. Cijfers over 2019, 2020, 2021 en 2022 betreffen registraties ontvangen van de Nationale Politie (augustus 2020, september 2021, maart 2022, april 2023). Bewerking Regioplan.

NDM

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Zeeland-West-Brabant	6.2	6	4.8	5.2	5.4	5.8	6.7	4.1	4
Rotterdam	3.8	3	3	2.5	2.5	2.3	2.1	2	2.4
Oost-Nederland	2.6	1.9	1.9	1.8	1.7	1.7	1.5	1.7	1.6
Oost-Brabant	3.6	3.5	2.9	2.8	2.7	3.5	3.8	3.8	2.8
Noord-Nederland	3.4	2.9	3	3	1.9	2.3	2	1.7	1.5
Noord-Holland	2	1.5	1.4	1.5	1.6	1.6	1.9	1.4	1.5
Midden-Nederland	2.8	2.1	2	1.9	2.2	2.1	1.6	1.5	1.5
Limburg	4.8	4.7	4.3	3.1	3.2	4	6	4.9	5.2
Den Haag	3.1	2.5	2.3	2.2	1.7	2.1	2.6	2	1.6
Amsterdam	2.3	1.7	1.7	1.4	1.5	1.9	1.9	1.6	1.7
Totaal Nederland	3.4	2.8	2.6	2.4	2.3	2.6	2.6	2.3	2.2

Op regionaal niveau zien we dat in alle politie-eenheden het aantal geregistreerde harddrugsincidenten per 10.000 inwoners in 2022 toenam, behalve in de politie-eenheden Limburg en Midden-Nederland waar sprake was van een daling. De toename was het grootst in politie-eenheid Amsterdam, gevolgd door de eenheid Noord-Holland. Ten opzichte van 2021 is het aantal geregistreerde harddrugsincidenten voor heel Nederland in 2022 gestegen: van 4,1 naar 4,7 incidenten per 10.000 inwoners.

Geregistreerde harddrugsincidenten per politie-eenheid[I], 2014-2022, 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, 2021 en 2022 betreffen registraties ontvangen van de Nationale Politie (augustus 2020, september 2021, maart 2022, april 2023). Bewerking Regioplan.

NDM

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Zeeland-West-Brabant	5.1	4.4	4.8	5.4	5.7	7.2	7.2	5	6.2
Rotterdam	5.5	5.4	5.5	5.5	6.3	6.2	6.1	5.5	5.8
Oost-Nederland	4.1	4.1	3.8	3.7	3.4	4.1	2.8	3.7	3.9
Oost-Brabant	5	5	5.4	4.6	5.9	6.1	4.8	4.9	5
Noord-Nederland	4	4.6	5.2	4.9	3.8	4.2	4.2	3.1	2.9
Noord-Holland	3.5	3.9	2.9	2.8	2.8	2.6	3.4	2.3	3.7
Midden-Nederland	5	4.6	4.4	4.1	3.6	3	3	2.6	3
Limburg	4.7	4.6	4.2	3.4	3.5	4.8	5.7	4.8	4.6
Den Haag	4.2	3.8	3.5	3.7	3.6	3.6	5.8	3.9	4.1
Amsterdam	13.9	13.1	11.2	11.4	11.6	12.9	8.5	7.3	10.6
Totaal Nederland	5.1	5	4.8	4.6	4.6	5	4.6	4.1	4.7

Uit de duidingssessie van 2023 bleek dat onder experts beperkt zicht is op mogelijke verklaringen voor de afname van het aantal geregistreerde soft- of harddrugsincidenten in 2021 ten opzichte van 2020, en de stijging van harddrugsincidenten in 2022 ten opzichte van 2021. De experts achten het wat betreft harddrugsincidenten zeer waarschijnlijk dat de daling in de jaren 2020 en 2021 toe te schrijven is aan de gevolgen van de maatregelen ter bestrijding van de coronapandemie. De stijging in 2022 wijst er dan op dat het aantal geregistreerde harddrugsincidenten weer op het niveau van voor de coronapandemie komt [5].

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. Misdaad Anoniem M. Anonieme tips terug op niveau voor coronapandemie. 2023.
5. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.

16.4.2 Verdachten van Opiumwetdelicten bij de politie

Snel naar:

- Verdachten van drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken bij de politie
- Ontwikkeling van verdachten van Opiumwetdelicten
- Internationale rechtshulpverzoeken

Verdachten van drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken bij de politie

In het registratiesysteem Summ-IT registreert de politie drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken en kenmerken van verdachten in deze opsporingsonderzoeken. Hieronder zijn de meest recente gegevens, over de jaren tot 2020, opgenomen. Over 2021 en 2022 is nog geen informatie beschikbaar.

- 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 deel 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 er 700 verdachten en in 2019 ging het om 1.137 verdachten. Het overgrote merendeel van de verdachten was man. Het grootste deel van de verdachten was tussen de 20 en 39 jaar [1].
- Voor hasjgerelateerde opsporingsonderzoeken: er waren 404 verdachten in 2020 en 457 verdachten in 2019. Mannen zijn eveneens in deze groep verdachten sterk oververtegenwoordigd. Het grootste deel van de verdachten was tussen de 20 en 29 [1].
- Voor synthetische drugs: 1.129 verdachten in 2020 en 1.265 verdachten in 2019. Het overgrote merendeel van de verdachten was man en tussen de 20 en 39 jaar [1].
- Voor cocaïnegerelateerde opsporingsonderzoeken: in 2020 betrof het 1.428 verdachten en in 2019 waren dit 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 opsporingsonderzoeken: er waren 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 (voorlopige) aantal geregistreerde verdachten van Opiumwetdelicten in 2022 opnieuw is afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren. Het gaat om ruwweg 16.000 verdachten van Opiumwetdelicten in 2022. In 2020 waren er ruwweg 19.000 verdachten, in

2021 daalde dit aantal naar ongeveer 17.000 verdachten. Het totaal aantal verdachten van misdrijven - dus niet alleen Opiumwetdelicten - steeg daarentegen in 2022 ten opzichte van 2021. In 2021 waren er ongeveer 245.000 verdachten van misdrijven tegenover 257.000 in 2022 [2,3].

- Het aandeel geregistreerde verdachten van een Opiumwetdelict in alle geregistreerde verdachten van misdrijven lag in 2022 op ruim 6%. Dat is enigszins lager dan in de vijf voorgaande jaren toen het deel rond 7% schommelde [3]. 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 in deze periode: het aantal verdachten van Opiumwetdelicten in de periode maart 2020-juni 2021 week niet veel af van de prognose van de situatie zonder coronapandemie [4]. Dit wijst erop dat de ontwikkelingen van het aantal verdachten van Opiumwetdelicten sinds de de start van de coronapandemie in maart 2020 tot medio 2021 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, 2013-2022, in absolute aantallen en percentage[I,II]

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
% Opiumwetverdachten	6,8	6,9	6,8	6,6	6,7	7,0	7,3	7,0	6,9	6,1
Opiumwetverdachten (afgerond, *1.000)	24	23	21	18	17	18	20	19	17	16
Totaal verdachten misdrijven (afgerond, *1.000)	350	327	302	279	258	259	276	264	245	257

I. Geregistreerde verdachten misdrijven, in duizendtallen. II. Voorlopige cijfers over 2021 en 2022. Bron: CBS Statline (2023), bewerking Regioplan.

- Het aantal geregistreerde Opiumwetmisdrijven bleef in 2022 gelijk ten opzichte van 2021. In beide jaren zijn ruwweg 12.000 Opiumwetmisdrijven geregistreerd. Het totaal aantal

geregistreerde misdrijven steeg in 2022 ten opzichte van 2021 (zie tabel hieronder) [3].
- Ook het aandeel Opiumwetdelicten in het totaal aantal misdrijven was in 2022 ruwweg vergelijkbaar met het voorgaande jaar.
- 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 [5].
- 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 [6]. 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, 2013-2022, in absolute aantallen en %[I,II]

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
% Opiumwetmisdrijven	1,5	1,6	1,5	1,4	1,5	1,7	1,8	1,6	1,6	1,5
Opiumwetmisdrijven (afgerond, *1.000)	17	16	15	13	13	13	15	13	12	12
Totaal misdrijven (afgerond, *1.000)	1.106	1.026	979	930	833	786	822	813	758	806

I. Geregistreerde misdrijven, in duizendtallen. II. Voorlopige cijfers voor 2021 en 2022. Bron: CBS Statline (2023), bewerking Regioplan.

Internationale rechtshulpverzoeken

- Landen kunnen elkaar, onder bepaalde voorwaarden, om rechtshulp vragen met een rechtshulpverzoek. Rechtshulpverzoeken kunnen bijvoorbeeld gaan over het verhoren van een verdachte, het bieden van hulp bij het uitvoering geven aan een geldstraf of uitleveren van een persoon. Informatie over internationale rechtshulpverzoeken kan inzicht geven in de inzet op en de opbrengst van strafrechtelijke interventies en inspanningen van opsporingsdiensten in

internationaal verband.

- De gegevens over inkomende en uitgaande rechtshulpverzoeken komen uit het Landelijk Uniform Registratiesysteem voor Internationale Rechtshulpverzoeken (LURIS). In dit systeem worden alle rechtshulpverzoeken geregistreerd. Onderstaande cijfers over aantallen rechtshulpverzoeken zijn gebaseerd op het aantal registratienummers. Rechtshulpverzoeken krijgen wanneer ze binnenkomen een registratienummer. Binnen een rechtshulpverzoek kunnen echter meerdere berichten worden verzonden, die dan hetzelfde registratienummer krijgen. De rechtshulpverzoeken met meerdere berichten zijn alle meegeteld als één rechtshulpverzoek. De meest recente gegevens over rechtshulpverzoeken gaan over het jaar 2020 [1].
- In de gehele periode 2017-2020 zijn 103.482 rechtshulpverzoeken geregistreerd. Van deze rechtshulpverzoeken waren er 15.447 drugsgerelateerd, ongeveer 15% van het totaal. Van het totaal aantal rechtshulpverzoeken is 73% inkomend (uit het buitenland) en 27% uitgaand (naar het buitenland) [1].
- In 2020 werden 3.358 drugsgerelateerde rechtshulpverzoeken geregistreerd. Dit is een afname ten opzichte van 2019; toen werden er 3.897 drugsgerelateerde rechtshulpverzoeken ingediend. Deze dalende trend zien we ook terug in het totaal aantal rechtshulpverzoeken [1].
- In het systeem LURIS worden de rechtshulpverzoeken per type drugs geregistreerd. Deze cijfers geven echter geen goed inzicht in het aantal rechtshulpverzoeken per type drugs. Veruit het grootste deel van de drugsgerelateerde rechtshulpverzoeken wordt onder een algemene categorie geschaard. Een reden hiervoor is mogelijk dat uit het rechtshulpverzoek niet blijkt om welk type drugs het gaat. Daarnaast hebben sommige verzoeken zowel een algemeen label als een specifiek label gekregen. Dit rechtshulpverzoek wordt dan dubbel meegeteld [1].
- In de periode 2017-2020 werd 63% van de drugsgerelateerde rechtshulpverzoeken uitgewisseld met buurlanden België en Duitsland; dit gaat om respectievelijk 5.023 en 4.685 geregistreerde drugsgerelateerde rechtshulpverzoeken. Na België en Duitsland wisselt Nederland het meest drugsgerelateerde rechtshulpverzoeken uit met andere buurlanden: Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. De top tien van landen waarmee Nederland het meeste rechtshulpverzoeken uitwisselt, bestaat uit landen binnen Europa en Turkije [1].

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. CBS . Geregistreerde criminaliteit; soort, misdrijf, regio. ; 2023 p.
4. Moolenaar D, Choenni S. Effect van COVID-19 op de strafrechtketen. Memorandum 2021-3 [Internet]. Den Haag; 2021. Available from: www.wodc.nl.
5. 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).
6. Meijer RF, Van den Braak SW, Choenni R. Criminaliteit en rechtshandhaving 2019: Ontwikkelingen en samenhangen. Den Haag: WODC; 2020 p. (Cahier 2020-16).

16.5. Vervolging en afdoening Opiumwetdelicten

16.5.1. Instroom van Opiumwetzaken en delicten bij het OM

Snel naar:

- Totale instroom van Opiumwetdelicten
- Instroom van harddrugsdelicten
- Instroom van softdrugsdelicten
- Instroom van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten

Totale instroom van Opiumwetdelicten

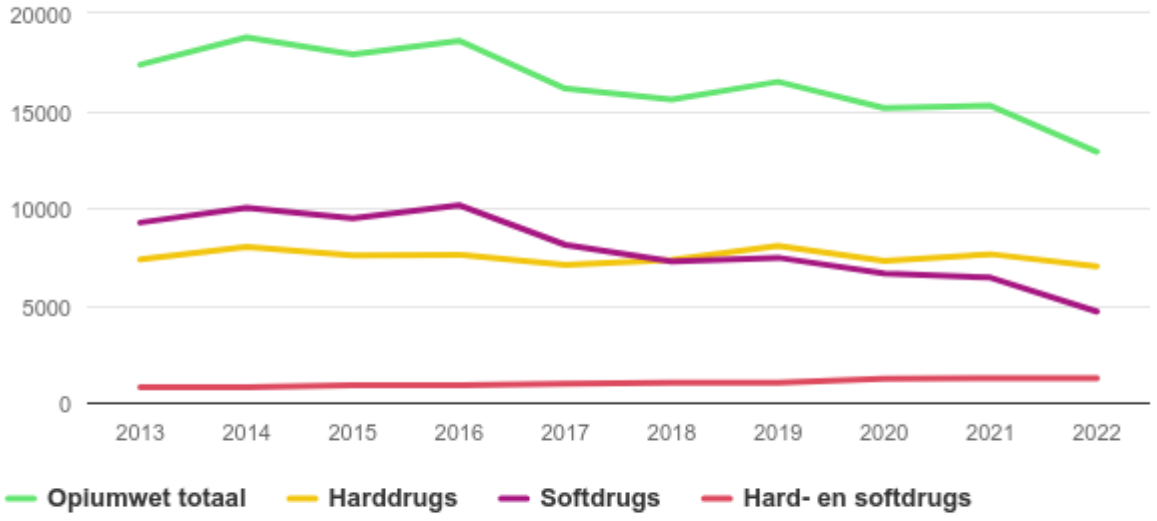
Opiumwetdelicten worden conform de beleidsregels in de Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie (OM) vervolgd (zie www.om.nl).

- In 2022 daalde de instroom van Opiumwetzaken bij het OM in vergelijking met 2021. De instroom van het totaal aantal strafrechtzaken bij het OM steeg daarentegen in 2022 [1–4]. Het aandeel Opiumwetzaken in het totaal aantal ingestroomde strafrechtzaken bij het OM daalde daardoor in 2022 naar 7%. In de periode 2014-2021 was dit aandeel relatief stabiel rond 10% [1,4].
- De daling van het aantal ingestroomde Opiumwetzaken in 2022 is in lijn met de ingezette daling vanaf 2016, met uitzondering van een stijging in 2019 en 2021. De toename in de instroom in 2019 werd voornamelijk veroorzaakt door een stijging van het aantal ingestroomde harddrugszaken. In 2021 bleef het aantal ingestroomde Opiumwetzaken vrijwel gelijk met het jaar daarvoor.
- In 2022 daalde, in lijn met de dalende trend vanaf 2016, het aantal ingestroomde softdrugsdelicten ten opzichte van het jaar daarvoor. Het aandeel ingestroomde softdrugszaken in het totaal van de bij het OM ingestroomde Opiumwetzaken daalde in 2022 wederom. In 2022 was 36% een softdrugszaak.
- Het aantal ingestroomde harddrugsdelicten daalde in 2022, na een stijging in 2021. Het aandeel harddrugszaken in de instroom steeg daarentegen in 2022 ten opzichte van 2021 (van 50% naar 54%). Sinds 2018 is de categorie harddrugszaken het grootste.
- Het aantal ingestroomde gecombineerde hard- en softdrugszaken bleef in 2022 min of meer gelijk aan het aantal in 2021. Er is in 2022 wel een stijging zichtbaar in het aandeel ingestroomde gecombineerde hard- en softdrugszaken. In 2022 is 10% van de ingestroomde Opiumwetzaken een gecombineerde hard- en softdrugszaak. In 2021 was dit 8%.
- Uit de duidingssessie in 2023 bleek dat de daling van de instroom van Opiumwetdelicten tussen 2021 en 2022 mogelijk verklaard kan worden door de intensivering in de aanpak van ondermijning [5]. Als gevolg van de versteviging van de aanpak van ondermijning, zoals beschreven in het Coalitieakkoord 2021-2025 wordt de nadruk gelegd op zwaardere Opiumwetdelicten [6]. Deze zaken komen minder vaak voor, waardoor het aantal ingestroomde Opiumwetdelicten daalt, maar de aard van de ingestroomde zaken mogelijk zwaarder is. Deze relatief zware Opiumwetdelicten hebben voornamelijk betrekking op harddrugsdelicten. De

afname van het aantal ingestroomde softdrugsdelicten kan mogelijk verklaard worden door de nadruk op opsporing en vervolging van zwaardere Opiumwetdelicten.

- In 2021 daalde het aantal ingestroomde softdrugsgerelateerde zaken eveneens. De experts in de duidingssessie in 2022 gaven toen aan dat deze daling mogelijk een gevolg was van de coronamaatregelen, zoals de tijdelijke sluiting van de horeca. Hierdoor was er nauwelijks sprake van uitgaansleven en waren de gelegenheden om softdrugs buiten de deur 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.[7]
- 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; [8]). 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 stijging van het aandeel harddrugsgerelateerde zaken mogelijk een indicatie is van normalisering van harddrugsgebruik, wat zich zou kunnen vertalen in een toename van harddrugszaken waarin het gaat om bezit van drugs en in het verlengde van een toegenomen vraag ook een toename in harddrugszaken rondom handel en productie [6].
- In 2019 is de registratiemethode bij het OM gewijzigd. De stijging van het totaal aantal zaken dat in 2019 (en de jaren erna) bij het OM is ingestroomd, is daardoor veroorzaakt: zaken die in voorgaande jaren voor instroom bij het OM werden geseponeerd, worden vanaf 2019 wel als instroom bij het OM geregistreerd[1,8]. Mogelijk worden relatief weinig Opiumwetzaken voor instroom bij het OM geseponeerd, waardoor het aandeel Opiumwetzaken in de totale instroom bij het OM in de jaren na 2019 desondanks (enigszins) daalde.

Opiumwetzaken[I] ingestroomd bij het OM, naar hard- en softdrugsII, 2013-2022, 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
2013	17355	7340	9240	765
2014	18770	7990	9990	785
2015	17890	7555	9450	870
2016	18590	7590	10130	865
2017	16130	7055	8095	955
2018	15575	7325	7250	995
2019	16480	8035	7435	995
2020	15125	7275	6630	1215

Jaar	Opiumwet totaal	Harddrugs	Softdrugs	Hard- en softdrugs
2021	15255	7615	6405	1235
2022	12885	6995	4660	1225

Aandeel Opiumwetzaken op totale instroom OM, 2013-2022, in %[I]

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
% Opiumwet	8,3	8,9	9,4	9,8	9,3	9,1	8,7	8,6	9,0	7,0
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	209	211	190	189	174	171	190	177	169	184

I. Zaken totaal in duizendtallen. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC/Regioplan.

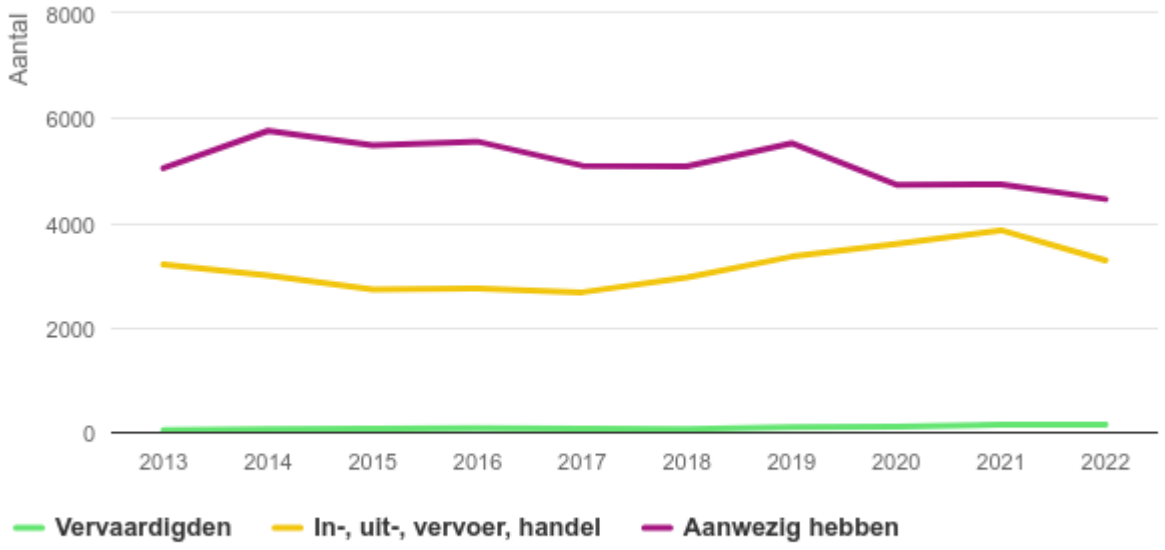
Instroom van harddrugsdelicten

- In de instroom van Opiumwetdelicten bij het OM voor harddrugs kan onderscheid gemaakt worden naar het vervaardigen, de in-, uit- en vervoer van en handel in, en het aanwezig hebben (vrij vertaald: bezit) van harddrugs.
- In 2022 had 53% van de harddrugsdelicten betrekking op het ‘aanwezig hebben’ van harddrugs. Hieronder worden zowel het bezit van relatief kleine hoeveelheden voor eigen gebruik als het bezit van handelshoeveelheden geschaard. Het aandeel van de bezitsdelicten was in 2022 vergelijkbaar met 2021.
- Voor het eerst sinds 2016 is het aandeel ‘in-, uit- en vervoer en handel’ van harddrugsdelicten gedaald, van 43% in 2021 naar 39% in 2022.
- Experts in de duidingssessie van 2021 wezen erop dat de coronapandemie mogelijk van invloed is geweest op de relatief sterke daling 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 [9].
- Het absolute aantal harddrugsdelicten dat betrekking heeft op ‘in-, uit- en vervoer en handel’ is in 2022 gedaald ten opzichte van het jaar daarvoor. 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 2022 was

dat 1,6% van de harddrugsdelicten. Dat is vergelijkbaar met 2021 (1,4%).

- Bij de categorie gecombineerde hard- en softdrugsdelicten is het aandeel productie groter (9% in 2022), zoals verderop zal worden beschreven. Productie van drugs is mogelijk moeilijker te bewijzen dan handel of bezit, waardoor dergelijke casussen minder snel zullen resulteren in een zaak (en daarmee registratie bij het OM), bleek uit de duidingssessie in 2021 [9].

Instroom van harddrugsdelicten[I] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, en aanwezig hebben, 2013-2022, in aantallen



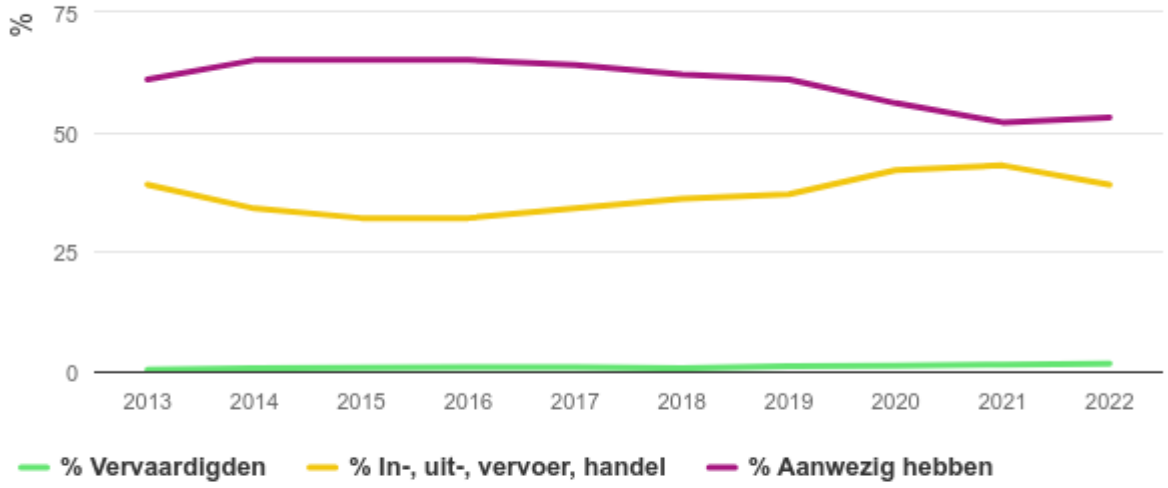
I. In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC/Regioplan.

NDM

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
2013	25	3195	5035
2014	50	2985	5750
2015	55	2715	5475
2016	70	2740	5545
2017	60	2665	5085
2018	50	2950	5070

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
2019	90	3345	5515
2020	95	3585	4720
2021	130	3850	4730
2022	135	3275	4445

Instroom van harddrugsdelicten[I,II] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, en aanwezig hebben, 2013-2022, 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: OM/RACmin, bewerking WODC.

NDM

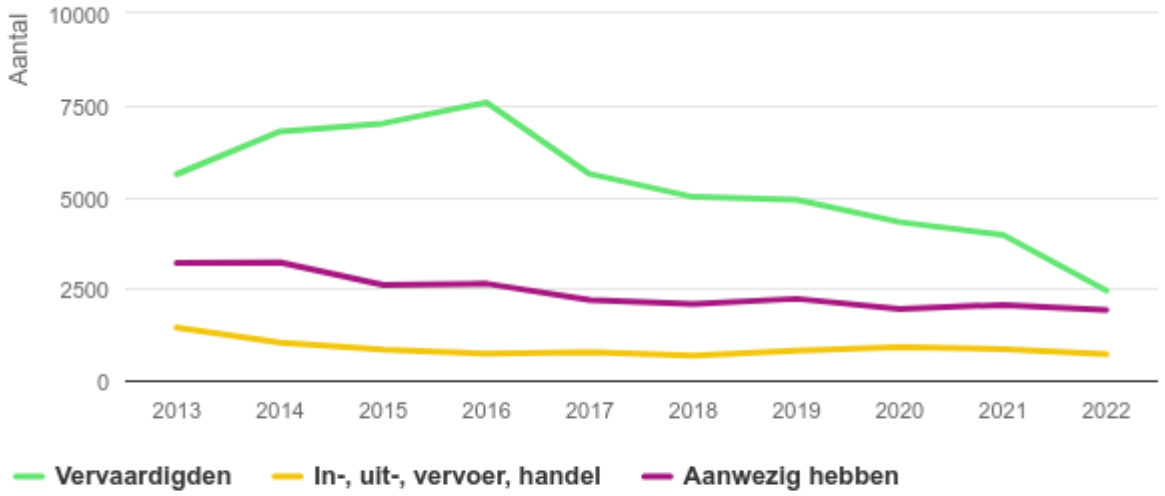
Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2013	0.3	39	61
2014	0.6	34	65

Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2015	0.7	32	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	1.4	43	52
2022	1.6	39	53

Instroom van softdrugsdelicten

- In de instroom bij het OM van Opiumwetdelicten met betrekking tot softdrugs kan onderscheid worden gemaakt naar het vervaardigen, de in-, uit- en vervoer van en handel in, en het aanwezig hebben van softdrugs.
- In 2022 had meer dan één derde van de softdrugsdelicten betrekking op de categorie ‘aanwezig hebben’ (37%). Dit is een stijging ten opzichte van 2021, toen betrof het aandeel ingestroomde Opiumwetdelicten met betrekking tot softdrugs in de categorie ‘aanwezig hebben’ 29%. Vanaf 2017 is er een stijgende trend. 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 2022 betrof 14% van de softdrugsdelicten de categorie ‘in- uit- en vervoer en handel’ van softdrugs. Dit is een lichte stijging ten opzichte van 2021, toen betrof het aandeel in de categorie ‘in- uit- en vervoer en handel’ 12%. Hiermee zet de licht stijgende trend die 2016 is ingezet, door.
- In 2022 had 47% van de softdrugsdelicten betrekking op de delictscategorie ‘vervaardigen’ tegenover 57% in 2021. Dit is in lijn met de vanaf 2016 ingezette daling.

Instroom van softdrugsdelicten[I,II] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, aanwezig hebben, 2013-2022, in aantallen



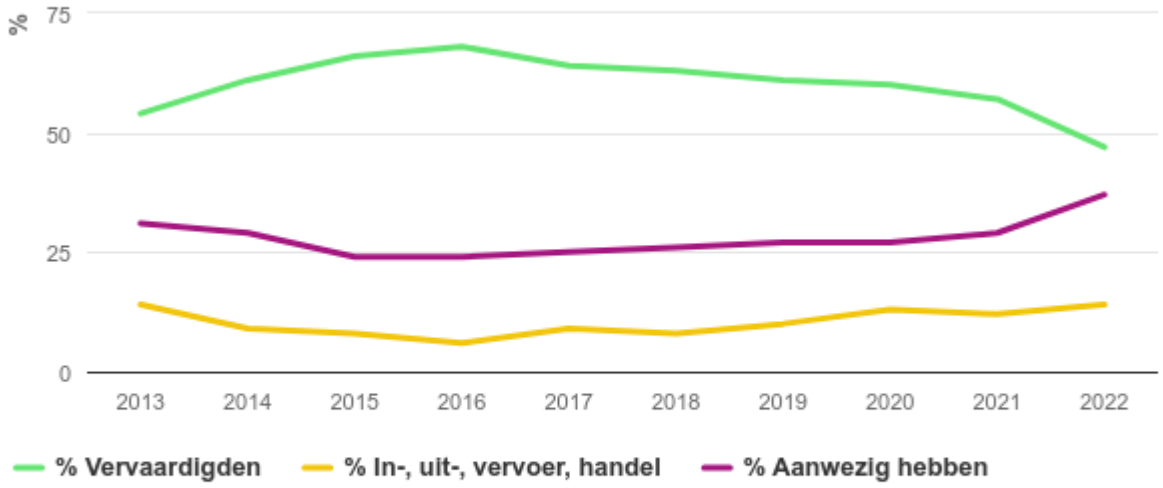
I In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten. II In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten, daardoor tellen de aantallen op tot een hoger aantal dan in het voorgaande figuur 'Opiumwetzaken ingestroomd bij het OM, naar soft- en harddrugs'. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
2013	5615	1435	3190
2014	6780	1020	3210
2015	7000	835	2595
2016	7570	725	2630
2017	5620	770	2190
2018	4995	665	2080
2019	4920	810	2220
2020	4310	905	1935

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
2021	3960	845	2055
2022	2445	705	1910

Instroom van softdrugsdelicten[I,II] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, aanwezig hebben, 2013-2022 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

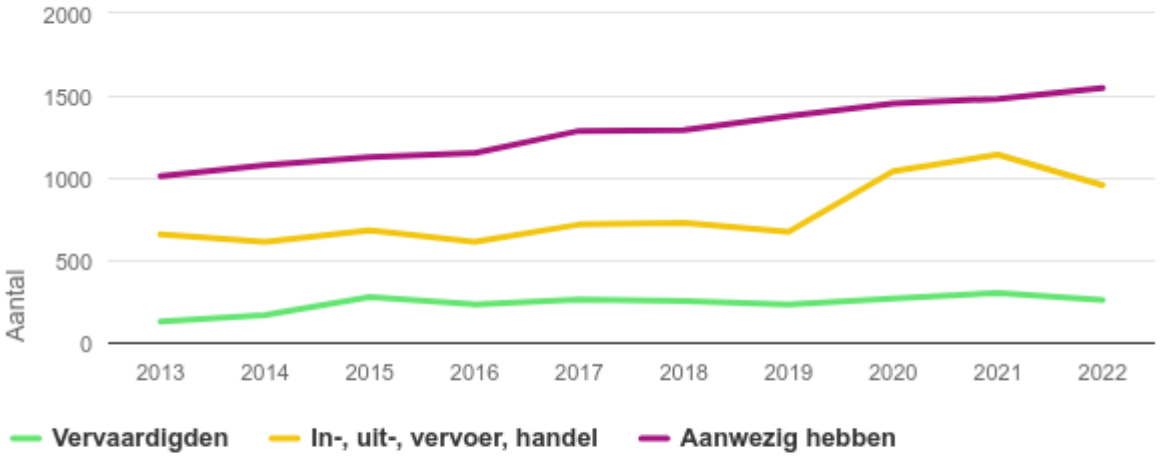
Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2013	54	14	31
2014	61	9	29
2015	66	8	24
2016	68	6	24

Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2017	64	9	25
2018	63	8	26
2019	61	10	27
2020	60	13	27
2021	57	12	29
2022	47	14	37

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 het vervaardigen, de in-, uit- en vervoer van en handel in, en het aanwezig hebben (vrij vertaald ‘bezit’) van hard- en softdrugsdelicten.
- De grootste delictcategorie van gecombineerde hard- en softdrugszaken was met 53% in 2022 ‘aanwezig hebben’. Dit aandeel is ten opzichte van 2021 gestegen, toen ging het om 48%.
- In 2022 betrof de categorie ‘in-, uit- en vervoer en handel’ 33% van de gecombineerde drugsmisdrijven. Dit is een daling ten opzichte van het jaar daarvoor, toen ging het om 37%. Hierdoor komt het aandeel terug op het niveau van voor 2020.
- In 2022 had 9% van de delicten betrekking op het vervaardigen van drugs. Dit is een lichte daling ten opzichte van 2021 toen ongeveer 10% van de delicten betrekking had op het vervaardigen van drugs. Vanaf 2015 is er sprake van een licht dalende trend.

Instroom van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten[I,II] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, en aanwezig hebben, 2013-2022, in aantal



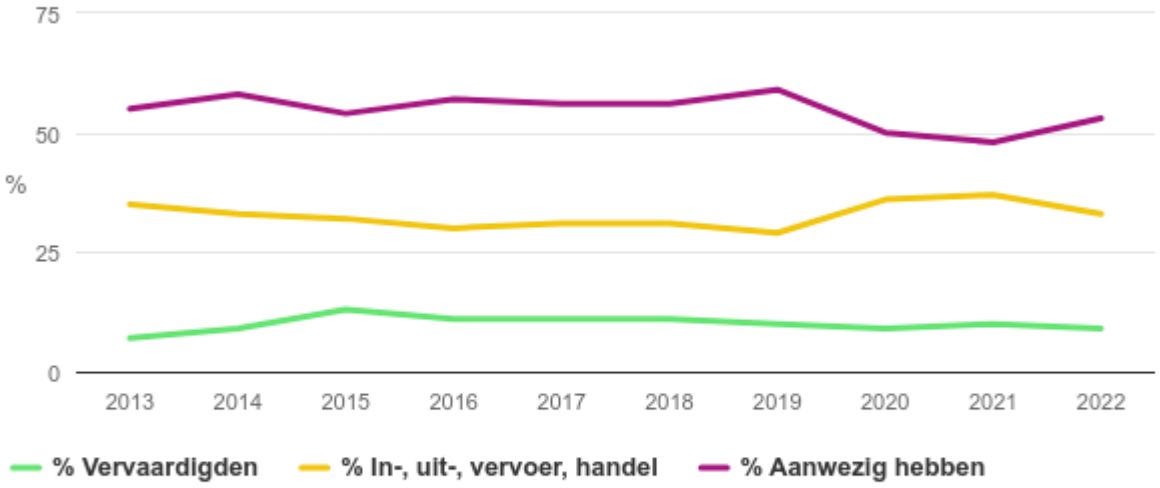
I In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten. II. In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten, daardoor tellen de aantallen op tot een hoger aantal dan in het voorgaande figuur 'Opiumwetzaken ingestroomd bij het OM, naar hard- en softdrugs'. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
2013	125	655	1010
2014	165	610	1075
2015	275	680	1125
2016	230	610	1150
2017	260	715	1285
2018	250	725	1290
2019	230	670	1375
2020	265	1040	1450

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
2021	300	1140	1480
2022	255	955	1545

Instroom van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten[I,II] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, en aanwezig hebben, 2013-2022, 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
2013	7	35	55
2014	9	33	58
2015	13	32	54
2016	11	30	57

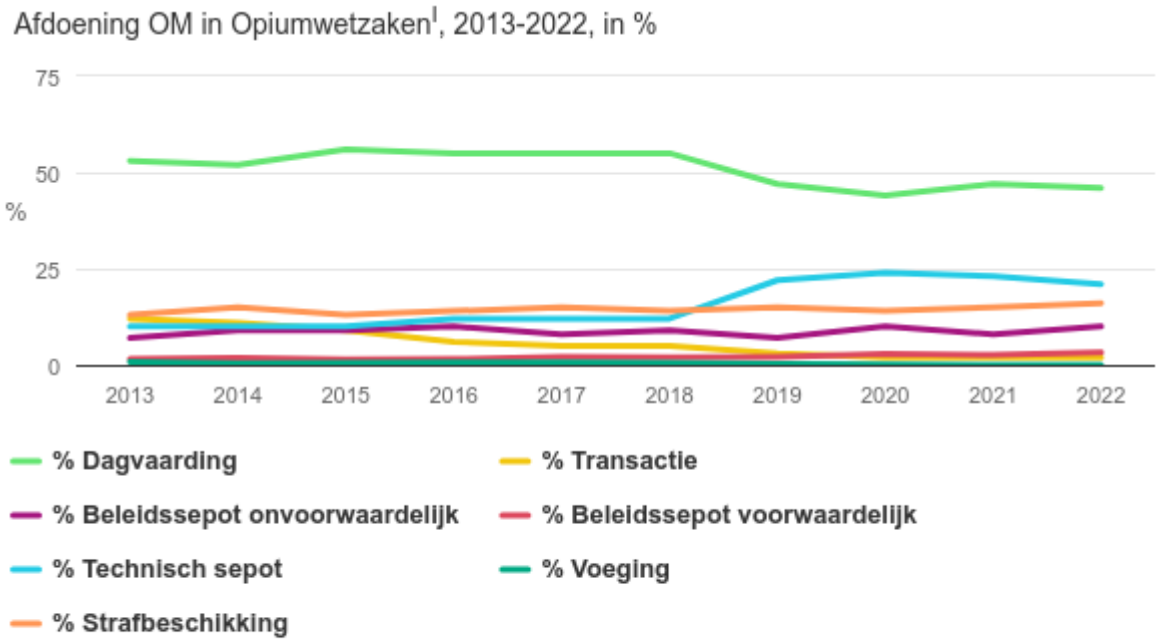
Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2017	11	31	56
2018	11	31	56
2019	10	29	59
2020	9	36	50
2021	10	37	48
2022	9	33	53

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. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken NDM. 2023.
6. II 35788-77. K. Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst, Coalitieakkoord 2021-2025 VVD, D66, CDA en Christenunie. Den Haag; 2021.
7. . Notitie opbrengsten groepsgesprekken. Regioplan; 2022 p. 1–6.
8. 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).
9. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. Regioplan; 2021 p. 1–6.

16.5.2. Beslissingen door het OM in Opiumwetzaken

- In 2022 werd, vergelijkbaar met voorgaande jaren, 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.
- Het aandeel dagvaardingen in het totaal van door het OM behandelde misdrijfzaken daalde licht in 2022 (van 47% in 2021 naar 46% in 2022). 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 1,9% in 2022. Dit is ongeveer vergelijkbaar met de percentages in 2021 en 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 2022 gestegen naar 13%, ten opzichte van 11% in 2021 . De toename van het aandeel beleidssepots in 2022 wordt veroorzaakt door zowel een stijging in onvoorwaardelijke beleidssepots als een stijging in voorwaardelijke beleidssepots.
- In 2022 is het aandeel technische sepots met 21% iets gedaald ten opzichte van 2021, toen het aandeel technische sepots 23% bedroeg. In 2019 is 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 worden. 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 (samenvoegen van verschillende strafbare feiten tot één zaak) kwamen in de afgelopen tien jaar betrekkelijk weinig voor (< 1%) en dit aandeel daalde de afgelopen tien jaar.
- Het aandeel strafbeschikkingen bleef met 16% in 2022 relatief stabiel. Sinds 2013 schommelt het aandeel strafbeschikkingen rond de 14%.



