Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Nationale Drug Monitor

Archivering 2024



2024

Nationale Drug Monitor

Archivering 2024

Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum

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. L. van Dijk MA[3]
Mw. A.C. Domen MSc[1]
Mw. M.C. Kuin MSc[3]
Mw. dr. K. Monshouwer[1]
Mw. M.I.A. Olthof MSc[1]
Mw. F. Schutten MSc[1]

Met medewerking van
Dhr. dr. J. Bommelé[1]
Mw. dr. E.A. Croes[1]
Mw. drs. S. van Dorsselaer[1]
Dr. drs. L.F. Heuts[2]
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 Datacentrum (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.

© 2025, 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

Voorwoord

Voorwoord

Geachte lezer,

Sinds 2021 wordt de Nationale Drug Monitor (NDM) digitaal gepresenteerd op de website www.nationaledrugmonitor.nl. Op deze website staan cijfers en ontwikkelingen over het gebruik van drugs, alcohol en tabak in Nederland en beleidsontwikkelingen en de alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit. Deze gegevens worden meerdere keren per jaar geactualiseerd. Voordat deze website werd ontwikkeld publiceerde de NDM sinds 1999 jaarlijks een schriftelijke rapportage met deze gegevens.

Voor u ligt de (PDF) archivering van de NDM-website van 2024. Deze archivering is bedoeld als naslagwerk, waarmee u eenvoudig kunt terugkijken op wat er in het afgelopen jaar op onze website gepubliceerd is. We houden in deze archivering de volgorde aan van hoe de informatie op de website is gestructureerd. Dit betekent dat de hoofdstuknummering niet in een logische opeenvolgende volgorde staat.

We hebben ons best gedaan om alle informatie in deze archivering zo compleet mogelijk te presenteren. De website van de NDM is echter voortdurend in ontwikkeling. Daardoor kan de informatie in deze archivering soms niet helemaal volledig of consistent zijn.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Inhoudsopgave	7
Over de Nationale Drug Monitor	9
Kerncijfers drugs, alcohol en tabak	19
Cannabis	26
Ecstasy (MDMA)	159
Cocaïne	250
Amfetamine	350
Lachgas	430
Ketamine	508
GHB	569
Psychedelica	626
Nieuwe psychoactieve stoffen (NPS)	703
Opioïden	804
Slaap- en kalmeringsmiddelen	874
ADHD-medicatie	939
Alcohol	985
Tabak	1137
Wetgeving, beleid en preventie	1254
Drugscriminaliteit	1359
Middelengebruik en strafbaar gedrag	1461
Bijlagen	1506

Over de Nationale Drug Monitor

Over de Nationale Drug Monitor

Waarom de Nationale Drug Monitor?

In Nederland worden er veel onderzoeken uitgevoerd naar het gebruik van drugs, alcohol en tabak, en verschijnen er regelmatig wetenschappelijke publicaties over dit onderwerp. Voor beleidsmakers, professionals in de praktijk en andere betrokkenen biedt de Nationale Drug Monitor (NDM) een actueel overzicht van deze grote hoeveelheid informatie. Dit helpt hen om hun beleid en werkwijze te baseren op feiten.

De NDM werd opgericht in 1999 op initiatief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Drugsbeleid gaat echter niet alleen over volksgezondheid, maar ook over criminaliteit en overlast. Daarom is sinds 2002 ook het Ministerie van Justitie en Veiligheid betrokken bij de NDM.

Naast het bieden van een actueel overzicht, heeft de NDM als doel de monitoring van drugsgebruik in Nederland te verbeteren en te harmoniseren. Dit gebeurt met inachtneming van internationale richtlijnen voor het verzamelen van gegevens. De NDM rapporteert ook aan internationale organisaties, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Verenigde Naties (VN) en het Drugsagentschap van de Europese Unie (EUDA; voorheen het EMCDDA).

Welke gegevens verzamelt de NDM?

De NDM richt zich op het verzamelen en integreren van data, met behulp van een beperkt aantal kernindicatoren. Deze indicatoren zijn afgesproken door de lidstaten van de Europese Unie in samenwerking met het EMCDDA. Het gaat om gegevens over:

- Het gebruik van drugs in de algemene bevolking
- Problematisch gebruik en verslaving
- De vraag naar hulp (bijvoorbeeld verslavingszorg en ziekenhuiszorg)
- Ziekte en sterfte in relatie tot middelengebruik

Deze indicatoren geven aan hoe ernstig de drugsproblematiek in een land is. Hoe meer drugs er gebruikt worden, hoe meer mensen verslaafd zijn, hoe vaker er hulp wordt ingeroepen, en hoe meer ziekte en sterfte er is door drugsgebruik, des te ernstiger de situatie is. Daarnaast verzamelt de NDM gegevens over het aanbod van drugs, zoals de prijs, de samenstelling en de beschikbaarheid ervan, bijvoorbeeld in coffeeshops en via verkoopkanalen.

De NDM rapporteert ook over geregistreerde drugscriminaliteit en de strafrechtelijke reacties daarop. Deze gegevens worden verzameld in samenwerking met het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Het WODC (Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum) verzamelt hiervoor informatie uit verschillende bronnen, zoals de politie, het Openbaar Ministerie en justitiële documenten. Dit betreft bijvoorbeeld:

- Inbeslagname van drugs
- Ontmantelde productielocaties en illegale dumpingen
- Misdrijven volgens de Opiumwet

- Recidive van misdadigers die zich schuldig maken aan Opiumwetdelicten
- Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit en overlast

De NDM is een samenwerkingsverband

De Nationale Drug Monitor is het resultaat van de samenwerking tussen veel deskundigen. Verschillende lokale en nationale monitoringprojecten, registrerende instanties en andere organisaties dragen bij aan het verzamelen van gegevens.

De kwaliteit van de publicaties wordt gewaarborgd door de Wetenschappelijke Raad van de NDM. Deze Raad beoordeelt de conceptteksten en geeft advies over de kwaliteit van de verzamelde gegevens.

Nationale Focal Point

Het Trimbos-instituut fungeert samen met het WODC als het Nederlandse Focal Point, dat rapporteert aan het Drugsagentschap van de Europese Unie (voorheen het EMCDDA) over de ontwikkelingen in de drugssituatie in Nederland. Het Focal Point is operationeel ondergebracht bij het Trimbos-instituut en valt samen met de NDM. In oktober 2024 werd het Nederlandse Nationale Focal Point gecertificeerd door het EMCDDA.



Leeswijzer

De Nationale Drug Monitor (NDM) biedt een actueel overzicht van het gebruik van drugs, alcohol en tabak in Nederland. Daarnaast behandelt de NDM belangrijke beleidsontwikkelingen en alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit. Meer informatie hierover vindt u op de pagina's Over NDM en Kanttekeningen.

In deze leeswijzer wordt uitgelegd welke informatie de NDM bevat en waar u deze kunt vinden.

Middelengebruik

De pagina's over middelengebruik geven een actueel overzicht van het gebruik van verschillende middelen, zoals cannabis, ecstasy, cocaïne, amfetamine, lachgas, ketamine, GHB, psychedelica, nieuwe psychoactieve stoffen, opioïden (inclusief medische opioïden), slaap- en kalmeringsmiddelen en ADHD-medicatie. Ook het gebruik van alcohol en tabak en rookwaren wordt beschreven.

Elk hoofdstuk begint met de laatste feiten en trends. De belangrijkste cijfers over alcohol, tabak en drugs zijn samengevat op de pagina Kerncijfers alcohol, tabak en drugs.

De pagina's over middelengebruik zijn ingedeeld aan de hand van de volgende (kern)indicatoren:

- **Cijfers over gebruik in de algemene bevolking:** Dit geeft informatie over het gebruik van middelen door volwassenen (18 jaar en ouder), uitgesplitst naar demografische kenmerken zoals geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Er worden ook patronen in gebruik en het verkrijgen van middelen beschreven.
- **Gebruik onder jongeren en speciale groepen:** Hier worden cijfers gegeven over het gebruik van middelen door jongeren en jongvolwassenen, evenals specifieke groepen zoals studenten, uitgaansjongeren en kwetsbare groepen jongeren.
- **Problematisch gebruik:** Dit deel beschrijft problematisch en riskant gebruik van middelen, verslaving en middelengebruik-gerelateerde problematiek in de algemene bevolking, inclusief jongeren en kwetsbare groepen.
- **Internationale vergelijking:** De NDM vergelijkt het middelengebruik in Nederland met dat van andere landen, waaronder lidstaten van de EU, het Verenigd Koninkrijk, Canada, Australië en de Verenigde Staten.
- **Hulpvraag en incidenten:** Hier worden gegevens gepresenteerd over het gebruik van middelen in de verslavingszorg, ziekenhuizen en acute incidenten, zoals drugsgerelateerde gezondheidsproblemen die behandeld worden in ziekenhuizen, door ambulancepersoneel of bij grootschalige evenementen.
- **Ziekte en sterfte:** Dit deel behandelt de lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen die voortkomen uit middelengebruik, evenals het risico op overlijden.
- **Aanbod en markt:** Dit hoofdstuk bespreekt gegevens over de prijs, samenstelling en beschikbaarheid van middelen op de markt.

Waar kan ik informatie vinden over een bepaald middel?

De afgelopen jaren zijn de drugsmarkten sterk veranderd. Dit komt door de opkomst van veel nieuwe

psychoactieve stoffen, maar ook doordat er steeds meer psychofarmaca worden gebruikt voor recreatieve doeleinden. Hieronder volgt een tabel die laat zien op welke pagina's van de NDM gegevens over specifieke middelen te vinden zijn. De tabel is ingedeeld op basis van de primaire werking van een middel: dempend, stimulerend of hallucinogeen. Daarnaast kunt u via de zoekfunctie op de website ook gemakkelijk informatie vinden over specifieke middelen.

Primaire werking	Middel	Waar te vinden op de NDM website?
Dempend/verdovend	Cannabis (hasj, wiet)	Cannabis
	Synthetische cannabinoïden	NPS
	Opiaten en opioïden (incl. opioïde pijnstillers) (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
	ADHD-medicatie (methylfenidaat, dexamfetamine)	ADHD-medicatie
	4-FA	NPS
	Mefedron (4-MMC) en 3-MMC	NPS
	6-APB	NPS
	Nicotine (tabak, e-sigaret, vapes en andere rookwaren)	Tabak
Hallucinogeen	Tryptaminen	Psychedelica, NPS
	Methoxetamine (MXE)	NPS
	2C-B	NPS
	LSD	Psychedelica
	Psilocybine/psilocine (Hallucinogene paddenstoelen (paddo's) of truffels (tripknollen)	Psychedelica
	Ayahuasca/DMT	Psychedelica

Wetgeving en beleid

In het onderdeel Wetgeving, beleid en preventie wordt een overzicht gegeven van de beleidsontwikkelingen rondom opiumwetmiddelen, tabak en alcohol. Er wordt ook ingegaan op beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening.

Drugsgerelateerde criminaliteit

De NDM behandelt ook criminaliteit die samenhangt met alcohol en drugs. Het onderdeel Drugscriminaliteit beschrijft trends in georganiseerde misdaad, handel, productie en bezit van illegale drugs. Het onderdeel Middelengebruik en strafbaar gedrag biedt een overzicht van strafbaar gedrag, overlast en het gebruik van middelen door justitiabelen.

Bijlagen

In het onderdeel **Bijlagen** worden verschillende achtergrondbronnen genoemd die de kerncijfers ondersteunen. Bijlage A geeft achtergrondinformatie voor de primaire bronnen waar de **kerncijfers** op gebaseerd zijn. Bijlage A bevat informatie over de Gezondheidsenquête (GE) en de Leefstijlmonitor Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). Bijlage B biedt achtergrondinformatie over andere belangrijke gegevensbronnen, zoals scholierenonderzoeken, Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU), de Monitor Drugsincidenten (MDI), en andere bronnen. Daarnaast wordt in Bijlage C het drugsgebruik in enkele andere EU-lidstaten vergeleken. Bijlage D legt de betekenis van veelgebruikte begrippen in de NDM uit.

Eerdere publicaties

Eerdere jaarberichten en archiefversies van de NDM kunt u vinden op de pagina NDM jaarberichten en website archivering. Rapporten en factsheets die als onderdeel van de NDM zijn gepubliceerd, zijn beschikbaar op de pagina Rapporten en factsheets. De meest recente cijfers zijn te vinden op deze website.

Kanttekeningen

Bij het lezen van de Nationale Drug Monitor (NDM) is het belangrijk om rekening te houden met een aantal kanttekeningen die invloed hebben op de interpretatie van de cijfers. Op deze pagina worden enkele van deze kanttekeningen besproken, zoals de gehanteerde leeftijdsgroepen, de gebruikte rapportagejaren, de opzet van de NDM, hoe we omgaan met statistische significantie en de invloed van de coronapandemie. Daarnaast worden in de bijlagen kanttekeningen gegeven bij de specifieke bronnen die in de NDM worden gebruikt.

Leeftijdsgroepen middelengebruik

De NDM geeft standaard informatie over het middelengebruik van de bevolking van 18 jaar en ouder, zoals ook wordt gedaan bij de Staat van Volksgezondheid en Zorg. Voor de vergelijking van drugsgebruik in verschillende Europese landen gebruikt de NDM de leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar, zoals bepaald door het Drugsagentschap van de Europese Unie (EUDA; voorheen het EMCDDA). Voor jongeren worden de cijfers gepresenteerd voor scholieren van 12-16 jaar. Ook worden gegevens gepresenteerd over het gebruik van middelen onder studenten van 16 jaar en ouder van het mbo, hbo en de universiteit.

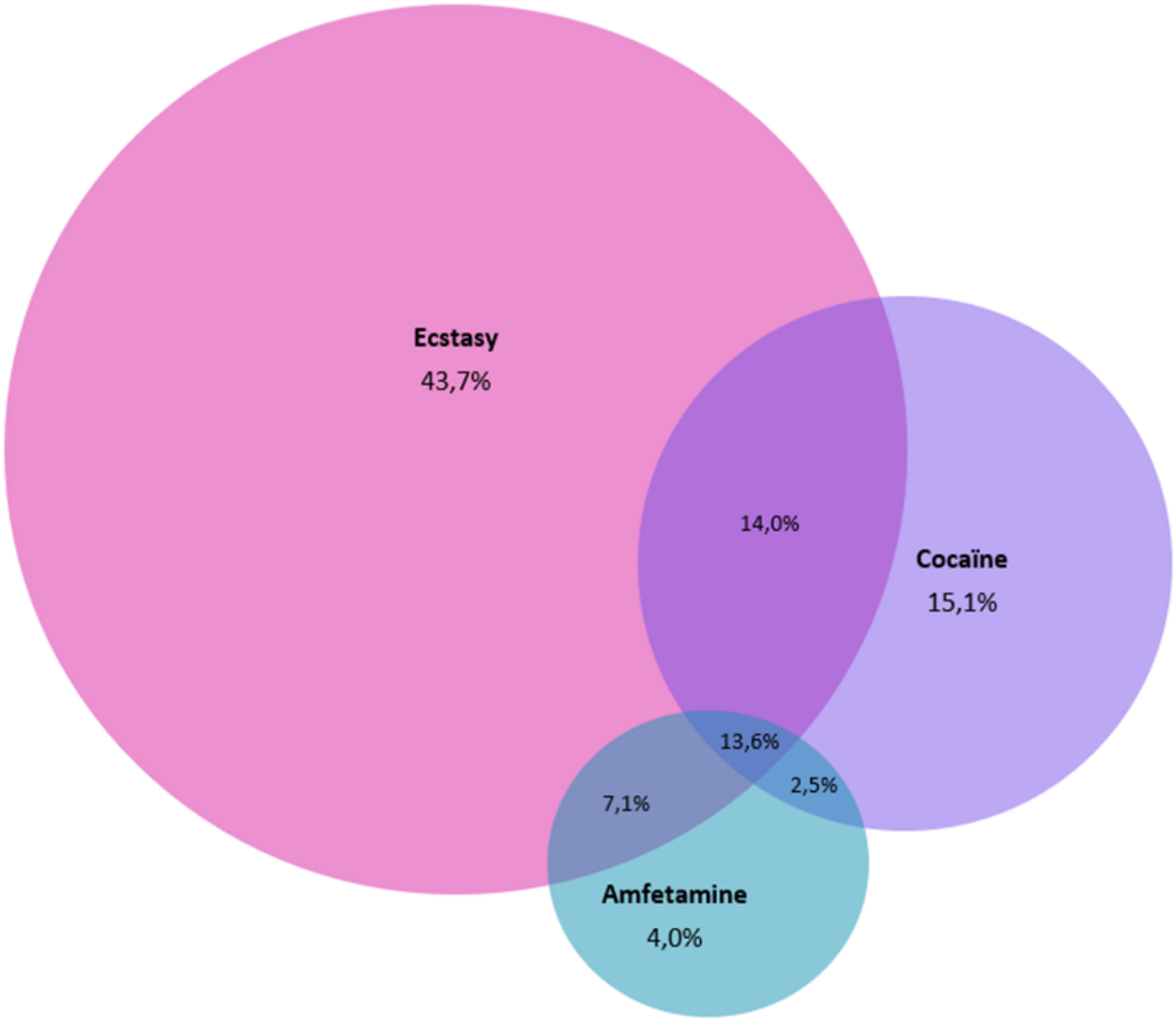
Veranderingen in de manier van gegevensverzameling (trendbreuken)

In de afgelopen jaren zijn er veranderingen geweest in de manier waarop gegevens worden verzameld en verwerkt. Hoewel dit niet altijd leidt tot een trendbreuk, kan het voor sommige bronnen wel betekenen dat de cijfers voor en na de veranderingen niet goed te vergelijken zijn. Dit maakt het moeilijk om uitspraken te doen over trends over langere tijd. Bij sommige systemen zijn er tijdelijke problemen waardoor gegevens niet beschikbaar zijn geweest, zoals bij de registratie van hulpvragen in de verslavingszorg. In de bijlage bronbestanden wordt verder toegelicht hoe bepaalde methodologische kwesties invloed hebben op de cijfers.

Indeling op basis van middelen

De NDM is ingedeeld per middel, omdat veel mensen specifieke informatie zoeken over een bepaald middel. Deze indeling laat ook zien dat de risico’s voor gezondheid en maatschappij per middel verschillen. Het houdt echter geen rekening met het feit dat mensen vaak meerdere middelen gebruiken, soms tegelijk. Dit gecombineerde gebruik verhoogt de gezondheidsrisico’s [1]. Een voorbeeld: in 2023 gebruikte 95,2% van de volwassen Nederlanders géén van de middelen cocaïne, amfetamine of ecstasy. Daarentegen had 4,8% van de Nederlanders wel ten minste één van deze middelen gebruikt. Het grootste deel daarvan had alleen ecstasy gebruikt (43,7%). Een aanzienlijk kleiner deel (15,1%) had alleen cocaïne of alleen amfetamine (4,0%) gebruikt. Sommige gebruikers hadden twee van de drie middelen genomen. Bijna één op de zeven (14,0%) had ecstasy en cocaïne (maar geen amfetamine) gebruikt, 7,1% had ecstasy en amfetamine (maar geen cocaïne) gebruikt en 2,5% amfetamine en cocaïne (maar geen ecstasy). Als laatste had 13,6% alle drie de middelen gebruikt in 2023.

Overlap in laatste-jaar-gebruik (%) van cocaïne, amfetamine en ecstasy onder mensen van 18 jaar en ouder die ten minste één van deze middelen in het afgelopen jaar gebruikten (totaal=100%). Peiljaar 2023[I]



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, 2023.

Statistische significantie

In de NDM worden trends en verschillen in middelengebruik beschreven, maar pas wanneer een verandering statistisch significant is, wordt deze als een echte verandering gezien ($p < 0,05$). Dit betekent dat het verschil waarschijnlijk niet door toeval komt. Bij grote steekproeven kunnen kleine verschillen wel significant zijn, maar weinig praktisch belang hebben. Het is dus belangrijk om niet alleen naar de statistische significantie te kijken, maar ook naar de grootte en relevantie van het verschil.

Bronnen

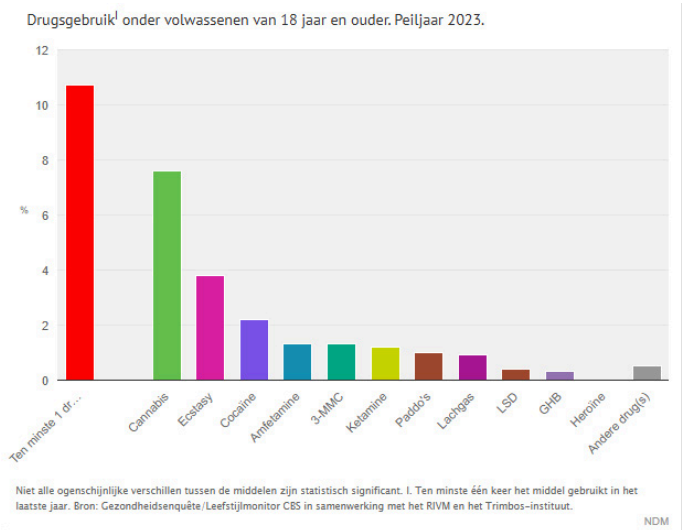
1. CBS. Jaarrapport Landelijke Jeugdmonitor 2019. Den Haag: CBS; 2019.

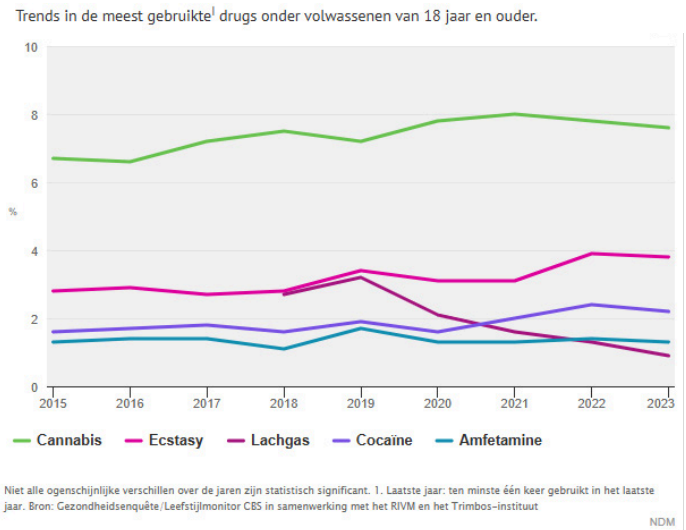
Kerncijfers

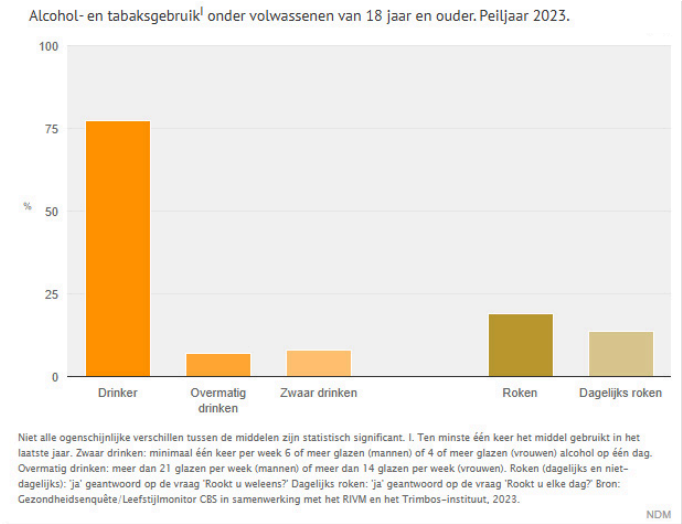
Kerncijfers drugs alcohol en tabak

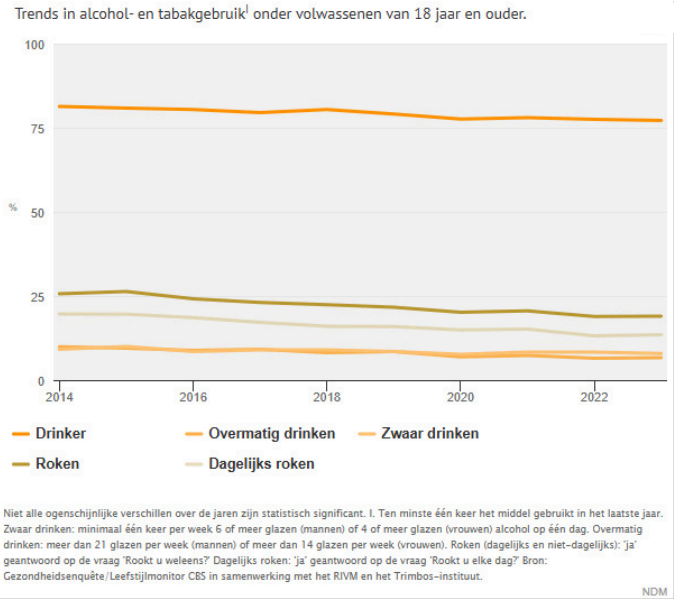
Volwassenen

- In 2023 hadden ruim een miljoen volwassenen cannabis gebruikt (7,6% van de volwassen bevolking). Hiermee is cannabis nog altijd de meest gebruikte drug in Nederland. Daarna volgen ecstasy, cocaïne, amfetamine, 3-MMC en ketamine. Vergeleken met de vorige meting in 2022 is het gebruik van lachgas in 2023 verder gedaald. Vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het gebruik van cocaïne, ecstasy, LSD en paddo's hoger, en het gebruik van GHB is lager.
- In 2023 had bijna acht op de tien volwassenen weleens alcohol gedronken. 44,0% hield zich aan het advies van de Gezondheidsraad. Ongeveer één op de vijftien volwassenen dronk overmatig en 7,9% was een zware drinker. In 2023 is het percentage volwassenen dat zich houdt aan het advies van de Gezondheidsraad niet veranderd vergeleken met 2022. Vergeleken met 2014 is dit percentage in 2023 wel hoger. Het percentage volwassenen dat weleens alcohol drinkt is tussen 2014 en 2023 afgenomen. Ook voor het percentage volwassenen dat overmatig drinkt nam af tussen 2014 en 2023. Het percentage volwassenen dat zwaar drinkt schommelt sinds de eerste meting in 2014.
- In 2023 rookte 19% van de volwassenen weleens en 13,5% rookte elke dag. In 2023 is het percentage volwassenen dat weleens rookt niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting in 2014 is het percentage wel gedaald.





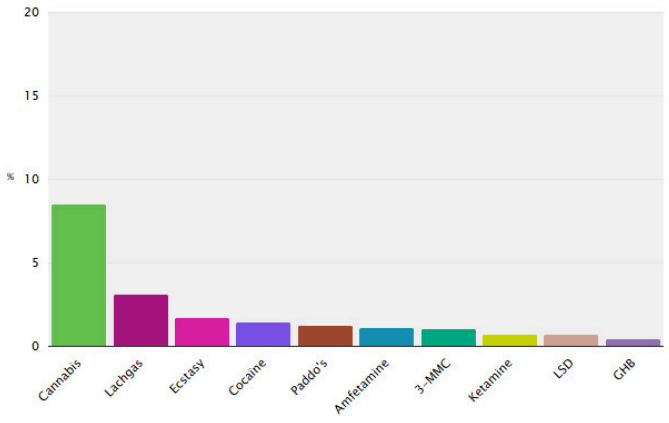




Scholieren

- In 2023 is het gebruik van alcohol en lachgas onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar gedaald vergeleken met eerdere jaren. Na een jarenlange daling is het roken onder scholieren sinds 2017 niet verder gedaald. Verder is het gebruik van cannabis gedaald vergeleken met 2003, maar niet veranderd vergeleken met 2019 en 2021. Het percentage scholieren dat ooit ecstasy heeft gebruikt is tussen 2003 en 2023 ongeveer gelijk gebleven. Alleen in 2017 vond een tijdelijke daling plaats.
- Sommige groepen scholieren gebruiken meer middelen dan anderen. Zo roken en vapen meisjes vaker dan jongens. Ook neemt het gebruik van middelen toe met de leeftijd. Verder hebben vmbo-scholieren meer ervaring met roken en gebruik van cannabis dan vwo-scholieren. En scholieren met een Nederlandse herkomst hebben meer ervaring met roken en alcohol drinken dan scholieren met een niet-Nederlandse herkomst.

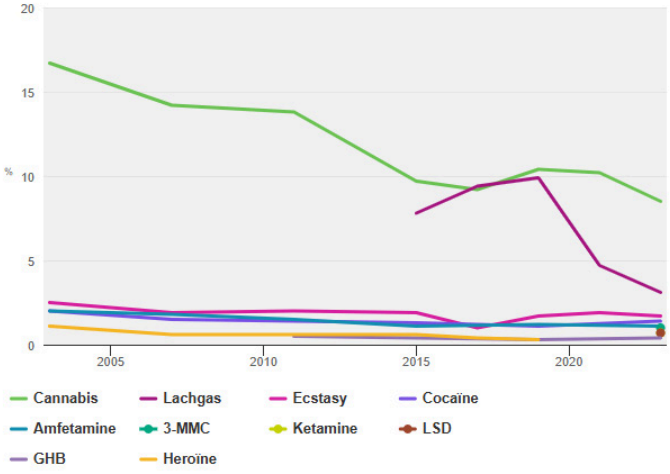
Drugsgebruik[1] onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12–16 jaar. Peiljaar 2023.



Niet alle ogenschijnlijke verschillen tussen de middelen zijn statistisch significant. 1. Ten minste één keer het middel gebruikt ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut.

NDM

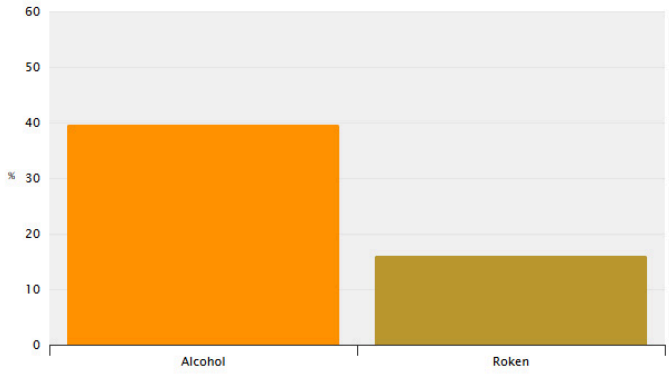
Trends in drugsgebruik[1] onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar.



Niet alle ogenschijnlijke verschillen over de jaren zijn statistisch significant. 1. 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, 2023).

NDM

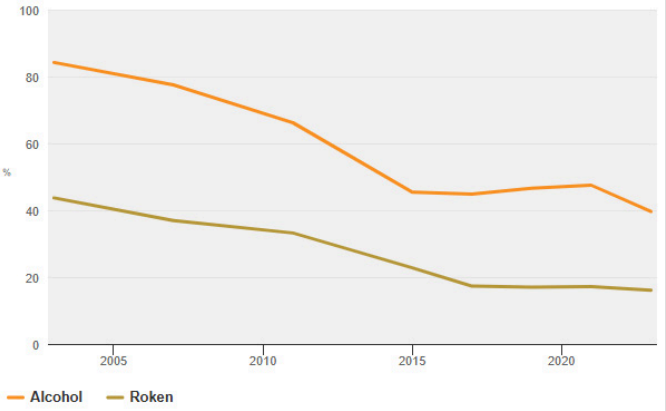
Alcohol-, tabaksgebruik[1] onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12–16 jaar. Peiljaar 2023.



1. Ten minste één keer het middel gebruikt ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut.

NDM

Trends in alcohol-, tabaksgebruik[1] onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar.



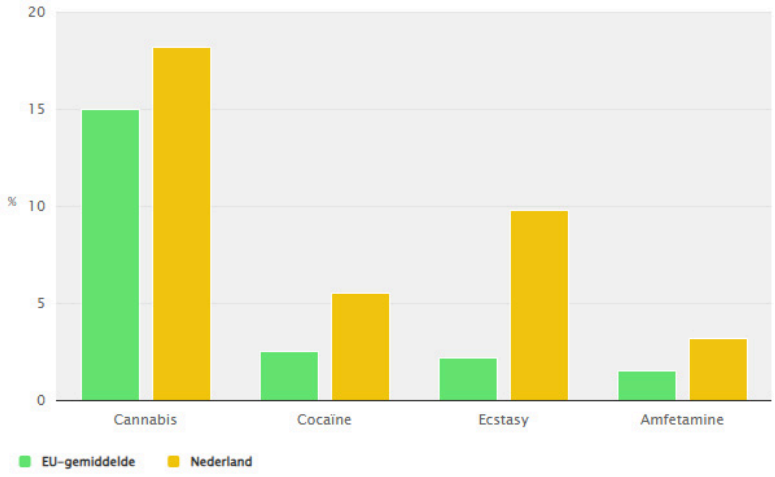
Niet alle ogenschijnlijke verschillen over de jaren zijn statistisch significant. 1. Ten minste één keer het middel gebruikt ooit in het leven. Bron: HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP in samenwerking met het RIVM (2017, 2021) en Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met het RIVM (2003, 2007, 2011, 2015, 2019, 2023).

NDM

Internationale vergelijking

- Vergeleken met andere landen in de EU heeft Nederland het hoogste percentage laatste-jaar-gebruikers van ecstasy en cocaïne. Ook voor cannabis en amfetamine ligt het gebruik in Nederland in de hogere regionen van Europa.

Gebruik[l] van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine onder 15–34–jarigen in de EU (gemiddelde) en in Nederland



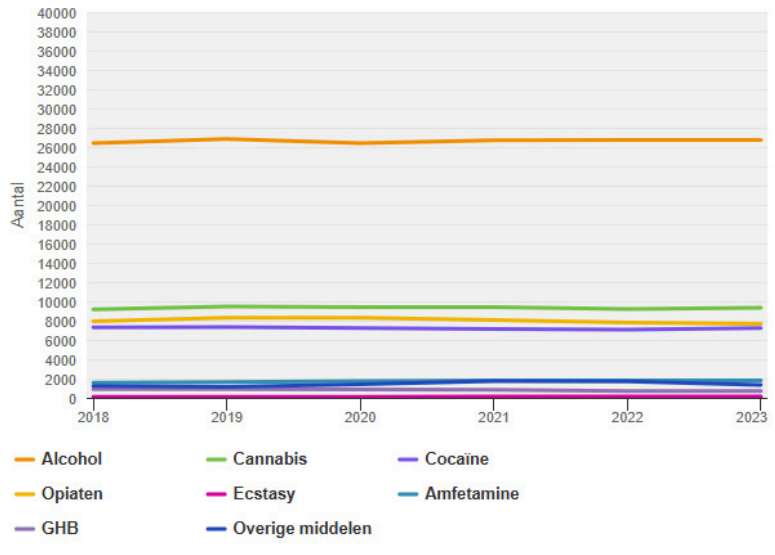
l. Ten minste één keer het middel gebruikt in het laatste jaar. Bronnen: European Drug Report 2024, EMCDDA en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

NDM

Verslavingszorg

- Alcoholproblematiek komt het meest voor binnen de verslavingszorg, met een aandeel van 45%. Na alcohol is cannabis de meest voorkomende verslaving in de verslavingszorg, en onder jongeren (<25 jaar) de meest voorkomende problematiek. Steeds meer mensen geven aan naast hun primaire problematiek ook problemen te hebben met andere middelen. Verslaving aan cocaïne, amfetamine, ecstasy en GHB gaat vaak gepaard met problemen met andere middelen. Het aandeel ‘overige middelen’ neemt toe. Hoewel het aandeel in de verslavingszorg relatief klein is en deze verzamelcategorie vaak niet specifiek genoeg wordt geregistreerd, valt vooral op dat in 2023 meer dan 400 mensen in behandeling zijn voor een primaire ketamineverslaving en meer dan 300 voor een 3-MMC-verslaving.

Aantal cliënten in de verslavingszorg

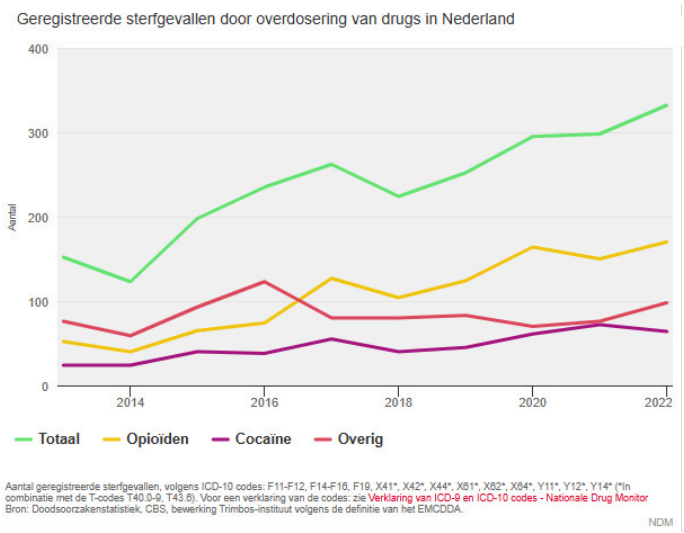


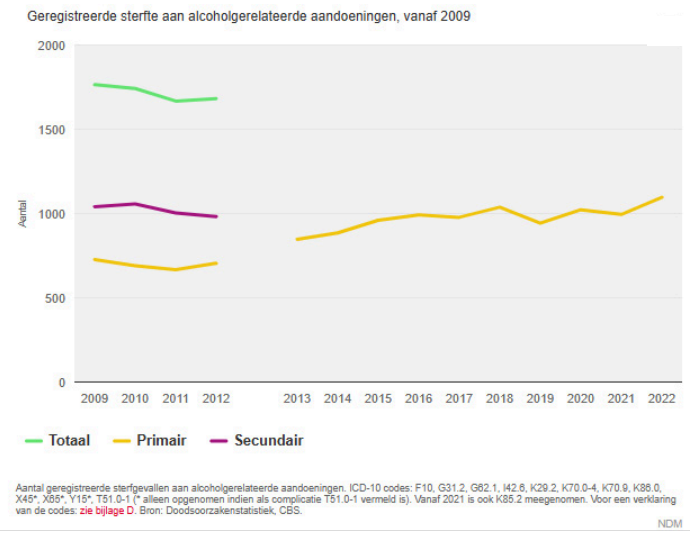
Bron: LADIS, IVZ. Deze gegevens gaan over de instellingen die voor alle jaren data hebben ingeleverd (de constante instellingen).

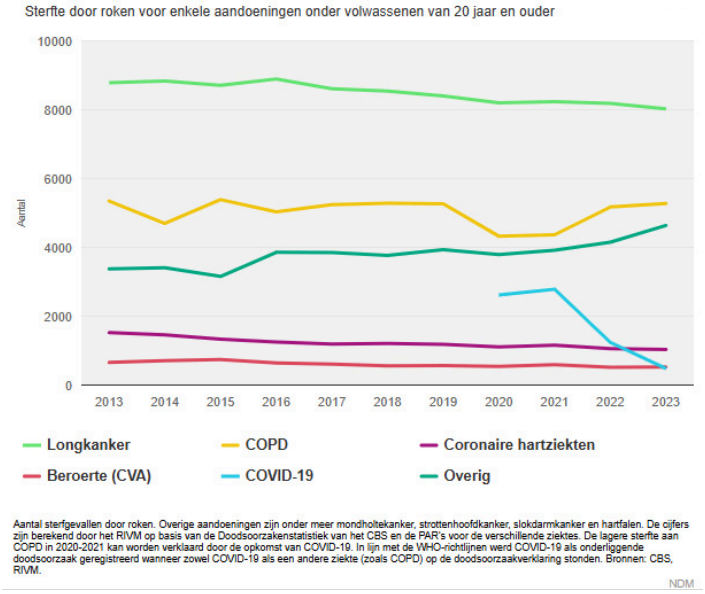
NDM

Overlijden

- 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.
- 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.
- Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte. In 2023 overleden in Nederland naar schatting 19.420 mensen aan de gevolgen van roken en 1.050 aan de gevolgen van meeroken.

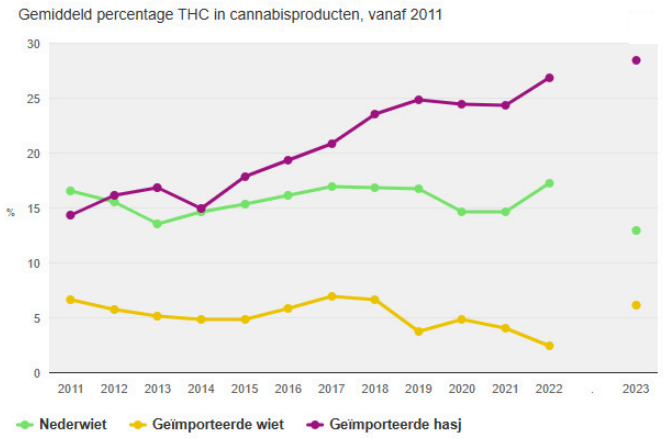






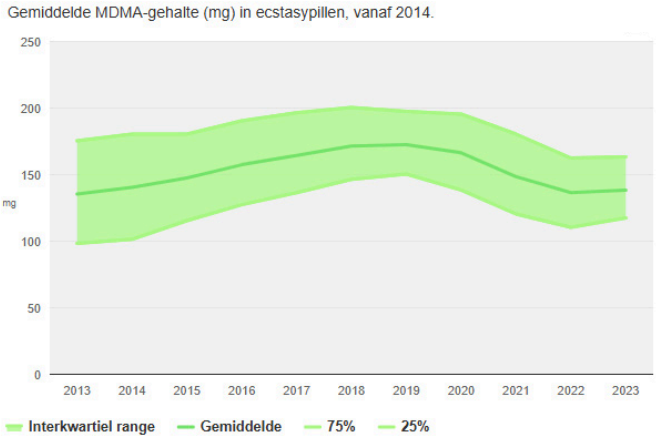
Drugsmarkt

- In 2023 bevatte de ‘meest populaire’ nederwiet gemiddeld 12,9% THC. Het lijkt alsof het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet tussen 2022 en 2023 is gedaald, maar dit kan mogelijk te wijten zijn aan een nieuwe analysemethode. Het gemiddelde THC-gehalte in nederhasj en geïmporteerde hasj bleef tussen 2022 en 2023 stabiel. In 2023 was de prijs voor een gram cannabis, ongeacht de soort, €12,28. De prijs van cannabisproducten bleef tussen 2022 en 2023 stabiel, maar de prijs van nederwiet is op lange termijn flink gestegen.
- In 2023 is ruim vijf procent van de ingeleverde samples verkocht als cocaïne. De stijging in de gemiddelde sterkte van cocaïne van de afgelopen tien jaar zet niet door. In 2023 bevat een cocaïnesample gemiddeld 72% cocaïne. Ook de prijs blijft met gemiddeld bijna 52 euro per gram nagenoeg constant.
- Ongeveer zestig procent van de bij het DIMS ingeleverde samples waren gekocht als ecstasypillen. In 2023 was de gemiddelde hoeveelheid MDMA in een ecstasypil 138 milligram. Dit verschilt nauwelijks met het jaar ervoor (136 milligram). Met deze MDMA-dosering is een ecstasypil gemiddeld nog steeds sterk.
- Het DIMS blijft een toename zien in het aantal ingeleverde samples gekocht als 3-MMC. In 2023 was bijna vijf procent van alle ingeleverde samples gekocht als 3-MMC, dit was twee procent in 2022. Slechts 30% bevatte daadwerkelijk 3-MMC. In plaats van 3-MMC werd er vooral 2-MMC of 3-CMC in de samples gevonden. De aanwezigheid van andere stoffen kan extra gezondheidsrisico’s met zich meebrengen.
- Iets meer dan één procent van alle ingeleverde samples bij het DIMS was gekocht als LSD. In de afgelopen vijf jaar is de hoeveelheid LSD op zegels afgenomen, van gemiddeld 93 microgram in 2019 naar 54 microgram in 2023.



Voor nederwiet zijn de gemiddelde percentages weergegeven voor de monsters die als 'meest populair' zijn aangeschaft. In 2023 vond de chemische analyse van de cannabismonsters voor het eerst plaats bij een nieuw laboratorium, en middels een nieuwe, robuustere methode. Dit heeft gevolgen voor de rapportage, omdat niet zeker is of verschillen met voorgaande jaren komen door echte veranderingen in de sterkte van de cannabis of door de vernieuwde analysemethode. Bron: THC-monitor, Trimbos-instituut.

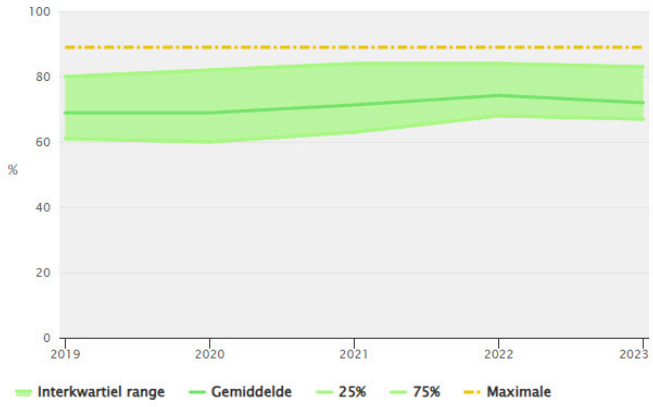
NDM



Gemiddelde dosering MDMA (mg) in een ecstasypil. Gegevens gaan over pillen die herkend zijn en pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

NDM

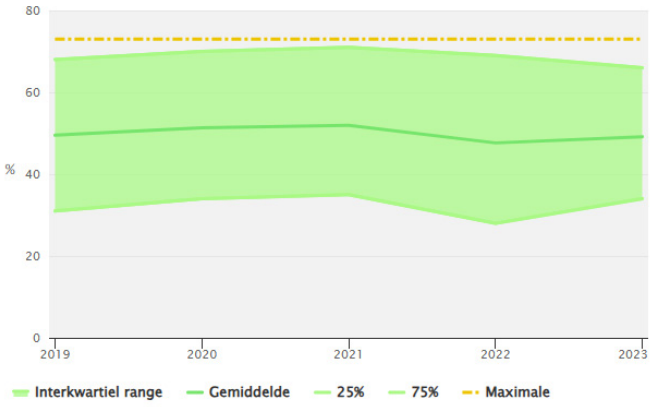
Trend in het gemiddelde cocaïnegehalte in ingeleverde cocaïnemonsters, vanaf 2019



Gemiddelde gehalte cocaïne in cocaïnemonsters die ook echt cocaïne bevatten in percentages. De percentages zijn gebaseerd op de base-vorm. Omdat cocaïne in zoutvorm (sulfaat) voorkomt, is het maximale gehalte cocaïne 89%. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

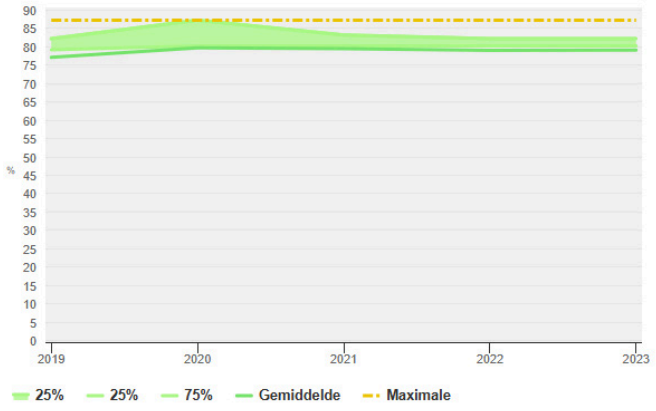
Trend in het gemiddelde amfetaminegehalte in ingeleverde amfetaminemonsters, vanaf 2019



Gemiddelde gehalte amfetamine in amfetaminemonsters die ook echt amfetamine bevatten in percentages. De percentages zijn gebaseerd op de base-vorm. Omdat amfetamine in zoutvorm (sulfaat) voorkomt, is het maximale gehalte amfetamine 73%. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

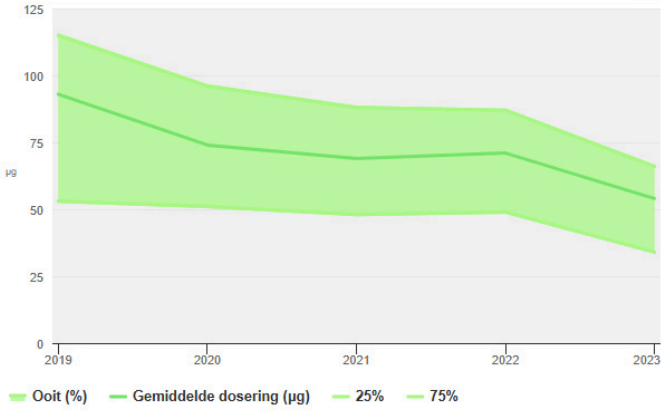
Trend in het gemiddelde ketaminegehalte in ingeleverde ketaminemonsters, vanaf 2019



Gemiddelde gehalte ketamine in ketamine-monsters die ook echt ketamine bevatten in percentages. De percentages zijn gebaseerd op de base-vorm. Omdat ketamine in zoutvorm (sulfaat) voorkomt, is het maximale gehalte ketamine 87%. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

NDM

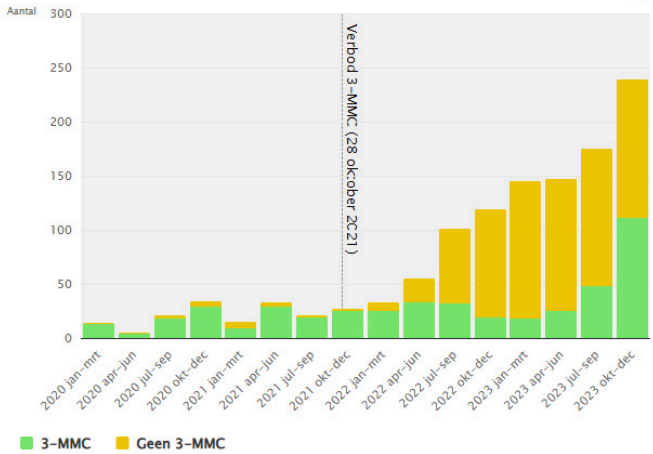
Trend in het gemiddelde LSD-gehalte (µg) LSD op ingeleverde LSD-blotters vanaf 2019



Gemiddelde dosering LSD in LSD blotters die ook echt LSD bevatten in microgrammen. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

NDM

Samenstelling van als 3-MMC verkochte drugsmonsters ingeleverd bij het DIMS



Figuur op basis van absolute aantallen. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

NDM

Alle gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd op de base-variant van de betreffende drug

Cannabis

Laatste feiten en trends

Volwassenen
Cannabisgebruik in het laatste jaar (2023)



7,6%

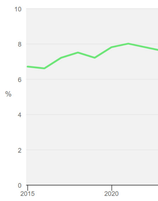


4,5%



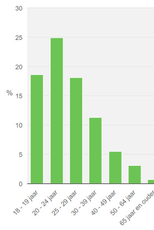
10,8%

Trend in cannabisgebruik onder volwassenen



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

Cannabisgebruik onder volwassenen, naar leeftijdsgroep



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2023.

- In 2023 had bijna een kwart van de volwassenen ooit cannabis gebruikt, 7,6% gebruikte cannabis in het laatste jaar en 4,9% in de laatste maand. Daarnaast gebruikte 1,4% van de volwassenen cannabis dagelijks of bijna dagelijks. Het gebruik van cannabis komt het meest voor onder mannen, jongvolwassenen, hoogopgeleiden, volwassenen met een herkomst binnen Europa (excl. NL), volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden en niet-werkenden.
- In 2023 is het cannabisgebruik in het laatste jaar onder volwassenen niet veranderd vergeleken met de vorige meting in 2022. Ook vergeleken met de eerste meting in 2015 bleef het cannabisgebruik ongeveer gelijk. Hoewel het gebruik in het laatste jaar in de totale groep van 18 jaar en ouder ongeveer gelijk bleef, daalde het gebruik wel onder 18-19-jarigen en steeg het gebruik onder laagopgeleiden.
- Volwassenen die in het laatste jaar cannabis gebruikten, roken gemiddeld 1,6 joints per blowdag. De meeste cannabisgebruikers roken niet meer dan 1 joint op een blowdag. Wiet is de meest gebruikte soort cannabis. Bijna een derde van de laatste-maand-gebruikers gebruikt (bijna) dagelijks.
- 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
12-16 jaar
laatste jaar (2023)



7,0%

Studenten
≥16 jaar
laatste jaar (2023)



23,2% (mbo)
29% (hbo & wo)

Uitgaanders
16-35 jaar
laatste jaar (2023)

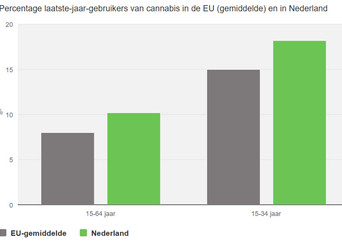


46,9%

- In 2023 had 8,5% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit cannabis gebruikt, 7,0% gebruikte in het laatste jaar cannabis en 4,4% deed dit in de laatste maand. Cannabis is daarmee de meest gebruikte drug onder scholieren. Het cannabisgebruik neemt toe met de leeftijd. Verder hebben vwo-scholieren minder ervaring met het gebruik van cannabis dan scholieren van de andere schoolniveaus. Tot slot zijn er regionale en lokale verschillen in het gebruik van cannabis onder scholieren.
- Het percentage scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) dat cannabis gebruikt (ooit, laatste jaar en laatste maand) is in 2023 iets lager dan in 2019 en 2021, maar het verschil is niet significant.
- Van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, deed ruim twee op de vijf dit één of twee keer per maand. Laatste-maand-gebruikers roken gemiddeld 1,4 joints per keer. Daarnaast heeft ruim een derde van de laatste-maand-gebruikers weleens cannabis gebruikt tijdens schooltijd. Bijna de helft van de scholieren die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, krijgt meestal wiet of hasj van anderen of rookt met anderen mee.
- Cannabis is de meest gebruikte drug onder studenten van 16 jaar en ouder van het mbo, hbo en de universiteit. In 2023 gebruikte bijna een kwart (23,2%) van de mbo-studenten cannabis in het laatste jaar en bijna één op de drie (29%) hbo- en universiteitsstudenten. Het cannabisgebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 gedaald van 31,9% naar 25,9%. Wekelijks gebruik van cannabis onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 gedaald van 8% naar 6%.
- Hoewel cannabis geen typische uitgaansdrug is, wordt het wel vaak gebruikt door jongeren en jongvolwassenen die uitgaan.
- Jongeren in de jeugdzorg, in Justitiële Jeugdinrichtingen en in cluster 4 van het voortgezet speciaal onderwijs (vso) gebruiken vaker cannabis dan leeftijdsgenoten in het regulier onderwijs. Jongeren in het praktijkonderwijs of jongeren in cluster 3 van het vso gebruiken juist wat minder vaak cannabis dan leeftijdsgenoten uit het regulier onderwijs. In groepen risicojongeren komt het gebruik van cannabis ook veel voor. Jongerenwerkers zien in deze groepen veel dagelijks en problematisch cannabisgebruik.