I De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC

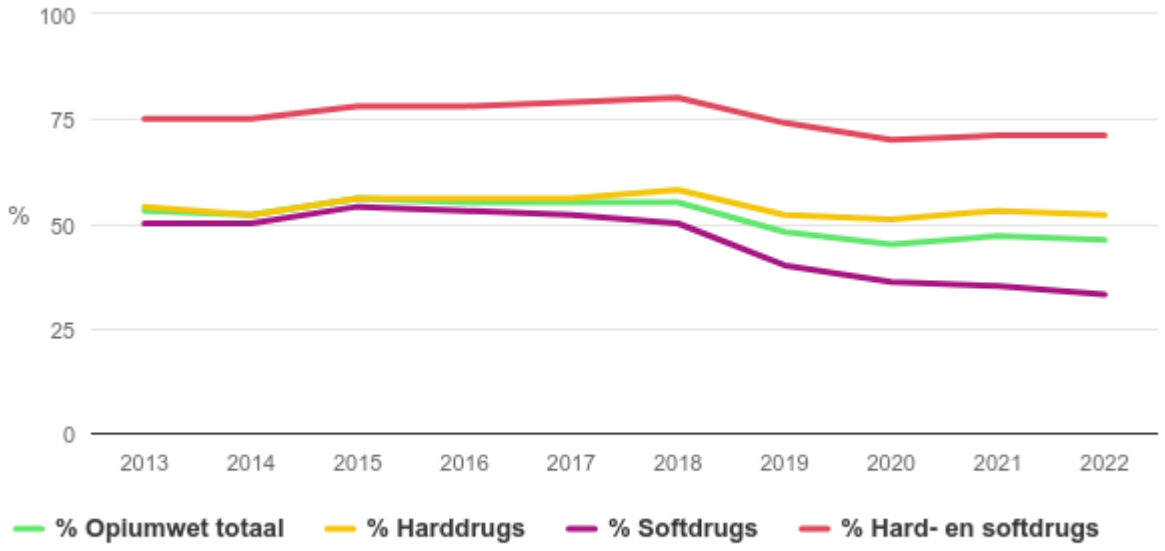
NDM

	% Dagvaarding	% Transactie	% Beleidssepot onvoorwaardelijk	% Beleidssepot voorwaardelijk	% Technisch sepot	% Voeging	% Strafbeschikking
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	47	3	7	2.1	22	0.2	15
2020	44	2	10	2.8	24	0.1	14
2021	47	2	8	2.6	23		15
2022	46	2	10	3.2	21		16

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 2022 vaker gedagvaard dan softdrugszaken. Na de daling van het aandeel dagvaardingen door het OM bij harddrugszaken in 2019 en 2020 vanwege de hierboven genoemde gewijzigde registratiesystematiek lijkt het aantal dagvaardingen in harddrugszaken weer gestabiliseerd.
- Bij softdrugszaken lijkt er sinds 2019 een daling van het aandeel dagvaardingen te zijn, die niet volledig aan het gewijzigde registratiebeleid kan worden geweten: van 50% in 2018 naar 33% in 2022.
- Het aandeel dagvaardingen was in 2022 opnieuw het hoogst bij zaken met een combinatie van hard- en softdrugs (71%). Dit is vergelijkbaar met 2020 en 2021, maar lager dan in de jaren daarvoor. 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], 2013-2022, 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

Jaar	% Opiumwet totaal	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
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
2019	48	52	40	74
2020	45	51	36	70
2021	47	53	35	71

- De afname van technische sepots bleek bij zowel harddrugszaken als softdrugszaken en gecombineerde zaken zichtbaar. Technische sepots kwamen in 2022, net als de tien jaar daarvoor, het meest voor in softdrugszaken (25%). In 2022 was dit aandeel bij harddrugszaken 20% en bij zaken met hard- en softdrugs 8%.
- Het aandeel strafbeschikkingen van het OM was in 2022 het hoogste bij softdrugszaken (19%). Dat was 20% in 2021. Bij harddrugszaken was in 2022 het aandeel 14% (12% in 2021). In 2022 was bij gecombineerde drugszaken het aandeel strafbeschikkingen 12%, net als in 2021.
- Het aandeel beleidssepots – voorwaardelijke plus onvoorwaardelijke – was ook in 2022 het hoogst bij softdrugszaken (16%), gevolgd door harddrugszaken (11%). Bij gecombineerde drugszaken was dit het laagst (6%).

Bronnen

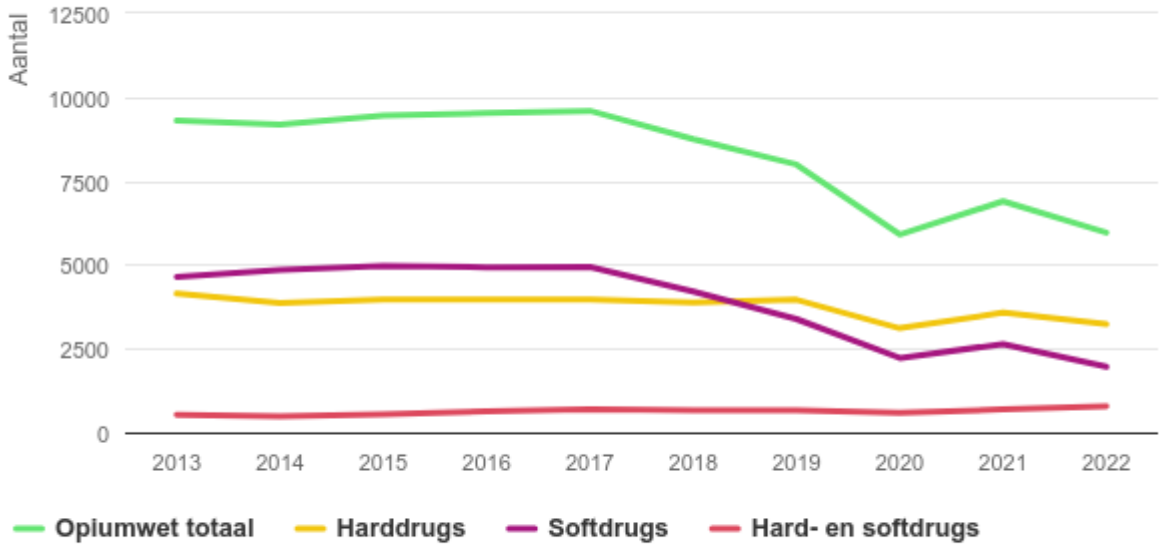
1. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, Van den Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2020: Ontwikkelingen en samenhangen. Den Haag: WODC; 2021 p. 1–190. (Cahier 2021-22).
2. Kamerstukken II, 2952497 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/06/25/tk-contouren-aanpak-achte

rstanden-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).

16.5.3. Afdoening door de rechter in eerste aanleg in Opiumwetzaken

- Het totaal aantal afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter (in eerste aanleg) daalde in 2022 met 13% ten opzichte van 2021. De cijfers sluiten daarmee aan bij de dalende trend die vanaf 2018 is ingezet.
- Het aantal afdoeningen van het totaal aan misdrijfzaken door de rechter (in eerste aanleg) bleef gelijk in 2022 ten opzichte van 2021 (een daling van minder dan 1%) [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 in 2020 in verband met de coronapandemie [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 daling van het totaal aantal Opiumwetzaken in 2022 dat door de rechter in eerste aanleg is afgedaan, werd veroorzaakt door een afname in zowel het aantal softdrugszaken als harddrugszaken. Het aantal gecombineerde hard- en softdrugszaken steeg daarentegen.
- Het aantal softdrugszaken dat door de rechter is afgedaan in eerste aanleg, daalde in 2022 met 26% ten opzichte van 2021. De dalende trend die is ingezet in 2018, zet zich hiermee voort. Het aantal harddrugszaken daalde in 2022 met 10% ten opzichte van 2021. In 2022 steeg het aantal combinatiezaken met 13%.
- In 2022 daalde het aandeel softdrugszaken in het totaal aantal Opiumwetzaken dat door de rechter in eerste aanleg is afgedaan, ten opzichte van 2021: van 38% naar 33%. De dalende trend sinds 2016 lijkt hiermee door te zetten. In de jaren 2013-2017 bestond minimaal de helft van de afdoeningen uit softdrugszaken. Sinds 2016 daalde dit aandeel ten gunste van de harddrugszaken en de gecombineerde zaken. In 2022 is het aandeel harddrugszaken met 54% ruwweg vergelijkbaar met 2020 en 2021. Het aandeel van de gecombineerde hard- en softdrugszaken is in 2022 licht gestegen ten opzichte van 2020 en 2021: van 10% naar 13%.

Door de rechter afgedane Opiumwetzaken in eerste aanleg, naar hard- en softdrugs, 2013-2022[I], in aantallen



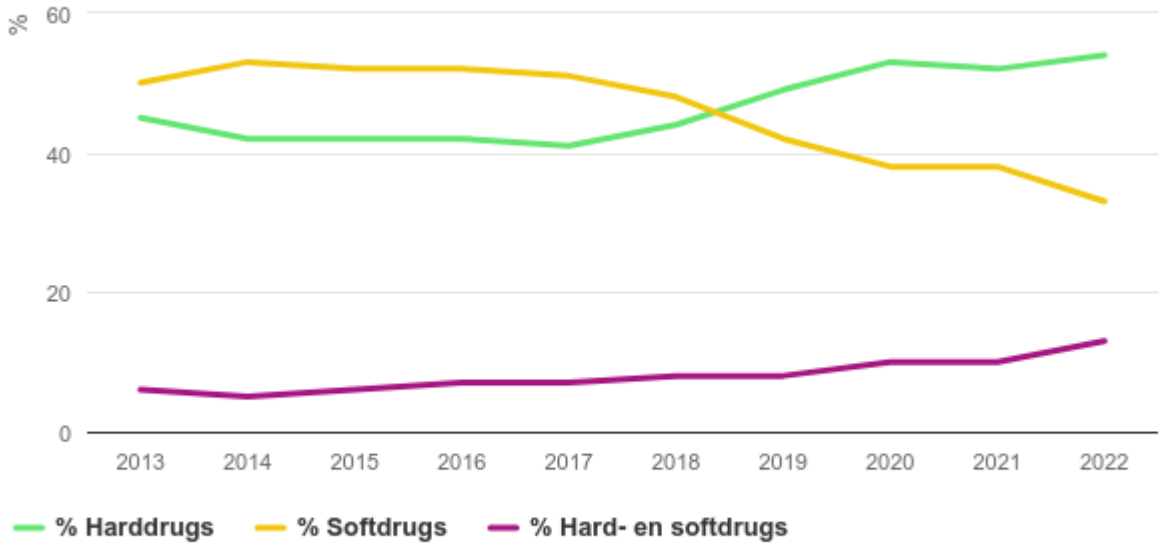
I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	Opiumwet totaal	Harddrugs	Softdrugs	Hard- en softdrugs
2013	9295	4140	4635	520
2014	9185	3860	4840	480
2015	9450	3955	4960	535
2016	9525	3965	4925	630
2017	9590	3955	4935	695
2018	8745	3875	4200	665
2019	7990	3955	3380	655
2020	5900	3105	2215	580

	Opiumwet totaal	Harddrugs	Softdrugs	Hard- en softdrugs
2021	6890	3570	2635	685
2022	5960	3230	1955	775

Door de rechter afgedane Opiumwetzaken in eerste aanleg, naar hard- en softdrugs, 2013-2022[I], in %



I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
2013	45	50	6
2014	42	53	5
2015	42	52	6
2016	42	52	7

	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
2017	41	51	7
2018	44	48	8
2019	49	42	8
2020	53	38	10
2021	52	38	10
2022	54	33	13

- In 2022 daalde het percentage Opiumwetzaken naar 8,6% 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 te worden voorgezet na de onderbreking van de dalende trend in 2021.

Aandeel (%) van door de rechter afgedane Opiumwetzaken[I,II], 2013-2022

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
% Opiumwet	8,9	9,0	8,9	10,0	10,3	9,9	9,3	8,9	9,9	8,6
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	105	102	106	95	93	88	85	66	70	70

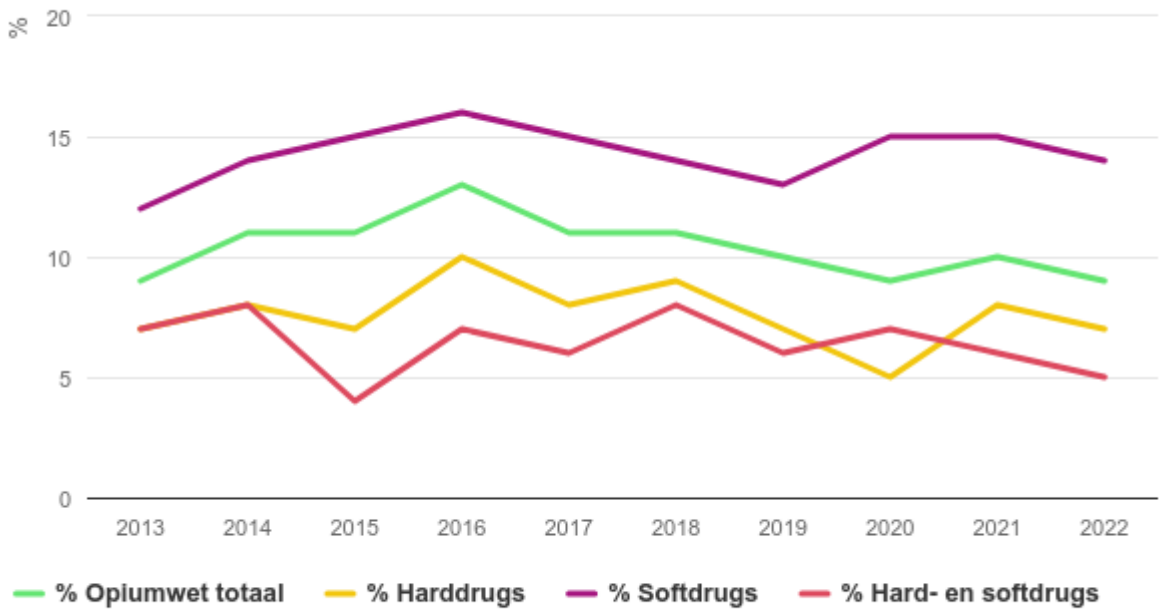
I. Zaken totaal in duizendtallen. II. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC/Regioplan.

- Het aandeel vrijspraken in Opiumwetzaken door de rechter in eerste aanleg daalde in 2022 naar 9%. 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 2022 daalde het aandeel vrijspraken bij harddrugszaken licht ten opzichte van 2021, van 8% naar 7%. Ook het aandeel vrijspraken bij softdrugszaken is licht gedaald, van 15% in 2021 naar 14% in 2022. Het aandeel vrijspraken bij gecombineerde hard- en softdrugszaken daalde eveneens licht, van 6% in 2021 naar 5% in 2022.

Aandeel vrijspraak[I] in eerste aanleg naar soort Opiumwetdelict, 2013-2022



I. Inclusief ontslagen van rechtsvervolging. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	% 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

	% Opiumwet totaal	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
2018	11	9	14	8
2019	10	7	13	6
2020	9	5	15	7
2021	10	8	15	6
2022	9	7	14	5

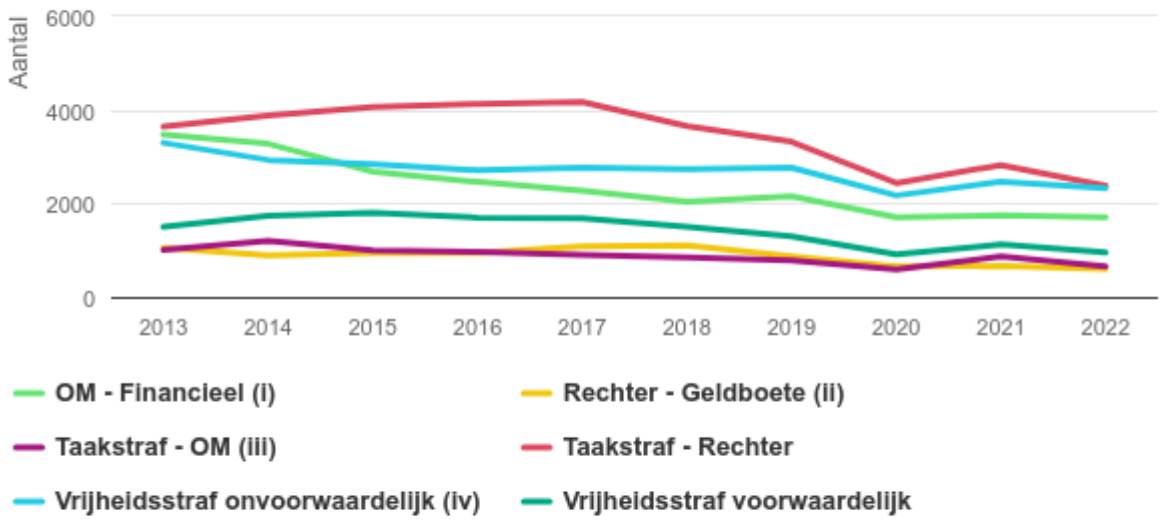
Bronnen

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

16.5.4 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 2022 het vaakst taakstraffen opgelegd (50%). Iets minder vaak (47%) werden er (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd door de rechter. Daarna volgden financiële sancties door het OM (12%). Dit beeld is onveranderd ten opzichte van de voorgaande vijf jaren.
- Het aandeel zaken waarin het OM besloot tot een taakstraf, was 5% in 2022. Sinds 2013 schommelt dit percentage rond 5%. Het aandeel zaken waarin de rechter een taakstraf oplegde, was 45% in 2022.
- Het aandeel zaken waarin de rechter een (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf oplegde, is in 2022 hoger dan in 2021: het percentage steeg van 41% naar 44%. Het aandeel zaken waarin de rechter een geheel voorwaardelijke vrijheidsstraf oplegde, is in 2022 licht gedaald tot 18%. Dit aandeel schommelt sinds 2013 rond 20%.
- In 2022 was het aandeel zaken waarin het OM besloot tot een financiële sanctie, 12%. Het aandeel zaken waarin de rechter in 2022 een geldboete oplegde, was 11%.

Opiumwetzaken naar sanctietype OM of rechter in eerste aanleg, 2013-2022, in aantallen[i]

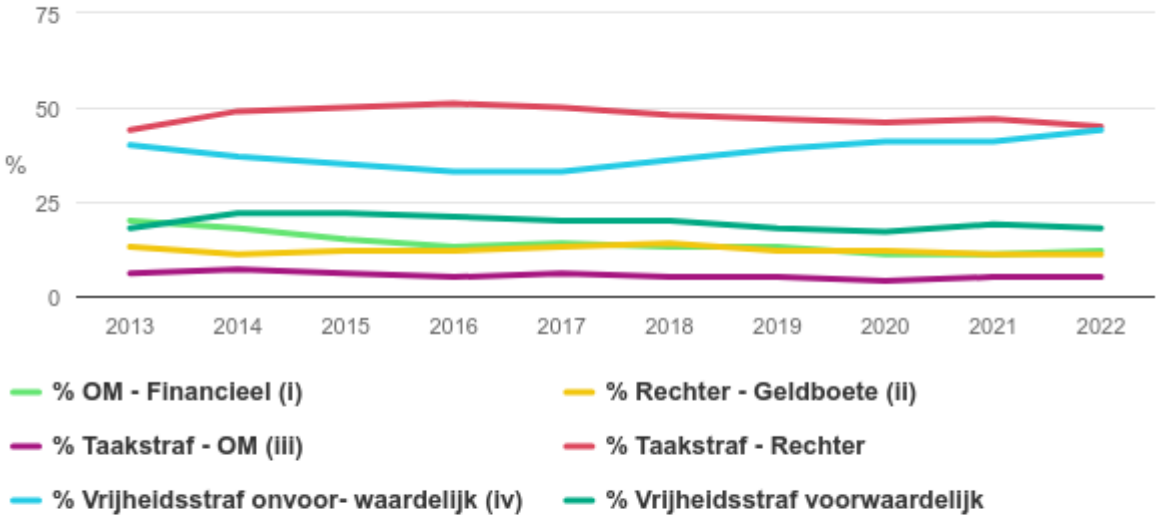


i. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). ii. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk; iii. Taakstraf - OM (transactie en -strafbeschikking); iv. Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

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
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, 2013-2022, in %[I]



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.

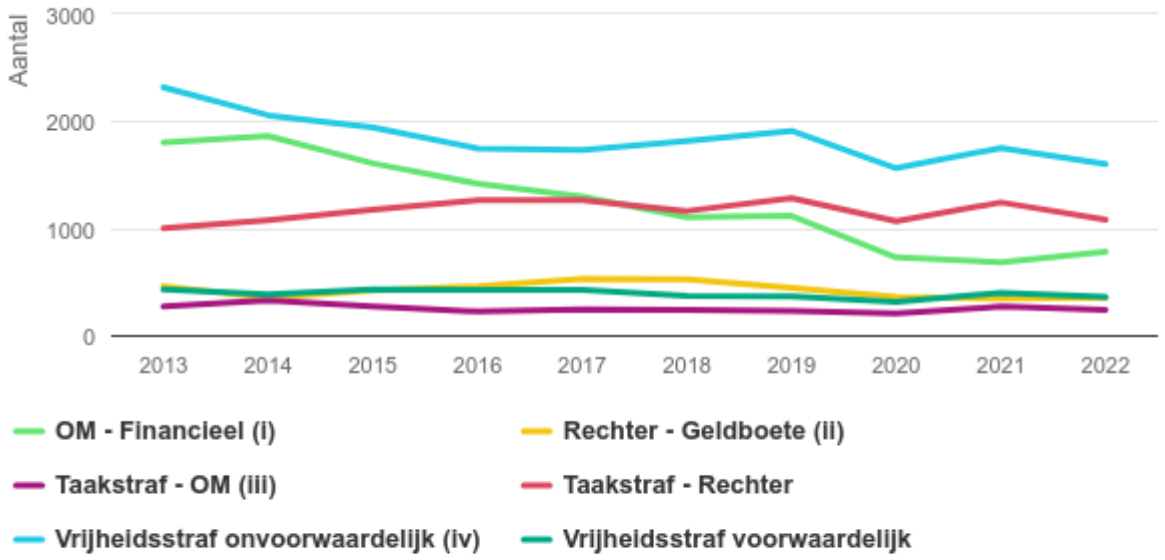
NDM

	% OM - Financieel (i)	% Rechter - Geldboete (ii)	% Taakstraf - OM (iii)	% Taakstraf - Rechter	% Vrijheidsstraf onvoor- waardelijk (iv)	% Vrijheidsstraf voorwaardelijk
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

	% OM - Financieel (i)	% Rechter - Geldboete (ii)	% Taakstraf - OM (iii)	% Taakstraf - Rechter	% Vrijheidsstraf onvoor-waardelijk (iv)	% Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2020	11	12	4	46	41	17
2021	11	11	5	47	41	19
2022	12	11	5	45	44	18

- 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- en softdrugs.
- In 2022 werden in softdrugszaken het vaakst taakstraffen opgelegd door de rechter, dit gebeurde in 965 zaken. In harddrugszaken werden in 2022 het vaakst (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en taakstraffen door de rechter opgelegd, respectievelijk 1.600 en 1.080 keer.
- Voorwaardelijke vrijheidsstraffen werden in softdrugszaken in 2022 minder opgelegd dan in 2021. In 2022 ging het om 470 voorwaardelijke vrijheidsstraffen, in 2021 waren dit er 615. In harddrugszaken bleef dit aandeel vergelijkbaar.
- Bij harddrugszaken en softdrugszaken was er ook in 2022 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 (385 keer), gevolgd door taakstraffen opgelegd door de rechter (325 keer).

Type sanctie in eerste aanleg in harddrugszaken, 2013-2022, absolute aantallen

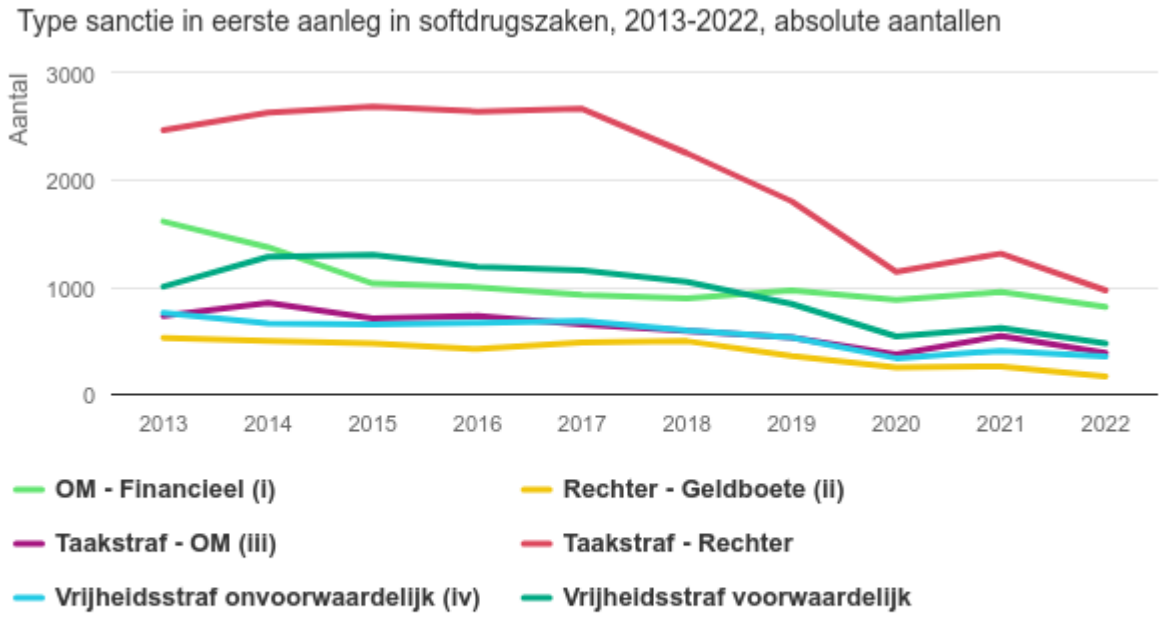


i. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). ii. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk. iii. Taakstraf-OM (transactie en strafbeschikking). iv. Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
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	1730	420
2018	1100	520	235	1160	1815	365
2019	1115	440	225	1280	1910	360
2020	725	355	200	1065	1560	310

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2021	680	340	265	1240	1750	395
2022	780	345	235	1080	1600	355



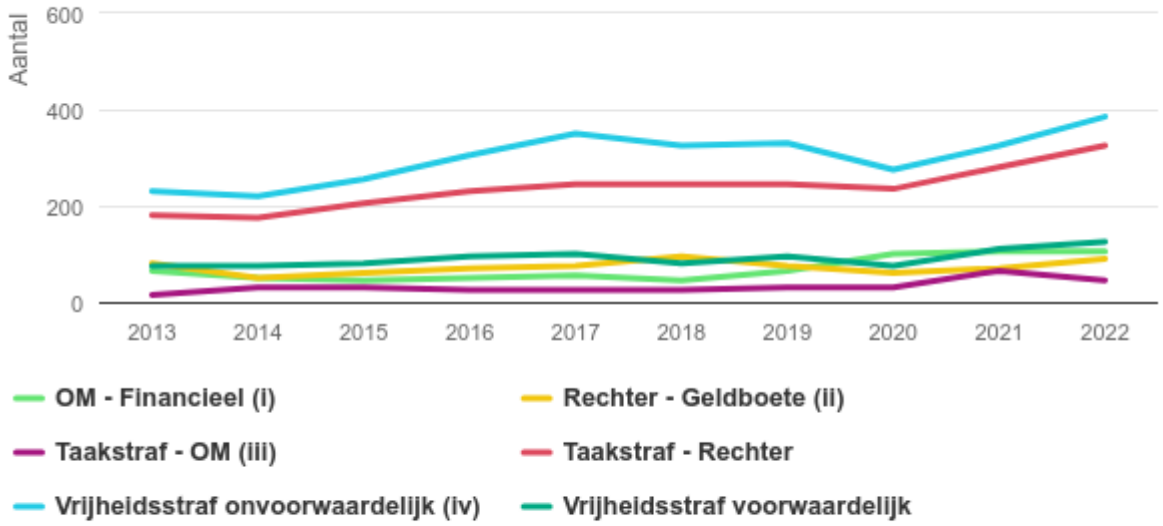
i. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). ii. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk. iii. Taakstraf-OM (transactie en strafbeschikking). iv. Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2013	1610	520	725	2465	755	1000
2014	1370	490	850	2630	655	1280
2015	1030	470	705	2685	645	1300

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2016	995	415	725	2640	660	1185
2017	925	480	645	2665	680	1155
2018	890	490	585	2250	590	1045
2019	965	350	525	1800	525	840
2020	875	245	365	1140	330	535
2021	950	255	540	1310	400	615
2022	810	160	380	965	345	470

Type sanctie in eerste aanleg in harddrugs- en softdrugszaken, 2013-2022, 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.

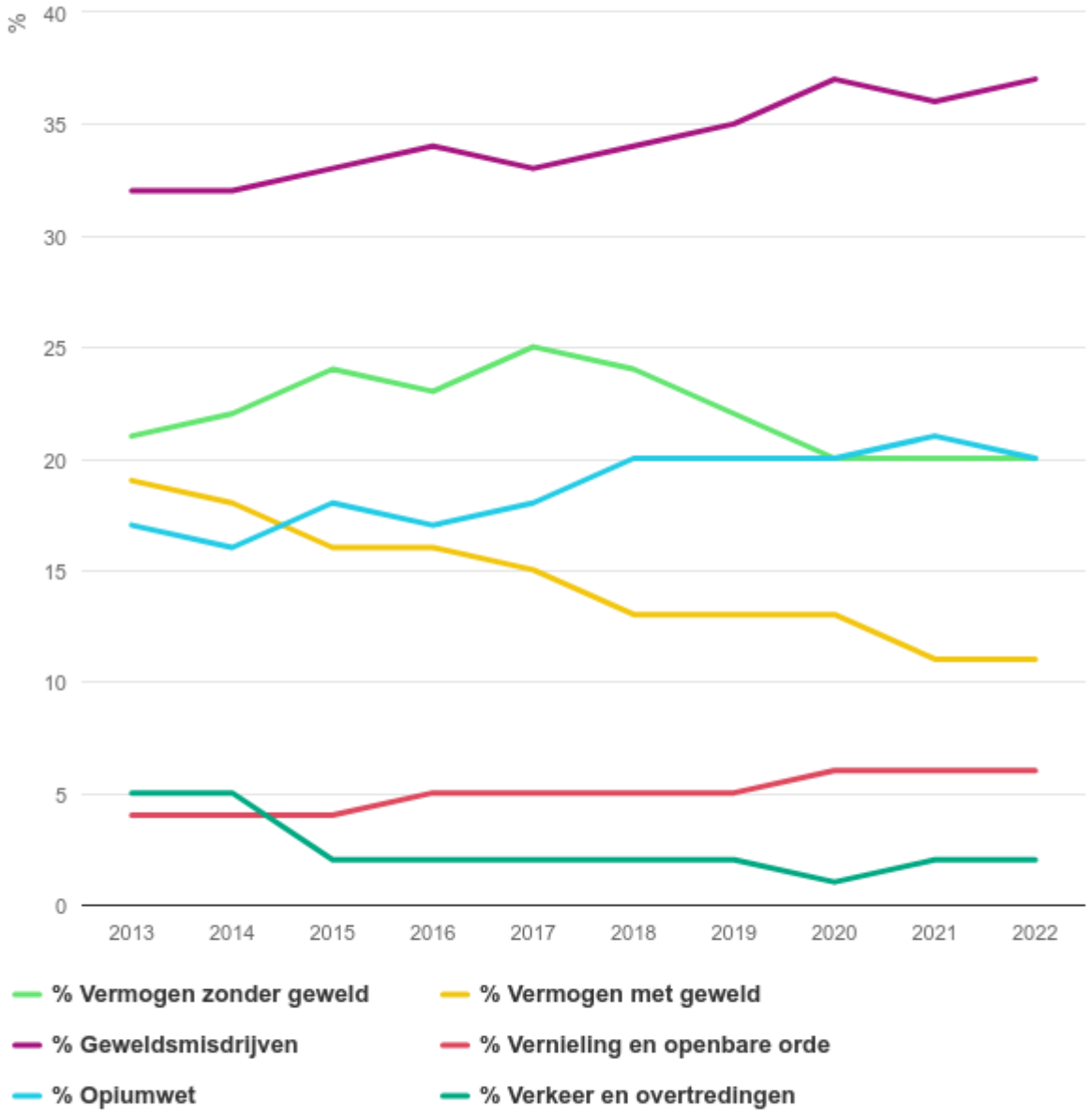
NDM

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2013	65	80	15	180	230	75
2014	50	50	30	175	220	75
2015	45	60	30	205	255	80
2016	50	70	25	230	305	95
2017	55	75	25	245	350	100
2018	45	95	25	245	325	80
2019	65	75	30	245	330	95
2020	100	60	30	235	275	75
2021	105	70	65	280	325	110
2022	105	90	45	325	385	125

16.5.5. Opiumwetdelinquenten in de Nederlandse gevangenissen

- Van de 8.067 personen die op 30 september 2022 gedetineerd waren, was 20% gedetineerd vanwege een Opiumwetdelict. Dit is vergelijkbaar met de jaren 2018-2021 [1].
- Het absolute aantal personen dat gedetineerd was vanwege een Opiumwetdelict, was in 2022 ongeveer 1.630. Dit is een lichte daling ten opzichte van 2021, toen ruim 1670 personen gedetineerd waren vanwege een Opiumwetdelict [1].

Aandeel[I] Opiumwetdelinquenten onder populatie in het gevangeniswezen (in %) vergeleken met zes andere delictgroepen, peildatum 30 september, 2013-2022



I. Berekening percentages zonder de categorie 'onbekend'. Geweldsmisdrijven is inclusief seksuele misdrijven. Verkeer is inclusief gijzelingen voor niet betaalde verkeersovertredingen. Indeling is gemaakt op basis van zwaarste delict. Bronnen: Criminaliteit en rechtshandhaving 2022. Cahier 2023-17. (Moolenaar, Choenni & Van den Braak, 2023).

NDM

	% Vermogen zonder geweld	% Vermogen met geweld	% Geweldsmisdrijven	% Vernieling en openbare orde	% Opiumwet	% Verkeer en overtredingen
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
2022	20	11	37	6	20	2

Bronnen

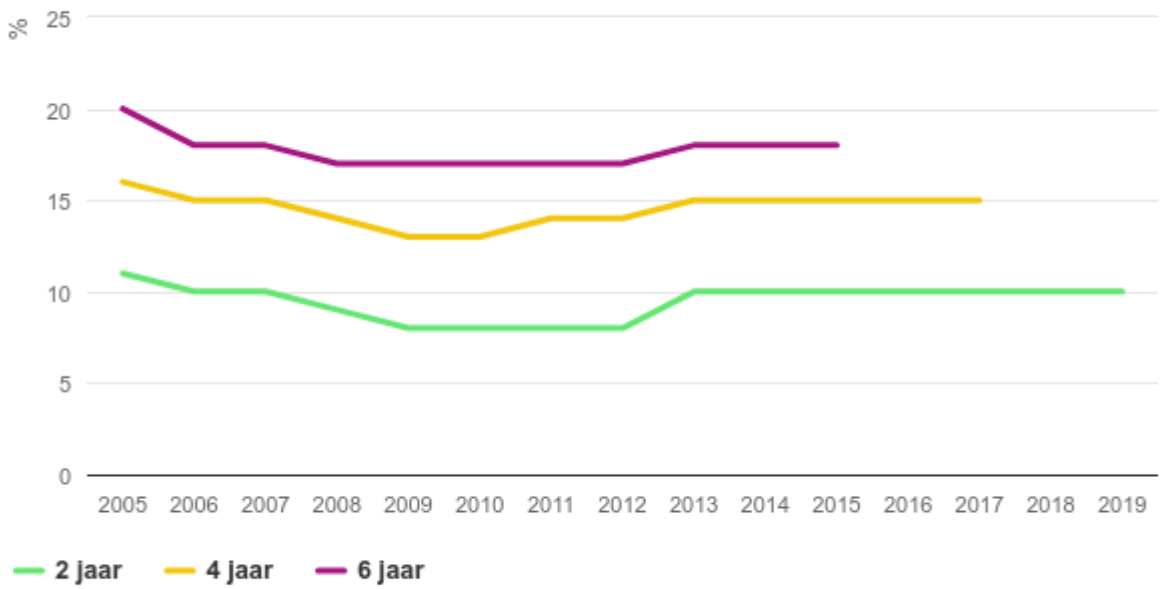
1. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2021: Ontwikkelingen en samenhangen. ; 2022 p.

16.6 Recidive van Opiumwetdelinquenten

In deze paragraaf wordt de recidive besproken van daders die voor een Opiumwetdelict 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 2019 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 2005-2019 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 2019 (of eerder) zijn berecht, is tot en met 2021 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 2019 werd zo'n 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-, vier- en zesjarige recidive daalden vanaf 2005 en dat deze in 2013 weer een lichte stijging lieten zien, waarna de recidive stabiliseerde.

Speciale recidive van daders van Opiumwetdelicten (harddrugs en softdrugs), 2005-2019, in %



Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

NDM

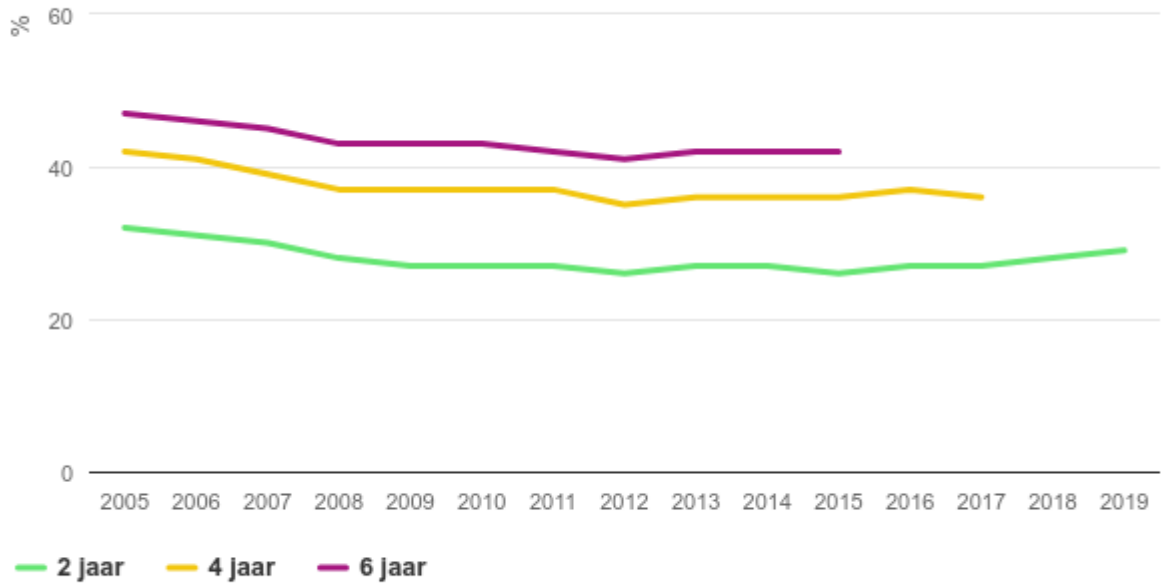
	2 jaar	4 jaar	6 jaar
2005	11	16	20
2006	10	15	18
2007	10	15	18
2008	9	14	17
2009	8	13	17
2010	8	13	17
2011	8	14	17
2012	8	14	17
2013	10	15	18
2014	10	15	18
2015	10	15	18
2016	10	15	
2017	10	15	
2018	10		
2019	10		

- Van daders van wie in de periode 2005-2019 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 2005 pleegde bijna een derde (32%) van de daders binnen twee jaar opnieuw een delict. In 2019 was dat percentage lager (29%).
- Het percentage daders van Opiumwetdelicten dat binnen vier jaar een nieuw delict pleegde, liep vanaf 2005 terug, van 42% naar 36% in de groep uit 2017.
- Bijna de helft van de daders van Opiumwetdelicten uit 2005 pleegde binnen zes jaar na het uitgangsdelict opnieuw een delict (47%). Dat percentage daalde eveneens in de onderzochte periode. Onder de groep uit 2015 waren dit er ruim vier op de tien (42%).
- Als de ontwikkelingen globaal met elkaar worden vergeleken, is vanaf 2005 eerst een lichte daling te zien. Vanaf 2008 is de recidive binnen twee, vier en zes jaar min of meer stabiel.

Algemene recidive van daders van Opiumwetdelicten (harddrugs en softdrugs), 2005-2019, in %



Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

NDM

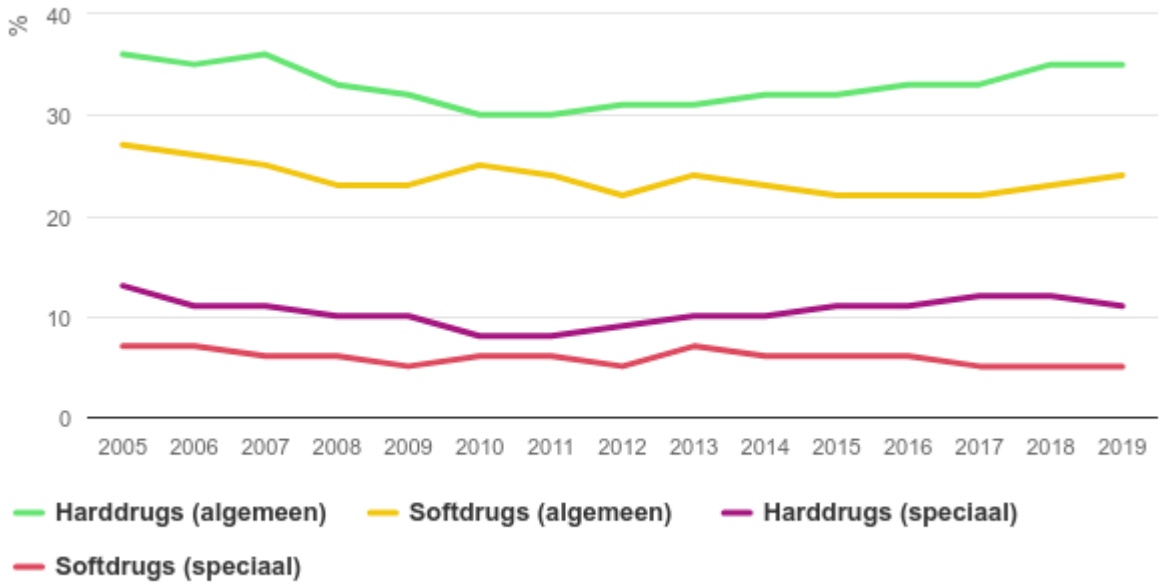
	2 jaar	4 jaar	6 jaar
2005	32	42	47
2006	31	41	46
2007	30	39	45
2008	28	37	43

	2 jaar	4 jaar	6 jaar
2009	27	37	43
2010	27	37	43
2011	27	37	42
2012	26	35	41
2013	27	36	42
2014	27	36	42
2015	26	36	42
2016	27	37	
2017	27	36	
2018	28		
2019	29		

- 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 2005 en 2011 daalden. Vanaf 2012 begonnen deze weer te stijgen. De zesjarige recidive lijkt in de periode 2005-2011 licht te dalen en daarna enigszins te stijgen.

- De algemene en speciale tweejarige recidive van daders van softdrugsdelicten daalden tussen 2005 en 2009. 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 2005-2019 rond de 40% en de speciale zesjarige recidive schommelde sinds 2005 rond 12%.