Internationale vergelijking

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

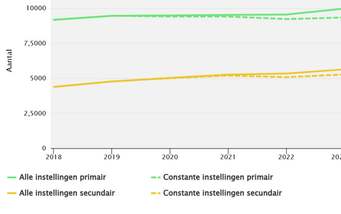


Bronnen: European Drug Report 2024, EMCDDA en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

- Het percentage laatste-jaar-gebruikers van cannabis in Nederland ligt onder volwassenen (15-64 jaar) en onder jongvolwassenen (15-34 jaar) 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

Aantal cliënten in de verslavingszorg in Nederland met primaire en secundaire cannabisproblematiek, vanaf 2018

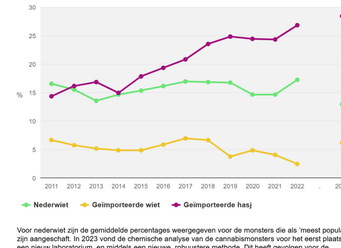


Bron: LADIS, stichting IVZ.

- In 2023 werden er bijna 10.000 mensen behandeld in de verslavingszorg voor cannabisproblematiek. Dat is bijna een derde van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Cannabis is de meest voorkomende problematiek onder jongeren (<25 jaar) in de verslavingszorg. Het aantal en het aandeel cannabiscliënten in de verslavingszorg bleef in de periode 2018-2023 stabiel.. Lees meer...
- 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

Gemiddeld percentage THC in cannabisproducten, vanaf 2011



Voor nederwiet zijn de gemiddelde percentages weergegeven voor de monsters die als 'meest populair' zijn aangeschaft. In 2023 vond de chemische analyse van de cannabismonsters voor het eerst plaats bij een nieuw laboratorium, en middels een nieuwe, robuustere methode. Dit heeft gevolgen voor de rapportage, omdat niet zeker is of verschillen met voorgaande jaren komen door echte veranderingen in de sterkte van de cannabis of door de vernieuwde analysemethode. Bron: THC-monitor, Trimbos-instituut.

- In 2023 bevatte de 'meest populaire' nederwiet gemiddeld 12,9% THC. Het lijkt alsof het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet tussen 2022 en 2023 is gedaald, maar dit kan mogelijk te wijten zijn aan een nieuwe analysemethode. Het gemiddelde THC-gehalte in nederhasj en geïmporteerde hasj bleef tussen 2022 en 2023 stabiel. In 2023 was de prijs voor een gram cannabis, ongeacht de soort, €12,28. De prijs van cannabisproducten bleef tussen 2022 en 2023 stabiel, maar de prijs van nederwiet is op lange termijn flink gestegen.

3.1 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 Cannabisgebruik onder volwassenen

Hoeveel volwassenen gebruiken cannabis?

In het kort: In 2023 had bijna een kwart van de volwassenen ooit cannabis gebruikt, 7,6% gebruikte cannabis in het laatste jaar en 4,9% in de laatste maand. Daarnaast gebruikte 1,4% van de volwassenen cannabis dagelijks of bijna dagelijks. Het gebruik van cannabis komt het meest voor onder mannen, jongvolwassenen, hoogopgeleiden, volwassenen met een herkomst binnen Europa (excl. NL), volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden en niet-werkenden.

Ongeveer één op de dertien volwassenen gebruikte in het laatste jaar cannabis

In 2023 had bijna een kwart (24,3%) van de volwassenen ooit cannabis (hasj of wiet) gebruikt. Dat komt neer op 3,4 miljoen volwassenen. Door 7,6% van de volwassenen werd in het laatste jaar cannabis gebruikt en 4,9% gebruikte in de laatste maand. Tot slot gebruikte 1,4% van de volwassenen cannabis dagelijks of bijna dagelijks. Cannabis is daarmee de meest gebruikte drug onder volwassenen.

Cannabisgebruik[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

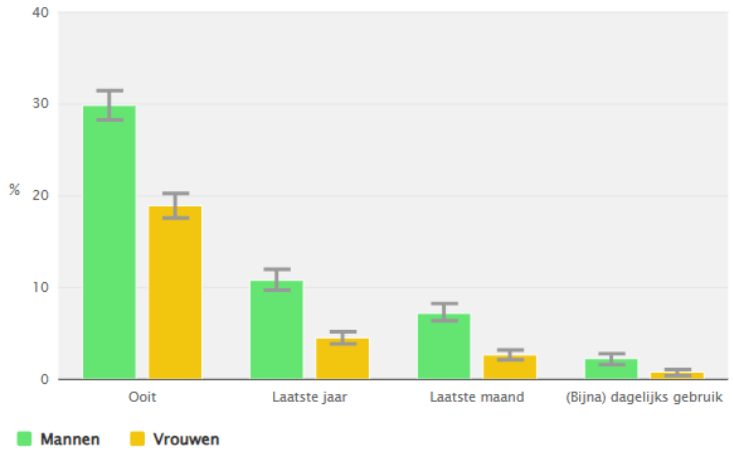
	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	24,3	3.440.000	3.290.000 - 3.590.000
Laatste jaar	7,6	1.070.000	980.000 - 1.170.000
Laatste maand	4,9	690.000	610.000 - 770.000
(Bijna) dagelijks	1,4	200.000	160.000 - 250.000

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.

Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis

In 2023 was het cannabisgebruik in het laatste jaar ruim twee keer zo hoog onder mannen (10,8%) als onder vrouwen (4,5%). Ook het gebruik ooit in het leven, in de laatste maand en het (bijna) dagelijks gebruik was hoger onder mannen dan onder vrouwen.

Cannabisgebruik[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2023.



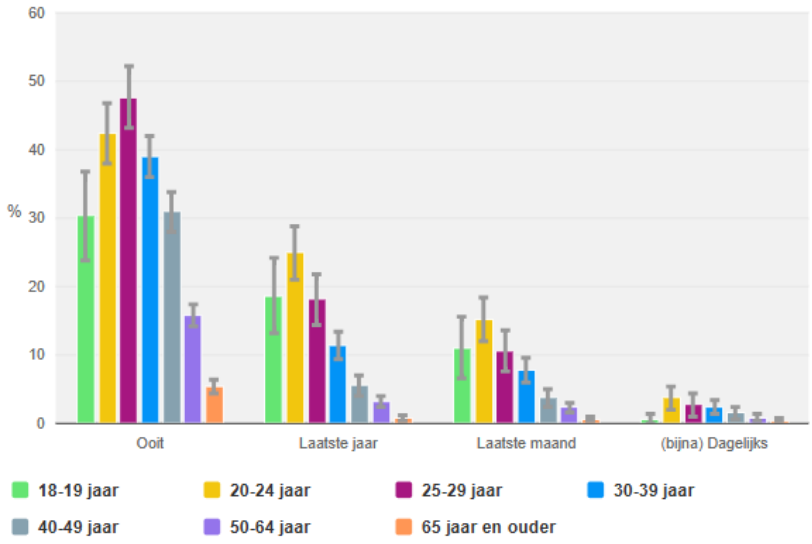
1. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. (Bijna) dagelijks: 20 dagen of meer in de afgelopen maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

	Mannen	low Mannen	high Mannen	Vrouwen	low Vrouwen	high Vrouwen
Ooit	29,8	28,2	31,4	18,9	17,6	20,2
Laatste jaar	10,8	9,7	11,9	4,5	3,8	5,2
Laatste maand	7,2	6,3	8,2	2,6	2,1	3,2
(Bijna) dagelijks gebruik	2,2	1,6	2,7	0,7	0,4	1

Cannabisgebruik komt het meest voor onder jongvolwassenen

In 2023 had ongeveer een vijfde van de 18-29-jarigen in het laatste jaar cannabis gebruikt. In de oudere leeftijdsgroepen lag het gebruik lager. Het gebruik ooit in het leven was het hoogst onder 20-39-jarigen, het laatste-maand-gebruik was het hoogst onder 18-39-jarigen. Het (bijna) dagelijks gebruik was het hoogst onder 20-24-jarigen (verschil met 25-39-jarigen niet statistisch significant).

Cannabisgebruik[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



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.

	18-19 jaar	low 18-19	high 18-19	20-24 jaar	low 20-24 jaar	high 20-24 jaar	25-29 jaar	low 25-29 jaar	high 25-29 jaar	30-39 jaar	low 30-39 jaar	high 30-39 jaar	40-49 jaar	low 40-49	high 40-49	50-64 jaar	low 50-64	high 50-64	65 jaar en ouder	low 65+	high 65+
Ooit	30,3	23,8	36,8	42,4	38	46,8	47,6	43,2	52,1	39	36	41,9	30,9	28	33,8	15,7	14,1	17,4	5,3	4,3	6,3
Laatste jaar	18,6	13,1	24,1	24,9	21	28,8	18,1	14,4	21,7	11,3	9,3	13,3	5,5	4	7	3,1	2,3	4	0,7	0,3	1,1
Laatste maand	11	6,6	15,5	15,2	11,9	18,4	10,6	7,6	13,6	7,8	6	9,5	3,7	2,4	4,9	2,3	1,5	3	0,6	0,3	1
(bijna) Dagelijks	0,5		1,3	3,7	2	5,4	2,7	0,9	4,4	2,3	1,3	3,3	1,5	0,6	2,3	0,8	0,4	1,3	0,4	0,1	0,7

Cannabisgebruikers zijn gemiddeld 32,5 jaar oud

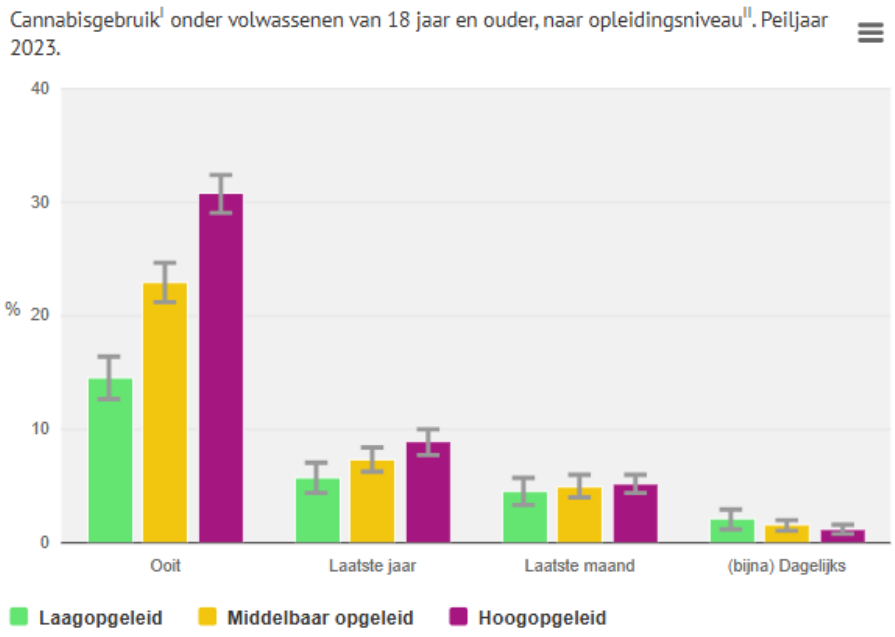
De gemiddelde leeftijd van de volwassenen die in het laatste jaar cannabis hebben gebruikt was 32,5 jaar (SD = 12,8) in 2023.

In de LSM-A 2022 is aan de laatste-jaar-gebruikers gevraagd hoe oud zij waren toen zij voor het eerst cannabis gebruikten. De gemiddelde startleeftijd was 19,2 jaar (SD = 6,8).

Cannabisgebruik in het laatste jaar komt het meest voor onder hoogopgeleiden, (bijna) dagelijks gebruik komt het meest voor onder laagopgeleiden

In 2023 was het cannabisgebruik in het laatste jaar hoger onder hoogopgeleiden (8,9%) dan onder middelbaar opgeleiden (7,3%) en laagopgeleiden (5,7%). Het gebruik ooit in het leven was het hoogst onder hoogopgeleiden en het laagst onder laagopgeleiden. Het gebruik ooit in het leven onder middelbaar opgeleiden zat daartussen in.

Het gebruik in de laatste maand was ongeveer gelijk onder hoog-, middelbaar- en laagopgeleiden. Het (bijna) dagelijks gebruik was onder hoogopgeleiden juist lager dan onder laagopgeleiden. Het (bijna) dagelijks gebruik onder middelbaar opgeleiden verschilde niet statistisch significant van de andere opleidingsniveaus.



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

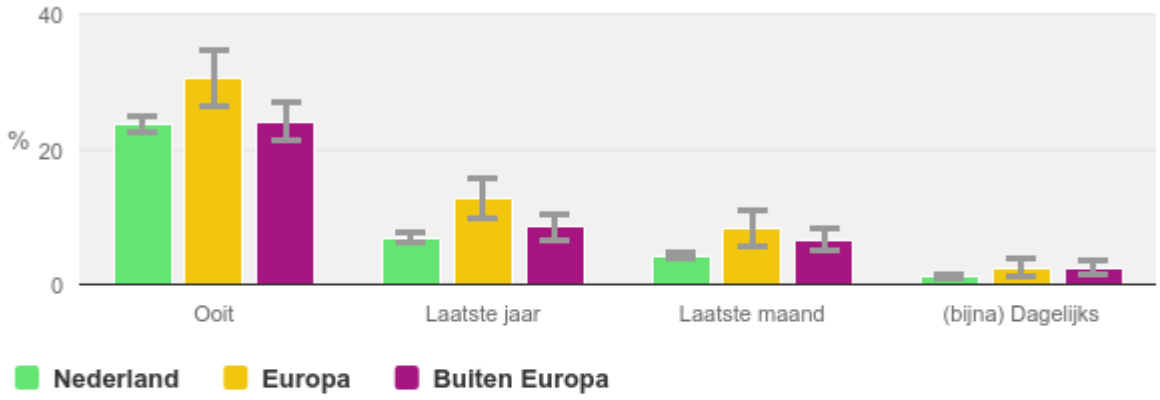
	Laagopgeleid	low Laag	high Laag	Middelbaar opgeleid	low Middelbaar	high Middelbaar	Hoogopgeleid	low Hoog	high Hoog	Header
Ooit	14,5	12,6	16,4	22,9	21,2	24,6	30,7	29	32,4	
Laatste jaar	5,7	4,4	7	7,3	6,2	8,3	8,9	7,7	10	
Laatste maand	4,5	3,3	5,7	4,9	4	5,9	5,2	4,3	6	
(bijna) Dagelijks	2,1	1,2	2,9	1,5	1	2	1,1	0,7	1,5	

Cannabisgebruik komt het meest voor onder volwassenen met een Europese herkomst (excl. NL)

In 2023 was het cannabisgebruik in het laatste jaar hoger onder volwassenen met een Europese herkomst (excl. NL) (12,6%) dan onder volwassenen met een Nederlandse (6,8%) of niet-Europese herkomst (8,4%). Hetzelfde geldt voor het ooitgebruik.

Het gebruik in de laatste maand en het (bijna) dagelijks gebruik was hoger onder volwassenen met een Europese (excl. NL) of niet-Europese herkomst dan onder volwassenen met een Nederlandse herkomst.

Cannabisgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2023.



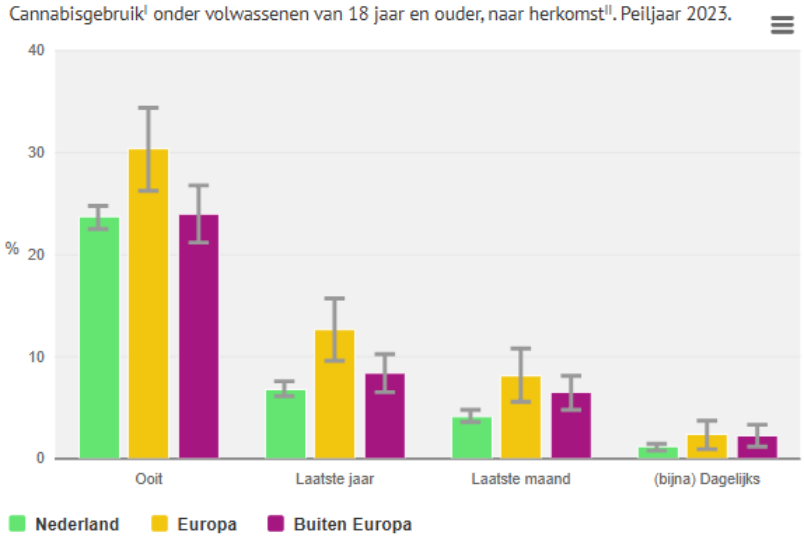
I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. (bijna) Dagelijks: 20 dagen of meer in de afgelopen maand. (II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling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

NDM

	Nederland	low Nederland	high Nederland	Europa	low Europa	high Europa	Buiten Europa	low Buiten Europa	high Buiten Europa
Ooit	23,7	22,5	24,8	30,3	26,2	34,4	23,9	21,2	26,7
Laatste jaar	6,8	6,1	7,5	12,6	9,6	15,7	8,4	6,5	10,2
Laatste maand	4,1	3,6	4,7	8,1	5,6	10,7	6,5	4,8	8,1
(bijna) Dagelijks	1,1	0,8	1,4	2,3	0,9	3,7	2,2	1,2	3,3

Cannabisgebruik komt het meest voor onder volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden

In 2023 was het cannabisgebruik in het laatste jaar hoger onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (9,5%) dan onder volwassenen in matig stedelijke gebieden (5,3%) en weinig/niet stedelijke gebieden (5,1%). Dit geldt ook voor het gebruik ooit in het leven, in de laatste maand en het (bijna) dagelijks gebruik.



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

	(Zeer) sterk stedelijk	low (zeer) sterk stedelijk	high (zeer) sterk stedelijk	Matig stedelijk	low matig stedelijk	high matig stedelijk	Weinig/niet stedelijk	low weinig/niet stedelijk	high weinig/niet stedelijk
Ooit	29,2	27,7	30,7	18,5	16,2	20,8	17,7	16	19,3
Laatste jaar	9,5	8,5	10,5	5,3	3,9	6,6	5,1	4,1	6,1
Laatste maand	6,2	5,4	7,1	3,3	2,2	4,4	3,2	2,4	4
(bijna) Dagelijks	1,9	1,4	2,4	0,7	0,2	1,2	0,9	0,5	1,3

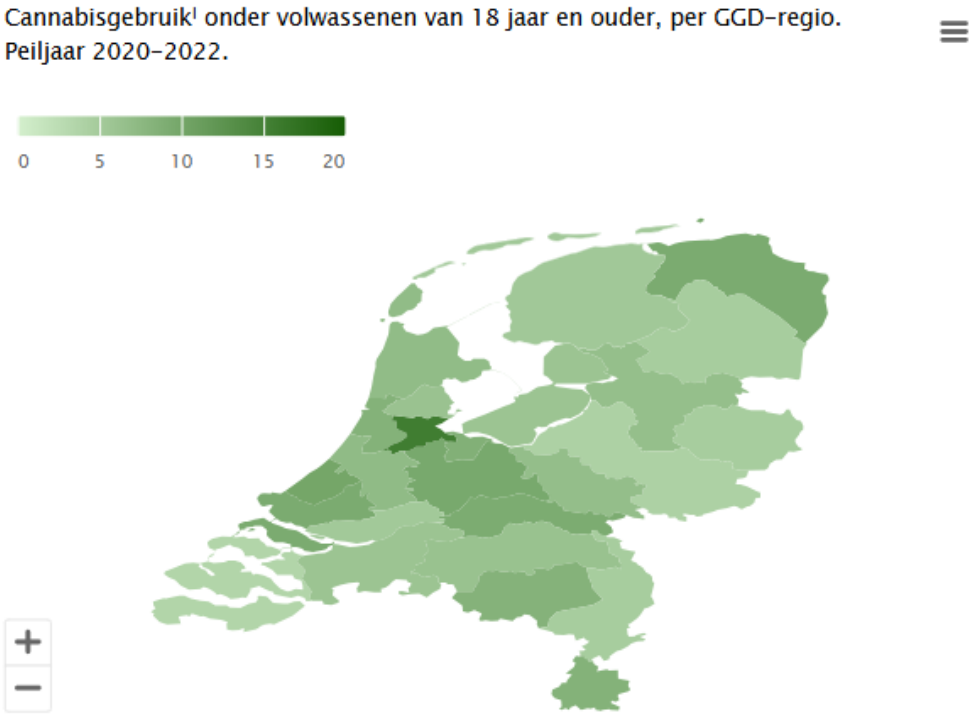
Cannabisgebruik komt meer voor onder niet-werkenden dan onder werkenden

Het percentage dat in het laatste jaar cannabis heeft gebruikt is hoger onder niet-werkenden (10,5%) dan onder werkenden (8,3%). Dit blijkt uit aanvullende analyses die zijn gepubliceerd in een aparte publicatie over middelengebruik en werk [1]. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt van de LSM-A van het peiljaar 2022.

Cannabisgebruik verschilt per regio

In de GGD-regio Amsterdam is het percentage volwassenen dat aangeeft in de laatste 12 maanden cannabis te hebben gebruikt (15,6%) significant hoger dan in andere regio's. In de GGD-regio's Zeeland, Noord- en Oost-Gelderland, Limburg-Noord, Twente en Drenthe ligt het percentage cannabisgebruik onder volwassenen aanzienlijk lager (minder dan 5%) vergeleken met de rest van Nederland.

Ook uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die werd gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen zijn in het gebruik van cannabis [2]. In 2024 werden de hoogste percentages cannabisgebruik in de laatste 12 maanden gevonden in GGD-regio Amsterdam (39,1%) en GGD-regio Gooi en Vechtstreek (34,5%). Cannabis werd het minst gebruikt in de GGD-regio Drenthe (20,0%) en GGD-regio IJsselland (19,5%).



1. Laatste jaar: ten minste één keer cannabis gebruikt in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

In 2022 analyseerde het EMCDDA gegevens van rioolwateranalyses uit 156 Europese steden, waaronder Amsterdam, Utrecht en Eindhoven. De resultaten worden beschreven op de pagina over internationale verschillen, ook deze resultaten suggereren dat er regionale verschillen zijn 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) [3].

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van cannabis wordt sinds 2015 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van cannabis ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand en het (bijna) dagelijks gebruik kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid.

Regionale cijfers

Naast de landelijke cijfers uit de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale cijfers beschikbaar over drugsgebruik uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen. De meest recente gegevens komen uit 2024 [2], toen meer dan 135.000 jongvolwassenen tussen de 16 en 25 jaar de vragenlijst invulden. In tegenstelling tot 2022 werd er in 2024 geen steekproef getrokken; de vragenlijst was via een open link beschikbaar en respondenten werden vooral geworven via sociale media. De resultaten zijn gestandaardiseerd naar GGD-regio, leeftijd en gender om representativiteit te verbeteren, maar de wervingsmethode kan mogelijk leiden tot een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een slechtere (mentale) gezondheid. Deze cijfers zijn door verschillen in de vraagstelling en leeftijdsgroep niet direct vergelijkbaar met de cijfers uit de GE of de LSM-A Middelen, maar bieden wel inzicht in regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen.

Bronnen

1. M. Tuithof, M. Blokland, A. Sannen. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Trimbos-instituut;
2. GGD'en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024. https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024. 2025.
3. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: March 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#source-data

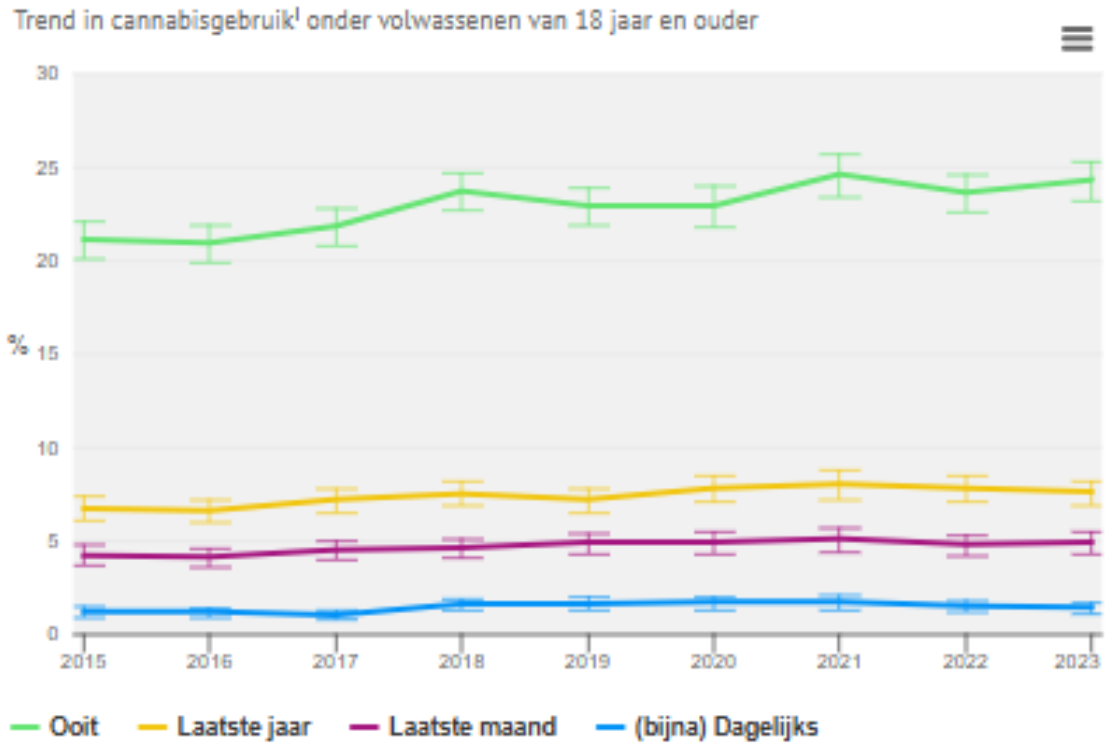
3.2.2 Veranderingen in cannabisgebruik onder volwassenen

Is het cannabisgebruik onder volwassenen veranderd?

In het kort: In 2023 is het cannabisgebruik in het laatste jaar onder volwassenen niet veranderd vergeleken met de vorige meting in 2022. Ook vergeleken met de eerste meting in 2015 bleef het cannabisgebruik ongeveer gelijk. Hoewel het gebruik in het laatste jaar in de totale groep van 18 jaar en ouder ongeveer gelijk bleef, daalde het gebruik wel onder 18-19-jarigen en steeg het gebruik onder laagopgeleiden.

Cannabisgebruik onder volwassenen stabiel

In 2023 is het gebruik van cannabis (ooit, laatste jaar, laatste maand en (bijna) dagelijks) niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting in 2015 is het gebruik ooit in het leven wel hoger in 2023. Het laatste-jaar, laatste-maand en (bijna) dagelijks gebruik bleef tussen 2015 en 2023 ongeveer gelijk.

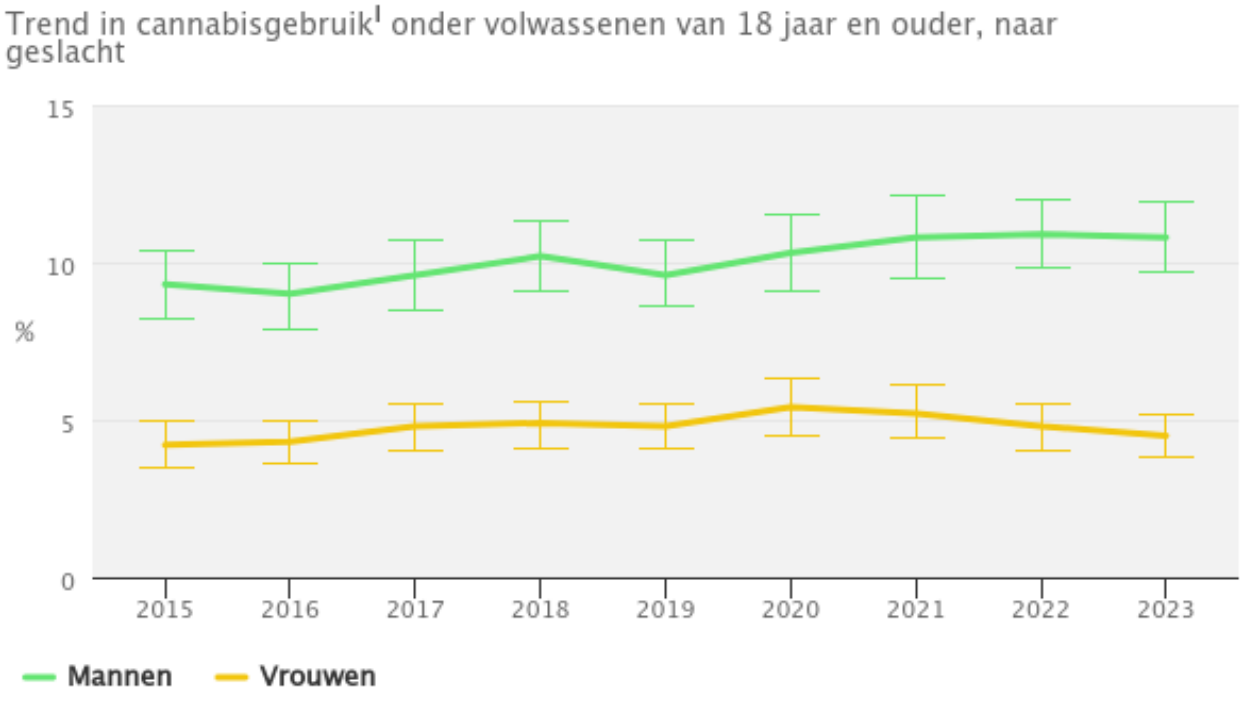


I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. (bijna) Dagelijks: 20 dagen of meer in de afgelopen maand. Bron: LSM–A Middelen–Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos–instituut.

	Ooit	low Ooit	high Ooit	Laatste jaar	low Laatste jaar	high Laatste jaar	Laatste maand	low Laatste maand	high Laatste maand	(bijna) Dagelijks	low (bijna) Dagelijks	high (bijna) Dagelijks
2015	21,1	20,1	22,1	6,7	6,1	7,4	4,2	3,7	4,8	1,2	0,9	1,5
2016	20,9	19,9	21,9	6,6	6	7,2	4,1	3,6	4,6	1,2	0,9	1,4
2017	21,8	20,8	22,8	7,2	6,5	7,8	4,5	4	5	1	0,8	1,3
2018	23,7	22,7	24,7	7,5	6,9	8,2	4,6	4,1	5,1	1,6	1,3	1,9
2019	22,9	21,9	23,9	7,2	6,5	7,8	4,9	4,3	5,4	1,6	1,3	2
2020	22,9	21,8	24	7,8	7,1	8,5	4,9	4,3	5,5	1,7	1,3	2
2021	24,6	23,4	25,7	8	7,2	8,8	5,1	4,4	5,7	1,7	1,3	2,1
2022	23,6	22,6	24,6	7,8	7,1	8,5	4,8	4,2	5,3	1,5	1,2	1,8
2023	24,3	23,2	25,3	7,6	6,9	8,2	4,9	4,3	5,5	1,4	1,1	1,7

Cannabisgebruik stabiel onder zowel mannen als vrouwen

In 2023 is het gebruik van cannabis in het laatste jaar onder zowel mannen als vrouwen niet veranderd vergeleken met de vorige meting in 2022. Ook vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het cannabisgebruik onder zowel mannen als vrouwen onveranderd. Dit geldt ook voor het gebruik in de laatste maand en het (bijna) dagelijks gebruik.



I. Laatste jaar: ten minste één keer cannabis gebruikt in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Mannen	low Mannen	high Mannen	Vrouwen	low Vrouwen	high Vrouwen
2015	9,3	8,2	10,4	4,2	3,5	5
2016	9,0	7,9	10,0	4,3	3,6	5
2017	9,6	8,5	10,7	4,8	4	5,5
2018	10,2	9,1	11,3	4,9	4,1	5,6
2019	9,6	8,6	10,7	4,8	4,1	5,5
2020	10,3	9,1	11,5	5,4	4,5	6,3
2021	10,8	9,5	12,1	5,2	4,4	6,1
2022	10,9	9,8	12	4,8	4	5,5
2023	10,8	9,7	11,9	4,5	3,8	5,2

Cannabisgebruik alleen onder 18-19-jarigen op lange termijn gedaald

Tussen 2022 en 2023 is het cannabisgebruik in het laatste jaar, in de laatste maand en het (bijna) dagelijks gebruik in geen van de leeftijdsgroepen veranderd.

Vergeleken met 2015 bleef het gebruik in het laatste jaar, de laatste maand en (dagelijks) gebruik in 2023 in alle leeftijdsgroepen ongeveer gelijk. Uitzondering hierop is een daling in het laatste-jaar-gebruik onder 18-19-jarigen van 27,5% naar 18,6%.

De gemiddelde leeftijd van cannabisgebruikers is stabiel

De gemiddelde leeftijd van volwassenen die in het laatste jaar cannabis hebben gebruikt was 32,5 jaar in 2023. Dit verschilt niet van de vorige meting (2022) of de eerste meting (2015).

Cannabisgebruik alleen onder laagopgeleiden op lange termijn gestegen

Tussen 2022 en 2023 is het cannabisgebruik in het laatste jaar onder geen van de opleidingsniveaus veranderd. Dit geldt ook voor het gebruik in de laatste maand en het (bijna) dagelijks gebruik.

Vergeleken met 2015 steeg het laatste-jaar-gebruik in 2023 onder laagopgeleiden van 3,9% naar

5,7%. Onder de andere opleidingsniveaus bleef het gebruik in het laatste jaar ongeveer gelijk. Ook het gebruik in de laatste maand steeg onder laagopgeleiden van 2,9% in 2015 naar 4,5% in 2023. Het (bijna) dagelijks gebruik bleef tussen 2015 en 2023 onder alle opleidingsniveaus ongeveer gelijk.

Cannabisgebruik op korte termijn stabiel onder alle herkomstgroepen

Tussen 2022 en 2023 is het cannabisgebruik in het laatste jaar onder geen van de herkomstgroepen veranderd. Dit geldt ook voor het gebruik in de laatste maand en (bijna) dagelijks gebruik. Sinds 2022 hanteert het CBS een nieuwe indeling naar herkomst, er zijn daarom geen trendgegevens beschikbaar tussen 2015 en 2022.

Cannabisgebruik stabiel onder volwassenen in alle stedelijkheidsniveaus

Tussen 2022 en 2023 is het cannabisgebruik in het laatste jaar onder geen van de stedelijkheidsniveaus veranderd. Dit geldt ook voor het gebruik in de laatste maand en het (bijna) dagelijks gebruik. Ook vergeleken met de eerste meting in 2015 is het cannabisgebruik onder alle stedelijkheidsniveaus ongeveer gelijk gebleven.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van cannabis wordt sinds 2015 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina. Het gebruik van cannabis ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand en het (bijna) dagelijks gebruik kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid.

3.2.3 Gebruikspatronen en wijze van verkrijgen

Hoe vaak gebruiken volwassenen cannabis en hoe komen zij er aan?

In het kort: Volwassenen die in het laatste jaar cannabis gebruikten, roken gemiddeld 1,6 joints per blowdag. De meeste cannabisgebruikers roken niet meer dan 1 joint op een blowdag. Wiet is de meest gebruikte soort cannabis. Bijna een derde van de laatste-maand-gebruikers gebruikt (bijna) dagelijks.

Cannabisgebruikers roken gemiddeld 1,6 joints op een blowdag

De meeste gebruikers roken cannabis gemengd met tabak in een joint. Dit wordt ook wel ‘blowen’ genoemd. Laatste-jaar-gebruikers roken gemiddeld 1,6 joints op een ‘typische blowdag’. Onder de laatste-maand-gebruikers is dit 1,9 joints en onder de (bijna) dagelijks gebruikers 3,3 joints.

Onder de laatste-jaar-, laatste-maand- en (bijna) dagelijks gebruikers bleef het gemiddeld aantal joints dat op een blowdag wordt gerookt ongeveer gelijk tussen 2015 en 2023.

De meeste laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers roken niet meer dan 1 joint op een ‘typische blowdag’

- Van de volwassenen die in het laatste jaar cannabis hebben gebruikt, gebruikt 9,6% cannabis niet in een joint maar op een andere manier. Van de overige laatste-jaar-gebruikers rookt 65,7% minder dan 1 joint per ‘typische blowdag’.
- Van de laatste-maand-gebruikers gebruikt 6,2% cannabis niet in een joint maar op een andere manier. Van de overige laatste-maand-gebruikers rookt 56,8% niet meer dan 1 joint per ‘typische blowdag’.
- Onder de (bijna) dagelijkse gebruikers gebruikt 5,9% cannabis niet in een joint maar op een andere manier. Van de overige (bijna) dagelijks gebruikers rookt 32,8% niet meer dan 1 joint per ‘typische blowdag’.

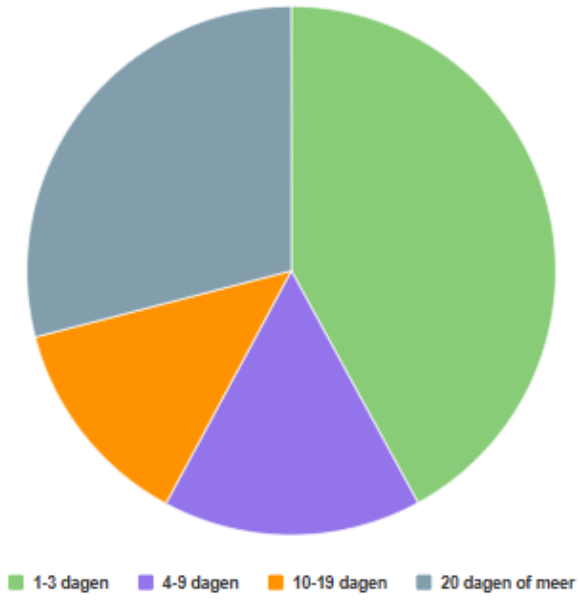
Wiet is de meest gebruikte soort cannabis

Ongeveer 60% van cannabisgebruikers (laatste jaar, laatste maand) gebruikt meestal wiet. Ongeveer een kwart van de gebruikers gebruikt meestal hasj. Daarnaast gebruikt ongeveer een op de zeven gebruikers hasj en wiet even vaak.

Drie op de tien laatste-maand-gebruikers gebruikt (bijna) dagelijks

In 2023 gebruikte ruim twee vijfde (42,0%) van de volwassenen die in de laatste maand cannabis hadden gebruikt 1-3 dagen in de afgelopen 30 dagen. Drie op de tien (29,0%) gebruikte cannabis (bijna) dagelijks (20 dagen of meer).

Frequentie[I] van cannabisgebruik onder laatste-maand-gebruikers van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.



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

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

Ongeveer de helft van de laatste-jaar-gebruikers gebruikt minder dan maandelijks

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 laatste-jaar-gebruikers gebruikt niet regelmatig: 13,8% gebruikte één keer in het afgelopen jaar 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. Dit blijkt uit de Leefstijlmonitor 2022 (LSM-A). In dit onderzoek zijn extra vragen aan de laatste-jaar-gebruikers van cannabis gesteld over gebruikspatronen. (Let op: In de Gezondheidsenquête is alleen aan de laatste-maand-gebruikers gevraagd hoe vaak zij cannabis gebruiken).

Cannabis wordt meestal in het weekend gebruikt

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. Dit blijkt uit de Leefstijlmonitor 2022 (LSM-A). In dit onderzoek zijn extra vragen aan de laatste-jaar-gebruikers van cannabis gesteld over gebruikspatronen.

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). Dit blijkt uit de Leefstijlmonitor 2022 (LSM-A). In dit onderzoek zijn extra vragen aan de laatste-jaar-gebruikers van cannabis gesteld over gebruikspatronen en gebruikswijzen. 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.

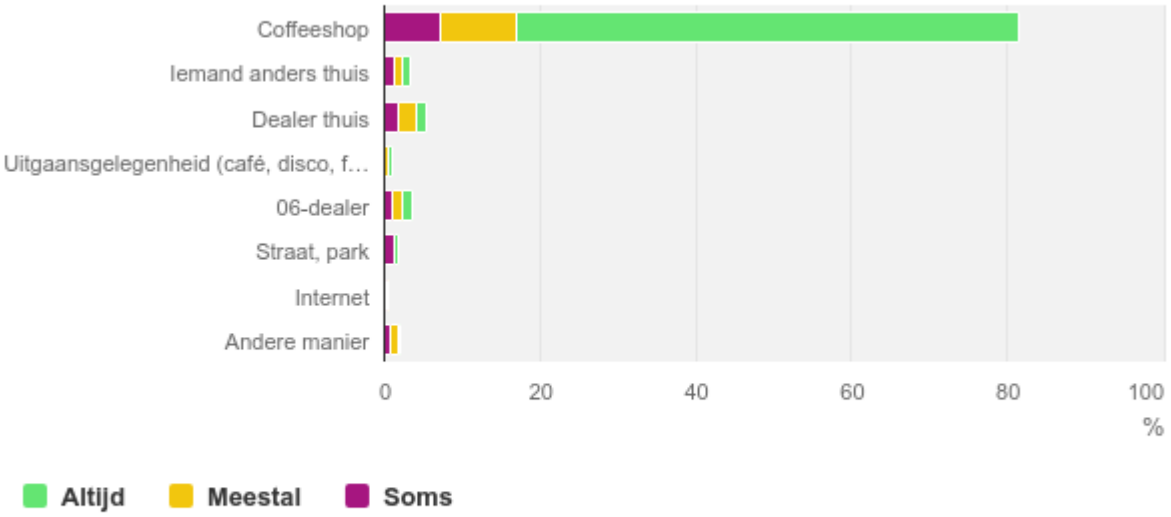
Cannabisgebruikers kopen het middel vaak zelf in een coffeeshop of krijgen het van anderen

De helft van de laatste-jaar-gebruikers koopt de cannabis meestal zelf (49,6%). Dit blijkt uit de Leefstijlmonitor 2022 (LSM-A). In dit onderzoek zijn extra vragen aan de laatste-jaar-gebruikers van

cannabis gesteld over gebruikspatronen en de wijze van verkrijgen. 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

	Altijd	Meestal	Soms
Straat, park	0.5		1.4
Internet	0.2	0.2	0.2
Andere manier	0.2	1.2	0.7

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van cannabis wordt sinds 2015 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

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 Cannabisgebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

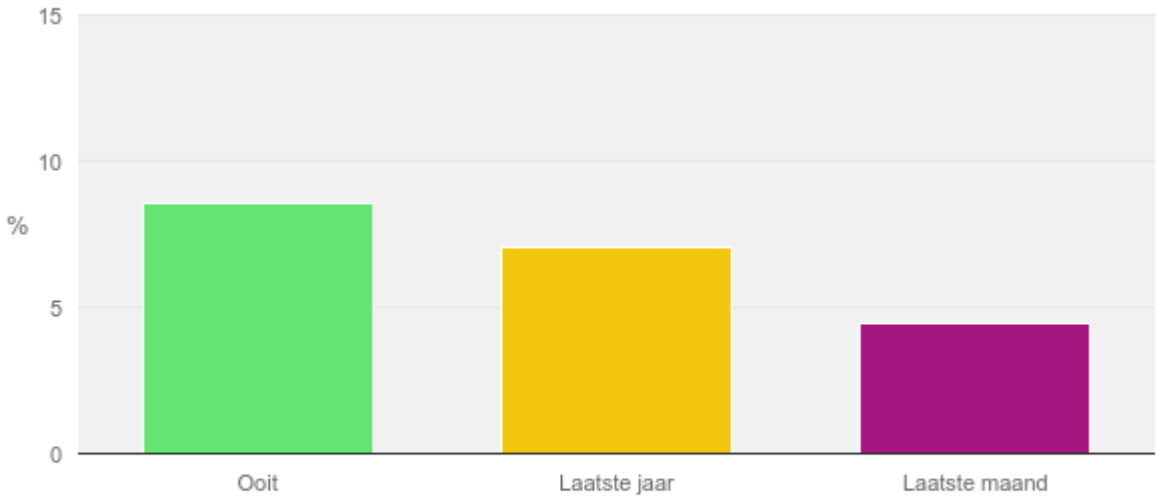
Hoeveel scholieren gebruiken cannabis?

In het kort: In 2023 had 8,5% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit cannabis gebruikt, 7,0% gebruikte in het laatste jaar cannabis en 4,4% deed dit in de laatste maand. Cannabis is daarmee de meest gebruikte drug onder scholieren. Het cannabisgebruik neemt toe met de leeftijd. Verder hebben vwo-scholieren minder ervaring met het gebruik van cannabis dan scholieren van de andere schoolniveaus. Tot slot zijn er regionale en lokale verschillen in het gebruik van cannabis onder scholieren.

Ongeveer één op de twaalf scholieren heeft ooit cannabis gebruikt

In 2023 had 8,5% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit cannabis gebruikt, 7,0% gebruikte in het laatste jaar cannabis en 4,4% deed dit in de laatste maand. Cannabis is daarmee de meest gebruikte drug onder scholieren.

Cannabisgebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar. Peiljaar 2023



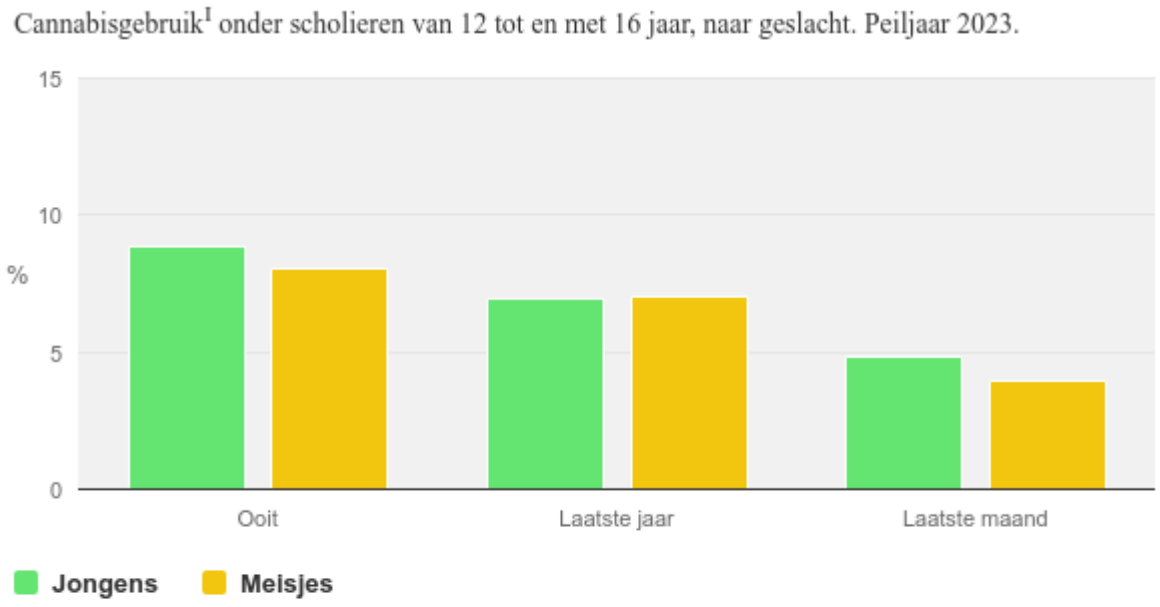
I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Totaal
Ooit	8,5
Laatste jaar	7,0
Laatste maand	4,4

Er zijn geen verschillen in cannabisgebruik tussen jongens en meisjes

Het percentage jongens en meisjes dat cannabis gebruikt verschilt niet van elkaar. Dit geldt voor het gebruik ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand.



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: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

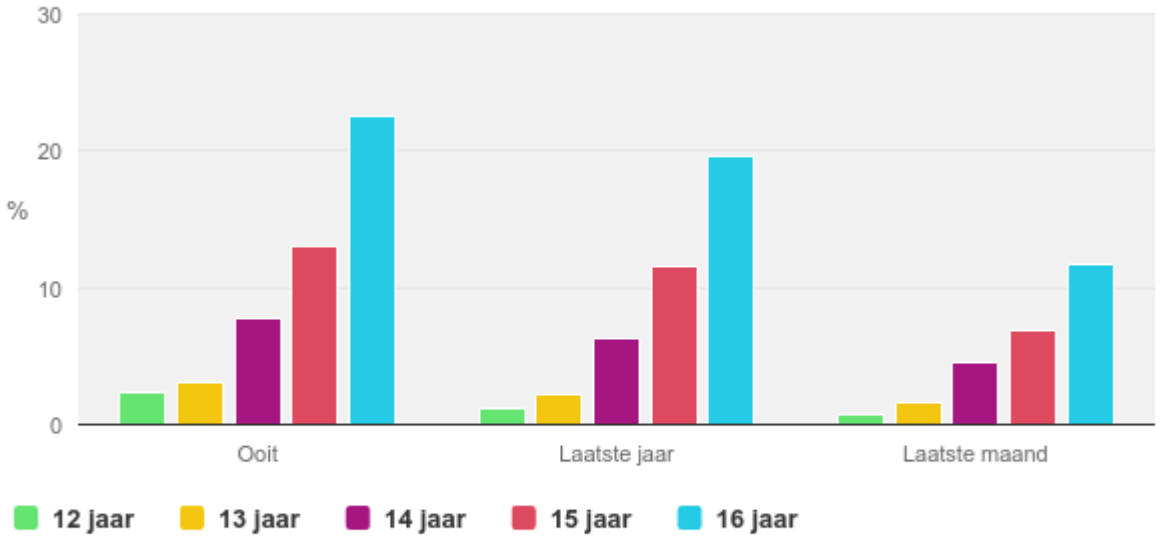
NDM

	Jongens	Meisjes
Ooit	8,8	8,0
Laatste jaar	6,9	7,0
Laatste maand	4,8	3,9

Cannabisgebruik neemt toe met de leeftijd

Het gebruik van cannabis neemt sterk toe met de leeftijd. Ter illustratie: onder 12-jarigen heeft 2,2% ooit cannabis gebruikt, tegenover 22,5% van de 16-jarigen. Eenzelfde patroon zien we voor het gebruik in het laatste jaar en de laatste maand.

Cannabisgebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



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: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
Ooit	2,2	3,0	7,7	12,9	22,5
Laatste jaar	1,1	2,1	6,2	11,5	19,6
Laatste maand	0,7	1,6	4,4	6,8	11,7

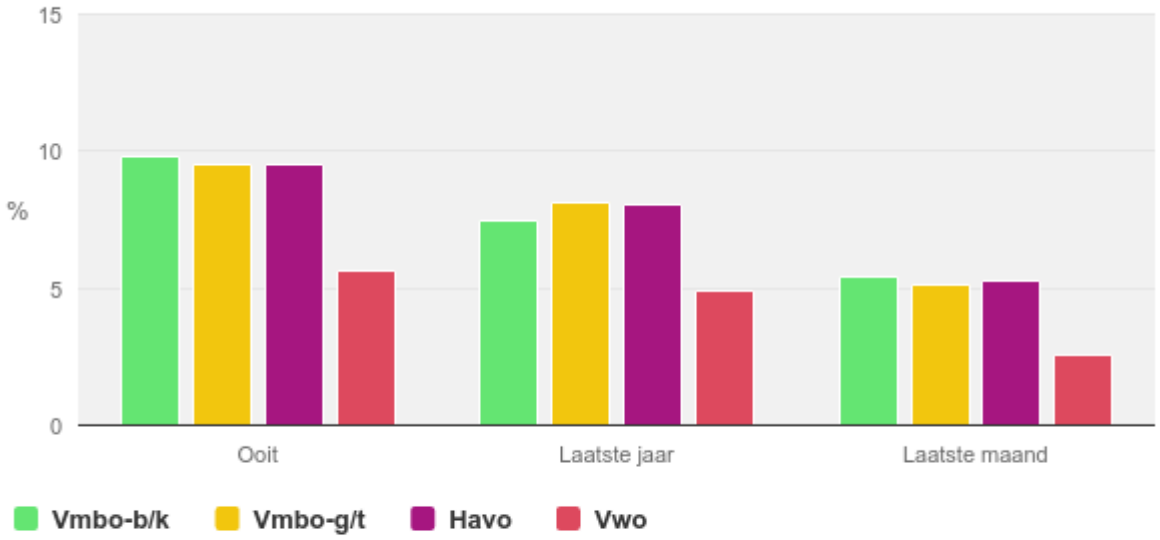
Startleeftijd cannabisgebruik gemiddeld 13,9 jaar

De scholieren die ervaring hebben met cannabis waren gemiddeld 13,9 jaar toen ze voor het eerst cannabis gebruikten.

Cannabisgebruik komt het minst voor onder vwo-scholieren

Vwo-scholieren (5,6%) hebben minder ervaring met het gebruik van cannabis dan scholieren van andere schoolniveaus (9-10%). Voor het gebruik in het laatste jaar en de laatste maand zijn de verschillen tussen vwo-leerlingen en andere schoolniveaus niet significant.

Cannabisgebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar schoolniveau.Peiljaar 2023.