Tweejarige (algemene en speciale) recidive uitsplitst naar harddrugs en softdrugs-delinquenten, 2005-2019, in %



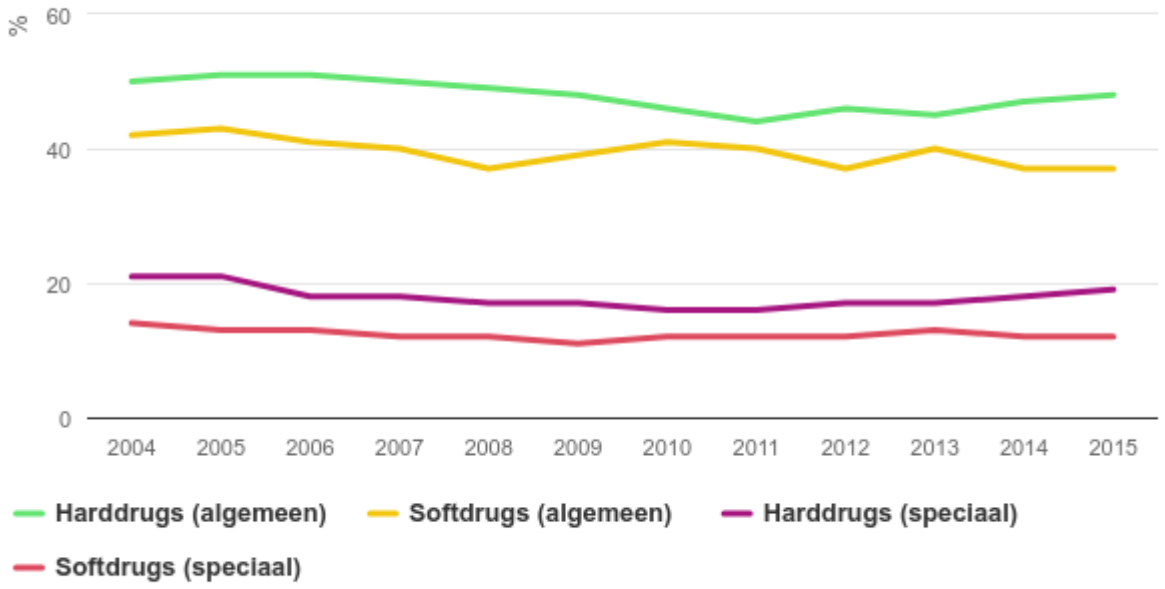
Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

NDM

	Harddrugs (algemeen)	Softdrugs (algemeen)	Harddrugs (speciaal)	Softdrugs (speciaal)
2005	36	27	13	7
2006	35	26	11	7
2007	36	25	11	6
2008	33	23	10	6
2009	32	23	10	5
2010	30	25	8	6

	Harddrugs (algemeen)	Softdrugs (algemeen)	Harddrugs (speciaal)	Softdrugs (speciaal)
2011	30	24	8	6
2012	31	22	9	5
2013	31	24	10	7
2014	32	23	10	6
2015	32	22	11	6
2016	33	22	11	6
2017	33	22	12	5
2018	35	23	12	5
2019	35	24	11	5

Zesjarige (algemene en speciale) recidive, uitgesplitst naar harddrugs en softdrugs delinquenten, 2004-2015, 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
2011	44	40	16	12

	Harddrugs (algemeen)	Softdrugs (algemeen)	Harddrugs (speciaal)	Softdrugs (speciaal)
2012	46	37	17	12
2013	45	40	17	13
2014	47	37	18	12
2015	48	37	19	12



Middelengebruik en strafbaar gedrag

17.0 Laatste feiten en trends

Middelengebruik en strafbaar gedrag

- Het aantal verdachten dat met de gevarenclassificatie ‘alcoholist’ in het politieregistratiesysteem Basisvoorziening Handhaving (BVH) staat, steeg in 2022 (740 personen) ten opzichte van 2021 (700 personen). De groep verdachten met de gevarenclassificatie ‘harddrugsgebruiker’ is in 2022 (3.877 personen) afgenomen ten opzichte van 2021 (3.970 personen) (§ 17.2).
- Verdachten die in 2022 bij de politie werden geregistreerd met de gevarenclassificatie ‘alcoholgebruiker’, ‘harddrugsgebruiker’ of ‘alcohol- en drugsgebruiker’ pleegden net als in 2021 voornamelijk vermogensdelicten. Ook geweldsdelicten (tegen personen), verkeersdelicten en Opiumwetdelicten kwamen bij deze verdachten regelmatig voor (§ 17.2).
- Het aandeel vermogensdelicten bleef onder verdachten met de gevarenclassificatie ‘alcoholist’, ‘harddrugsgebruiker’ en ‘alcohol- en drugsgebruiker’ stabiel in 2022. Ook het aandeel geweldsdelicten bleef in 2022 stabiel bij verdachten met de gevarenclassificatie ‘alcoholist’, ‘harddrugsgebruiker’ en ‘alcohol- en drugsgebruiker’ (§ 17.2).
- Tussen de invoering van de Wet middelenonderzoek bij geweldplegers per 1 juli 2017 en 2022 is het aantal middelenonderzoeken in geweldszaken toegenomen: van 125 in 2017 tot 692 in 2022. In de periode 2019-2022 bestond de 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 56% in 2022. Het aandeel drugsonderzoeken is over het algemeen afgenomen van 46% in 2019 tot 39% in 2022. Het aandeel drugsonderzoeken was in 2022 ongeveer gelijk aan het aandeel drugsonderzoeken in 2020 (40%) en 2021 (41%) (§ 17.2).
- 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 (§ 17.2).
- Met uitzondering van een daling tussen 2019 en 2020 steeg het aantal verdachten dat de politie registreerde voor rijden onder invloed (zoals beschreven in artikel 8 Wegenverkeerswet) in de periode 2017-2022. In 2022 ging het om 41.085 verdachten. De (voorlopige) cijfers over 2022 lijken te suggereren dat het aantal verdachten dat geregistreerd wordt voor rijden onder invloed van drank en/of drugs, na een daling in 2020 en 2021, weer stijgt (§ 17.2).
- 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. De verdachten werden in 2020, net als in 2019, in bijna alle zaken (98%) schuldig bevonden (§ 17.2).
- Het aantal drugsonderzoeken dat het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) uitvoerde vanwege een verdenking van rijden onder invloed, is fors toegenomen tussen 2015 en 2022. Het aantal drugsonderzoeken steeg van 1.246 in 2015 naar 16.467 in 2022 (§ 17.2).
- In 2022 steeg het aantal opgelegde maatregelen door het Centraal Bureau voor de uitgifte van Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) rondom alcohol en verkeer ten opzichte van 2021. In 2021 en 2020 was 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 (§ 17.2).
- Het CBR startte 4.370 keer een onderzoek naar de rijgeschiktheid van personen wegens mogelijk problematisch alcoholgebruik in 2022. In 2021 ging het nog om 3.010 rijgeschiktheidsonderzoek (§ 17.2).
- In 2022 besloot het CBR 5.139 keer om een onderzoek te starten naar de rijgeschiktheid van personen wegens mogelijk problematisch drugsgebruik. Dit is vaker dan in 2021, toen het om 3.893 onderzoeken ging (§ 17.2).
- Het aantal onderzoeken wegens mogelijk problematisch alcohol- én drugsgebruik steeg in 2022 ten opzichte van 2021: van 88 in 2021 naar 130 in 2022 (§ 17.2).

Middelengebruik en overlast

- Na een daling tussen 2020 en 2021 steeg het aantal door de politie geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs van 46.011 in 2021 naar 55.971 in 2022. Daarmee 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 (§ 17.3).
- In 2022 steeg het aantal door de politie geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs per 10.000 inwoners: van 26 in 2021 naar 34 in 2022.Het aantal geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs (per 10.000 inwoners) steeg in 2022 in alle provincies, met uitzondering van Limburg. De stijging was het sterkst in de provincies Flevoland, Gelderland en Utrecht (§ 17.3).

Middelengebruik justitiabelen

- Zowel in 2022 als in 2021 had ongeveer de helft van de volwassen justitiabelen een probleem met alcohol en/of drugs. In 2022 ontving 36% van de gedetineerdenpopulatie forensische zorg voor verslavingsproblematiek. In 2021 betrof dit ongeveer 30% (§ 17.4).
- In 2022 en 2021 is bij circa 6% van de urinecontroles in gevangenissen drugsgebruik geconstateerd. In absolute zin is het aantal positieve testen in 2022 (37.032) gestegen in vergelijking met 2021 (30.207). Deze urinecontroles worden steekproefsgewijs uitgevoerd, als er aanwijzingen zijn voor drugsgebruik of als bij gedetineerden eerder drugsgebruik is geconstateerd (§ 17.4).
- De reclassering bracht in 2022 (38.326) een vergelijkbaar aantal adviezen uit als in 2021 (38.238). Ook het aantal uitgevoerde werkstraffen was in 2022 (28.202) vergelijkbaar met 2021 (28.269) (§ 17.4).
- In 2022 stonden 27.809 cliënten onder reclasseringstoezicht, waarvan ongeveer 10% vanwege een drugsgerelateerd delict. Het aantal cliënten onder toezicht in 2022 was lager dan in 2021 en 2020, maar het aandeel toezichten vanwege een drugsgerelateerd delict was in 2022 wel vergelijkbaar met 2021 (10%) (§ 17.4).
- Het aantal justitiabelen met de verblijfstitel ‘Inrichting stelselmatige daders’ (ISD) is in 2022 (525) sterk afgenomen in vergelijking met 2021 (636). Het percentage justitiabelen dat buiten de penitentiaire inrichting zorg ontving is licht afgenomen in 2022 (tot 33%) ten opzichte van de periode 2017-2021 (waarin het percentage schommelde rond 38%) (§ 17.4).

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 voor de uitgifte van Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Verder wordt geput uit de Veiligheidsmonitor (uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Justitie en Veiligheid en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)), onderzoek en jaarverslagen. Het beeld is fragmentarisch omdat de informatie belangrijke lacunes kent:

- De politie screent verdachten niet systematisch op middelengebruik. Het is dus onbekend 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 2016-2022 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 zijn voor het opstellen van dit hoofdstuk in 2023, 2022 en 2021 groepsgesprekken en/of individuele interviews met inhoudelijk experts uit de strafrechtketen (zoals de politie, DJI en de SVG) en wetenschappers op het terrein van overlast door drugsgebruikers georganiseerd. Daarin is (gezamenlijk) de context van gesignaleerde cijfermatige ontwikkelingen in de verzamelde data over de jaren 2022, 2021 en 2020 verkend en zijn mogelijke

verklaringen besproken om de ontwikkelingen te duiden. De bevindingen zijn opgenomen in notities over deze duidingssessies [2–4].

Een meer uitgebreide toelichting op de gegevensverzameling is opgenomen in bijlage B11.

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.
4. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken NDM. 2023.

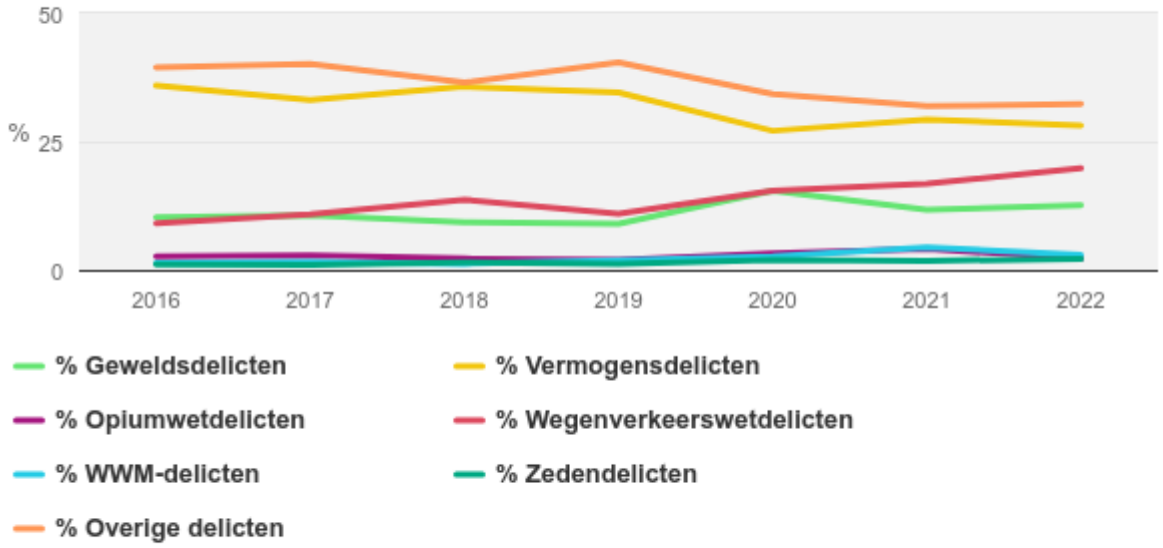
17.2 Middelengebruik en strafbaar gedrag

17.2.1 Verdachten middelengebruik

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 2016-2022.

- Het totaal aantal verdachten met de gevarenclassificaties ‘alcoholist’, ‘harddrugsgebruiker’ en ‘alcohol- en harddrugsgebruiker’ daalde tussen 2016 en 2022 met 27%.
- In 2022 kwamen 740 verdachten voor met de gevarenclassificatie ‘alcoholist’. In 2021 waren dat er 700. Daarmee steeg het aantal verdachten met deze classificatie voor het eerst sinds 2016. In 2022 ging het, net als in de voorgaande jaren, vooral om mannen tussen de 26 en 65 jaar.
- In 2022 werd 28% van de verdachten met de gevarenclassificatie ‘alcoholist’ verdacht van vermogensmisdrijven. Daarnaast werd 20% van de verdachten met deze gevarenclassificatie verdacht van verkeersdelicten en 13% van geweldsdelicten. Dit beeld is grotendeels vergelijkbaar met 2020 en 2021. In 2022 nam het aandeel verdachten van een Opiumwetdelict af: van ongeveer 4% in 2021 tot circa 2% van de als alcoholist geclassificeerde verdachten in 2022 (zie bijlage B11).
- De groep verdachten met de gevarenclassificatie ‘harddrugsgebruiker’ bestond in 2022 uit 3.877 personen, merendeels mannen in de leeftijdscategorie 26 tot 65 jaar. In 2021 ging het om 3.970 personen. Het aantal verdachten met de gevarenclassificatie ‘harddrugsgebruiker’ daalt sinds 2016, toen het aantal verdachten met deze gevarenclassificatie 5.250 verdachten betrof.
- Verdachten met de gevarenclassificatie ‘harddrugsgebruiker’ werden in 2022 vooral van vermogensmisdrijven (33%) verdacht. Het aandeel verdachten met deze gevarenclassificatie bleef ten opzichte van 2021 stabiel in 2022 voor vermogensdelicten, geweldsdelicten, Opiumwetdelicten en verkeersdelicten.
- Verdachten kunnen ook de gevarenclassificatie ‘alcohol- en drugsgebruiker’ krijgen. In 2022 bestond deze groep uit 639 personen. Dat is een lichte stijging ten opzichte van 2021 toen 619 verdachten met deze gevarenclassificatie werden geregistreerd. Tussen 2016 en 2021 daalde het aantal verdachten met deze gevarenclassificatie. In 2016 ging het om bijna 950 verdachten.
- Ook verdachten met de classificatie ‘alcohol- en drugsgebruiker’ werden in 2022 vooral verdacht van vermogensdelicten (32%), geweldsdelicten (13%) en verkeersdelicten (12%). Het aandeel Opiumwetdelicten bij verdachten met deze gevarenclassificatie is de afgelopen jaren stabiel rond 5%.

Type delict waarvan als 'alcoholist' geclassificeerde personen bij de politie worden verdacht, 2016-2022[I], in %

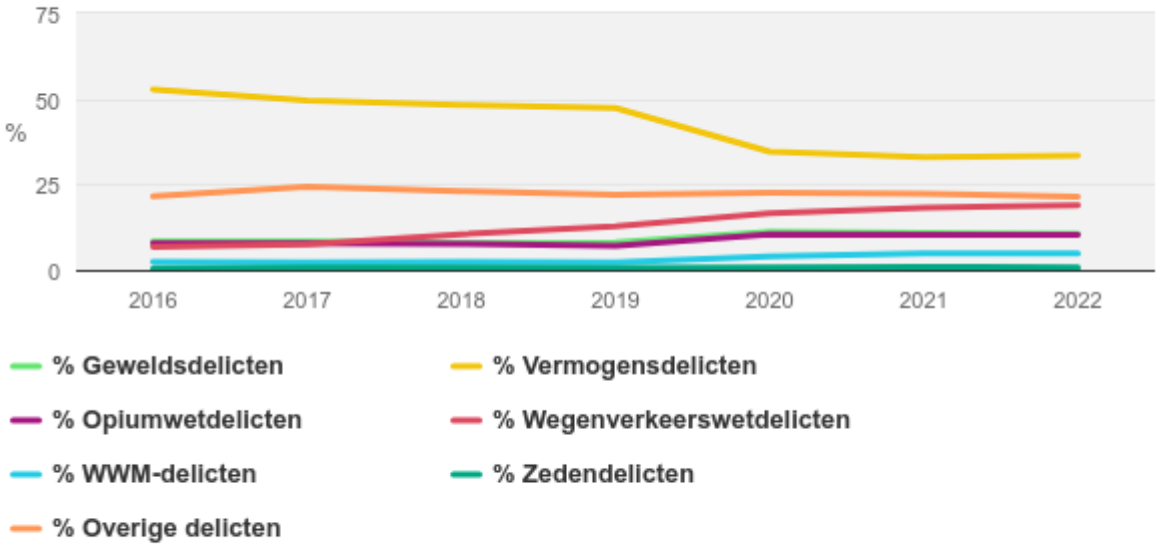


I. Meer dan een type delict mogelijk. Bron: BVH, Nationale Politie (augustus 2020, september 2021, maart 2022, April 2023), bewerking Regioplan.

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
2022	12,6	28,1	2,2	19,8	2,9	2,1	32,3

Type delict waarvan als 'harddrugsgebruiker' geclassificeerde personen bij de politie worden verdacht, 2016-2022[I], in %



I. Meer dan een type delict mogelijk. Bron: BVH, Nationale Politie (augustus 2020, september 2021, maart 2022, April 2023), 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
2022	10,5	33,4	10,3	18,9	4,8	0,7	21,4

17.2.2 Middelengebruik en geweld

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 geweldsdelicten [3]. Meer recente (in Nederland uitgevoerde) overzichtsstudies over de relatie tussen middelengebruik en geweld zijn niet beschikbaar. Daarom worden de oudere bronnen hieronder weergegeven.

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 synthetische stimulerende middelen (waaronder qat en synthetische cathinonen) is gevonden. Voor het verband tussen alcohol en agressief gedrag merken de onderzoekers op dat rekening moet worden gehouden met individuele variatie (bijvoorbeeld persoonskenmerken) en contextuele factoren (zoals 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 2022 door het NFI in totaal 692 onderzoeken in geweldszaken zijn uitgevoerd. In 2019-2022 was het aantal onderzoeken dat het NFI uitvoerde in augustus het hoogste (69 onderzoeken in 2022) en het laagste in februari (37 onderzoeken in 2022). Hierbij ging het zowel om alcoholonderzoeken en drugsonderzoeken als de onderzoeken waarbij getest wordt op een combinatie van alcohol en drugs. Sinds de invoering van de WMG stijgt het totale aantal onderzoeken dat door het NFI is uitgevoerd (met uitzondering van een lichte daling in 2020). Deze onderzoeken worden uitgevoerd bij

verdenking van gebruik van alcohol, drugs of een combinatie van alcohol en drugs.

- In de periode 2019-2022 bestond de overgrote meerderheid van de onderzoeken uit onderzoeken 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 56% in 2022. Het aandeel drugsonderzoeken is afgenomen van 46% in 2019 tot 39% in 2022.
- Uit een evaluatie van de WMG, op basis van processen-verbaal van de politie waarin de uitslag van afgenomen tests wordt geregistreerd, blijkt dat in de periode medio 2017 en 2020 in totaal 6.720 tests zijn afgenomen bij geweldsincidenten met (een vermoeden van) middelengebruik. Hierbij betrof het 5.308 uitgevoerde ademproeven en 1.412 afgenomen bloedonderzoeken. Ademproeven worden afgenomen bij een vermoeden van alcoholgebruik, terwijl bloedonderzoeken 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, waarvan er 1.257 onderzoeken boven de grenswaarden lagen [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%. Het aandeel weigeringen is zowel bij ademanalyses als bij bloedonderzoeken toegenomen in deze periode [6].

Totaal aantal onderzoeken uitgevoerd door het NFI in het kader van de Wet middelenonderzoek bij geweldsplegers, 2017–2022

	2017 (tweede helft)	2018	2019	2020	2021	2022
Totaal aantal onderzoek	125	477	555	537	683	692

Bron: NFI, bewerking Regioplan.

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.

17.2.3 Rijden onder invloed

Snel naar:

- Alcohol in het verkeer
- Rijden onder invloed van alcohol en drugs
- Verdachten van rijden onder invloed, maatregelen en straffen

Door de inwerkingtreding van de 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 Forensisch Instituut (NFI) gestuurd ter verificatie.

In het verleden is onderzoek gedaan naar de invloed van verschillende middelen op rijveiligheid. Daaruit is bekend dat, in vergelijking met andere middelen, alcoholgebruik het risico op ernstige en dodelijke verkeersongevallen het meest vergroot, 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 geassocieerd met een middelmatig verhoogd risico, waarbij het gebruik voornamelijk invloed heeft op de zelfperceptie van de bestuurder, het kritisch denkvermogen en het nemen van risico's [2,3]. Meer recente informatie over de relatie tussen verschillende middelen en rijveiligheid is niet beschikbaar.

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 meest recente onderzoek is uitgevoerd door I&O Research en omvat de periode 2006-2022 [6]. In samenwerking met de politie zijn alcoholcontroles uitgevoerd, verdeeld over tien politie-eenheden.

- In 2022 zijn 4.815 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 [6].

- Als gevolg van de coronapandemie en de bijbehorende maatregelen was het slechts beperkt mogelijk om de gebruikelijke face-to-face waarnemingen van de blaastesten te verzamelen. Vandaar dat het aantal blaastesten in 2022 aanzienlijk lager is dan in 2019 en er enige voorzichtigheid geboden is bij de uitkomsten van het onderzoek, die hieronder gepresenteerd worden. Ter vergelijking: bij de vorige meting in 2019 zijn ruim 10.000 blaastesten afgenomen en in 2017 waren dat er nog ruim 13.000. Een verklaring voor de afname van het aantal blaastesten tot de coronapandemie is het afnemende aantal automobilisten bij de alcoholcontroles waardoor er gemiddeld minder gecontroleerde bestuurders per meting zijn [6,7].
- Op landelijk niveau is het aandeel bestuurders met een te hoge alcoholconcentratie in het bloed ruwweg gelijk gebleven, namelijk rond 2% in 2022 en 2019. In 2017 betrof dit aandeel afgerond 1% [6,7].
- Op regionaal niveau waren in 2022 bestuurders het vaakst in overtreding in de politie-eenheid Amsterdam, namelijk 5% van alle geteste bestuurders. In 2019 was dat nog 2%. In de politie-eenheid Noord-Holland steeg het aandeel overtreders van 2% in 2019 naar 4% in 2022. In 2019 waren bestuurders het vaakst in overtreding in politie-eenheid Rotterdam, namelijk 6%. In 2022 was dit percentage gedaald naar 3% [6,7].
- Het aandeel bestuurders dat niet of nauwelijks had gedronken (minder dan 0,2‰) was in 2022 vergelijkbaar met 2019 (95%) [6,7].
- Het aandeel zware alcoholovertreders (met een bloedalcoholgehalte van 1,3‰ of meer) steeg van 0,3% in 2019 naar 0,6% in 2022. Hiermee is het aandeel zware alcoholovertreders op het hoogste niveau sinds 2006 [6,7].
- Mannelijke bestuurders reden vaker met te veel alcohol op dan vrouwelijke bestuurders, maar de verschillen zijn kleiner geworden in de periode 2006-2022. Het totaal aandeel mannelijke bestuurders met te veel alcohol op is in 2022 gelijk gebleven met 2019 (beide 3%). Het totaal aandeel vrouwelijke bestuurders met te veel alcohol op is gestegen van 1,4% in 2019 naar 2,3% in 2022.
- Onder mannen was in de leeftijdscategorie 25-34 jaar het aandeel overtreders het grootste in 2022. In 2019 was dat in de leeftijdscategorie 35-49 jaar. Het totaal aandeel vrouwelijke bestuurders met te veel alcohol op steeg van 1% in 2019 naar 2% in 2022. Onder vrouwen was in de leeftijdscategorie 35-49 jaar het aandeel overtreders in 2022 het grootste. In 2019 was dat nog in de leeftijdscategorie 25-34 jaar. Daarnaast steeg het aandeel vrouwelijke overtreders in de leeftijdscategorie 50 jaar en ouder van minder dan 1% in 2019 naar bijna 3% in 2022 [6,7].
- In tegenstelling tot de periode 2006-2019 gingen bestuurders in 2022 ongeveer even vaak op vrijdagnacht in overtreding als op zaterdagnacht : 3% van de bestuurders was deze nachten in overtreding. In 2019 ging het op vrijdagnacht om 2% en op zaterdagnacht om 3% van de bestuurders. Naarmate de nacht vordert, zijn er meer bestuurders in overtreding. In 2022 waren, net als in 2019, tussen 2.00 en 4.00 uur de meeste bestuurders in overtreding (4%) [6,7].

- De meeste overtreders hebben in een horecagelegenheid gedronken (55% in 2022 en 50% in 2019). Het aandeel overtreders dat bij vrienden, kennissen of familie of elders dronk, was licht afgenomen (van 25% in 2019 naar 21% in 2022). In 2022 viel op dat bestuurders minder vaak verklaarden dat ze op het werk hadden gedronken dan in 2019 (respectievelijk 5% en 3%). Bestuurders verklaarden wel vaker dat ze in een sportkantine/clubhuis (2% in 2019, 7% in 2022) of thuis (10% in 2019, 11% 2022) hadden gedronken [6,7].
- In 2022 was het aandeel overtreders het hoogst voor bestuurders die vijf tot tien kilometer moesten rijden (6%). In 2019 betrof dit percentage nog 3%. Het aandeel overtreders dat maximaal vijf kilometer moest rijden, is gestegen van 4% in 2019 naar 5% in 2022. Onder bestuurders die meer dan vijftig kilometer moesten rijden, is het aandeel overtreders in 2022 toegenomen tot 2% (1 % in 2019) [6,7].

Over verkeersongelukken waarbij alcohol in het spel is, zijn voornamelijk data beschikbaar over de periode 2016-2018 en over een deel van 2019 (tot september). Er zijn geen recente cijfers beschikbaar:

- 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 [8].
- 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 [8].
- 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 ging het om 15 verkeersdoden. Vooral willekeurige weggebruikers zijn omgekomen bij deze verkeersongelukken [8]. 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 [8].

Rijden onder invloed van alcohol en drugs

In het onderzoek dat Rijkswaterstaat Water, Verkeer en Leefomgeving (van het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat) tweejaarlijks door I&O Research laat uitvoeren naar rijden onder invloed van alcohol in Nederland, is in 2022 ook een enquête uitgezet. Vanwege de (maatregelen ter bestrijding van de) coronapandemie en beperkingen in de capaciteit bij de politie zijn in 2020, 2021 en 2022 minder blaastesten afgenomen en de enquête is daar een aanvulling op. In de enquête zijn aan bestuurders van gemotoriseerde voertuigen (N=4.827) vragen voorgelegd over rijden onder invloed van alcohol, drugs of medicijnen en hun redenen hiervoor [6]. De resultaten van deze enquête zijn gebaseerd op zelfrapportage van respondenten:

- Van de bestuurders van gemotoriseerde voertuigen bleek 91% in de twaalf maanden voorafgaande aan de bevraging nooit onder invloed van alcohol, drugs of medicijnen te hebben

gereden. Een klein deel van de respondenten had wel in de afgelopen twaalf maanden wel eens onder invloed van alcohol (5%) of drugs (1%) gereden [6].

- Mannen hadden vaker onder invloed van alcohol, drugs of medicijnen gereden (11%) dan vrouwen (6%). Bestuurders jonger dan vijftig jaar hadden vaker onder invloed gereden van alcohol (7%) of drugs (2%) dan bestuurders van vijftig jaar of ouder (respectievelijk 3% en 0%) [6].
- Van de bestuurders die onder invloed van alcohol reden (n=235), had 65% in de twaalf maanden voorafgaande aan de bevraging één of twee keer met meer alcohol dan wettelijk is toegestaan achter het stuur gezeten. Ongeveer 5% van de bestuurders die onder invloed van alcohol gereden hadden, deed dit tien keer of vaker. Bij de meerderheid van de bestuurders (68%) die in de twaalf maanden voorafgaande aan de bevraging onder invloed van alcohol gereden had, was de bestuurder de enige inzittende van het voertuig. De laatste keer dat zij onder invloed van alcohol reden, kwamen zij van vrienden, familie of kennissen of de horeca af. In ongeveer 60% reed een afstand tot tien kilometer [6].
- De voornaamste reden die bestuurders die onder invloed van alcohol reden hiervoor opgaven was dat zij vonden dat ze geen keuze hadden: ze hadden gedronken en moesten naar huis. Daarnaast vond een kwart van de bestuurders dat alcoholgebruik hun rijvaardigheid niet beïnvloedde [6].
- Van de bestuurders die onder invloed van drugs (n=43) reden, had 40% dit in de twaalf maanden voorafgaande aan de bevraging één of twee keer gedaan. Van de groep bestuurders die onder invloed van drugs hadden gereden, had 28% dat minimaal tien keer gedaan. Gevraagd naar het type drugs dat deze bestuurders de laatste keer hadden gebruikt, gaf de meerderheid (77%) aan dat zij softdrugs gebruikt hadden. Een kleine groep (15%) had onder invloed van cocaïne gereden (dat komt in deze studie neer op 6 personen). Vaak namen de bestuurders de drugs thuis (52%) of bij vrienden, familie of kennissen (34%). Bij een meerderheid van de bestuurders (76%) zat de laatste keer dat zij onder invloed van drugs reden, geen andere inzittende in het voertuig. De afstanden die bestuurders hadden gereden toen ze de laatste keer onder invloed van drugs waren, verschilden sterk. De meest voorkomende afstanden waren nul tot vijf kilometer (26%) en tien tot twintig kilometer (23%) [6].
- De voornaamste reden die bestuurders die onder invloed van drugs reden hiervoor gaven, was dat het gebruik, volgens hen, hun rijvaardigheid niet beïnvloedde (43%). Een kwart van de bestuurders gaf aan dat het een gewoonte was [6].

In opdracht van het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat heeft VeiligheidNL in 2022 ook een onderzoek uitgevoerd naar middelengebruik (alcohol, drugs en rijgevaarlijke medicijnen) door bestuurders van gemotoriseerde voertuigen. Hiervoor hebben zij gebruikgemaakt van het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL. In dit systeem worden registraties vastgelegd van bezoeken aan de Spoedeisende Hulp (SEH) als gevolg van letsels. Voor dit onderzoek heeft VeiligheidNL data gebruikt voor de periode 2012-2021 in veertien ziekenhuizen. De resultaten die hieronder besproken worden, zijn gebaseerd op registraties (N=1.434) waarbij de bestuurder van een gemotoriseerd voertuig op de SEH behandeld is voor een letsel als gevolg van een verkeersongeval waarbij het slachtoffer onder invloed was van alcohol en/of drugs [9].

- Uit het onderzoek bleek dat in de periode 2012-2021 gemiddeld 5% van de bestuurders van gemotoriseerde voertuigen met ernstig letsel alcohol en/of drugs had gebruikt. In 2021 was dit percentage het hoogst (7%). In de jaren 2019 en 2020 bedroeg het percentage 6% [9].

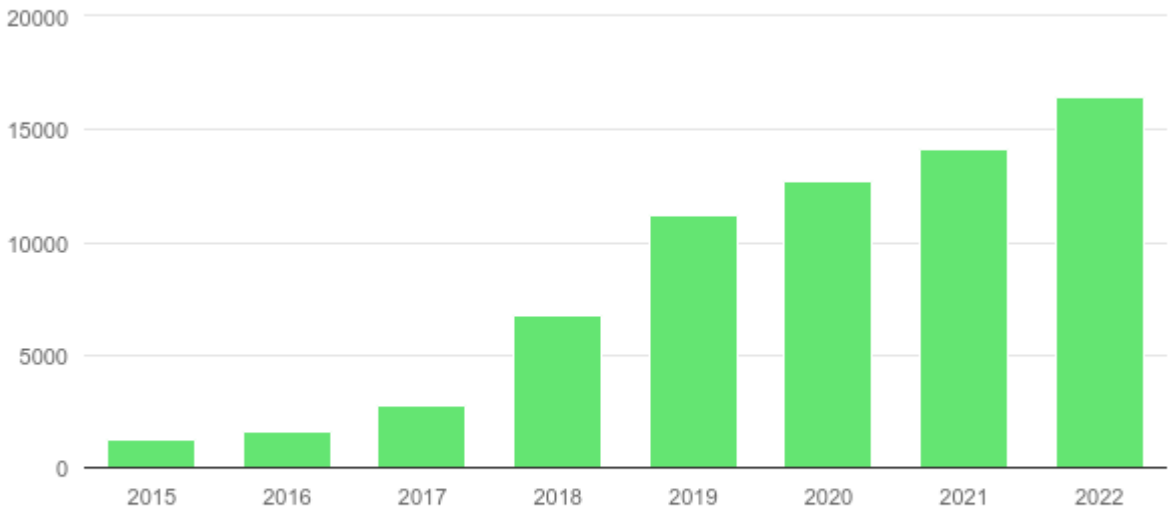
- In de periode 2012-2021 had een meerderheid van de bestuurders van gemotoriseerde voertuigen met ernstig letsel alleen alcohol gebruikt (87%). Ongeveer 7% van de bestuurders had alleen drugs gebruikt en 6% had een combinatie van alcohol en drugs gebruikt [9].
- De overgrote meerderheid van de bestuurders van gemotoriseerde voertuigen die met een ernstig letsel in de periode 2012-2021 de SEH bezochten, was man (87%). Een kwart van de mannelijke bestuurders was jonger dan 25 jaar. Van de vrouwelijke bestuurders was ongeveer een kwart tussen de 25 en 34 jaar [9].
- Als bestuurders van gemotoriseerde voertuigen alcohol en/of drugs gebruikt hadden voorafgaand aan een ongeval, betrof dit in de periode 2012-2021 vaak een eenzijdig ongeval (50%) of een botsing met een obstakel (ongeveer 29%) [9].
- Het aantal doden bij verkeersongevallen waarbij de bestuurder onder invloed was van alcohol en/of drugs en het ongeluk zelf overleefde, is in de periode 2016-2022 sterk gestegen. In 2022 waren er 61 verkeersdoden door een bestuurder onder invloed van alcohol en/of drugs. In 2020 en 2021 ging het om, respectievelijk, 31 en 32 doden. Aan het begin van de meting in 2016 waren er dertien verkeersdoden door bestuurders onder invloed van alcohol en/of drugs [10].

Over het aantal registraties en onderzoeken naar rijden onder invloed van alcohol en drugs is het volgende bekend:

- 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) [11]. 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 of een bestuurder mogelijk drugs heeft gebruikt. Voor 2017 werd hier nauwelijks op gecontroleerd [12]. 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 [12]. Het SWOV heeft geen recente cijfers van het aantal bestuurders dat onder invloed van drugs reed: het meest recente onderzoek komt uit 2011 [13] .
- Voor meer informatie over lachgas in het verkeer verwijzen we naar § 13.6.2.
- Drugsonderzoeken werden in de periode 2015-2022 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 2015-2022. In 2022 schommelde het aantal drugsonderzoeken per maand tussen 910 en 1.172 onderzoeken. De piek van het aantal drugsonderzoeken lag in 2022 in de maand oktober (1.172 onderzoeken). In 2021 was het aantal drugsonderzoeken het hoogst in maart, terwijl in de jaren 2019 en 2020 het aantal drugsonderzoeken in juli de piek bereikte. 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 [14].

- 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 2022). De piek van het aantal alcoholonderzoeken lag in 2022 in de maanden mei (112 onderzoeken) en augustus (111 onderzoeken). 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 [15] Het NFI schat, in hetzelfde onderzoek, dat ongeveer 90% van de bloedonderzoeken naar drugs positief was [15].

Aantal drugsonderzoeken wegens rijden onder invloed door het NFI[I], 2015-2022



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

	aantal drugsonderzoeken verkeer
2015	1246
2016	1573
2017	2757

	aantal drugsonderzoeken verkeer
2018	6722
2019	11210
2020	12702
2021	14125
2022	16467

- Het is daarnaast bekend hoe vaak door het Centraal Bureau voor de uitgifte van 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 rijgeschiktheidsonderzoek gestart; dit gebeurt alleen als de politie nog andere kenmerken heeft geconstateerd die erop wijzen dat er mogelijk sprake is van problematisch drugsgebruik.
- In 2022 nam het CBR 4.370 keer het besluit om een onderzoek te starten naar de rijgeschiktheid van personen wegens mogelijk problematisch alcoholgebruik. Dit is een sterke stijging ten opzichte van 2021 (3.010). In 2018, 2019 en 2020 ging het om een aantal van respectievelijk 3.660, 3.750 en 3.150 [16].
- In 2022 nam het CBR 5.139 keer een besluit om een onderzoek te starten naar de rijgeschiktheid van personen wegens mogelijk problematisch drugsgebruik. Dit is een forse stijging ten opzichte van 2021 (3.893) [16]. Ook in vergelijking met de jaren 2017-2020 zijn de cijfers in 2022 hoger (4.158 in 2020, 3.600 in 2019, 1.500 in 2018 en 600 in 2017).
- In 2022 zijn daarnaast 130 onderzoeken uitgevoerd wegens mogelijk problematisch alcohol- én drugsgebruik. Dit is aanzienlijk meer dan in 2021 toen 88 onderzoeken werden uitgevoerd. In 2020 werden er 5 onderzoeken uitgevoerd [16]. Het relatief lage aantal onderzoeken in 2020 werd, zo blijkt uit de duidingssessie van 2021, vermoedelijk veroorzaakt door de coronamaatregelen, zoals de avondklok en de sluiting van horecagelegenheden [17].

Verdachten van rijden onder invloed, maatregelen en straffen

- In 2022 registreerde de politie 41.085 verdachten van rijden onder invloed van alcohol en/of drugs. Dat was een forse stijging ten opzichte van 2021 toen de politie 30.560 verdachten van rijden onder invloed van alcohol en/of drugs registreerde. Voor zowel 2022 als 2021 gaat het

om voorlopige cijfers [18]. Het aandeel verdachten van rijden onder invloed, ten opzichte van het totaal aantal verdachten voor verkeersmisdrijven, steeg van 62% in 2021 naar 68% in 2022 [18,19].
- Uit de duidingssessies in 2021 blijkt dat de trendbreuk in 2020 mogelijk samenhangt met de coronamaatregelen [17].

Aandeel (%) geregistreerde verdachten rijden onder invloed[I], 2013-2022

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
% rijden onder invloed	65	64	62	62	63	65	67	64	62	68
Rijden onder invloed (afgerond, *1000)	34	31	27	26	25	28	32	28	31	41
Totaal aantal verkeersmisdrijven (afgerond, *1.000)	52	49	43	42	40	44	48	44	49	61

I. Aantallen door de politie geregistreerde verdachten van misdrijven in duizendtallen. Cijfers voor 2021 en 2022 betreffen

- 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 2022 werden er veel meer beslissingen genomen door het OM in misdrijfzaken betreffende rijden onder invloed dan in 2021 [20].
- Het aantal strafbeschikkingen is in 2022 sterk gestegen ten opzichte van 2021: van 6.370 naar 14.070 strafbeschikkingen. Het OM heeft echter in 2022 minder vaak een transactie aangeboden dan in 2021: 55 in 2022 en 85 in 2021. Het aantal keer dat het OM een onvoorwaardelijk beleidssepot heeft opgelegd voor rijden onder invloed is in 2022 (1.725) sterk toegenomen ten opzichte van 2021: 1.725 in 2022 en 630 in 2021 [20–22].

Strafrechtelijke afhandeling van misdrijfzaken vanwege rijden onder invloed, 2019–2022

	2019	2020	2021	2022
Aantal beslissingen	19.245	16.035	14.745	32.835
Strafbeschikking	5.310	5.950	6.370	14.070
Transactie	145	65	85	55
Onvoorwaardelijk beleidssepot	260	375	630	1.725

Bron: Moolenaar, Choenni & Van den Braak (2023).

- In 2021 werden door de rechter in eerste aanleg 6.610 zaken afgedaan voor het rijden onder invloed van alcohol en/of drugs. In 2020 betrof dit nog 8.690 zaken [22,23].
- In de 6.610 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 [22,23].

Aantal afgedane misdrijfzaken rijden onder invloed door de rechter in eerste aanleg, 2013-2022

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal zaken	12.725	11.335	11.195	7.810	9.305	9.860	10.870	8.690	6.610	7.845

Bron: Moolenaar, Choenni & Van den Braak (2023).

- Bestuurlijke maatregelen voor rijden onder invloed van alcohol en/of drugs worden door het CBR opgelegd.
- In 2022 was er een stijging ten opzichte van 2021 in het aantal meldingen dat het CBR ontving van de politie in verband met alcohol- en/of drugsovertredingen, gevaarlijk rijgedrag of een vermoeden van ongeschiktheid om te rijden door een medische aandoening. In de jaren 2020 en 2021 is het aantal meldingen dat het CBR ontving van de politie, licht gedaald.
- Uit de duidingssessie in 2023 bleek dat in 2020 en 2021 mogelijk minder is gereden, waardoor het CBR minder meldingen ontving. In 2022 lijken de cijfers weer op het niveau te komen van

voor de coronapandemie [24]. In de duidingssessies van zowel 2023 als 2022 bleek tevens dat de daling van het aantal meldingen in 2021 en 2022 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 [16,24]. 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 [14].