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: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

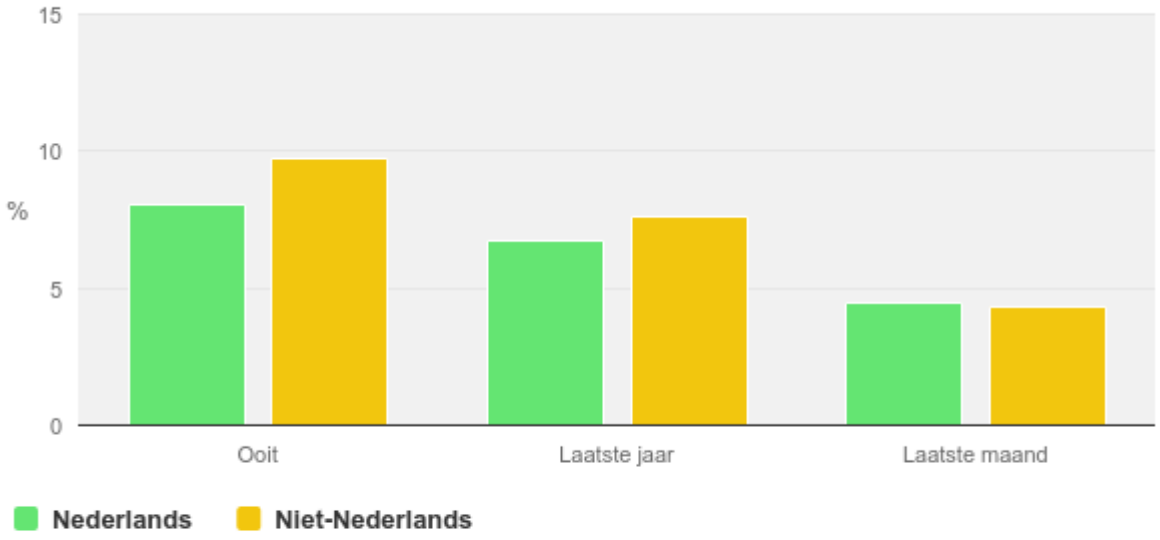
NDM

	Vmbo-b/k	Vmbo-g/t	Havo	Vwo
Ooit	9,8	9,5	9,5	5,6
Laatste jaar	7,4	8,1	8,0	4,9
Laatste maand	5,4	5,1	5,2	2,5

Geen verschillen in cannabisgebruik tussen scholieren met Nederlandse en niet-Nederlandse herkomst

Het percentage scholieren dat ooit cannabis heeft gebruik lijkt iets hoger onder scholieren met een niet-Nederlandse herkomst (9,7%) dan onder scholieren met een Nederlandse herkomst (8,0%). Maar dit verschil is niet significant. Ook voor het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik zijn de verschillen tussen beide herkomstgroepen niet significant.

Cannabisgebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar herkomst. Peiljaar 2023.



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: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Nederlands	Niet-Nederlands
Ooit	8,0	9,7
Laatste jaar	6,7	7,6
Laatste maand	4,4	4,3

Cannabisgebruik verschilt per regio en per gemeente

Uit de Gezondheidsmonitor Jeugd 2023 blijkt dat er regionale en lokale verschillen zijn in het gebruik van cannabis onder scholieren (onderzoek is alleen uitgevoerd in leerjaar 2 en 4).

Per GGD (Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst)-regio varieert het percentage ooitgebruikers van 7,1% (GGD Hart voor Brabant) tot 12,5% (GGD Kennemerland). Per gemeente varieert het percentage jongeren dat ooit cannabis heeft gebruikt van 2,7% (gemeente Urk) tot

20,0% (gemeente Waterland).

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Regionale en lokale cijfers: Gezondheidsmonitor Jeugd

Regionale en lokale cijfers over cannabisgebruik worden verzameld in de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd van de GGD'en en het RIVM. Iedere vier jaar worden gegevens verzameld over de gezondheid, het welzijn en de leefstijl van jongeren. De meest recente cijfers komen uit 2023 [2].

Hoe is de Gezondheidsmonitor Jeugd uitgevoerd?

In 2023 is de Gezondheidsmonitor Jeugd uitgevoerd in alle 25 GGD-regio's. In alle GGD-regio's werden alle middelbare scholen uitgenodigd om mee te doen. De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme digitale vragenlijst. In totaal deden 188.421 leerlingen uit leerjaar 2 en 4 van 885 scholen van het regulier voortgezet onderwijs mee.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor
2. GGD'en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jeugd 2023 [Internet]. 2024. Available from: https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50131NED/table?ts=1716872576764

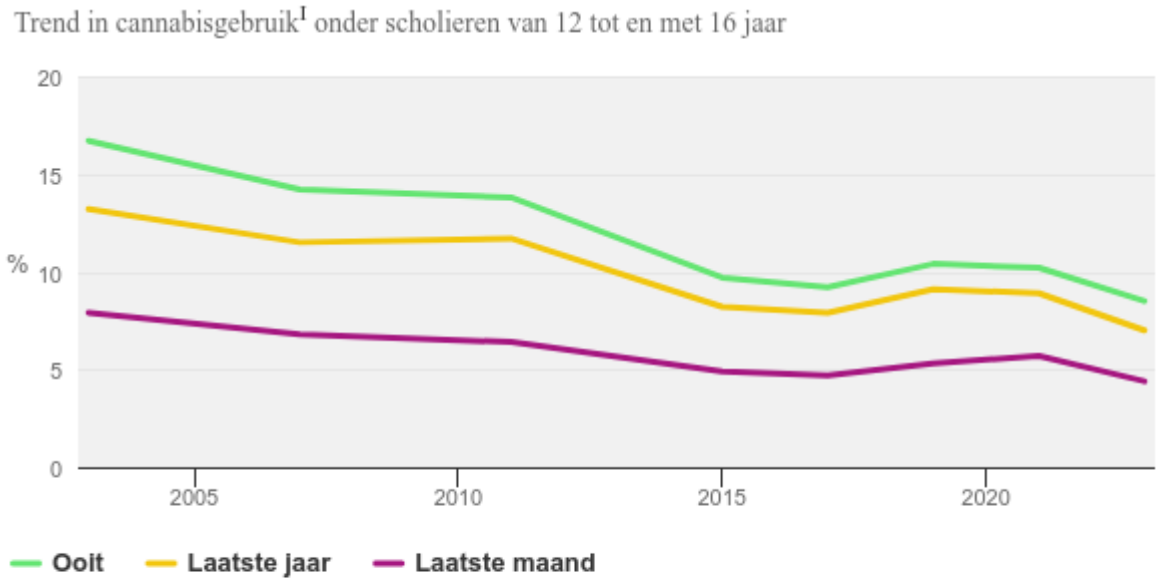
3.3.2 Veranderingen in cannabisgebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

Is het cannabisgebruik onder scholieren veranderd?

In het kort: Het percentage scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) dat cannabis gebruikt (ooit, laatste jaar en laatste maand) is in 2023 iets lager dan in 2019 en 2021, maar het verschil is niet significant.

Cannabisgebruik is sinds de vorige meting stabiel, maar op lange termijn gedaald

Het gebruik van cannabis (ooit, laatste jaar, laatste maand) onder 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs is in 2023 niet veranderd vergeleken met de vorige metingen in 2019 en 2021. Vergeleken met de eerste meting in 2003 is het cannabisgebruik in 2023 wel lager.



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: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor

NDM

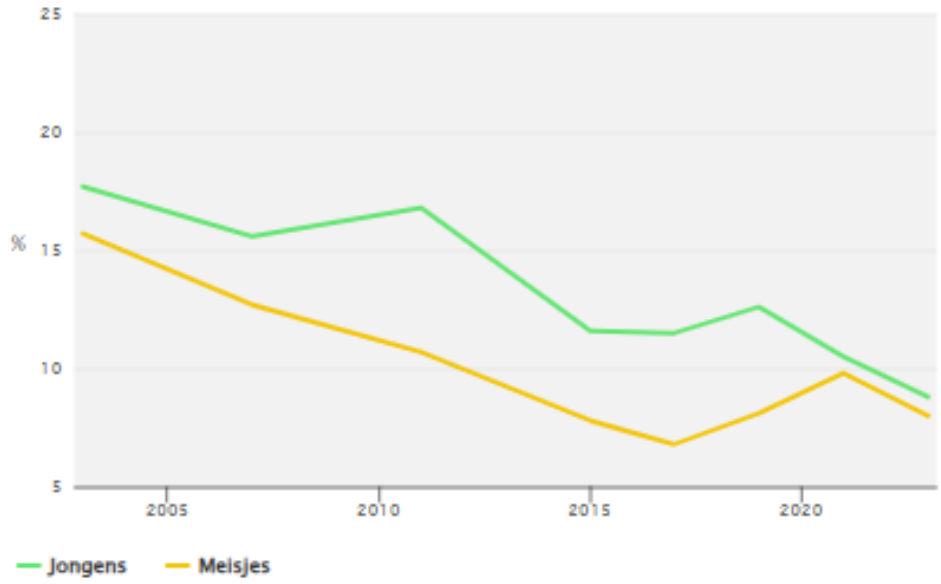
	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
2003	16,7	13,2	7,9

	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
2005			
2007	14,2	11,5	6,8
2009			
2011	13,8	11,7	6,4
2013			
2015	9,7	8,2	4,9
2017	9,2	7,9	4,7
2019	10,4	9,1	5,3
2021	10,2	8,9	5,7
2023	8,5	7,0	4,4

Cannabisgebruik onder jongens en meisjes op lange termijn gedaald

In 2023 lijken de percentages cannabisgebruik (ooit, laatste jaar, laatste maand) onder jongens en meisjes iets lager dan in 2021, maar de verschillen zijn niet significant. Onder zowel jongens als meisjes is het percentage dat cannabis heeft gebruikt in 2023 lager dan in 2003.

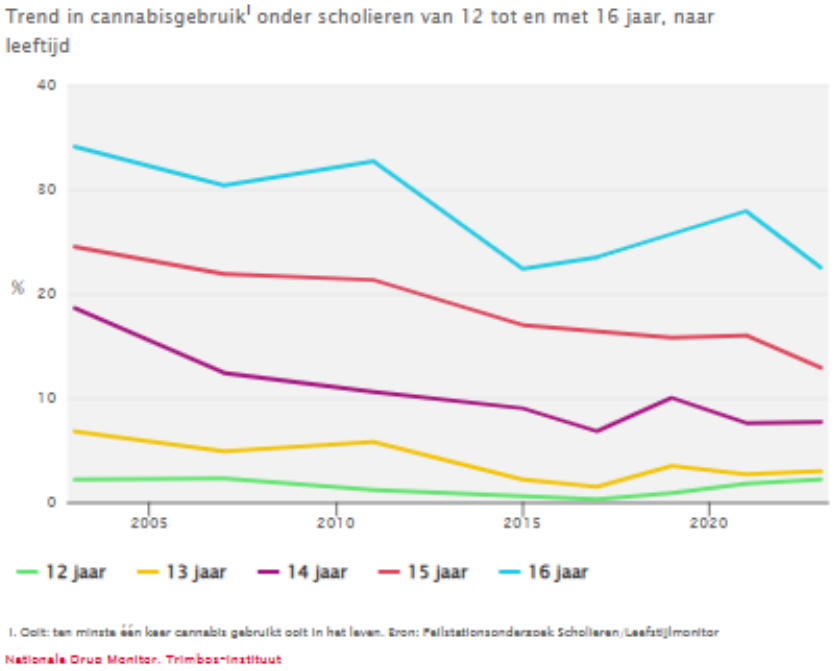
Trend in cannabisgebruik[1] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar geslacht



1. Ooit: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

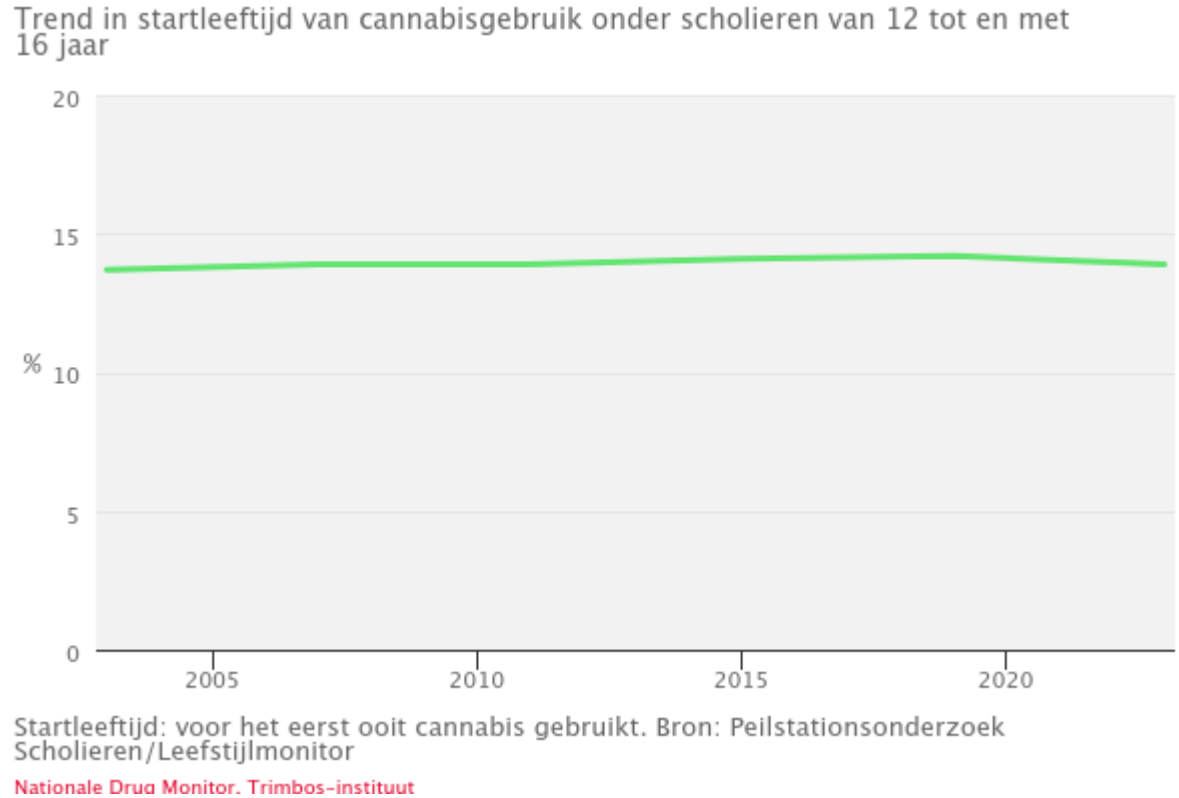
Cannabisgebruik onder alle leeftijden op lange termijn gedaald; alleen onder 12-jarigen stabiel laag

Tussen 2021 en 2023 is er voor geen van de leeftijdsgroepen een significante verandering in het gebruik van cannabis. Sinds de eerste meting in 2003 is het gebruik van cannabis (ooit, laatste jaar) onder 12-jarigen stabiel laag. Voor de andere leeftijden is het cannabisgebruik in 2023 wel lager dan in 2003.



Startleeftijd cannabisgebruik op lange termijn stabiel

Tussen 2003 en 2019 nam de gemiddelde startleeftijd geleidelijk toe, waarna het in 2023 licht gedaald lijkt te zijn. Maar de verschillen tussen 2019 en 2023 zijn niet statistisch significant. De gemiddelde startleeftijd (onder ooitgebruikers) is in 2023 (13,9 jaar) ongeveer gelijk aan 2003 (13,7 jaar).



	Voor het eerst ooit cannabis gebruikt
2003	13,7
2005	
2007	13,9
2009	
2011	13,9
2013	
2015	14,1
2017	
2019	14,2
2021	
2023	13,9

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de

onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor
2. GGD'en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jeugd 2023 [Internet]. 2024. Available from: https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50131NED/table?ts=1716872576764

3.3.3 Gebruikspatronen van cannabis en wijze van verkrijgen

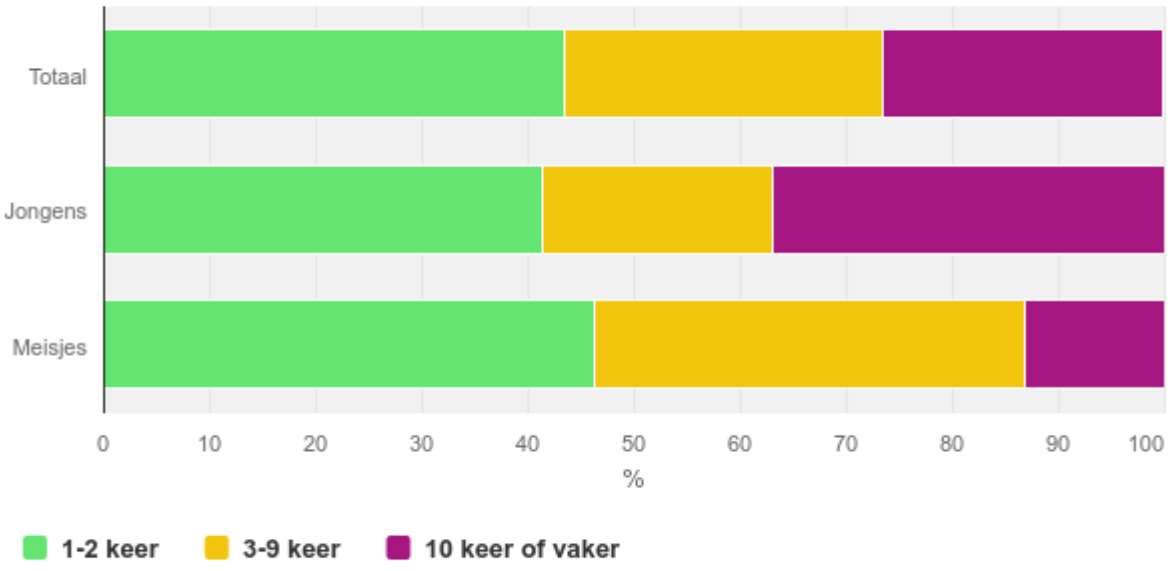
Hoe vaak gebruiken scholieren cannabis en hoe komen zij er aan?

In het kort: Van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, deed ruim twee op de vijf dit één of twee keer per maand. Laatste-maand-gebruikers roken gemiddeld 1,4 joints per keer. Daarnaast heeft ruim een derde van de laatste-maand-gebruikers weleens cannabis gebruikt tijdens schooltijd. Bijna de helft van de scholieren die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, krijgt meestal wiet of hasj van anderen of rookt met anderen mee.

Twee op de vijf laatste-maand-gebruikers gebruiken één of twee keer per maand; een kwart gebruikt vaker

Van de scholieren die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, deed ruim twee op de vijf (43,4%) dit één of twee keer. Een kwart (26,5%) deed dit tien keer of vaker. Het percentage laatste-maand-gebruikers dat tien keer of vaker cannabis gebruikt is ruim twee keer hoger onder jongens (36,8%) dan onder meisjes (13,3%).

Aantal keren cannabis gebruikt onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, totaal en naar geslacht. Peiljaar 2023.



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

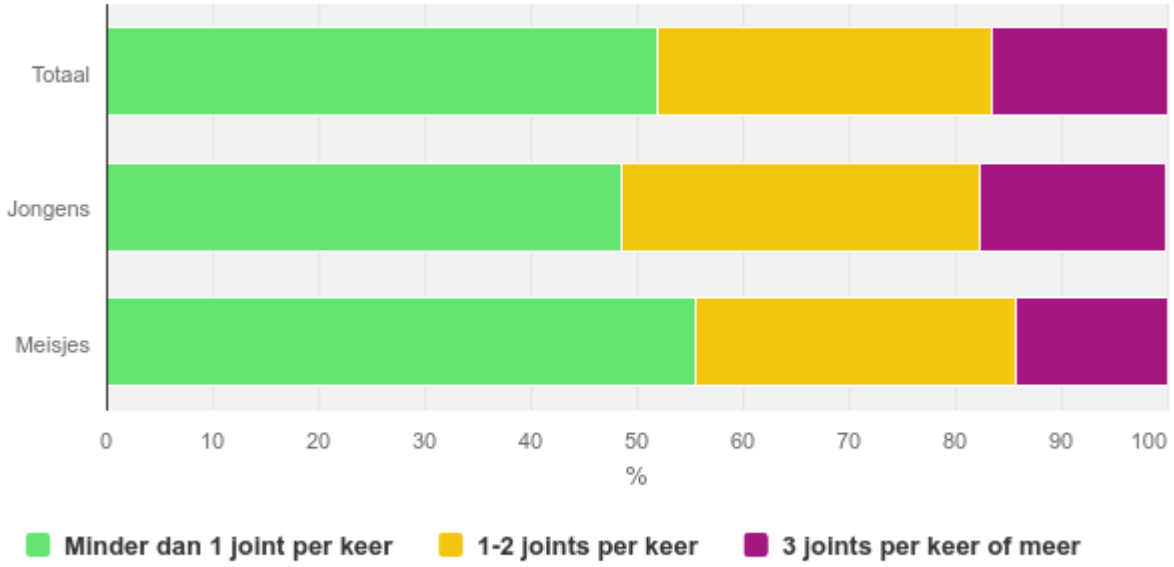
NDM

	1-2 keer	3-9 keer	10 keer of vaker
Totaal	43,4	30,0	26,5
Jongens	41,4	21,8	36,8
Meisjes	46,4	40,4	13,3

Laatste-maand-gebruikers roken gemiddeld 1,4 joints per keer

De scholieren die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt roken gemiddeld 1,4 joints per keer. Jongens en meisjes roken gemiddeld evenveel joints per keer. De helft (51,9%) van de laatste-maand-gebruikers rookt minder dan 1 joint per keer. Bijna één op de drie (31,6%) rookt 1-2 joints per keer en bijna één op de zes (16,5%) rookt 3 of meer joints per keer.

Aantal joints per keer onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, totaal en naar geslacht. Peiljaar 2023



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

joints per keer	Minder dan 1 joint per keer	1-2 joints per keer	3 joints per keer of meer
Totaal	51,9	31,6	16,5
Jongens	48,6	33,8	17,5
Meisjes	55,5	30,2	14,3

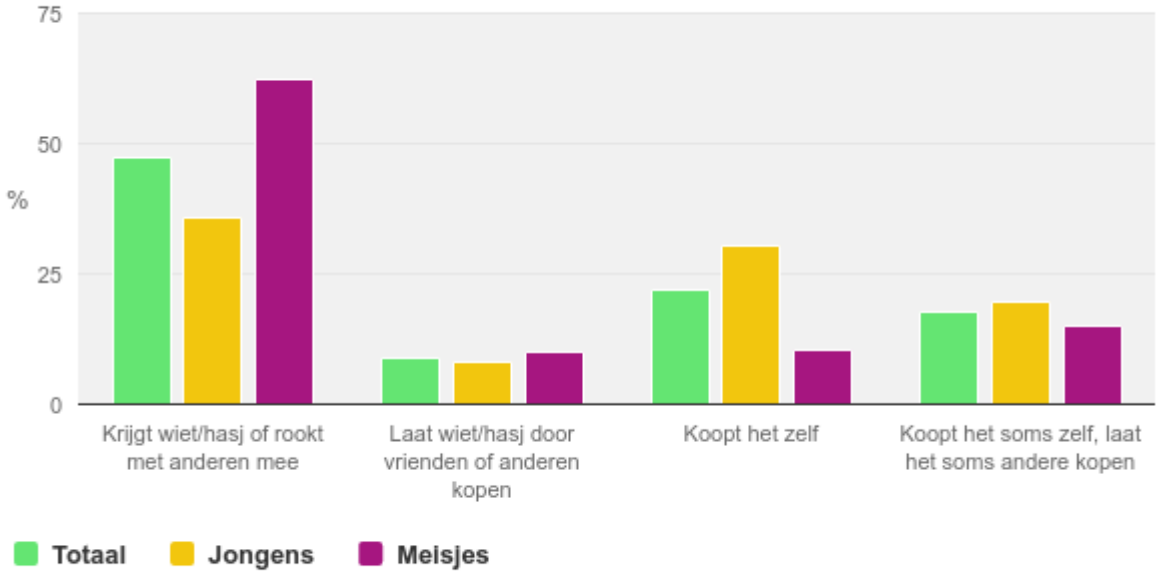
Ruim één op de drie laatste-maand-gebruikers gebruikt cannabis tijdens schooltijd

Van de scholieren die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt deed ruim een derde (38,5%) dit tenminste één keer tijdens schooltijd (tussenuren of pauze). Een groter deel van de jongens (44,1%) doet dit vergeleken met meisjes (31,3%). Van *alle* scholieren gaat het om een relatief kleine groep die wel eens wiet of hasj gebruikt onder schooltijd, namelijk 1,7% (2,1% onder jongens en 1,2% onder meisjes).

Laatste-maand-gebruikers krijgen meestal cannabis van anderen of roken met andere mee

Van de scholieren die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt krijgt bijna de helft (47,0%) de wiet of hasj van anderen of rookt met anderen mee. Ongeveer één op de vijf (21,7%) koopt meestal zelf wiet/hasj en 8,7% laat het meestal kopen door vrienden of anderen. Daarnaast geeft 17,5% aan dat alle drie de opties voorkomen: soms kopen ze het zelf, soms laten ze het kopen door anderen en soms krijgen ze het of roken mee. Een groter deel van de meisjes krijgt wiet of hasj of rookt met anderen mee, terwijl een groter deel van de jongens het zelf koopt.

Wijze van verkrijgen van wiet of hasj onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, totaal en naar geslacht. Peiljaar 2023.



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

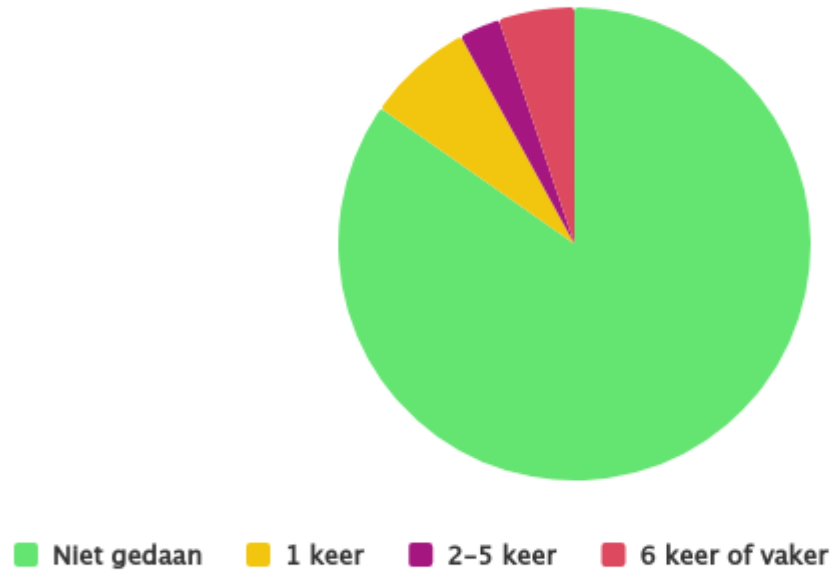
NDM

	Totaal	Jongens	Meisjes
Krijgt wiet/hasj of rookt met anderen mee	47,0	35,7	62,0
Laat wiet/hasj door vrienden of anderen kopen	8,7	7,8	9,8
Koopt het zelf	21,7	30,3	10,2
Koopt het soms zelf, laat het soms andere kopen	17,5	19,5	14,9

Laatste-jaar-gebruikers kopen cannabis meestal niet zelf in een coffeeshop

Van de scholieren die in het laatste jaar cannabis hebben gebruikt, kocht de ruime meerderheid (84,8%) dit niet zelf in een coffeeshop. 7,3% heeft dit één keer gedaan, 2,8% deed dit 2-5 keer en 5,2% heeft 6 keer of vaker zelf wiet of hasj in een coffeeshop gekocht. Dit is opvallend, want coffeeshops mogen geen cannabis verkopen aan jongeren onder de 18 jaar.

Zelf kopen van wiet of hasj in een coffeeshop onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar die het laatste jaar cannabis hebben gebruikt. Peiljaar 2023.



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023
Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Wiet/hasj gekocht in een coffeeshop
Niet gedaan	84,8
1 keer	7,3
2-5 keer	2,8
6 keer of vaker	5,2

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een

aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor
2. GGD'en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jeugd 2023 [Internet]. 2024. Available from: https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50131NED/table?ts=1716872576764

3.3.4 Cannabisgebruik onder studenten

Hoeveel studenten gebruiken cannabis?

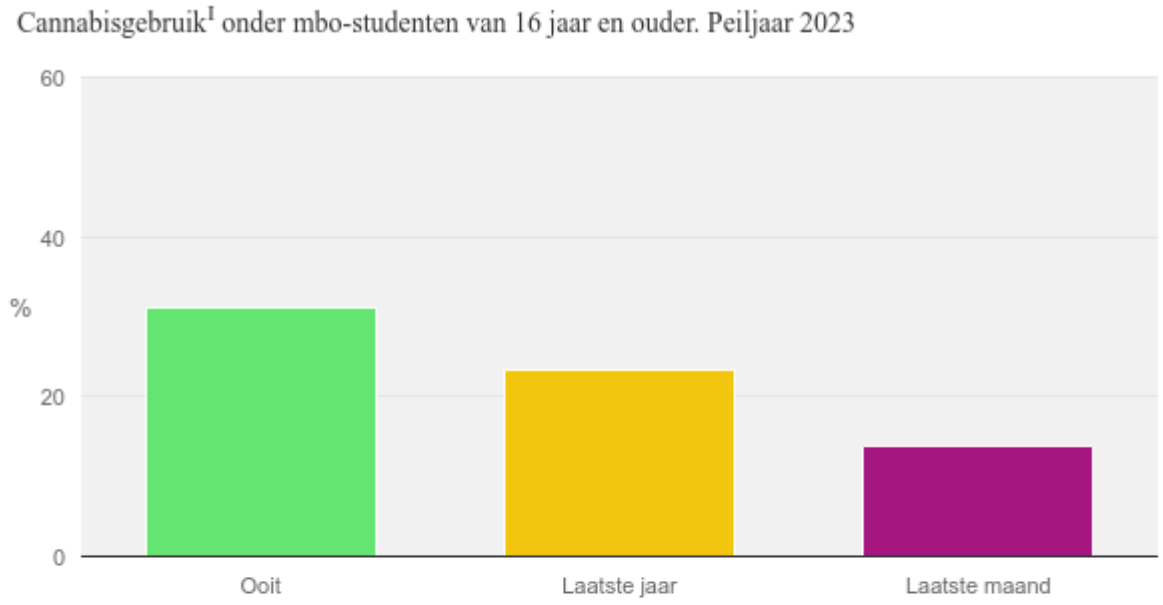
In het kort: Cannabis is de meest gebruikte drug onder studenten van 16 jaar en ouder van het mbo, hbo en de universiteit. In 2023 gebruikte bijna een kwart (23,2%) van de mbo-studenten cannabis in het laatste jaar en bijna één op de drie (29%) hbo- en universiteitsstudenten. Het cannabisgebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 gedaald van 31,9% naar 25,9%. Wekelijks gebruik van cannabis onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 gedaald van 8% naar 6%.

Snel naar:
Mbo-studenten
Hbo- en universiteitsstudenten

Hoeveel mbo-studenten gebruiken cannabis?

Bijna een kwart van de mbo-studenten gebruikte in het laatste jaar cannabis

In 2023 hadden drie op de tien (30,9%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit cannabis gebruikt. Bijna een kwart (23,2%) gebruikte cannabis in het laatste jaar en ruim één op de acht (13,8%) gebruikte in de laatste maand [1]. Cannabis is daarmee de meest gebruikte drug onder mbo-studenten.



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: Mbo–middelenmonitor, 2023

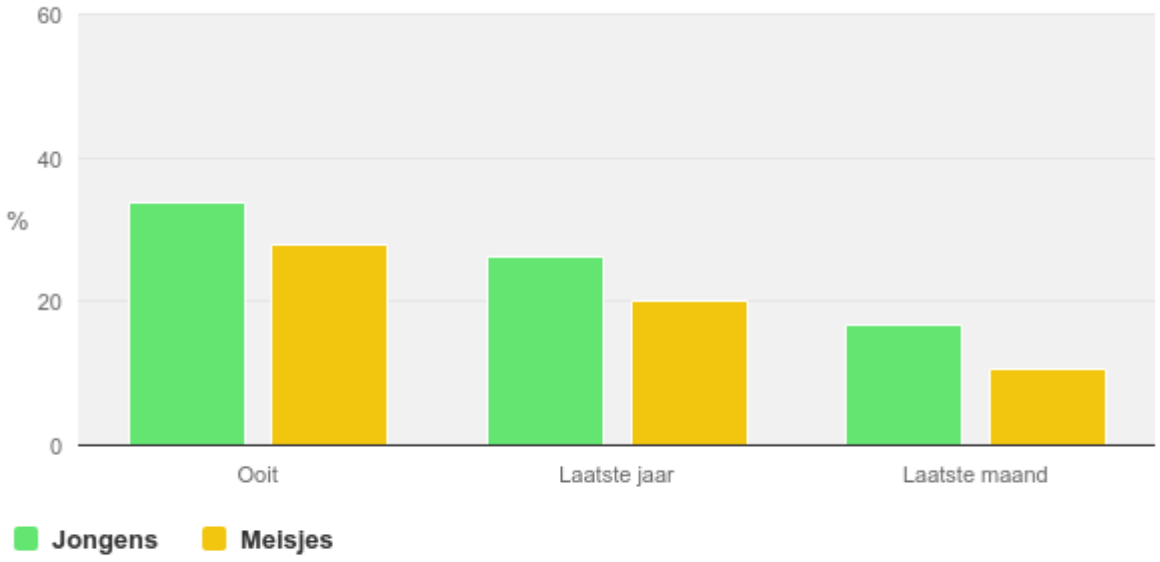
NDM

	Totaal
Ooit	30,9
Laatste jaar	23,2
Laatste maand	13,8

Cannabisgebruik is hoger onder jongens dan onder meisjes

Het gebruik van cannabis ooit in het leven was hoger onder jongens (33,6%) dan onder meisjes (27,9%). Dit geldt ook voor het gebruik in het laatste jaar en in de laatste maand [1].

Cannabisgebruik[I] onder mbo-studenten van 16 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2023.



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: Mbo–middelenmonitor, 2023

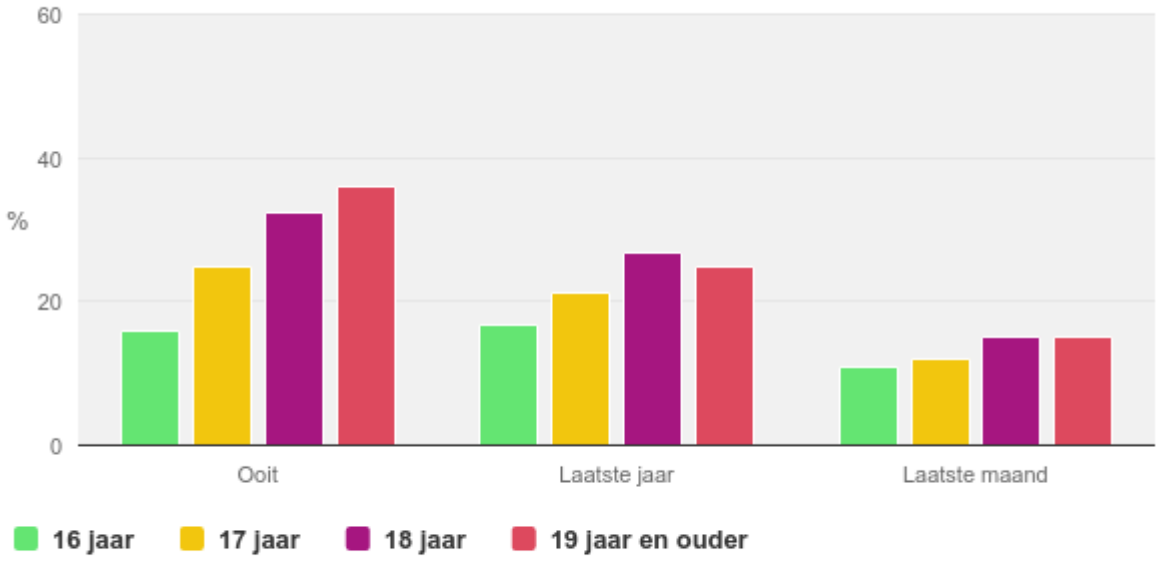
NDM

	Jongens	Meisjes
Ooit	33,6	27,9
Laatste jaar	26,2	20,0
Laatste maand	16,6	10,6

Cannabisgebruik stijgt met de leeftijd

Het gebruik van cannabis ooit in het leven en in het laatste jaar steeg met de leeftijd. Echter, het verschil tussen 18-jarigen en 19-plussers was niet statistisch significant. Ook het gebruik in het laatste jaar verschilt niet significant tussen 17-jarigen en 19-plussers. Er waren geen verschillen in het gebruik in de laatste maand tussen de verschillende leeftijden [1].

Cannabisgebruik[I] onder mbo-studenten van 16 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



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: Mbo–middelenmonitor, 2023

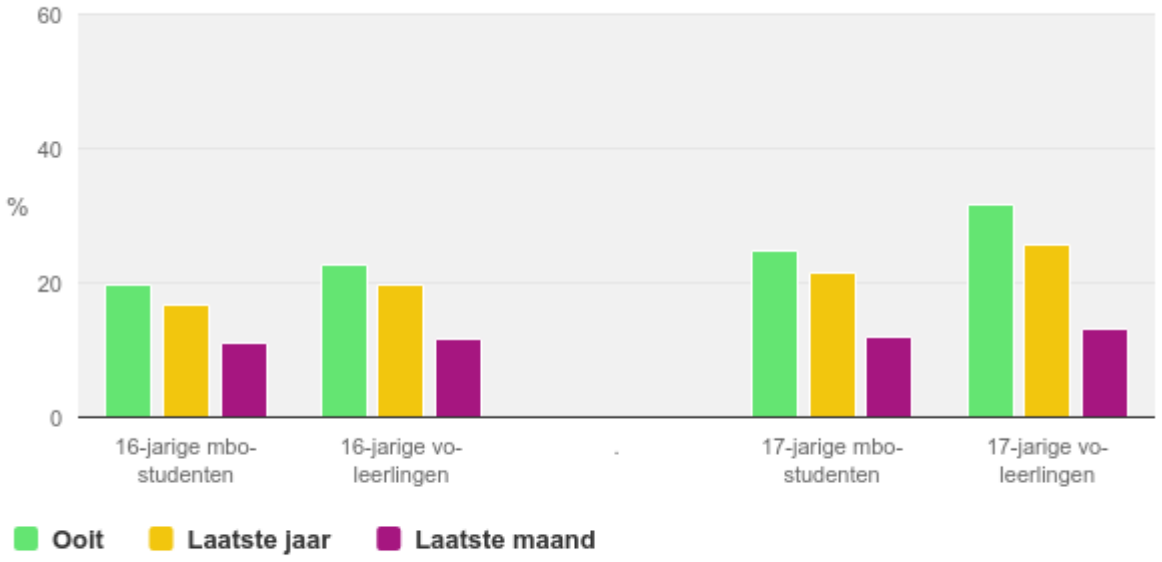
NDM

	16 jaar	17 jaar	18 jaar	19 jaar en ouder
Ooit	15,9	24,6	32,1	35,9
Laatste jaar	16,7	21,2	26,6	24,6
Laatste maand	10,8	11,9	15,0	14,8

Cannabisgebruik verschilt niet tussen 16- en 17-jarige mbo-studenten en vo-leerlingen van dezelfde leeftijd

Het cannabisgebruik ooit in het leven onder 16- en 17-jarige mbo-studenten verschilde niet met leerlingen van het voortgezet onderwijs (vo) van dezelfde leeftijd. Dit geldt ook voor het gebruik in het laatste jaar en in de laatste maand [1].

Cannabisgebruik[I] onder 16- en 17-jarige mbo-studenten en leeftijdsgenoten van het voortgezet onderwijs (vo). Peiljaar 2023.



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: Mbo–middelenmonitor, 2023

NDM

	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
16-jarige mbo-studenten	19,5	16,7	10,8
16-jarige vo-leerlingen	22,5	19,6	11,5
.			
17-jarige mbo-studenten	24,6	21,2	11,9
17-jarige vo-leerlingen	31,5	25,5	12,9

Laatste-maand-gebruikers roken gemiddeld 1,7 joints per keer

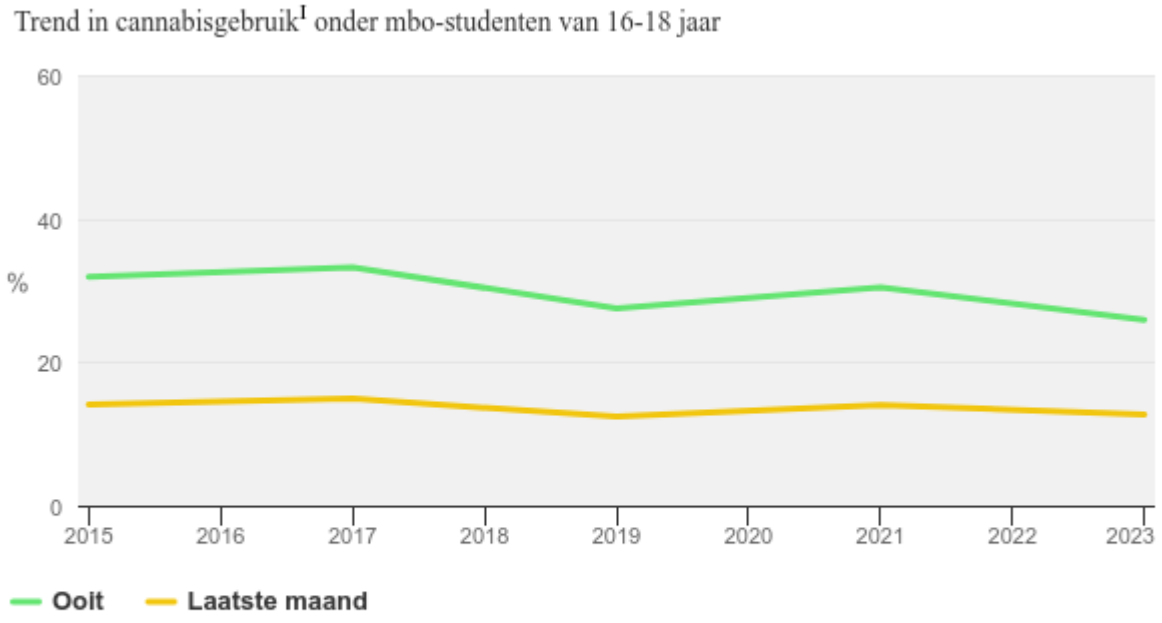
Mbo-studenten die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, rookten gemiddeld 1,7 joints per

keer. Jongens rookten gemiddeld meer joints per keer dan meisjes (1,8 joints versus 1,4 joints) [1].

Cannabisgebruik ooit in het leven is tussen 2015 en 2023 gedaald onder 16-18-jarige mbo-studenten

Het gebruik van cannabis ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten leek in 2023 (25,9%) lager vergeleken met de vorige meting in 2021 (30,4%), maar het verschil is niet statistisch significant. Vergeleken met de eerste meting in 2015 (31,9%) is het cannabisgebruik ooit in het leven in 2023 wel lager. Het gebruik in de laatste maand is tussen 2015 en 2023 niet veranderd (schommelde rond de 13%) [1].

Deze trendgegevens zijn berekend voor 16-18-jarigen en wijken daarom af van de hierboven genoemde percentages over alle mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Het gebruik in het laatste jaar is in 2023 voor het eerst uitgevraagd waardoor er geen trendgegevens zijn.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Mbo–middelenmonitor

NDM

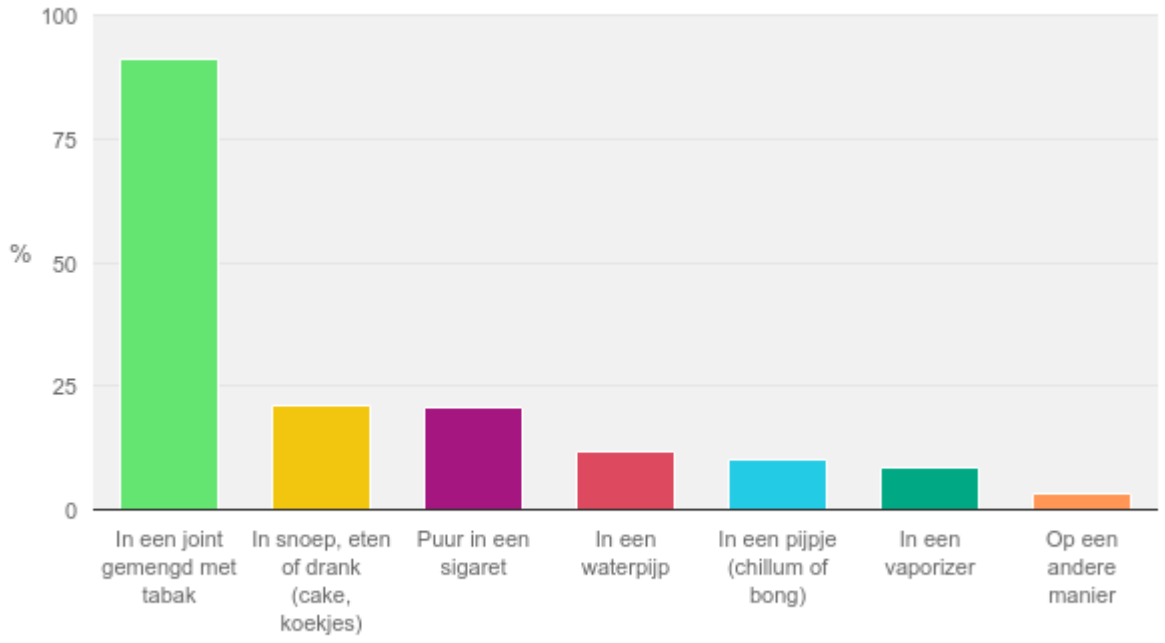
	Ooit	Laatste maand
2015	31,9	14,1
2017	33,2	14,9
2019	27,5	12,4

	Ooit	Laatste maand
2021	30,4	14,0
2023	25,9	12,7

Mbo-studenten gebruiken cannabis meestal in een joint gemengd met tabak

Van de mbo-studenten die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, rookte bijna iedereen (90,9%) cannabis in een joint met tabak. Andere veelgenoemde gebruikswijzen waren cannabis in de vorm van snoep, eten of drank (ook wel: *edibles*, 21,0%) en cannabis puur in een sigaret (20,6%) [1].

Gebruikswijze van cannabis onder mbo-studenten van 16 jaar en ouder die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt. Peiljaar 2023.



Bron: Mbo–middelenmonitor, 2023

NDM

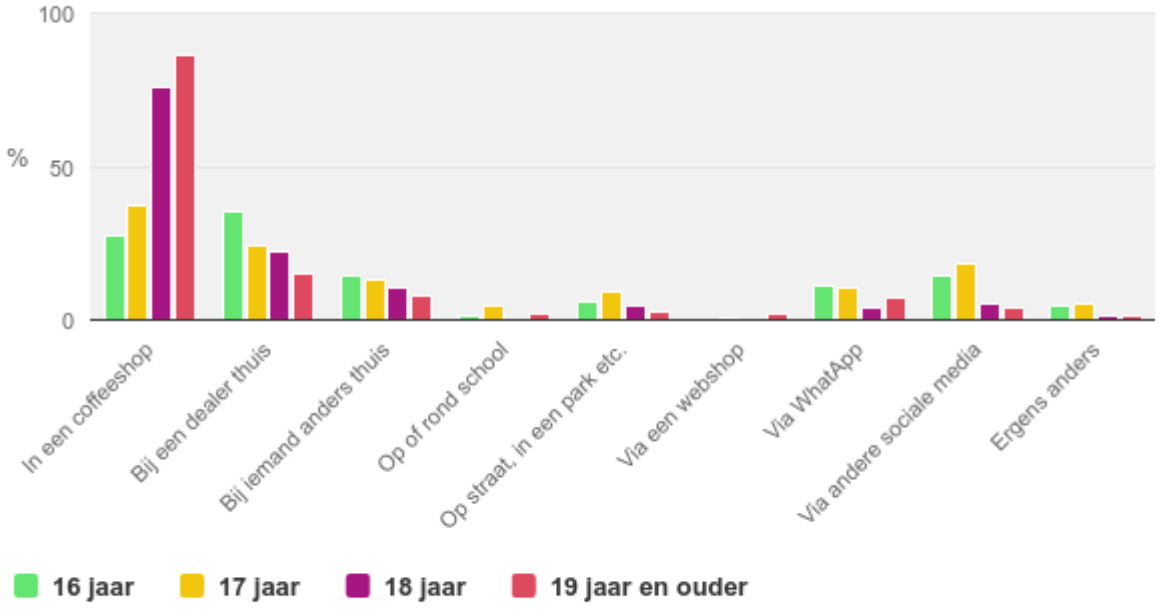
	Totaal
In een joint gemengd met tabak	90,9
In snoep, eten of drank (cake, koekjes)	21,0
Puur in een sigaret	20,6
In een waterpijp	11,6
In een pijpje (chillum of bong)	10,0
In een vaporizer	8,4
Op een andere manier	3,0

Bijna een kwart van de minderjarige mbo-studenten die blowen koopt zelf cannabis in een coffeeshop

Van de minderjarige mbo-studenten (16 en 17 jaar) die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, heeft 74,7% wel eens zelf cannabis gekocht. Dit percentage is gestegen ten opzichte van de vorige meting in 2021 (60,4%) [1].

Hoewel coffeeshops geen cannabis mogen verkopen aan minderjarigen, kocht meer dan een kwart (26,9%) van de 16-jarige laatste-maand-gebruikers en 36,7% van de 17-jarige laatste-maand-gebruikers weleens zelf cannabis in een coffeeshop. Verder werd “bij een dealer thuis” vaak genoemd (35,2% van de 16-jarigen en 23,9% van de 17-jarigen) en kochten minderjarige mbo-studenten opvallend vaak cannabis via WhatsApp of andere sociale media [1].

Locaties waar zelf cannabis gekocht wordt onder mbo-studenten die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



Bron: Mbo–middelenmonitor, 2023

NDM

	16 jaar	17 jaar	18 jaar	19 jaar en ouder
In een coffeeshop	26,9	36,7	75,8	85,7
Bij een dealer thuis	35,2	23,9	22,1	14,7
Bij iemand anders thuis	13,8	12,9	10,3	7,4
Op of rond school	1,1	4,5	0,0	1,8
Op straat, in een park etc.	5,6	8,6	4,4	2,6
Via een webshop	0,0	0,6	0,0	1,6
Via WhatApp	10,5	10,3	3,7	6,8
Via andere sociale media	14,0	18,0	4,6	3,7

	16 jaar	17 jaar	18 jaar	19 jaar en ouder
Ergens anders	4,3	4,9	1,1	1,3

Regionale gegevens over het gebruik van cannabis onder mbo-studenten

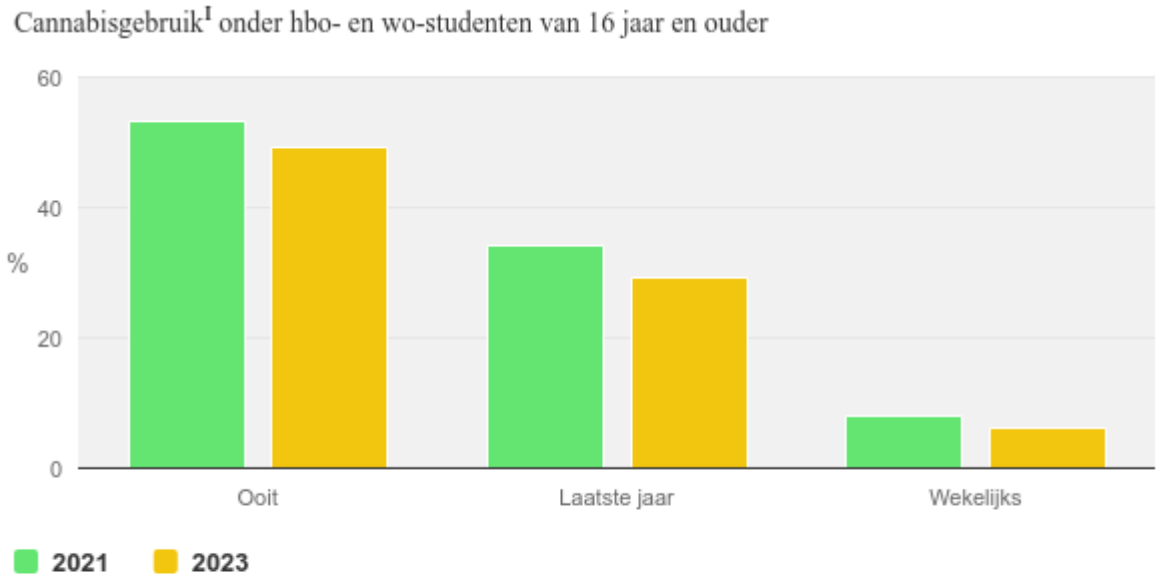
In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 had vier op de tien (41%) van de Amsterdamse mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit cannabis gebruikt. Ongeveer een derde (31%) gebruikte cannabis in het laatste jaar en één op de vijf (20%) gebruikte in de laatste maand. Van de studenten die cannabis in de laatste maand hadden gebruikt, gebruikte één op de vijf (21%) dagelijks [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Hoeveel studenten van het hbo en de universiteit gebruiken cannabis?

Bijna één op de drie hbo- en universiteitsstudenten gebruikte in het laatste jaar cannabis

In 2023 had bijna de helft (49%) van de studenten van het hbo en de universiteit (wo) van 16 jaar en ouder ooit cannabis gebruikt. Bijna één op de drie (29%) gebruikte cannabis in het laatste jaar en 6% wekelijks of vaker [3]. Cannabis is daarmee de meest gebruikte drug onder studenten van het hbo en de universiteit.