- Naast het starten van een rijgeschiktheidsonderzoek kan het CBR twee soorten cursussen, of maatregelen, opleggen: een licht educatieve maatregel alcohol en verkeer (LEMA) of een educatieve maatregel alcohol en verkeer (EMA). In totaal werden in 2022 meer maatregelen door het CBR opgelegd dan in voorgaande jaren. Deze stijging is bij alle maatregelen te zien, maar is het sterkst bij de EMA. In 2022 is ongeveer 8.200 keer een cursus (EMA of LEMA) opgelegd, terwijl het in 2021 en 2020 om respectievelijk ongeveer 5.500 en 7.000 opgelegde cursussen ging [16]. Uit de duidingssessie in 2023 bleek dat het aantal bestuurlijke maatregelen in 2022 langzaam weer op het niveau van voor de coronapandemie lijkt te komen. De trendbreuk in het aantal bestuurlijke maatregelen in 2020 en 2021 hangt mogelijk samen met de coronamaatregelen [17,24].
- Uit de duidingssessie in 2022 bleek dat voor de daling van het aantal opgelegde 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 [14].

Bestuurlijke maatregelen voor rijden onder invloed opgelegd door het CBR, 2018-2022

	2018	2019	2020*	2021	2022
Aantal mededelingen*	22.350	25.000	24.350	23.090**	28.540**
Cursussen (EMA)	6.867	6.788	5.505	4.163	6.412
Korte curssusen (LEMA)	2.199	2.185	1.456	1.200	1.791
Onderzoek naar rijgeschiktheid	3.660	3.750	3.150	3.010	4.370

* 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, 2023).

** Wegens verschillen in de absolute aantallen tussen de systemen van de CBR zijn deze cijfers afgerond op tientallen.

In 2022 is een onderzoek verschenen naar de effectiviteit van bestuursrechtelijke maatregelen voor bestuurders van gemotoriseerde voertuigen die zich schuldig hebben gemaakt aan rijden onder invloed (van alcohol). Het gaat om de maatregelen: LEMA, EMA, het onderzoek naar de geschiktheid (onderzoek alcohol) en het alcoholslotprogramma (ASP; dit kon in Nederland alleen tussen december 2011 en september 2014 worden opgelegd). In het onderzoek is de effectiviteit onderzocht van de maatregelen zoals die anno 2013 (voor de LEMA en ASP) of 2015 (voor de EMA en het onderzoek alcohol) opgelegd werden. Hierdoor is het mogelijk dat de bevindingen van dit rapport niet representatief zijn voor de huidige situatie [25].

- Binnen de doelgroep van de LEMA is geen samenhang gevonden tussen een doorverwijzing naar de maatregel en het recidiverisico van rijden onder invloed. De LEMA lijkt daarmee niet effectief in het terugdringen van het recidiverisico. Uit het onderzoek blijkt dat beginnende bestuurders een groter recidiverisico hebben op rijden onder invloed wanneer ze naar de LEMA doorverwezen zijn dan wanneer ze niet zijn doorverwezen. Voor ervaren bestuurders is geen effect van de LEMA op rijden-onder-invloedrecidive gevonden. Tot slot blijkt de LEMA wel effectief te zijn voor personen met minstens één eerder rijden-onder-invloeddelict [25].
- Binnen de doelgroep van de EMA is eveneens geen samenhang gevonden tussen een doorverwijzing naar de maatregel en het recidiverisico voor rijden onder invloed. De EMA lijkt daarmee niet effectief in het terugdringen van het recidiverisico. In het onderzoek zijn geen verschillen in effectiviteit gevonden voor subgroepen op basis van demografie, strafrechtelijke voorgeschiedenis of kenmerken van de strafzaak [25].
- Binnen de doelgroep van de ASP hing een doorverwijzing wel samen met een 29% lager recidiverisico voor rijden onder invloed (ten opzichte van geen doorverwijzing). De maatregel blijkt echter niet effectief te zijn voor personen die op jonge leeftijd (15 jaar of jonger) hun eerste justitiecontact hadden [25].
- Binnen de doelgroep voor het onderzoek alcohol hangt een doorverwijzing ook samen met een 33% lager recidiverisico (ten opzichte van geen doorverwijzing). De effectiviteit van de maatregel blijkt sterker voor ervaren bestuurders dan voor beginnende bestuurders [25].

Naast bestuurlijke maatregelen voor rijden onder invloed van alcohol kan het CBR diverse bestuurlijke maatregelen opleggen aan bestuurders die hebben gereden onder invloed van drugs. Dit kan een onderzoek zijn naar drugsgebruik of, sinds 1 april 2023, een Educatieve Maatregel Drugs en verkeer (EMD). Omdat er weinig inzicht is in kenmerken en recidive van bestuurders die onder invloed van drugs aan het verkeer deelnemen, heeft het WODC op verzoek van Rijkswaterstaat Water, Verkeer en Leefomgeving (RWS WVL) onderzocht op basis van de kenmerken van bestuurders die in 2019 aan het onderzoek drugs hebben deelgenomen: [26]

- Voor het onderzoek zijn onder andere de kenmerken en recidive onderzocht van bestuurders die in 2019 deelnamen aan het onderzoek naar drugsgebruik (N=2.277). Deze bestuurders bleken veelal mannen (95%) te zijn die geboren zijn in Nederland (83%). De gemiddelde leeftijd van deze groep was 32 jaar ten tijde van de deelname aan het onderzoek. Een deel van deze groep (14%) had al eerder een strafzaak vanwege rijden onder invloed van drugs. Ongeveer 11% van deze groep had al eerder een strafzaak vanwege rijden onder invloed van alcohol. Van deze groep bestuurders had 41% al een strafzaak vanwege een eerder verkeersdelict anders dan rijden onder invloed en had 47% al minstens een strafzaak gehad voor een ander type delict (zoals vermogens- of geweldsdelicten). Van de groep die in 2019 deelnam aan het onderzoek naar vermoedelijk drugsgebruik, recidiveerde ongeveer 11% binnen twee jaar na

het afronden van de maatregel [26].

- Voor het onderzoek zijn tevens de kenmerken en recidive onderzocht van de potentiële doelgroep voor de EMD (voordat de EMD in werking is getreden) en het onderzoek drugs. Hiervoor zijn personen onderzocht die in 2021 door de politie aangehouden zijn vanwege rijden onder invloed van drugs en daarvoor strafrechtelijk werden vervolgd (N=5.276 voor de EMD, N=820 voor het onderzoek drugs). De feitelijke instroom bij het CBR was mogelijk lager, omdat niet iedereen die door de politie wordt aangehouden ook is doorverwezen naar het CBR [26].
- Uit het onderzoek blijkt dat de doelgroepen voor beide maatregelen weinig van elkaar verschillen. Bij beide maatregelen is het percentage mannen hoog (94% voor de EMD, 96% voor het onderzoek drugs) en is de gemiddelde leeftijd vergelijkbaar (19 jaar voor de EMD, 21 jaar voor het onderzoek drugs). De potentiële doelgroep voor het onderzoek drugs heeft wel een uitgebreidere delicthistorie dan de potentiële doelgroep voor de EMD. Deze delicthistorie omvat niet alleen eerdere strafzaken voor rijden onder invloed van drugs (10%-12%), maar ook andere verkeersdelicten (40% voor de EMD, 63% voor het onderzoek drugs) en andere type misdrijven (40%, voor de EMD, 61% voor het onderzoek drugs) [26].

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 2006-2022: Ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten. Amsterdam; 2022.
7. I&O Research. Rijden onder invloed in Nederland in 2006-2019: Ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten. Den Haag; 2021.
8. 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
9. VeiligheidNL. Middelengebruik in het verkeer: Een analyse van data verzameld op SEH-afdelingen. Amsterdam; 2022.
10. NOS. Aantal doden door drugs en drank in het verkeer fors toegenomen. 2023; Available from: https://nos.nl/artikel/2471787-aantal-doden-door-drugs-en-drank-in-het-verkeer-fors-toegenom

en
11. 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
12. 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
13. SWOV. Factsheet “Drugs en geneesmiddelen.” Den Haag: SWOV; 2020.
14. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
15. Abraham, M., Nauta, O., &Van Aalst, M. Evaluatie DIV. 2019.
16. CBR. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2023.
17. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.
18. CBS. Geregistreerde criminaliteit; soort misdrijf, regio [Internet]. 2023. Available from: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83648NED/table?fromstatweb
19. CBS. Geregistreerde criminaliteit; soort misdrijf, regio [Internet]. 2021. Available from: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83648NED/table?dl=53AC6
20. Moolenaar D, Choenni R, van den Braak S. Criminaliteit en Rechtshandhaving 2022. Den Haag: WODC; 2023.
21. 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.
22. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, Van den Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2021. Cahier 2022-12. Den Haag; 2022.
23. CBR. Jaarverslag 2020. 2021.
24. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken NDM. 2023.
25. Blom M, Boschman SE, Weijters G. Differentiële effectiviteit maatregelen alcohol en verkeer. Den Haag; 2022.
26. Blom M, Weijters G. Achtergronden en recidive na het CBR-onderzoek drugs: Potentiële doelgroepen voor de educatieve maatregel alcohol en verkeer (EMD) en het onderzoek drugs. Den Haag: WODC; 2023.

17.3 Middelengebruik en 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

Snel naar:

- Ervaren overlast van alcohol en drugs
- Geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs

Ervaren overlast van alcohol en drugs

Alcohol- en drugsgerelateerde overlast wordt gemeten in de Veiligheidsmonitor (uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Justitie en Veiligheid en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)). 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, drugshandel en/of 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 is voor beide vormen van overlast lager dan in voorgaande jaren; in 2012-2020 ging het voor beide vormen van overlast 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[l], 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].

- In 2022 werden bij de politie 55.971 overlastincidenten door alcohol en drugs geregistreerd. Dit is een sterke stijging ten opzichte van 2021. Toen ging het om 46.011 overlastincidenten. Met uitzondering van een daling in het aantal overlastincidenten tussen 2020 en 2021, vertonen de cijfers een stijgende trend vanaf 2013 [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]. In de duidingssessie van 2021 werd in dit verband opgemerkt dat dat de relatief sterke stijging van geregistreerde overlastincidenten in 2020 mogelijk verband houdt met de beperkingen in de toegang tot zorg tijdens de coronapandemie [6]. 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 [6].
- 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 [6].

Totaal aantal geregistreerde incidenten van overlast door alcohol en drugs, 2013-2022

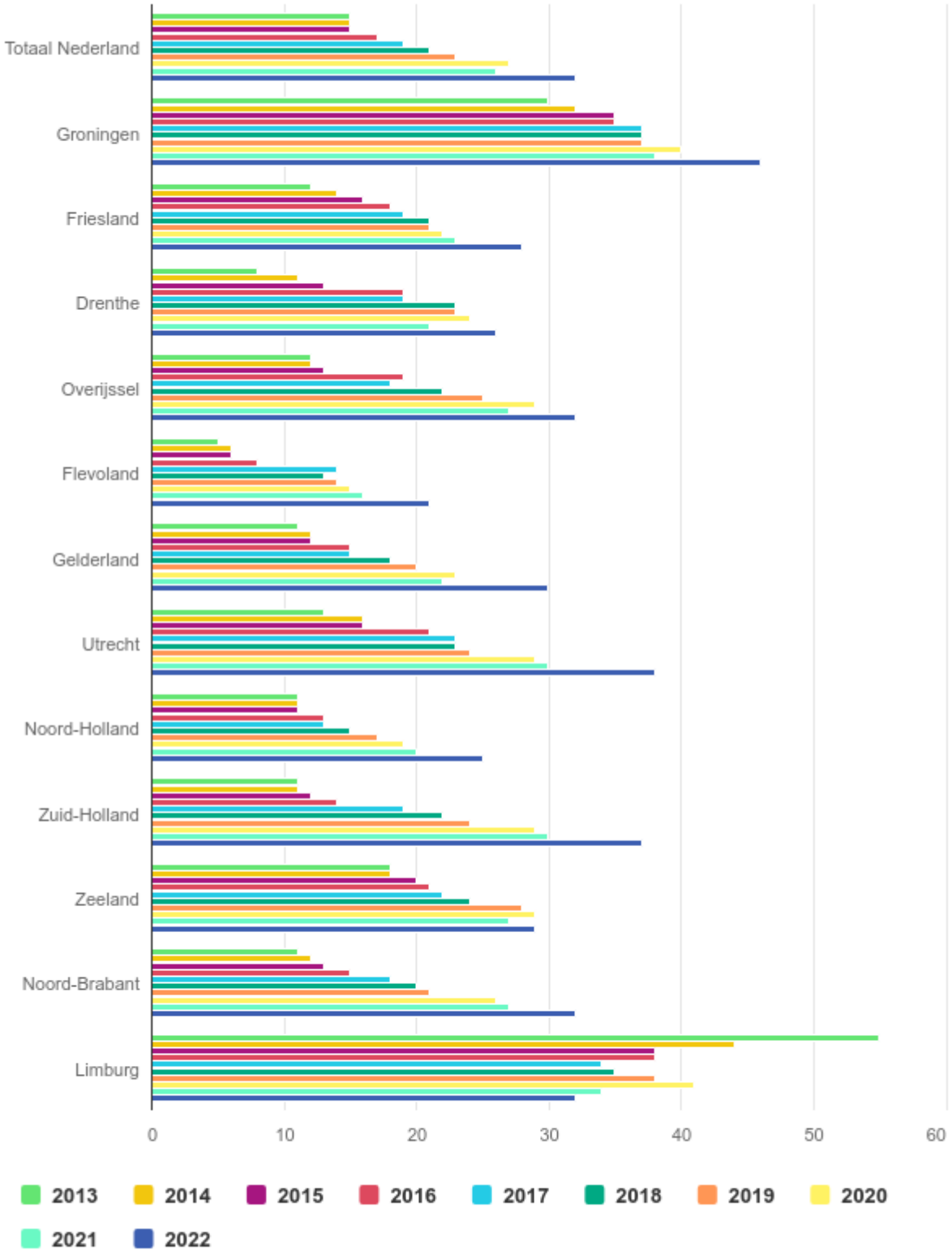
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal incidenten	24.771	25.163	25.689	29.708	32.429	36.807	40.161	46.274	46.011	55.971

Bron: Data.politie.nl (2023).

- Het aantal geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs in heel Nederland lag in 2022 op 34 per 10.000 inwoners, terwijl dit aantal 26 incidenten per 10.000 inwoners in 2021 betrof. In 2013 waren dat 15 alcohol- en drugsgerelateerde overlastincidenten per 10.000 inwoners.
- In de periode 2013-2022 was in bijna alle provincies sprake van een toename van het aantal overlastincidenten door alcohol en drugs per 10.000 inwoners. Over deze periode 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 in de periode 2013-2022 sprake van een daling.
- De stijging was tussen 2021 en 2022 het grootst in de provincies Flevoland, Gelderland en Utrecht. Alleen in de provincie Limburg daalde het aantal geregistreerde alcohol- en drugsgerelateerde overlastincidenten in 2022.
- Het beeld van 2022 lijkt af te wijken van 2021. Toen steeg het aantal geregistreerde overlastincidenten minder hard en was er zelfs in meerdere provincies een daling zichtbaar. In 2021 was de stijging het grootst in de provincies Noord-Holland, Flevoland en Friesland. De afname van het aantal overlastincidenten was in dat jaar het sterkst in de provincies Limburg, Drenthe, Zeeland, Overijssel en Groningen. Het beeld van 2022 komt in grotere mate overeen met 2020 toen de overlastincidenten in alle provincies stegen. In 2020 was de stijging van het aantal geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs het sterkst in de provincies Noord-Brabant, Zuid-Holland, Utrecht en Overijssel.

- Uit de duidingssessie in 2021 bleek dat er signalen zijn dat in provincies waar de stijging van geregistreerde overlastincidenten het sterkst was, in 2020 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 [6]. In de provincies Drenthe, Friesland, Groningen en Flevoland bleef in 2020 het aantal geregistreerde incidenten (per 10.000 inwoners) nagenoeg stabiel.

Geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs, per provincie, 2013-2022, in aantallen (per 10.000 inwoners)



Bron: het aantal incidenten is afkomstig van data.politie.nl (2023). Gegevens over inwoneraantallen zijn afkomstig van CBS Statline (2023). Bewerking Regioplan.

NDM

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Totaal Nederland	15	15	15	17	19	21	23	27	26	32
Groningen	30	32	35	35	37	37	37	40	38	46
Friesland	12	14	16	18	19	21	21	22	23	28
Drenthe	8	11	13	19	19	23	23	24	21	26
Overijssel	12	12	13	19	18	22	25	29	27	32
Flevoland	5	6	6	8	14	13	14	15	16	21
Gelderland	11	12	12	15	15	18	20	23	22	30
Utrecht	13	16	16	21	23	23	24	29	30	38
Noord-Holland	11	11	11	13	13	15	17	19	20	25
Zuid-Holland	11	11	12	14	19	22	24	29	30	37
Zeeland	18	18	20	21	22	24	28	29	27	29
Noord-Brabant	11	12	13	15	18	20	21	26	27	32
Limburg	55	44	38	38	34	35	38	41	34	32

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. Politie. Geregistreerde overlast; soort overlast, gemeentelijke indeling 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://data.politie.nl/#/Politie/nl/dataset/47021NED/table?ts=1681893074031
5. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
6. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.

17.3.2. Overlast gerelateerd aan coffeeshops

In de periode 2014-2018 is overlast in relatie tot coffeeshops met periodiek onderzoek in kaart gebracht [1–3]. 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 [1–3]. Informatie over de periode na 2018 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 [2]. Dit is vergelijkbaar met de situatie in 2017 [3]. Als de overlast is toegenomen in 2018 ten opzichte van 2017, dan ging het vooral om grote steden [2].
- Als er overlast was rondom de coffeeshops, kwam dat voornamelijk door verkeersopstoppingen, parkeerproblemen en rondhangende mensen [1,2]. 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 [2,3]. Vaak ging het om een samenloop van verschillende factoren die resulteerden in overlast. Een permanentere oplossing vraagt vaak een aanpassing van de fysieke omgeving.

Van september 2021 tot april 2022 vond een voormeting plaats voor het onderzoek dat zal worden uitgevoerd wanneer het Experiment Gesloten Coffeeshopketen van start gaat. In dit onderzoek is onder andere de ervaren overlast rondom coffeeshops onderzocht. Informatie hierover is verzameld in negentien gemeenten die deelnamen aan het onderzoek en een coffeeshopbeleid voerden: tien interventiegemeenten waar legaal geteelde cannabis zal worden geïntroduceerd en negen vergelijkingsgemeenten waar het reguliere verbod blijft gelden [4]. Over het coffeeshopbeleid in deze gemeenten trokken de onderzoekers de volgende conclusies:

- Over het algemeen waren mensen die in de directe omgeving van de coffeeshops woonden of werkten, in de gemeenten die deelnamen aan het onderzoek, tevreden over wonen/werken in hun buurt. Zij voelden zich veilig. Overlast in de directe omgeving van de coffeeshop kwam voornamelijk voor in het kader van verkeers- of parkeersituaties. In mindere mate was er overlast van geluid of rondhangende personen [4].
- Op basis van politieregistraties over bezit van, handel in en het vervaardigen van soft- of harddrugs zien de onderzoekers weinig verschillen tussen de gemeenten die deelnamen aan het onderzoek en andere Nederlandse gemeenten. Wel merken de onderzoekers op dat in de gemeenten die deelnamen aan het onderzoek, meer overlastincidenten in verband met alcohol en drugs werden geregistreerd dan in de andere gemeenten. Dit kan verklaard worden door de centrumfunctie die de gemeenten die deelnamen aan het onderzoek vervullen. Met andere woorden, bezoekers van coffeeshops komen niet alleen uit de desbetreffende gemeenten maar ook uit omliggende gemeenten [4].

Bronnen

1. Mennes R, Schoonbeek I, Van Der Molen J, Bieleman B. Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid: Meting 2017. Groningen-Rotterdam/Den Haag; 2018.
2. Mennes R, Schoonbeek I, Pieper R, Bieleman B. Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid: Meting 2018. Groningen-Rotterdam/Den Haag; 2020.
3. Mennes R, Snippe J, Sijtstra M, Bieleman B. Lokaal bekeken: verdiepingsstudie monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid meting 2016/17. Groningen- Rotterdam: Intraval; 2017.
4. Mennes R, Hoorens S, van Laar M, Monshouwer K, Olthof M, Oomen P, et al. Onderzoek experiment gesloten coffeeshopketen: Rapportage voormeting 2021. Rotterdam: Breuer & Intraval; 2023.

17.4 Middelengebruik justitiabelen

17.4.1 Verslavingsproblematiek onder justitiabelen

Snel naar:

- Aan middelen gerelateerde stoornissen in Forensische Zorg
- Alcohol- en drugsproblematiek bij de gevangenispopulatie
- Drugsgebruik tijdens detentie

Aan middelen gerelateerde stoornissen in Forensische Zorg

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 2022 had 36% van de gedetineerdenpopulatie binnen de FZ verslavingsproblematiek. Dit is iets hoger dan in 2021 (30%), 2020 (33%) en 2019 (30%) [1–3]. In de periode 2012-2018 was dit aandeel redelijk stabiel rond 25% [4–6].
- Het absolute aantal diagnoses van de 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 tot en met 2022 [2,3,7].

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, omvang, ernst en samenhang van de problematiek van (deelpopulaties) gedetineerden in Nederland inzichtelijk gemaakt [7]. 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 [7]. Uit de literatuurstudie blijkt het volgende.

- Uit verschillende studies van de afgelopen 15 jaar bleek dat 12-40% van de volwassen gedetineerden in voorlopige hechtenis of reguliere detentie een problematisch alcoholgebruiker was 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 kwamen problematisch middelengebruik en verslavingsproblematiek voor [7].
- 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 kwam

problematisch cocaïne-, opium- of sedativagebruik vaker voor onder vrouwen dan onder mannen [7].
- Verder toonden verschillende studies uit de afgelopen 15 jaar dat 23% van de tbs-patiënten alcoholmisbruik rapporteerden 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 [7].
- 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) [7]. 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 2018 blijkt dat in de gehele volwassen gevangenispopulatie gemiddeld de helft van de gedetineerden problemen met alcohol en/of drugs [8–10]. Meer recente cijfers zijn niet beschikbaar.

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 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 (verboden spullen zoals drugs of wapens)

werd binnengesmokkeld licht: van 4.567 in 2019 naar 3.948 in 2020. Net zoals in 2019 bestond het grootste deel van de aangetroffen smokkelwaar uit drugs, namelijk 66% [12].
- De daling van de onderschepte contrabande in 2020 komt mogelijk door het aangescherpte veiligheidsbeleid. Zo plaatste het gevangeniswezen extra hekken en netten bij instellingen. Daarnaast is het aantal honden dat drugs en telefoons opspoort 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 [12].
- Hoewel het aantal keer dat contrabande onderschept werd voor heel 2020 daalde ten opzichte van 2019, steeg de omvang van de onderschepte contrabande in het laatste kwartaal van 2020 [12]. Dat kan mogelijk samenhangen met de manier waarop gedetineerden hun smokkelmethoden hebben aangepast aan de coronamaatregelen.
- In 2022 heeft de DJI stappen gezet rondom de opsporing van contrabande. Zo zijn sinds juni 2022 op vijf Penitentiaire Inrichtingen (PI's) systemen operationeel om drones te detecteren die kunnen worden gebruikt om contrabande te smokkelen [13]. Eind december 2022 is een landelijke dekking van deze dronedetectiesystemen gerealiseerd [14]. Naast de detectiesystemen voor drones is begin 2022 de pilot body scan gestart in PI Nieuwegein en het Justitieel Complex Schiphol. In deze proef is een bodyscan ingezet om justitiabelen te controleren op contrabande. De pilot is succesvol gebleken.

In 2023 is een wetenschappelijke studie gepubliceerd waarin onder justitiabelen het verband tussen het ontvangen van bezoek en de kans op het vertonen van agressief gedrag of het smokkelen van contrabande (drugs, illegale medicatie, telefoons en andere spullen die in een PI verboden zijn) is onderzocht. Voor dit onderzoek is een vragenlijst uitgezet onder Nederlandse justitiabelen (N=3.885). Daarnaast zijn administratieve gegevens van deze respondenten geanalyseerd [15].

- De onderzoekers concluderen dat ontvangen van bezoek door justitiabelen de kans op smokkelen van contrabande vergroot. Dit geldt alleen voor bezoeken van partners en vrienden, en niet voor bezoeken van familie of kinderen [15].
- Een mogelijke verklaring hiervoor is dat justitiabelen mogelijk alleen aan specifieke relaties vragen om goederen mee naar binnen te smokkelen. Daarnaast is het mogelijk dat vrienden van de justitiabele ook in criminele netwerken zitten, waardoor ze eerder geneigd zijn om de smokkel van contrabande te faciliteren [15].

In de gevangenis vinden urinecontroles plaats om het gebruik van drugs te testen. Die controles worden steekproefsgewijs verricht. Daarnaast wordt 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 2022 bij circa 6% van de urinecontroles drugsgebruik bij gedetineerden is vastgesteld. Het gaat hierbij om afgerond 37.000 gevallen. In 2022 zijn in totaal (afgerond) 560.000 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 [16].
- In absolute zin is het aantal positieve testen in 2022 hoger dan in 2021, toen het om 30.200

gevallen ging. Het aandeel positieve urinetesten is in 2022 met afgerond 6% (6,2%) iets hoger dan in 2021 (5,5%). In 2021 was dit percentage het laagst sinds de start van de rapportage hierover in 2014 [16].
- 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 de periode 2015-2018 lag het aandeel positieve urinecontroles iets hoger (rond 9%) [16].

Tijdens de duidingssessie in 2021 wezen experts van DJI en de 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 de 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 [6]. In de duidingssessie in 2021 signaleerden de experts van DJI en de SVG een aantal ontwikkelingen die mogelijk van invloed waren op de recente registraties van drugsgebruik tijdens detentie [6]:

- 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.

In 2022 voerde het Trimbos Instituut een kwalitatieve, verkennende studie uit naar het middelengebruik binnen de PI Ter Apel [17]. In deze PI verblijven uitsluitend veroordeelden zonder legale verblijfsstatus in Nederland of vreemdelingen die ongewenst zijn verklaard (Vreemdelingen in Strafrecht). Het verblijf in deze PI is gericht op terugkeer naar het land van herkomst. Het is daardoor mogelijk dat de situatie rondom drugsgebruik in de PI Ter Apel afwijkt van de situatie in andere PI's in Nederland.

- Als in de PI Ter Apel bij urinecontroles het gebruik van middelen werd geconstateerd, betrof het voornamelijk cannabis en medicatie die in de PI was verstrekt. In mindere mate werden bij de urinecontroles opiaten, cocaïne, ecstasy en amfetamine aangetroffen [17].
- Op basis van chemische analyses concluderen de onderzoekers dat het aannemelijk is dat gevangenen in PI Ter Apel, naast bovenstaande middelen, ook synthetische cannabinoïden (Synthetische Cannabis Receptor Agonisten (SCRA)) gebruiken. Medewerkers en gedetineerden bevestigen in het onderzoek dat binnen de PI Ter Apel ook SCRA's worden gebruikt. SCRA's kunnen, anders dan meer gangbare drugs zoals cannabis en cocaïne, niet of nauwelijks gedetecteerd worden met standaard urinecontroles [17].
- Uit het onderzoek blijkt verder dat drugsgebruik onder gedetineerden in de PI Ter Apel niet tot grote verstoringen van of een grote impact op de dagelijkse werkzaamheden in de PI Ter Apel leidt. Verstoringen die betrekking hebben op drugsgebruik, komen minder dan één keer per

maand voor. Vermoedelijk gaat het bij drugsgerelateerde verstoringen vooral om gebruik van SCRA's.

- In 2022 zijn in de PI Ter Apel geen gezondheidsincidenten naar aanleiding van gebruik van drugs gerapporteerd. Tevens zijn er geen ziekenhuisopnames of overlijdens gemeld naar aanleiding van drugsgebruik. De aanwezige drugshandel (als gevolg van het gebruik van SCRA's) zorgt volgens medewerkers van de PI Ter Apel wel tot onrust bij gedetineerden, omdat zij onder druk worden gezet om aan de drugshandel deel te nemen [17].

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. DJI. Infographic forensische zorg 2022 [Internet]. 2023. Available from: https://www.dji.nl/over-dji/documenten/publicaties/2023/06/07/infographic-forensische-zorg
4. 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.
5. GGZ. Factsheet forensische zorg cijfers 2018, publicatienummer 2019-420. Amersfoort: GGZ Nederland; 2019.
6. DJI. Infographic forensische zorg 2019 [Internet]. 2019. Available from: www.forensischezorg.nl › files › %09infographic_forensische_zorg_2019
7. Appelman J, Dirkzwager A, Van der Laan P. Kenmerken van justitiabelen, een systematisch literatuuronderzoek. Amsterdam; 2021.
8. DJI. Infosheet gevangeniswezen 2021 [Internet]. 2022. Available from: https://www.dji.nl/over-dji/documenten/publicaties/2020/07/27/infographic-gevangeniswezen
9. DJI. Infosheet gevangeniswezen [Internet]. 2021. Available from: https://www.dji.nl/feiten-en-cijfers/documenten/publicaties/2020/07/27/infographic-gevangeniswezen-2021
10. DJI. Infosheet gevangeniswezen [Internet]. 2020. Available from: https://dji.nl/binaries/70558-JenV_DJI_infosheet_gevangeniswezen_v4_tcm41-352270.pdf
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.
12. DJI. Cijfers contrabande gevangeniswezen [Internet]. 2021. Available from: https://www.dji.nl/justitiabelen/onderwerpen/contrabande/cijfers-contrabande-gevangeniswezen
13. DJI. Aanpak van smokkelwaar via drones [Internet]. 2022. Available from: https://www.dji.nl/actueel/nieuws/2022/05/16/aanpak-van-smokkelwaar-via-drones.
14. DJI. Jaarverslag 2022. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen; 2022.
15. Berghuis M, Sentse M, Palmen H, Nieuwbeerta P. Receiving visits in prison and aggressive and contraband misconduct among Dutch prisoners. European Journal of Criminology. 2021;
16. DJI. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2023.
17. Van der Gouwe D. SCRA-gebruik in een gevangenissetting: Pilotonderzoek Penitentiaire Inrichting Ter Apel. Utrecht; 2023.

17.4.2 Activiteiten van de (verslavings)reclassering

Snel naar:

- Gedragsinterventies van de (verslavings)reclassering
- Cliëntpopulatie (verslavings)reclassering
- Inrichting voor stelselmatige daders (ISD)

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), de 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 negen grote regionale ggz-instellingen met een reclasseringserkenning.

De activiteiten van de reclassering zijn gericht op re-integratie en de afbouw van criminele carrières. De reclassering adviseert het Openbaar Ministerie (OM), de rechtbank en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) over de haalbaarheid van interventies en over bepaalde strafmaten gegeven het gedrag van verdachten en de verwevenheid daarvan met delicten. 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 volgens de experts. 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]. Dit komt hoofdzakelijk doordat de uitvoering van de werkstraffen volledig stilgelegen heeft gedurende de lockdown. Vervolgens leverden de coronamaatregelen, zoals door het RIVM aanbevolen, beperkingen op in de uitvoering van de werkstraffen. 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 het OM en de rechtspraak en de versoepelingen van de coronamaatregelen [4].

De 3RO hebben tezamen de volgende activiteiten geregistreerd:

- In 2022 bracht de reclassering 38.326 adviezen uit. Dat is ongeveer vergelijkbaar met het aantal adviezen in 2021 en 2020 [5–8].
- In 2022 stonden 27.809 (unieke) cliënten onder toezicht van de reclassering. In 2021 ging het om 29.004 (unieke) cliënten. Het aantal (unieke) cliënten dat onder toezicht van de reclassering staat, daalt sinds 2018. Toen stonden 32.387 (unieke) cliënten onder reclasseringstoezicht [5–9].
- Daarnaast begeleidt de reclassering cliënten bij het uitvoeren van een werkstraf en houdt zij toezicht op het verloop ervan. In 2022 zijn 28.202 werkstraffen uitgevoerd, wat vergelijkbaar is met het aantal werkstraffen in 2021 (28.269) [8]. Deze aantallen zijn 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) [5–7,9].
- Uit de duidingssessie in 2023 blijkt dat er nog geen eenduidige verklaringen zijn voor de ontwikkelingen in de afgelopen jaren in het aantal (unieke) cliënten dat onder toezicht stond van de reclassering en het aantal uitgevoerde werkstraffen [10].
- 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 2022 was van ruim 13.000 (34%) van de ingestroomde (unieke) toezichten en werkstraffen het motief bekend: bij 17% van deze cliënten was een verslaving en/of behoeftebevrediging de aanleiding voor het delict [8]. Dit is vergelijkbaar met 2021 (16%) en 2020 (17%) [5,6].
- 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 meter die om de enkel zit en 24/7 via transpiratievocht meet of iemand heeft gedronken. Cliënten onder reclasseringstoezicht kunnen de Alcoholmeter 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 zelf instemmen met het monitoren van hun alcoholgebruik tijdens reclasseringstoezicht (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 het gebruik van de Alcoholmeter landelijk mogelijk te maken als controlemiddel voor het alcoholverbod. Het wetgevingstraject loopt nog. 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].

Ten opzichte van 2021 is het aantal cliënten dat een Alcoholmeter droeg in 2022 gedaald. In 2022 droegen 120 cliënten een Alcoholmeter, terwijl het in 2021 om 160 cliënten ging. In de periode

2017-2021 steeg het aantal cliënten dat een Alcoholmeter droeg gestaag [5–7]. De cijfers betreffen geen unieke cliënten; enkele cliënten hebben meerdere keren (met tussenpozen) een Alcoholmeter gedragen [5,6]. Daarnaast bevatten deze aantallen zowel cliënten bij wie de Alcoholmeter in 2022 is aangesloten, als cliënten bij wie de Alcoholmeter in 2020 of 2021 is aangesloten en deze nog steeds droegen in 2022 [8].

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 2022 zijn door de reclassering ongeveer 11.800 toeleidingen naar zorg gedaan. In 2021 ging het om ongeveer 11.200 toeleidingen naar zorg. Deze aantallen zijn lager dan het aantal toeleidingen in de periode 2017-2020 [8].
- Het aantal toeleidingen naar zorg betreft zowel toeleidingen naar klinische zorg als naar ambulante zorg. In 2022 betrof het aandeel toeleidingen naar klinische zorg ongeveer 19% [5,8]. Dit is vergelijkbaar met het aandeel in de periode 2017-2019. In 2020 en 2021 betrof het aandeel toeleidingen naar klinische zorg ongeveer 21% [6,7,9].
- 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 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 2022 is aan 725 cliënten de Leefstijltraining 24/7 opgelegd [8]. Dat waren er meer dan in 2021 (665) en 2020 (616), maar minder dan in de jaren daarvoor (851 in 2019 en 886 in 2018) [5–7,9].
- 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 2022 is deze training aan 117 cliënten opgelegd, in 2021 aan 99 cliënten en in 2020 aan 107 cliënten [8]. In 2019 ging het om 180 cliënten en in 2018 om 214 cliënten [5–7,9].

Cliëntpopulatie (verslavings)reclassering

Van de cliënten die in 2022 onder toezicht stonden bij de drie reclasseringsorganisaties, is bekend voor welk type delict zij veroordeeld waren voorafgaand aan het reclasseringstoezicht. In 2022 betrof het in ongeveer 43% van de cliënten agressie tegen personen. In 2021 betrof dit aandeel 38% van de cliënten. Net zoals in 2021 is 26% in 2022 veroordeeld voor een vermogensdelict (met of zonder geweld) voorafgaand aan reclasseringstoezicht. Ongeveer 10% van de cliënten stond in 2022 en 2021 onder reclasseringstoezicht na een delict dat met drugs te maken had. In 2022 stond ongeveer

2% van de cliënten onder toezicht na een veroordeling voor een verkeersdelict. In 2021 was dat ruim 1% [5,6,8].

Van de 27.809 (unieke) cliënten die in 2022 onder toezicht van de reclassering stonden, is bij ruim 95,3% een risico inschatting gemaakt waarbij gebruik gemaakt is van de RISC, het risicotaxatie-en adviesinstrument van de 3RO. Dit aantal is vergelijkbaar met 2021 (92%). Met dit instrument kan onder andere in kaart worden gebracht 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 2022 blijkt uit de ingevulde instrumenten dat [5,6,8]:

- bij 25% 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 26% van deze cliënten bekend is dat er nu of in het verleden sprake is (geweest) van alcoholmisbruik en bij 36% van drugsmisbruik.

Inrichting voor stelselmatige daders (ISD)

- Uit registraties van DJI blijkt dat in 2022 gemiddeld 525 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 2022 gemiddeld 174 justitiabelen (33%) deel aan zorgtrajecten buiten de penitentiaire inrichting [15].
- In 2021 hadden gemiddeld 636 justitiabelen de verblijfstitel ISD, waarvan gemiddeld 248 justitiabelen (39%) deelnamen aan zorgtrajecten buiten de penitentiaire inrichting [15].
- Na een stijging van het gemiddeld aantal ISD’ers in de periode 2017-2019 (tot 765 ISD’ers in 2019) nam het gemiddeld aantal ISD’ers af sinds 2020 [16]. Uit de duidingssessie in 2023 bleek dat de daling van het aantal ISD’ers sinds 2020 mogelijk samenhangt met de coronapandemie [10]. Door de coronamaatregelen vonden er in mindere mate inbraken en diefstallen plaats, waardoor mogelijk ook minder veelplegers (met verslavingsproblematiek) zijn opgepakt.
- Het aandeel van de justitiabelen met een ISD-maatregel dat buiten de penitentiaire instelling zorg ontvangt, was in 2022 (33%) lager ten opzichte van 2021 (39%) [15]. Uit de duidingssessie in 2023 bleek dat deze daling mogelijk ook met de coronapandemie samenhangt [10]. Als gevolg van de coronamaatregelen was het lastiger om ISD’ers extramuraal te plaatsen. Hierdoor werd meer zorg intramuraal uitgevoerd. In de periode 2017-2021 schommelde dit percentage tussen 37% en 40% (de waarden betreffen het gemiddelde van 12 ultimo maandstanden) [16].
- Het kwam de afgelopen jaren vaak voor dat zorgtrajecten werden afgebroken en ISD’ers tijdelijk of definitief werden teruggeplaatst in een penitentiaire inrichting. Van de ISD’ers die aan het einde van de ISD-maatregel in 2022 uit detentie stroomden, deed 60% dat vanuit een zorginstelling. In 2021 stroomde 66% op deze wijze uit. In de periode 2017-2020 schommelde dit aandeel tussen 58% in 2020 en 68% in 2018 [15–17]. De uitstroomcijfers van justitiabelen die aan het einde van de ISD-maatregel vanuit een zorginstelling uitstroomden, bevatten geen

justitiabelen die aansluitend op de ISD-maatregel nog een korte periode op een andere verblijfstitel in de zorginstelling verbleven.

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]. Meer recent onderzoek over deze thematiek is niet beschikbaar. In de studie uit 2019 zijn de cohorten die in de periode 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 een vergelijkbare groep zeer actieve veelplegers die een standaardsanctie (een korte gevangenisstraf) 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 de kans om te recidiveren 9% lager. Na tien jaar gaat het om een 6% lagere kans [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].

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. 3RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2022.
6. 3RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2021.
7. 3RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2020.
8. 3RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2023.
9. 3RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2019;
10. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken NDM. 2023.
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 den Berg C, Bruggeman M, Houston R, Joosten A, Harte JM. Validatiestudie risico- en beschermende factoren van de RISC. Amsterdam: Vrije Universiteit ; 2021.
15. DJI. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2023.
16. DJI. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2022.
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.



Psychedelica

18.0 Laatste feiten en trends

Psychedelica zijn bewustzijnsveranderende middelen. 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. Dit hoofdstuk behandelt vooral de klassieke psychedelica, met name LSD, paddo's en truffels, en in mindere mate ayahuasca/DMT of andere klassieke psychedelica.

Volwassenen

Psychedelicagebruik in het laatste jaar
LSD, paddo's en truffels (2022)

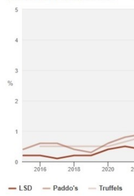


0,4% LSD
0,9% paddo's
0,8% truffels

0,2% LSD
0,6% paddo's
0,6% truffels

0,5% LSD
1,1% paddo's
1,0% truffels

Trend in psychedelicagebruik (LSD, paddo's en truffels) onder volwassenen



Paddogebruik onder volwassenen, naar leeftijdsgroep



Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut (LSD, paddo's); LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor. CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut (truffels).

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

NDM

- In 2022 heeft 0,4% van de volwassenen in het laatste jaar LSD gebruikt, 0,9% gebruikte in dat jaar paddo's en 0,8% gebruikte truffels. Dat zijn respectievelijk 50.000, 120.000 en 110.000 mensen.
- Ten opzichte van de eerste metingen in 2015 (paddo's, LSD) en 2016 (truffels) is het laatste-jaar-gebruik van alle drie de middelen in 2022 toegenomen.
- Meer mannen gebruiken paddo's en truffels dan vrouwen.
- Het gebruik van paddo's en truffels komt het meest voor onder jongvolwassenen.
- De meeste gebruikers van psychedelica (paddo's en truffels) gebruiken paddo's en/of truffels één of enkele keren per jaar.
- Hoewel het gebruik van psychedelica in de algemene bevolking zeer laag is, ligt het gebruik hoger in bepaalde groepen, zoals psychonauten, uitgaanders of studenten.

Jongeren en jongvolwassenen

Voorgezet onderwijs
12-16 jaar
ooit (2019)



1,0% paddo's
0,3% LSD

Hbo-wo-studenten
≥16 jaar
laatste jaar (2023)



5% paddo's/truffels
1% LSD

Uitgaanders
16-35 jaar
laatste jaar (2023)

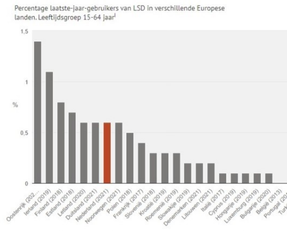


9,7% truffels
2,9% paddo's
3,9% LSD

- Het gebruik van paddo's ooit in het leven onder scholieren is sinds 1999 geleidelijk gedaald, maar bleef tussen 2011 en 2019 stabiel.
- Onder 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten gebruikte in 2021 2,9% ooit paddo's en 1,4% gebruikte ooit LSD. Minder dan 1% gebruikte deze middelen in de laatste maand. Onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder lagen deze percentages in 2023 hoger: 9% had ervaring met psychedelica (13% paddo's/truffels, 7% 2C-B, 3% LSD), 8% gebruikte psychedelica in het laatste jaar (5% paddo's/truffels, 3% 2C-B, 1% LSD) en 2% gebruikte (één van) deze middelen in de afgelopen maand.
- Hoewel psychedelica geen typische uitgaansdrugs zijn, worden ze wel gebruikt door uitgaanders. In 2023 heeft een op de tien uitgaanders (9,7%) truffels gebruikt, 3,9% gebruikte LSD en 2,9% gebruikte paddo's in het laatste jaar. Het laatste-jaar-gebruik van DMT en ayahausca is minder dan 1%. Paddo's en truffels worden door de meeste uitgaanders incidenteel gebruikt.
- 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 (RIZ) vergeleken met leerlingen uit het praktijk- en regulier voortgezet onderwijs.

Internationale vergelijking

Percentage laatste-jaar-gebruikers van LSD in verschillende Europese landen. Leeftijdsgroep 15-64 jaar[1]



Het gebruik van LSD in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. 1. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk en Duitsland: 18-64 jaar; Denemarken, Estland, en Noorwegen: 16-64 jaar. Bron: European Drug Report 2023, EMCDDA.

NDM

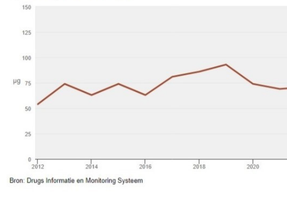
- Het laatste-jaar-gebruik van LSD onder 15-64-jarigen varieert van 0% in België, Tsjechië, Griekenland, Portugal en Turkije tot 1,4% in Oostenrijk. In Nederland was het laatste-jaar-gebruik onder 15-64 -jarigen 0,5%.
- LSD of andere hallucinogenen zijn, na cannabis en ecstasy, de meest gebruikte drugs onder Europese scholieren. Over het algemeen ligt het gebruik van psychedelica hoger onder jongens dan onder meisjes. Het percentage Nederlandse scholieren dat ervaring heeft met psychedelica ligt iets onder het Europees gemiddelde.

Hulpvraag en incidenten

- Hulpvragen voor problemen door psychedelicagebruik blijf de verslavingszorg zijn voor zover bekend gering. Er zijn aanwijzingen dat sommige psychedelica mogelijk gebruikt kunnen worden als hulpmiddel bij de behandeling van middelenstoornissen.
- Er werden in 2022 weinig incidenten gemeld bij de Monitor Drugsincidenten (MDI) met alleen LSD of paddo's/truffels. Ook bij het NCIV zijn er relatief weinig Informatieverzoeken over vermoede vergiftigingen met LSD of paddo's/truffels vergeleken met andere drugs.
- De meest voorkomende psychische bijwerking van psychedelica is de zogenaamde "bad trip", waarbij er gevoelens van angst, paniek, dysforie en/of paranola kunnen optreden.

Aanbod en markt

Gemiddelde gehalte LSD in LSD blotters



Bron: Drugs Informatie en Monitoring Systeem

NDM

- In 2022 is het aantal en aandeel LSD-monsters aangeleverd bij het DIMS opnieuw afgenomen, net als in 2021. DMT, mescaline en paddodruppels werden vrijwel niet ingeleverd bij de testlocaties.
- De gemiddelde dosering LSD aanwezig op blotters is na 2019 gedaald, een blotter bevatte in 2022 gemiddeld 71µg.
- De gemiddelde prijs voor een LSD-blotter was 6,40 euro in 2022. De prijs van truffels wordt niet landelijk bijgehouden. Een portie paddo's kost in Amsterdam gemiddeld 40 euro en een gram DMT kost tussen de 60-80 euro. Nieuw op de Amsterdamse drugsmarkt zijn vloeibare psychedelica: een flesje 'liquid mushrooms' kost 130 euro. Een flesje met vloeibare LSD kost 300 euro.

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 op deze pagina). 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 (specifiek de 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) of 4-broom-2,5-dimethoxyfenethylamine (2C-B; een NPS) en ketamine.

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, NPS en ketamine.

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 (lees meer over psychedelicagebruik op deze pagina). 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 hoeveel 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 voorkomt, 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 (lees meer over de gezondheidsrisico's van psychedelica op deze pagina). 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 [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 (lees meer over de Opiumwet op deze pagina) 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 (sclerotia) vallen niet onder de Opiumwet omdat dit geen paddenstoelen zijn. Truffels zijn legaal te koop in smartshops (lees meer over truffelverkoop in smartshops op deze pagina). Paddo’s en truffels bevatten wel allebei dezelfde werkzame stoffen: psilocybine en psilocine.
- Sommige NPS, bijvoorbeeld het hallucinogene middel 1p-LSD, vallen niet onder de Opiumwet of Geneesmiddelenwet, maar onder de Warenwet.

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].
- In de afgelopen jaren is er een toenemende belangstelling in (onderzoek naar) de therapeutische toepassing van psychedelica, ketamine en MDMA.
- 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.
- Het onderzoek naar de therapeutische toepassingen van psychedelica heeft veel aandacht gekregen vanuit de media. In Europa zijn er zorgen dat de (groeiende) bekendheid van het onderzoek naar psychedelica-therapie het gebruik van deze middelen (zonder medische begeleiding) zou kunnen aanmoedigen. Voor mensen die psychisch kwetsbaar zijn kan dat extra risico's met zich meebrengen. Tegelijkertijd zijn er signalen dat, zowel binnen de EU als elders, niet-gereguleerde welzijns-, therapeutische of spiritueel georiënteerde programma's worden aangeboden, waarbij psychedelica al onderdeel daarvan gebruikt worden [20].

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.
20. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.

18.2 Gebruik: volwassenen

18.2.1 Kerncijfers en trends volwassen bevolking

In het kort: Het gebruik van LSD (1,9% ooit), paddo’s (4,6% ooit), truffels (3,2% ooit) en ayahuasca (0,2% ooit) komt onder de Nederlandse bevolking weinig voor. Het laatste-jaar-gebruik van elk van deze middelen is minder dan 1%. Ten opzichte van de eerste metingen in 2015 (paddo’s, LSD) en 2016 (truffels) is het laatste-jaar-gebruik van alle drie de middelen in 2022 toegenomen.

Snel naar:

- Kerncijfers 2022
- Trends in het gebruik van LSD, paddo's en truffels

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van paddo’s, LSD, truffels en ayahuasca in de bevolking van 18 jaar en ouder. De cijfers voor paddo's en LSD zijn afkomstig uit 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), en vanaf 2022 wordt ook gevraagd naar het gebruik van ayahuasca. Aanvullende gegevens zijn eveneens afkomstig uit de LSM-A. 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 over LSD- en paddogebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Kerncijfers over truffel- en ayahuascagebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf respectievelijk 2016 en 2022 tweejaarlijks beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

Kerncijfers 2022

In de Gezondheidsenquête in 2022 is het gebruik van LSD en paddo’s uitgevraagd.

- Slechts 1,9% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder had in 2022 ooit LSD gebruikt, voor paddo’s was dit iets meer, namelijk 4,6%.
- Het laatste-jaar-gebruik van LSD was 0,4% en voor paddo’s was dit 0,9%.
- Het gebruik in de afgelopen maand is voor LSD en paddo’s gelijk (0,2%).

Het gebruik van truffels en ayahuasca is uitgevraagd in de LSM-A in 2022.

- Het ooitgebruik van truffels lag in 2022 op 3,2%. Voor ayahuasca lag het ooitgebruik (0,2%) beduidend lager.
- Het laatste jaar gebruik van truffels was 0,8% in 2022 en het gebruik in de laatste maand was 0,1%. Het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van ayahuasca was zeer laag (beide 0,1%).

Psychedelicagebruik[I] (LSD, paddo's, truffels) onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

	%	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit			
LSD[II]	1,9	270.000	220.000-320.000
Paddo's[II]	4,6	640.000	570.000-710.000
Truffels[III]	3,2	440.000	390.000-500.000
Laatste jaar			
LSD[II]	0,4	50.000	30.000-70.000
Paddo's[II]	0,9	120.000	90.000-150.000
Truffels[III]	0,8	110.000	80.000-130.000
Laatste maand			
LSD[II]	0,2	20.000	10.000-40.000
Paddo's[II]	0,2	30.000	10.000-40.000
Truffels[III]	0,1	20.000	10.000-30.000

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer LSD/paddo's/truffels gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. II. Gezondheidsenquête. III. Leefstijlmonitor. Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut; LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en

Overlap paddo's en truffels

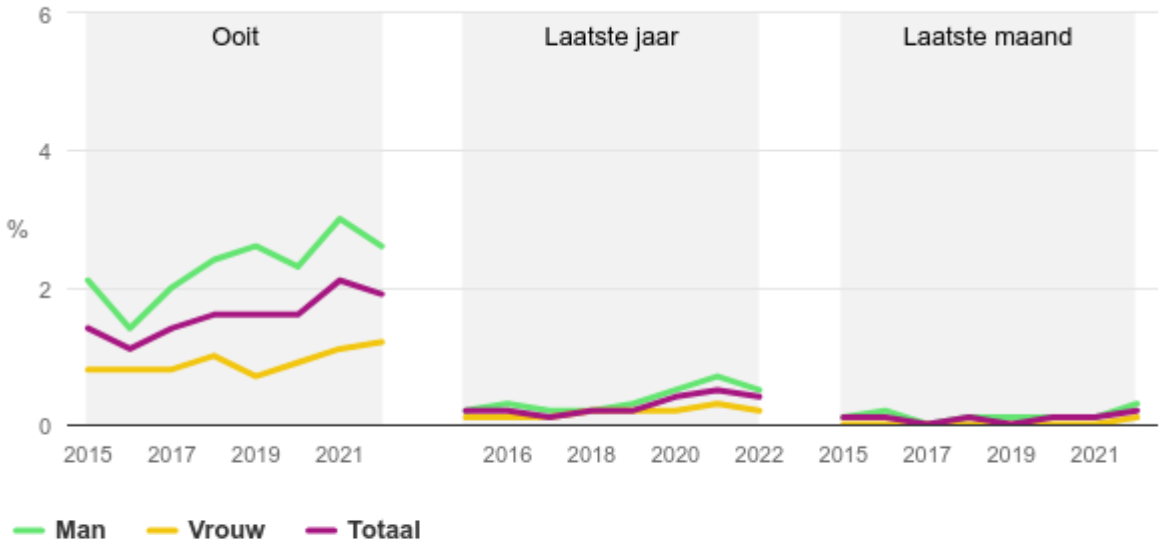
Paddo’s en truffels bevatten allebei dezelfde werkzame stoffen: psilocybine en psilocine. Paddo’s vallen onder de Opiumwet, maar truffels niet (lees meer over wetgeving rondom psychedelica op deze pagina). Truffels zijn legaal verkrijgbaar in smartshops en webshops. Voor paddo’s zijn wel kweeksets te koop. 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 volwassen Nederlanders heeft 5,4% ooit in het leven tenminste één van de middelen paddo’s of truffels gebruikt. Van hen gebruikte ongeveer twee op de vijf alleen paddo’s (41,3%) en een derde gebruikte alleen truffels (32,0%). Iets meer dan een kwart heeft ervaring met beide middelen (26,7%).
- Van de volwassen Nederlanders gebruikte 1% in het afgelopen jaar tenminste één van de middelen paddo’s of truffels. Het grootste deel van hen had alleen truffels gebruikt (62,0%). Een aanzienlijk kleiner deel had alleen paddo’s gebruikt (22,5%). Als laatste had 15,6% beide middelen gebruikt in het afgelopen jaar.

Trends in het gebruik van LSD, paddo's en truffels

- Het percentage mensen dat ervaring heeft met LSD (ooitgebruik) is tussen 2021 en 2022 gelijk gebleven. Het ooitgebruik van paddo’s nam tussen 2020 en 2021 toe, maar is in 2022 weer op hetzelfde niveau als in 2020. In vergelijking met 2015 ligt het percentage voor beide middelen in 2022 wel hoger. Het ooitgebruik van truffels ligt in 2022 hoger dan in de vorige meting van 2020 en in de eerste meting van 2016.
- Het laatste-jaar-gebruik van LSD verschilt in 2022 niet van 2021. Ook het laatste-jaar-gebruik van paddo’s is in beide jaren onveranderd. Het gebruik in het laatste jaar van truffels lag in 2022 hoger dan in alle voorgaande metingen, maar verschilt niet statistisch significant van 2020. Ten opzichte van de eerste metingen in 2015 (paddo’s, LSD) en 2016 (truffels) is het laatste-jaar-gebruik van alle drie de middelen in 2022 wel toegenomen.
- Het laatste-maandgebruik lag tussen 2015/2016 en 2022 voor al deze middelen stabiel rond de 0-0,2%. Het relatief grote verschil tussen het ooit-, laatste-jaar-gebruik en laatste-maand-gebruik duidt mogelijk op een lage frequentie van gebruik en/of slechts een klein deel van de gebruikers dat het gebruik continueert. Lees meer over gebruikspatronen van psychedelica op deze pagina.

Trend in LSD-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer LSD gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

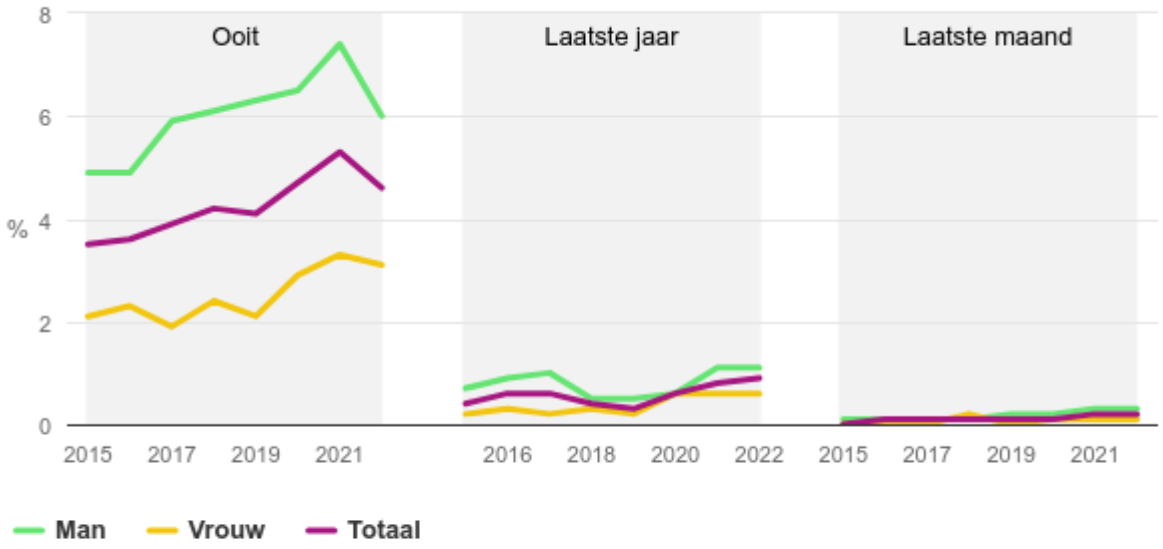
NDM

	Man	Vrouw	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
2022	2,6	1,2	1,9

	Man	Vrouw	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
2022	0,5	0,2	0,4
			-
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

	Man	Vrouw	Totaal
2022	0,3	0,1	0,2

Trend in paddogebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer paddo's gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

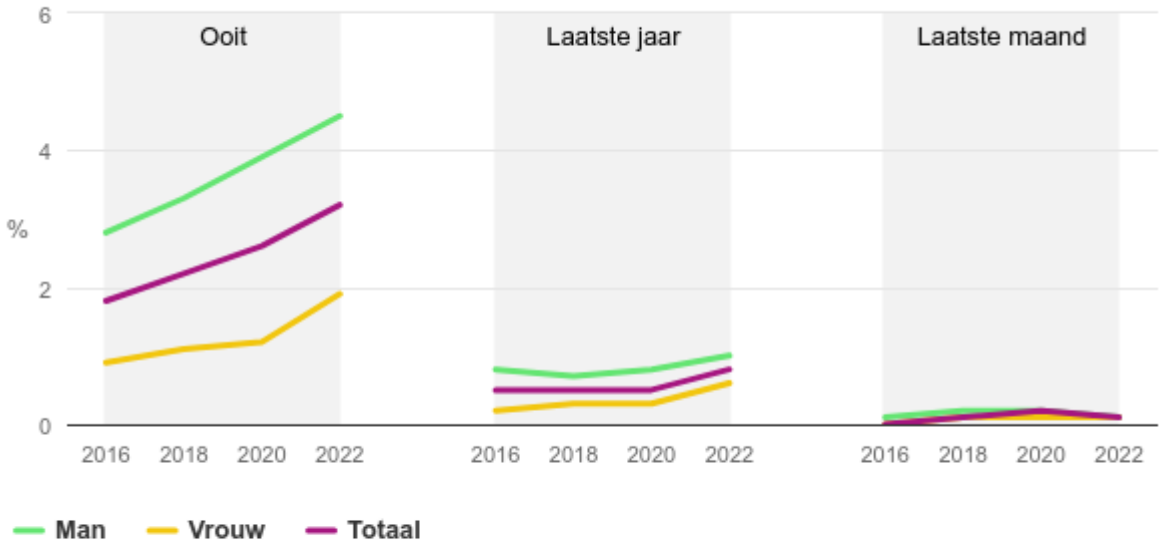
NDM

	Man	Vrouw	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

	Man	Vrouw	Totaal
2020	6,5	2,9	4,7
2021	7,4	3,3	5,3
2022	6,0	3,1	4,6
	-	-	-
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
2022	1,1	0,6	0,9
	-	-	-
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

	Man	Vrouw	Totaal
2019	0,2	0,0	0,1
2020	0,2	0,1	0,1
2021	0,3	0,1	0,2
2022	0,3	0,1	0,2

Trend in truffelgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer truffels gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Man	Vrouw	Totaal
2016	2,8	0,9	1,8
2018	3,3	1,1	2,2

	Man	Vrouw	Totaal
2020	3,9	1,2	2,6
2022	4,5	1,9	3,2
2016	0,8	0,2	0,5
2018	0,7	0,3	0,5
2020	0,8	0,3	0,5
2022	1,0	0,6	0,8
2016	0,1	0,0	0,0
2018	0,2	0,1	0,1
2020	0,2	0,1	0,2
2022	0,1	0,1	0,1

18.2.2 Gebruik onder groepen in de volwassen bevolking

In het kort: Het gebruik van psychedelica (LSD, paddo’s en truffels) komt vaker voor onder mannen, jongvolwassenen (18-29 jaar), hoogopgeleiden en in grote steden. Het laatste-jaar-gebruik van paddo’s is in de afgelopen jaren geleidelijk gestegen onder vrouwen, 30-49 jarigen en onder hoogopgeleiden. Ook het laatste-jaar-gebruik van truffels nam in de afgelopen jaren toe onder vrouwen en 30-49-jarigen, en ook in (zeer) sterk stedelijke gebieden steeg het truffelgebruik.

Snel naar:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Herkomst
- Stedelijkheid

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerncijfers over het gebruik van paddo’s, LSD en truffels in de bevolking van 18 jaar en ouder. De cijfers voor paddo's en LSD zijn afkomstig uit 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), en vanaf 2022 wordt ook gevraagd naar het gebruik van ayahuasca. Aanvullende gegevens zijn eveneens afkomstig uit de LSM-A. 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 over LSD- en paddogebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf 2015 beschikbaar. Kerncijfers over truffel- en ayahuascagebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder zijn vanaf respectievelijk 2016 en 2022 tweejaarlijks beschikbaar. Voor meer informatie over de Gezondheidsenquête zie bijlage A1 en voor meer informatie over de Leefstijlmonitor zie bijlage A2.

De cijfers over het gebruik van LSD, paddo’s en truffels kunnen worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers van LSD en het aantal laatste-maand-gebruikers van paddo’s en truffels in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Ook het aantal gebruikers

van ayahuasca (ooit, laatste jaar, laatste maand) is te klein om nader uit te splitsen. Onderstaande tekst heeft daarom alleen betrekking op het gebruik ooit in het leven (LSD, paddo's, truffels) en in het laatste jaar (paddo's, truffels).

Geslacht

- Ongeveer twee keer zoveel mannen als vrouwen gebruiken LSD, paddo's en/of truffels. Wel is onder vrouwen het laatste-jaar-gebruik van paddo's en truffels toegenomen tussen 2015/2016 en 2022, maar gelijk gebleven onder mannen.

Psychedelicagebruik[I] (LSD, paddo's, truffels) onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

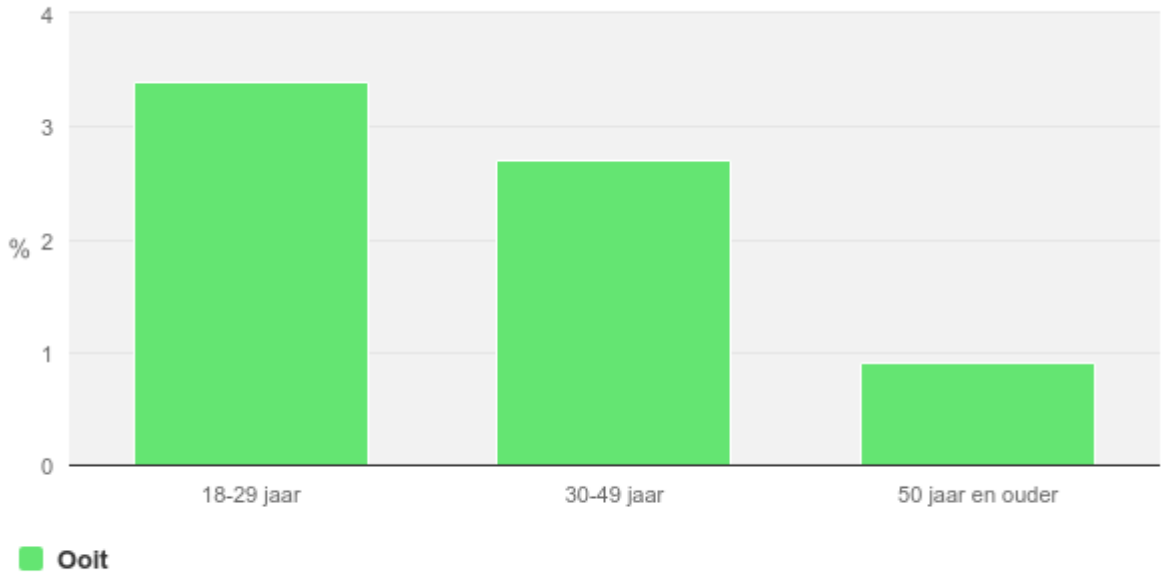
	Ooit (%)			Laatste jaar (%)	
	LSD[II]	Paddo's[II]	Truffels[III]	Paddo's[II]	Truffels[III]
Man	2,6	6,0	4,5	1,1	1,0
Vrouw	1,2	3,1	1,9	0,6	0,6

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer LSD/paddo's/truffels gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Gezondheidsenquête. III. Leefstijlmonitor Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut;

Leeftijd

- Het ooitgebruik van LSD lag in 2022 het laagst onder 50-plussers. Er waren geen verschillen tussen 18-29-jarigen en 30-49-jarigen.
- De gemiddelde leeftijd van alle laatste-jaar-gebruikers van LSD was 29,6 jaar in 2022.
- Lees meer over LSD-gebruik onder jongeren en jongvolwassen op deze pagina.

LSD-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2022.



I. Ooit: ten minste één keer LSD gebruikt ooit in het leven. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

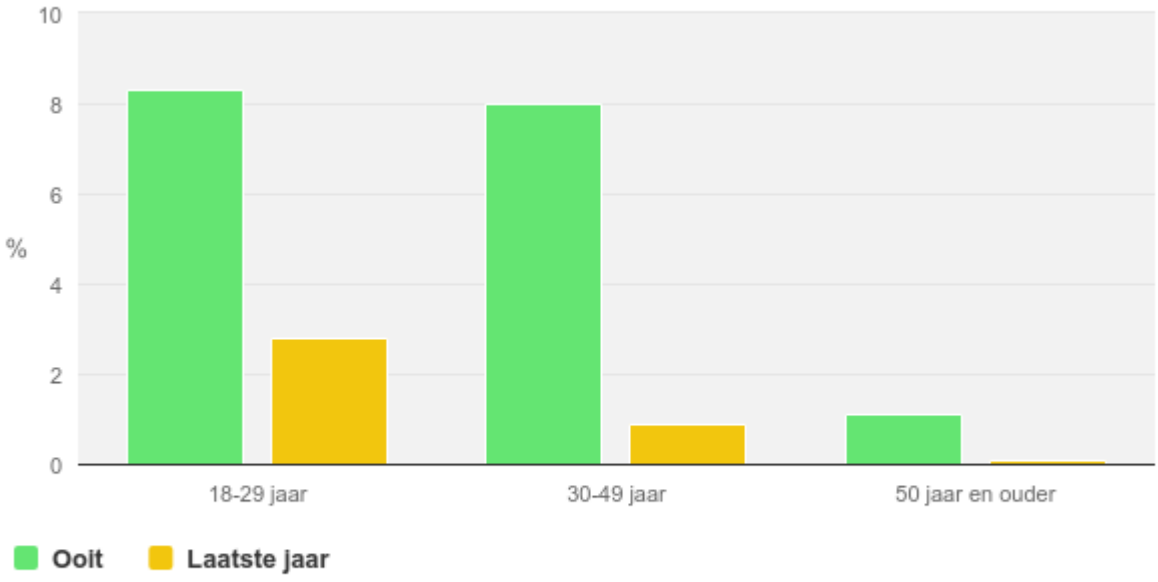
NDM

	Ooit
18-29 jaar	3,4
30-49 jaar	2,7
50 jaar en ouder	0,9

- Het ooitgebruik van paddo’s kwam in 2022 het minst voor onder 50-plussers. Paddogebruik ooit in het leven kwam onder 18-29-jarigen en 30-49-jarigen even vaak voor.
- Het laatste-jaar-gebruik van paddo’s was onder 50-plussers eveneens het laagst. Onder 18-29-jarigen lag het laatste-jaar-gebruik wel hoger dan onder 30-49-jarigen.
- Ten opzichte van 2021 is het laatste-jaar-gebruik van paddo’s in 2022 onder alle leeftijdsgroepen onveranderd. Vergeleken met 2015 is het gebruik in 2022 onder zowel 18-29-jarigen en 30-49-jarigen gestegen. Deze stijging was het grootst onder 30-49-jarigen.
- De gemiddelde leeftijd van alle laatste-jaar-gebruikers van paddo’s was 29,3 jaar in 2022.

- In de LSM-A is aan paddogebruikers gevraagd op welke leeftijd zij dit middel voor het eerst namen. De helft van de volwassen Nederlanders die in het afgelopen jaar paddo's gebruikte, nam dit middel tussen hun 18e en 30e levensjaar voor het eerst. De gemiddelde startleeftijd van alle gebruikers is 26,3 jaar.
- Lees meer over paddogebruik onder jongeren en jongvolwassen op deze pagina.

Paddogebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2022.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer paddo's gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

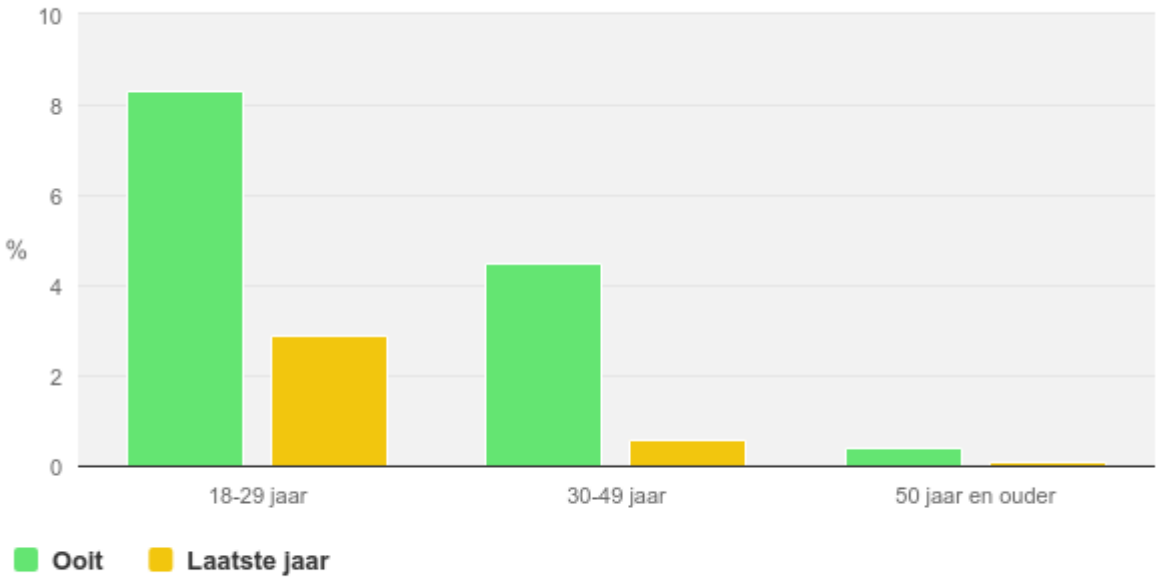
NDM

	Ooit	Laatste jaar
18-29 jaar	8,3	2,8
30-49 jaar	8,0	0,9
50 jaar en ouder	1,1	0,1

- Het ooitgebruik van truffels was in 2022 het hoogst onder 18-29-jarigen en het laagst onder 50-plussers. Het gebruik van truffels in het laatste jaar is eveneens het hoogst onder jongvolwassenen (2,9%) en het laagst onder 50-plussers (0,1%).

- Het laatste-jaar-gebruik van truffels is onder 30-49-jarigen tussen 2016 en 2020 geleidelijk gestegen, maar het gebruik verschilt niet van de vorige meting in 2020. Onder jongvolwassenen (18-29 jaar) en 50-plussers is het gebruik tussen 2016 en 2022 onveranderd.
- De gemiddelde leeftijd van alle laatste-jaar-gebruikers van truffels was 27,6 jaar in 2022.
- In de LSM-A is aan truffelgebruikers gevraagd op welke leeftijd zij dit middel voor het eerst namen. De helft van de volwassen Nederlanders die in het afgelopen jaar truffels gebruikte, nam dit middel tussen hun 18e en 26e levensjaar voor het eerst. Een kwart van de truffelgebruikers was jonger dan 18 jaar toen ze voor het eerst gebruikten, en een kwart was ouder dan 26 jaar. De gemiddelde startleeftijd van de gebruikers is 23,8 jaar.
- Lees meer over truffelgebruik onder jongeren en jongvolwassen op deze pagina.

Truffelgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2022.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer truffels gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Ooit	Laatste jaar
18-29 jaar	8,3	2,9
30-49 jaar	4,5	0,6
50 jaar en ouder	0,4	0,1

Opleidingsniveau

- Hoogopgeleide personen hebben ongeveer twee tot drie keer zo vaak ervaring met LSD-, paddo- en truffelgebruik als laagopgeleiden.
- Als we kijken naar het laatste-jaar-gebruik dan zijn de verschillen nog groter. Bij paddo's gaat het om een factor 16 en bij truffels om een factor 4.
- Onder laagopgeleiden en middelbaar opgeleiden is het laatste-jaar-gebruik van paddo's tussen 2015 en 2022 onveranderd. Onder hoogopgeleiden is het laatste-jaar-gebruik in dezelfde periode toegenomen, maar het gebruik in 2022 verschilt niet significant van 2021. Het laatste-jaar-gebruik van truffels is voor alle opleidingsniveaus onveranderd tussen 2016 (eerste meting) en 2022.

Psychedelicagebruik[I] (LSD, paddo's, truffels) onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)			Laatste jaar (%)	
	LSD[III]	Paddo's[III]	Truffels[IV]	Paddo's[III]	Truffels[IV]
Laagopgeleid	1,2	2,2	1,5	0,1	0,3
Middelbaar opgeleid	1,6	3,6	2,7	0,5	0,5
Hoogopgeleid	2,6	6,9	4,5	1,6	1,2

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer LSD/paddo's/truffels gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. 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. III. Gezondheidsenquête. IV. Leefstijlmonitor. Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut; LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Herkomst

- Het aantal mensen dat ervaring heeft met LSD ligt het laagst onder volwassenen van Nederlandse herkomst. Nederlanders met een Europese herkomst hebben het vaakst ervaring met LSD, gevolgd door Nederlanders met een niet-Europese herkomst.
- Het ooitgebruik van truffels ligt ook hoger onder Nederlanders met een Europese herkomst, maar er zijn geen verschillen tussen Nederlanders met een herkomst van buiten Europa of volwassenen met een Nederlandse herkomst.
- Er zijn geen verschillen naar herkomst in het ooitgebruik van paddo's. Het laatste-jaar-gebruik

van paddo’s ligt het laagst onder volwassenen uit Nederland. Er zijn geen verschillen tussen Nederlanders met een Europese herkomst en Nederlanders met een herkomst van buiten Europa.
- Sinds 2022 hanteert het CBS een nieuwe indeling naar herkomst (zie Bijlage A1). Om deze reden zijn er geen trendgegevens beschikbaar naar herkomst.

Psychedelicagebruik[I] (LSD, paddo's, truffels) onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)			Laatste jaar (%)	
	LSD[III]	Paddo's[III]	Truffels[IV]	Paddo's[III]	Truffels[IV]
Nederlandse herkomst	1,6	4,5	3,0	0,7	0,7
Europese herkomst	3,6	6,0	5,5	1,1	1,8
Niet-Europese herkomst	2,4	4,2	2,8	1,3	0,8

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer LSD/paddo's/truffels gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst (cbs.nl)). III. Gezondheidsenquête. IV. Leefstijlmonitor. Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut; LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Stedelijkheid

- In (zeer) stedelijke gebieden is het gebruik van LSD, paddo’s en truffels ooit in het leven hoger dan in matig of weinig/niet stedelijke gebieden.
- Het gebruik in het laatste jaar van paddo’s en truffels ligt ook hoger in (zeer) sterk stedelijke gebieden dan in matig en weinig/niet stedelijke gebieden. Vooral voor truffels zijn de verschillen tussen (zeer) sterk stedelijk en weinig/niet stedelijk groot.
- Tussen 2016 (eerste meting) en 2022 is het laatste-jaar-gebruik van truffels in (zeer) sterk stedelijke gebieden ook gestegen. Paddogebruik bleef in diezelfde periode onveranderd.

Psychedelicagebruik[I] (LSD, paddo's, truffels) onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2022.

	Ooit (%)			Laatste jaar (%)	
	LSD[III]	Paddo's[III]	Truffels[IV]	Paddo's[III]	Truffels[IV]
(Zeer) sterk stedelijk	2,5	6,0	4,5	1,1	1,1
Matig stedelijk	1,1	2,9	1,8	0,3	0,6
Weinig/niet stedelijk	1,2	2,6	1,3	0,6	0,2

I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer LSD/paddo's/truffels gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. III. Gezondheidsenquête. IV. Leefstijlmonitor. Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut; LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

18.2.3 Gebruikspatronen

In het kort: De meeste gebruikers van psychedelica (paddo’s en truffels) gebruiken paddo’s en/of truffels één of enkele keren per jaar.

Gegevensbronnen

Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van paddo’s en truffels in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A), 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 de LSM-A is gevraagd naar de mate van gebruik van paddo’s en truffels. Omdat het hier om relatief kleine aantallen respondenten gaat moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd. Het laatste-jaar-gebruik van LSD en ayahuasca is te klein om uit te splitsen naar gebruiksfrequentie.

Mate van gebruik

- Van de laatste-jaar-gebruikers van paddo’s gebruikte ruim de helft (56,9%) het middel één keer in 2022. Een kleinere groep (34,7%) gebruikte het middel een paar keer, maar minder dan maandelijks. Ten minste maandelijks gebruik kwam onder een relatief kleine groep gebruikers (8,4%) voor.
- Van de laatste-jaar-gebruikers van truffels gebruikte eveneens ruim de helft (58,7%) één keer truffels in het laatste jaar. Ongeveer een derde (32,9%) gebruikte een paar keer maar minder dan maandelijks, en 8,3% gebruikte maandelijks of vaker.

Frequentie[I] van paddogebruik onder laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.



Eén keer

Een paar keer, maar minder dan maandelijks

Ten minste maandelijks

I. Frequentie: aantal keer in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	%
Eén keer	56,9
Een paar keer, maar minder dan maandelijks	34,7
Ten minste maandelijks	8,4

Frequentie[I] van truffelgebruik onder laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.



Eén keer

Een paar keer, maar minder dan maandelijks

Ten minste maandelijks

I. Frequentie: aantal keer in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	%
Eén keer	58,7
Een paar keer, maar minder dan maandelijks	32,9
Ten minste maandelijks	8,3

18.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

18.3.1 Kerncijfers en trends scholieren regulier onderwijs

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.

Kerncijfers 2019

Voor scholieren van het regulier onderwijs zijn alleen gegevens beschikbaar voor paddo's en LSD. Het percentage gebruikers van 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

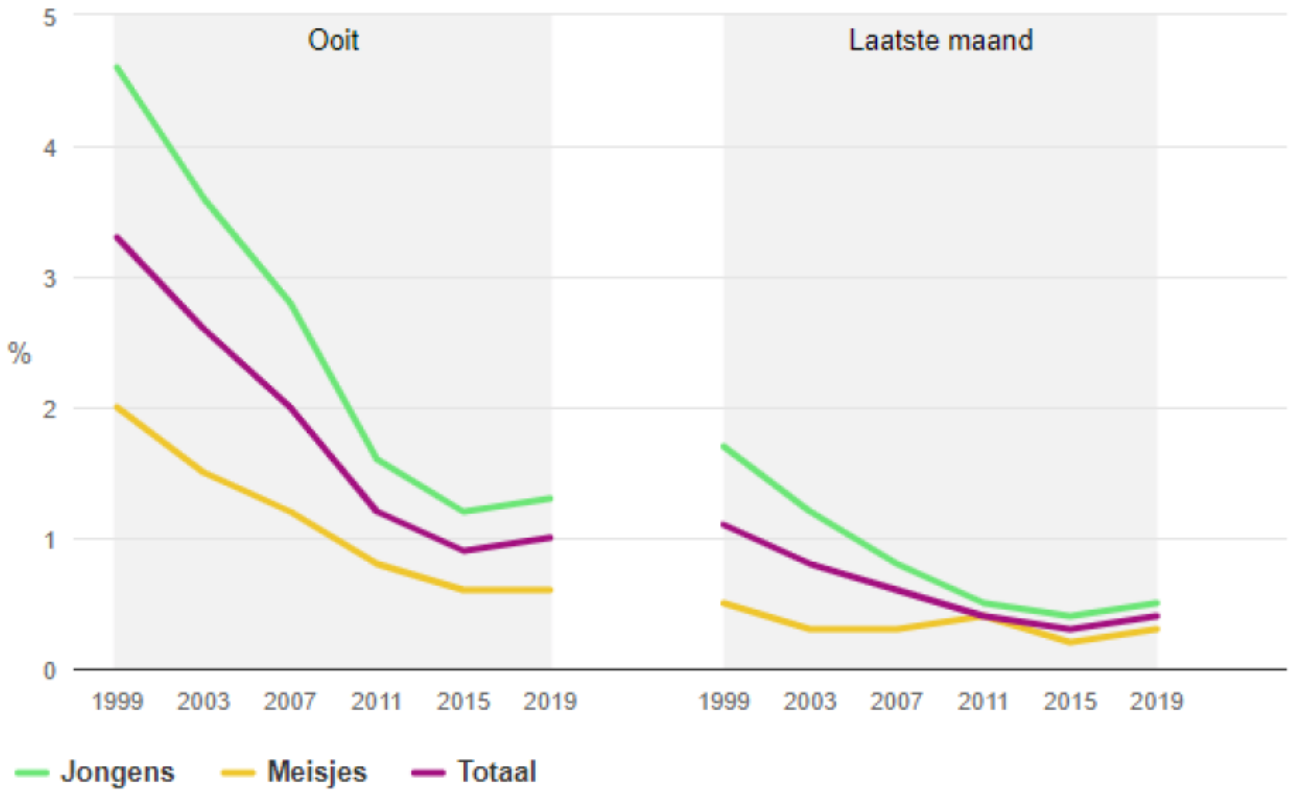
	Paddo's (%)	LSD (%)
Ooit	1,0	0,3
Laatste maand	0,4	0,2

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.
- Er zijn geen trendgegevens beschikbaar voor LSD.

Trends in paddogebruik in het voortgezet onderwijs, naar geslacht, 12 t/m 16 jaar



Ooit = tenminste eenmaal gebruikt in het leven. Laatste jaar = tenminste eenmaal gebruikt in het laatste jaar. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren

NDM

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 neemt 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.

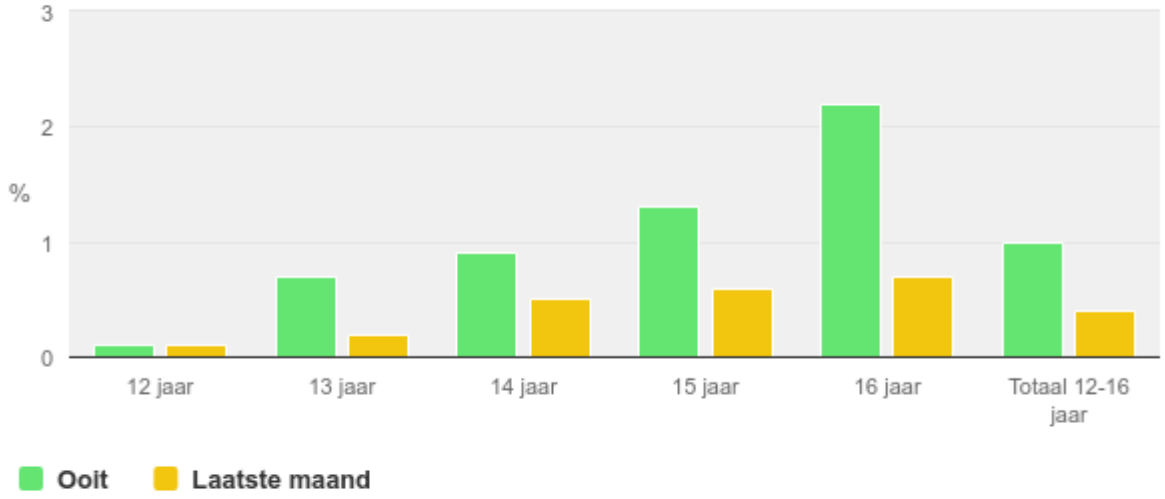
Geslacht

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].