Vanwege de lage respons (in 2023 6,5% van het totaal aantal studenten van de 24 deelnemende instellingen), geven deze cijfers een indicatie van middelengebruik, maar kunnen ze niet worden gezien als precieze schattingen van het gebruik in de totale studentenpopulatie (zie ook: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Wekelijks: 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
Wekelijks	8	6

Wekelijks cannabisgebruik komt in sommige groepen hbo- en universiteitsstudenten meer voor dan in andere groepen

De kans op wekelijks cannabisgebruik onder hbo- en universiteitsstudenten was groter onder mannen dan onder vrouwen (9% versus 3%), onder 22-25-jarigen dan onder 16-21-jarigen (7% versus 5%), onder internationale studenten (14%) en onder studenten met een migratieachtergrond (7%) dan onder studenten zonder migratieachtergrond (4%)en onder voltijdsstudenten dan onder niet-voltijdsstudenten (6% versus 3%). Er werden ook een significant verschillen gevonden tussen

16-21-jarigen en 26-29-jarigen en tussen hbo- en universiteitsstudenten, maar deze worden omschreven als ‘heel klein / niet betekenisvol’ [3]. Zie het rapport van de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs voor de samenhang met andere sociaal-demografische kenmerken.

Wekelijks cannabisgebruik onder hbo- en universiteitsstudenten is sinds 2021 licht gedaald

Vergeleken met de eerste meting in 2021 is het percentage wekelijkse gebruikers van cannabis in 2023 licht gedaald van 8% naar 6% [3]. Ook het gebruik van dit middel ooit in het leven en het gebruik in het laatste jaar leken in 2023 iets lager dan in 2021, maar dit is niet statistisch getoetst.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo-studenten

De Mbo-Middelenmonitor [1] onderzoekt het middelengebruik onder mbo-studenten. In 2023 werd dit onderzoek voor de vijfde keer uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public (nu Verian). Dit jaar werd het onderzoek alleen uitgevoerd onder mbo-studenten, terwijl eerdere metingen (in 2015, 2017, 2019 en 2021) ook hbo-studenten betrokken. In 2023 namen 4.448 mbo-studenten van 16 jaar en ouder deel aan het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 op 64 mbo-locaties. In totaal werden 6.053 studenten willekeurig benaderd door onderzoeksassistenten om een digitale vragenlijst in te vullen.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

Hbo- en universiteitsstudenten

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs [3] onderzoekt de mentale gezondheid en het middelengebruik van studenten van het hbo en de universiteit (wo) om de twee jaar. Dit onderzoek is in 2023 voor de tweede keer uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het RIVM, de GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. In 2023 vulden 32.217 hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder alle vragen over middelengebruik in. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 bij 24 onderwijsinstellingen in heel Nederland. De deelnemende onderwijsinstellingen stuurden een uitnodiging naar studenten van 16 jaar en ouder om de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd ook in het Engels aangeboden voor buitenlandse studenten. Het onderzoek heeft enkele belangrijke beperkingen, zoals een laag responspercentage van 6,5% in 2023 en de onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde

groepen studenten. De data zijn wel gewogen om deze representatiever te maken, maar het is mogelijk dat de resultaten nog steeds vertekend zijn en niet volledig representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland.

Vanwege verschillen in methodes van dataverzameling zijn de resultaten van de Mbo-Middelenmonitor, de Antenne Amsterdam en de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs niet direct met elkaar te vergelijken.

Bronnen

1. K. Morren, S. Van Dorsselaer, K. Monshouwer. Factsheet: Middelengebruik onder mbo-studenten 2023. Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. 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.

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

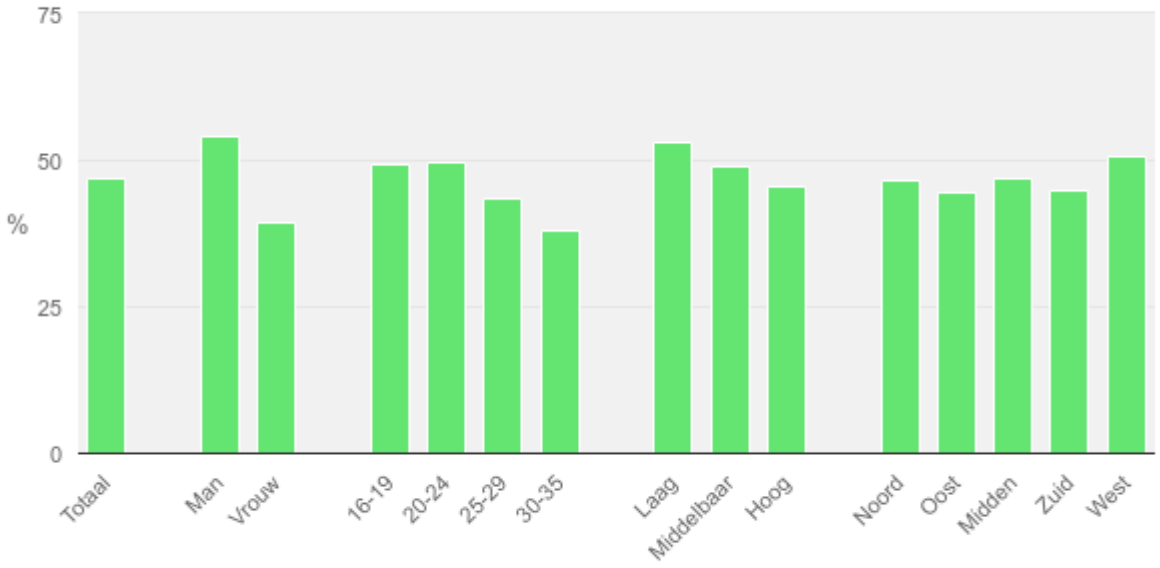
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 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

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen gebruiken cannabis?

In het kort: Jongeren in de jeugdzorg, in Justitiële Jeugdinrichtingen en in cluster 4 van het voortgezet speciaal onderwijs (vso) gebruiken vaker cannabis dan leeftijdsgenoten in het regulier onderwijs. Jongeren in het praktijkonderwijs of jongeren in cluster 3 van het vso gebruiken juist wat minder vaak cannabis dan leeftijdsgenoten uit het regulier onderwijs. In groepen risicojongeren komt het gebruik van cannabis ook veel voor. Jongerenwerkers zien in deze groepen veel dagelijks en problematisch cannabisgebruik.

Snel naar:
Scholieren van het praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Jongeren in de residentiële jeugdzorg
Groepen risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen ‘kwetsbare groepen jongeren’. Wij gebruiken de term ‘kwetsbare groepen jongeren’ om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg, in jeugddetentie of in het voorgezet speciaal onderwijs (vso) zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo’n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel scholieren in het praktijkonderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs gebruiken cannabis?

Cannabisgebruik komt het vaakst voor onder cluster 4 scholieren

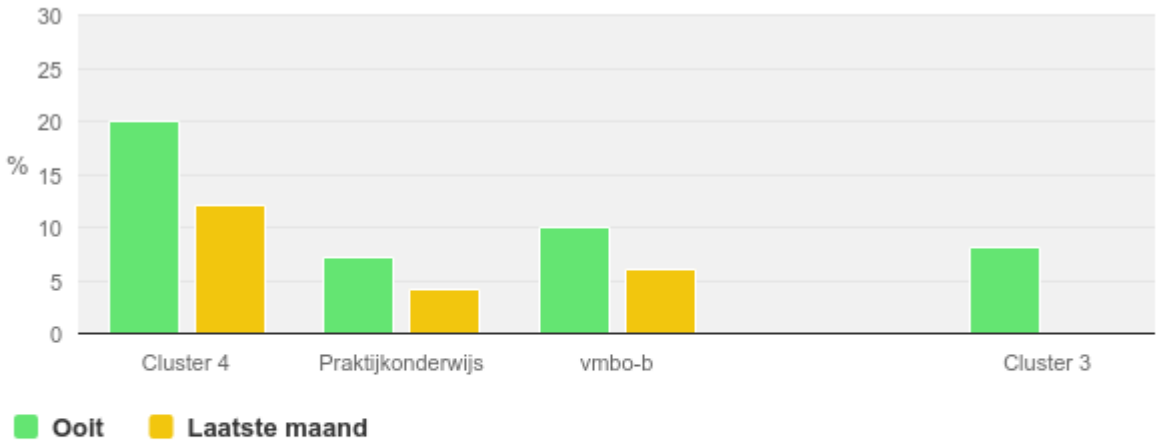
In 2019 gebruikte één op de vijf (20%) scholieren in cluster 4 ooit cannabis [2]. Dat is hoger dan het gebruik ooit in het leven onder scholieren van het praktijkonderwijs (7%) of cluster 3 (8%, verschil niet getoetst op significantie) [3]. Cluster 4 scholieren gebruikten twee keer zo vaak ooit cannabis als hun leeftijdsgenoten op het regulier onderwijs (vmbo-b, 10%).

Het gebruik in de laatste maand onder cluster 4 scholieren (12%) is ook hoger dan dat van hun

leeftijdsgenoten op het praktijkonderwijs (4%) en het vmbo-b (6%). Binnen cluster 3 was het aantal cannabisgebruikers in de laatste maand zo laag dat percentages niet genoemd worden. Eén op de twintig (5%) cluster 3 scholieren gebruikten vaker dan één keer in hun leven cannabis.

Cluster 4 scholieren roken de meeste joints per keer (2,7 joints) vergeleken met andere schooltypen (1,7 op het praktijkonderwijs en 2,1 op het vmbo-b).

Cannabisgebruik onder scholieren van verschillende schooltypen. Peiljaar 2019.



Gegevens over scholieren uit cluster 3 komen uit een ander onderzoek dan de gegevens over cluster 4 en het praktijkonderwijs. Ook de gegevens over scholieren van het vmbo–b komen uit een ander onderzoek. De methoden van dataverzameling verschillen tussen deze onderzoeken. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos–instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand
Cluster 4	20	12
Praktijkonderwijs	7	4
vmbo-b	10	6
Cluster 3	8	

Cannabisgebruik neemt af onder scholieren van alle schooltypen

Het gebruik van cannabis ooit in het leven onder scholieren van alle schooltypen daalde sterk in de periode 2008-2019. In cluster 4 daalde het aandeel scholieren dat ooit cannabis gebruikte van 37% naar 20%. In het praktijkonderwijs daalde dit aandeel van 13% naar 7%. Ook op het vmbo-b nam het aandeel scholieren dat ooit cannabis had gebruikt af, van 15% in 2007 naar 10% in 2019. Daarnaast nam het gebruik in de laatste maand af, maar dit was alleen significant onder scholieren in het cluster 4 onderwijs (van 22% naar 12%).

Cluster 3 scholen werden voor het eerst in 2019 onderzocht. Daarom zijn er geen trendgegevens voor deze groep beschikbaar.

Het verschil tussen jongens en meisjes is afhankelijk van schooltype

In cluster 4 gebruikten in 2019 meer meisjes (27%) dan jongens (17%) ooit cannabis. Op andere schooltypen is het juist andersom. In het praktijkonderwijs en cluster 3 gebruikten jongens vaker ooit cannabis dan meisjes, hoewel dit verschil niet significant is (praktijkonderwijs: 9% versus 5%, cluster 3: 10% versus 4%). Ook op het vmbo-b hebben meer jongens (12%) ervaring met cannabisgebruik dan meisjes (6%).

Scholieren met verschillende herkomst ongeveer even veel ervaring met cannabisgebruik

In het praktijkonderwijs en het cluster 4 onderwijs zijn er geen significante verschillen gevonden in ervaring met cannabisgebruik tussen groepen van verschillende herkomst. Alleen onder vmbo-b scholieren verschillen alleen de westerse en niet-westerse groep significant van elkaar wat betreft ooitgebruik van cannabis.

Geen verschillen tussen schooltypen rondom gebruik onder schooltijd

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.

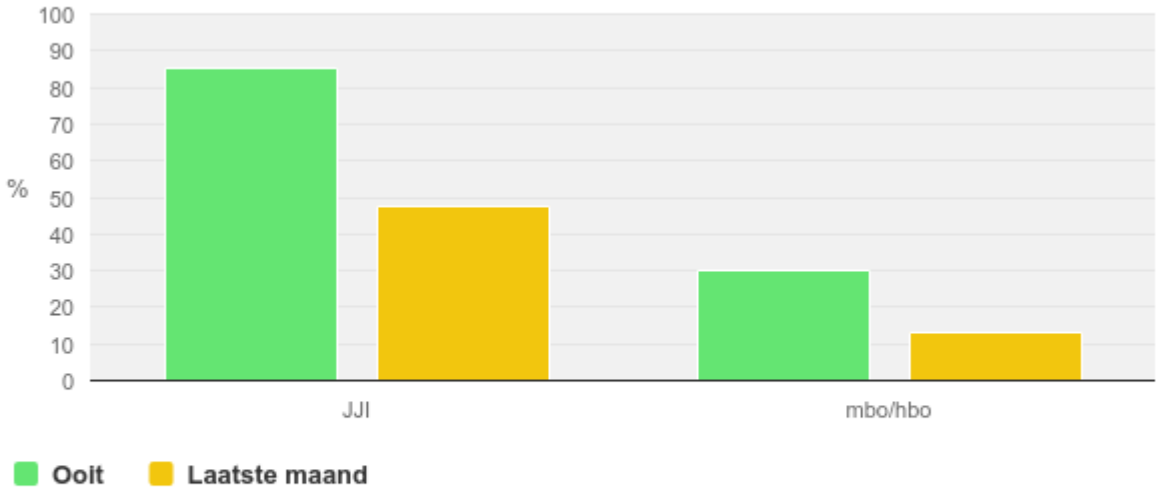
Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen gebruiken cannabis?

Jongeren die in een Justitiële Jeugdinrichting verblijven gebruiken relatief vaak cannabis

In 2022 hadden bijna negen op de tien jongeren die verblijven in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) ooit cannabis gebruikt (85%) en bijna de helft deed dit in de laatste maand [4]. Het gebruik van cannabis is onder jongeren in de JJI duidelijk hoger dan onder leeftijdgenoten op het mbo/hbo (ooit: 30%, laatste maand: 13%).

Van de jongeren in een JJI die in 2022 de laatste maand cannabis hebben gebruikt (n = 52), heeft twee derde (67%) dit vier keer of vaker gedaan. De rest van de jongeren gebruikte twee of drie keer (19%) of één keer (14%) in de laatste maand. Gemiddeld rookten de laatste-maand-gebruikers 5,5 joints per keer. Ook dit is relatief veel. Ter vergelijking, onder studenten van het mbo/hbo rookten de laatste-maand-gebruikers in 2021 1,5 joints per keer [5].

Cannabisgebruik onder leeftijdsgenoten in de Justitiële Jeugdinrichtingen (peiljaar 2022), vergeleken met jongeren op het mbo/hbo (peiljaar 2019).



De cijfers van het EXPLORE–onderzoek in de JJI (2022) en de mbo/hbo monitor van 2019 zijn afkomstig uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos–instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand
JJI	85	47
mbo/hbo	30	13

Geen vergelijking mogelijk met eerdere meting

In 2009 werd het middelengebruik onder jongeren in de JJI ook al eens onderzocht. Het gaat hier echter om een ander onderzoek met een andere manier van vraagstelling. Omdat de vraagstelling naar het gebruik van cannabis tussen deze twee onderzoeken te verschillend is, kan er geen vergelijking over de tijd gemaakt worden.

Gebruik van cannabis komt ook binnen instellingsmuren regelmatig voor

Negen op de tien jongeren die in de laatste maand cannabis gebruikten (n = 52), deden dit (ook) in de inrichting (90%). Alle jongeren die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, deden dit ook al voordat ze in de inrichting werden geplaatst. Van deze jongeren gebruikt de meerderheid (67%) minder cannabis dan voordat ze in de inrichting werden geplaatst. Eén op de vijf (19%) geeft aan juist meer cannabis te gebruiken sinds ze in de JJI verblijven.

Veel jongeren in de JJI gebruiken cannabis om met stress en verveling om te gaan

Jongeren in de JJI die de laatste maand cannabis hadden gebruikt, is gevraagd naar hun redenen hiervoor. Jongeren in de JJI noemen vaak coping-motieven als reden om cannabis te gebruiken. Met coping bedoelen we de manier waarop mensen met stress en problemen omgaan. Zo gaven veel jongeren aan cannabis te gebruiken “om minder stress te hebben” (77%) en “tegen de verveling” (77%). De meest voorkomende reden om cannabis te gebruiken was “omdat het gevoel lekker is” (87%).

Hoeveel jongeren in de residentiële jeugdzorg gebruiken cannabis?

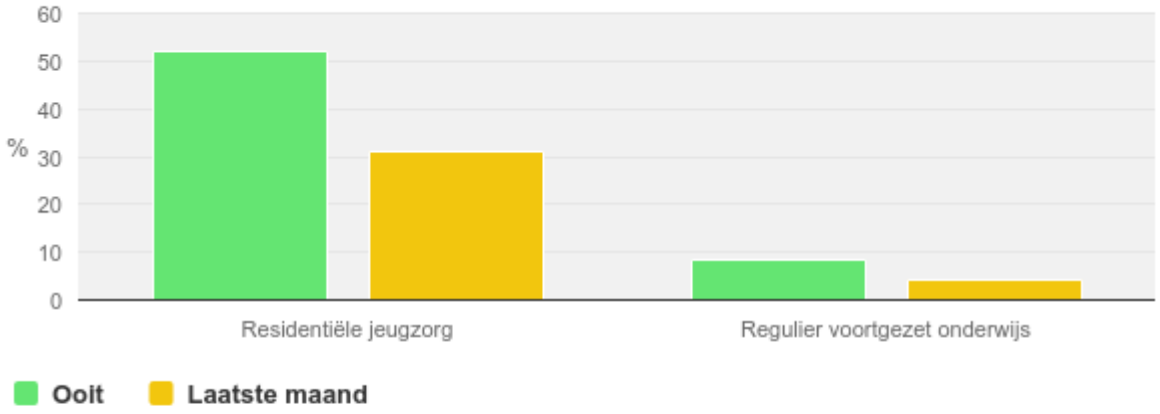
Cannabisgebruik komt vaker voor onder jongeren in de residentiële jeugdzorg dan onder leeftijdsgenoten in het regulier onderwijs

Ruim zes op de tien jongeren (leeftijd: 12-25) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) (62%) hebben in 2020 ooit cannabis gebruikt [6]. Bijna vier op de tien (39%) hebben de laatste maand cannabis gebruikt.

Jongeren in de RJZ (12 t/m 15 jaar) hebben vaker ooit cannabis gebruikt (52%) dan hun leeftijdsgenoten in het reguliere voortgezet onderwijs (8%). Ook hebben de jongeren in de RJZ vaker in de laatste maand gebruikt (31%) dan scholieren in het reguliere onderwijs (4%). Deze vergelijking is alleen gemaakt voor de 12- t/m 15-jarigen omdat de groep 16- t/m 17-jarige scholieren uit het landelijk scholierenonderzoek niet representatief is voor de algemene populatie (een deel van hen is al van school/naar andere opleidingen).

De jongeren in de RJZ die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, roken gemiddeld 3,5 joints per keer.

Cannabisgebruik onder 12-15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg (peiljaar 2020), vergeleken met leeftijdsgenoten in het regulier voortgezet onderwijs (peiljaar 2019).



De cijfers van het EXPLORE-onderzoek in de residentiële jeugdzorg (RJZ, 2020) en uit het regulier voortgezet onderwijs (2019) zijn afkomstig zijn uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Voor de jongeren in de RJZ is voor de vergelijking alleen gekeken naar jongeren van 12 t/m 15 jaar. Bron: EXPLORE, Trimbos-instituut.

NDM

Groepen	Ooit	Laatste maand
Residentiële jeugzorg	52	31
Regulier voortgezet onderwijs	8	4

Cannabisgebruik onder jongeren in de RJZ ongeveer gelijk gebleven

Het percentage jongeren dat ooit cannabis heeft gebruikt was in 2020 (12 t/m 15 jaar: 52%, 16 t/m 17 jaar: 65%) iets lager dan in 2008 (12-15 jaar: 57%, 16-17 jaar: 73%), maar dit verschil is niet significant. Het percentage gebruikers in de laatste maand is onder de 12- t/m 15-jarigen tussen 2008 en 2020 gelijk gebleven (31%) en onder de 16- en 17-jarigen (niet significant) gestegen van 38% naar 43%.

Cannabisgebruik verschilt niet tussen jongens en meisjes of verschillende

leeftijdsgroepen in de RJZ

Ongeveer evenveel jongens (59%) als meisjes (64%) in de RJZ hebben ooit cannabis gebruikt. Onder de 12- t/m 15-jarigen zijn de percentages het laagst, maar deze zijn niet significant verschillend van de oudere leeftijdsgroepen.

Gebruik onder schooltijd komt bij de helft van de jongeren in de RJZ voor

Van de jongeren die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, antwoordt iets meer dan de helft (54%) dat zij dit in de laatste maand wel eens onder schooltijd hebben gedaan. Dat is ongeveer vergelijkbaar met jongeren in het speciaal voortgezet onderwijs en op het vmbo-b [2]. Ook gebruikt bijna de helft (47%) wel eens cannabis in de jeugdzorginstelling.

Coping-motieven belangrijk onder jongeren in de RJZ

Jongeren in de RJZ noemen vaak coping-motieven als reden om cannabis te gebruiken. Met coping bedoelen we de manier waarop mensen met stress en problemen omgaan. Jongeren gaven aan vaak cannabis te gebruiken “om minder stress te hebben” (79%) en “om rustiger te worden” (89%). Cannabis lijkt vaker gebruikt te worden tegen de stress dan bijvoorbeeld alcohol (26%) of lachgas (31%). De belangrijkste redenen om cannabis te gebruiken zijn voor jongeren in de RJZ echter “omdat het gevoel lekker is” (92%) en “om stoned te worden” (91%).

Hoe ziet het cannabisgebruik in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als ‘kansarme jeugd’, ‘probleemjeugd’ of ‘hangjeugd’ [7].

Cannabis wordt gebruikt in alle onderzochte groepen risicojongeren

Het gebruik van cannabis komt volgens jongerenwerkers relatief veel voor in groepen risicojongeren. Ongeveer even veel als het gebruik van alcohol en tabak. In alle 29 onderzochte groepen kwam cannabisgebruik voor. In meer dan de helft van deze groepen risicojongeren (17) gebruikte een grote

meerderheid tot iedereen in de groep. Er waren geen groepen risicojongeren waarbij minder dan een kwart van de jongeren gebruikte.

Cannabisgebruik bleef stabiel of nam toe in bijna alle groepen risicojongeren

Jongerenwerkers geven aan dat in de meeste groepen risicojongeren (17 van de 29) het gebruik van cannabis niet veranderde in het laatste jaar. In een derde van de groepen (10) nam het cannabisgebruik toe. In twee groepen nam het cannabisgebruik volgens de jongerenwerkers af.

Jongeren in risicogroepen gebruiken vaak dagelijks cannabis

Dagelijks gebruik van cannabis komt in bijna alle groepen risicojongeren (21 van de 29) voor. Dit is anders dan bij bijvoorbeeld alcohol. Dat gebruiken deze jongeren vooral in het weekend. Bij een derde van de groepen risicojongeren zien de jongerenwerkers overmatig of problematisch cannabisgebruik. Soms gaat dit om de hele groep. Maar vaker komt het problematische cannabisgebruik voor bij een enkeling of een aantal jongeren binnen een groep.

Jongerenwerkers geven aan dat veel jongeren niet goed weten wat de risico's van overmatig cannabisgebruik zijn. Ook kunnen de jongeren het eigen problematische gebruik ontkennen of goedpraten. Jongerenwerkers zien dat het overmatige cannabisgebruik negatieve effecten heeft op de jongeren. Er kunnen bijvoorbeeld problemen ontstaan binnen het gezin of op school. Of jongeren krijgen last van mentale problemen.

Cannabisgebruik onder risicojongeren met niet-westerse herkomst meer geaccepteerd

Risicojongeren met een niet-westerse herkomst en een Islamitische achtergrond staan vaak positiever tegenover cannabisgebruik dan tegenover het gebruik van alcohol. In de groepen risicojongeren in de Antenne Regiomonitor die vooral uit niet-westerse jongeren bestaan, is cannabis populairder dan alcohol.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Jongeren in praktijk- en speciaal onderwijs

Het EXPLORE-onderzoek is een landelijk onderzoek naar het middelengebruik onder jongeren in verschillende kwetsbare groepen. In 2019 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik in het praktijkonderwijs en in cluster 3 en cluster 4 van het voortgezet speciaal onderwijs (vso) onderzocht [2,3]. De gegevens van cluster 3 zijn vanwege het lagere niveau van de scholieren op een andere manier onderzocht dan in cluster 4 en het praktijkonderwijs. Dit bemoeilijkt een directe vergelijking. Cluster 4 en het praktijkonderwijs worden daarnaast vergeleken met het vmbo-b. Ook hier geldt dat het om andere onderzoeken gaat. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Dit geldt ook voor de vergelijkingen met het reguliere onderwijs in de andere EXPLORE onderzoeken.

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (Justitiële Jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [4]. Aan het onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. 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 gemiddeld iets jonger zijn.

Jongeren in de jeugdzorg

In 2020 werd in EXPLORE het middelengebruik van jongeren in de residentiële jeugdzorg (RJZ) onderzocht [6]. Het middelengebruik werd gemeten met een vragenlijst. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs. Deze vergelijking moet voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat de onderzoeken niet op dezelfde manier zijn uitgevoerd en de scholieren gemiddeld iets jonger zijn.

Steekproefkenmerken van de landelijke EXPLORE onderzoeken

Groep	Peiljaar	Leeftijd	Totale steekproef
Praktijkonderwijs	2019	12–16 jaar	1118
	2008	12–16 jaar	916
Cluster 4	2019	12–16 jaar	1032
	2008	12–16 jaar	603
Cluster 3	2019	12–16 jaar	266
Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen	2022	14–24 jaar	110
	2009	13–18 jaar	155
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	2020	12–17 jaar	357
	2008	12–17 jaar	531

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten. Alle jongeren- en straathoekwerkers die meededen aan dit onderzoek gaven aanvullende informatie over het cannabisgebruik in de jongerengroepen.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet.

De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [7]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio's in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
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. Rombouts M, Visser D, Onrust S, Tuithof M, Scheffers-van Schayk T, Simon J, et al. Preventie en gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen onder jongeren met een licht verstandelijke beperking in het cluster 3-onderwijs: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek 2019. Trimbos-instituut; 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-instituut; 2022.
5. Monshouwer K, Tuithof M, Van Dorsselaer S. Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2021. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
6. 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.
7. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.

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

3.5.1 Algemene bevolking internationaal

In het kort: Het percentage laatste-jaar-gebruikers van cannabis in Nederland ligt onder volwassenen (15-64 jaar) en onder jongvolwassenen (15-34 jaar) boven het gemiddelde van de Europese Unie.

- Vragenlijstonderzoek
- Rioolwateranalyses in Europese steden

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in een aantal Europese landen [1]. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [2]. In Canada bestaat er hiervoor de Canadian Cannabis Survey (CCS) [3] en in Australië is er het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [4]. De gegevens zijn gebaseerd op vragenlijsten die door deelnemers zelfstandig zijn ingevuld.

Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Ook kan het zijn dat in landen waar het stigma op drugsgebruik hoog is, respondenten minder geneigd zijn om eerlijk te antwoorden over hun drugsgebruik.

Voor het vergelijken van verschillende landen en regio's richt de NDM zich vooral op de resultaten van vragenlijstonderzoek in de nationale bevolking. In aanvulling hierop wordt gebruikgemaakt van andere gegevensbronnen, zoals rioolwateranalyses van het SCORE onderzoek [5]. Op de website van het EMCDDA kunnen de resultaten van deze analyses voor een groot aantal steden in Europa worden gevolgd.

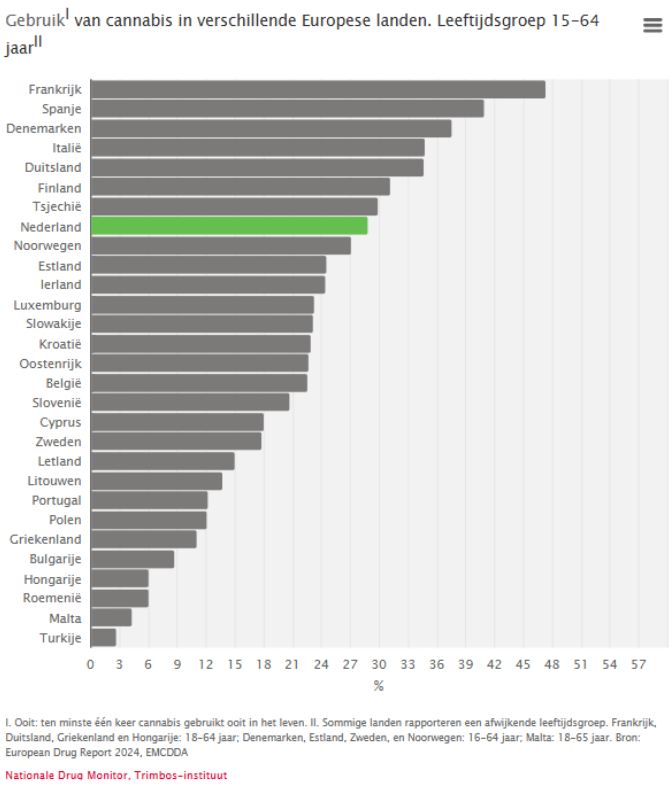
Rioolwateranalyses geven een beeld van de totale hoeveelheid drugs aangetroffen in het rioolwater in een stad. Hiervoor wordt gedurende één week van het jaar gemeten. Een belangrijk voordeel van deze methode is dat deze niet afhankelijk is van zelfrapportage of de bereidheid van mensen om aan onderzoek deel te nemen. Bij vragenlijstonderzoek leidt dit in het algemeen tot onderrapportage van drugsgebruik. Zo nemen zware en problematische gebruikers vaak niet deel aan dit soort onderzoek. Daarnaast worden pieken en dalen in de week zichtbaar en geven jaarlijkse herhalingen een beeld van trends. Beperkingen van rioolwateranalyses zijn onder andere dat niet kan worden vastgesteld hoeveel gebruikers er zijn en wat hun kenmerken zijn. Zo kan het zijn dat een kleine groep mensen veel gebruikt of een grote groep mensen beperkt gebruikt. Daarnaast kan alleen voor cannabis, cocaïne en ketamine met zekerheid worden vastgesteld dat de gemeten hoeveelheden afkomstig zijn van menselijk gebruik. Bij de andere middelen (MDMA en (meth)amfetamine) wordt alleen de stof zelf gemeten. De gemeten waarden in het rioolwater kunnen afkomstig zijn van gebruikers, maar ook van dumpingen. In 2023 zijn gegevens verzameld in verschillende Europese steden [5]. Er zijn metingen gedaan naar cannabis, cocaïne, ecstasy (MDMA), (meth)amfetamine en ketamine. Voor Nederland zijn vanaf 2011 voor de meeste middelen (trend)gegevens beschikbaar. Deelnemende steden zijn Amsterdam, Eindhoven en Utrecht en vanaf 2023 nemen ook Rotterdam en Leeuwarden deel.

Vragenlijstonderzoek

Europa

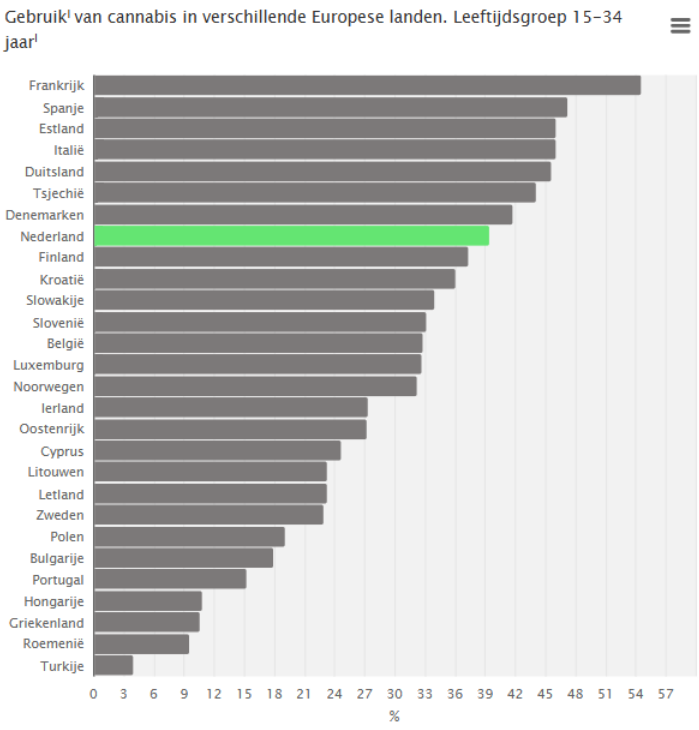
Het gebruik van cannabis onder volwassenen en jongvolwassenen ligt in Nederland boven het gemiddelde van de Europese Unie [1].

- Het ooitgebruik van cannabis in de bevolking van 15-64 jaar varieert van 2,7% in Turkije (2017) tot 40,9% in Spanje (2022) en 47,3% in Frankrijk (2021). Van de 29 landen van de Europese Unie en Noorwegen en Turkije staat Nederland op de achtste plaats met 28,8% ooitgebruik (2022).
- Het percentage laatste-jaar-cannabisgebruik onder 15-64-jarigen wordt voor de Europese Unie geschat op gemiddeld 8%. In 2022 lag Nederland met 10,2% boven dit Europese gemiddelde.
- Het gebruik van cannabis het hoogst onder jongvolwassenen. Het laatste-jaar-cannabisgebruik onder 15-34-jarigen wordt voor de Europese Unie geschat op gemiddeld 15,0%. In Nederland ligt dat percentage hoger, namelijk op 18,2% in 2022. Onder 15-34-jarigen is het percentage laatste-jaar-gebruikers het hoogst in Tsjechië (22,9%) en Italië (21,5%) en het laagst in Hongarije (3,4%) en Turkije (1,8%).
- Het percentage laatste-maand-gebruikers van cannabis onder volwassenen van 15-64 jaar is het hoogst in Spanje (8,6%), Tsjechië (6,8%) en Nederland (6,1%); de laagste percentages (<1%) zijn gevonden in Hongarije (0,9%), Turkije (0,8%) en Malta (0,4%).



I. Ooit: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven. II. 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 2024, EMCDDA

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut



I. Ooit: ten minste één keer cannabis gebruikt ooit in het leven. II. 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 2024, EMCDD

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

Verenigde Staten, Australië en Canada

- In 2022 had 50,3% van de volwassenen in de Verenigde staten ooit in het leven cannabis gebruikt [2]. Het laatste-jaar-gebruik van cannabis was 23,0%, dit is hoger dan het percentage in 2021 (19,8%). Ook het laatste-maand-gebruik nam toe van 13,9% in 2021 naar 15,9% in 2022. Het recreatief gebruik van cannabis is tussen 2012 en 2024 volledig gelegaliseerd in 24 van de 50 staten [6]. Daarnaast hebben 7 staten het gebruik gedecriminaliseerd. Er zijn veel studies uitgevoerd naar het effect van het legaliseren van cannabis op het cannabisgebruik. Uit een recente meta-analyse, een bundeling van 61 studies waarvan twee derde afkomstig was uit de VS, blijkt dat er een verband bestaat tussen legalisering van recreatief cannabisgebruik en een toename van cannabisgebruik onder (jong)volwassenen [7]. Onder adolescenten is er geen duidelijk verband zichtbaar.
- In 2022-2023 had 41% van de mensen in Australië van 14 jaar en ouder ooit in het leven cannabis gebruikt [4]. Het laatste-jaar-gebruik van cannabis was 11,5%. Dit was vergelijkbaar met 2019 (11,6%), maar lager dan in 2011 (12,9%). Op 31 januari 2020 is het bezit van bepaalde hoeveelheden cannabis, het thuis gebruik en het kweken van cannabisplanten gedecriminaliseerd in het Australian Capital Territory (ACT). Dit is een klein zelfsturend gebied in Australië. Ondanks deze verandering bleef het laatste-jaar-gebruik in dit gebied stabiel.
- Canada heeft op 17 oktober 2018 als tweede land ter wereld, na Uruguay, cannabis gelegaliseerd. Een belangrijke wijziging volgde in oktober 2019, toen de verkoop van een breder scala aan cannabisproducten werd toegestaan, waaronder extracten (bijvoorbeeld vape-oliën) en edibles [8]. In 2023 had 26% van de Canadezen van 16 jaar en ouder in het afgelopen jaar cannabis gebruikt [3]. Dit is vergelijkbaar met het percentage in 2022 (27%), maar hoger dan het percentage in 2018 (22%). Aan de laatste-jaar-gebruikers van cannabis is gevraagd hoe vaak zij cannabis gebruiken. Meer dan de helft (57%) van de laatste-jaar-gebruikers gaf aan dat zij 3 dagen per maand of minder cannabis gebruiken. Daarnaast gaf 15% van de laatste-jaar-gebruikers aan dat zij dagelijks cannabis gebruiken.

Gebruik van cannabis 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	2022-2023	14 en ouder	41	11,5	-
Verenigde Staten	2022	18 en ouder	50,3	23,0	15,9
		12 en ouder	46,9	22,0	15,0
Canada	2023	16 en ouder	-	26	-

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. - = Gegevens zijn niet beschikbaar. Bronnen: AIHW,

Rioolwateranalyses in Europese steden

Voor 2023 rapporteerde het EMCDDA gegevens over cannabis uit rioolwateranalyses uit 66 steden [5]. De hoeveelheid cannabis werd vastgesteld via de stof carboxy-THC (THC-COOH), het afbraakproduct (metaboliet) van THC. Dit afbraakproduct ontstaat na menselijke consumptie zodat zeker is dat de cannabis niet op andere manieren in het rioolwater is gekomen. Opgemerkt moet worden dat de schatting op basis van carboxy-THC door verschillende factoren beïnvloed kan worden. De uitscheiding van carboxy-THC met de urine en ontlasting is bijvoorbeeld afhankelijk van de gebruiksvorm en gebruikshistorie van de diverse cannabisproducten.

- Alle 5 deelnemende Nederlandse steden staan in de top 10 van steden met de hoogste dagelijkse load cannabis. Rotterdam staat daarbij op de 1^{e} plaats. Ook Spaanse steden staan relatief vaak in de top 10 (3 maal) met Barcelona op plaats 2. Een kanttekening bij de cijfers is dat in een aantal van deze steden veel (drugs)toeristen komen. Een deel van de cannabisresten in het rioolwater zal van deze groep afkomstig zijn, waardoor het beeld voor sommige steden vertekend kan zijn.
- In Nederlandse steden worden in het algemeen geen grote fluctuaties gevonden in de gemeten loads gedurende de week. Dit is een indicatie dat een groot deel van de cannabisgebruikers niet alleen in het weekend maar ook doordeweeks gebruikt.

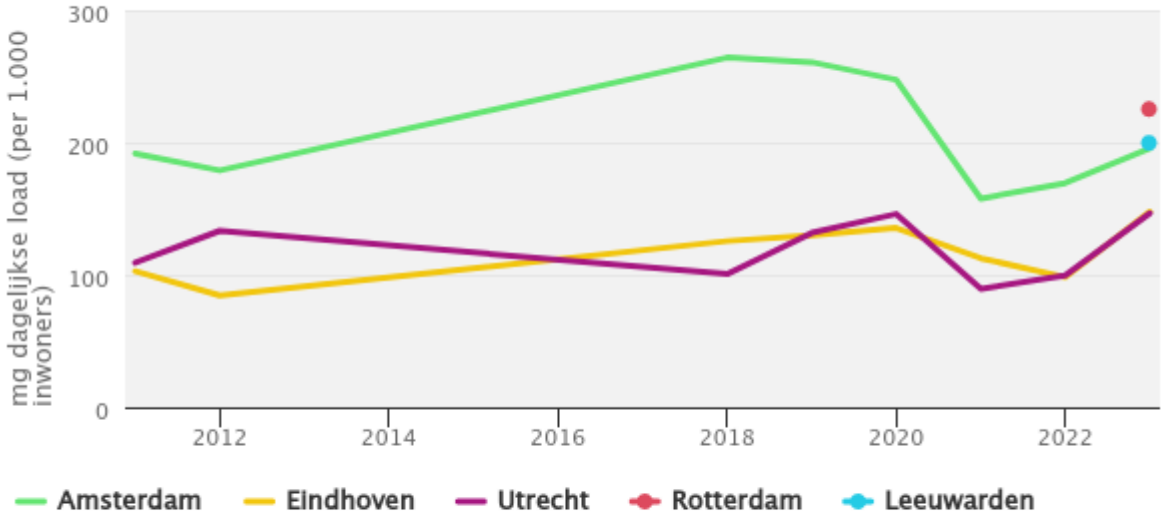
Top 10 van steden met de hoogste dagelijkse load cannabis (in mg per 1.000 inwoners) van 66 steden waaronder 5 Nederlandse steden

	Land	Stad	Dagelijkse load
1	Nederland	Rotterdam	225,36
2	Spanje	Barcelona	220,63
3	Nederland	Leeuwarden	199,84
4	Nederland	Amsterdam	195,74
5	Spanje	Tarragona	192,64
6	Spanje	Lleida	172,82
7	Slovenië	Koper	167,48
8	Zwitserland	Geneva	150,01
9	Nederland	Eindhoven	147,64
10	Nederland	Utrecht	146,61

I. De hoeveelheid cannabis werd vastgesteld via de stof carboxy-THC (THC-COOH), het afbraakproduct (metaboliet) van THC. Dit afbraakproduct ontstaat na menselijke consumptie zodat zeker is dat de cannabis niet op andere manieren in het rioolwater is gekomen. Bron: SCORE, EMCDDA

- In de periode tussen 2011 en 2023 schommelen de gemeten loads in elk van de steden (Amsterdam, Utrecht en Eindhoven). In Amsterdam was een piek tussen 2018 en 2020 maar ligt de load in 2023 weer op het niveau van 2011. Voor Rotterdam en Leeuwarden is in 2023 voor het eerst gemeten en zijn dus geen trendgegevens beschikbaar.

Trends in de dagelijkse load cannabis[I] (in mg per 1.000 inwoners) in de 5 deelnemende Nederlandse steden



I. De hoeveelheid cannabis werd vastgesteld via de stof carboxy-THC (THC-COOH), het afbraakproduct (metaboliet) van THC. Dit afbraakproduct ontstaat na menselijke consumptie zodat zeker is dat de cannabis niet op andere manieren in het rioolwater is gekomen. Bron: SCORE, EMCDDA

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Amsterdam	Eindhoven	Utrecht	Rotterdam	Leeuwarden
2011	191,77	102,77	109,17		
2012	178,95	84,42	133,29		
2013					
2014					
2015					
2016					
2017					
2018	264,22	125,57	100,66		

	Amsterdam	Eindhoven	Utrecht	Rotterdam	Leeuwarden
2019	260,78	129,81	131,76		
2020	247,53	135,44	146,02		
2021	157,64	112,60	89,53		
2022	169,39	98,31	99,56		
2023	195,74	147,64	146,61	225,36	199,84

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2024: 11 Jun 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/event/2024/06/launch-event-european-drug-report-2024_en
2. SAMHSA. 2022 NSDUH Detailed Tables: Publication Date: November 13, 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2022-nsduh-detailed-tables
3. Canada H. Canadian Cannabis Survey 2023: Summary [Internet]. 2023. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/research-data/canadian-cannabis-survey-2023-summary.html
4. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2022–2023: Use of illicit drugs: Last updated: 29 Feb 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/national-drug-strategy-household-survey/contents/use-of-illicit-drugs
5. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: 20 March 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en
6. DISA. MARIJUANA LEGALITY BY STATE - Updated June 6, 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://disa.com/marijuana-legality-by-state
7. Farrelly KN, Wardell JD, Marsden E, Scarfe ML, Najdzionek P, Turna J, et al. The Impact of Recreational Cannabis Legalization on Cannabis Use and Associated Outcomes: A Systematic Review [Internet]. Vol. 17, Substance Abuse: Research and Treatment. 2023. p. 11782218231172054. Available from: https://doi.org/10.1177/11782218231172054
8. 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

3.6.1 Verslavingszorg

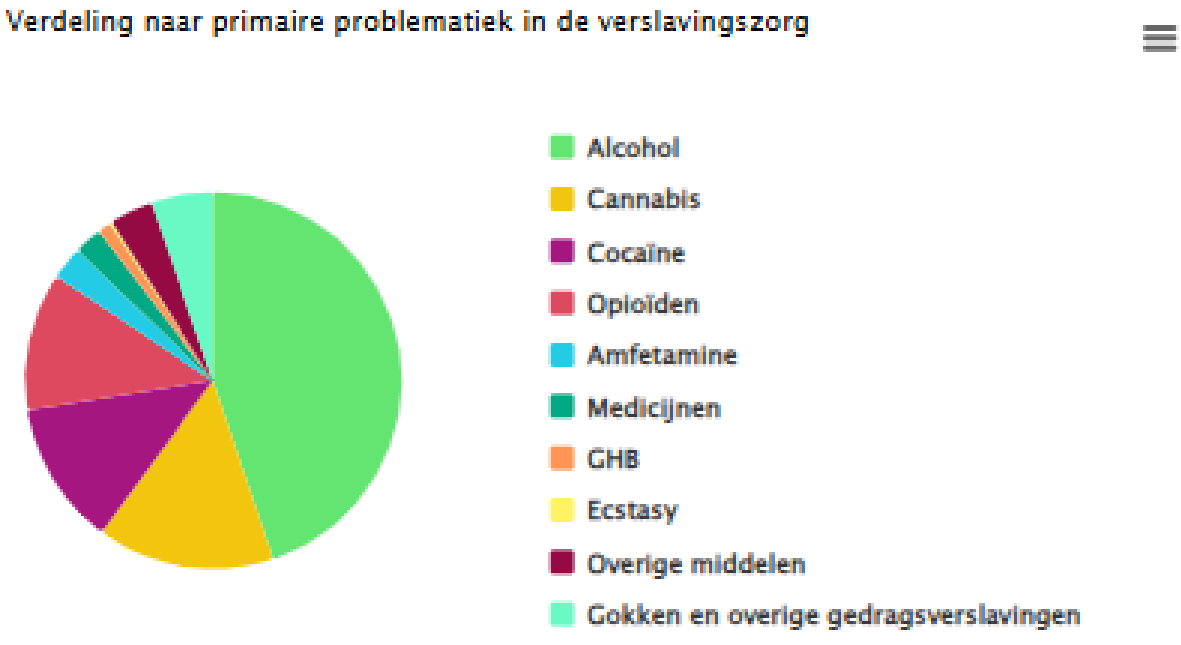
In het kort: In 2023 werden er bijna 10.000 mensen behandeld in de verslavingszorg voor cannabisproblematiek. Dat is bijna een derde van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Bijna een derde van de cannabiscliënten was jonger dan 25 jaar. Cannabis is de meest voorkomende problematiek onder jongeren (<25 jaar) in de verslavingszorg. Bijna twee derde van de cannabiscliënten werd al eerder behandeld in de verslavingszorg. Het aantal en het aandeel cannabiscliënten in de verslavingszorg bleef in de periode 2018-2023 stabiel.

Hoeveel mensen worden behandeld in de verslavingszorg voor cannabisproblematiek?

In 2023 werden er bijna 10.000 mensen behandeld in de verslavingszorg voor cannabisproblematiek

In 2023 werden volgens het LADIS 9.967 mensen behandeld in de verslavingszorg voor cannabisproblematiek [1]. Dat is 15% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg (incl. gedragsverslavingen en alcohol) en 31% van het totaal aantal mensen in behandeling voor drugsproblematiek in de verslavingszorg. Cannabisproblematiek is na alcohol de meest voorkomende problematiek in de verslavingszorg. Het gaat hierbij alleen om mensen bij wie de cannabisproblematiek staat geregistreerd als de enige of de belangrijkste reden voor de behandeling. We noemen dit ook wel ‘primaire’ cannabiscliënten.

Niet alle verslavingszorg instellingen leveren gegevens aan het LADIS, het genoemde aantal is dus een onderschatting van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg voor cannabisproblematiek. Volgens een ruwe schatting beslaat het LADIS 70% van de cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek [2].



Drie keer zoveel mannen als vrouwen worden behandeld voor cannabisproblematiek

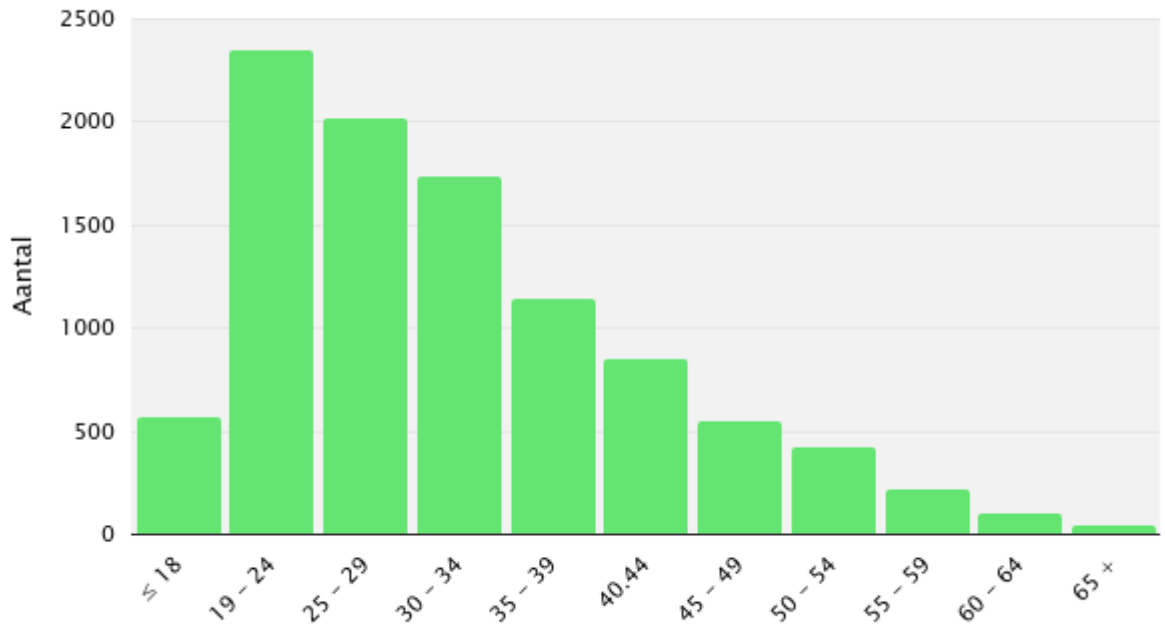
In 2023 was het merendeel (75%) van de cliënten in behandeling in de verslavingszorg voor cannabisproblematiek man, een kwart was vrouw (25%). In de algemene bevolking zien we ook dat

meer mannen dan vrouwen cannabis gebruiken. Vooral wanneer het gaat om dagelijks gebruik (zie: Gebruik: Volwassenen)

Bijna een derde van de cannabiscliënten is jonger dan 25 jaar

In 2023 was de gemiddelde leeftijd van de cliënten in behandeling voor cannabisproblematiek 32 jaar. Het grootste aantal cliënten met primaire cannabisproblematiek viel in de leeftijdsgroep 19-24 jaar. Bijna een derde was jonger dan 25 jaar. Cannabis is daarmee de meest voorkomende problematiek onder jongeren (<25 jaar) in de verslavingszorg.

Leeftijdsverdeling van de primaire cannabiscliënten in de verslavingszorg. Peiljaar 2023.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Leeftijd	Aantal	Percentages
≤ 18	568	5,7
19 - 24	2345	23,5
25 - 29	2016	20,2
30 - 34	1734	17,4
35 - 39	1142	11,5

Leeftijd	Aantal	Percentages
40-44	851	8,5
45 - 49	541	5,4
50 - 54	418	4,2
55 - 59	211	2,1
60 - 64	93	0,9
65 +	37	0,4

Twee derde van de cannabiscliënten is al eerder behandeld in de verslavingszorg

In 2023 was een derde van de primaire cannabiscliënten (34%) voor het eerst in behandeling in de verslavingszorg, twee derde van de cliënten (66%) werd al eerder behandeld.

Ongeveer de helft van de cannabiscliënten heeft ook nog andere middelenproblematiek

In 2023 had 48% van de primaire cannabiscliënten ook nog andere verslavingsproblematiek. We noemen dit ook wel secundaire problematiek. De meest voorkomende secundaire problematiek was alcohol (19% van alle primaire cannabiscliënten), “overige middelen” (17%) en cocaïne (6%). Vermoedelijk bestond een groot deel van de overige middelen uit nicotine.

Mogelijk hebben de cannabiscliënten in de verslavingszorg ook nog andere psychische problemen dan verslaving. Het LADIS verzamelt hier echter niet systematisch gegevens over.

In 2023 werden er 5.627 mensen in de verslavingszorg behandeld met secundaire cannabisproblematiek

Cannabis kan ook voorkomen als secundaire problematiek bij cliënten die voor andere verslavingsproblematiek in behandeling zijn. In totaal ging het in 2023 om 5.627 secundaire

cannabiscliënten. Voor deze groep was het meest voorkomende primaire middel alcohol (56%), daarna volgen cocaïne (19%) en opioïden (7%).

Is het aantal mensen dat wordt behandeld in de verslavingszorg voor cannabisproblematiek veranderd?

Toename cliënten met primaire alcoholproblematiek verklaard door toename in deelnemende instellingen en bevolkingsgroei

Tussen 2018 en 2022 is het aantal cliënten in behandeling voor primaire cannabisproblematiek ongeveer gelijk gebleven. Tussen 2022 en 2023 was er sprake van een lichte stijging. Deze stijging is waarschijnlijk te verklaren door het toegenomen aantal instellingen dat gegevens aanlevert. In de loop van de jaren zijn er steeds meer instellingen bijgekomen die gegevens aanleveren. Als we alleen kijken naar de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd (de constante instellingen), dan blijft het aantal primaire cannabiscliënten stabiel, ook tussen 2022 en 2023.

Tussen 2018 en 2023 is de bevolking van Nederland gegroeid. Om hier rekening mee te houden is ook gekeken naar het aantal cliënten per 100.000 inwoners. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder bleef het aantal primaire cannabiscliënten ongeveer gelijk tussen 2018 (64) en 2023 (62). Voor deze berekeningen zijn de gegevens van de constante instellingen meegenomen.

Mogelijk komt deze stabiele trend door een beperkte capaciteit in de verslavingszorg [1,3]. De wachtlijsten in de verslavingszorg zijn de laatste jaren toegenomen, maar er is nog geen goed zicht op het aantal mensen dat in behandeling wil voor cannabisproblematiek [4].

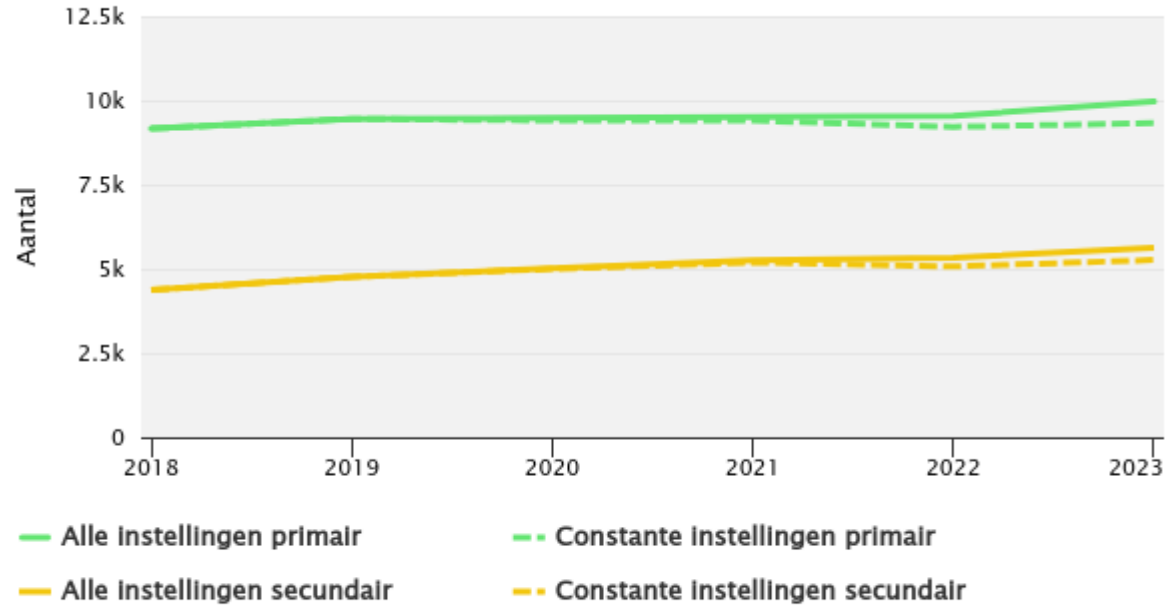
Het aandeel cannabiscliënten in de verslavingszorg is in de periode 2018-2023 stabiel

Het aandeel cliënten met primaire cannabisproblematiek onder alle cliënten in de verslavingszorg vanwege drugs bleef gelijk in de periode 2018-2023. In alle jaren was het percentage 31%. Voor deze berekeningen zijn de gegevens van alle deelnemende instellingen meegenomen.

Het aantal secundaire cannabiscliënten nam in de periode 2018-2023 toe

Het aantal cliënten bij wie cannabisproblematiek speelde als secundaire problematiek is in de periode 2018-2023 toegenomen, van 4.375 naar 5.627 cliënten. Ook wanneer er alleen gekeken wordt naar het constante aantal instellingen, steeg het aantal cliënten met secundaire cannabisproblematiek, van 4.375 naar 5.263 cliënten. De stijging deed zich vooral voor onder cliënten met primaire alcoholproblematiek en primaire problematiek met overige middelen.

Aantal cliënten in de verslavingszorg in Nederland met primaire en secundaire cannabisproblematiek, vanaf 2018



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Jaartal	Alle instellingen primair	Constante instellingen primair	Alle instellingen secundair	Constante instellingen secundair
2018	9160	9160	4375	4375
2019	9452	9452	4761	4761
2020	9474	9402	5019	4997
2021	9512	9399	5255	5186
2022	9538	9215	5329	5069
2023	9967	9328	5627	5263

Aandeel jongste cliënten in de verslavingszorg met cannabisproblematiek daalt

Hoewel de verdeling van leeftijdsgroepen in de periode 2018-2023 grotendeels hetzelfde bleef, nam het aandeel primaire cannabiscliënten onder de 18 jaar iets af van 9% naar 6%. Dit lijkt aan te sluiten bij informatie uit andere onderzoeken waaruit blijkt dat cannabisgebruik onder scholieren (zie veranderingen in gebruik onder scholieren) en jongeren tussen de 18-19 (zie veranderingen in gebruik onder volwassenen) is afgenomen.

Het aandeel vrouwen in de verslavingszorg voor primaire cannabisproblematiek is in de periode 2018-2023 licht gestegen, van 22% naar 25%.

Hoe behandelt de verslavingszorg mensen met cannabisproblematiek?

De verslavingszorg is onderdeel van de gezondheidszorg. De verslavingszorg helpt mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere gedragsverslaving. De behandeling van cannabisverslaving is gebaseerd op de ‘Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines’ [5]. Voor een stoornis in het gebruik van cannabis adviseert de richtlijn een behandeling met cognitieve gedragstherapie (CGT) en motiverende gespreksvoering (MGV), of een behandeling met Contingency Management [5]. Er zijn (nog) geen medicijnen voor de behandeling van cannabisverslaving [5,6]. Jongeren komen in aanmerking voor een gezinsbehandeling, bijvoorbeeld in de vorm van multidimensionale gezinstherapie.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het LADIS

De gegevens over het aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor cannabisproblematiek zijn afkomstig van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Verslavingszorginstellingen leveren gepseudonimiseerde gegevens over hun cliënten aan het LADIS. Tussen 2015 en 2022 konden er geen nieuwe gegevens worden verzameld in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag geregeld voor het aanleveren van deze gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Vanaf 2023 zijn er weer verschillende rapportages van het LADIS verschenen [1]. Gegevens van voor 2018 worden momenteel niet gerapporteerd, omdat deze oudere gegevens opnieuw zijn opgevraagd bij de instellingen en eventuele verschillen met de oude gegevens nog niet onderzocht zijn.

Gegevens over het aantal cliënten in behandeling kunnen informatie geven over (trends in) de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn voor trends in problematisch gebruik. Echter zoekt maar een deel van de probleemgebruikers van cannabis hulp bij de verslavingszorg. Onderzoek laat

zien dat mensen die professionele hulp zoeken vaak ernstigere problemen hebben dan mensen die dit (nog) niet doen. Ook hebben ze vaker last van andere bijkomende psychische problemen [7].

Beperkingen van het LADIS

Er zijn een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg. (Nog) niet alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het LADIS. De afgelopen jaren zijn er wel steeds meer instellingen bijgekomen. Omdat dit de trends kan beïnvloeden rapporteert het LADIS zowel de trends van alle deelnemende instellingen als uitsluitend van de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd. Mogelijk bereiken de instellingen die nog geen gegevens aanleveren een andere doelgroep dan de instellingen die wel gegevens aanleveren.

Bij sommige van de deelnemende instellingen is er sprake van onderregistratie. Ook leveren niet alle instellingen de gegevens over het type middel even specifiek aan. Zo gebruiken sommige instellingen nog verzamelcategorieën, zoals “opiaten” of “overige middelen”. Gegevens over specifieke middelen kunnen dus ‘verborgen’ zijn in deze verzamelcategorieën. Daarnaast kunnen mensen ook buiten de verslavingszorg hulp krijgen, bijvoorbeeld bij de reguliere GGZ, in de huisartsenpraktijk, bij vrijgevestigde psychologen of via anonieme eHealth. Tot slot lijkt er sprake van slechts een beperkte capaciteit in de verslavingszorg, zo is er in de afspraken met verzekeraars sprake van een behandelplafond. Wanneer het behandelplafond voortijdig wordt bereikt kunnen behandelingen niet meer worden gedeclareerd. Ook is er in de verslavingszorg een tekort aan personeel.

Er staan ook nog mensen met een hulpvraag op het gebied van middelenproblematiek op een wachtlijst voor hulp in de verslavingszorg. Hoeveel mensen dit precies zijn is niet bekend. De gemiddelde totale wachttijd (vanaf aanmelding tot start behandeling) voor een behandeling voor de diagnosegroep “Middelgerelateerd en verslaving” was volgens de NZA 15 weken in december 2023 [4].

Bronnen

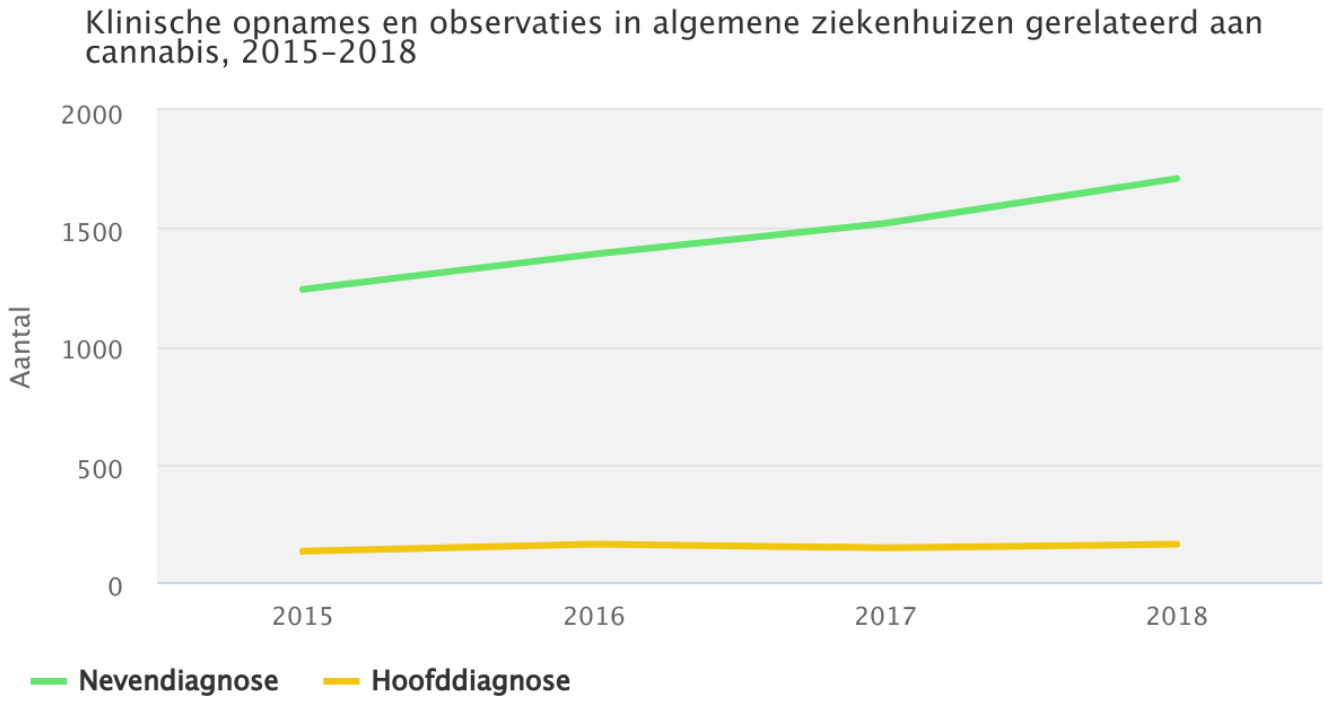
1. Wisselink DJ, Van der Slink JB, Kerssies JP. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2018 – 2023. 2024. p. 1–85.
2. Vektis.nl. Factsheet GGZ [Internet]. Gepubliceerd op: 30-05-2024. Available from: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024
3. Schellekens AFA. Aandacht voor verslaving: Jaarverslag 2023. Den Haag: Nationaal Rapporteur Verslavingen, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2024.
4. Zorgautoriteit N. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 - februari 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/
5. 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. 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.
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.

3.6.2 Algemene ziekenhuizen

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

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

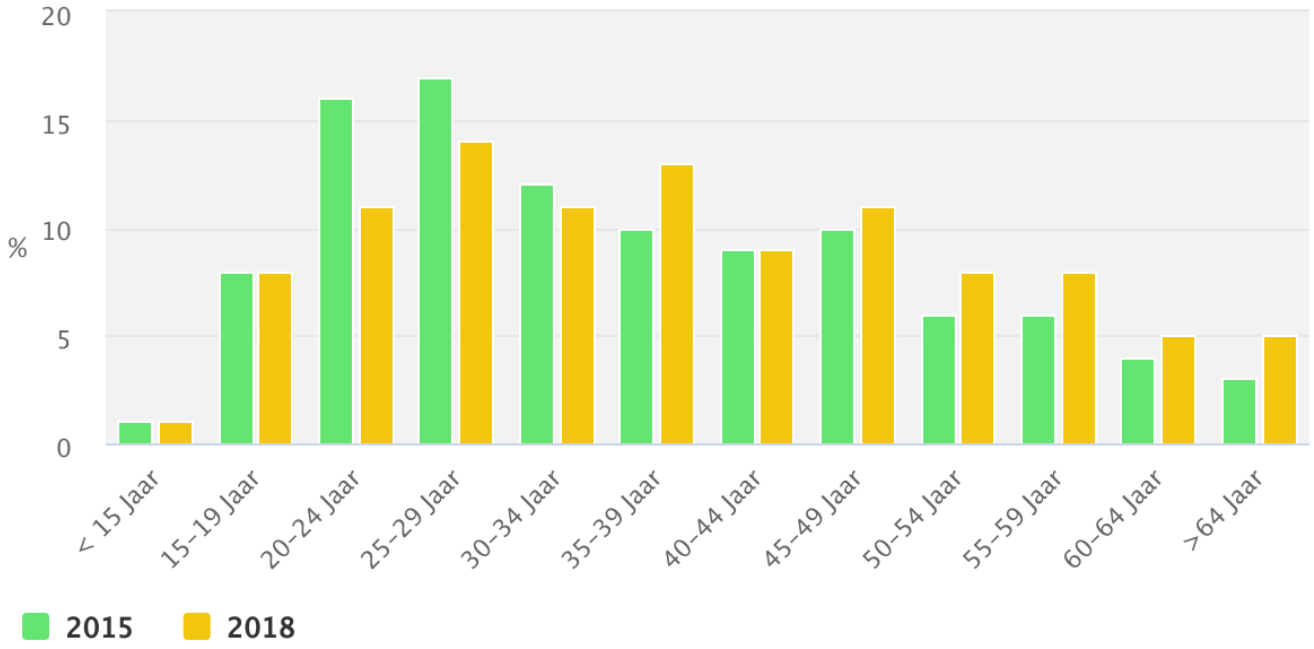


Aantal diagnoses afgerond op vijftallen, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-10 codes: F12 (psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis), T40.7 (vergiftiging door cannabis(derivaten)). Bron: CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020b).

NDM

	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 2023 gebruikte in Nederland 2,7% van de vrouwen wiet of hasj voor de zwangerschap en 0,5% 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, Ramaker V, Van Engen M, Morren K, Tuithof M. Monitor Middelengebruik en Zwangerschap 2023. Middelengebruik van vrouwen en hun partners vóór, tijdens en na de zwangerschap. Utrecht: Trimbos-instituut; 2024.
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

In het kort: In 2023 bevatte de ‘meest populaire’ nederwiet gemiddeld 12,9% THC. Het lijkt alsof het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet tussen 2022 en 2023 is gedaald, maar dit kan mogelijk te wijten zijn aan een nieuwe analysemethode. Het gemiddelde THC-gehalte in nederhasj en geïmporteerde hasj bleef tussen 2022 en 2023 stabiel. In 2023 was de prijs voor een gram cannabis, ongeacht de soort, €12,28. De prijs van cannabisproducten bleef tussen 2022 en 2023 stabiel, maar de prijs van nederwiet is op lange termijn flink gestegen.

Snel naar:
THC-gehalte
CBD-gehalte en CBN-gehalte
Prijs

Wat is het THC-gehalte in cannabisproducten die in Nederlandse coffeeshops worden verkocht?

In 2023 bevatte de ‘meest populaire’ nederwiet gemiddeld 12,9% THC

In 2023 was het gemiddelde THC-gehalte van de meest populaire nederwiet (dat wil zeggen de meest verkochte) 12,9%. Het gemiddelde THC-gehalte van de nederwiet monsters die als sterkst waren aangekocht was ongeveer even hoog (13,6%). Geïmporteerde wiet had een lager gemiddeld THC-gehalte, namelijk 6,1%. Geïmporteerde wiet was in maar heel weinig coffeeshops te koop, in 2023 in 4 van de 50 bezochte shops.

Het hoogst gemeten THC-gehalte in de nederwietmonsters (meest populair) was 24,2%, het hoogste gehalte in de als sterkst verkochte wiet was 21,4% en in geïmporteerde wiet 13,0%.

Hasj van in Nederland gekweekte wiet, ook wel nederhasj genoemd, bevatte gemiddeld 30,4% THC. Het hoogst gemeten THC-gehalte in de nederhasj monsters was 54,6%. Geïmporteerde hasj bevatte ongeveer evenveel THC als nederhasj, gemiddeld 28,4%. Het hoogst gemeten THC-gehalte in geïmporteerde hasj was 50,6%.

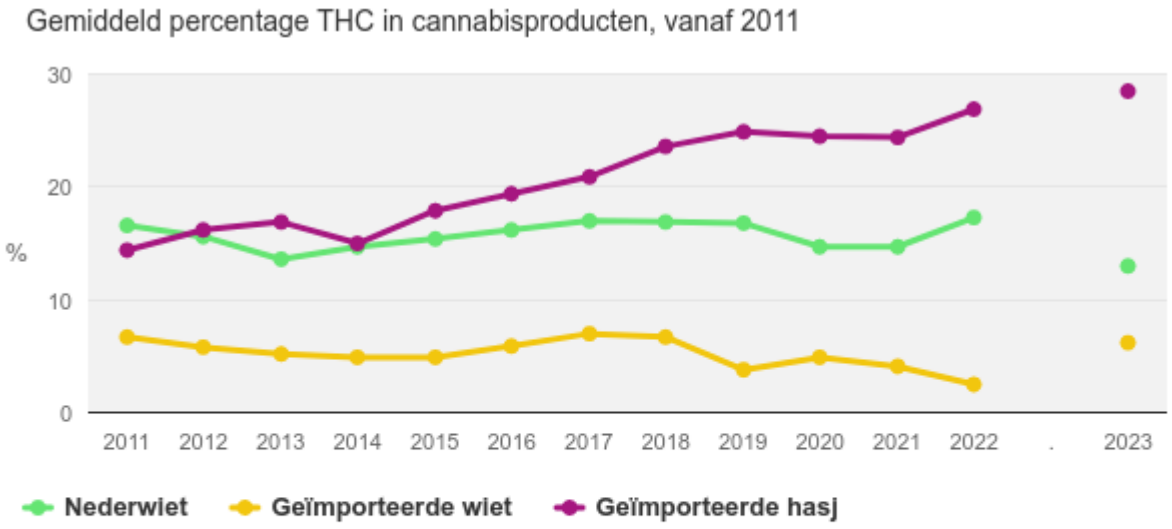
Zijn er veranderingen in het THC-gehalte in cannabisproducten die in de coffeeshops worden verkocht?

Gemiddelde THC-gehalte in nederwiet lijkt tussen 2022 en 2023

gedaald, maar dit komt mogelijk door nieuwe analysemethode

Het gemiddelde THC-gehalte in de populairste nederwiet steeg tussen 2000 en 2004, daalde daarna en stabiliseerde zich vervolgens**.** De THC-gehaltes in de wietsoorten die zijn aangekocht als ‘sterkste’ wiet, laten hetzelfde beeld zien.

Het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet (de meest populaire variant) was in 2023 (12,9%) lager dan in 2022 (17,2%). Ook het gemiddelde THC-gehalte in de verondersteld ‘sterkste’ wiet was in 2023 (13,6%) lager dan in 2022 (17,5%). In 2023 zijn de cannabismonsters geanalyseerd bij een nieuw laboratorium met een verbeterde analysemethode. Of de lagere THC-gehaltes komen door een dalende trend of (deels) het gevolg zijn van de nieuwe, verbeterde analysemethode zal in de komende jaren moeten blijken. Het gemiddelde THC-gehalte in geïmporteerde wiet verschilde in 2023 (6,1%) niet significant van 2022 (2,4%). Geïmporteerde wiet was echter maar in heel weinig coffeeshops te koop.



Voor nederwiet zijn de gemiddelde percentages weergegeven voor de monsters die als ‘meest populair’ zijn aangeschaft. In 2023 vond de chemische analyse van de cannabismonsters voor het eerst plaats bij een nieuw laboratorium, en middels een nieuwe, robuustere methode. Dit heeft gevolgen voor de rapportage, omdat niet zeker is of verschillen met voorgaande jaren komen door echte veranderingen in de sterkte van de cannabis of door de vernieuwde analysemethode. 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

	Nederwiet	Geïmporteerde wiet	Geïmporteerde hasj
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
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
2023	12,9	6,1	28,4

Gemiddelde THC-gehalte in nederhasj en geïmporteerde hasj tussen 2022 en 2023 stabiel

In 2023 verschilde het THC-gehalte in nederhasj (30,4%) niet met dat van 2022 (35,7%). Het hoogste gemiddelde THC-gehalte in nederhasj werd gemeten in 2004 (39,2%) en het laagst gehalte in 2001 (16,0%).

In 2023 verschilde het THC-gehalte in geïmporteerde hasj (28,4%) niet significant van 2022 (26,8%). Het gemiddelde THC-gehalte van geïmporteerde hasj schommelt sterk. In 2002 was er een stijging ten opzichte van 2001, in 2007 ten opzichte van 2006.

THC-gehalte in nederwiet sinds 2005 stabiel tussen de 15% en 18%, THC-gehalte in geïmporteerde hasj afgelopen 8 à 10 jaar gestegen

Wanneer we kijken naar de langjarige trends in de cannabisproducten op basis van de

voortschrijdende 3-jaarsgemiddelden (zie voor uitleg ‘meer over de onderzoeken op deze pagina’), dan zien we dat voor beide wietsoorten (populairste en sterkste) het THC-gehalte tussen 2000 en 2005 steeg en sindsdien tussen de 15% en 18% schommelt. Het THC-gehalte van geïmporteerde wiet ligt redelijk stabiel tussen de 4% en 7%.

Voor het gemiddelde THC-gehalte van nederhasj is net als voor de nederwiet een stijging te zien in de eerste jaren van de monitor, daarna stabiliseert het tussen de 25% en 35%.

Voor geïmporteerde hasj zien we in de eerste jaren een stijging in het gemiddelde THC-gehalte, daarna volgt een stabilisering, maar de laatste 8 à 10 jaar is er weer een duidelijke stijging te zien.

Wat is het CBD-gehalte en CBN-gehalte in cannabisproducten die in de coffeeshops worden verkocht?

In 2023 was het mediane CBD-gehalte van alle onderzochte categorieën cannabisproducten 0,1%

Van de onderzochte cannabisproducten was in 2023 het gemiddelde CBD-gehalte het hoogst in geïmporteerde hasj (1,2%). Nederhasj bevatte gemiddeld 0,8% CBD. Het CBD-gehalte was lager in de wietvarianten. Nederwiet, zowel de verondersteld sterkste als meest populaire variant, bevatte gemiddeld 0,0% CBD en geïmporteerde wiet 0,1%.

Het CBD-gehalte wordt daarnaast uitgedrukt in de mediaan (vanwege de niet normale verdeling), de middelste waarde van alle gemeten percentages in de cannabismonsters. Het mediane CBD-gehalte van *alle* categorieën cannabisproducten (sterkste nederwiet, populairste nederwiet, geïmporteerde wiet, nederhasj en geïmporteerde hasj) bedroeg 0,1%.

Van alle categorieën cannabisproducten bevatte nederwiet (sterkst en populairste variant) in 2023 het minste CBN, gemiddeld 0,2%. Geïmporteerde wiet bevatte gemiddeld 0,5% CBN, geïmporteerde hasj 0,7%, en nederhasj gemiddeld 0,9%.

Zijn er veranderingen in het CBD-gehalte in cannabisproducten die in de coffeeshops worden verkocht?

Het mediane CBD-gehalte in nederwiet lijkt tussen 2022 en 2023 gestegen, maar dit komt mogelijk door nieuwe analysemethode

Het mediane CBD-gehalte in de populairste nederwiet was in 2023 (0,1%) hoger dan in 2022 (0%).

Ook het mediane CBD-gehalte in de verondersteld sterkste nederwiet was in 2023 (0,1%) hoger dan in 2022 (0%). Het mediane CBD-gehalte in geïmporteerde wiet verschilde niet tussen 2023 en 2022 (beide jaren 0,1%).

Het mediane CBD-gehalte in geïmporteerde hasj was in 2023 (0,1%) lager dan in 2022 (3,2%). Ook het mediane CBD-gehalte van nederhasj was in 2023 (0,1%) lager dan in 2022 (1,7%).

In 2023 zijn de cannabismonsters geanalyseerd bij een nieuw laboratorium met een verbeterde analysemethode. Of de veranderingen in de CBD-gehaltes komen door een stijgende/dalende trend of (deels) het gevolg zijn van de nieuwe, verbeterde analysemethode zal in de komende jaren moeten blijken.

Mediane CBD-gehalte in nederwiet ligt sinds het begin van de monitor tussen de 0,1% en 0,3%

Wanneer we kijken naar de langjarige trends in de cannabisproducten op basis van de voortschrijdende 3-jaarsgemiddelden (zie voor uitleg ‘meer over de onderzoeken op deze pagina’), dan zien we dat het mediane CBD-gehalte voor nederwiet sinds het begin van de monitor in 2000 tussen de 0,1% en 0,3% ligt. Geïmporteerde wiet had in de jaren rond 2010 een iets hoger CBD-gehalte.

Bij nederhasj steeg het mediane CBD-gehalte tussen 2005 en 2016 van 0,5 naar 2,5%, vervolgens daalde het gehalte weer. Het mediane CBD-gehalte van geïmporteerde hasj is tussen 2000 en 2005 sterk gestegen tot boven de 7,5%, maar in de afgelopen jaren juist weer flink gedaald.

Wat is de prijs van cannabisproducten die in coffeeshops worden verkocht?

In 2023 was de prijs voor een gram cannabis, ongeacht de soort, €12,28

In 2023 was de prijs voor een gram van de ‘populairste’ nederwiet gemiddeld €12,96. Ondanks dat de THC-gehaltes vergelijkbaar zijn, lag de prijs voor een gram van de ‘sterkste’ nederwiet hoger en bedroeg gemiddeld € 15,08. De prijs van een gram geïmporteerde wiet was € 3,96, dit is significant lager dan de prijs van nederwiet.

De prijs van een gram geïmporteerde hasj was gemiddeld € 10,91, de prijs voor een gram nederhasj was gemiddeld € 9,69.

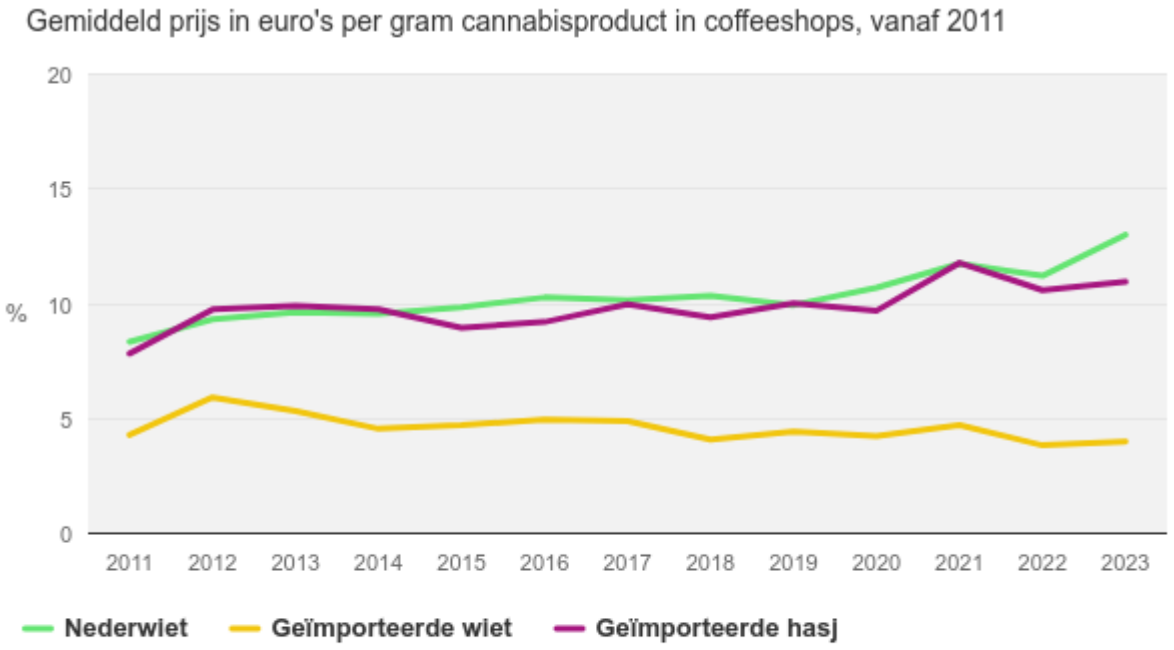
In 2023 kostte een gram cannabis, ongeacht de soort, gemiddeld €12,28.

Zijn er veranderingen in de prijs van cannabisproducten die in coffeeshops worden verkocht?

Prijs van cannabisproducten tussen 2022 en 2023 stabiel

De prijs voor een gram van de ‘populairste’ nederwiet verschilde in 2023 (€ 12,96) niet significant van 2022 (€11,17). Ook de prijs voor een gram van de verondersteld ‘sterkste’ wiet (€ 15,08 in 2023 versus € 15,45 in 2022) en voor een gram geïmporteerde wiet (€3,96 in 2023 versus €3,97 in 2022) verschilde niet significant.

Ook de gemiddelde prijs van een gram hasj, zowel geïmporteerde hasj (€10,91 in 2023 versus €10,55 in 2022) als nederhasj (€12,53 in 2023 versus €9,69 in 2022) verschilde niet significant. De prijs voor een gram nederhasj was altijd hoger dan voor een van de andere cannabisproducten, maar dit is de laatste paar jaar niet meer zo.



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	8,30	4,24	7,79
2012	9,28	5,88	9,71

	Nederwiet	Geïmporteerde wiet	Geïmporteerde hasj
2013	9,59	5,29	9,86
2014	9,53	4,51	9,72
2015	9,81	4,67	8,91
2016	10,23	4,92	9,16
2017	10,11	4,84	9,93
2018	10,31	4,04	9,36
2019	9,90	4,39	9,97
2020	10,65	4,19	9,65
2021	11,70	4,67	11,74
2022	11,17	3,79	10,55
2023	12,96	3,96	10,91

Prijs van nederwiet is op lange termijn flink gestegen

Als we kijken naar veranderingen op de lange termijn dan zien we dat de prijs van zowel de populairste als de meest sterke nederwiet sinds 2007 flink is gestegen. De prijs van de populairste wiet is gestegen van rond de €7,- naar rond de €12,- en de prijs van de verondersteld sterkste wiet van rond de €7,- naar rond de €15,-. De prijs voor een gram geïmporteerde wiet schommelde de afgelopen 10 jaar tussen de circa €4,- en €6,- per gram.

De gemiddelde prijs voor een gram geïmporteerde hasj lag begin deze eeuw rond de €7,- en is sindsdien geleidelijk gestegen tot iets meer dan €10,- in de afgelopen jaren. De gemiddelde prijs voor

een gram nederhasj schommelt sinds het begin van metingen sterk.

Hoeveel THC krijgt de cannabisconsument in Nederland gemiddeld per uitgegeven euro en hoe is dit vergeleken met het buitenland?

Geen verband gevonden tussen het THC-gehalte van cannabisproducten en de prijs

Net zoals bij de meting in 2022, werd in 2023 geen verband gevonden tussen het THC-gehalte en de prijs van zowel wiet als hasj. De prijs van de cannabis zegt dus niet iets over de sterkte van de cannabis. Dit benadrukt het belang van goede informatievoorziening in de coffeeshop.

Nederlandse cannabisconsumenten krijgen per uitgegeven euro aan wiet minder THC dan cannabisconsumenten in het buitenland, voor hasj juist meer

De waarde van de verschillende cannabisproducten kan uitgedrukt worden in de hoeveelheid THC die de cannabisconsument krijgt per uitgegeven euro [1,2]. Deze waarde verschilde het afgelopen jaar significant tussen de verschillende cannabisproducten. Zo kreeg de cannabisconsument in Nederland gemiddeld 10,7 mg THC per euro voor de populairste nederwiet, 9,3 mg THC per euro voor de sterkste nederwiet, 15,2 mg THC per euro voor geïmporteerde wiet, 34,1 mg THC per euro voor nederhasj en 27,6 mg per euro voor geïmporteerde hasj. Ter vergelijking in Europa kregen gebruikers gemiddeld 12,7 mg THC per euro voor wiet en 16,4 mg THC per euro voor hasj [1,2].

In een ander onderzoek, van Mahamad et al. (2020), is gekeken naar de sterkte en prijs van legale en illegale Canadese wiet in de twee maanden na het begin van de legalisatie in 2018. Op basis van de wisselkoers in 2021 en de data die in het artikel wordt gepresenteerd, kan worden berekend dat illegale wiet in Canada een waarde had van ongeveer 31,1 mg THC per euro, terwijl legale Canadese wiet een waarde had van ongeveer 22,5 mg THC per euro [1,3].

In Nederland is de hoeveelheid THC per uitgegeven euro voor nederwiet dus iets lager dan in het buitenland, maar voor hasj juist hoger. Deze verschillen kunnen mogelijk deels worden verklaard door inflatie. Toen Freeman en Mahamad hun onderzoeken publiceerden, waren de inflatiecijfers een stuk lager dan in de winter van 2022-2023.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

De gegevens op deze pagina komen uit de THC-monitor van het Trimbos-instituut [1]. De THC-monitor doet elk jaar onderzoek naar de sterkte en de prijs van cannabisproducten die in Nederlandse coffeeshops te koop zijn. Voor het onderzoek zijn willekeurig 50 Nederlandse coffeeshops geselecteerd uit de meest recente lijst van gedoogde coffeeshops. Voor het onderzoek

zijn 70 monsters nederwiet (meest populaire variant), 61 monsters buitenlandse hasj, 6 monsters wiet van buitenlandse herkomst en 13 monsters hasj bereid uit nederwiet (nederhasj) gekocht en onderzocht. Ook werden 50 wietmonsters gekocht en onderzocht die door de medewerkers van de coffeeshops werden aangemerkt als het 'meest sterk'. Het kopen van alle cannabismonsters vond plaats in de winter van 2022/2023.

Dit jaar vond de chemische analyse van de cannabismonsters voor het eerst plaats bij een nieuw laboratorium (Brightlabs, Venlo), en middels een nieuwe, robuustere methode: HPLC-UV in plaats van GC-FID. Dit heeft gevolgen voor de rapportage, omdat niet zeker is of verschillen met voorgaande jaren komen door echte veranderingen in de sterkte van de cannabis of door de vernieuwde analysemethode.

Veranderingen in de sterkte en de prijs van cannabis worden op twee manieren geanalyseerd. De waardes van de verschillende meetjaren worden direct met elkaar vergeleken met behulp van Kruskal-Wallis-toetsen met een post-hoc Wilcoxon's toets met Bonferroni correctie. Door de relatief kleine steekproef, waarbij steeds verschillende soorten worden gekocht, kunnen grote schommelingen in de jaarlijkse gemiddelden van het THC-gehalte van een bepaald product optreden. Om trends goed te kunnen monitoren zijn daarom ook de voortschrijdende gemiddelden berekend over periodes van 3 jaar. Het voortschrijdende gemiddelde in 2015 is dus berekend op basis van data uit 2015, 2014 en 2013. Zie voor meer informatie het rapport van de THC-monitor.

Bronnen

1. P Oomen, S Rigter. THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2022-2023). Trimbos-instituut; 2024.
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. Mahamad S, Wadsworth E, Rynard V, Goodman S, Hammond D. Availability, retail price and potency of legal and illegal cannabis in Canada after recreational cannabis legalisation [Internet]. Vol. 39, Drug and Alcohol Review. 2020. p. 337–346. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dar.13069

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

Ecstasy (MDMA)

Laatste feiten en trends

Volwassenen
Ecstasygebruik in het laatste jaar (2023)



3,8%

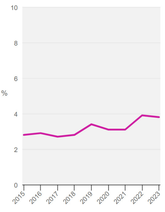


2,6%



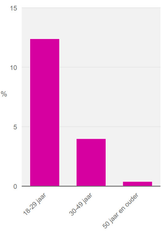
5,0%

Trend in ecstasygebruik onder volwassenen



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

Ecstasygebruik onder volwassenen, naar leeftijdsgroep



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2023.

- In 2023 had een op de tien volwassenen ooit ecstasy gebruikt, 3,8% gebruikte ecstasy in het laatste jaar en 1,1% in de laatste maand. Het gebruik van ecstasy is het hoogst onder mannen, jongvolwassenen, hoogopgeleiden en volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.
- In 2023 is het ecstasygebruik in het laatste jaar onder volwassenen niet veranderd vergeleken met 2022. Vergeleken met 2015 is gebruik in het laatste jaar in 2023 wel hoger. Deze stijging deed zich met name voor onder mannen, 18-29-jarigen en 30-49-jarigen en volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.
- 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 (2023)



1,3%

Studenten
≥16 jaar
laatste jaar (2023)



8,7% (mbo)
14% (hbo & wo)

Uitgaanders
16-35 jaar
laatste jaar (2023)

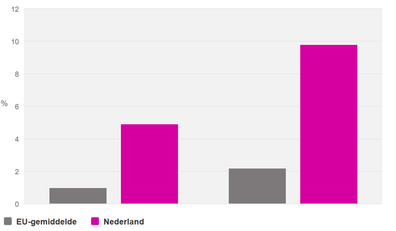


53,8%

- In 2023 had 1,7% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit ecstasy gebruikt, 1,3% gebruikte in het laatste jaar ecstasy.
- Tussen 2003 en 2023 schommelt het ooitgebruik van ecstasy onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) rond de 2%.
- In 2023 gebruikte minder dan één op de tien (8,7%) mbo-studenten ecstasy in het laatste jaar en één op de zeven (14%) hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder. Het ecstasygebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 ongeveer gelijk gebleven. Ook het ecstasygebruik in de laatste maand onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 gelijk gebleven.
- 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.
- Jongeren uit sommige kwetsbare groepen hebben meer ervaring met het gebruik van ecstasy dan jongeren uit het regulier onderwijs. Scholieren van cluster 4, jongeren in jeugddetentie en jongeren in de jeugdzorg hebben vaker ooit ecstasy gebruikt dan jongeren uit het regulier voortgezet onderwijs. Scholieren van cluster 3 hebben echter nauwelijks ervaring met ecstasy. Ook de trends verschillen per onderzochte groep.

Internationale vergelijking

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

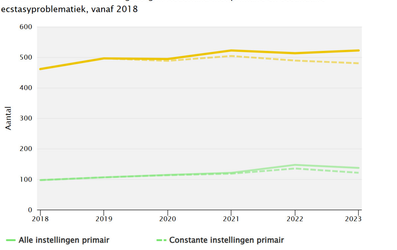


Bronnen: European Drug Report 2024, EMCDDA en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

- 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.
- Het gebruik van ecstasy onder Nederlandse 15-en 16-jarige scholieren lag in 2019 ook boven het Europese gemiddelde.

Hulpvraag en incidenten

Aantal cliënten in de verslavingszorg in Nederland met primaire en secundaire ecstasyproblematiek, vanaf 2018

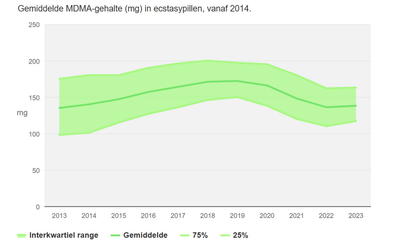


Bron: LADIS, stichting IVZ.

- Ecstasy komt als primaire problematiek weinig voor in de verslavingszorg. In 2023 ging het om 137 personen, dat is minder dan 1% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. k. Ecstasy komt vaker voor als secundaire problematiek dan als primaire problematiek, met 522 cliënten in 2023. In de periode 2018-2023 is het aantal cliënten met ecstasyproblematiek in de verslavingszorg stabiel laag.
- 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 MDMA-gehalte (mg) in ecstasypillen, vanaf 2014.



Gemiddelde dosering MDMA (mg) in een ecstaspil. Gegevens gaan over pillen die herkend zijn en pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- Van alle drugsmonsters worden ecstaspillen het vaakst bij de testlocaties ingeleverd. Meer dan de helft van alle ingeleverde drugsmonsters in 2023 waren ecstaspillen. In bijna alle ingeleverde pillen (98%) zit ook echt MDMA, de actieve stof in ecstasy. Het gemiddelde MDMA-gehalte van een ecstaspil in 2023 is met 138mg ongeveer even hoog als in 2022 (136mg). In minder dan één op de tien (9,1%) ecstaspillen zitten ook andere stoffen. MDMA-poeder wordt minder vaak ingeleverd dan ecstaspillen. Ongeveer één op de tien ingeleverde drugsmonsters was gekocht als MDMA-poeder. MDMA-poeder bevat bijna altijd (95%) echt MDMA. MDMA-poeder bevat bijna nooit vervuilingen (1%).
- In 2023 betaalden bezoekers van de testlocaties gemiddeld €4,12 voor een ecstasypil. Deze prijs is al jaren vrij stabiel. Een gram MDMA kostte gemiddeld €22,90.

6.1 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 Ecstasygebruik onder volwassenen

Hoeveel volwassenen gebruiken ecstasy?

In het kort: In 2023 had een op de tien volwassenen ooit ecstasy gebruikt, 3,8% gebruikte ecstasy in het laatste jaar en 1,1% in de laatste maand. Het gebruik van ecstasy is het hoogst onder mannen, jongvolwassenen, hoogopgeleiden en volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.

Ongeveer één op de vijfentwintig volwassenen gebruikte in het laatste jaar ecstasy

In 2023 had een op de tien (10,8%) volwassenen ooit ecstasy gebruikt. Dat komt neer op 1,5 miljoen volwassenen. Door 3,8% van de volwassenen werd ecstasy in het laatste jaar gebruikt en 1,1% gebruikte in de laatste maand. Ecstasy is na cannabis de meest gebruikte drug onder volwassenen.

Ecstasygebruik[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

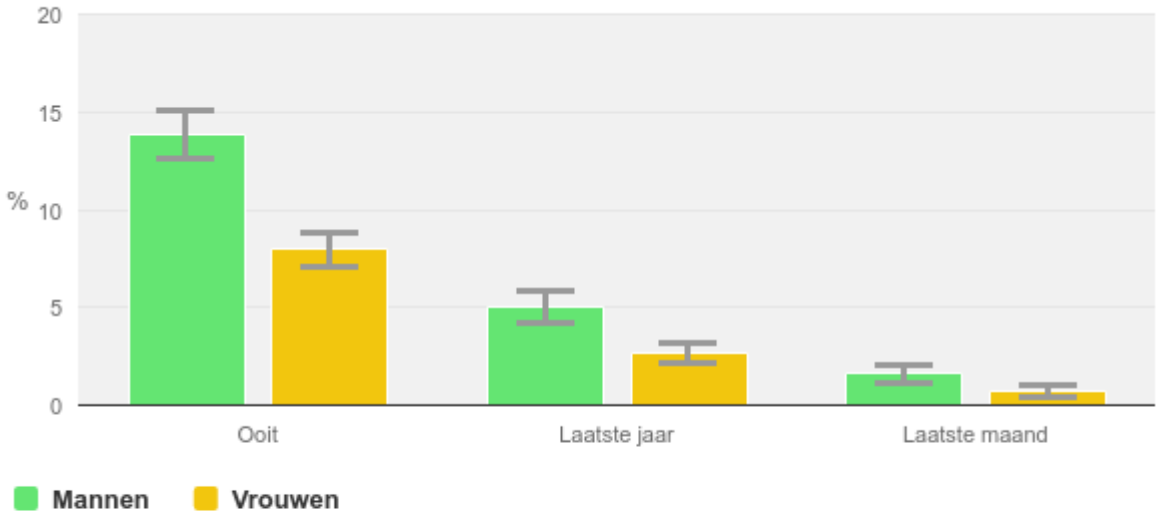
	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	10,8	1.530.000	1.420.000–1.640.000
Laatste jaar	3,8	540.000	470.000–600.000
Laatste maand	1,1	160.000	120.000–200.000

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.

Meer mannen dan vrouwen gebruiken ecstasy

In 2023 was het ecstasygebruik in het laatste jaar hoger onder mannen (5,0%) dan onder vrouwen (2,6%). Ook het gebruik ooit in het leven en in de laatste maand was hoger onder mannen dan onder vrouwen.

Ecstasygebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer ecstasy 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.

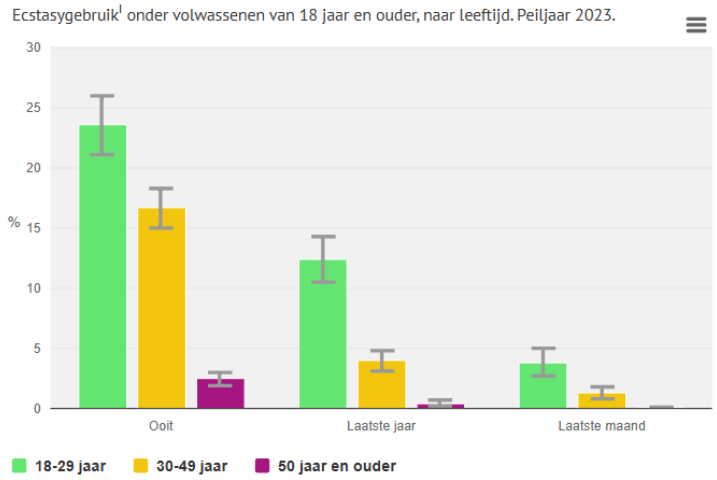
NDM

	Mannen	low Mannen	high Mannen	Vrouwen	low Vrouwen	high Vrouwen
Ooit	13,8	12,6	15	7,9	7	8,8
Laatste jaar	5	4,2	5,8	2,6	2,1	3,1
Laatste maand	1,6	1,1	2	0,7	0,4	1

Ecstasygebruik komt het meest voor onder jongvolwassenen

In 2023 was het ecstasygebruik in het laatste jaar het hoogst onder 18-29-jarigen (12,4%) en het laagst onder 50-plussers (0,4%). Het gebruik onder 30-49-jarigen (4,0%) zat daar tussenin. Hetzelfde geldt voor het gebruik ooit in het leven en in de laatste maand.

Ecstasygebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer ecstasy 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.

		18-29 jaar	low 18-29 jaar	high 18-29 jaar	30-49 jaar	low 30-49 jaar	high 30-49 jaar	50 jaar en ouder	low 50 jaar en ouder	high 50 jaar en ouder
Ooit	Ooit	23,6	21,1	26	16,7	15	18,3	2,5	1,9	3
Laatste jaar	Laatste jaar	12,4	10,5	14,3	4	3,1	4,8	0,4	0,2	0,7
Laatste maand	Laatste maand	3,8	2,7	5	1,3	0,8	1,8	0,1		0,1

Ecstasygebruikers zijn gemiddeld 29,7 jaar oud

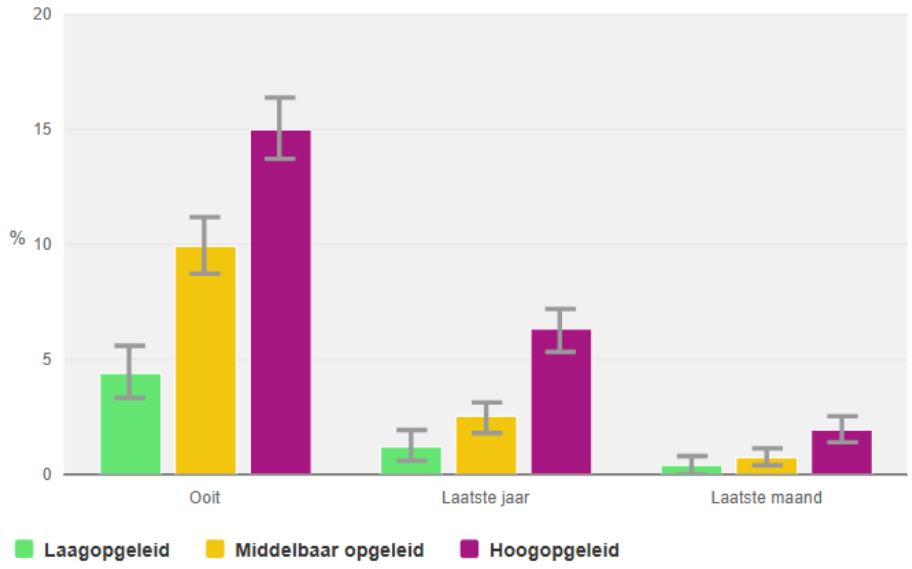
De gemiddelde leeftijd van volwassenen die in het laatste jaar ecstasy hebben gebruikt was 29,7 jaar (SD = 9,9) in 2023.

In de LSM-A 2022 is aan ecstasygebruikers gevraagd op welke leeftijd zij ecstasy voor het eerst gebruikten. De gemiddelde startleeftijd was 22,4 jaar (SD = 6,7). Vrouwen (21,9 jaar) starten gemiddeld een jaar eerder met ecstasy dan mannen (22,8 jaar).

Ecstasygebruik komt meer voor onder hoogopgeleiden dan onder laagopgeleiden

In 2023 was het ecstasygebruik in het laatste jaar onder hoogopgeleiden (6,3%) ruim 5 keer zo hoog als onder laagopgeleiden (1,2%). Het gebruik onder middelbaar opgeleiden (2,5%) zat daartussen in. Ook het gebruik ooit in het leven was het hoogst onder hoogopgeleiden en het laagst onder laagopgeleiden. Het gebruik in de laatste maand was hoger onder hoogopgeleiden dan onder middelbaar- en laagopgeleiden.

Ecstasygebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2023.

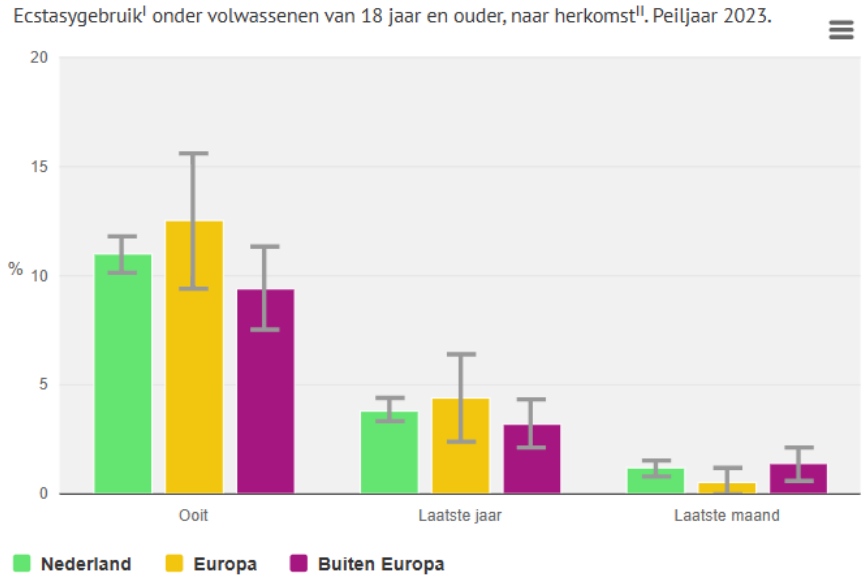


I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer ecstasy gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. II. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2–4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut

	Laagopgeleid	low Laagopgeleid	high Laagopgeleid	Middelbaar opgeleid	low Middelbaar opgeleid	high Middelbaar opgeleid	Hoogopgeleid	low Hoogopgeleid	high Hoogopgeleid
Ooit	4,4	3,3	5,6	9,9	8,7	11,2	15	13,7	16,4
Laatste jaar	1,2	0,6	1,9	2,5	1,8	3,1	6,3	5,3	7,2
Laatste maand	0,4		0,8	0,7	0,4	1,1	1,9	1,4	2,5

Geen verschil in ecstasygebruik tussen herkomstgroepen

In 2023 waren er geen verschillen in ecstasygebruik tussen de herkomstgroepen. Dit geldt voor het gebruik ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand.