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[I], 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. I. 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 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten gebruikte in 2021 2,9% ooit paddo's en 1,4% gebruikte ooit LSD. Minder dan 1% gebruikte deze middelen in de laatste maand. Onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder lagen deze percentages in 2023 hoger: 9% had ervaring met psychedelica (13% paddo's/truffels, 7% 2C-B, 3% LSD), 8% gebruikte psychedelica in het laatste jaar (5% paddo's/truffels, 3% 2C-B, 1% LSD) en 2% gebruikte (één van) deze middelen in de afgelopen maand.

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 landelijke Middelenmonitor mbo-hbo [1–3]. In deze monitor wordt ook het gebruik van paddo's en LSD gemeten. In 2021 namen 4.103 studenten deel aan het onderzoek [3]. In 2023 heeft een nieuwe dataverzameling plaatsgevonden. Dit keer zijn alleen mbo-studenten meegenomen in het onderzoek. De resultaten van deze meting worden in 2024 gepubliceerd.

Daarnaast wordt sinds 2021 elke twee jaar grootschalig landelijk onderzoek verricht naar de mentale gezondheid en het middelengebruik onder studenten van het hoger onderwijs (hbo en wo). Deze Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) 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 2023 namen 32.000 studenten (≥16 jaar) deel, verdeeld over 24 onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs (13 hbo-instellingen en 11 universiteiten) verspreid over heel Nederland [6]. Met de tweede meting van de MMMS worden cijfers van de eerste meting (2021) geactualiseerd, vindt op onderdelen verdieping plaats ten opzichte van de eerste meting, en worden vergelijkingen gemaakt met de eerste meting.

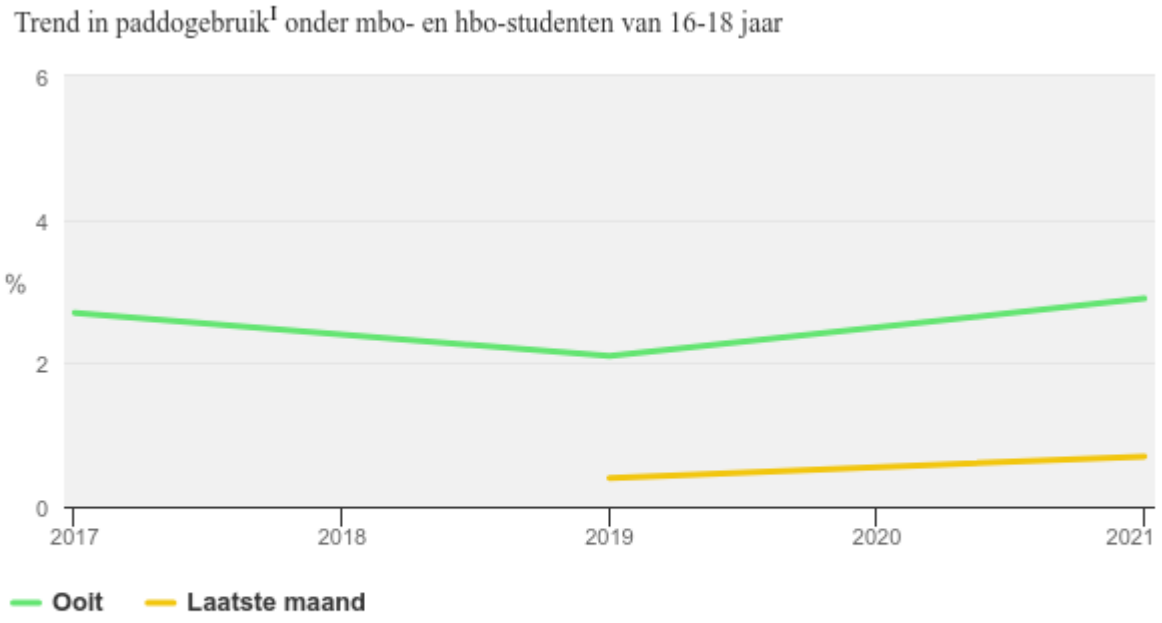
De Antenne Amsterdam voerde in 2016 en 2021 een vragenlijstonderzoek uit onder studenten van Amsterdamse mbo-scholen (bijlage B8) [7]. De vragenlijst bevat vragen over middelengebruik en werd afgenomen door veldwerkers. In 2021 deden 1.174 mbo-studenten (≥16 jaar) van acht mbo-scholen in Amsterdam mee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

Er is een zekere mate van overlap tussen de doelgroepen in deze onderzoeken. De onderzoeken zijn door verschillen in de methode van dataverzameling en leeftijdsgroepen niet vergelijkbaar.

Studenten van het mbo en hbo

De Middelenmonitor mbo-hbo gaf voor het psychedelicagebruik onder 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten in 2021 het volgende beeld [1–3]:

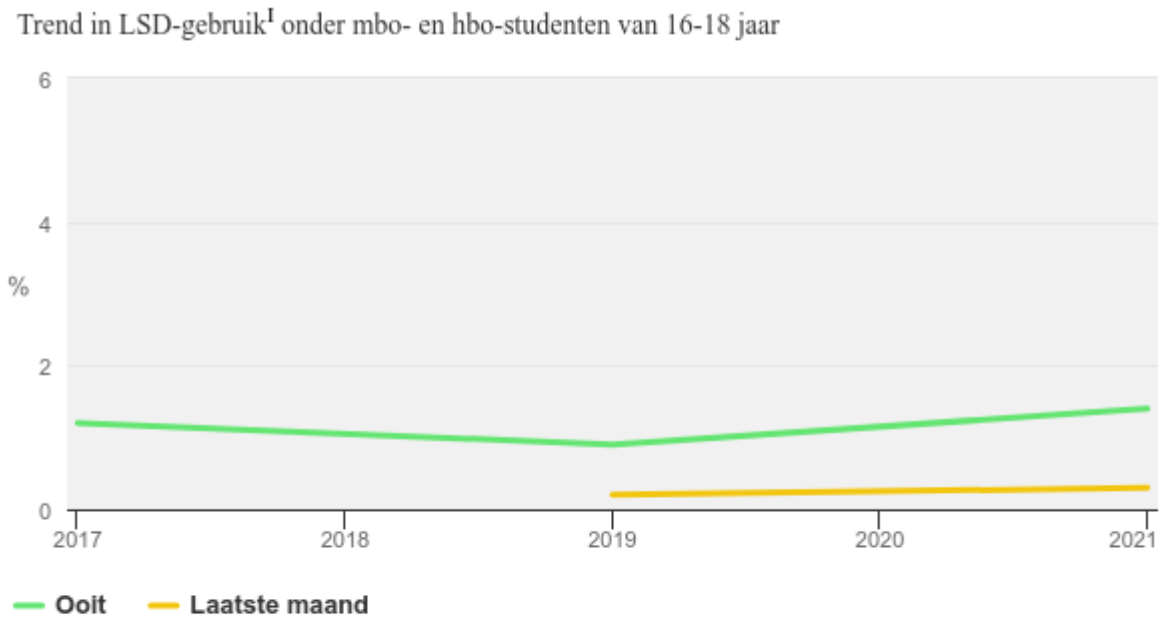
- Het gebruik van psychedelica komt onder 16- t/m 18-jarige studenten van het mbo en hbo weinig voor: 2,9% gaf in 2021 aan ooit in het leven paddo's te hebben gebruikt. Voor LSD was dit nog minder: 1,4%. Ter vergelijking: het ooitgebruik van cannabis was 30% in 2021 en voor ecstasy was dit 9,1%.
- Minder 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%), maar het verschil is niet significant. Het laatste-maand-gebruik 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.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Middelenmonitor mbo–hbo

NDM

	Ooit	Laatste maand
2017	2,7	
2019	2,1	0,4
2021	2,9	0,7



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Middelenmonitor mbo–hbo

NDM

	Ooit	Laatste maand
2017	1,2	
2019	0,9	0,2
2021	1,4	0,3

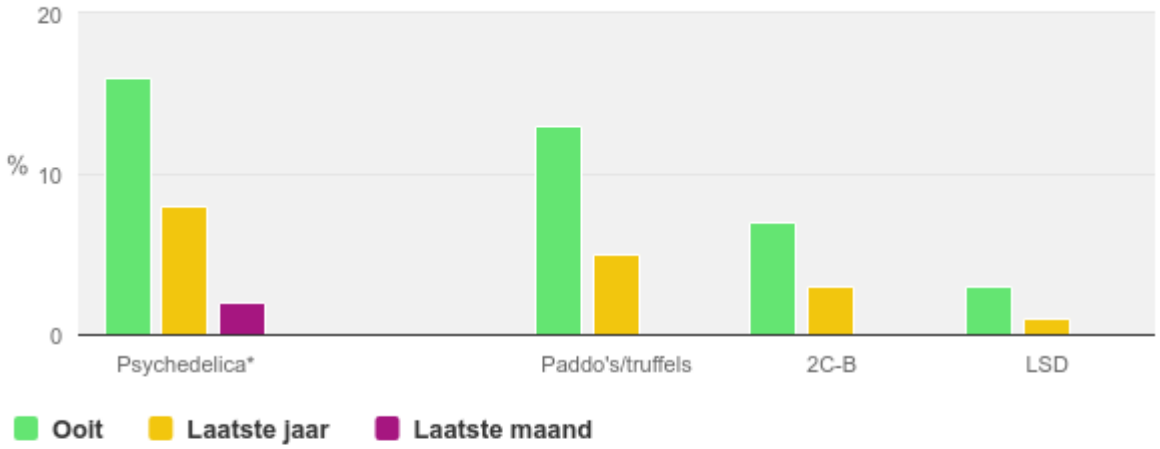
Studenten van het hbo en de universiteiten

Onderstaande resultaten zijn afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS) [6]. Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen, zoals een laag responspercentage (6,5% in 2023) en onder-/oververtegenwoordiging van bepaalde groepen. Door weging is de data meer representatief gemaakt. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de resultaten vertekend zijn en daarmee niet representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland. De resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd. De Monitor Mentale

gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs gaf voor het psychedelicagebruik onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder in 2023 het volgende beeld:

- Eén op de zes (16%) studenten gebruikte psychedelica[1] ooit in het leven (13% paddo's/truffels, 7% 2C-B, 3% LSD). Een kleiner deel (8%) gebruikte psychedelica in het afgelopen jaar (5% paddo's/truffels, 3% 2C-B, 1% LSD). Het gebruik van psychedelica in de laatste maand kwam voor onder 2% van de ondervraagde studenten.
- Er lijkt in 2023 minder vaak sprake te zijn van recent psychedelicagebruik dan in 2021: in 2021 was het laatste-maand-gebruik van psychedelica 2,2 procent tegenover 1,5 procent in 2023.
- Psychedelicagebruik komt in sommige groepen meer voor dan in andere groepen. De analyses[2] laten het volgende beeld zien:
    - Gender, leeftijd, herkomst en onderwijstype hangen samen met laatste-maand-psychedelicagebruik. Ten opzichte van mannen is er onder vrouwen minder vaak sprake van psychedelicagebruik (2% versus 1%). Ten opzichte van 16-21-jarige studenten komt onder 26-29-jarige studenten psychedelicagebruik vaker voor (1% versus 2%). Vergeleken met studenten zonder migratieachtergrond komt psychedelicagebruik vaker voor onder studenten met een migratieachtergrond en internationale studenten (1% versus respectievelijk 2% en 3%). Vergeleken met hbo-studenten komt psychedelicagebruik vaker voor onder wo-studenten (1% versus 2%).
    - Er zijn geen verschillen in psychedelicagebruik naar opleidingsvorm (voltijd, niet-voltijd).

Psychedelicagebruik[I] onder hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder. Peiljaar 2023



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. *Onder het gebruik van psychedelica wordt het gebruik van LSD, 2-CB en/of het gebruik van paddo's en truffels verstaan. De percentages van de losse psychedelica-middelen tellen niet op tot de totale groep psychedelica omdat studenten meerdere psychedelica-middelen kunnen gebruiken. Bron: Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik onder Studenten hoger onderwijs, 2023

NDM

	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand

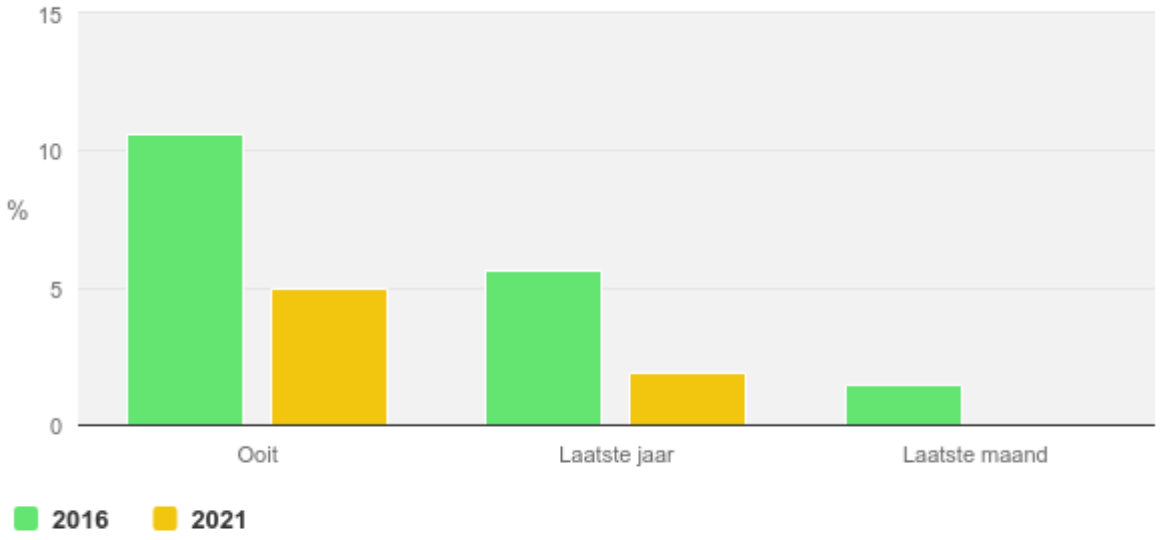
	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
Psychedelica*	16	8	2
Paddo's/truffels	13	5	
2C-B	7	3	
LSD	3	1	

Mbo-studenten in Amsterdam

Ook in de monitor Antenne Amsterdam wordt het psychedelicagebruik van mbo-studenten uitgevraagd [7]. 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.
- 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).

Paddogebruik[I] onder mbo-studenten in Amsterdam van 16 jaar en ouder

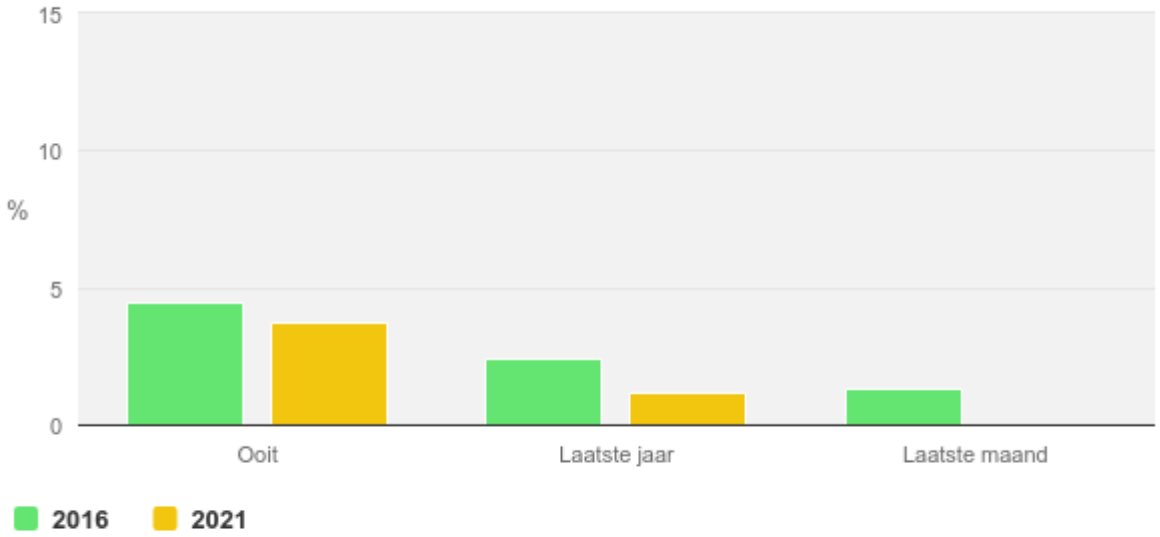


I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. In 2021 is het laatste-maand-gebruik van paddo's niet uitgevraagd. Bron: Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
Ooit	10,6	5
Laatste jaar	5,6	1,9
Laatste maand	1,5	

LSD-gebruik[I] onder mbo-studenten in Amsterdam van 16 jaar en ouder



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. In 2021 is het laatste-maand-gebruik van LSD niet uitgevraagd. Bron: Antenne Amsterdam

NDM

	2016	2021
Ooit	4,5	3,7
Laatste jaar	2,4	1,2
Laatste maand	1,3	

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: 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. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.
7. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Hogeschool van Amsterdam; 2022.

18.3.4 Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In het kort: Hoewel psychedelica geen typische uitgaansdrugs zijn, worden ze wel gebruikt door uitgaanders. In 2023 heeft een op de tien uitgaanders (9,7%) truffels gebruikt, 3,9% gebruikte LSD en 2,9% gebruikte paddo's in het laatste jaar. Het laatste-jaar-gebruik van DMT en ayahausca is minder dan 1%. Paddo's en truffels worden door de meeste uitgaanders incidenteel gebruikt.

Gegevensbronnen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 20 juni 2023 verzameld via een online vragenlijst. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Eerdere metingen vonden plaats in 2013, 2016 en 2020. Vanwege verschillen in de wervingsprocedure, de steekproefverschillen en het ontbreken van een steekproefkader kunnen slechts voorzichtige conclusies getrokken worden over een eventuele toe- of afname van het gebruik van psychedelica in het uitgaansleven (zie bijlage B2).

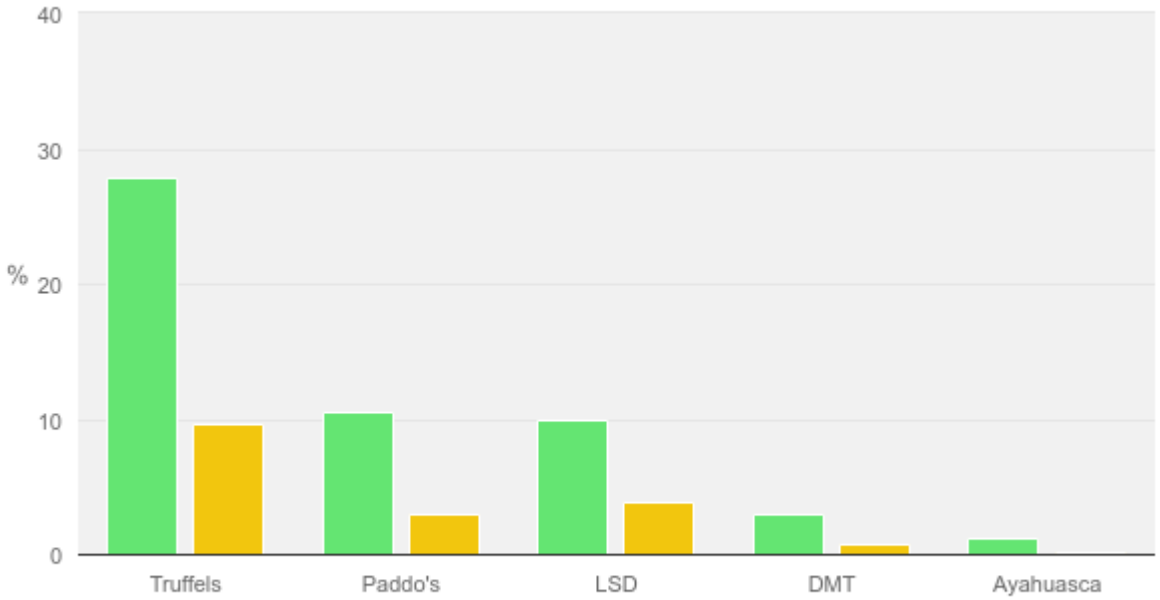
Uitgaanders in Nederland

Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader. Wat klassieke psychedelica betreft, worden hieronder de volgende middelen besproken: truffels, paddo's, LSD, DMT en ayahuasca. Lees meer over het gebruik van NPS-varianten van psychedelica (2C-B, 1P-LSD) onder uitgaanders op deze pagina.

- Hoewel psychedelica geen typische uitgaansdrugs zijn, worden ze wel gebruikt door uitgaanders. In 2023 had 27,9% ooit truffels gebruikt, 10,5% gebruikte ooit paddo's en 10,0% gebruikte ooit LSD. DMT en ayahuasca worden minder gebruikt: respectievelijk 3,0% en 1,2% van de uitgaanders had deze middelen ooit gebruikt.
- Als we kijken naar het laatste-jaar-gebruik zien we dat ongeveer een op de tien (9,7%) uitgaanders truffels heeft gebruikt, 3,9% gebruikte LSD en 2,9% gebruikte paddo's[1] in het laatste jaar. Het laatste-jaar-gebruik van DMT en ayahausca is minder dan 1%.
- Het laatste-jaar-gebruik van truffels is onder de uitgaanders hoger dan onder leeftijdsgenoten (15-34 jaar) in de algemene bevolking (2,1%).
- Het laatste-jaar-gebruik van truffels was in 2023 (9,7%) iets lager dan in 2020 (11,2%). Deze trendgegevens moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd (zie Gegevensbronnen).
- Meer mannen (dan vrouwen) hebben in het laatste jaar truffels[2] gebruikt. In de jongste leeftijdscategorie (16 t/m 19 jaar) is het gebruik van truffels relatief laag vergeleken met 20-24-jarigen en 25-29-jarigen. Truffels worden het meest gebruikt in de leeftijdsgroep 20-29 jaar. Er zijn geen verschillen in truffelgebruik naar opleidingsniveau en regio.

- De meeste laatste-jaar-gebruikers gebruikten paddo’s of truffels één keer (respectievelijk 54,0% en 56,9%) of minder dan maandelijks (respectievelijk 39,8% en 40,9%). Een kleinere groep gebruikte paddo’s of truffels eens (respectievelijk 3,9% en 1,1%) of een paar keer (respectievelijk 1,3% en 0,4%) per maand. De rest gebruikte (één van) deze middelen minstens wekelijks (≤1%).

Psychedelicagebruik[I] onder uitgaanders van 16-35 jaar, per psychedelicum. Peiljaar 2023

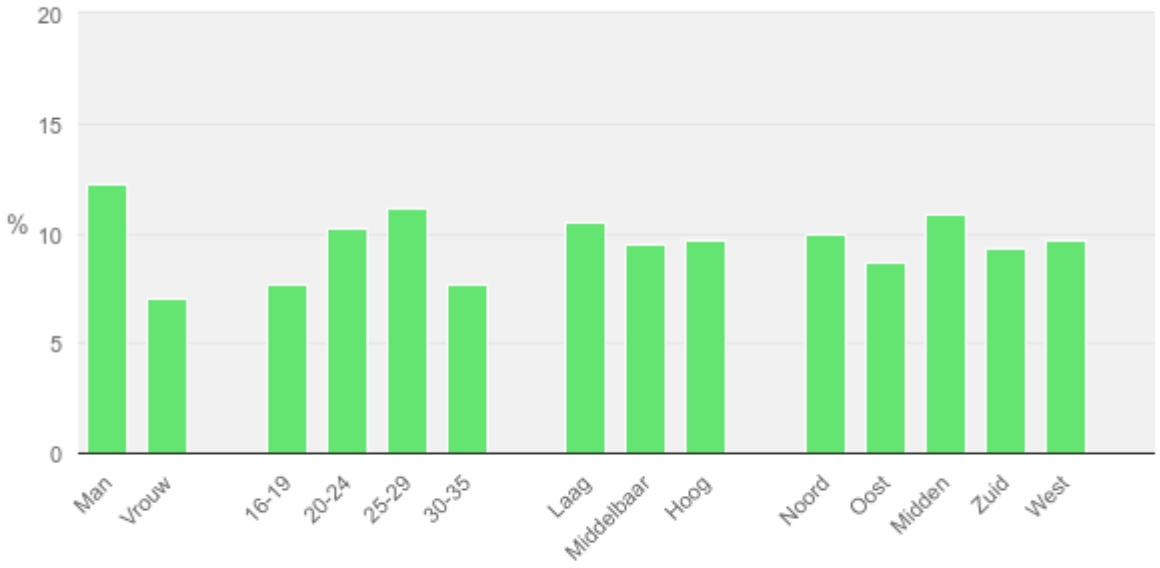


I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

Kolom2	Ooit	Laatste jaar
Truffels	27,9	9,7
Paddo's	10,5	2,9
LSD	10	3,9
DMT	3	0,8
Ayahuasca	1,2	0,2

Truffelgebruik[I] onder uitgaanders van 16-35 jaar, naar geslacht, leeftijd, opleiding en regio.
Peiljaar 2023



I. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

	Laatste jaar
Man	12,2
Vrouw	7
16-19	7,7
20-24	10,2
25-29	11,1
30-35	7,7

	Laatste jaar
Laag	10,5
Middelbaar	9,5
Hoog	9,7
Noord	10
Oost	8,7
Midden	10,9
Zuid	9,3
West	9,7

Bronnen

1. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

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].

Daarnaast zijn in het landelijk EXPLORE onderzoek in 2020 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].

In 2022 als onderdeel van EXPLORE ook onderzoek gedaan naar het middelengebruik onder jongens die verblijven in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) [8]. 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.

Naast het landelijke EXPLORE-onderzoek zijn er ook gegevens over het psychedelicagebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam [5,6] en de Gooi en Vechtstreek [7]. 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).

Tot slot onderzoekt de Antenne Regiomonitor Nederland 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

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].

- 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%).
- 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%.
- 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.
- 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.

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 [8]. De vragenlijst is in 2022 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 paddogebruik 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 paddo- en truffelgebruik onder jongeren in de (brede) jeugdzorg in Amsterdam [5,6] en de Gooi en Vechtstreek [7]:

- 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

De Antenne Regiomonitor Nederland onderzocht in 2021 het middelengebruik op kwalitatieve en indirecte wijze onder groepen 'kwetsbare jongeren' in diverse regio’s van Nederland [9].

- In 11 van de 35 groepen verspreid over alle regio’s werd volgens waarnemingen van de professionals psychedelica (vooral LSD en truffels) gebruikt .
- 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.
- 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.

Gebruik van paddo's/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. l. 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

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. Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2012: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2013.
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 Gooi en Vechtstreek 2019: Zicht op middelengebruik onder jonge mensen in de regio. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Jellinek; 2020.
8. 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.
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].

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 relatief laag.

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 en Turkije [1]. Het Europees gemiddelde zoals berekend door het EMCDDA is een schatting die is gewogen op basis van de bevolkingsomvang. Landen met veel inwoners tellen daardoor zwaarder mee. Voor dit Europees gemiddelde zijn voor Nederland de cijfers van 2021 gebruikt. De cijfers van 2022 voor Nederland waren nog niet beschikbaar voor het EMCDDA.

Onderstaande figuren presenteren gegevens over het gebruik van psychedelica in de lidstaten van de Europese Unie, het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen en Turkije volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-35 jaar), tenzij anders aangegeven.

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.

Gegevens voor de Verenigde Staten, Canada en Australië staan in de tabel onderaan deze pagina.

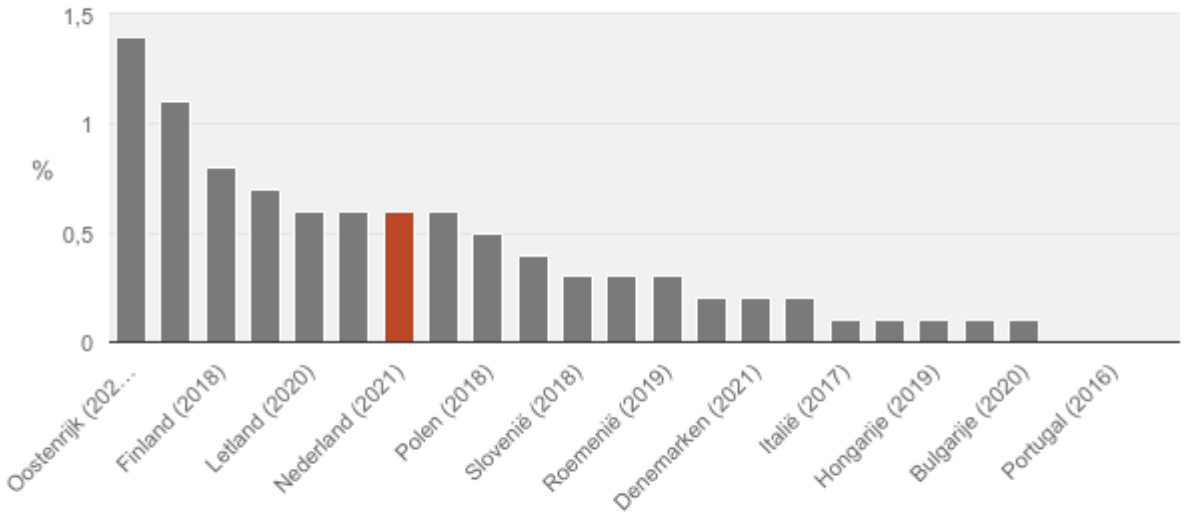
Onderstaande gegevens hebben voornamelijk betrekking op het gebruik van LSD, en voor een aantal landen ook op hallucinogene paddenstoelen (paddo's) of truffels, of andere hallucinogene middelen.

Vergelijking tussen landen in Europa

- Het gebruik van psychedelica, zoals LSD en hallucinogene paddenstoelen (paddo's), is in Europa relatief laag [1].

- Onder jongvolwassenen van 15-34 jaar is het laatste-jaar-gebruik van LSD en hallucinogene paddenstoelen (paddo's) naar schatting gelijk aan of minder dan 1%. Uitzonderingen voor LSD zijn: Ierland (2,4% in 2019), Finland (2,0% in 2018), Estland (1,7% in 2018, 16-34 jaar), Letland (1,4% in 2020), Noorwegen (1,3% in 2020) en Nederland (1,2% in 2021). Uitzonderingen voor paddo's zijn Tsjechië (2,7% in 2021), Finland (2,0% in 2018), Nederland (2,9% in 2021), Estland (1,6% in 2018, 16-34 jaar), Denemarken (1,5% in 2021), Spanje (1,2% in 2022) en Duitsland (1,1% in 2021) [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, Estland, en Noorwegen: 16–64 jaar. Bron: European Drug Report 2023, EMCDDA.

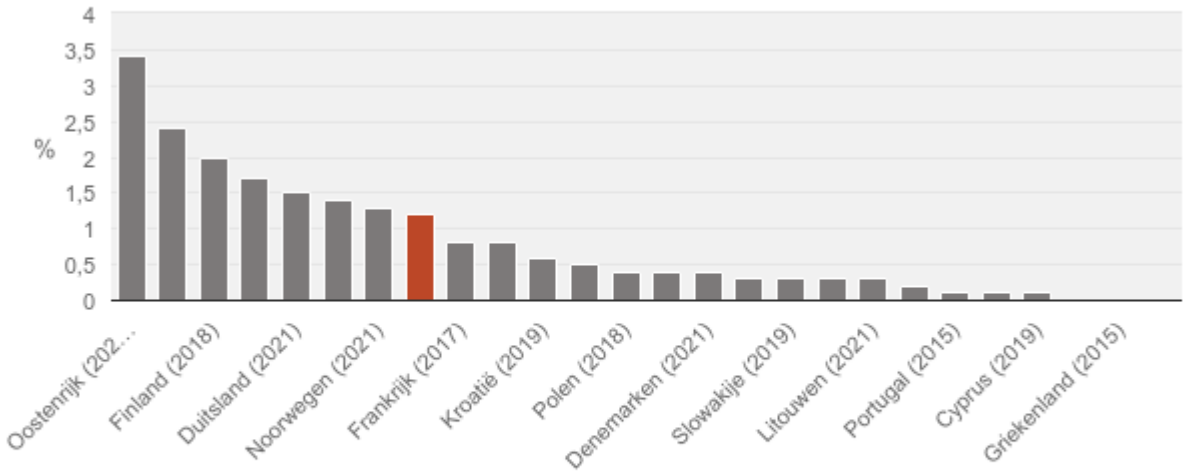
NDM

Land	Laatste jaar (%)
Oostenrijk (2020)	1,4
Ierland (2019)	1,1
Finland (2018)	0,8
Estland (2018)	0,7
Letland (2020)	0,6

Land	Laatste jaar (%)
Duitsland (2021)	0,6
Nederland (2021)	0,6
Noorwegen (2021)	0,6
Polen (2018)	0,5
Frankrijk (2017)	0,4
Slovenië (2018)	0,3
Kroatië (2019)	0,3
Roemenië (2019)	0,3
Slowakije (2019)	0,2
Denemarken (2021)	0,2
Litouwen (2021)	0,2
Italië (2017)	0,1
Cyprus (2019)	0,1
Hongarije (2019)	0,1
Luxemburg (2019)	0,1
Bulgarije (2020)	0,1
België (2013)	

Land	Laatste jaar (%)
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, Griekenland, Hongarije en Duitsland: 18–34 jaar; Denemarken, Estland en Noorwegen: 16–34 jaar. Bron: European Drug Report 2023, EMCDDA.

NDM

Land	Laatste jaar
Oostenrijk (2020)	3,4
Ierland (2019)	2,4
Finland (2018)	2,0
Estland (2018)	1,7

Land	Laatste jaar
Duitsland (2021)	1,5
Letland (2020)	1,4
Noorwegen (2021)	1,3
Nederland (2021)	1,2
Frankrijk (2017)	0,8
Slovenië (2018)	0,8
Kroatië (2019)	0,6
Roemenië (2019)	0,5
Polen (2018)	0,4
Hongarije (2019)	0,4
Denemarken (2021)	0,4
Luxemburg (2019)	0,3
Slowakije (2019)	0,3
Tsjechië (2021)	0,3
Litouwen (2021)	0,3
Bulgarije (2020)	0,2
Portugal (2015)	0,1

Land	Laatste jaar
Italië (2017)	0,1
Cyprus (2019)	0,1
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	2021	3,4	0,6	0,2	4,4	1,5	0,3
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	2021	2,5	0,6	0,1	3,6	1,2	0,2
Noorwegen	2021	1,8	0,6	-	2,8	1,3	-
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

Verenigde Staten

- In 2021 had 10,5% van de bevolking van de Verenigde Staten (12 jaar en ouder) ooit in het leven LSD gebruikt, 0,9% gebruikte in het laatste jaar en 0,2% gebruikte in de laatste maand [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

- In het Canadese bevolkingsonderzoek zijn psychedelica niet exact gespecificeerd: het kan gaan om bijvoorbeeld LSD, PCP of psilocybine, maar het kan ook om andere psychedelische middelen gaan. 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].
- 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. 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]. Mogelijk is de stijging te wijden aan een methodeverandering in het onderzoek: in 2019 zijn extra psychedelische middelen toegevoegd in de vraagstelling.
- 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 van één of twee keer in het jaar van 76% naar 56% [4].
- In 2019 had 5,0% van de ondervraagde twintigers psychedelica gebruikt in het laatste jaar. Dit percentage is hoger dan voor bijvoorbeeld (meth)amfetamine [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]	2021	12 en ouder	10,5	0,9
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 de 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.

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
2. SAMHSA. Results from the 2021 National Suvey on Drug Use and Health: Detailed Tables [Internet]. 2022. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-detailed-tables
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

In het kort: LSD of andere hallucinogenen zijn, na cannabis en ecstasy, de meest gebruikte drugs onder Europese scholieren. Over het algemeen ligt het gebruik van psychedelica hoger onder jongens dan onder meisjes. Het percentage Nederlandse scholieren dat ervaring heeft met psychedelica ligt iets onder het Europees gemiddelde.

Gegevensbronnen

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 [1–6]. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats. 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 afgerond op hele getallen. Bij het interpreteren van de trendgegevens dient hiermee rekening te worden gehouden.

Onderstaande tabel toont het gebruik van psychedelica 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.

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.

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.

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

In het kort: Hulpvragen voor problemen door psychedelicagebruik bij de verslavingszorg zijn voor zover bekend gering. Er zijn aanwijzingen dat sommige psychedelica mogelijk gebruikt kunnen worden als hulpmiddel bij de behandeling van middelenstoornissen.

Snel naar:

- LADIS
- Psychedelica voor de behandeling van middelenstoornissen

Gegevensbronnen

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. 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.

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. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Begin 2023 is een tussenrapportage verschenen, waarin een voorlopig beeld werd geschetst van trends in de aard en omvang van de zorgvraag binnen de verslavingszorg. Hier werd geconstateerd dat de kwaliteit van de aanleveringen voor verbetering vatbaar was. Begin 2024 is een verbeterde versie van de Kerncijfers over de jaren 2017-2022 verschenen, waarin de eerdere cijfers zijn verrijkt met andere bronnen. Deze gegevens worden, na aanvullende analyses, 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.
- De meeste psychedelica zijn niet verslavend. Lees daarover meer op deze pagina.

Psychedelica voor de behandeling van middelenstoornissen

Er zijn aanwijzingen dat sommige psychedelica mogelijk gebruikt kunnen worden als medicijn bij de behandeling van middelenstoornissen.

- De eerste kleinschalige studies laten positieve resultaten 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') [4] mogelijk de heilzame werking van psychedelica bij onder andere verslaving, maar ook een breed scala aan andere psychische stoornissen, kunnen verklaren.
- Lees meer over de toepassingen van psychedelica op deze pagina.

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 2022 weinig incidenten gemeld bij de Monitor Drugsincidenten (MDI) met alleen LSD of paddo's/truffels. Ook bij het NVIC zijn er relatief weinig informatieverzoeken over vermoede vergiftigingen met LSD of paddo's/truffels vergeleken met andere drugs.

Snel naar:

- Drugsgerelateerde incidenten
- Informatieverzoeken over acute vergiftigingen
- Toeristen

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]. In 2022 droegen 18 diensten actief bij aan de registratie: drie ambulancediensten, zeven SEH-afdelingen en vijf afdelingen forensische geneeskunde. 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 hulpverleners over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen [2]. Het NVIC is onderdeel van de Divisie Vitale Functies van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en is telefonisch te raadplegen via de 24-uursinformatietelefoon. De meeste drugsgerelateerde telefonische informatieverzoeken hebben betrekking op een patiënt die in aanraking is gekomen met een middel: een blootstelling. Een blootstelling leidt niet per definitie tot vergiftigingsverschijnselen, het gaat dus om een mogelijke/potentiële vergiftiging. Naast de mogelijkheid om het NVIC telefonisch te raadplegen, kunnen hulpverleners via de website www.vergiftigingen.info/ toxicologische informatie opvragen voor bijvoorbeeld een risicoanalyse om de ernst van een blootstelling te berekenen, of om rechtstreeks stofmonografieën en therapieteksten te raadplegen (zonder uitvoering van een risicoanalyse). De website kan worden geraadpleegd bij een daadwerkelijke blootstelling van een patiënt, maar ook ter oriëntatie of bijscholing.

Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd.

Drugsgerelateerde incidenten

In 2022 werden in totaal 6.411 drugsincidenten geregistreerd [1].

- Er werden in 2022 weinig incidenten gemeld met paddo's en truffels (85 incidenten, 1% van het totaal) en LSD (38 incidenten, <1% van het totaal).
- Intoxicaties met LSD en paddo's/truffels kwamen vooral voor bij jongere mensen (<25 jaar). Een opvallend grote minderheid van de patiënten met een paddo/truffel-intoxicatie was vrouw (14%).

Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftiging [2]. De hieronder genoemde gegevens betreffen enkel informatieverzoeken, dit geeft geen informatie over het daadwerkelijke aantal psychedelicablootstellingen of -vergiftigingen. Ook de mate waarin de hulpverleners kennis hebben (opgebouwd) over het middel zal van invloed zijn op het aantal informatieverzoeken. Bij het interpreteren van trendgegevens moet hier rekening mee worden gehouden. Daarnaast bestaat in Nederland geen meldingsplicht voor acute vergiftigingen.

- In 2022 waren er 25 telefonische informatieverzoeken voor LSD bij personen van 13 jaar en ouder. Ook voor paddo's/truffels waren er 25 telefonische informatieverzoeken in 2022. LSD en paddo's/truffels stonden daarmee op een gedeelde achtste plek van de drugs (exclusief NPS) met het hoogste aantal telefonische informatieverzoeken.
- Op de website www.vergiftigingen.info waren in 2022 voor LSD 94 online raadplegingen. LSD stond hier ook op de achtste plaats in de categorie drugs (exclusief NPS). Paddo's/truffels stonden in 2022 niet in de top 10 drugs (exclusief NPS) met het hoogste aantal online risicoanalyses.
- Er worden bij het NVIC ook meldingen gemaakt over vergiftigingen met NPS-varianten van psychedelica zoals bijvoorbeeld synthetische tryptaminen, lees daarover meer op deze pagina.

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) [3]. 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 [4].

Bronnen

1. Schürmann L, Valkenberg H, Croes E. Monitor Drugsincidenten: Jaarrapportage 2022. Trimbos-insituut en VeiligheidNL; 2024.
2. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Mulder-Spijkerboer HN, Van Velzen AG, Visser CC, Dijkman MA, De Lange DW, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2022: NVIC Rapport 01/2023. Utrecht: Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC), Divisie Vitale Functies, Universitair Medisch Centrum Utrecht; 2023.
3. van Amsterdam J, Opperhuizen A, van den Brink W. Harm potential of magic mushroom use: A review. Regulatory Toxicology and Pharmacology. 2011.
4. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge

Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.

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 op deze pagina wordt beschreven.
- 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 (ongewenste effecten) van voorbijgaande aard. De meeste bijwerkingen 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 geproduceerde 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].