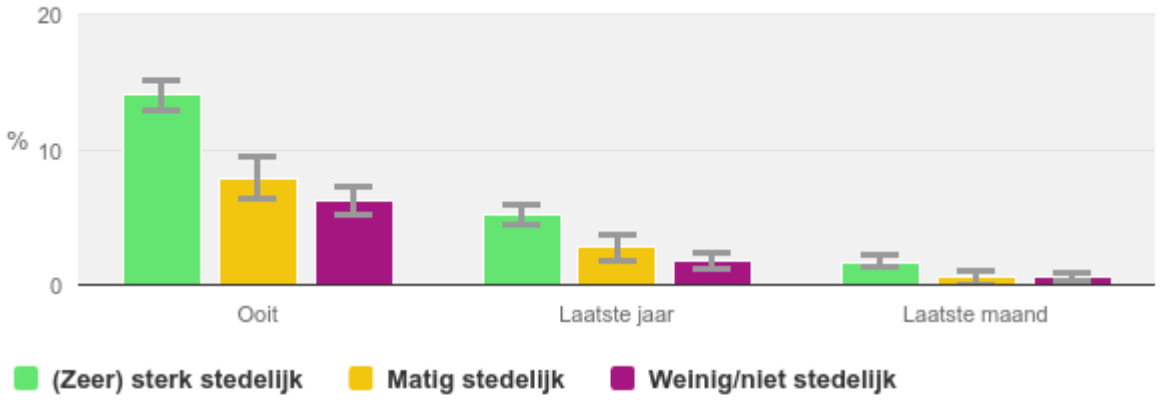
I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer ecstasy gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst | CBS). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS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

	Nederland	low Nederland	high Nederland	Europa	low Europa	high Europa	Buiten Europa	low Buiten Europa	high Buiten Europa
Ooit	11	10,1	11,8	12,5	9,4	15,6	9,4	7,5	11,3
Laatste jaar	3,8	3,3	4,4	4,4	2,4	6,4	3,2	2,1	4,3
Laatste maand	1,2	0,8	1,5	0,5		1,2	1,4	0,6	2,1

Ecstasygebruik komt meer voor onder volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden

In 2023 was het ecstasygebruik in het laatste jaar hoger onder volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (5,1%) dan onder volwassenen in matig stedelijke gebieden (2,7%) en weinig/niet stedelijke gebieden (1,7%). Dit geldt ook voor het gebruik ooit in het leven en in de laatste maand.

Ecstasygebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer ecstasy 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.

NDM

	(Zeer) sterk stedelijk	low (Zeer) sterk stedelijk	high (Zeer) sterk stedelijk	Matig stedelijk	low Matig stedelijk	high Matig stedelijk	Weinig/niet stedelijk	low Weinig/niet stedelijk	high Weinig/niet stedelijk
Ooit	14	12,8	15,1	7,8	6,3	9,4	6,1	5,1	7,2
Laatste jaar	5,1	4,4	5,9	2,7	1,7	3,6	1,7	1,1	2,3
Laatste maand	1,6	1,2	2,1	0,5		0,9	0,5	0,2	0,8

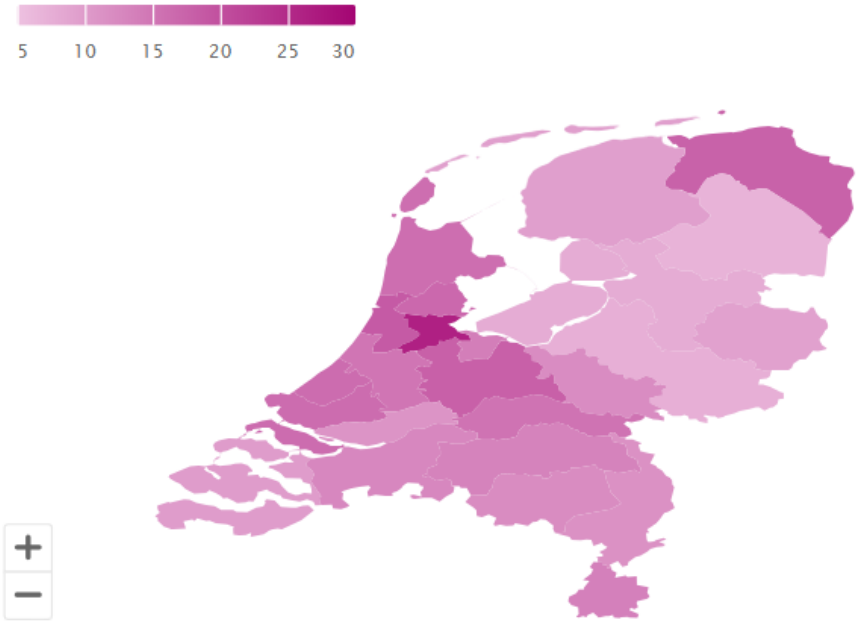
Geen verschil in ecstasygebruik tussen werkenden en niet-werkenden

Er is geen verschil in het gebruik van ecstasy in het laatste jaar tussen werkenden (4,4%) en niet-werkenden (3,4%). Dit blijkt uit aanvullende analyses die zijn gepubliceerd in een aparte publicatie over middelengebruik en werk [1]. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt van de LSM-A van het peiljaar 2022.

Ecstasygebruik verschilt per regio

Uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die werd gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen zijn in het gebruik van ecstasy [2]. In 2024 werden de hoogste percentages ecstasygebruik in de laatste 12 maanden gevonden in GGD-regio Amsterdam (26,4%) en GGD-regio Kennemerland (18,7%). Ecstasy werd het minst gebruikt in de GGD-regio Drenthe (7,0%) en GGD-regio Noord- en Oost-Gelderland (7,5%).

Ecstasygebruik[I] onder jongvolwassenen van 16 tot en met 25 jaar, per GGD–regio. Peiljaar 2024.



I. Laatste jaar: ten minste één keer ecstasy gebruikt in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024, GGD'en en RIVM.

NDM

code	value
1	17,7
2	7
3	7,9
4	9,3
5	7,5

code	value
6	12,1
7	15,4
8	7,9
9	17,9
10	16,1
11	18,7
12	26,4
13	14
14	15,2
15	16,4
16	11,1
17	10
18	12,8
19	13,3
20	12,2
21	11,5
22	13,7

code	value
23	16,4
24	9,6
25	16,9

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van ecstasy wordt sinds 2015 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van ecstasy ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

Regionale cijfers

Naast de landelijke cijfers uit de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale cijfers beschikbaar over drugsgebruik uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen. De meest recente gegevens komen uit

2024 [2], toen meer dan 135.000 jongvolwassenen tussen de 16 en 25 jaar de vragenlijst invulden. In tegenstelling tot 2022 werd er in 2024 geen steekproef getrokken; de vragenlijst was via een open link beschikbaar en respondenten werden vooral geworven via sociale media. De resultaten zijn gestandaardiseerd naar GGD-regio, leeftijd en gender om representativiteit te verbeteren, maar de wervingsmethode kan mogelijk leiden tot een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een slechtere (mentale) gezondheid. Deze cijfers zijn door verschillen in de vraagstelling en leeftijdsgroep niet direct vergelijkbaar met de cijfers uit de GE of de LSM-A Middelen, maar bieden wel inzicht in regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen.

Bronnen

1. Tuithof M, Blokland M, Sannen A. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Utrecht: Trimbos-instituut;
2. GGD’en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024. https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024. 2025.

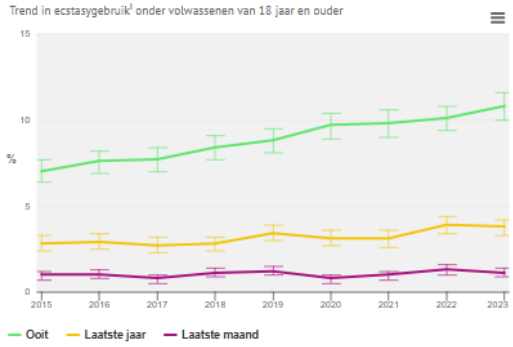
6.2.2 Veranderingen in ecstasygebruik onder volwassenen

Is het ecstasygebruik onder volwassenen veranderd?

In het kort: In 2023 is het ecstasygebruik in het laatste jaar onder volwassenen niet veranderd vergeleken met 2022. Vergeleken met 2015 is gebruik in het laatste jaar in 2023 wel hoger. Deze stijging deed zich met name voor onder mannen, 18-29-jarigen en 30-49-jarigen en volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.

Ecstasygebruik sinds vorige meting stabiel, maar op lange termijn gestegen

In 2023 is het ecstasygebruik (ooit, laatste jaar, laatste maand) niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Het gebruik ooit in het leven steeg van 7,0% in 2015 naar 10,8% in 2023. Het laatste-jaar-gebruik steeg van 2,8% in 2015 naar 3,8% in 2023. Het gebruik in de laatste maand bleef tussen 2015 en 2023 ongeveer gelijk.



1. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ecstasy 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.

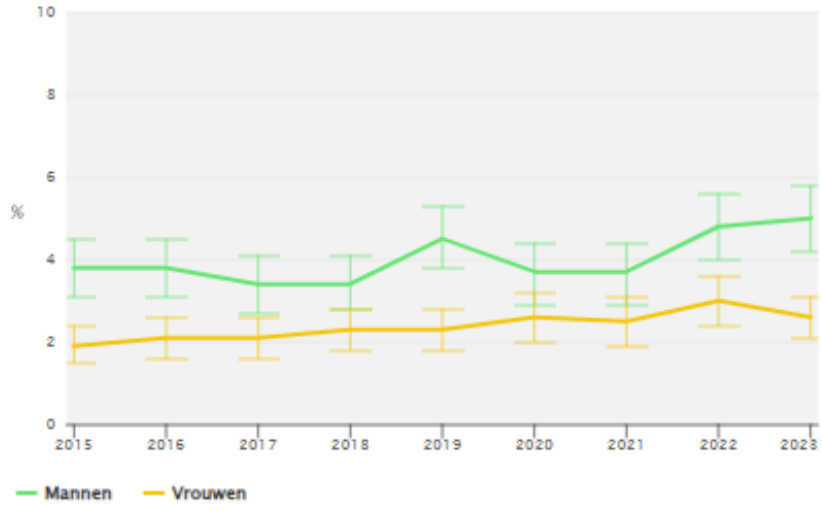
	Ooit	Ooit low	Ooit high	Laatste jaar	Jaar low	Jaar high	Laatste maand	Maand low	Maand high
2015	7,0	6,4	7,7	2,8	2,4	3,3	1,0	0,7	1,2
2016	7,6	6,9	8,2	2,9	2,5	3,4	1,0	0,8	1,3
2017	7,7	7,0	8,4	2,7	2,3	3,2	0,8	0,5	1,0
2018	8,4	7,7	9,1	2,8	2,4	3,2	1,1	0,9	1,4
2019	8,8	8,1	9,5	3,4	3,0	3,9	1,2	1,0	1,5
2020	9,7	8,9	10,4	3,1	2,7	3,6	0,8	0,5	1,0
2021	9,8	9,0	10,6	3,1	2,6	3,6	1,0	0,7	1,2

	Ooit	Ooit low	Ooit high	Laatste jaar	Jaar low	Jaar high	Laatste maand	Maand low	Maand high
2022	10,1	9,4	10,8	3,9	3,4	4,4	1,3	1,0	1,6
2023	10,8	10,0	11,6	3,8	3,3	4,2	1,1	0,9	1,4

Ecstasygebruik alleen onder mannen op lange termijn gestegen

In 2023 is het ecstasygebruik in het laatste jaar en in de laatste maand onder zowel mannen als vrouwen niet veranderd vergeleken met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het gebruik in het laatste jaar wel gestegen onder mannen. Onder vrouwen bleef het gebruik in het laatste jaar ongeveer gelijk. Het gebruik in de laatste maand bleef onder zowel mannen als vrouwen ongeveer gelijk vergeleken met 2015.

Trend in ecstasygebruik[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht



1. Laatste jaar: ten minste één keer ecstasy gebruikt in het laatste jaar. Bron: LSM–A Middelen–Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos–instituut.

	Mannen	Man low	Man high	Vrouwen	Vrouw low	Vrouw high
2015	3,8	3,1	4,5	1,9	1,5	2,4
2016	3,8	3,1	4,5	2,1	1,6	2,6
2017	3,4	2,7	4,1	2,1	1,6	2,6
2018	3,4	2,8	4,1	2,3	1,8	2,8
2019	4,5	3,8	5,3	2,3	1,8	2,8
2020	3,7	2,9	4,4	2,6	2,0	3,2
2021	3,7	2,9	4,4	2,5	1,9	3,1

	Mannen	Man low	Man high	Vrouwen	Vrouw low	Vrouw high
2022	4,8	4,0	5,6	3,0	2,4	3,6
2023	5,0	4,2	5,8	2,6	2,1	3,1

Ecstasygebruik alleen onder 18-29-jarigen en 30-49-jarigen op lange termijn gestegen

Tussen 2022 en 2023 is het ecstasygebruik in het laatste jaar en in de laatste maand in geen van de leeftijdsgroepen veranderd. Vergeleken met de eerste meting in 2015 is het gebruik in het laatste jaar in 2023 hoger onder 18-29-jarigen en 30-49-jarigen. Onder de 50-plussers bleef het gebruik in het laatste jaar ongeveer gelijk.

Het gebruik in de laatste maand steeg alleen onder 30-49-jarigen van 0,5% in 2015 naar 1,3% in 2023.

Ecstasygebruik stabiel onder alle opleidingsniveaus

Tussen 2022 en 2023 is het ecstasygebruik in het laatste jaar onder geen van de opleidingsniveaus veranderd. Dit geldt ook voor het gebruik in de laatste maand.

Ook vergeleken met de eerste meting in 2015 bleef het gebruik in het laatste jaar en in de laatste maand in 2023 onder alle opleidingsniveaus ongeveer gelijk.

Ecstasygebruik op korte termijn stabiel onder alle herkomstgroepen

Tussen 2022 en 2023 is het ecstasygebruik in het laatste jaar en in de laatste maand onder geen van de herkomstgroepen veranderd. Sinds 2022 hanteert het CBS een nieuwe indeling naar herkomst, er zijn daarom geen trendgegevens beschikbaar tussen 2015 en 2022.

Ecstasygebruik alleen onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden op lange termijn gestegen

Tussen 2022 en 2023 is het ecstasygebruik in het laatste jaar en in de laatste maand onder geen van de stedelijkheidsniveaus veranderd. Vergeleken met de eerste meting in 2015 steeg alleen het gebruik in het laatste jaar onder volwassenen in zeer (sterk) stedelijke gebieden van 4,0% in 2015 naar 5,1% in 2023. Het gebruik in de laatste maand bleef onder alle stedelijkheidsniveaus ongeveer gelijk tussen 2015 en 2023.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van ecstasy wordt sinds 2015 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van ecstasy ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

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.

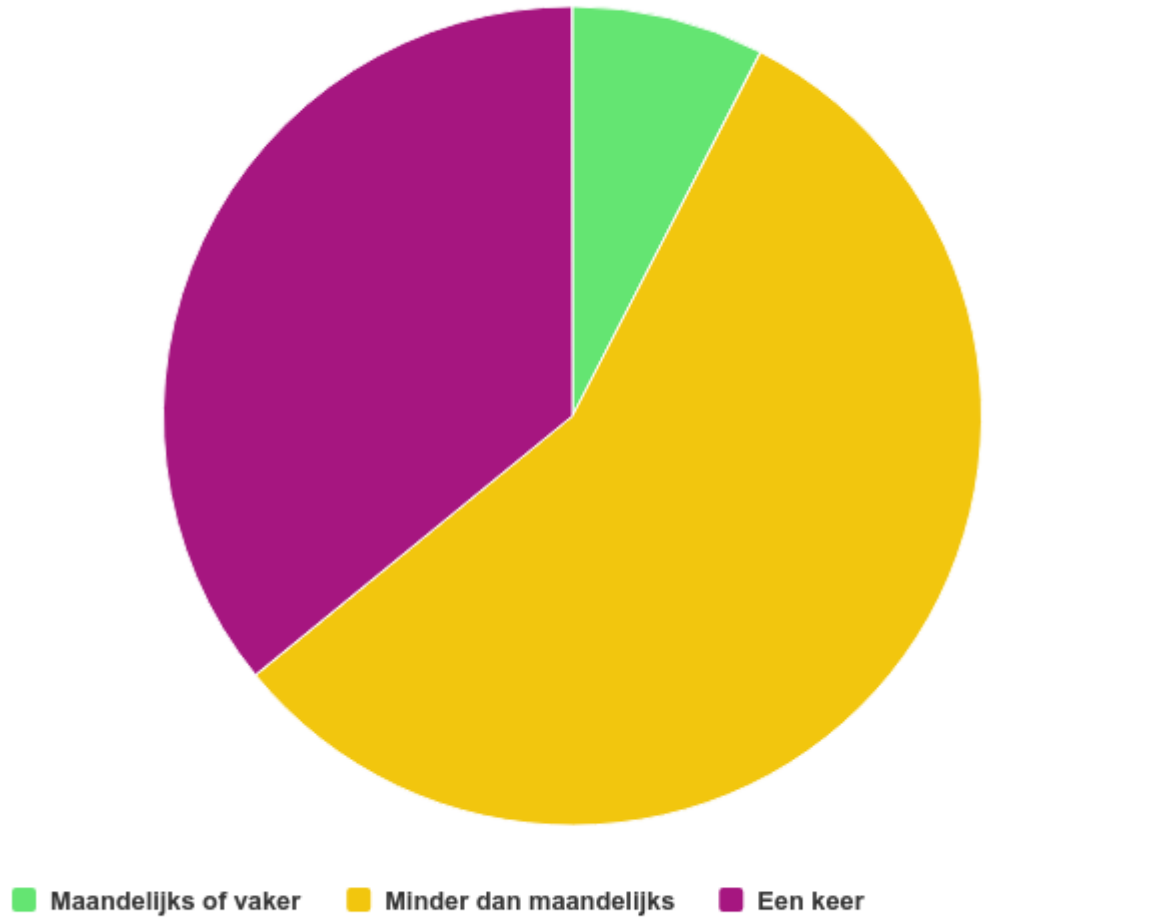
Gegevensbronnen

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.



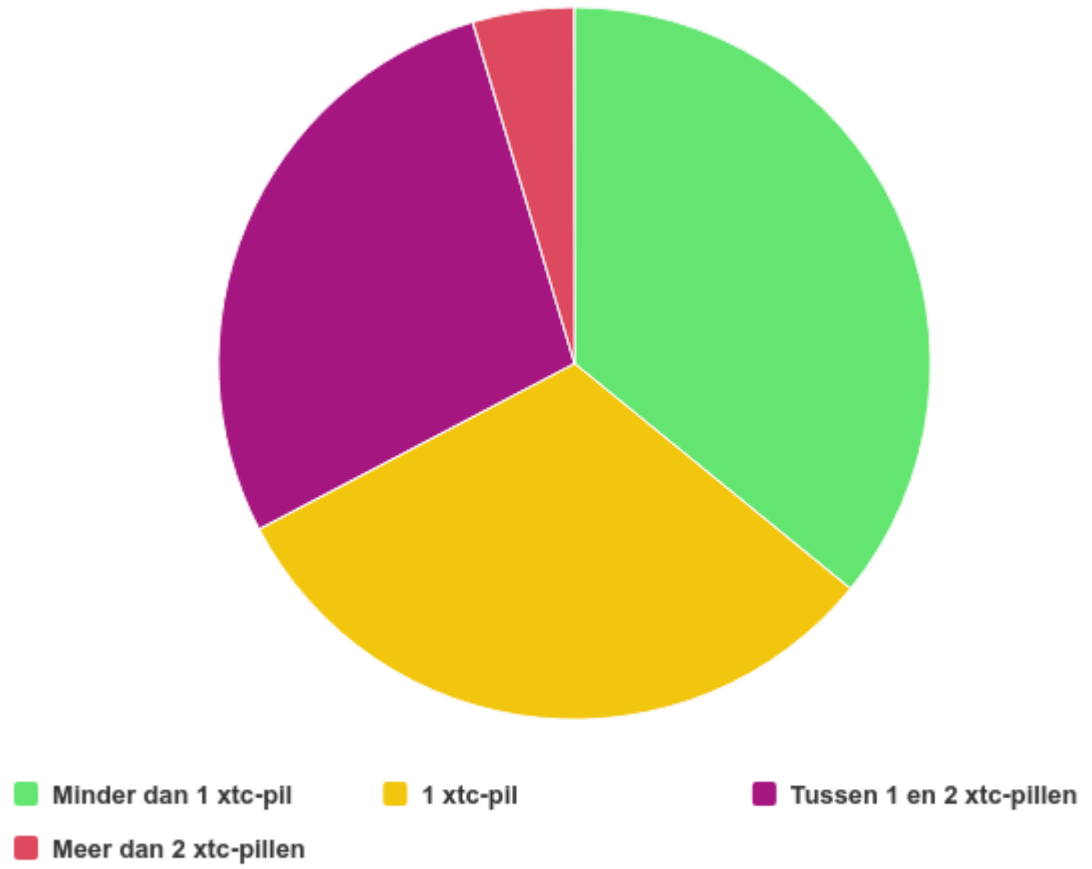
I. Frequentie: aantal keer in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

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 Ecstasygebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

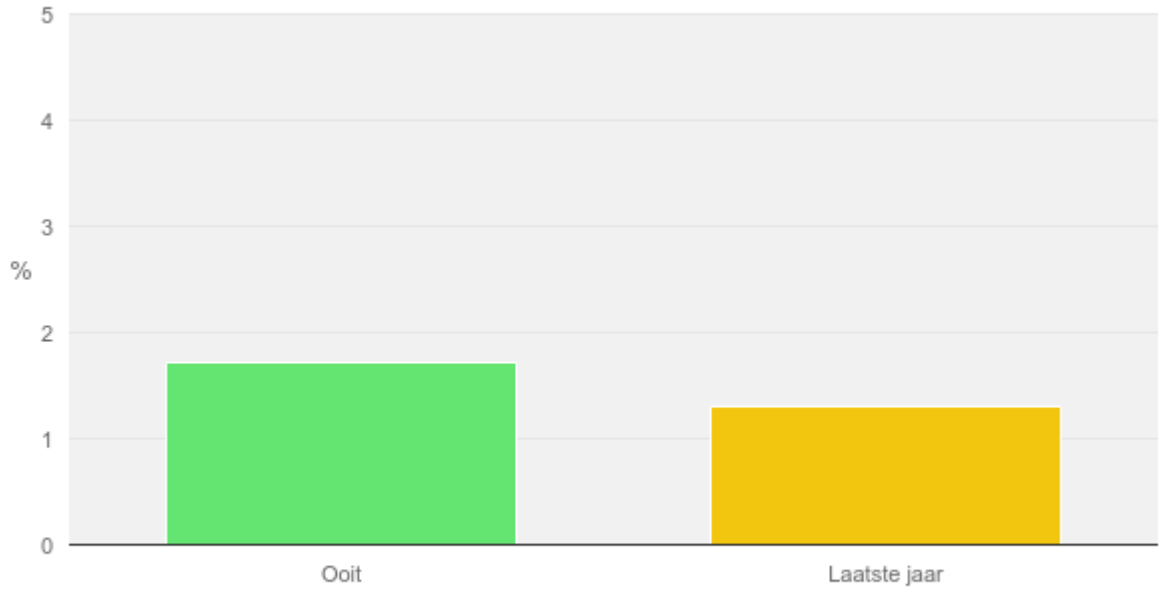
Hoeveel scholieren gebruiken ecstasy?

In het kort: In 2023 had 1,7% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit ecstasy gebruikt, 1,3% gebruikte in het laatste jaar ecstasy.

Ongeveer één op de zestig scholieren heeft ooit ecstasy gebruikt

In 2023 had 1,7% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit ecstasy gebruikt, 1,3% gebruikte in het laatste jaar ecstasy. Ecstasy staat hiermee op plek drie, alleen cannabis en lachgas zijn door meer scholieren ooit in het leven gebruikt.

Ecstasygebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar. Peiljaar 2023



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer ecstasy gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Totaal
Ooit	1,7

	Totaal
Laatste jaar	1,3

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

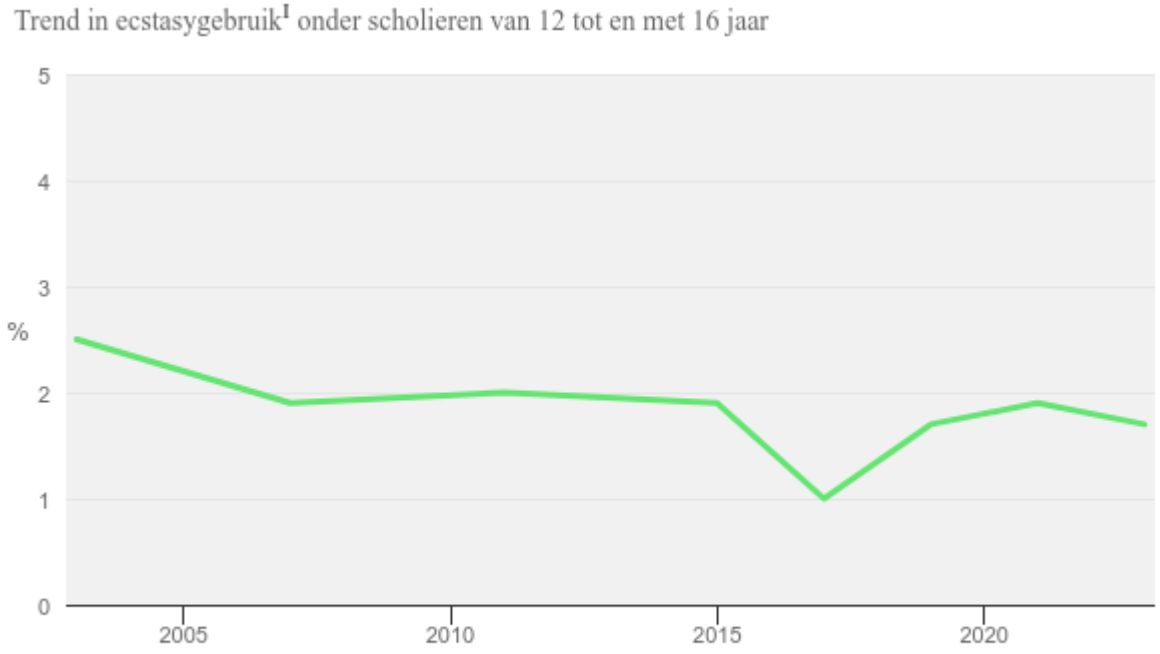
6.3.2 Veranderingen in ecstasygebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

Is het ecstasygebruik onder scholieren veranderd?

In het kort: Tussen 2003 en 2023 schommelt het ooitgebruik van ecstasy onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) rond de 2%.

Ecstasygebruik is op lange termijn niet veranderd

Tussen de eerste meting van 2003 en 2023 schommelt het ooitgebruik van ecstasy onder 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs rond de 2%. Alleen in 2017 vond een tijdelijke daling van het gebruik van ecstasy plaats.



I. Ooit: ten minste één keer ecstasy gebruikt ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor

NDM

	Ooit
2003	2,5
2005	

	Ooit
2007	1,9
2009	
2011	2,0
2013	
2015	1,9
2017	1,0
2019	1,7
2021	1,9
2023	1,7

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

6.3.3 Ecstasygebruik onder studenten

Hoeveel studenten gebruiken ecstasy?

In het kort: In 2023 gebruikte minder dan één op de tien (8,7%) mbo-studenten ecstasy in het laatste jaar en één op de zeven (14%) hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder. Het ecstasygebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 ongeveer gelijk gebleven. Ook het ecstasygebruik in de laatste maand onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 gelijk gebleven.

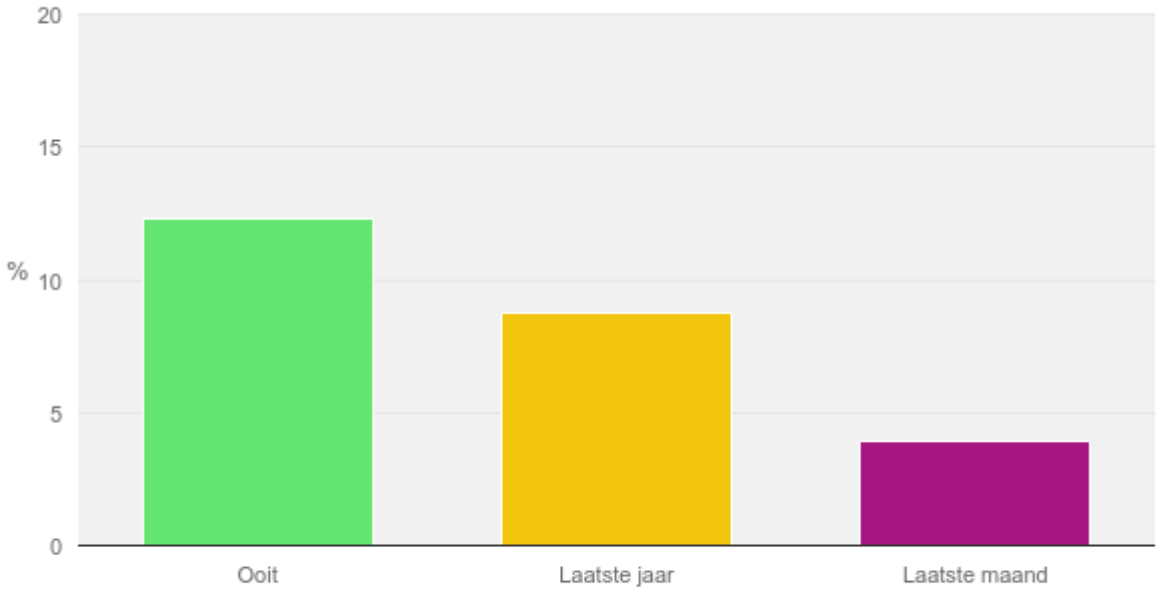
Snel naar:
Mbo-studenten
Hbo- en universiteitsstudenten

Hoeveel mbo-studenten gebruiken ecstasy?

Minder dan één op de tien mbo-studenten gebruikte in het laatste jaar ecstasy

In 2023 had bijna één op de acht (12,3%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit ecstasy gebruikt. Minder dan één op de tien (8,7%) gebruikte ecstasy in het laatste jaar en 3,9% in de laatste maand [1].

Ecstasygebruik[I] onder mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Peiljaar 2023



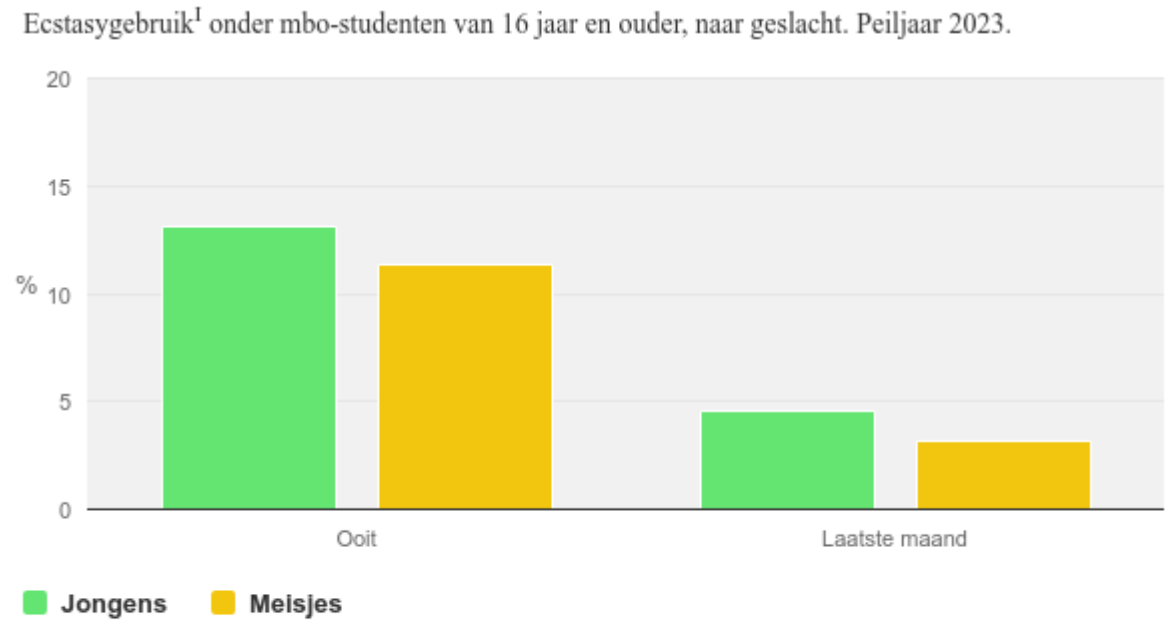
I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ecstasy gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Mbo–middelenmonitor, 2023

NDM

	Totaal
Ooit	12,3
Laatste jaar	8,7
Laatste maand	3,9

Ecstasygebruik ooit in het leven verschilt niet tussen jongens en meisjes

Er waren geen verschillen in het ecstasygebruik ooit in het leven tussen jongens en meisjes. Het ecstasygebruik in de laatste maand was hoger onder jongens (4,5%) dan onder meisjes (3,1%) [1].

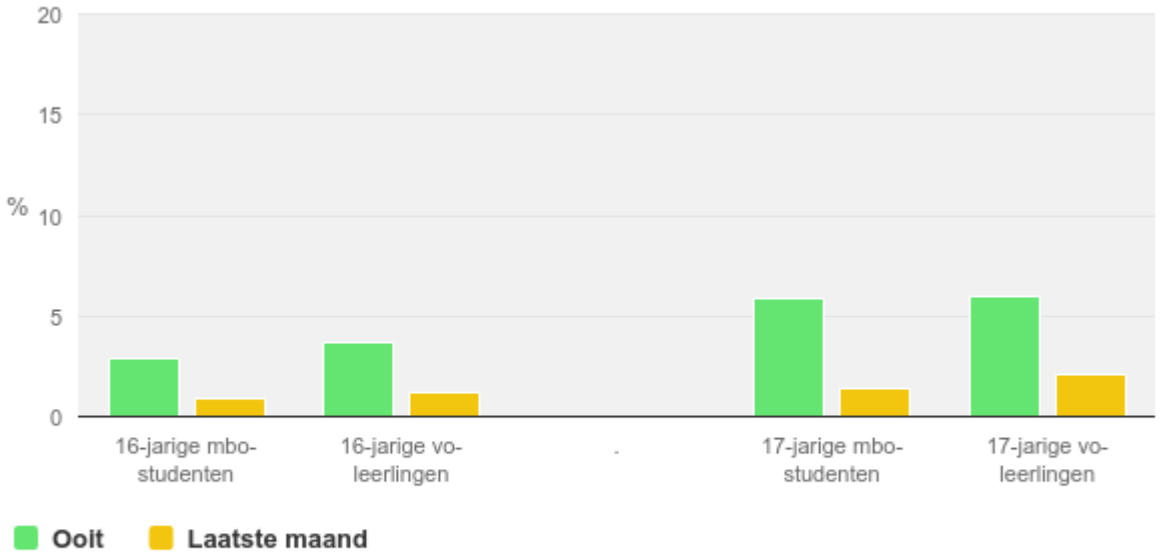


	Jongens	Meisjes
Ooit	13,1	11,3
Laatste maand	4,5	3,1

Ecstasygebruik verschilt niet tussen 16- en 17-jarige mbo-studenten en vo-leerlingen van dezelfde leeftijd

Het ecstasygebruik ooit in het leven onder 16- en 17-jarige mbo-studenten verschilde niet met leerlingen van het voortgezet onderwijs (vo) van dezelfde leeftijd. Dit geldt ook voor het gebruik in de laatste maand [1].

Ecstasygebruik[I] onder 16-en 17-jarige mbo-studenten en leeftijdsgenoten van het voortgezet onderwijs (vo). Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer ecstasy gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand. Bron: Mbo–middelenmonitor, 2023

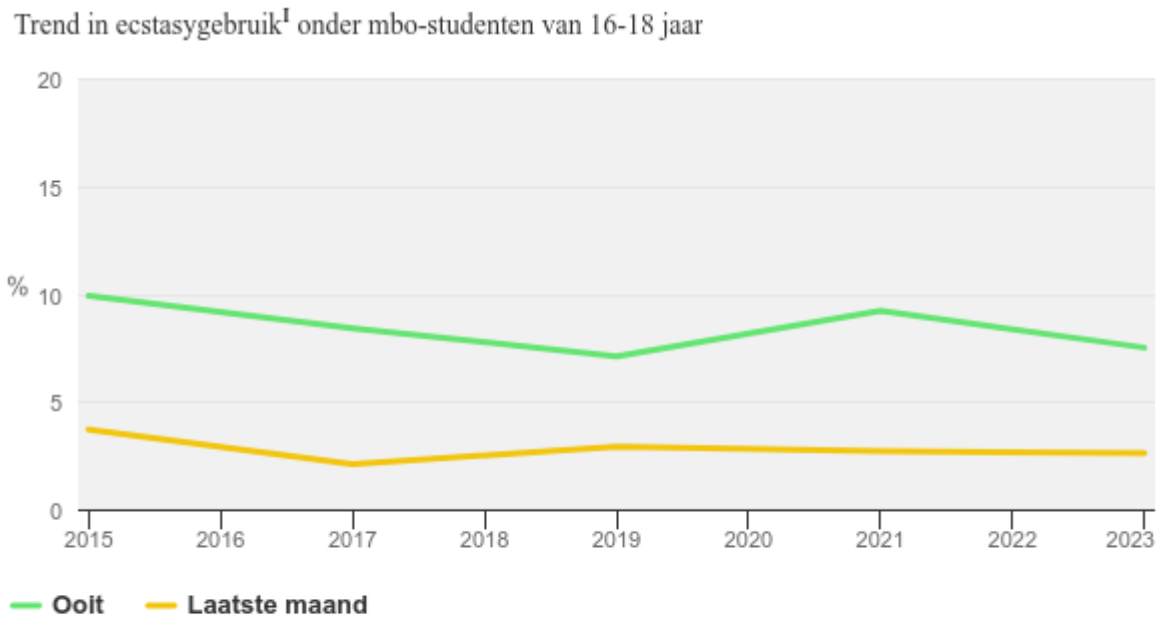
NDM

	Ooit	Laatste maand
16-jarige mbo-studenten	2,8	0,8
16-jarige vo-leerlingen	3,6	1,1
.		
17-jarige mbo-studenten	5,8	1,3
17-jarige vo-leerlingen	5,9	2,0

Ecstasygebruik is sinds 2015 ongeveer gelijk gebleven onder 16-18-jarige mbo-studenten

Het gebruik van ecstasy ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 (9,9%) en 2023 (7,5%) ongeveer gelijk gebleven. Dit geldt ook voor het gebruik in de laatste maand [1].

Deze trendgegevens zijn berekend voor 16-18-jarigen en wijken daarom af van de hierboven genoemde percentages over alle mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Het gebruik in het laatste jaar is in 2023 voor het eerst uitgevraagd waardoor er geen trendgegevens zijn.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Mbo-middelenmonitor

NDM

	Ooit	Laatste maand
2015	9,9	3,7
2017	8,4	2,1
2019	7,1	2,9
2021	9,2	2,7
2023	7,5	2,6

Regionale gegevens over het gebruik van ecstasy onder mbo-studenten

In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 had één op de

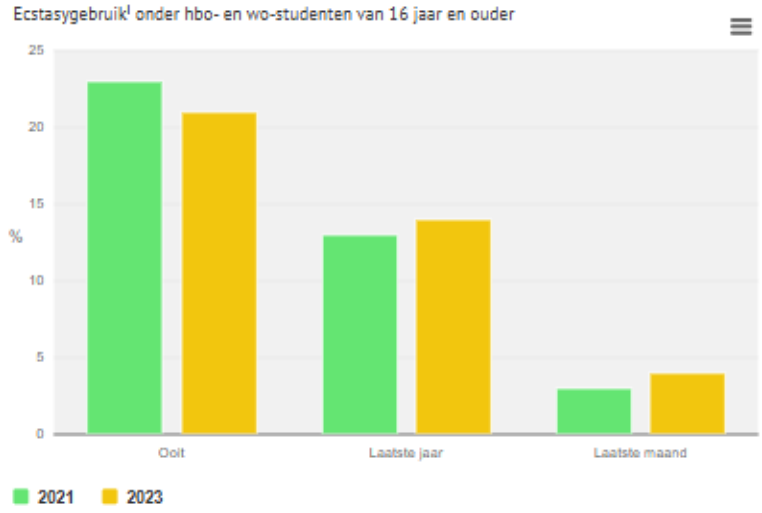
acht (13,0%) van de Amsterdamse mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit ecstasy gebruikt. Bijna één op de tien (8,6%) gebruikte ecstasy in het laatste jaar en 2,9% in de laatste maand [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Hoeveel studenten van het hbo en de universiteit gebruiken ecstasy?

Ongeveer één op de zeven hbo- en universiteitsstudenten gebruikte in het laatste jaar ecstasy

Ecstasy is, na cannabis, de meest gebruikte drug onder studenten van het hbo en de universiteit (wo). In 2023 had ongeveer één op de vijf (21%) studenten van het hbo en de universiteit van 16 jaar en ouder ooit ecstasy gebruikt. Ongeveer één op de zeven (14%) gebruikte ecstasy in het laatste jaar en 4% in de laatste maand [3].

Vanwege de lage respons (in 2023 6,5% van het totaal aantal studenten van de 24 deelnemende instellingen), geven deze cijfers een indicatie van middelengebruik, maar kunnen ze niet worden gezien als precieze schattingen van het gebruik in de totale studentenpopulatie (zie ook: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).



1. 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

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

Ecstasygebruik komt in sommige groepen hbo- en universiteitsstudenten meer voor dan in andere groepen

De kans op ecstasygebruik in de laatste maand onder hbo- en universiteitsstudenten was groter onder mannen dan onder vrouwen (4% versus 3%), onder studenten met en zonder een

migratieachtergrond dan onder internationale studenten (4% versus 3%) en onder voltijd studenten dan onder niet-voltijd studenten (4% versus 2%). Er werd ook een significant verschil gevonden tussen 22-25-jarigen en 16-21-jarigen, maar dit wordt omschreven als ‘heel klein / niet betekenisvol’. Er waren geen verschillen in ecstasygebruik naar onderwijstype (hbo, wo) [3].

Ecstasygebruik in de laatste maand onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 gelijk gebleven

Vergeleken met de eerste meting in 2021 is het percentage gebruikers van ecstasy in de laatste maand in 2023 ongeveer gelijk [3]. Ook het gebruik van dit middel ooit in het leven en het gebruik in het laatste jaar lijken in beide jaren ongeveer hetzelfde te zijn, maar dit is niet statistisch getoetst.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo-studenten

De Mbo-Middelenmonitor [1] onderzoekt het middelengebruik onder mbo-studenten. In 2023 werd dit onderzoek voor de vijfde keer uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public (nu Verian). Dit jaar werd het onderzoek alleen uitgevoerd onder mbo-studenten, terwijl eerdere metingen (in 2015, 2017, 2019 en 2021) ook hbo-studenten betrokken. In 2023 namen 4.448 mbo-studenten van 16 jaar en ouder deel aan het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 op 64 mbo-locaties. In totaal werden 6.053 studenten willekeurig benaderd door onderzoeksassistenten om een digitale vragenlijst in te vullen.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

Hbo- en universiteitsstudenten

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs [3] onderzoekt de mentale gezondheid en het middelengebruik van studenten van het hbo en de universiteit (wo) om de twee jaar. Dit onderzoek is in 2023 voor de tweede keer uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het RIVM, de GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. In 2023 vulden 32.217 hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder alle vragen over middelengebruik in. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 bij 24 onderwijsinstellingen in heel Nederland. De deelnemende onderwijsinstellingen stuurden een uitnodiging naar studenten van 16 jaar en ouder om de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd ook in het Engels aangeboden voor buitenlandse studenten. Het onderzoek heeft enkele belangrijke beperkingen, zoals

een laag responspercentage van 6,5% in 2023 en de onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde groepen studenten. De data zijn wel gewogen om deze representatiever te maken, maar het is mogelijk dat de resultaten nog steeds vertekend zijn en niet volledig representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland.

Vanwege verschillen in methodes van dataverzameling zijn de resultaten van de Mbo-Middelenmonitor, de Antenne Amsterdam en de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs niet direct met elkaar te vergelijken.

Bronnen

1. K. Morren, S. Van Dorsselaer, K. Monshouwer. Factsheet: Middelengebruik onder mbo-studenten 2023. Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. J. Nuijen, A. Verweij, J. Dopmeijer, A. Van Wamel, F. Schouten, M. Buijs, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.

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).

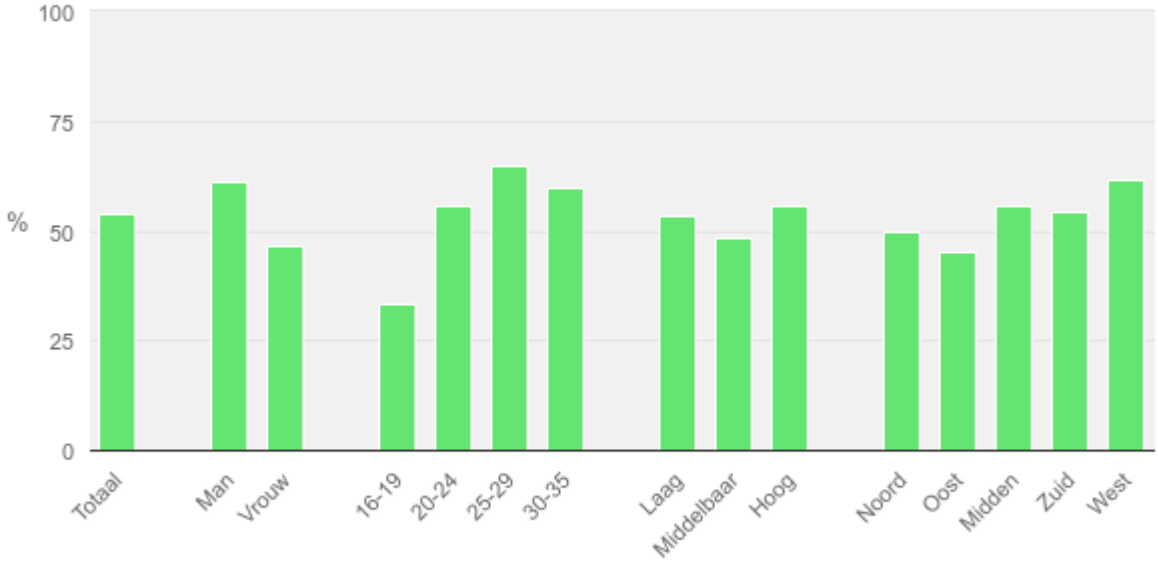
Uitgaanders in Nederland

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

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen gebruiken ecstasy?

In het kort: Jongeren uit sommige kwetsbare groepen hebben meer ervaring met het gebruik van ecstasy dan jongeren uit het regulier onderwijs. Scholieren van cluster 4, jongeren in jeugddetentie en jongeren in de jeugdzorg hebben vaker ooit ecstasy gebruikt dan jongeren uit het regulier voortgezet onderwijs. Scholieren van cluster 3 hebben echter nauwelijks ervaring met ecstasy. Ook de trends verschillen per onderzochte groep.

Snel naar:
Scholieren van het praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Jongeren in de residentiële jeugdzorg
Groepen risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

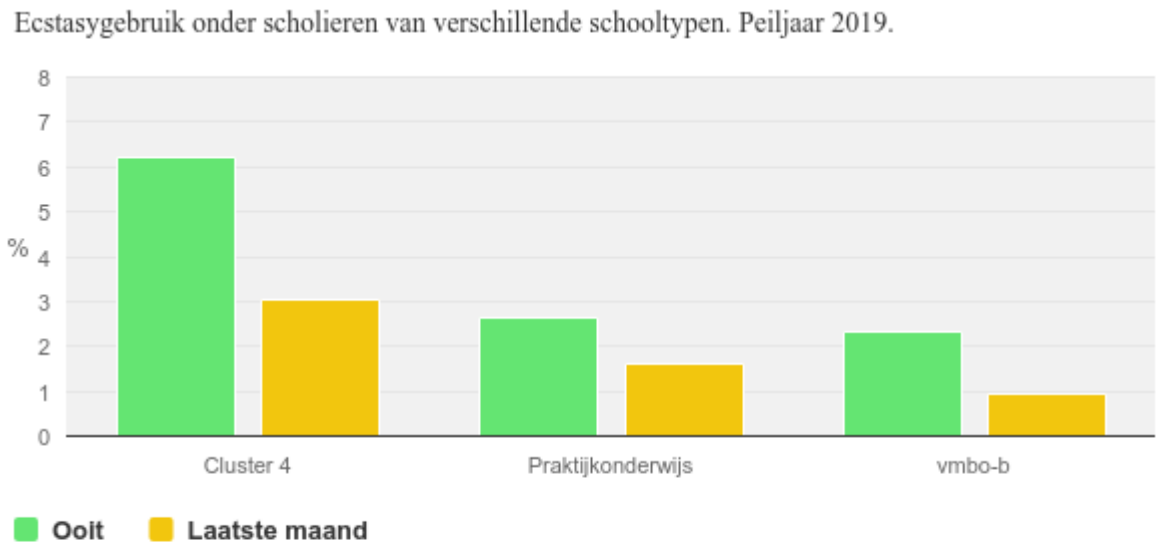
Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen ‘kwetsbare groepen jongeren’. Wij gebruiken de term ‘kwetsbare groepen jongeren’ om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg, in jeugddetentie of in het voorgezet speciaal onderwijs (vso) zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo’n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel scholieren in het praktijkonderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs gebruiken ecstasy?

Meer scholieren in cluster 4 gebruiken ecstasy dan scholieren op andere scholen

In 2019 hadden cluster 4-scholieren (6,2%) vaker ooit ecstasy gebruikt dan scholieren van het praktijkonderwijs (2,6%) en het vmbo-b (2,3%) [2]. Ook hadden scholieren van cluster 4 vaker in de laatste maand ecstasy gebruikt (3,0%) dan scholieren van het vmbo-b (0,9%). Het verschil met het praktijkonderwijs (1,6%) is niet significant. Van alle harddrugs hadden scholieren van alle schooltypen de meeste ervaring met ecstasy.

Het aandeel scholieren in het cluster 3 onderwijs dat ervaring heeft met ecstasy is te laag om uitspraken over te doen [3]. Daarmee is het gebruik onder deze jongeren dus lager dan in alle andere schooltypen.



Gegevens over scholieren uit cluster 4 en het praktijkonderwijs komen uit een ander onderzoek dan de gegevens over scholieren van het vmbo-b. De methoden van dataverzameling verschillen tussen deze onderzoeken. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos-instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand
Cluster 4	6,2	3,0
Praktijkonderwijs	2,6	1,6
vmbo-b	2,3	0,9

Geen significante verschillen in ecstasygebruik tussen 2008 en 2020

Onder scholieren van cluster 4 daalde het ooitgebruik van ecstasy tussen 2008 (8,9%) en 2019 (6,3%) licht, maar dit verschil was niet significant. Het percentage scholieren van het

praktijkonderwijs dat ervaring had met ecstasy bleef tussen 2008 (1,8%) en 2019 (1,6%) ongeveer gelijk. Cluster 3 scholen werden voor het eerst in 2019 onderzocht. Daarom zijn er geen trendgegevens voor deze groep beschikbaar.

Voor ecstasy is er sprake van een (niet significante) stijging in het gebruik van de afgelopen maand voor het praktijkonderwijs (van 0.7% naar 1.6%) en cluster 4-onderwijs (van 2.2% naar 3.0%).

Meer meisjes dan jongens in cluster 4 hebben ooit ecstasy gebruikt

Meisjes in cluster 4 hadden meer ervaring met ecstasy dan jongens. Twee keer zoveel meisjes (10%) als jongens (5%) in cluster 4 hadden in 2019 ooit ecstasy gebruikt. In andere onderzoeken onder jongeren ligt het gebruik van ecstasy, en andere drugs, vrijwel altijd hoger onder mannen. Er is geen verklaring bekend voor dit verschil.

In het praktijkonderwijs en het vmbo-b hadden jongens iets vaker dan meisjes ecstasy gebruikt, maar de verschillen waren kleiner en niet significant. Het gebruik van ecstasy was onder cluster 3 scholieren zo laag, dat er niet gekeken is naar verschillen tussen jongens en meisjes.

Jongeren met een westerse migratieachtergrond lijken meer ervaring te hebben met harddrugs dan jongeren met een Nederlandse achtergrond

Over het algemeen hebben jongeren met een westerse migratieachtergrond meer ervaring met harddrugs dan jongeren met een Nederlandse achtergrond of niet-westerse migratieachtergrond. Dit geldt voor alle schooltypen. Voor ecstasy zien we dit patroon ook terug, maar de verschillen zijn niet significant.

In cluster 3 is het verschil tussen groepen met een verschillende herkomst niet onderzocht.

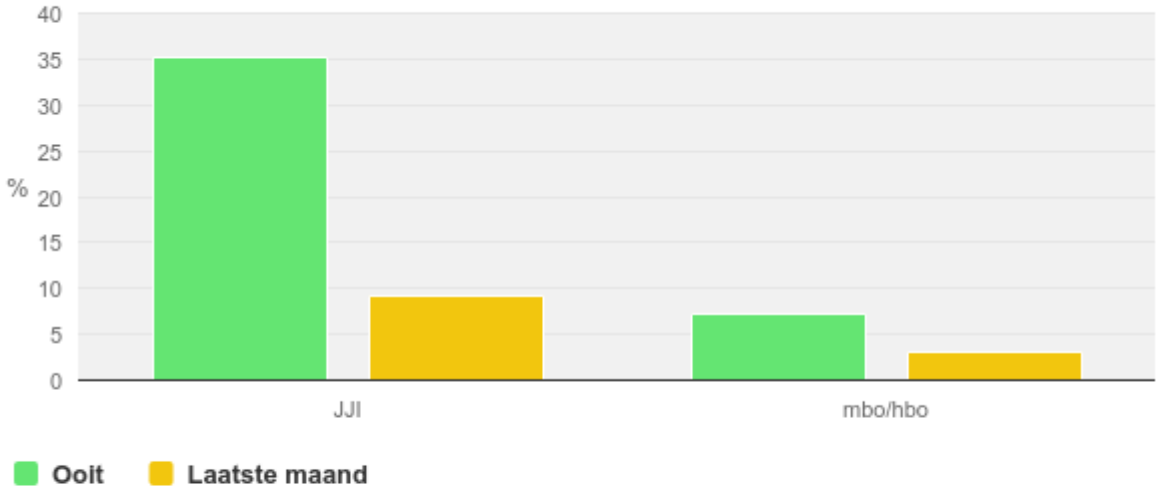
Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen gebruiken ecstasy?

Meer jongeren in JJI gebruiken ecstasy dan studenten van het mbo/hbo

In 2022 had één op de drie jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) (35%) ooit ecstasy gebruikt en bijna één op de tien (9%) deed dit in de laatste maand [4]. Het gebruik van ecstasy was onder jongeren in de JJI duidelijk hoger dan onder studenten van het mbo/hbo (ooitgebruik: 35% vs. 7% en laatste-maand-gebruik: 9% vs. 3%).

De meeste jongeren die ecstasy in de laatste maand gebruikten, deden dit één keer.

Ecstasygebruik onder jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen (peiljaar 2022), vergeleken met leeftijdsgenoten p het mbo/hbo (peiljaar 2019).



De cijfers van het EXPLORE–onderzoek in de JJI (2022) en de mbo/hbo monitor van 2019 zijn afkomstig uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos–instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand
JJI	35	9
mbo/hbo	7	3

Gebruik van ecstasy onder jongeren in de JJI lijkt toegenomen

Het gebruik van ecstasy ooit in het leven onder jongeren in de JJI nam tussen 2009 en 2022 toe van 15% naar 35%. Deze verschillen zijn niet getoetst op significantie. Daarnaast komen de gegevens uit verschillende studies waardoor alleen voorzichtige conclusies getrokken kunnen worden uit deze vergelijking.

De helft van de ecstasy-gebruikende jongeren deed dit wel eens binnen de inrichting

Van de jongeren in de JJI die vaker dan één keer in hun leven ecstasy hebben gebruikt (n = 28), gaf

de helft aan dit wel eens binnen de inrichting te doen. Daarnaast hadden negen op de tien jongeren (89%) die ecstasy vaker dan één keer hebben gebruikt, dit al eens gedaan voordat zij in de inrichting kwamen. Ook geeft driekwart van deze groep aan (76%, n = 19) dat zij minder zijn gaan gebruiken sinds ze in de inrichting zijn geplaatst.

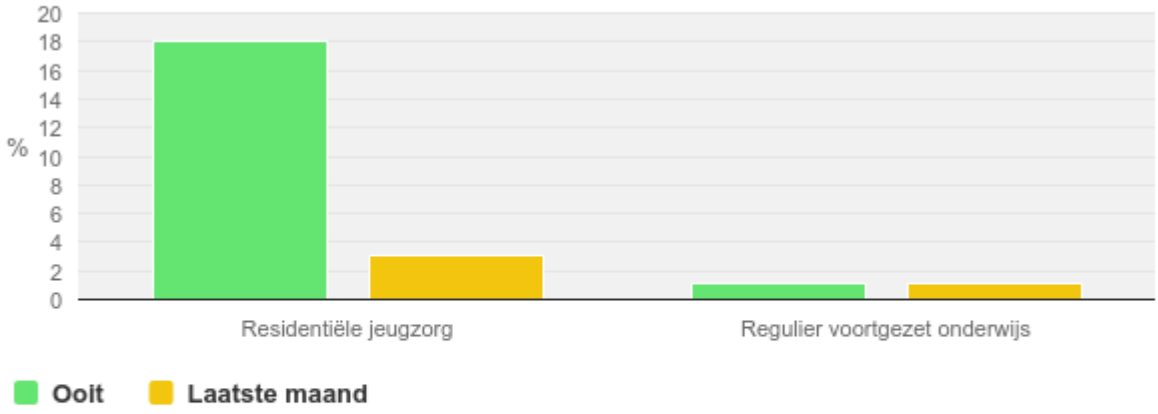
Hoeveel jongeren in de residentiële jeugdzorg gebruiken ecstasy?

Bijna één op de drie jongeren in de RJZ gebruikte ooit ecstasy

In 2020 had 30% van alle jongeren (leeftijd 12 t/m 25) verblijvend in de residentiële jeugdzorg (RJZ) ervaring met ecstasygebruik: 18% van de 12-15-jarigen, 34% van de 16-17-jarigen en 35% van de 18-plussers [5]. Bijna 9% gebruikte in de laatste maand: 3% van de 12- t/m 15-jarigen, 14% van de 16- t/m 17-jarigen en 5% van de 18-plussers.

Jongeren in de RJZ (12 t/m 15 jaar) hadden aanzienlijk vaker ooit ecstasy gebruikt (18%) dan hun leeftijdsgenoten in het reguliere voortgezet onderwijs (1%). De verschillen in het gebruik van ecstasy in de laatste maand waren veel kleiner (3% voor jongeren in de RJZ, 1% voor scholieren op het regulier onderwijs. Deze vergelijking is alleen gemaakt voor de 12- t/m 15-jarigen omdat de groep 16- t/m 17-jarige scholieren uit het landelijk scholierenonderzoek niet representatief is voor de algemene populatie (een deel van hen is al van school/naar andere opleidingen).

Ecstasygebruik onder 12-15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg (peiljaar 2020), vergeleken met leeftijdsgenoten in het regulier voortgezet onderwijs (peiljaar 2019).



De cijfers van het EXPLORE–onderzoek in de residentiële jeugdzorg (RJZ, 2020) en uit het regulier voortgezet onderwijs (2019) zijn afkomstig zijn uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Voor de jongeren in de RJZ is voor de vergelijking alleen gekeken naar jongeren van 12 t/m 15 jaar. Bron: EXPLORE, Trimbos–instituut.

NDM

Groepen	Ooit	Laatste maand
Residentiële jeugzorg	18	3
Regulier voortgezet onderwijs	1	1

Recent gebruik van ecstasy gestegen onder 16-17-jarige jongeren in de RJZ

Het percentage jongeren van 16 t/m 17 jaar in de RJZ dat in de laatste maand ecstasy heeft gebruikt was in 2020 (14%) significant hoger dan in 2008 (4%). Het gebruik van ecstasy (zowel ooit als in de laatste maand) voor de jongeren in de RJZ tussen de 12 en 15 jaar oud is niet significant veranderd tussen 2008 en 2020.

Hoe ziet het ecstasygebruik in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als ‘kansarme jeugd’, ‘probleemjeugd’ of ‘hangjeugd’ [6].

Ecstasygebruik komt meestal in kleine subgroepen van groepen risicojongeren voor

Ecstasygebruik kwam in een groot aantal onderzochte groepen risicojongeren voor, maar het aandeel gebruikers binnen de groepen wisselde sterk. In bijna driekwart van de groepen (22 van de 29) werd

ecstasy gebruikt. Meestal gaat het om relatief kleine subgroepen van gebruikende groepsleden. In vijf groepen gebruikte meer dan de helft van de groepsleden. In twee groepen daarvan ging het om de grote meerderheid tot iedereen. Ecstasy is na alcohol, nicotine, cannabis en lachgas het meest gebruikte middel in groepen risicojongeren.

Ecstasygebruik bleef in de meeste groepen risicojongeren stabiel

In de meeste groepen (17 van de 22) zagen professionals dat het gebruik van ecstasy in het laatste jaar stabiel is gebleven. In drie groepen werd een toename van ecstasygebruik gezien. In twee groepen werd een afname gezien.

Ecstasygebruik komt in alle regio's voor, maar lijkt minder populair onder jongeren van niet-westerse herkomst

Ecstasygebruik onder groepen risicojongeren kwam in alle regio's van Nederland voor. De groepen waarin geen ecstasy gebruikt werd bestonden veelal uit jongeren van niet-westerse herkomst uit steden in West en Zuid-Nederland. Onder hen heeft dit middel volgens jongerenwerkers vaak een slecht imago vanwege de "harddrug status".

Ecstasy wordt vooral gebruikt op evenementen verbonden aan de elektronische muziekscene

Net als in de algemene bevolking lijkt het gebruik van ecstasygebruik onder groepen risicojongeren sterk verbonden aan de elektronische muziekscene. Jongerenwerkers gaven aan dat de jongeren vooral ecstasy gebruikten op evenementen zoals festivals, clubavonden en (dance)feesten, maar ook bijvoorbeeld in het bos, op verjaardagen en huisfeestjes.

Frequentie van ecstasygebruik onder onderzochte risicojongeren wisselt

De frequentie waarin gebruikt wordt wisselde per jongerengroep. Soms ging het om wekelijks gebruik, soms om een paar keer per jaar. De ondervraagde jongerenwerkers maakten zich niet direct zorgen om het ecstasygebruik onder de groepen waar zij zicht op hebben, en zien dit meer als experimenteergedrag. Eén jongerenwerker gaf aan zich zorgen te maken om de hoge doseringen die jongeren nemen.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Jongeren in praktijk- en speciaal onderwijs

Het EXPLORE-onderzoek is een landelijk onderzoek naar het middelengebruik onder jongeren in verschillende kwetsbare groepen. In 2019 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik in het praktijkonderwijs en in cluster 3 en cluster 4 van het voortgezet speciaal onderwijs (vso) onderzocht [2,3]. De gegevens van cluster 3 zijn vanwege het lagere niveau van de scholieren op een andere manier onderzocht dan in cluster 4 en het praktijkonderwijs. Dit bemoeilijkt een directe vergelijking. Cluster 4 en het praktijkonderwijs worden daarnaast vergeleken met het vmbo-b. Ook hier geldt dat het om andere onderzoeken gaat. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de

verschillen tussen de groepen. Dit geldt ook voor de vergelijkingen met het reguliere onderwijs in de andere EXPLORE onderzoeken.

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (Justitiële Jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [4]. Aan het onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. 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 gemiddeld iets jonger zijn.

Jongeren in de jeugdzorg

In 2020 werd in EXPLORE het middelengebruik van jongeren in de residentiële jeugdzorg (RJZ) onderzocht [5]. Het middelengebruik werd gemeten met een vragenlijst. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder leerlingen van het regulier voortgezet onderwijs. Deze vergelijking moet voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat de onderzoeken niet op dezelfde manier zijn uitgevoerd en de leerlingen gemiddeld iets jonger zijn.

Steekproefkenmerken van de landelijke EXPLORE onderzoeken

Groep	Peiljaar	Leeftijd	Totale steekproef
Praktijkonderwijs	2019	12–16 jaar	1118
	2008	12–16 jaar	916
Cluster 4	2019	12–16 jaar	1032
	2008	12–16 jaar	603
Cluster 3	2019	12–16 jaar	266
Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen	2022	14–24 jaar	110
	2009	13–18 jaar	155
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	2020	12–17 jaar	357
	2008	12–17 jaar	531

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten. Vijf jongeren- en straathoekwerkers die meededen aan dit onderzoek gaven aanvullende informatie over het ecstasygebruik in de jongerengroepen.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet.

De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [6]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio's in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
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. Rombouts M, Visser D, Onrust S, Tuithof M, Scheffers-van Schayk T, Simon J, et al. Preventie en gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen onder jongeren met een licht verstandelijke beperking in het cluster 3-onderwijs: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek 2019. Trimbos-instituut; 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. 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.
6. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.

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

6.5.1 Algemene bevolking internationaal

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:

- Vragenlijstonderzoek
- Rioolwateranalyses in Europese steden

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in een aantal Europese landen [1]. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [2]. In Canada bestaat er hiervoor de Canadian Alcohol and Drugs Survey (CADS) [3] en in Australië is er het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [4]. De gegevens zijn gebaseerd op vragenlijsten die de door deelnemers zelfstandig zijn ingevuld.

Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Ook kan het zijn dat in landen waar het stigma op drugsgebruik hoog is, respondenten minder geneigd zijn om eerlijk te antwoorden over hun drugsgebruik.

Voor het vergelijken van verschillende landen en regio's richt de NDM zich vooral op de resultaten van vragenlijstonderzoek in de nationale bevolking. In aanvulling hierop wordt gebruikgemaakt van andere gegevensbronnen, zoals rioolwateranalyses van het SCORE onderzoek [5]. Op de website van het EMCDDA kunnen de resultaten van deze analyses voor een groot aantal steden in Europa worden gevolgd..

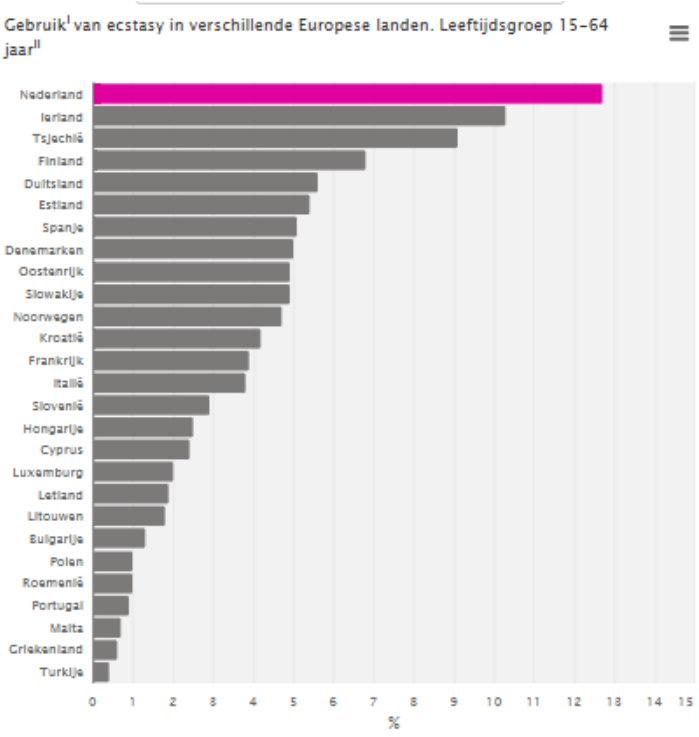
Rioolwateranalyses geven een beeld van de totale hoeveelheid drugs aangetroffen in het rioolwater in een stad. Hiervoor wordt gedurende één week van het jaar gemeten. Een belangrijk voordeel van deze methode is dat deze niet afhankelijk is van zelfrapportage of de bereidheid van mensen om aan onderzoek deel te nemen. Bij vragenlijstonderzoek leidt dit in het algemeen tot onderrapportage van drugsgebruik. Zo nemen zware en problematische gebruikers vaak niet deel aan dit soort onderzoek. Daarnaast worden pieken en dalen in de week zichtbaar en geven jaarlijkse herhalingen een beeld van trends. Beperkingen van rioolwateranalyses zijn onder andere dat niet kan worden vastgesteld hoeveel gebruikers er zijn en wat hun kenmerken zijn. Zo kan het zijn dat een kleine groep mensen veel gebruikt of een grote groep mensen beperkt gebruikt. Daarnaast kan alleen voor cannabis, cocaïne en ketamine met zekerheid worden vastgesteld dat de gemeten hoeveelheden afkomstig zijn van menselijk gebruik. Bij de andere middelen (MDMA en (meth)amfetamine) wordt alleen de stof zelf gemeten. De gemeten waarden in het rioolwater kunnen afkomstig zijn van gebruikers, maar ook van dumpingen. In 2023 zijn gegevens verzameld in verschillende Europese steden [5]. Er zijn metingen gedaan naar cannabis, cocaïne, ecstasy (MDMA), (meth)amfetamine en ketamine. Voor Nederland zijn vanaf 2011 voor de meeste middelen (trend)gegevens beschikbaar. Deelnemende steden zijn Amsterdam, Eindhoven en Utrecht en vanaf 2023 nemen ook Rotterdam en Leeuwarden deel.

Vragenlijstonderzoek

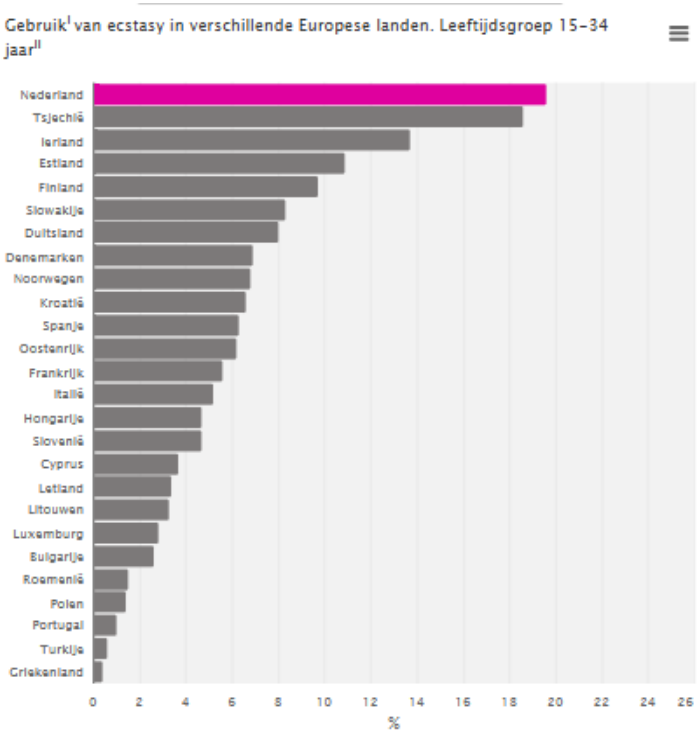
Europa

Het EMCDDA rapporteert gegevens over het gebruik van ecstasy voor in totaal 29 Europese landen [1].

- Na cannabis en cocaïne is ecstasy de meest gebruikte drug in Europa. In 2022 had in Nederland 12,7% van de bevolking van 15-64 jaar ooit in het leven ecstasy gebruikt. Nederland staat daarmee op de eerste plaats, gevolgd door Ierland. De laagste percentages werden gevonden in Griekenland (0,6%) en Turkije (0,4%).
- Het percentage laatste-jaar-gebruik van ecstasy onder de 15-64-jarigen varieert in de 29 landen van 0,1% in Portugal en Turkije tot 4,9% in Nederland. Nederland staat hiermee ook wat betreft laatste-jaar-gebruik op de eerste plaats, gevolgd door Ierland met 2,7%.
- Ook het gebruik van ecstasy onder de jongvolwassenen van 15-34 jaar is in Nederland met 9,8% het hoogst van de onderzochte landen. Het EU-gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik in deze leeftijdsgroep lag op 2,2%.



I. Ooit: ten minste één keer ecstasy gebruikt ooit in het leven. II. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk, Duitsland, Griekenland en Hongarije: 15–64 jaar; Denemarken, Estland en Noorwegen: 16–64 jaar; Malta: 15–65 jaar. Bron: European Drug Report 2024, EMCDDA



I. Ooit: ten minste één keer ecstasy gebruikt ooit in het leven. II. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk, Duitsland, Griekenland en Hongarije: 15–64 jaar; Denemarken, Estland en Noorwegen: 16–64 jaar. Bron: European Drug Report 2024, EMCDDA

Verenigde staten, Australië en Canada

De cijfers uit de overige landen [2–4] suggereren dat vooral het ooitgebruik in Australië relatief hoog is. Australië rapporteert daarbij ook een toename in het gebruik van ecstasy tussen 2016 en 2023 [4] .

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

Land	Jaar	Leeftijd	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Australië	2022-2023	14 en ouder	13,6	2,1	-
Verenigde Staten	2022	18 en ouder	8,6	0,8	0,1
		12 en ouder	7,8	0,7	0,1
Canada	2019	15 en ouder	6,6	1,1	-

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Bronnen: AIHW, SAMHSA, CADS.

Rioolwateranalyses in Europese steden

Voor 2023 rapporteerde het EMCDDA gegevens over ecstasy (MDMA) uit rioolwateranalyses in 90 steden [5]. Omdat voor deze analyses de stof MDMA zelf gemeten is, kan niet met zekerheid vastgesteld worden of deze afkomstig is van gebruik door mensen. De gemeten waarden in het rioolwater kunnen bijvoorbeeld ook het gevolg zijn van dumpingen (zie Gegevensbronnen). Het is niet bekend in welke mate de metingen door dumpingen beïnvloed worden.

- Vier van de vijf Nederlandse deelnemende steden staan in de top 10 van steden met de hoogste dagelijkse load MDMA. Vanwege een drugslozing in het riool werd Eindhoven in deze meting niet meegenomen. Ook in steden in België, Duitsland en Frankrijk werden hoge loads MDMA gevonden. Antwerpen-Zuid staat op de 1e plaats. Rotterdam en Amsterdam staan respectievelijk op plaats 2 en 3. Een kanttekening bij de cijfers is dat in een aantal van deze steden veel (drugs)toeristen komen. Een deel van de MDMA-resten in het rioolwater zal van deze groep afkomstig zijn, waardoor het beeld voor sommige steden vertekend kan zijn.
- In de meeste deelnemende steden zijn de gemiddelde dagelijkse loads MDMA in het weekend een stuk hoger dan de gemiddelde loads op doordeweekse dagen. Dit geldt ook voor de Nederlandse steden. Dit lijkt aan te sluiten bij het feit dat MDMA en ecstasy met name recreatief worden gebruikt in het uitgaansleven.

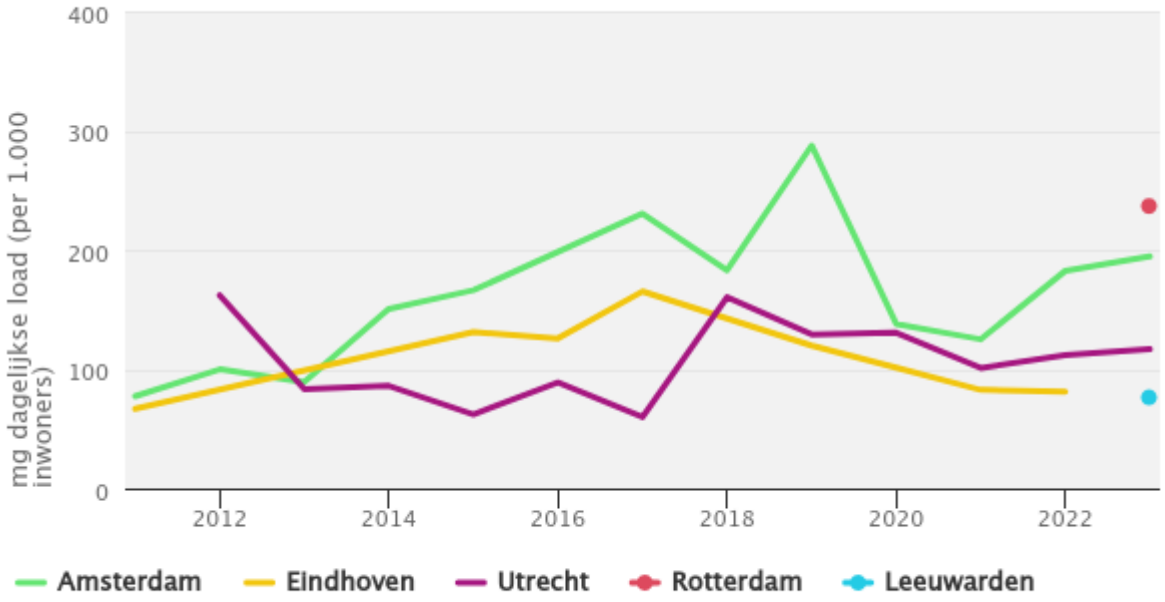
Top 10 van steden met de hoogste dagelijkse load MDMA (in mg per 1.000 inwoners) van 90 steden waaronder 4 Nederlandse steden

	Land	Stad	Dagelijkse load
1	België	Antwerpen – Zuid	318,23
2	Nederland	Rotterdam	236,71
3	Nederland	Amsterdam	194,56
4	Nederland	Utrecht	116,73
5	Frankrijk	Parijs	83,04
6	Duitsland	Dortmund	77,18
7	Nederland	Leeuwarden	76,36
8	Spanje	Barcelona	54,82
9	Litouwen	Vilnius	51,13
10	Zwitserland	Zurich	47,12

Bron: SCORE, EMCDDA

- In de periode tussen 2011 en 2023 schommelen de gemeten loads in elk van de steden (Amsterdam, Utrecht en Eindhoven). Er zijn niet voor alle steden in alle jaren gegevens beschikbaar. Een eenduidige trend is niet goed vast te stellen. Ten opzichte van vorig jaar lijken de gemiddelde dagelijkse loads MDMA voor Amsterdam en Utrecht ongeveer gelijk gebleven. Voor Rotterdam en Leeuwarden is in 2023 voor het eerst gemeten en zijn dus geen trendgegevens beschikbaar.

Trends in de dagelijkse load MDMA (in mg per 1.000 inwoners) in de 5 deelnemende Nederlandse steden



Bron: SCORE, EMCDDA

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Amsterdam	Eindhoven	Utrecht	Rotterdam	Leeuwarden
2011	77,24	66,68			
2012	99,84		161,86		
2013	89,25		83,11		
2014	150,51		85,97		
2015	166,16	131,05	62,01		
2016		125,74	88,75		
2017	230,29	165,08	59,82		
2018	182,97		160,32		

	Amsterdam	Eindhoven	Utrecht	Rotterdam	Leeuwarden
2019	287,44	119,67	129,13		
2020	137,89	101,21	130,50		
2021	125,00	82,63	101,00		
2022	182,32	81,01	111,62		
2023	194,56		116,73	236,71	76,36

e

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2024: 11 Jun 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/event/2024/06/launch-event-european-drug-report-2024_en
2. SAMHSA. 2022 NSDUH Detailed Tables: Publication Date: November 13, 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2022-nsduh-detailed-tables
3. CADS. Canadian Alcohol and Drugs Survey: Survey data for 2019: Date modified: 2021-12-20 [Internet]. 2021. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-alcohol-drugs-survey.html
4. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2022–2023: Use of illicit drugs: Last updated: 29 Feb 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/national-drug-strategy-household-survey/contents/use-of-illicit-drugs
5. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: 20 March 2024 [Internet]. 2024. 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

6.6.1 Verslavingszorg

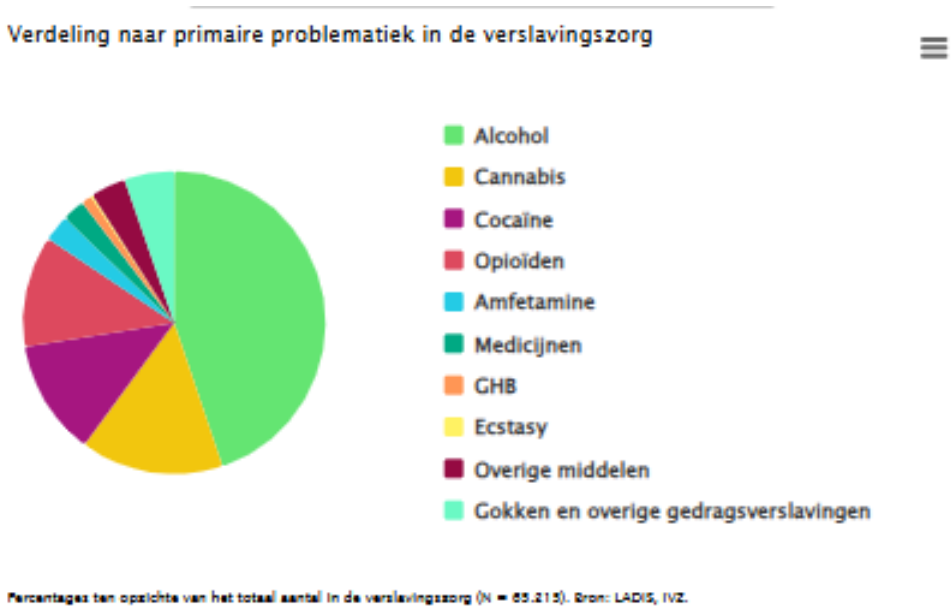
In het kort: Ecstasy komt als primaire problematiek weinig voor in de verslavingszorg. In 2023 ging het om 137 personen, dat is minder dan 1% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Ecstasycliënten zijn vaak man (73%) en relatief jong, de helft is onder de 25 jaar. Ecstasycliënten zijn vaker nieuwkomers in de verslavingszorg dan cliënten met andere middelenproblematiek. Ecstasy komt vaker voor als secundaire problematiek dan als primaire problematiek, met 522 cliënten in 2023. In de periode 2018-2023 is het aantal cliënten met ecstasyproblematiek in de verslavingszorg stabiel laag.

Hoeveel mensen worden behandeld in de verslavingszorg voor ecstasyproblematiek?

Relatief weinig mensen in de verslavingszorg voor ecstasyproblematiek

In 2023 werden volgens het LADIS 137 mensen behandeld in de verslavingszorg voor ecstasyproblematiek [1]. Dit komt neer op minder 1% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Ecstasy (MDMA) is na cannabis de meest gebruikte drug. Gegeven het percentage gebruikers is het aantal mensen in behandeling voor ecstasyproblematiek relatief laag (Zie: Gebruik volwassenen). Het gaat hierbij alleen om mensen bij wie de ecstasyproblematiek staat geregistreerd als de enige of de belangrijkste reden voor de behandeling. We noemen dit ook wel ‘primaire’ ecstasycliënten.

Niet alle verslavingszorg instellingen leveren gegevens aan het LADIS, het genoemde aantal is dus mogelijk een onderschatting van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg voor ecstasyproblematiek. Volgens een ruwe schatting beslaat het LADIS 70% van de cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek [2].



Percentages ten opzichte van het totaal aantal in de verslavingszorg (N = 65.215). Bron: LADIS, IVZ.

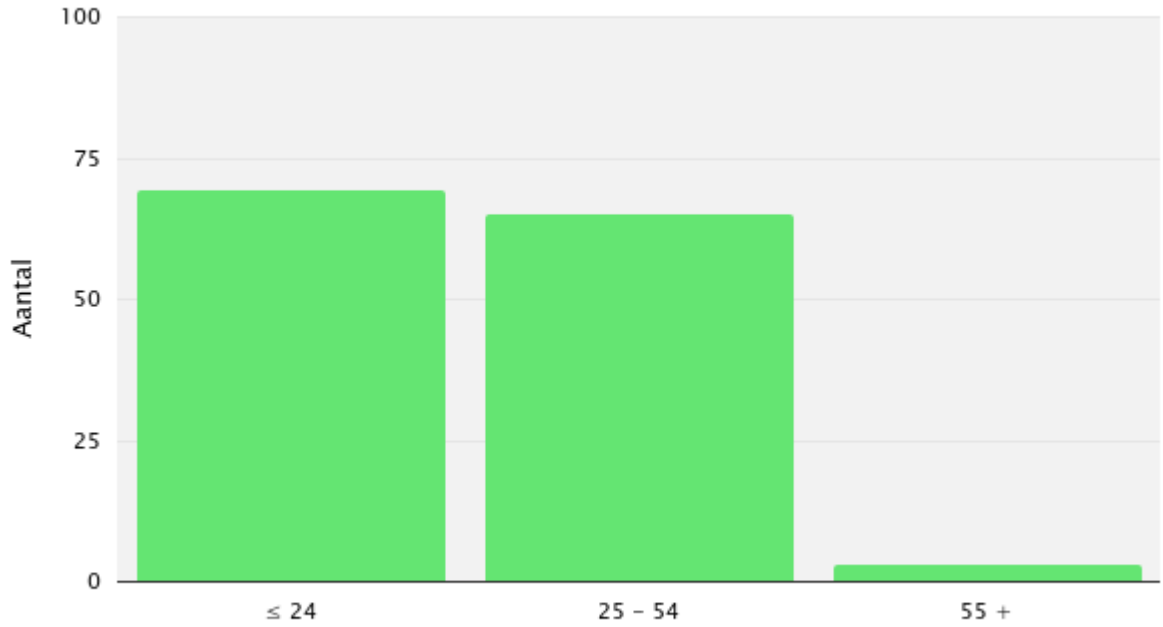
Driekwart van de ecstasycliënten is man

In 2023 was het grootste deel van de cliënten in behandeling in de verslavingszorg voor ecstasyproblematiek man (73%), ongeveer één op de vier was vrouw (27%). In de algemene bevolking gebruiken mannen ook vaker ecstasy dan vrouwen, hoewel het verschil minder groot is (zie: Gebruik: Volwassenen).

De helft van de ecstasycliënten is onder de 25 jaar

Ecstasycliënten zijn relatief jong. In 2023 was de helft (50%) van de cliënten in behandeling voor primaire ecstasyproblematiek onder 25 jaar. De gemiddelde leeftijd van de ecstasycliënten was 28 jaar.

Leeftijdsverdeling van de primaire ecstasycliënten in de verslavingszorg. Peiljaar 2023.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Leeftijd	Aantal	Percentages
≤ 24	69	50
25 - 54	65	48
55 +	3	2

Twee derde van de ecstasycliënten is al eerder behandeld in de verslavingszorg

In 2023 was een derde van de primaire ecstasycliënten (36%) voor het eerst in behandeling in de verslavingszorg. Het merendeel van de cliënten (64%) werd al eens eerder behandeld in de verslavingszorg. Vergeleken met veel andere middelen zijn de ecstasycliënten relatief vaak nieuwkomers in de verslavingszorg. Ter vergelijking, voor alle cliënten samengenomen betrof het in 2023 voor 26% een eerste behandeling in de verslavingszorg.

Twee derde van de ecstasycliënten heeft ook andere middelenproblematiek

In 2023 had 69% van de primaire ecstasycliënten ook nog andere verslavingsproblematiek. We noemen dit ook wel secundaire problematiek. Onder primaire ecstasycliënten is alcohol de meest voorkomende secundaire problematiek (26% van alle primaire ecstasycliënten), gevolgd door overige middelen (13%) en cannabis (12%).

Mogelijk hebben de ecstasycliënten in de verslavingszorg ook nog andere psychische problemen dan verslaving. Het LADIS verzamelt hier echter niet systematisch gegevens over.

Ecstasy komt vaker voor als secundaire dan als primaire problematiek

Ecstasy kan ook voorkomen als secundaire problematiek bij cliënten die voor andere verslavingsproblematiek in behandeling zijn. In totaal ging het in 2023 om 522 secundaire ecstasycliënten. Voor cliënten met ecstasy als secundaire problematiek was het meest voorkomende primaire middel alcohol (35%), daarna volgden cannabis (24%) en cocaïne (15%).

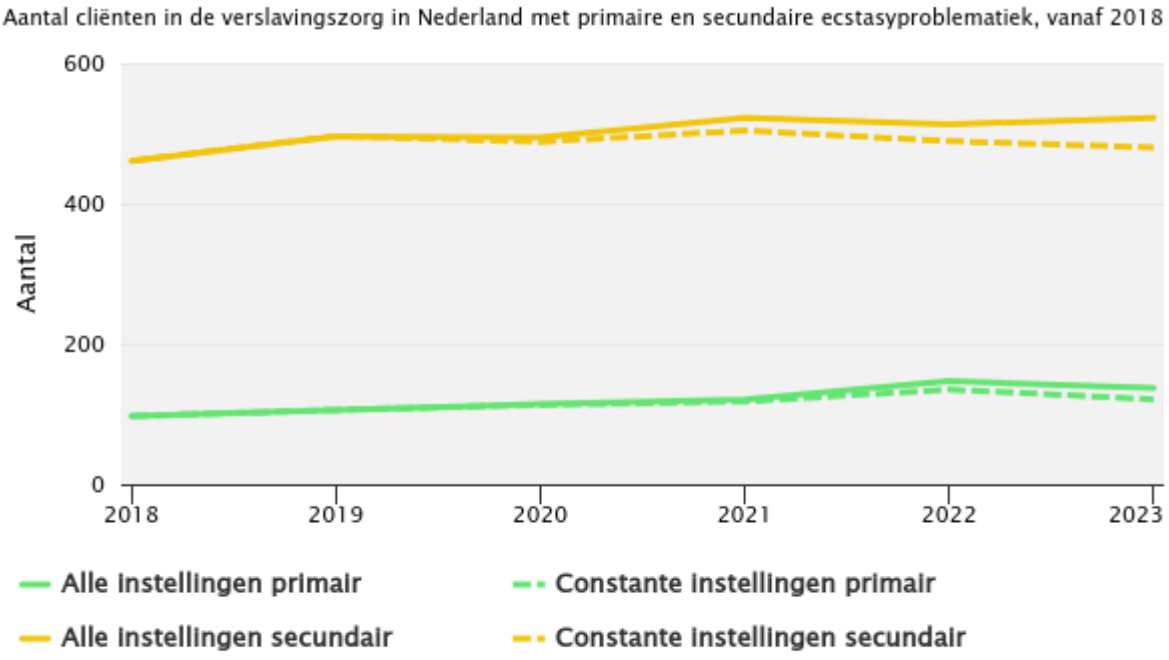
Is het aantal mensen dat wordt behandeld in de verslavingszorg voor ecstasyproblematiek veranderd?

Aantal ecstasycliënten stabiel laag tussen 2018 en 2023

Tussen 2018 en 2023 nam het aantal cliënten in behandeling voor primaire ecstasyproblematiek toe van 97 naar 137 cliënten, wat nog steeds relatief erg laag is. Vanwege het zeer lage aantal cliënten kan het hier ook gaan om verschillen op basis van toeval. Ten opzichte van het voorgaande jaar (147 in 2022) is het aantal ecstasycliënten ongeveer gelijk gebleven. In de loop van de jaren zijn er steeds meer instellingen bijgekomen die gegevens aanleveren aan het LADIS. Als we alleen kijken naar de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd (de constante instellingen), dan bleef het aantal ecstasycliënten ook laag gedurende de gehele periode.

Tussen 2018 en 2023 is de bevolking van Nederland gegroeid. Om hier rekening mee te houden is ook gekeken naar het aantal cliënten per 100.000 inwoners. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder bleef het aantal primaire ecstasycliënten ongeveer gelijk tussen 2018 (0,7) en 2023 (0,8). Voor deze berekeningen zijn de gegevens van de constante instellingen meegenomen.

Ook het aandeel ecstasycliënten binnen de verslavingszorg bleef stabiel onder de 1%.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Jaartal	Alle instellingen primair	Constante instellingen primair	Alle instellingen secundair	Constante instellingen secundair
2018	97	97	461	461
2019	106	106	496	496
2020	114	113	494	488
2021	121	118	522	504
2022	147	135	513	489
2023	137	121	522	480

Aandeel jonge ecstasycliënten lijkt tussen 2018 en 2023 toegenomen

Tussen 2018 en 2023 is het aandeel jonge cliënten met primaire ecstasyproblematiek toegenomen. In 2018 waren 37% van de cliënten in behandeling voor ecstasyproblematiek onder de 25. In 2023 was dit percentage toegenomen naar 50%. Ook de gemiddelde leeftijd daalde van 31 naar 28. Vanwege de lage aantallen kunnen deze verschillen op basis van toeval zijn ontstaan.

Het aandeel mannen onder cliënten met primaire ecstasyproblematiek schommelde tussen 2018 en 2023 tussen de 63% en 80%.

Hoe behandelt de verslavingszorg mensen met ecstasyproblematiek?

De verslavingszorg is onderdeel van de gezondheidszorg. De verslavingszorg helpt mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere gedragsverslaving. De behandeling van stoornissen in het gebruik van ecstasy is gebaseerd op de ‘Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines’ [3].

Vanuit de richtlijn komt naar voren dat er wegens gebrek aan wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis geen aanbevelingen gedaan kunnen worden voor een psychologische of medicinale behandeling van (frequente) ecstasygebruikers of van patiënten met een stoornis in het gebruik van ecstasy.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het LADIS

De gegevens over het aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor ecstasyproblematiek zijn afkomstig van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Verslavingszorginstellingen leveren gepseudonimiseerde gegevens over hun cliënten aan het LADIS. Tussen 2015 en 2022 konden er geen nieuwe gegevens worden verzameld in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag geregeld voor het aanleveren van deze gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Vanaf 2023 zijn er weer verschillende rapportages van het LADIS verschenen [1]. Gegevens van voor 2018 worden momenteel niet gerapporteerd, omdat deze oudere gegevens opnieuw zijn opgevraagd bij de instellingen en eventuele verschillen met de oude gegevens nog niet onderzocht zijn.

Gegevens over het aantal cliënten in behandeling kunnen informatie geven over (trends in) de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn voor trends in problematisch gebruik. Echter zoekt maar een deel van de probleemgebruikers hulp bij de verslavingszorg. Onderzoek laat zien dat mensen die professionele hulp zoeken vaak ernstigere problemen hebben dan mensen die dit (nog) niet doen. Ook hebben ze vaker last van andere bijkomende psychische problemen [4,5].

Beperkingen van het LADIS

Er zijn een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg. (Nog) niet alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het LADIS. De afgelopen jaren zijn er wel steeds meer instellingen bijgekomen. Omdat dit de trends kan beïnvloeden rapporteert het LADIS zowel de trends van alle deelnemende instellingen als uitsluitend van de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd. Mogelijk bereiken de instellingen die nog geen gegevens aanleveren een andere doelgroep dan de instellingen die wel gegevens aanleveren.

Bij sommige van de deelnemende instellingen is er sprake van onderregistratie. Ook leveren niet alle instellingen de gegevens over het type middel even specifiek aan. Zo gebruiken sommige instellingen nog verzamelcategorieën, zoals “opiaten” of “overige middelen”. Gegevens over specifieke middelen kunnen dus ‘verborgen’ zijn in deze verzamelcategorieën. Daarnaast kunnen mensen ook buiten de verslavingszorg hulp krijgen, bijvoorbeeld bij de reguliere GGZ, in de huisartsenpraktijk, bij vrijgevestigde psychologen of via anonieme eHealth. Tot slot lijkt er sprake van slechts een beperkte capaciteit in de verslavingszorg, zo is er in de afspraken met verzekeraars sprake van een behandelplafond. Wanneer het behandelplafond voortijdig wordt bereikt kunnen behandelingen niet meer worden gedeclareerd. Ook is er in de verslavingszorg een tekort aan personeel.

Er staan ook nog mensen met een hulpvraag op het gebied van middelenproblematiek op een wachtlijst voor hulp in de verslavingszorg. Hoeveel mensen dit precies zijn is niet bekend. De gemiddelde totale wachttijd (vanaf aanmelding tot start behandeling) voor een behandeling voor de diagnosegroep “Middelgerelateerd en verslaving” was volgens de NZA 15 weken in december 2023 [6].

Bronnen

1. Wisselink DJ, Van der Slink JB, Kerssies JP. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2018 – 2023. 2024. p. 1–85.
2. Vektis.nl. Factsheet GGZ [Internet]. Gepubliceerd op: 30-05-2024. Available from: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024
3. 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.
4. 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.
5. Tuithof M. Drinking Distilled: onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population. Amsterdam: Univeristeit van Amsterdam; 2015.
6. Zorgautoriteit N. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/

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.

e

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

6.8.1 Samenstelling

Wat is de samenstelling van de ecstasy die wordt verkocht op de Nederlandse drugsmarkt?

In het kort: Van alle drugsmonsters worden ecstasypillen het vaakst bij de testlocaties ingeleverd. Meer dan de helft van alle ingeleverde drugsmonsters in 2023 waren ecstasypillen. In bijna alle ingeleverde pillen (98%) zit ook echt MDMA, de actieve stof in ecstasy. Het gemiddelde MDMA-gehalte van een ecstasypil in 2023 is met 138mg ongeveer even hoog als in 2022 (136mg). In minder dan één op de tien (9,1%) ecstasypillen zitten ook andere stoffen. MDMA-poeder wordt minder vaak ingeleverd dan ecstasypillen. Ongeveer één op de tien ingeleverde drugsmonsters was gekocht als MDMA-poeder. MDMA-poeder bevat bijna altijd (95%) echt MDMA. MDMA-poeder bevat bijna nooit vervuilingen (1%).

Snel naar:
Ecstasypillen
MDMA-poeder en -kristallen

Ecstasypillen

Ecstasypillen zijn met afstand de meest ingeleverde drugs bij het DIMS

In 2023 werden er 11.165 monsters die verkocht waren als ecstasypil ingeleverd bij de testlocaties. Dit is meer dan de helft (58,4%) van het totaal aantal ingeleverde drugsmonsters (19.109) [1]. Vergeleken met 2022 (65,5%) ligt dit percentage iets lager. De afgelopen tien jaar lag het aandeel ecstasypillen ten opzichte van het totaal aantal ingeleverde drugsmonsters steeds tussen de 50% en 60%, met uitzondering van 2022. De monsters werden verkocht als ecstasy, maar dat betekent niet dat ze ook allemaal echt MDMA bevatten.

Bijna alle ingeleverde ecstasypillen bevatten ook echt MDMA

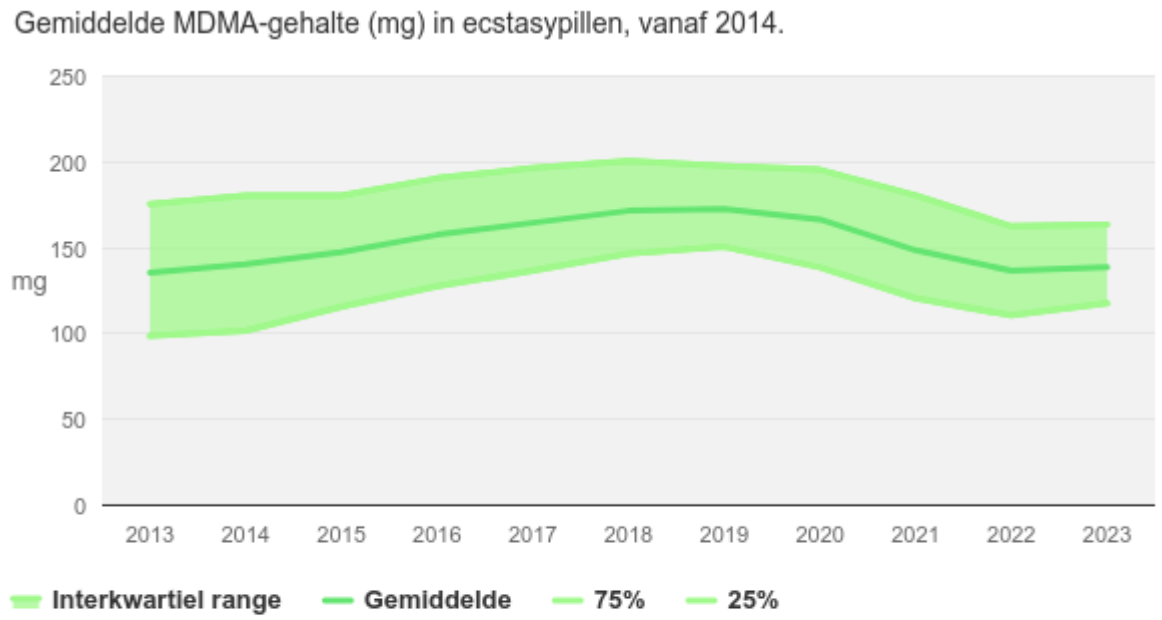
In 2023 zat in 98,0% van de bij testlocaties ingeleverde ecstasypillen ook echt MDMA. Dit is een hoger percentage dan in 2022 (94,4%). Het percentage ingeleverde pillen dat MDMA bevat schommelde de afgelopen tien jaar en lag tussen de 94,4% in 2022 en 99,5% in 2019. Vergeleken met andere landen is dit erg hoog [1].

Een ecstasypil bevat gemiddeld 138 mg MDMA

In 2023 bevatte een ecstasypil in Nederland gemiddeld 138 mg MDMA. De helft van alle ecstasypillen die bij de testlocaties werden ingeleverd had een MDMA-gehalte tussen de 111 mg en 163 mg. Het MDMA-gehalte van Nederlandse pillen is vergelijkbaar met het gemiddelde in de Europese Unie (134 mg) [2].

MDMA-gehalte in ecstasypillen gedaald sinds 2019, gelijk gebleven sinds 2022

Het gemiddelde MDMA-gehalte in een ecstasypil (138 mg) is in 2023 ongeveer even hoog als in 2022 (136 mg). Jarenlang steeg het MDMA-gehalte in ecstasytabletten. In 2019 bereikte het gemiddelde MDMA-gehalte een piek van 172 mg. Sindsdien lijkt het gemiddelde MDMA-gehalte weer wat te dalen.



Gemiddelde dosering MDMA (mg) in een ecstasypil. Gegevens gaan over pillen die herkend zijn en pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten. 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

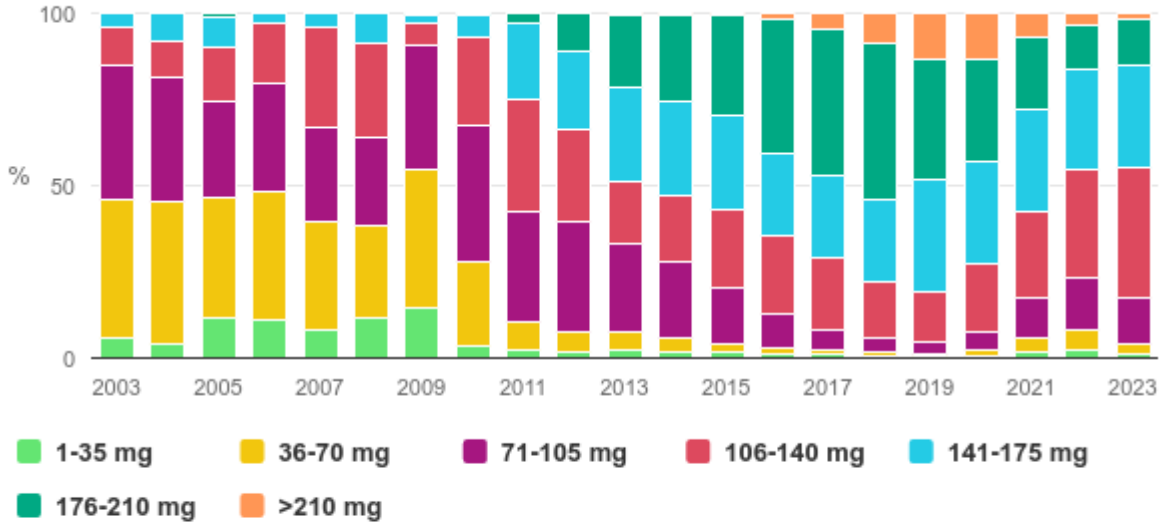
Jaar	Gemiddelde MDMA concentratie	25%	75%
2018	171	146	200
2019	172	150	197
2020	166	138	195
2021	148	120	180
2022	136	110	162
2023	138	117	163

Acht op de tien ecstasypillen bevatten een hoge dosering MDMA

Tussen 2010 en 2018 is het aandeel (zeer) hoog gedoseerde ecstasypillen gestegen. Sinds 2020 zien we dat het aandeel zeer hoog gedoseerde ecstasypillen (>175 mg) weer wat afneemt. Het aantal ecstasypillen met een minder hoge dosering (<105 mg) neemt sinds 2020 juist toe.

Ondanks deze recente dalingen in MDMA-gehalte gaat het bij de gemiddelde ecstasypil nog steeds om een hoge dosering. Bij doseringen boven de 100 mg MDMA nemen de positieve effecten af en de negatieve effecten toe. Vanaf 160 mg rapporteren gebruikers meer negatieve effecten dan positieve effecten [3]. In 2023 had 83% van de ecstasypillen een MDMA-percentage boven de 105 mg.

Verdeling van MDMA-gehaltes (mg) in ecstasypillen vanaf 2003



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.

NDM

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

Jaar	1-35 mg	36-70 mg	71-105 mg	106-140 mg	141-175 mg	176-210 mg	>210 mg
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	2949	3232	1223
2020	13	64	188	700	1070	1064	489
2021	58	207	574	1214	1428	1020	349
2022	162	503	1288	2630	2422	1088	311
2023	67	275	1187	3381	2620	1220	170

In minder dan één op de tien ecstasypillen zit naast MDMA ook andere stoffen

In 2023 bevatten 9,1% van de ecstasypillen ook nog andere stoffen naast MDMA. Meestal gaat het om cafeïne of amfetamine. Deze stoffen werden gevonden in respectievelijk 5,0% en 1,9% van alle ecstasypillen waarin ook echt MDMA zat. Synthetische cathinonen worden ook aangetroffen als

vervuiling in ecstasytabletten. Dit gebeurt minder vaak dan vervuilingen met cafeïne en amfetamine. Het gaat in 2023 voornamelijk om 3-CMC (6 keer) en 4-CMC (5 keer), maar ook andere varianten zijn aangetroffen. De gevaarlijke stof PMMA werd in 2023 twee keer aangetroffen in ecstasytabletten. Het ging dan om een laag gehalte aan PMMA.

In 2023 bevatte 2% van de ingeleverde ecstasypillen geen MDMA. In deze pillen zat meestal amfetamine (22,1%) of cafeïne (11,5%). Ook werd er regelmatig 2C-B (11,5%) in aangetroffen. Waarschijnlijk gaat het in een deel van de gevallen waarin er 2C-B werd gevonden om een vergissing van de verkoper.

MDMA-poeder en -kristallen

Eén op de tien ingeleverde drugsmonsters is verkocht als MDMA-poeder

In 2023 werden er 1.770 drugsmonsters ingeleverd bij de testlocaties die waren gekocht als MDMA-poeder of kristallen. Dit is 9,2% van het totaal aantal ingeleverde drugsmonsters (19.109). Dit is iets meer dan in 2022 (8,0%). Het aandeel ingeleverde monsters MDMA-poeder ten opzichte van het totaal aantal ingeleverde drugsmonsters is in de afgelopen jaren toegenomen. In 2014 was 5,1% van het totaal aantal drugsmonsters gekocht als MDMA-poeder. De monsters werden verkocht als MDMA, maar dat betekent niet dat ze ook allemaal echt MDMA bevatten.

Bijna alle ingeleverde MDMA-poeders bevatten ook echt MDMA

In 2023 zat in vrijwel alle drugsmonsters (95,0%) die verkocht waren als MDMA-poeder ook echt MDMA. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren, waarin het percentage tussen de 94 en 96 procent schommelde. Opvallend is dat MDMA-poeder iets minder vaak MDMA bevat (95%) dan ecstasypillen (98%), iets wat men vaak andersom verwacht.