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 (zoals beschreven op deze pagina), in de meeste gevallen zijn deze echter niet levensbedreigend. Er is wel een aantal sterfgevallen bekend van overdosering met 251-NBOMe (een nieuwe psychoactieve stof met vergelijkbare effecten als LSD). 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. Er zijn gevallen bekend waarbij personen onder invloed van psychedelica zijn overleden nadat zij uit een gebouw zijn gesprongen [2].
- Het aantal sterfgevallen door het gebruik van psychedelica in Nederland is niet bekend.

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 2022 is het aantal en aandeel LSD-monsters aangeleverd bij het DIMS opnieuw afgenomen, net als in 2021. 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. DMT, mescaline en paddodruppels werden vrijwel niet ingeleverd bij de testlocaties.

Snel naar:

- LSD-monsters aangeleverd bij het DIMS
- Samenstelling van LSD-monsters
- 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. In 2022 werd een quotum gehanteerd van 12 LSD-monsters per maand.

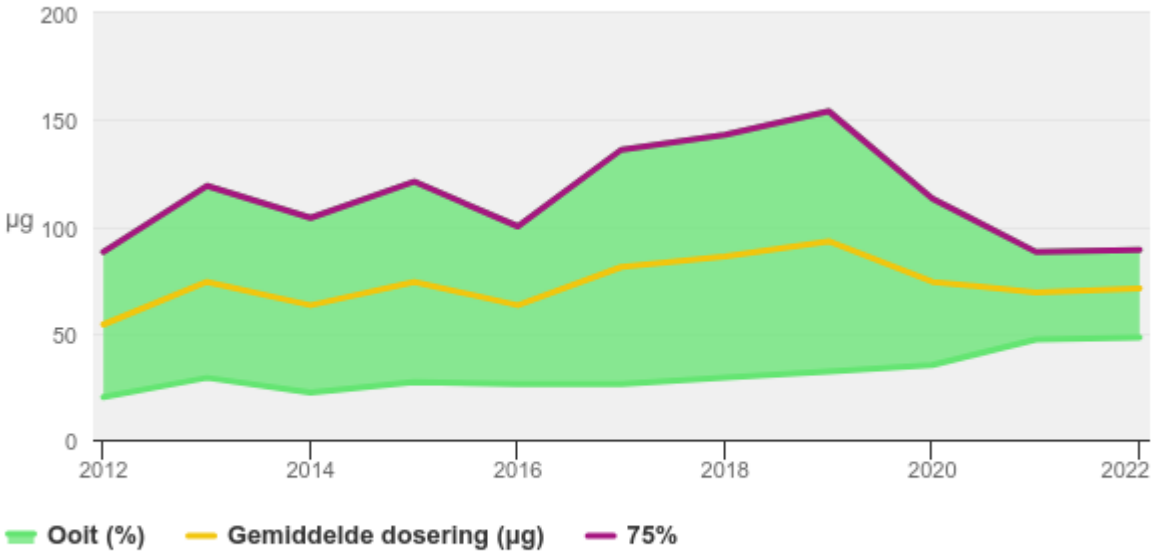
LSD-monsters aangeleverd bij het DIMS

- Een klein deel van het totaal bij het DIMS aangeleverde drugsmonsters betrof LSD (230 monsters; 1,3%). Het absolute aantal en het relatieve aandeel (%) aangeleverde LSD-monsters is daarmee gedaald ten opzichte van 2020 en 2021. 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 hierboven voor meer informatie).

Samenstelling van LSD-monsters

- De laatste jaren bevat het overgrote deel van de LSD-monsters aangeleverd bij het DIMS daadwerkelijk LSD, in 2022 ruim 90%.
- De gemiddelde dosering LSD aanwezig op blotters is tussen 2019 en 2021 gedaald van 93 µg naar 69 µg. In 2022 was de gemiddelde dosering LSD aanwezig op blotters 71 µg.
- Opvallend is daarnaast ook de relatief grote spreiding in doseringen, al is deze spreiding sinds 2019 wel aan het afnemen. In 2022 bevatte de helft van de LSD-blotters een dosering tussen de 48 en 89 µg, een kwart meer, en een kwart minder.

Trend in de gemiddelde dosering (µg) LSD op LSD-blotters en de range waarbinnen de helft (25-75%) van de LSD-blotters valt qua dosering



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

	Gemiddelde dosering (µg)	25%	75%
2017	81	26	136
2018	86	29	143
2019	93	32	154
2020	74	35	113
2021	69	47	88
2022	71	48	89

- 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.
- 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 2022 in LSD-monsters die LSD bevatten voorkwamen, waren 25O-NBOMe (27,3%; 3 keer), DOC (18,2%; 2 keer) en 25B-NBOMe (9,1%; 1 keer).
- Wanneer er helemaal geen LSD in de monsters aanwezig is, worden er vaak andere hallucinogene stoffen op de blotters aangetroffen die het effect van LSD zouden moeten nabootsen, zoals NBOMe's (zie hierboven). Het gebruik hiervan werd afgeraden.

Overige psychedelische stoffen aangeleverd bij het DIMS

- Tot slot zijn er in 2022 ook 21 monsters verkocht als DMT (22 in 2021), 2 monsters verkocht als mescaline (6 in 2021) en 2 monsters verkocht als paddodruppels (0 in 2021) 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 psychedelische 'nieuwe psychoactieve stoffen'

(lees meer NPS ingeleverd bij het DIMS op deze pagina) als tryptamines en fenethylamines ingeleverd, zoals 2C-B of varianten op LSD en DMT. Het DIMS signaleert jaarlijks enkele keren dergelijke stoffen. Dit suggereert dat deze middelen wel in omloop zijn op de drugsmarkt maar vermoedelijk een (zeer) beperkt gebruikerspubliek trekken. Zie onderstaande tabel voor overige psychedelische stoffen die in 2022 zijn aangeleverd bij het DIMS.

Overige psychedelische NPS aangeleverd bij het DIMS, peiljaar 2022

NPS	Frequentie
2C-B	932
2C-B-FLY	9
5-MeO-DMT	6
1P-LSD	5
4-HO-MET	4
2C-C	2
3-MeO-PCP	2
1cP-MiPLA	1
25B-NBOH	1
2C-I	1
4-AcO-MET	1
5-MeO-MIPT	1

Bron: DIMS 2023

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.

18.8.2 Prijs

In het kort: De gemiddelde prijs voor een LSD-blotter was 6,40 euro in 2022. De prijs van truffels wordt niet landelijk bijgehouden. Een portie paddo's kost in Amsterdam gemiddeld 40 euro en een gram DMT kost tussen de 60-80 euro. Nieuw op de Amsterdamse drugsmarkt zijn vloeibare psychedelica: een flesje 'liquid mushrooms' kost 130 euro. Een flesje met vloeibare LSD kost 300 euro.

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 op de illegale drugsmarkt betaalt voor LSD en andere psychedelische middelen. De prijs van truffels, die legaal verkrijgbaar zijn in smartshops, wordt niet landelijk bijgehouden.

LSD-blotters aangeleverd bij drugstestcentra

- De helft van de consumenten die in 2022 hun (230) LSD-monsters hadden aangeleverd bij het DIMS, betaalden tussen 4 en 9 euro voor een blotter. De gemiddelde prijs van een blotter was 6,40 euro [1].
- De prijs voor een LSD blotter is in de afgelopen jaren ongeveer gelijk gebleven.

Prijs (euro) per LSD-blotter op consumentenniveau

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal monsters (n)	225	225	243	183	225	183	291	275	242	230
Gemiddelde (€)	5	5	5	6	7	6	6	6	6	6
Interkwartiel (€)[l]	(4-5)	(4-6)	(4-6)	(4-7)	(4-8)	(4-8)	(4-7)	(4-8)	(4-8)	(4-9)

l. 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 in kaart [2].

- Truffels zijn legaal verkrijgbaar in smartshops (lees meer over de wettelijke status van paddo's en truffels op deze pagina). 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.
- 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.
- LSD (200-210 µg) wordt verkocht als blotter (van 6-10 euro voor één blotter tot 250 euro voor 50 blotters) of in vloeibare vorm per flesje van 100 druppels (300 euro).
- DMT wordt aangeboden door ‘tripdealers’: een halve gram voor 50-60 euro en een hele gram voor 80-100 euro.

Prijzen van psychedelica op consumentenniveau[I] in Amsterdam. Peiljaar 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

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
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.

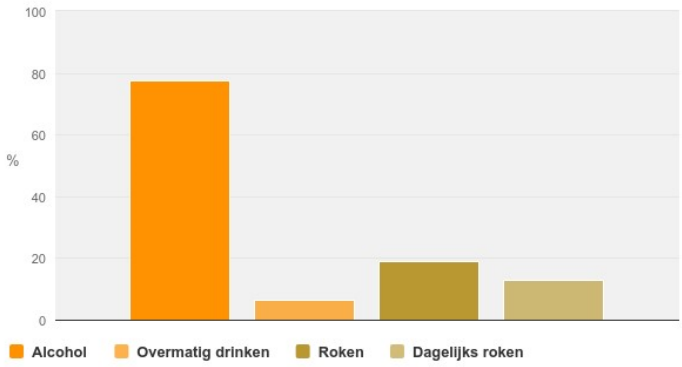


Kerncijfers

Kerncijfers alcohol, tabak en drugs

Volwassenen

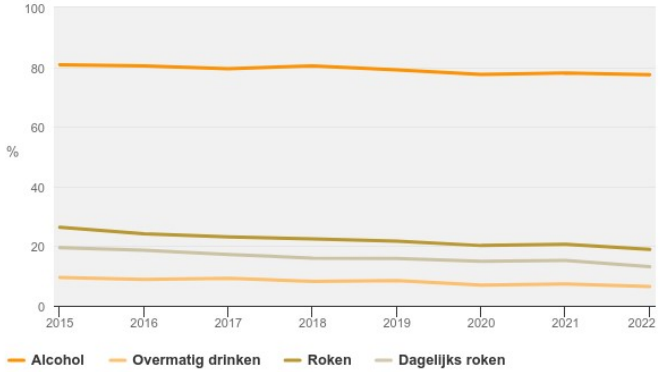
Alcohol- en tabakgebruikl onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.



Niet alle ogenschijnlijke verschillen tussen de middelen zijn statistisch significant. I. Ten minste één keer het middel gebruikt in het laatste jaar. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Roken (dagelijks en niet-dagelijks): 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u weleens?' Dagelijks roken: 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u elke dag?' Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

NDM

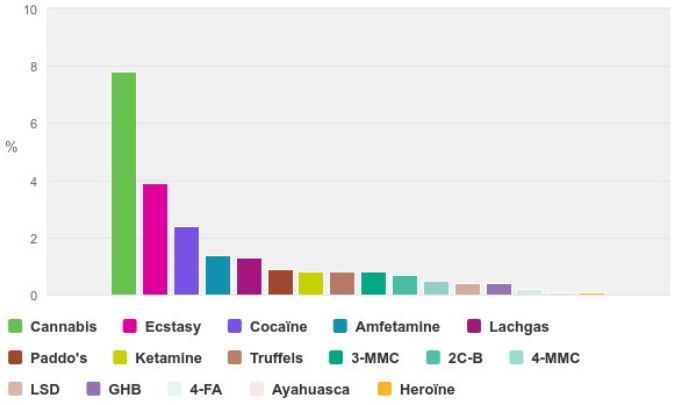
Trends in alcohol- en tabakgebruikl onder volwassenen van 18 jaar en ouder.



Niet alle ogenschijnlijke verschillen over de jaren zijn statistisch significant. I. Ten minste één keer het middel gebruikt in het laatste jaar. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Roken (dagelijks en niet-dagelijks): 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u weleens?' Dagelijks roken: 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u elke dag?' Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

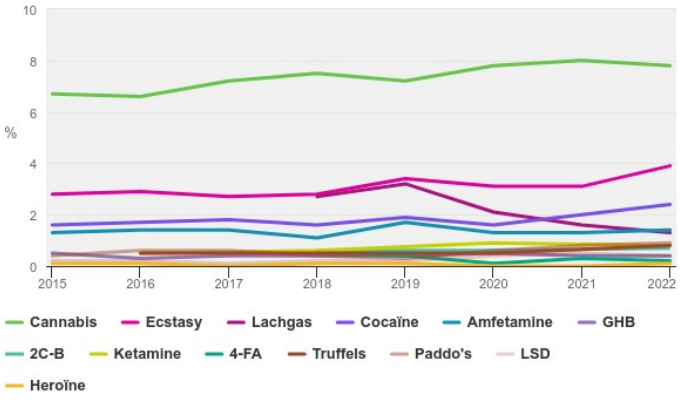
Drugsgebruikl onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.



Niet alle ogenschijnlijke verschillen tussen de middelen zijn statistisch significant. Vanwege verschillen in onderzoeksmethode zijn de cijfers uit de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor-aanvullende Module Middelen niet rechtstreeks vergelijkbaar. Gezondheidsenquête: cannabis, ecstasy, lachgas, cocaïne, amfetamine, GHB, 4-FA, paddo's, LSD, heroïne. Leefstijlmonitor-aanvullende Module Middelen: 3-MMC, 2C-B, ketamine, truffels, 4-MMC, ayahuasca. I. Ten minste één keer het middel gebruikt in het laatste jaar. Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut; LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

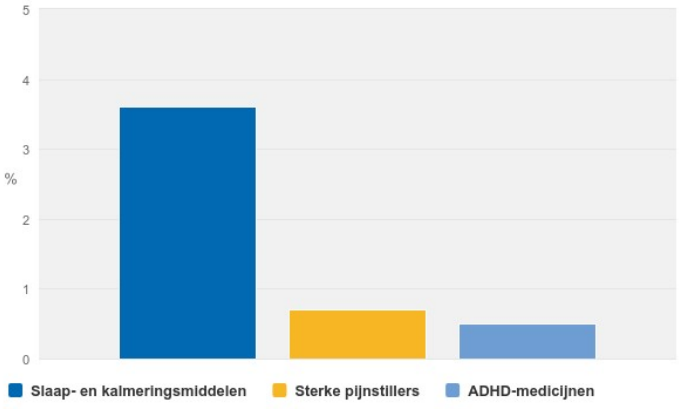
Trends in drugsgebruikl onder volwassenen van 18 jaar en ouder.



Niet alle ogenschijnlijke verschillen over de jaren zijn statistisch significant. Vanwege verschillen in onderzoeksmethode zijn de cijfers uit de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor-aanvullende Module Middelen niet rechtstreeks vergelijkbaar. Gezondheidsenquête: cannabis, ecstasy, lachgas, cocaïne, amfetamine, GHB, 4-FA, paddo's, LSD, heroïne. Leefstijlmonitor-aanvullende Module Middelen: 3-MMC, 2C-B, ketamine, truffels, 4-MMC. I. Ten minste één keer het middel gebruikt in het laatste jaar. Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut; LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

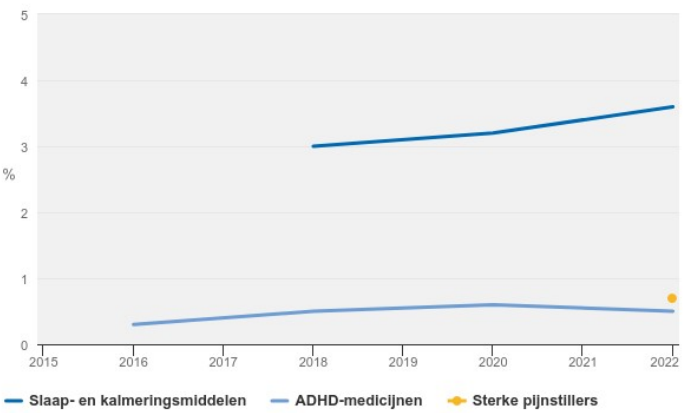
Medicijngebruikl (ook) zonder recept onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.



Niet alle ogenschijnlijke verschillen over de jaren zijn statistisch significant. I. Ten minste één keer het middel (ook) zonder recept gebruikt in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

Trends in medicijngebruikl onder volwassenen van 18 jaar en ouder.

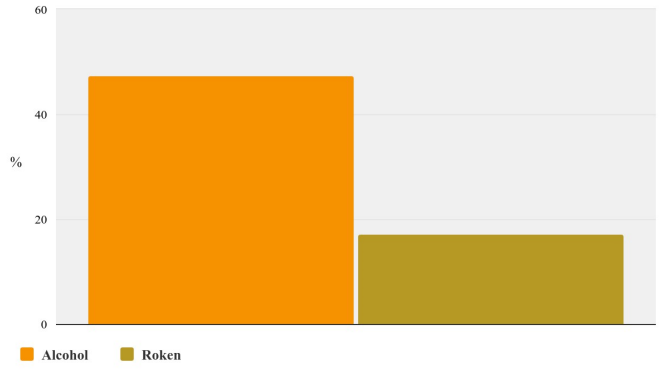


Niet alle ogenschijnlijke verschillen over de jaren zijn statistisch significant. I. Ten minste één keer het middel (ook) zonder recept gebruikt in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

Scholieren

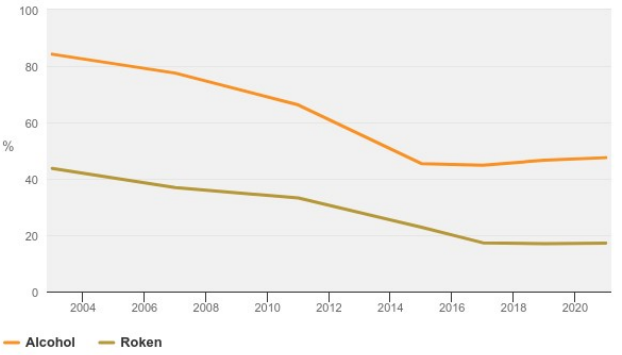
Alcohol-, tabaksgebruikl onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2021.



Niet alle ogenschijnlijke verschillen tussen de middelen zijn statistisch significant. I. Ten minste één keer het middel gebruikt ooit in het leven. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP in samenwerking met het RIVM

NDM

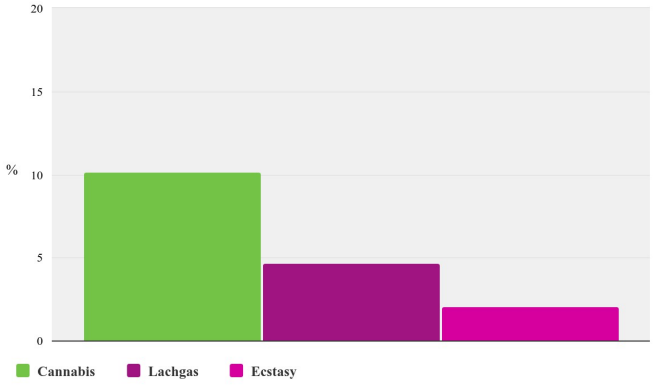
Trends in alcohol-, tabaksgebruikl onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar.



Niet alle ogenschijnlijke verschillen over de jaren zijn statistisch significant. I. Ten minste één keer het middel gebruikt ooit in het leven. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP in samenwerking met het RIVM (2017, 2021) en Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM (2003, 2007, 2011, 2015, 2019).

NDM

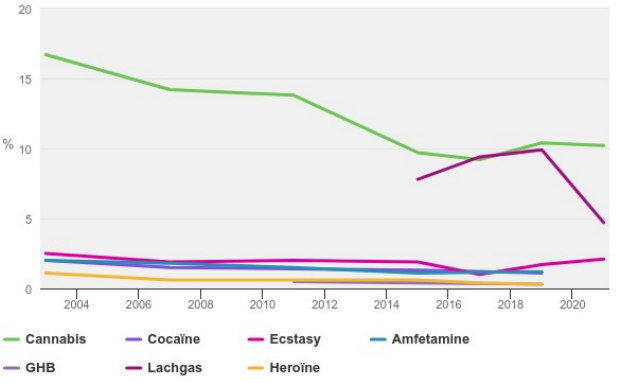
Drugsgebruikl onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2



Niet alle ogenschijnlijke verschillen tussen de middelen zijn statistisch significant. I. Ten minste één keer het middel gebruikt ooit in het leven. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP in samenwerking met het RIVM

NDM

Trends in drugsgebruikl onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar.

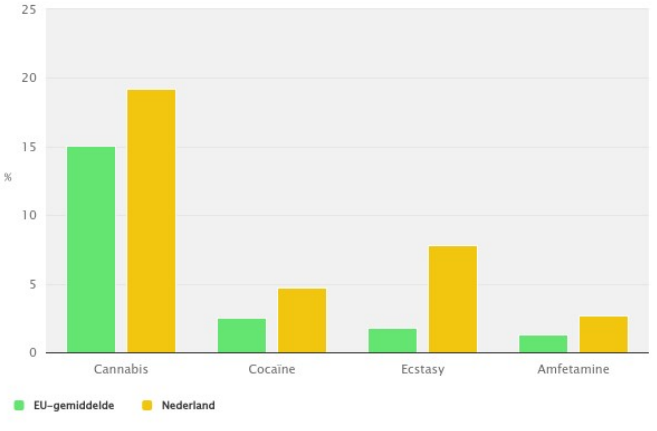


Niet alle ogenschijnlijke verschillen over de jaren zijn statistisch significant. I. Ten minste één keer het middel gebruikt ooit in het leven. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP in samenwerking met het RIVM (2017, 2021) en Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM (2003, 2007, 2011, 2015, 2019).

NDM

Internationale vergelijking

Gebruikl van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine onder 15-34-jarigen in de EU (gemiddelde) en in Nederland

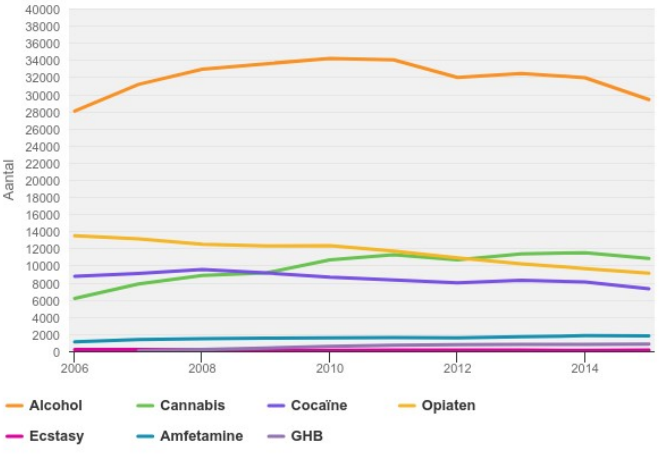


I. Ten minste één keer het middel gebruikt in het laatste jaar. Bronnen: European Drug Report 2023, EMCDDA en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

NDM

Verslavingszorg

Aantal cliënten in de verslavingszorg

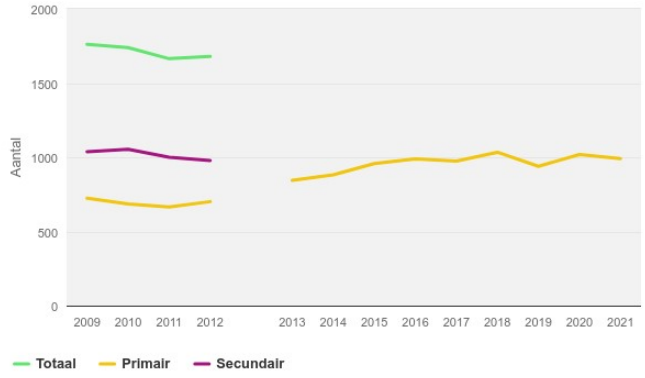


Bron: LADIS, IVZ

NDM

Overlijden

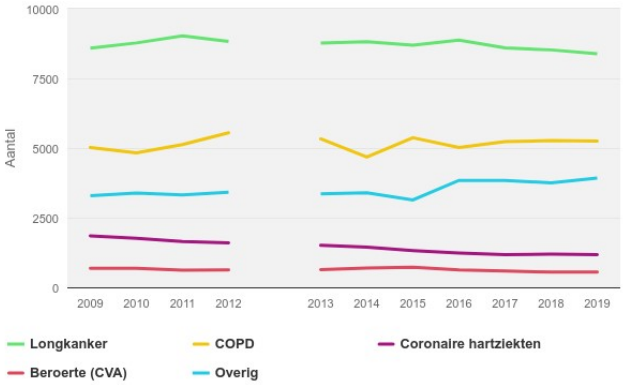
Geregistreerde sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen, vanaf 2009



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

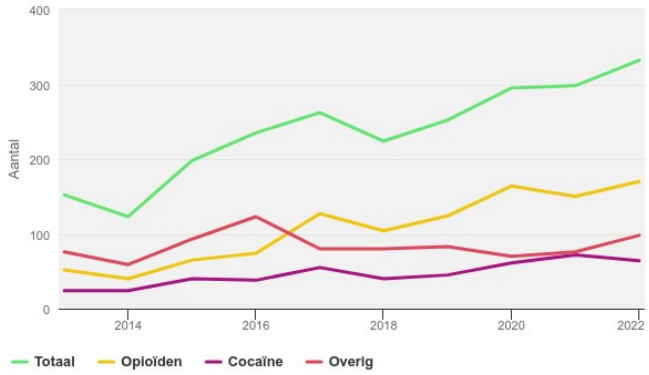
Sterfte door roken voor enkele aandoeningen onder mensen van 20 jaar en ouder, 2009-2019



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

Geregistreerde sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland

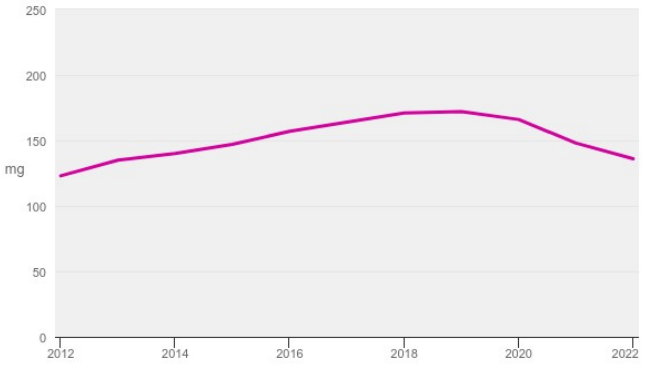


Aantal geregistreerde sterfgevallen, volgens ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X41*, X42*, X44*, X61*, X62*, X64*, Y11*, Y12*, Y14* (*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes - Nationale Drug Monitor Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut volgens de definitie van het EMCDDA.

NDM

Drugsmarkt

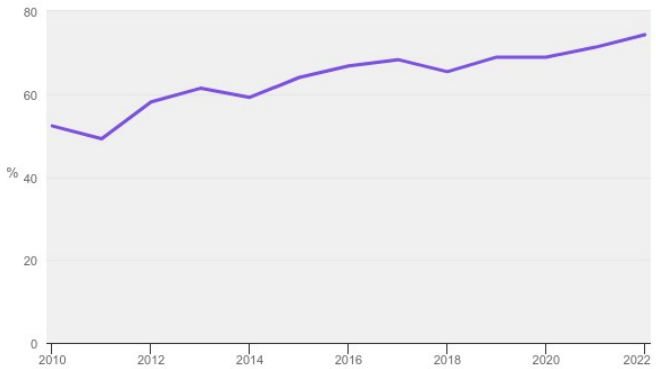
Gemiddelde gehalte MDMA in ecstasypillen



Bron: Drugs Informatie en Monitoring Systeem

NDM

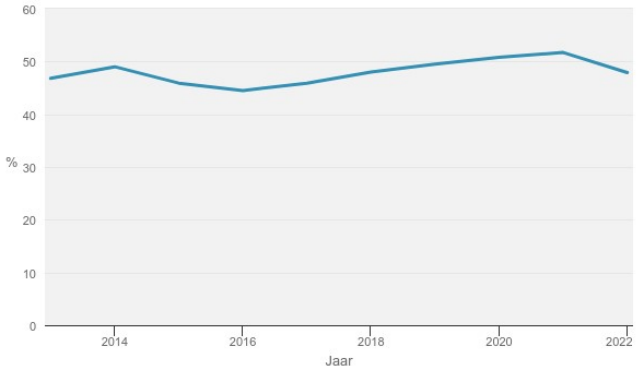
Percentage cocaïne in poeders gekocht als cocaïne



Bron: Drugs Informatie en Monitoring Systeem

NDM

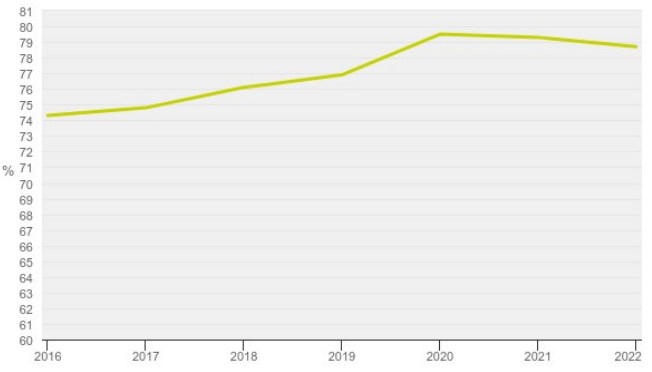
Percentage amfetamine in poeders gekocht als amfetamine



Bron: Drugs Informatie en Monitoring Systeem

NDM

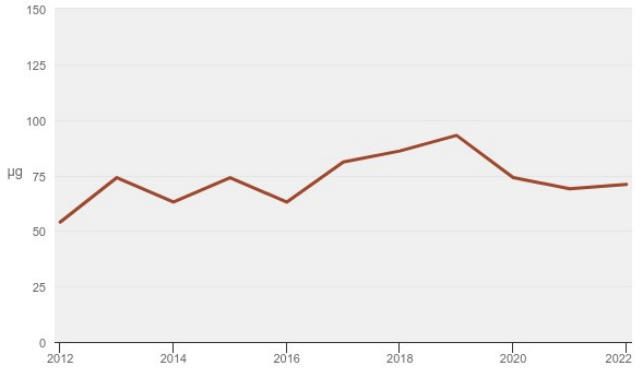
Percentage ketamine in poeders gekocht als ketamine



Bron: Drugs Informatie en Monitoring Systeem

NDM

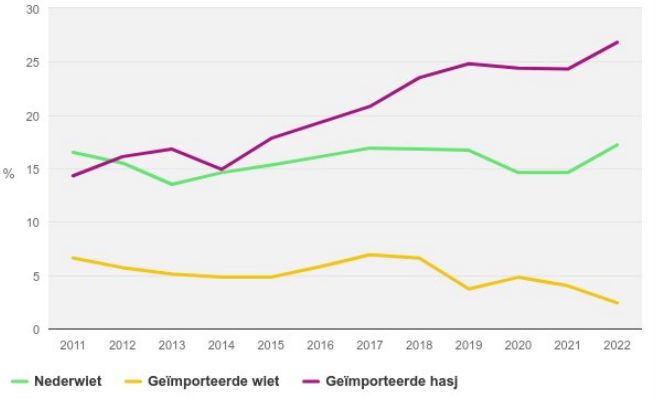
Gemiddelde gehalte LSD in LSD blotters



Bron: Drugs Informatie en Monitoring Systeem

NDM

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

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 kennisinstituten op het gebied van leefstijl verzorgt voor De Leefstijlmonitor de gegevensverzameling op het gebied van leefstijl-gerelateerde thema's, zoals roken, alcohol- en drugsgebruik, bewegen en voeding. Voor volwassenen bestaat de Leefstijlmonitor 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 middelen; 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 middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut 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 middelen 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 Middelen.

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 voornamelijk 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 leeftijdsgroep 18+ 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.

Groepen in de volwassen bevolking

Groepen worden beschreven op basis van geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. De leeftijdscategorieën worden waar mogelijk 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. Bij het bepalen van iemand herkomstland wordt gekeken naar waar iemand zelf geboren is en waar zijn of haar ouders geboren zijn. Is iemand in Nederland geboren en zijn of haar ouders ook? Dan heeft iemand een Nederlandse herkomst. Is iemand in het buitenland geboren? Dan is dat geboorteland zijn of haar land van herkomst. Is iemand in Nederland geboren, maar is één ouder of zijn allebei de ouders buiten Nederland geboren? Dan is het geboorteland van de ouders het herkomstland. Als beide ouders in het buitenland geboren zijn, wordt gekeken naar het geboorteland van de moeder. De indeling van de landen (in Europa of buiten Europa) is gebaseerd op de indeling die ook door de Verenigde Naties wordt gebruikt. Het CBS beschrijft de herkomst op een andere manier dan in eerdere jaren. Tot 2022 werd gekeken naar een Westerse en niet-Westerse migratieachtergrond. Vanaf 2022 kijkt CBS naar een Europese en een niet-Europese herkomst. (zie bijlage D, ’Herkomst’). Tot slot is stedelijkheid van de gemeente , 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].

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 nieuw 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 nieuw beginpunt 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 vanaf 2018

Tussen 2014 en 2017 werden geen aanpassingen gedaan aan de methode van de Gezondheidsenquête. In de GE 2014-2016 werd iedere respondent uitgenodigd voor een interview via internet (CAWI). Bij non-respons werd de respondent opnieuw benaderd voor een persoonlijk interview (CAPI). Er vond hier geen uitdunning plaats (iedereen werd uitgenodigd). In GE 2017 vond er een (aselecte) uitdunning van ongeveer 10% plaats. Vanaf GE 2018 is deze benaderingswijze aangepast naar uitdunning via een doelgroepgerichte herbenadering (‘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]. Het idee hierachter is dat de uiteindelijke respons hiermee een betere afspiegeling is van de bevolking op basis van achtergrondkenmerken. 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. Echter, de verschillen waren percentueel niet groot en de voordelen zijn groter dan de nadelen. Daarom wordt geadviseerd om uit te blijven gaan van de gepubliceerde cijfers van voorgaande jaren [4].

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 eenmaal gebruik van het middel in de betreffende periode.
- De kernprevalenties uit het laatste meetjaar worden daarnaast vergeleken met de uitkomsten

van eerdere GE-onderzoeken uitgevoerd sinds 2014 voor alcohol en tabak en sinds 2015 voor drugs.
- De cijfers over middelengebruik zijn ook uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst 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.

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.

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 Middelen)

Methode

Gegevens uit de Gezondheidsenquête worden gezien als de primaire bron voor de kerncijfers over middelengebruik. De aanvullende modules van de Leefstijlmonitor (LSM-A Middelen) dienen als aanvulling op de Gezondheidsenquête (GE; zie bijlage A1). In 2016 werd voor het eerst de tweejaarlijkse aanvullende module middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A Middelen) uitgevoerd. In de LSM-A Middelen wordt het gebruik van meer middelen uitgevraagd, waaronder ketamine en ADHD-medicatie, en er worden verdiepende vragen gesteld over het 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. Voor zowel de GE als de LSM-A Middelen worden de gegevens gedurende het hele jaar verzameld.

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, worden zij uitgenodigd voor een face-to-face interview (CAPI) of een telefonisch interview (CATI). De GE past geen telefonische herbenadering toe, zie hieronder bij ‘Vergelijking LSM-A Middelen en Gezondheidsenquête’.

Gemiddeld is het responspercentage op 40-60%. Het aantal respondenten per onderzoeksjaar bedraagt ongeveer 10.000. Voor een uitgebreid respons overzicht zie de documentatie dataverzameling.

Groepen in de volwassen bevolking

Groepen worden beschreven op basis van geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid (zie bijlage A1 voor meer informatie).

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, herkomst, burgerlijke staat, stedelijkheid, provincie, landsdeel, huishoudgrootte, inkomen, vermogen, enquêteseizoen en, met ingang van 2018, doelgroep (zie ook bijlage A1, ‘Doelgroepgerichte herbenadering vanaf 2018’).

Doelgroepgerichte herbenadering

In 2020 is voor het eerst gebruik gemaakt van een aangepaste herbenaderingsstrategie (zoals in de GE, zie bijlage A1). De doelgroepen voor de LSM-A Middelen zijn bepaald op basis van de kans dat

iemand respondeert gebaseerd op achtergrondkenmerken leeftijd, inkomen en migratieachtergrond. Voor de LSM-A Middelen 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 Nationale Drug Monitor 2021 voor meer informatie).

Vergelijking LSM-A Middelen en Gezondheidsenquête

Zoals eerder vermeld zijn de cijfers uit de Gezondheidsenquête leidend voor het bepalen van de prevalenties en trends die vermeld worden in de Nationale Drug Monitor. 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 Middelen en de Gezondheidsenquête moeten daarom worden beschouwd als twee afzonderlijke onderzoeken die elkaar aanvullen. Hieronder wordt specifiek ingegaan op de verschillen tussen beide onderzoeken:

Oversampling

In de LSM-A Middelen is de steekproeftrekking voor 20-35 jarigen opgehoogd. Dit betekent dat er uit die leeftijdsgroep meer mensen worden benaderd om een betere afspiegeling van deze leeftijdsgroep te krijgen in de steekproef. Het gaat hier echter om een leeftijdsgroep waarin drugsgebruik doorgaans relatief vaker voorkomt. Hierdoor zijn er ook 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. In de GE vindt geen ophoging plaats

Waarnemingsmethode

Zowel de GE als de LSM-A Middelen hebben een mixed-method design. Dit betekent dat in beide onderzoeken de vragenlijst op verschillende manieren wordt afgenomen. In de GE worden de interviews via internet (CAWI) of via een persoonlijk interview (CAPI) afgenomen. Dit wordt bedoeld met waarnemingsmethode. In de LSM-A Middelen kan bij uitblijvende reactie, naast CAPI, ook worden overgestapt op een derde manier om de vragenlijst af te nemen, namelijk een telefonisch interview (CATI; zie hierboven).

Uitdunning

In de GE 2014-2016 werd iedere respondent uitgenodigd voor een interview via internet (CAWI). Bij non-respons werd de respondent opnieuw benaderd voor een persoonlijk interview (CAPI). Er vond hier geen uitdunning plaats (iedereen werd uitgenodigd). In GE 2017 vond er een (aselecte) uitdunning van ongeveer 10% plaats. Vanaf GE 2018 is deze benaderingswijze aangepast naar uitdunning via een doelgroepgerichte benadering (zie Bijlage A1). Het idee hierachter is dat de uiteindelijke respons hiermee een betere afspiegeling is van de bevolking op basis van achtergrondkenmerken. De doelgroepen zijn vooraf bepaald op basis van achtergrondkenmerken zoals leeftijd, inkomen en migratieachtergrond.

In de LSM-A Middelen 2016 en 2018 vond uitdunning en een simpele doelgroepgerichte benadering plaats. Met uitzondering van personen met een niet-westerse migratieachtergrond, wordt 40% van de steekproef uitgedund na uitnodiging voor CAWI. Dat betekent dat 60% van de mensen met een

Westerse achtergrond die niet hebben gereageerd op CAWI wordt benaderd voor CATI of CAPI.

Vanaf 2020 vindt ook de doelgroepgerichte herbenadering plaats. De samenstelling van de doelgroepen wordt gedaan op basis van dezelfde achtergrondkenmerken als bij de doelgroepen voor de GE (zie bijlage A1).

Beloning

Er werd in de GE 2014-2017 geen beloning gegeven. Vanaf GE 2018 wordt een iPad verloot. Voor LSM-A Middelen wordt bij de eerste uitnodiging een cadeaubon ter waarde van 5 euro gegeven.

Vraagstellingen

In de GE worden de belangrijkste vragen gesteld die dienen voor cijfer op indicatoren. In de LSM-A middelen zijn deze vraagstellingen zoveel mogelijk gelijk, maar dienen als opstapvraag voor verdiepende vragen. De prevalenties (van personen van 18 jaar en ouder) zijn voor een aantal belangrijke indicatoren uit de LSM-A Middelen en GE met elkaar vergeleken. Zie onderstaande rapporten voor verschillen in vraagstelling en vergelijkingen in resultaten met overeenkomstige vraagstellingen:

- Vergelijking LSM-A Middelen 2016 met GE
- Vergelijking LSM-A Middelen 2018 met GE
- Vergelijking LSM-A Middelen 2020 met GE
- Vergelijking LSM-A Middelen 2022met GE

Weegfactor

De weegfactor voor GE en LSM-A Middelen verschilt op de variabele leeftijd. In de LSM-A Middelen 2016 werden 19 leeftijdsgroepen gebruikt, tegenover 16 in de GE. Vanaf 2018 ging het om 16 leeftijdsgroepen, maar de indeling is anders dan de weegfactor van de GE. De weegfactor voor GE 2014-2017 is hetzelfde. Sinds 2018 is de weegfactor voor de GE uitgebreid met de variabele doelgroep, ter correctie voor de doelgroepgerichte benadering. Zie onderstaande rapportages over de weging van LSM-A Middelen voor meer informatie:

- Weging LSM-A Middelen 2016
- Weging LSM-A Middelen 2018
- Weging LSM-A Middelen 2020
- Weging LSM-A Middelen 2022

Meer informatie over de verschillen tussen de LSM-A Middelen en de GE is te vinden op de website van het RIVM.

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 eenmaal gebruik van het middel in de

betreffende periode.
- De kernprevalenties van de laatste meting worden daarnaast vergeleken met de uitkomsten van eerdere LSM-onderzoeken uitgevoerd sinds 2016.
- De cijfers over middelengebruik zijn ook uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst 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.

Problematisch cannabis- & alcoholgebruik

In de LSM-A Middelen 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-3), 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 Middelen 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).

Meer informatie over de Leefstijlmonitor (LSM) is te vinden op de website van het RIVM.

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.

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, 2020 en 2023 nog drie uitgaansonderzoeken [1–4]. 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. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

Vanwege verschillen in samenstelling van de steekproeven kan het middelengebruik in HGU 2023 niet direct worden vergeleken met de cijfers van HGU 2020 en de voorgaande uitgaansonderzoeken. In aparte analyses is daarom gecorrigeerd voor verschillen in de steekproefverdeling in 2020 en 2023 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.

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.
4. Van Beek RJJ, Monshouwer K, Schutten F, Den Hollander W, Andree R, Van Laar M. Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut; 2024.

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.

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 Cocaine	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.

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.

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[I]

Type onderzoek	Onderzoeks-populatie	Antenne 2011	Antenne 2012	Antenne 2013	Antenne 2014	Antenne 2015	Antenne 2016	Antenne 2017	Antenne 2018	Antenne 2019	Antenne 2020	Antenne 2021	Antenne 2022
Panel	Uitgaanders	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Kwetsbare jeugd				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Vragenlijst	Club- en festivalbezoekers			■				■					
	Cafébezoekers				■				■				
	Coffeeshopbezoekers					■							
	MBO-studenten						■					■	■
	Jeugdzorg		■							■			
	Coronasurvey										■		

I. 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 Drugscriminaliteit

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 de jaren 2019 t/m 2022 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 van de politie. De CBS-informatie is gebruikt om inzicht te kunnen geven in de ontwikkeling van het aantal geregistreerde verdachten van Opiumwetmisdrijven. Daarbij is aangesloten bij de informatie over geregistreerde verdachten bij de politie in CBS-data zoals opgenomen in het rapport 'Criminaliteit en rechtshandhaving 2022' [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 §16.5 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 Onderzoek- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD) werden door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) tot 2018 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 [NO_PRINTED_FORM]tot en met de editie van het Jaarbericht NDM 2017. Vanaf het Jaarbericht NDM 2018 vindt bewerking van de vervolgings- en berechtingsdata in §16.5 (voorheen 16.4) niet langer in DMDrugs plaats, maar wordt aangesloten bij het algemene WODC Datawarehouse, waarbij de in Criminaliteit en rechtshandhaving 2022 gehanteerde definities worden gebruikt [2,3]. De gegevens voor §16.4 zijn op dezelfde wijze verzameld en bewerkt als in de rapporten Criminaliteit en rechtshandhaving 2019 t/m 2022 [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. Bijgevolg zijn de hierboven beschreven CBS-informatie en de gegevens uit de OMDATA/RACmin over Opiumwetdelicten door definitieverschillen niet vergelijkbaar.

Toelichting sanctiecategorieën in OMDATA/RACmin (§16.5.4.)

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.

Duidingssessies

In aanvulling op de bovenstaande informatiebronnen zijn voor het opstellen van dit hoofdstuk in 2023, 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 2022, 2021 en 2020 verkend en zijn mogelijke verklaringen besproken om de ontwikkelingen te duiden.

- In 2023 hebben ter zake deskundige medewerkers van de Douane, het WODC, het Trimbos-instituut en een wetenschapper van de Universiteit Utrecht input geleverd. Daarnaast hebben het OM en de politie ieder in een individueel interview input geleverd [4].
- In 2022 hebben ter zake deskundige medewerkers van het OM, de politie, de Douane, het WODC, het Trimbos-instituut en een wetenschapper van de Hogeschool van Amsterdam input geleverd [5].
- 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 [6].

De gespreksverslagen van deze groepsgesprekken zijn opgenomen in notities over deze zogenoemde ‘duidingssessies’ [4–6].

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. 2023;
5. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
6. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.

B11. Toelichting gegevensverzameling bij Middelengebruik en strafbaar gedrag

De gegevens gepresenteerd in het hoofdstuk '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 voor de uitgifte van Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Verder wordt geput uit de Veiligheidsmonitor (uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Justitie en Veiligheid en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)), onderzoek en jaarverslagen. Het beeld is fragmentarisch omdat de informatie belangrijke lacunes kent:

- De politie screent verdachten niet systematisch op middelengebruik. Onbekend is 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 registratiesysteem 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 de jaren 2016-2023 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 2016-2023.

- 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 over gevarenclassificaties

Bij de figuren: ‘Type delict waarvan als ‘alcoholist’ geclassificeerde personen bij de politie worden verdacht, 2016-2022, in %’ en ‘Type delict waarvan als ‘harddrugsgebruiker’ geclassificeerde personen bij de politie worden verdacht, 2016-2022, 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 de groepen met geclassificeerde verdachten vormt de delictscategorie ‘overige’ in 2022 een aanzienlijk aandeel: 32% van de ‘alcoholisten’, 21% van de ‘harddrugsgebruikers’ en 31% van de ‘alcohol- en drugsgebruikers’.

Duidingssessies

In aanvulling op de bovenstaande informatiebronnen zijn voor het opstellen van dit hoofdstuk in 2023, 2022 en 2021 duidingssessies (en aanvullende interviews) met inhoudelijke experts georganiseerd. Daarin is gezamenlijk de context van gesignaleerde cijfermatige ontwikkelingen in de verzamelde data over 2022, 2021 en 2020 verkend en zijn mogelijke verklaringen besproken om de ontwikkelingen te duiden.

- In 2023 hebben deskundige medewerkers van de SVG, DJI en het CBR tijdens (uitsluitend) individuele interviews input geleverd [1].
- In 2022 hebben ter zake deskundige medewerkers van de SVG, DJI, de politie, het CBR en een wetenschapper van Avans Hogeschool input geleverd [2].
- Aan het groepsgesprek in 2021 hebben ter zake deskundige medewerkers van de SVG, DJI, het CBR en een wetenschapper van Avans Hogeschool deelgenomen [3].

De gespreksverslagen van deze groepsgesprekken zijn opgenomen in notities over deze duidingssessies [1–3].

Bronnen

1. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken NDM. 2023.
2. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
3. 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.

Overzicht indicatoren en gegevensbronnen voor problematisch middelengebruik, per middel

Middel	Indicator	Bron
Cannabis	• DSM-diagnoses cannabisstoornissen	NEMESIS[I]
	• (Bijna) dagelijks gebruik[II]	Gezondheidsenquête[III] (18+)
	• Riskant gebruik (CAST)	LSM-A[IV] (18+) ESPAD[V] (15-16-jarigen)
Cocaïne	• Geen gegevens algemene bevolking[VI] • Wekelijks gebruik of vaker[II]	LSM-A[IV] (18+)
	• Indicatoren voor speciale groepen jongvolwassenen (frequent gebruik, stoppen/minderen, te veel/vaak gebruiken)	HGU[VII] (16-35 jaar) DUP[VIII] (18-25 jaar)
	• Crackgebruik[IX]	Schattingen in 3 steden
Opiaten	• Geen gegevens algemene bevolking[VI]	
	• In de afgelopen maand op minimaal drie dagen in de week heroïne en/of methadon gebruikt, waarbij ook sprake is van criminele activiteiten, een psychiatrisch ziektebeeld, een overlastgevende levensstijl, of een instabiele woonsituatie	Incidenteel veldonderzoek in combinatie met gegevens over behandeling (treatment multiplier)
	• Gebruik van medicinale opioïden zonder recept, of met recept maar niet volgens de regels van het recept	SFK[X], Gipdatabank[XI] (aantal gebruikers met recept, oneigenlijk gebruik onbekend)
Ecstasy	• Geen gegevens algemene bevolking[VI]	
	• Indicatoren voor speciale groepen jongvolwassenen (frequent gebruik, stoppen/minderen, te veel/vaak gebruiken)	HGU[VII] (16-35 jaar) DUP[VIII] (18-25 jaar)
Amfetamine	• Geen gegevens algemene bevolking[VI] • Wekelijks gebruik[II]	LSM-A[IV] (18+)
	• Indicatoren voor speciale groepen jongvolwassenen (frequent gebruik, stoppen/minderen, te veel/vaak gebruiken)	HGU[VII] (16-35 jaar) DUP[VIII] (18-25 jaar)
NPS	• Geen gegevens algemene bevolking[VI]	
	• Indicatoren voor speciale groepen jongvolwassenen (frequent gebruik, stoppen/minderen, te veel/vaak gebruiken)	HGU[VII] (16-35 jaar) Antenne Regiomonitor[XII]
GHB	• Geen gegevens algemene bevolking[VI]	
	• Indicatoren voor speciale groepen jongvolwassenen (frequent gebruik, stoppen/minderen, te veel/vaak gebruiken)	HGU[VII] (16-35 jaar) Antenne Regiomonitor[XII]
Slaap en kalmeringsmiddelen	• DSM-diagnoses stoornissen slaap- of kalmeringsmiddelen	NEMESIS[I]
	• Gebruik (ook) zonder recept	LSM-A[IV] (18+)
	• Chronisch gebruik	SFK[X]
Lachgas	• Geen gegevens algemene bevolking[VI]	
	• Indicatoren voor speciale groepen jongvolwassenen (frequent gebruik, stoppen/minderen, te veel/vaak gebruiken)	HGU[VII] (16-35 jaar) DUP[VIII] (18-25 jaar)
Ketamine	• Geen gegevens algemene bevolking[VI]	
	• Indicatoren voor speciale groepen jongvolwassenen (frequent gebruik, stoppen/minderen, te veel/vaak gebruiken)	HGU[VII] (16-35 jaar) Antenne Regiomonitor[XII] DUP[VIII] (18-25 jaar)
ADHD-medicijnen	• Geen gegevens algemene bevolking[II]	
	• Indicatoren voor speciale groepen jongvolwassenen (frequent gebruik, stoppen/minderen, te veel/vaak gebruiken)	HGU[VII] (16-35 jaar) DUP[III] (18-25 jaar)
Alcohol	• DSM-diagnoses alcoholstoornissen • AUDIT	NEMESIS[I] LSM-A[IV] (18+)
	• Frequentie: zwaar/overmatig[II]	Gezondheidsenquête[III]
	• Indicatoren voor speciale groepen jongvolwassenen (frequent gebruik, stoppen/minderen, te veel/vaak gebruiken)	HGU[VII] (16-35 jaar)

I. Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. II. Gegevens over de frequentie van het gebruik in de algemene bevolking staan beschreven in paragraaf 2 van de middelenhoofdstukken. III. Zie bijlage A1. IV. Leefstijlmonitor Aanvullende Module Middelen (zie ook bijlage A2). V. European School Project on Alcohol and other Drugs. VI. Te weinig (frequente) gebruikers in algemene bevolkingsonderzoeken om hier een betrouwbare schatting op te kunnen baseren. VII. Het Grote Uitgaansonderzoek. VIII. Drug Use Persona's Onderzoek (De Jonge, 2021). IX. Voor cocaïne is het van belang om een onderscheid te maken tussen het gebruik van snuifcocaïne en crackcocaïne. X. Stichting Farmaceutische Kerngetallen. XII. Cannabis- en hulpmiddelen Informatie Project XII. Zie bijlage B8

[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/

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[1] van enkele overige lidstaten van de Europese Unie

			Cannabis		Cocaïne		Ecstasy		Amfetamine		LSD	
Lidstaat	Jaar	Leeftijd (jaar)[1]	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Tsjechië	2021	15-64	25,9	8,1	1,4	0,2	4,6	0,6	1,8	0,3	0,9	0,1
Estland	2018	16 - 64	24,5	6,6	5,0	1,0	5,4	1,0	6,1	0,9	1,9	0,7
Kroatië	2019	15 - 64	22,9	10,2	4,8	1,8	4,2	1,2	4,6	1,8	1,4	0,3
Slovenië	2018	15 - 64	20,7	5,9	2,7	0,8	2,9	0,5	2,3	0,4	2,2	0,3
Slowakije	2019	15 - 64	17,0	3,8	0,9	0,1	3,1	0,5	0,9	0,1	0,8	0,2
Letland	2020	15 - 64	15,0	3,9	2,7	1,3	1,9	0,7	1,8	0,6	1,4	0,6
Cyprus	2019	15 - 64	14,1	4,0	1,8	0,5	1,2	0,3	0,4	0,1	0,7	0,1
Litouwen	2021	15-64	13,7	4,3	1,8	0,6	1,8	0,4	1,4	0,2	1,0	0,2
Polen	2018	15 - 64	12,1	3,8	0,7	0,3	1,0	0,3	2,4	0,8	1,0	0,5
Bulgarije	2020	15 - 64	8,7	2,4	2,0	0,6	1,3	0,2	2,1	0,7	0,2	0,1
Roemenië	2019	15 - 64	6,1	3,5	1,6	0,5	1,0	0,5	0,2	-	0,5	0,3
Hongarije	2019	18 - 64	6,1	1,3	1,7	0,3	2,5	0,6	1,5	0,4	0,9	0,1
Malta	2013	18 - 65	4,3	0,9	0,5	-	0,7	-	0,3	-	-	-

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

D. Verklaring van begrippen

Categorie: Alle Categoriën Afkorting Begrippen ICD-10 code ICD-9 code Teken

- **9**
- 95% BetrouwbaarheidsintervalEen 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 rechterEindbeslissing, door schuldigverklaring, vrijspraak, ontslag van alle rechtsvervolging of een van de overige einduitspraken.
- Afdoening door Openbaar MinisterieEindbeslissing over een bij het parket ingeschreven proces-verbaal door sepot, voeging ad informandum, voeging ter berechting, transactie of overdracht aan een ander parket, strafbeschikking.
- AfhankelijkheidZie: verslaving.
- AfterenZie: afterfeest.
- AfterfeestVoortgezet 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.
- AgendahedonistPlanmatige 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.
- AlcoholarmToegevoegd in 2020: Alcoholarm bier omvat bieren met minimaal 0,1% en maximaal 2,2% volumeprocent alcohol (art. 7c & 7d, Warenwetbesluit Gereserveerde aanduidingen, 1998).
- AlcoholhoudendToegevoegd 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.
- AlcoholvrijToegevoegd 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 verslavingszorgVerslavingszorg waarbij de cliënt niet wordt opgenomen in een instelling. Bij intramurale verslavingszorg wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling. Zie ook: intramurale verslavingszorg.

- **b**
- Blotter Blotter of papertrip. Stukje (snoep)papier, gedrenkt in vloeibare LSD.
- BeleidssepotBeslissing van het Openbaar Ministerie waarbij het afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit op grond van het algemeen belang. Zie ook: sepot.
- BijnakkenBijnakken, 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 drinkenBinge drinken wordt gedefinieerd als het drinken van vijf of meer glazen alcohol bij één gelegenheid.
- BlurringBlurring 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.
- BuprenorfineNet 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**
- ChinezenHet roken van heroïne vanaf aluminiumfolie.

- **d**
- DagopnameOpname in een ziekenhuis voor maximaal één dag waarbij de patiënt niet overnacht in het ziekenhuis. Zie ook: klinische opname.
- DagvaardingOfficieel 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 Designerdrugs of NPS (soms ook aangeduid als ‘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.
- Drugsgerelateerde sterfteDe 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**
- GebruikHet 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.
- GemakszakenWinkels waarin doorgaans producten worden verkocht zoals tabaksproducten (sigaretten, sigaren, shag), rokersbenodigdheden (pijpen, aanstekers), tijdschriften, kranten, wenskaarten, snacks, zoetwaren, en loten (staatsloten, lottoformulieren, krasloten).
- GevangenisstrafVrijheidsstraf, levenslang of tijdelijk met een strafduur van ten hoogste dertig jaar, in de regel ondergaan in een gevangenis. Zie ook: hechtenis.

- **h**
- HallucinatieGewaarwording (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.
- HallucinogenenMiddelen die hallucinaties oproepen zoals paddo's en LSD. Ook wel psychodysleptica genoemd. Ook cannabis kan soms hallucinaties veroorzaken. Zie ook: hallucinatie.
- HarddrugsDrugs 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.
- HepatitisEen 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.
- Herkomst Het CBS publiceert al tientallen jaren over migratie en integratie. Vanuit beleid, wetenschap en de samenleving is veel behoefte aan deze cijfers. Sinds eind jaren 1990 worden migranten en hun in Nederland geboren kinderen ingedeeld in westerse en niet-westerse herkomstgroepen. De afgelopen jaren is gebleken dat deze hoofdindeling achterhaald is, en door de maatschappij steeds vaker als moeilijk navolgbaar wordt ervaren. Mede daarom heeft het CBS besloten een nieuwe herkomstindeling voor migranten en hun kinderen te ontwikkelen. De nieuwe hoofdindeling heeft als doel te zorgen voor een meer feitelijke weergave van de statistische informatie over migratie en integratie. Vanaf 2022 gaat het CBS over op een andere manier van publiceren over wat tot nu toe de bevolking met een eerste- of tweedegeneratie, en westerse of niet-westerse migratieachtergrond werd genoemd. De verandering bestaat uit twee onderdelen: Geboren in Nederland: de indeling naar geboorteland van een persoon en van de ouders vervangt de begrippen eerste en tweede generatie. Bij de herkomstindeling wordt voortaan het meest bepalend of iemand zelf in Nederland of het buitenland geboren is, en pas in tweede instantie of de ouders hier of elders geboren zijn. Ook wordt meer onderscheid gemaakt naar het aantal ouders dat in het buitenland geboren is (een of beide ouders). Herkomstland: een nieuwe hoofdindeling op basis van werelddelen en veelvoorkomende immigratielanden vervangt de indeling naar westerse of niet-westerse migratieachtergrond. De nieuwe indeling is een geografische indeling op basis van werelddelen, die uit verschillende niveaus is opgebouwd en uiteindelijk terug te voeren is op afzonderlijke herkomstlanden. Meer informatie over de nieuwe indeling naar herkomst is te vinden op de website van het CBS.
- HoofddiagnoseDe belangrijkste ziekte waarvoor iemand in het ziekenhuis wordt opgenomen. Zie ook: nevendiagnose.

- **i**
- IncidentEen 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 verslavingszorgVerslavingszorg waarbij de cliënt wordt opgenomen in een instelling. Zie ook: ambulante verslavingszorg.
- InverzekeringstellingVrijheidsbeneming 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 opnameOpname 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-gebruikHet 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-gebruikHet 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 verdachteDegene 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.
- MiddelEen 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 Tot 2022 werd in de Nationale Drug Monitor (NDM) 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 2023 wordt deze oude indeling (geleidelijk) losgelaten. Het CBS, het Ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren en de Antenne-monitor hanteerden 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. Vanaf 2023 hanteert de NDM de nieuwe terminologie van het CBS. Het CBS laat daarbij de term “migratieachtergrond” vervallen. Inwoners van Nederland die in het buitenland zijn geboren worden migranten genoemd, en hun kinderen die zelf in Nederland zijn geboren worden voortaan “kinderen van migranten” genoemd. Het onderscheid tussen westerse en niet-westerse landen is daarbij vervangen door een nieuwe vierdeling op grond van werelddelen en veelvoorkomende immigratielanden.
- Minderjarige verdachteDegene 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.
- MisbruikMisbruik 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.

- MisdrijfStrafbaar 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**
- NederwietWiet (een cannabisproduct) die in Nederland wordt geproduceerd.
- NevendiagnoseEen aanvullende of onderliggende ziekte waarvoor iemand, naast de belangrijkste ziekte (de hoofddiagnose), in het ziekenhuis wordt opgenomen. Zie ook: hoofddiagnose.
- Niet-ontvankelijkheidEindbeslissing waarbij de rechter het Openbaar Ministerie het recht te vervolgen ontzegt, op grond van procedurefouten of ‘undue delay’.
- Nieuwe Psychoactieve StoffenNPS (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.

- **o**
- OnherroepelijkeuitspraakBeslissing van de rechter waartegen geen (gewoon) rechtsmiddel meer openstaat.
- Ontslag van (alle) rechtsvervolgingBeslissing 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.
- OoitgebruikHet 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 misdrijfMisdrijf waarbij tenminste één verdachte bij de politie bekend werd, ook al is hij voortvluchtig of ontkent hij het (strafbare) feit te hebben gepleegd.
- OphelderingspercentageHet 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.
- OvertredingStrafbaar 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).
- PartydrugsDrugs die door sommige feestgangers worden gebruikt op feesten, zoals ecstasy,

amfetamine, cannabis, GHB, en LSD.
- PolydrugsgebruikHet 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)).
- PARHet 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 probleemHeeft 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 doodsoorzaakDe 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 gebruikHet 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-verbaalOp schrift gestelde verklaring van een opsporingsambtenaar over door hem waargenomen feiten of omstandigheden.
- Psychedelica Bewustzijnsveranderende middelen
- PsychosePsychische 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**
- RechtbankRechtscollege 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.
- ReclasseringInstantie 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 gebruikGebruik 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**
- SchizofreniePsychische 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.
- SchuldigverklaringUitspraak 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 probleemHeeft 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 doodsoorzaakEen 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.
- SepotBeslissing van het Openbaar Ministerie waarbij het, op beleidsmatige of technische gronden, afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit. Zie ook: beleidssepot, technisch sepot.
- SoftdrugsDrugs 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 onderwijsOnderwijs 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.

- StartleeftijdLeeftijd 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 middelEen 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).
- StrafzaakHet bij een parket ingeschreven proces-verbaal ten aanzien van één verdachte.

- **t**
- Tabaks- en gemakszakenWinkels waarin doorgaans producten worden verkocht zoals tabaksproducten (sigaretten, sigaren, shag), rokersbenodigdheden (pijpen, aanstekers), tijdschriften, kranten, wenskaarten, snacks, zoetwaren, en loten (staatsloten, lottoformulieren, krasloten).
- Technisch sepotBeslissing 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).
- TransactieHet 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**
- VerdachteVoor 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.
- VerslavingProblematisch 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 informandumHet 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 berechtingHet 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 zittingHet 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.
- VonnisGemotiveerde bindende uitspraak van de rechter in een voor hem gevoerd rechtsgeding.
- Voorwaardelijke invrijheidstellingHet uit hoofde van de wet in beginsel vervroegd vrijlaten uit de penitentiaire inrichting van tot duurzame vrijheidsstraf veroordeelde personen.

- VrijspraakUitspraak – 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**
- YogasnuiverPlanmatige 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

Categorie: Alle Categoriën Afkorting Begrippen ICD-10 code ICD-9 code Teken

- Term
  Definitie
- 162Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea, brochus en long
- 291Alcohol psychosen
- 292Drug psychosen
- 303Alcoholverslavingssyndroom
- 304Verslaving aan drugs
- 304.0Verslaving aan opiaten en dergelijke
- 304.1Verslaving aan barbituraten of aan sedativa en hypnotica met verwante werking
- 304.2Verslaving aan cocaïne
- 304.3Verslaving aan cannabis
- 304.4Verslaving aan amfetamine en andere psychostimulantia
- 304.7Verslaving aan opiaten in combinatie met andere drugs
- 305Misbruik van drugs of andere middelen zonder verslaving
- 305.0Misbruik van alcohol
- 305.2Misbruik van cannabis
- 305.3Misbruik van hallucinogenen
- 305.4Misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking
- 305.5Misbruik van opiaten
- 305.6Misbruik van cocaïne
- 305.7Misbruik van amfetamine of sympathicomimetica met verwante werking
- 305.8Misbruik van antidepressiva en dergelijke
- 305.9Misbruik van overige, gemengde of niet gespecificeerde middelen
- 357.5Alcoholische polyneuropathie
- 425.5Alcoholische cardiomyopathie
- 535.3Alcoholische gastritis
- 571.0Alcoholische vetlever
- 571.1Acute alcohol hepatitis
- 571.2Alcoholische levercirrose
- 571.3Niet gespecificeerde alcoholische leverbeschadiging
- 980.0-1Toxisch gevolg van alcohol
- E850Accidentele vergiftiging door analgetica, antipyretica en antireumatica
- E850.0Accidentele vergiftiging door heroïne
- E854.1Accidentele vergiftiging door psychodysleptica (hallucinogenen)
- E854.2Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
- E855.2Accidentele vergiftiging door lokale anesthetica (waaronder cocaïne)

- E860.0-2Niet 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

Categorie: Alle Categoriën Afkorting Begrippen ICD-10 code ICD-9 code Teken

- Term
  Definitie
- C33Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea
- C34Kwaadaardige nieuwvormingen van bronchus en long
- E24.4Pseudosyndroom van Cushing door alcohol
- F10Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol
- F11Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten
- F12Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis
- F13Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica
- F14Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne
- F15Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen
- F16Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van hallucinogenen
- F17Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van tabak
- F18Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van vluchtige oplosmiddelen
- F19Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van meerdere drugs en andere psychoactieve middelen
- G31.2Degeneratie van zenuwstelsel door alcoholgebruik
- G62.1Alcoholische polyneuropathie
- G72.1Alcoholische myopathie
- I42.6Alcoholische cardiomyopathie
- K29.2Alcoholische gastritis
- K70.0Alcoholische vetlever
- K70.1Alcoholische hepatitis
- K70.2Alcoholische leverfibrose en leversclerose
- K70.3Alcoholische levercirrose
- K70.4Alcoholische leverinsufficiëntie
- K70.9Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd
- K85.2 Acute pancreatitis door alcohol
- K86.0Alcoholische pancreasontsteking
- O35.4(Vermoede) schade aan foetus door alcohol als indicatie voor zorg bij moeder

- P04.3Gevolgen voor foetus en pasgeborene door gebruik van alcohol door moeder
- Q86.0Foetaal-alcoholsyndroom (dysmorfisch)
- T40.0Vergiftiging door opium
- T40.1Vergiftiging door heroïne
- T40.2Vergiftiging door overige opiaten (codeïne, morfine)
- T40.3Vergiftiging door methadon
- T40.4Vergiftiging door overige synthetische drugs (pethidine)
- T40.5Vergiftiging door cocaïne
- T40.6Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde drugs
- T40.7Vergiftiging door cannabis(derivaten)
- T40.8Vergiftiging door lysergide (LSD)
- T40.9Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde psychodysleptica (hallucinogenen, mescaline, psilocine, psilocybine)
- T42.3Vergiftiging door barbituraten
- T42.4Vergiftiging door benzodiazepinen
- T43.6Vergiftiging door psychostimulantia met mogelijkheid tot misbruik (met uitzondering van cocaïne, zie T40.5)
- T51.0-1Toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol
- X41Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan anti-epileptica, sedativa, hypnotica, antiparkinsonmiddelen en psychotrope geneesmiddelen, niet elders geclassificeerd
- X42Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geclassificeerd
- X44Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen
- X45Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol
- X61Opzettelijke auto-intoxicatie door en opzettelijke blootstelling aan anti-epileptica, sedativa, hypnotica, antiparkinsonmiddelen en psychotrope geneesmiddelen, niet elders geclassificeerd
- X62 Opzettelijke auto-intoxicatie door en opzettelijke blootstelling aan 'drugs' en psychodysleptica [hallucinogenen], niet elders geclassificeerd
- X64Opzettelijke auto-intoxicatie door en opzettelijke blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen
- X65Opzettelijke auto-intoxicatie door en opzettelijke blootstelling aan alcohol
- Y11Vergiftiging door en blootstelling aan anti-epileptica, sedativa, hypnotica, antiparkinsonmiddelen en psychotrope geneesmiddelen, niet elders geclassificeerd - opzet niet bepaald
- Y12 Vergiftiging door en blootstelling aan 'drugs' en psychodysleptica [hallucinogenen], niet elders geclassificeerd - opzet niet bepaald
- Y14Vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen - opzet niet bepaald
- Y15Vergiftiging door en blootstelling aan alcohol - opzet niet bepaald
- Z72.0Problemen verband houdend met levensstijl, tabaksgebruik
- Z72.1Problemen verband houdend met levensstijl, alcoholgebruik
- Z72.2Problemen 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

Categorie: Alle Categoriën Afkorting Begrippen ICD-10 code ICD-9 code Teken

- **2**
- 2C-B4-Bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
- **3**
- 3-MMC3-Methylmethcathinone
- **4**
- 4-FA4-Fluoramfetamine
- 4-FMA4-Fluoromethamfetamine
- 4-MA4-Methylamfetamine
- 4-MMC4-Methylmethcathinone
- 4-MTA4-Methylthioamfetamine
- 4F-iBF4-Fluoroisobutyrylfentanyl
- **5**
- 5-IT5-(2-Aminopropyl)indool
- 5F-MDMB-PINACAMethyl 2-{[1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carbonyl]amino}-3,3-dimethylbutanoate
- **6**
- 6-APBBenzo Fury
- **1**
- 1,4-BD1,4-Butaandiol
- **2**
- 25B-NBOM2-(4-Bromo-2,5-dimethoxyphenyl)-N[(2methoxyphenyl)methyl]ethanamine
- 25C-NBOMe2-(4-Chloro-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-methoxyphenyl)methyl]ethanamine
- 25I-NBOMe4-Jood-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)fenethylamine
- **4**
- 4,4o-DMAR4-Methyl-5-(4-methylphenyl)-4,5-dihydrooxazol-2-amine
- **a**
- AB-CHMINACAN-(1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide
- ACSAmsterdamse Cohort Studies
- ACTAssertive Community Treatment

- ADB-CHMINACAN-(1-amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide
- AH-79213,4-Dichloor-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide
- AidsAcquired Immune Deficiency Syndrome
- AiGAlles is Gezondheid
- AIHWAustralian Institute of Health and Welfare
- AM-22011-[(5-Fluoropentyl)-1H-indol-3-yl]-(naphthalen-1-yl)methanone
- AMvBAlgemene Maatregel van Bestuur
- ANRAlliantie Nederland Rookvrij
- APAANAlfa-fenylacetoacetonitil
- APVAlgemene Plaatselijke Verordening
- AspAlcoholslotprogramma
- ATCAnatomical Therapeutic Chemical
- AUDITAlcohol Use Disorders Identification Test
- AWBZAlgemene Wet Bijzondere Ziektekosten

- **b**
- BAGBloedalcoholgehalte
- BCDBond van Cannabis Detaillisten
- BEGJBureau Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie
- BibobWet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur
- BIGBeroepen in de Individuele Gezondheidszorg
- BMKBenzyl-methyl-keton
- BOBasis Onderwijs
- BOABuitengewoon Opsporingsambtenaar
- BPSBedrijfsprocessensysteem
- BUOBuitengewoon Onderwijs
- BVHBasis Voorziening Handhaving
- BZKMinisterie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
- BZPBenzylpiperazine

- **c**
- CADUMSCanadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey
- CAMCoördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs
- CANSwedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs
- CASCanadian Addiction Survey
- CASTCannabis Abuse Screening Test
- CATCHCocaine Addiction Treatments to improve Control and reduce Harm
- CBDCannabidiol
- CBOCentraal Begeleidings Orgaan
- CBRCentraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen
- CBSCentraal Bureau voor de Statistiek
- CCVCentrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid
- CDCCenters for Disease Control and Prevention
- CGLRIVM Centrum Gezond Leven
- CIZCentrum Indicatiestelling Zorg
- CJIBCentraal Justitieel Incasso Bureau

- CMRCentrale Methadon Registratie
- CND Commissie voor verdovende middelen van de Verenigde Naties
- Coda-G4Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden
- COPDChronic Obstructive Pulmonary Disease
- CORContinu Onderzoek Rookgewoonten
- CPACentrale Post Ambulancevervoer
- CQIConsumer Quality Index
- CSEWCrime Survey for England and Wales
- CSGCentrum Seksuele Gezondheid
- CSVCrimineel Samenwerkings Verband
- CTADSCanadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey
- CUMYL-4CN-BINACA1-(4-Cyanobutyl)-N-(2-phenylpropan-2-yl)-1H-indazole-3-carboxamide
- CVACerebraal Vasculaire Aandoening (beroerte)
- CVSCliënt Volg Systeem
- CVZCollege voor zorgverzekeringen

- **d**
- DAAsDirect Acting Antivirals
- DBCDiagnose Behandel Combinatie
- DDDDoorsnee Dag Dosis, standaarddagdosering
- DEADrug Enforcement Administration
- DHDDutch Hospital Data
- DHWDrank- en Horecawet
- DIMSDrugs Informatie en Monitoring Systeem
- DJIDienst Justitiële Inrichtingen
- DLIODienst Landelijke Informatie Organisatie
- DMT Dimethyltryptamine (de werkzame stof in ayahuasca).
- DNRIDienst Nationale Recherche Informatie
- DOB2,5-Dimethoxy-4-bromoamfetamine
- DPSDepersonalisatiesyndroom
- DSMDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

- **e**
- ECEuropese Commissie/European Commission
- ECDCEuropean Centre for Disease Prevention and Control
- ECDDExpert Committee on Drug Dependence
- EHBOEerste Hulp bij Ongelukken
- EKEerste Kamer
- EMAEducatieve Maatregel Alcohol en verkeer
- EMCDDAEuropean Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- EMISEuropean MSM Internet Survey
- EPZEerstelijns Psychologische Zorg
- ERISSPEuropean Reporting on Illicit Synthetic Substance Production sites
- ESCAPEEuropean Syringe Collection and Analysis Project Enterprise
- ESPADEuropean School Project on Alcohol and other Drugs
- EUEuropese Unie/European Union
- Euro-DENEuropean drug emergencies network

- EWDDEuropees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (in het Engels: EMCDDA)
- EWSEarly Warning System
- EZMinisterie van Economische Zaken
- EZNElektronische sigaret zonder nicotine

- **f**
- FCTCFramework Convention on Tobacco Control
- FinECFinancieel Economisch Opsporen Politie
- FIODFiscale Inlichtingen en Opsporings Dienst
- FPDForensisch Psychiatrische Dienst
- FTIRFourier-Transform-Infraroodspectroscopie

- **g**
- GB-GGZGeneralistische Basis GGZ
- GBAGemeentelijke Basisadministratie
- GBLGamma-butyrolacton
- GDSGlobal Drug Survey
- GEGezondheidsenquête CBS
- GGDGemeentelijke Gezondheidsdienst
- GG&GDGemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
- GGZGeestelijke gezondheidszorg
- GHBGammahydroxyboterzuur
- GIDSGezond in de stad
- GIPGenees- en hulpmiddelen Informatie Project
- GvRVGezondheidsfondsen voor Rookvrij
- GWGeneesmiddelenwet

- **h**
- HAARTHighly Active Anti-Retroviral Treatment
- HARC-team Hit and Run Cargo team
- HAVOHoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
- HBOHoger Beroeps Onderwijs
- HBSCHealth Behaviour in School-aged Children (studie)
- HBVHepatitis B virus
- HCVHepatitis C virus
- HDL-CHigh density lipoprotein cholesterol
- HGUHet Grote Uitgaansonderzoek
- HivHumaan Immunodeficiëntie Virus
- HKSHerkenningsdienstsysteem
- HPPDHallucinogen persisting perception disorder (persisterende
- HRN Harm reduction netwerk
- HUOHaags Uitgaans Onderzoek
- HVOHoger Voortgezet Onderwijs

- **i**
- ICDInternational Classification of Diseases
- ICPCInternational Classification for Primary Care
- IDGIntraveneuze Drugsgebruiker

- IFZOapplicatie Informatievoorziening Forensische Zorg
- IGZInspectie voor de Gezondheidszorg
- IPOLDienst van het Korps Landelijke Politie Diensten (KLPD), coördineert onder andere politie- en rechtshulpinformatie
- ISDInrichting voor Stelselmatige Daders
- ITCInternational Tobacco Control
- IVMInstituut voor Verantwoord Medicijngebruik
- IVOInstituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
- IVRKInternationaal Verdrag van de Rechten van het Kind
- IVZStichting Informatievoorziening Zorg

- **j**
- JJIJustitiële Jeugdinrichting
- JOGGJongeren Op Gezond Gewicht
- JWH-0181-Pentyl-3-(1-naphthoyl)indole

- **k**
- KMarKoninklijke Marechaussee
- KNMPKoninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
- KWFKoningin Wilhelmina Fonds Kankerbestrijding

- **l**
- LADISLandelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
- LASALongitudinal Aging Study Amsterdam
- LBOLager Beroeps Onderwijs
- LBZLandelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg
- (L)EMA(Lichte) Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer
- LFOLandelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen
- LIECLandelijk Informatie en Expertise Centrum
- LINHLandelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
- LISLetsel Informatie Systeem
- LIVLevamisolgeïnduceerde vasculopathie
- LJ&RLeger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering
- LMIGLandelijke Monitor Intramurale GGZ
- LMRLandelijke Medische Registratie
- LMSPLandelijk Medisch Spreekuur Partydrugs
- LOLager Onderwijs
- LPGGzLandelijk Platform GGz, thans MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
- LSDd-Lysergzuur-diethylamide
- LSMLeefstijlmonitor
- LSM-ALeefstijlmonitor-Aanvullend
- LUMCLeids Universitair Medisch Centrum
- LVOLager Voortgezet Onderwijs
- LVSleeftijdsverificatiesysteem
- lwooLeerwegondersteunend onderwijs

- **m**
- MAFMethoxyacetylfentanyl
- MAPAMethyl 3-oxo-2-phenyl butanoate
- MATEMeten van Addicties voor Triage en Evaluatie
- MBDBN-methyl-1-(3,4-methyleen-dioxyphenyl)-2-butanamine
- MBOMiddelbaar Beroeps Onderwijs
- mCPPmeta-Chloor-Phenyl-Piperazine (metachloorpiperazine)
- MDAMethyleen-dioxyamfetamine
- MDEAMethyleen-dioxyethylamfetamine
- MDIMonitor Drugsincidenten
- MDMA3,4-Methyleen-dioxymethamfetamine
- MDPV3,4-Methyleendioxypyrovaleron
- MGCMonitor Georganiseerde Criminaliteit
- MKBAMaatschappelijke Kosten en Baten Analyse
- MMMS Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs
- MMOMonitor Maatschappelijke Opvang
- MNDMeldpunt Nieuwe Drugs
- MO/VB-regioRegio voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid
- MOSAICMSM Observational Study of Acute Infection with hepatitis C
- MPPCMost Popular Price Category (meest populaire prijsklasse)
- MSM Mannen die seks hebben met mannen
- MT-451-Cyclohexyl-4-(1,2-diphenylethyl)piperazine
- MVOMiddelbaar Voortgezet Onderwijs
- MXEMethoxetamine

- **n**
- NCVNederlands Centrum Verslavingskunde
- NDBNationale Dreigingsbeeld
- NDMNationale Drug Monitor
- NEMESISNetherlands Mental Health Survey and Incidence Study
- NFINederlands Forensisch Instituut
- NFUNederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- NICENational Intensive Care Evaluation
- NIFPNederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
- NIGZNationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
- NIPNederlands Instituut van Psychologen
- NISPANijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction
- NIVELNederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
- NMGNationale Monitor Geestelijke Gezondheid
- NOC*NSFNederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
- NPNationale Politie`
- NPANationaal Preventieakkoord
- NPONationaal Prevalentie Onderzoek
- NPPNationaal Programma Preventie
- NPSNieuwe Psychoactieve Stoffen
- NSCKNederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde

- NSWONederlandse Vereniging voor Slaap- en Waak Onderzoek
- NVICNationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
- NVvPNederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- NVWANederlandse Voedsel- en Warenautoriteit
- NWONederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek

- **o**
- OBJDOnderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
- OECDOrganisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
- OGGZOpenbare Geestelijke Gezondheidszorg
- OMOpenbaar Ministerie
- OMGOutlaw Motorcycle Gang
- OPSOpsporingsregister

- **p**
- PAAZPsychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
- PBWPenitentiaire Beginselenwet
- PCP Fencyclidine ('angel dust')
- PenH-planPreventie- en Handhavingsplan
- PGBPersoonsgebonden budget
- PI Penitentiaire Inrichting
- PICSPrecursor Incidents Communication System
- PITPost/Pakket Interventieteam
- PMAParamethoxyamfetamine
- PMKPiperonyl-methyl-keton
- PMMAParamethoxymethylamfetamine
- POH-GGZPraktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts
- POLSPermanent Onderzoek Leefsituatie
- PPCPenitentiair Psychiatrisch Centrum
- ProPraktijkonderwijs
- pSIDPlatform Strategisch Inhoudelijk Deskundigen
- PYPersoonsjaren

- **r**
- RARHAReducing Alcohol Related Harm
- RdGGReinier de Graaf Groep
- REC-4Regionaal Expertise Centrum, school voor speciaal onderwijs
- RIAGGRegionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
- RIBWRegionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
- RIECRegionaal Informatie- en Expertisecentrum
- RIOBRichtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling
- RIScRecidive Inschattings Schalen
- RIVMRijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- RJMRoken Jeugd Monitor
- RNReclassering Nederland
- ROCRegionaal opleidingencentrum
- ROIRijden Onder Invloed

- ROMRoutine Outcome Monitoring

- **s**
- SAMHSASubstance Abuse and Mental Health Services Administration
- SARStichting Alcohol Research
- SBGStichting Benchmark GGZ
- SBOSpeciaal Basis Onderwijs
- SCORESewage analysis CORe group - Europe
- SEHSpoedeisende Eerste Hulp(afdeling)
- SFKStichting Farmaceutische Kengetallen
- SHMStichting HIV Monitoring
- SIVZzie: IVZ
- SOASeksueel Overdraagbare Aandoening
- SOCTAEuropean Serious and Organised Crime Threat Assessment
- SrWetboek van Strafrecht
- SSIStichting Sigarettenindustrie
- STADSTockholm prevents Alcohol and other Drugs
- STAPNederlands Instituut voor Alcoholbeleid
- STIVAStichting Verantwoord Alcoholgebruik
- SvWetboek van Strafvordering
- SVGStichting Verslavingsreclassering van de Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
- SWOVStichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid

- **t**
- TBSTerbeschikkingstelling
- TCSTobacco Control Scale
- THCTetrahydrocannabinol
- THF-FTetrahydrofuranylfentanyl: N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]oxolane-2-carboxamide
- TKTweede Kamer
- TNCO waardeTeer, nicotine en koolmonoxide waarde
- TNS NIPONederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
- TPDTabaksproductenrichtlijn EU
- TULPTenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen

- **u**
- UMCUniversitair Medisch Centrum
- UTUniversiteit Twente
- UvAUniversiteit van Amsterdam

- **v**
- VKNVerslavingskunde Nederland
- VMBOVoorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
- VMBO-bVoorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – basisberoepsgerichte leerweg
- VMBO-pVoorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg
- VMBO-tVoorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg
- VNVerenigde Naties
- VNGVereniging van Nederlandse Gemeenten

- VPNVerslavingspreventie Nederland
- VSVVerloskundig Samenwerkingsverband
- VTVVolksgezondheid Toekomst Verkenningen
- VWOVoorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
- VWSMinisterie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

- **W**
- WAPWeighted Average Price (gewogen gemiddelde prijs)
- WEFWereld Economisch Forum
- WHOWorld Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)
- WlzWet langdurige zorg
- WMOWet Maatschappelijke Ondersteuning
- WO Wetenschappelijk Onderwijs
- WODCWetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
- WPGWet Publieke Gezondheid
- WVLRijkswaterstaat Water, Verkeer en Leefomgeving
- WvmcWet voorkoming misbruik chemicaliën
- WvSWetboek van Strafrecht

- **Z**
- ZonMwZorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
- ZvwZorgverzekeringswet

F2. Verklaring van tekens

Categorie: Alle Categoriën Afkorting Begrippen ICD-10 code ICD-9 code Teken

- 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%”.
- µg microgram