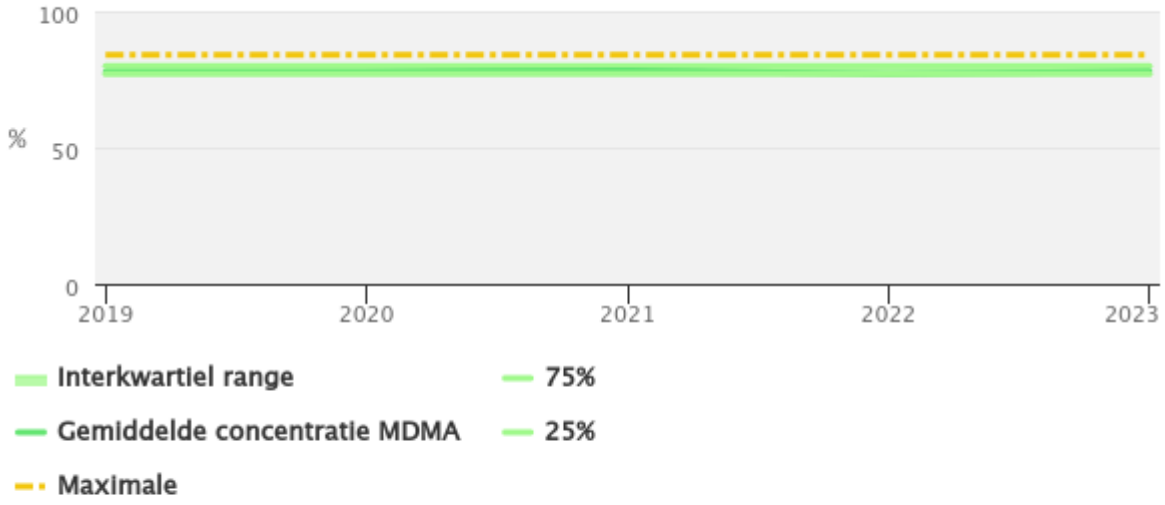
MDMA-poeders in Nederland bevatten gemiddeld 78% MDMA

In 2023 bevatten monsters MDMA-poeder gemiddeld 78,0% MDMA. Het theoretisch maximaal haalbare MDMA-gehalte in MDMA-poeder is 84%. Dit is omdat MDMA in zoutvorm wordt gebruikt, maar het DIMS uitslagen in de base-vorm rapporteert [1]. Het MDMA-gehalte in Nederlandse MDMA-poeders is vergelijkbaar met dat in andere Europese landen (80%) [2].

MDMA-gehalte in MDMA-poeders afgelopen jaren gelijk gebleven

Het gemiddelde MDMA-gehalte in MDMA-poeders die op de testlocaties worden ingeleverd is al sinds 2017 erg stabiel. Ook is de spreiding in het MDMA-gehalte klein. Sinds 2019 bevat de helft van alle ingeleverde MDMA-poeders een MDMA-gehalte tussen de 77% en 80%.

Trend in het gemiddelde MDMA-gehalte in ingeleverde MDMA-poeders en kristallen, vanaf 2019



Gemiddelde MDMA-gehalte in MDMA-poeders die ook echt MDMA bevatten in percentages. De percentages zijn gebaseerd op de base-vorm. Omdat MDMA in zoutvorm (sulfaat) voorkomt, is het maximale gehalte MDMA 84%. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

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
2023	77,9	77	80

MDMA-poeder wordt nauwelijks versneden met andere stoffen

In de als MDMA verkochte poeders waarin ook echt MDMA werd gevonden, zaten in 2023 nauwelijks andere stoffen (1,1%). De stof die het meeste werd gevonden naast MDMA was 3-CMC (in totaal 4 keer). Sinds 2017 is het percentage vervuilingen in MDMA-poeders stabiel laag. In de jaren daarvoor werden er aanzienlijk meer vervuilingen in MDMA-monsters gevonden.

De als MDMA verkochte poeders waarin géén MDMA werd gevonden, bevatten het vaakst synthetische cathinonen zoals 3-CMC (12,3%) of 2-MMC (4,4%). Ook in 2022 waren synthetische cathinonen de meest voorkomende vervuiling in MDMA-monsters, hoewel andere varianten toen vaker voorkwamen. Soms worden er ook hele andere middelen aangetroffen, zoals cocaïne (2,2%, 5 keer) en methamfetamine (1,8%, 4 keer). Mogelijk gaat het hier om vergissingen door de verkoper [1].

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van drugstestlocaties. Het DIMS-netwerk bestaat uit 12 instellingen voor verslavingszorg en Stichting Mainline en wordt gecoördineerd vanuit het Trimbos-instituut. Het doel van het DIMS is het inzicht krijgen in de markt van illegale drugs. Consumenten kunnen anoniem hun drugs laten testen bij 32 testlocaties verspreid over heel Nederland. Het DIMS onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in deze ingeleverde drugsmonsters [NO_PRINTED_FORM]. Hiervoor worden verschillende analysemethoden gebruikt. Welke analysemethoden worden gebruikt hangt onder andere af van de vorm van het drugsmonster en de samenstelling. De meeste analyses worden gedaan in een extern laboratorium met GC-MS (gaschromatografie-massaspectrometrie) en LC-DAD (vloeistofchromatografie). Bepaalde poedermonsters en GHB kunnen soms ook direct op een aantal testlocaties of bij het DIMS-hoofdkantoor geanalyseerd worden met behulp van een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Een deel van de monsters in pil-vorm wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend.

Voorlichting en waarschuwingsfunctie

De testlocaties hebben een belangrijke voorlichtingsfunctie. Consumenten die drugs laten testen krijgen informatie over de effecten en risico's van de ingeleverde drugs. Als er drugs in omloop zijn die een extra risico met zich meebrengen waarschuwt het DIMS landelijk, regionaal of lokaal, of via sociale media.

Meer informatie over het testen van drugs is te vinden op de website van het DIMS.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [2].

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
2. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en
3. 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

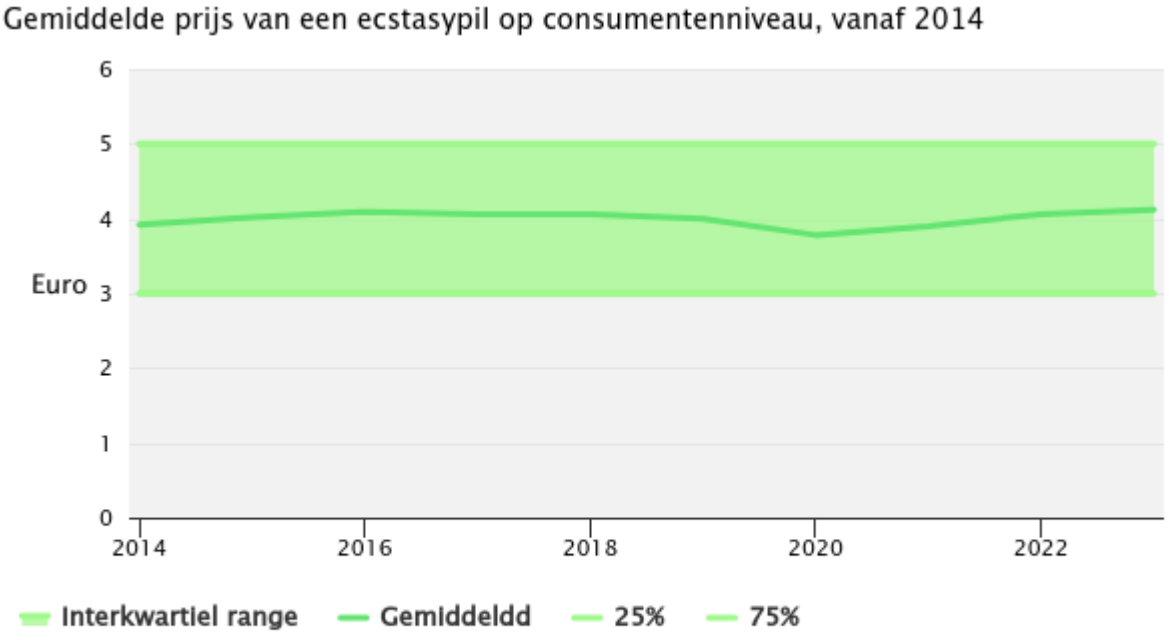
Wat kost de ecstasy die verkocht wordt in Nederland?

In het kort: In 2023 betaalden bezoekers van de testlocaties gemiddeld €4,12 voor een ecstasypil. Deze prijs is al jaren vrij stabiel. Een gram MDMA kostte gemiddeld €22,90.

Een ecstasypil kost gemiddeld ongeveer 4 euro

Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen, betaalden in 2023 gemiddeld €4,12 per ecstasypil [1]. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Tussen 2014 en 2023 had de helft van alle ingeleverde ecstasypillen een prijs tussen de 3 en de 5 euro.

Ecstasypillen zijn in Nederland wat goedkoper dan in de rest van Europa. De prijs voor een ecstasypil ligt in Europa tussen de 4 en 19 euro. In de helft van de Europese landen kost een ecstasypil tussen de 5 en 10 euro [2].



Gemiddelde prijs in euro per ecstasypil. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

everviz.com

	Gemiddeldd	25%	75%
2014	3,92	3	5

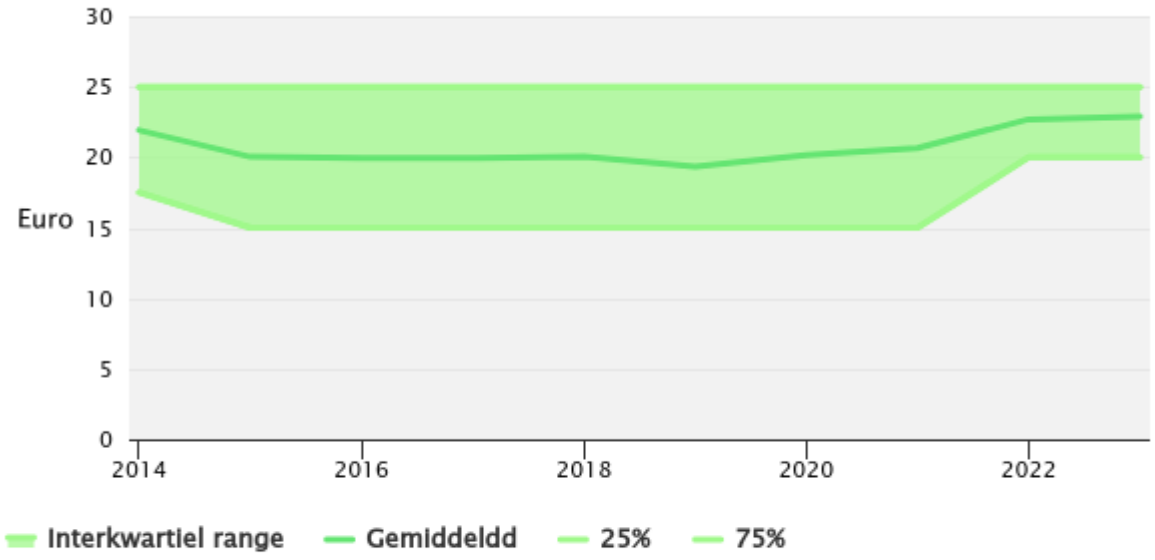
	Gemiddeldd	25%	75%
2015	4,02	3	5
2016	4,09	3	5
2017	4,06	3	5
2018	4,06	3	5
2019	4,00	3	5
2020	3,78	3	5
2021	3,90	3	5
2022	4,06	3	5
2023	4,12	3	5

Een gram MDMA-poeder of -kristallen kost gemiddeld ongeveer 23 euro

Consumenten die MDMA-poeder bij het DIMS inleverden betaalden in 2023 gemiddeld €22,88 per gram [1]. Dit is vergelijkbaar met de prijs per gram in 2022 (€22,69). De helft van alle verkochte MDMA-poeders had in 2023 een prijs tussen de 20 en 25 euro.

De prijs van een gram MDMA ligt in Europa tussen de 6 en de 50 euro. Voor de helft van de Europese landen ligt de gemiddelde prijs van een gram MDMA tussen de16 en 39 euro [2].

Gemiddelde prijs van MDMA-poeder en kristallen op consumentenniveau, vanaf 2014



Gemiddelde prijs in euro per gram MDMA. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

everviz.com

	Gemiddeldd	25%	75%
2014	21,91	17,5	25
2015	20,03	15	25
2016	19,95	15	25
2017	19,94	15	25
2018	20,04	15	25
2019	19,33	15	25
2020	20,14	15	25
2021	20,66	15	25

	Gemiddeldd	25%	75%
2022	22,69	20	25
2023	22,88	20	25

Er zijn ook justitiële gegevens bekend over de ecstasymarkt in Nederland

Lees meer informatie over:
- Handel en Smokkel van ecstasy
- Inbeslagnames van ecstasy
- Productielocaties van ecstasy

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd [1]. 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 ecstasy.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [2].

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
2. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

Cocaïne

Laatste feiten en trends

Volwassenen
Cocaïnegebruik in het laatste jaar (2023)



2,2%



1,1%



3,3%

Trend in cocaïnegebruik onder volwassenen

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

Cocaïnegebruik onder volwassenen, naar leeftijdsgroep

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2023.

- In 2023 had 6,5% van de volwassenen in Nederland ooit cocaïne gebruikt, 2,2% gebruikte in het laatste jaar cocaïne en 0,8% deed dit in de laatste maand. Daarmee is cocaïne, na cannabis en ecstasy, de meest gebruikte drug onder volwassenen. Het gebruik van cocaïne in het laatste jaar is het hoogst onder mannen, 18-29-jarigen, hoogopgeleiden en volwassenen met een Nederlandse of een Europese herkomst en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden. In Nederland wordt vooral snuifcocaïne gebruikt. Het gebruik van basecoke ('crack') komt onder volwassenen in Nederland erg weinig voor.
- In 2023 is het gebruik van cocaïne onder volwassenen niet veranderd vergeleken met 2022. Vergeleken met 2015 is het cocaïnegebruik in 2023 wel hoger. Deze stijging deed zich met name voor onder mannen en 18-29-jarigen.
- De meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers gebruikt cocaïne incidenteel.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs
12-16 jaar
laatste jaar (2023)



1,0%

Studenten
≥16 jaar
laatste jaar (2023)



4,2% (mbo)
7% (hbo & wo)

Uitgaanders
16-35 jaar
laatste jaar (2023)

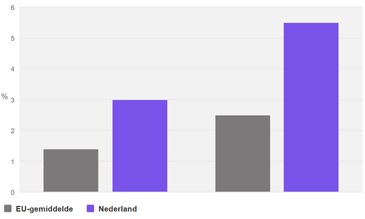


33,5%

- In 2023 had 1,4% van de scholieren van het voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit cocaïne gebruikt, 1,0% gebruikte in het laatste jaar cocaïne.
- Het percentage scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) dat ooit in het leven cocaïne heeft gebruikt verschilt in 2023 niet significant van 2003.
- In 2023 gebruikte iets minder dan één op de twintig (4,2%) mbo-studenten cocaïne in het laatste jaar en iets minder dan één op de tien (7%) hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder. Het cocaïnegebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 ongeveer gelijk gebleven. Cocaïnegebruik onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 niet verandert.
- 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.
- Jongeren uit sommige kwetsbare groepen hebben meer ervaring met het gebruik van cocaïne dan jongeren uit het regulier onderwijs. Vooral in de residentiële jeugdzorg (RJZ) en in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) is het gebruik van cocaïne ooit in het leven hoger dan bij leeftijdsgenoten in het reguliere onderwijs. Onder groepen risicojongeren komt het gebruik van cocaïne geregeld voor, maar meestal gaat het om een relatief klein aandeel van de groepsleden.

Internationale vergelijking

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

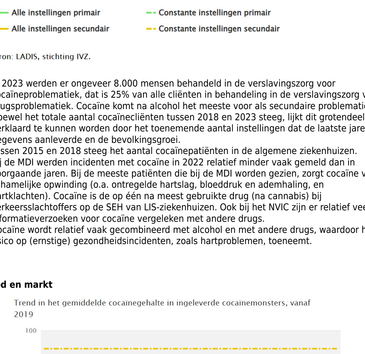


Bronnen: European Drug Report 2024, EMCDDA en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2022.

- 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. Het gebruik van cocaïne ligt in Nederland boven het Europese gemiddelde. In de Nederlandse steden Utrecht, Amsterdam en Eindhoven steeg tussen 2011 en 2023 de cocaïne die werd gevonden in het rioolwateronderzoek met 75-106%.
- In vergelijking met hun Europese leeftijdgenoten, lag in 2019 het ooitgebruik onder Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar rond het gemiddelde, maar de verschillen tussen de landen waren klein. Dit was ook het geval in 2015.

Hulpvraag en incidenten

Aantal cliënten in de verslavingszorg in Nederland met primaire en secundaire cocaineproblematiek, vanaf 2018

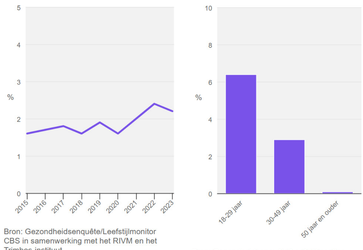


Bron: LADIS, stichting IVZ.

- In 2023 werden er ongeveer 8.000 mensen behandeld in de verslavingszorg voor cocaïneproblematiek, dat is 25% van alle cliënten in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Cocaïne komt na alcohol het meeste voor als secundaire problematiek. Hoewel het totale aantal cocaïnecliënten tussen 2018 en 2023 steeg, lijkt dit grotendeels verklaard te kunnen worden door het toenemende aantal instellingen dat de laatste jaren gegevens aanleverde en de bevolkingsgroei.
- Tussen 2015 en 2018 steeg het aantal cocaïnepatiënten in de algemene ziekenhuizen.
- 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.
- Cocaïne wordt relatief vaak gecombineerd met alcohol en met andere drugs, waardoor het risico op (ernstige) gezondheidsincidenten, zoals hartproblemen, toeneemt.

Aanbod en markt

Trend in het gemiddelde cocaïnegehalte in ingeleverde cocainemonsters, vanaf 2019



Gemiddelde gehalte cocaïne in cocainemonsters die ook echt cocaïne bevatten in percentages. De percentages zijn gebaseerd op de base-vorm. Omdat cocaïne in zoutvorm (sulfaat) voorkomt, is het maximale gehalte cocaïne 89%. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- Van alle drugsmonsters die in 2023 waren ingeleverd bij de testlocaties, was één op de twintig verkocht als cocaïne. Dit is vergelijkbaar met 2022. Meer dan negen op de tien cocaïnemonsters bevatten ook echt cocaïne. Er komen steeds minder vervuilingen in cocaïne voor. In 2023 bevatte driekwart van alle als cocaïne verkochte drugsmonsters alleen cocaïne.
- De prijs van een gram cocaïne in Nederland is al jaren stabiel en was in 2023 gemiddeld €51,65.

4.1 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 Cocaïnegebruik onder volwassenen

Hoeveel volwassenen gebruiken cocaïne?

In het kort: In 2023 had 6,5% van de volwassenen in Nederland ooit cocaïne gebruikt, 2,2% gebruikte in het laatste jaar cocaïne en 0,8% deed dit in de laatste maand. Daarmee is cocaïne, na cannabis en ecstasy, de meest gebruikte drug onder volwassenen. Het gebruik van cocaïne in het laatste jaar is het hoogst onder mannen, 18-29-jarigen, hoogopgeleiden en volwassenen met een Nederlandse of een Europese herkomst en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden. In Nederland wordt vooral snuifcocaïne gebruikt. Het gebruik van basecoke ('crack') komt onder volwassenen in Nederland erg weinig voor.

Ongeveer één op de vijftig volwassenen gebruikte in het laatste jaar cocaïne

In 2023 had 6,5% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit cocaïne (snuifcocaïne en/of basecoke) gebruikt, 2,2% gebruikte in het laatste jaar cocaïne en 0,8% deed dit in de laatste maand. Daarmee is cocaïne, na cannabis en ecstasy, de meest gebruikte drug onder volwassenen.

Cocaïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

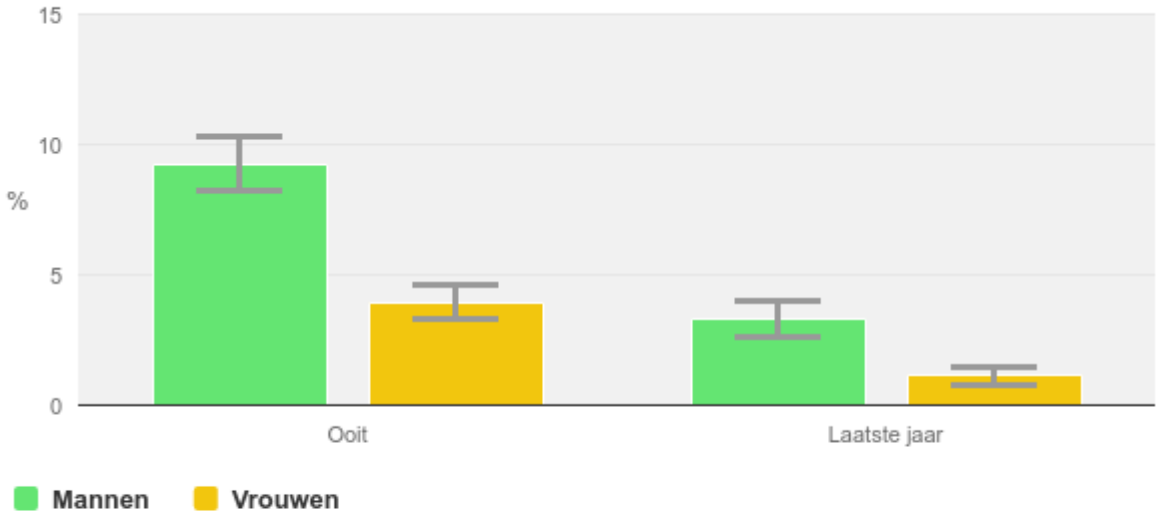
	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	6,5	930.000	840.000-1.010.000
Laatste jaar	2,2	310.000	260.000-360.000
Laatste maand	0,8	110.000	80.000-140.000

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.

Meer mannen dan vrouwen gebruiken cocaïne

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar cocaïne heeft gebruikt is hoger onder mannen (3,3%) dan onder vrouwen (1,1%). Dit geldt ook voor gebruik ooit in het leven.

Cocaïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2023.



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.

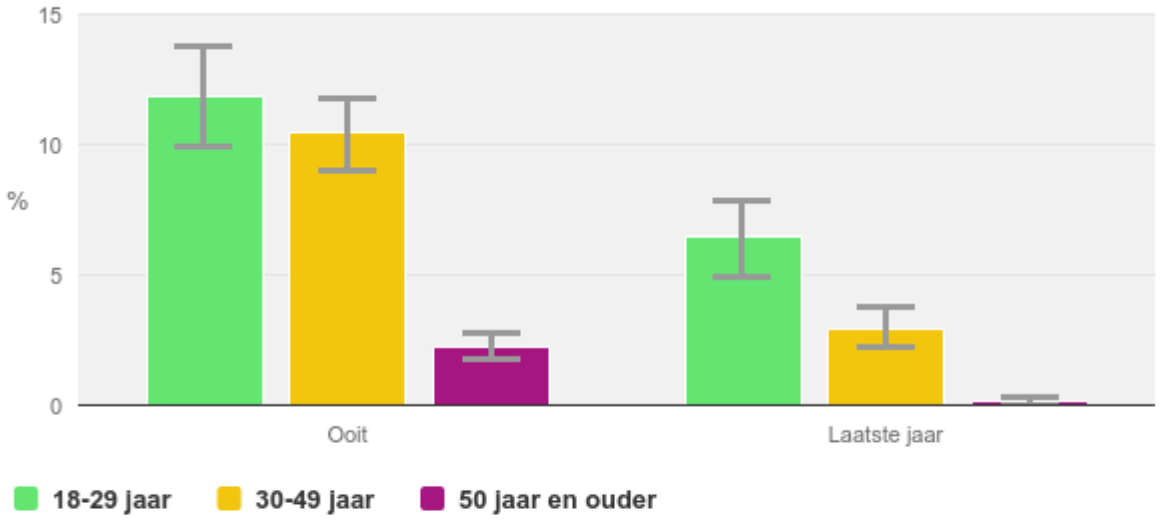
NDM

	Mannen	Low man	High man	Vrouwen	Low vrouw	High vrouw
Ooit	9,2	8,2	10,3	3,9	3,3	4,6
Laatste jaar	3,3	2,6	4,0	1,1	0,7	1,4

Cocaïnegebruik komt het meest voor onder jongvolwassenen

Het gebruik van cocaïne in het laatste jaar is het hoogst onder jongvolwassenen, daarna neemt het gebruik af met de leeftijd. Onder 18-29-jarigen heeft 6,4% in het laatste jaar cocaïne gebruikt, tegenover 2,9% van de 30-49-jarigen en 0,1% van de 50-plussers. Het gebruik ooit in het leven is het hoogst onder 18-29- en 30-49-jarigen en het laagst onder 50-plussers.

Cocaïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



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

	18-29 jaar	Low 18-29	High 18-29	30-49 jaar	Low 30-49	High 30-49	50 jaar en ouder	Low 50+	High 50+
Ooit	11,8	9,9	13,7	10,4	9,0	11,7	2,2	1,7	2,7
Laatste jaar	6,4	4,9	7,8	2,9	2,2	3,7	0,1	0,0	0,3

Cocaïnegebruikers zijn gemiddeld 30,6 jaar oud

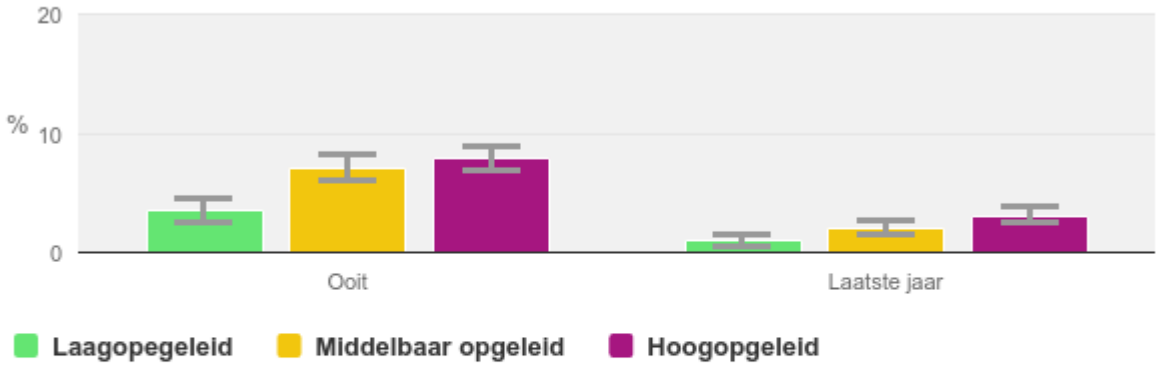
De gemiddelde leeftijd van de volwassenen die in het laatste jaar cocaïne hebben gebruikt was 30,6 jaar (SD=10,7) in 2023.

In de LSM-A Middelen 2022 is aan de laatste-jaar-gebruikers gevraagd hoe oud zij waren toen zij voor het eerst cocaïne gebruikten. De gemiddelde startleeftijd was 22,9 jaar (SD=5,8).

Cocaïnegebruik komt het meest voor onder hoogopgeleiden

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar cocaïne heeft gebruikt is het hoogst onder hoogopgeleiden (3,0%) en het laagst onder laagopgeleiden (1,0%). Dit geldt ook voor het gebruik ooit in het leven, alleen zijn de verschillen tussen hoog- en middelbaar opgeleiden niet statistisch significant.

Cocaïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2023.



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.

NDM

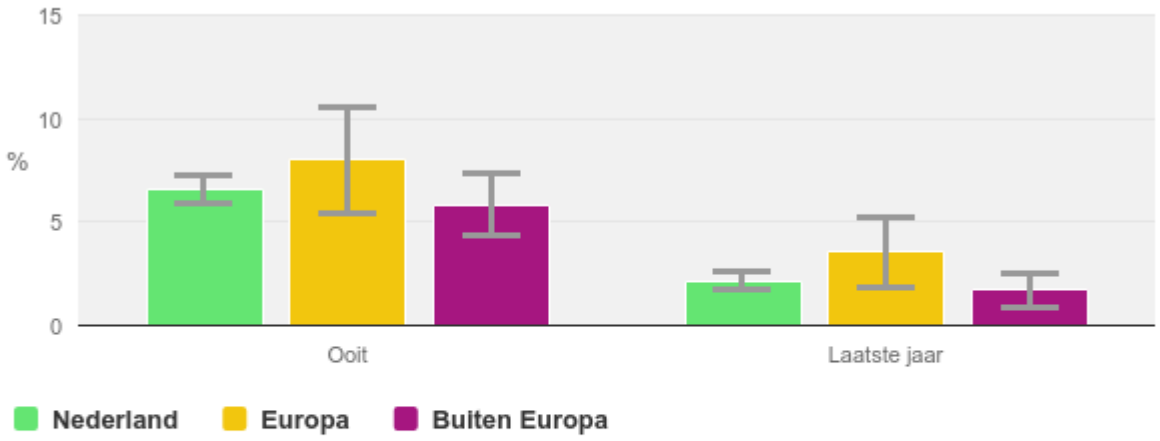
	Laagopegeleid	Laag low	Laag high	Middelbaar opgeleid	Middelbaar low	Middelbaar high	Hoogopgeleid	Hoog low	Hoog high
Ooit	3,5	2,5	4,5	7,0	6,0	8,1	7,8	6,8	8,9
Laatste jaar	1,0	0,4	1,5	2,0	1,4	2,6	3,0	2,4	3,7

Cocaïnegebruik komt het meest voor onder volwassenen met een Nederlandse of een Europese herkomst

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar cocaïne heeft gebruikt is hoger onder

volwassenen uit Nederland (2,1%) en volwassenen met een Europese herkomst (excl. NL) (3,5%) dan onder volwassenen met een niet-Europese herkomst (1,7%). Maar alleen het verschil tussen volwassenen met een Europese herkomst en volwassenen met een niet-Europese herkomst is statistisch significant. Voor het gebruik ooit in het leven zijn er geen verschillen tussen de herkomstgroepen.

Cocaïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2023.



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

NDM

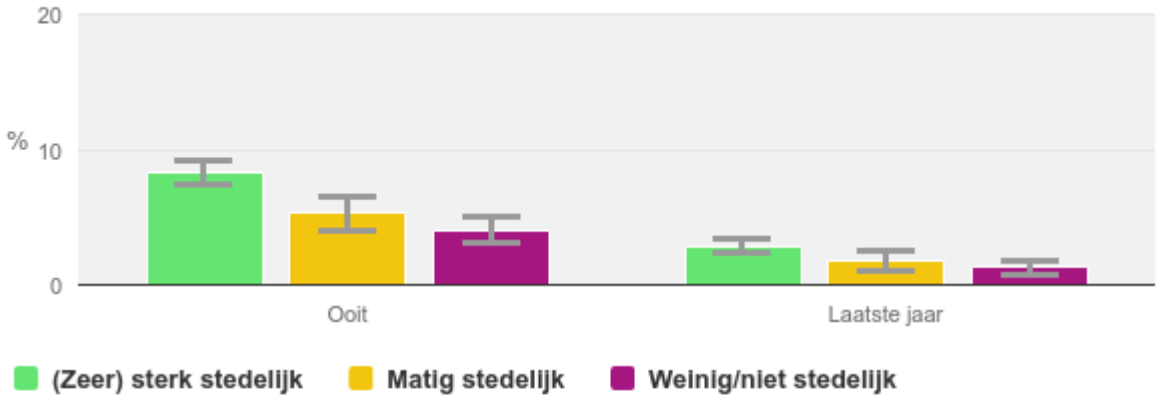
	Nederland	Nederland low	Nederland high	Europa	Europa low	Europa high	Buiten Europa	B-Europa low	B-Europa high
Ooit	6,5	5,9	7,2	8,0	5,4	10,5	5,8	4,3	7,3
Laatste jaar	2,1	1,7	2,6	3,5	1,8	5,2	1,7	0,8	2,5

Cocaïnegebruik komt het meest voor onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar cocaïne heeft gebruikt is hoger onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (2,8%) dan onder volwassenen in matig (1,7%) en

weinig/niet stedelijke gebieden (1,2%). Dit geldt ook voor het gebruik ooit in het leven.

Cocaïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2023.



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.

NDM

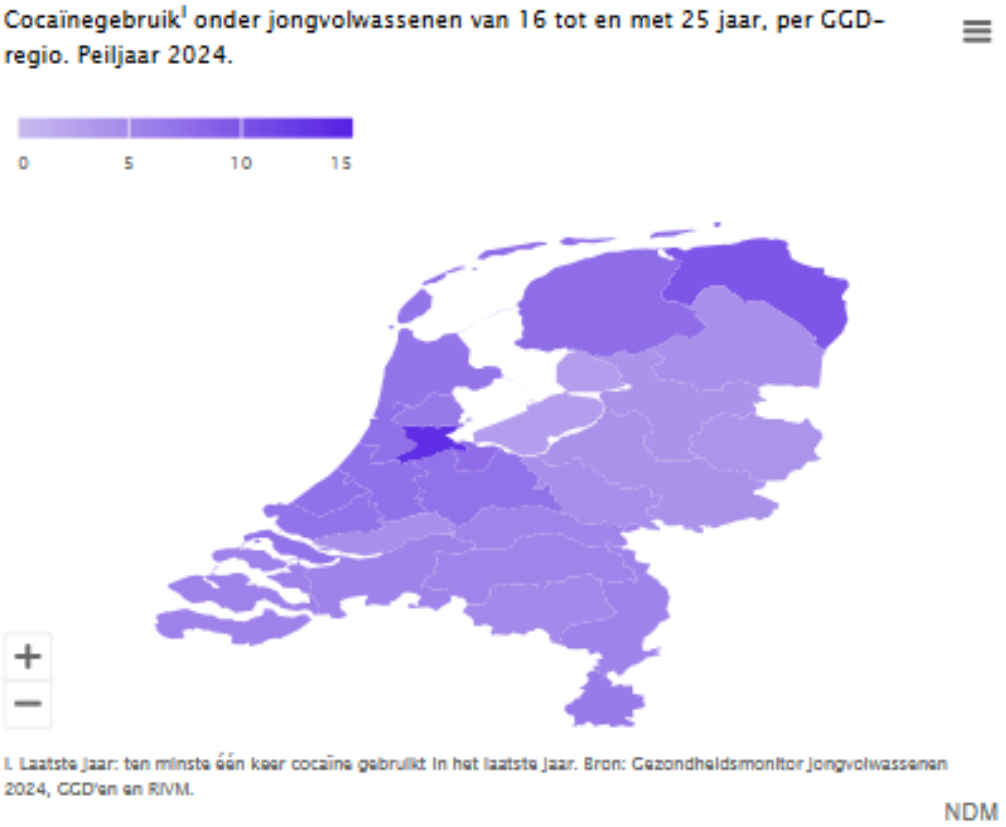
	(Zeer) sterk stedelijk	Sterk low	Sterk high	Matig stedelijk	Matig low	Matig high	Weinig/niet stedelijk	Niet low	Niet high
Ooit	8,2	7,3	9,1	5,2	3,9	6,5	4,0	3,1	4,9
Laatste jaar	2,8	2,3	3,4	1,7	0,9	2,4	1,2	0,7	1,7

Meer werkenden dan niet-werkenden gebruiken cocaïne

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar cocaïne heeft gebruikt is hoger onder werkenden (2,7%) dan onder niet-werkenden (1,6%). Dit blijkt uit aanvullende analyses die zijn gepubliceerd in een aparte infographic over middelengebruik en werk [1]. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt van de LSM-A Middelen van het peiljaar 2022.

Cocaïnegebruik verschilt per regio

Uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die werd gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen zijn in het gebruik van cocaïne [2]. In 2024 werden de hoogste percentages cocaïnegebruik in de laatste 12 maanden gevonden in GGD-regio Amsterdam (13,7%) en GGD-regio Groningen (9,9%). Cocaïne werd het minst gebruikt in de GGD-regio Flevoland (3,0%) en GGD-regio Twente (3,9%).



code	value
1	9,9
2	4,4
3	4
4	3,9
5	4,1

code	value
6	4,5
7	5,4
8	3
9	7,2
10	6,9
11	7,4
12	13,7
13	7,6
14	7,3
15	7,1
16	4,4
17	5,7
18	5,5
19	5,4
20	4,9
21	5,5
22	6,4

code	value
23	7,3
24	7,6
25	6,5

Gebruik van basecoke (‘crack’) komt erg weinig voor

De cijfers hierboven gaan over het gebruik van snuifcocaïne en basecoke samen. In 2022 hebben we in de LSM-A Middelen afzonderlijk gevraagd naar het gebruik van basecoke (ook wel crack-cocaïne of ‘crack’ genoemd).

Het gebruik van basecoke wordt bijna niet gerapporteerd in de volwassen bevolking: in 2022 gebruikte 0,4% van de volwassen Nederlanders ooit basecoke, 0,1% gebruikte in het laatste jaar basecoke. Gebruik in de laatste maand komt bijna niet voor.

Het gebruik van basecoke lijkt vooral voor te komen in gemarginaliseerde groepen, zoals beschreven op deze pagina over speciale groepen die cocaïne gebruiken. Omdat deze groep niet of nauwelijks deelneemt aan dit type onderzoek ligt het werkelijke percentage in de Nederlandse volwassen bevolking waarschijnlijk iets hoger.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van cocaïne wordt sinds 2015 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van cocaïne ooit in het leven en in het laatste jaar kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal cocaïnegebruikers in de laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

Regionale cijfers

Naast de landelijke cijfers uit de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale cijfers beschikbaar over drugsgebruik uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen. De meest recente gegevens komen uit 2024 [2], toen meer dan 135.000 jongvolwassenen tussen de 16 en 25 jaar de vragenlijst invulden. In tegenstelling tot 2022 werd er in 2024 geen steekproef getrokken; de vragenlijst was via een open link beschikbaar en respondenten werden vooral geworven via sociale media. De resultaten zijn gestandaardiseerd naar GGD-regio, leeftijd en gender om representativiteit te verbeteren, maar de wervingsmethode kan mogelijk leiden tot een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een slechtere (mentale) gezondheid. Deze cijfers zijn door verschillen in de vraagstelling en leeftijdsgroep niet direct vergelijkbaar met de cijfers uit de GE of de LSM-A Middelen, maar bieden wel inzicht in regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen.

Bronnen

1. Tuithof M, Blokland M, Sannen A. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Utrecht: Trimbos-instituut;
2. GGD’en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024. https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024. 2025.

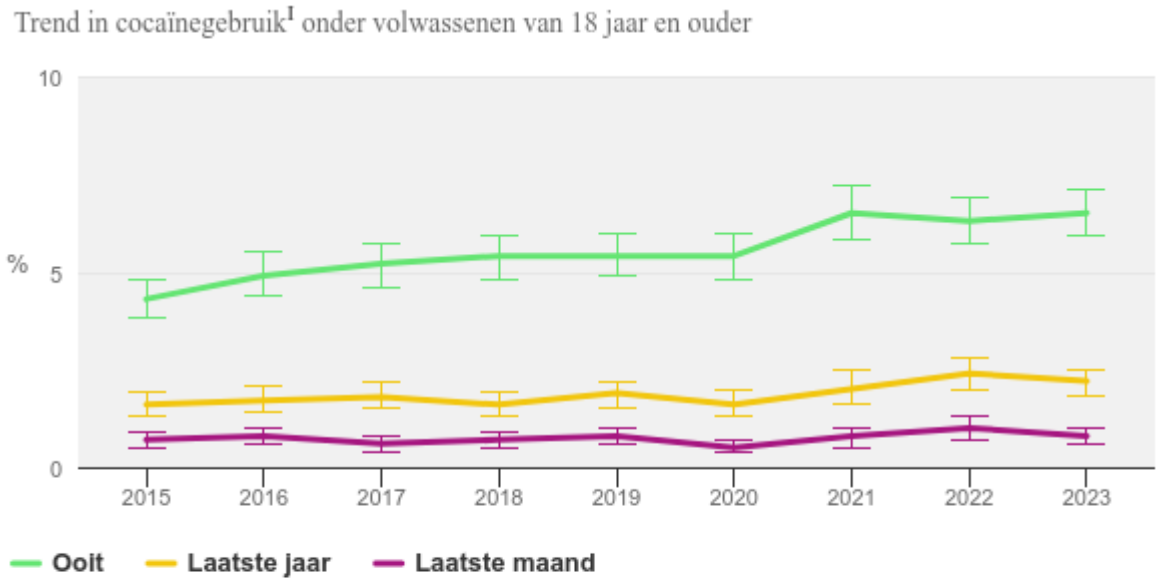
4.2.2 Veranderingen in cocaïnegebruik onder volwassenen

Is het cocaïnegebruik onder volwassenen veranderd?

In het kort: In 2023 is het gebruik van cocaïne onder volwassenen niet veranderd vergeleken met 2022. Vergeleken met 2015 is het cocaïnegebruik in 2023 wel hoger. Deze stijging deed zich met name voor onder mannen en 18-29-jarigen.

Cocaïnegebruik is sinds de vorige meting stabiel, maar op lange termijn gestegen

Het gebruik van cocaïne bij volwassenen (ooit, laatste jaar, laatste maand) is in 2023 niet veranderd vergeleken met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting in 2015 is het cocaïnegebruik ooit en in het laatste jaar in 2023 wel hoger.



1. 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.

NDM

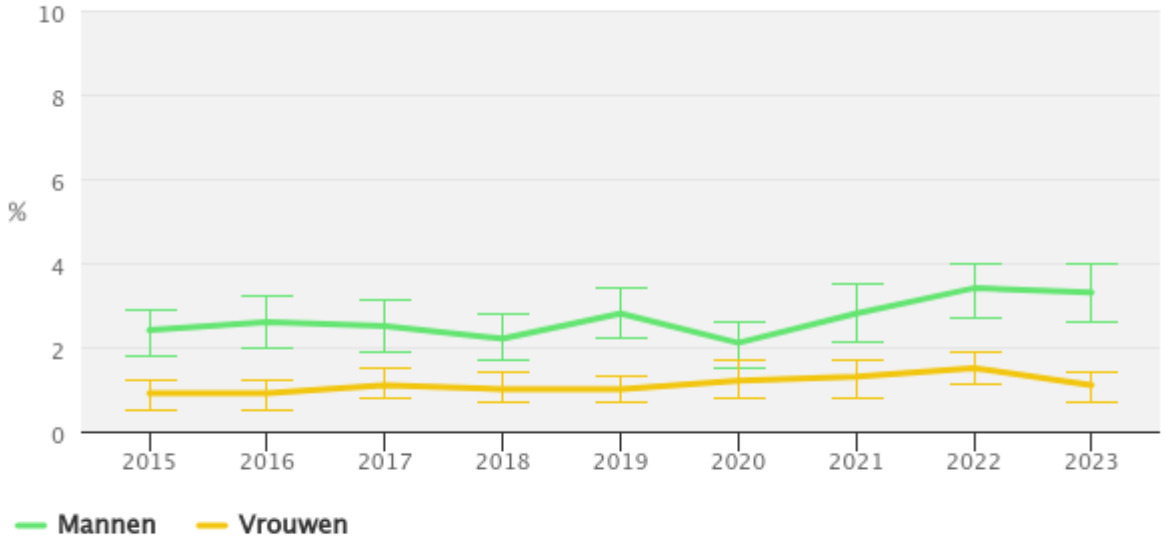
	Ooit	Ooit low	Ooit high	Laatste jaar	Jaar low	Jaar high	Laatste maand	Maand low	Maand high

	Ooit	Ooit low	Ooit high	Laatste jaar	Jaar low	Jaar high	Laatste maand	Maand low	Maand high
2015	4,3	3,8	4,8	1,6	1,3	1,9	0,7	0,5	0,9
2016	4,9	4,4	5,5	1,7	1,4	2,1	0,8	0,6	1,0
2017	5,2	4,6	5,7	1,8	1,5	2,2	0,6	0,4	0,8
2018	5,4	4,8	5,9	1,6	1,3	1,9	0,7	0,5	0,9
2019	5,4	4,9	6,0	1,9	1,5	2,2	0,8	0,6	1,0
2020	5,4	4,8	6,0	1,6	1,3	2,0	0,5	0,4	0,7
2021	6,5	5,8	7,2	2,0	1,6	2,5	0,8	0,5	1,0
2022	6,3	5,7	6,9	2,4	2,0	2,8	1,0	0,7	1,3
2023	6,5	5,9	7,1	2,2	1,8	2,5	0,8	0,6	1,0

Cocaïnegebruik is alleen onder mannen op lange termijn gestegen

In 2023 verschilt het percentage mannen en vrouwen dat in het laatste jaar cocaïne heeft gebruikt niet van 2022. Vergeleken met 2015 is in 2023 het percentage mannen dat in het laatste jaar cocaïne heeft gebruikt hoger, en onder vrouwen onveranderd.

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



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

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Mannen	Man low	Man high	Vrouwen	Vrouw low	Vrouw high
2015	2,4	1,8	2,9	0,9	0,5	1,2
2016	2,6	2,0	3,2	0,9	0,5	1,2
2017	2,5	1,9	3,1	1,1	0,8	1,5
2018	2,2	1,7	2,8	1,0	0,7	1,4
2019	2,8	2,2	3,4	1,0	0,7	1,3
2020	2,1	1,5	2,6	1,2	0,8	1,7
2021	2,8	2,1	3,5	1,3	0,8	1,7
2022	3,4	2,7	4,0	1,5	1,1	1,9

	Mannen	Man low	Man high	Vrouwen	Vrouw low	Vrouw high
2023	3,3	2,6	4,0	1,1	0,7	1,4

Cocaïnegebruik is alleen onder 18-29-jarigen op lange termijn gestegen

Tussen 2022 en 2023 is er voor geen van de leeftijdsgroepen een statistisch significante verandering in het gebruik van cocaïne. Onder 18-29-jarigen is het percentage dat in het laatste jaar cocaïne heeft gebruikt in 2023 (6,4%) hoger dan in 2015 (4,4%). Voor de andere leeftijden is het cocaïnegebruik in 2023 niet anders dan in 2015.

De gemiddelde leeftijd van cocaïnegebruikers is stabiel

De gemiddelde leeftijd van volwassenen die in het laatste jaar cocaïne hebben gebruikt is in 2023 (30,6 jaar) niet anders dan in 2022. Ook vergeleken met 2015 is in 2023 de gemiddelde leeftijd van de cocaïnegebruikers niet veranderd.

Cocaïnegebruik is stabiel onder alle opleidingsniveaus

Tussen 2022 en 2023 is er voor geen van de opleidingsniveaus een statistisch significante verandering in het gebruik van cocaïne. Ook vergeleken met 2015 zijn er in 2023 geen veranderingen in het cocaïnegebruik in het laatste jaar onder de verschillende opleidingsniveaus.

Nog geen trendgegevens voor herkomstgroepen beschikbaar voor cocaïnegebruik

Onder alle herkomstgroepen is het cocaïnegebruik in het laatste jaar in 2023 niet anders dan in 2022. Sinds 2022 gebruikt het CBS een nieuwe indeling naar herkomst, er zijn daarom geen trendgegevens voor de nieuwe herkomstgroepen beschikbaar tussen 2015 en 2022.

Cocaïnegebruik is stabiel onder volwassenen in alle stedelijkheidsniveaus

Tussen 2022 en 2023 is voor alle stedelijkheidsniveaus cocaïnegebruik in het laatste jaar gelijk gebleven. Ook geldt voor alle stedelijkheidsniveaus dat tussen 2015 en 2023 het laatste-jaar-gebruik van cocaïne niet verschilt.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van cocaïne wordt sinds 2015 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van cocaïne ooit in het leven en in het laatste jaar kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal cocaïnegebruikers in de laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

4.2.3 Gebruikspatronen

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

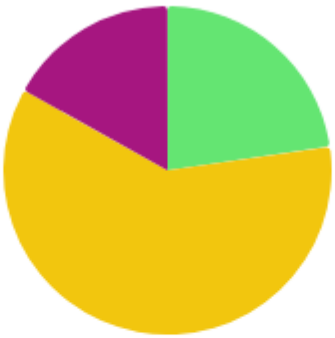
Gegevensbronnen

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.

	%
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 Calder, Radenburg, & 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 Cocaïnegebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

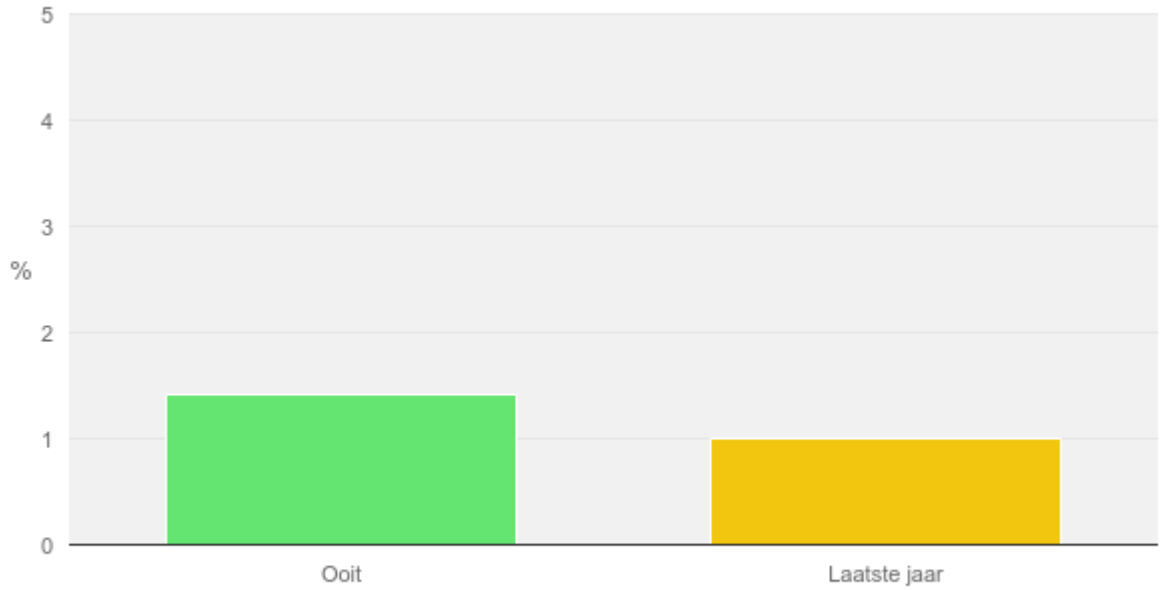
Hoeveel scholieren gebruiken cocaïne?

In het kort: In 2023 had 1,4% van de scholieren van het voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit cocaïne gebruikt, 1,0% gebruikte in het laatste jaar cocaïne.

Eén op de zeventig scholieren heeft ooit cocaïne gebruikt

In 2023 had 1,4% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit cocaïne gebruikt, 1,0% gebruikte in het laatste jaar cocaïne. Cocaïne staat hiermee op plek vier, alleen cannabis, lachgas en ecstasy zijn door meer scholieren ooit in het leven gebruikt.

Cocaïnegebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar. Peiljaar 2023



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer cocaïne gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Totaal
Ooit	1,4

	Totaal
Laatste jaar	1,0

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

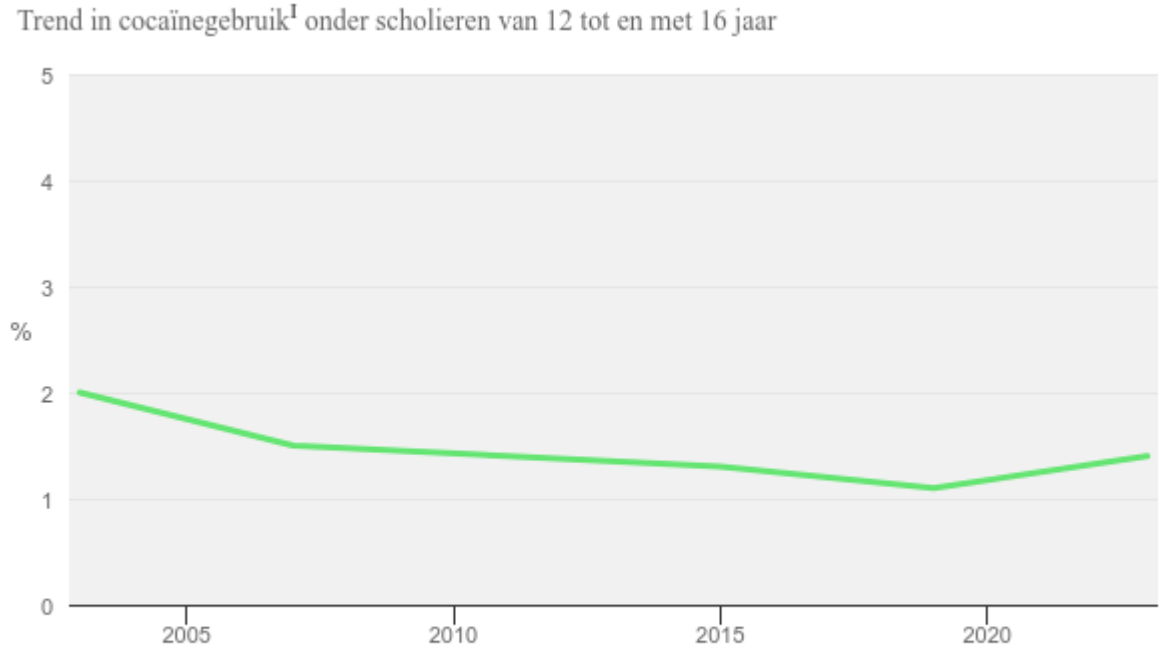
4.3.2 Veranderingen in cocaïnegebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

Is het cocaïnegebruik onder scholieren veranderd?

In het kort: Het percentage scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) dat ooit in het leven cocaïne heeft gebruikt verschilt in 2023 niet significant van 2003.

Cocaïnegebruik is op lange termijn niet veranderd

Het ooitgebruik van cocaïne onder 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs is in 2023 lager dan in de eerste meting van 2003, maar dit verschil is niet significant.



	Ooit
2003	2,0
2007	1,5

	Ooit
2011	1,4
2015	1,3
2019	1,1
2023	1,4

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere

leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

4.3.3 Cocaïnegebruik onder studenten

Hoeveel studenten gebruiken cocaïne?

In het kort: In 2023 gebruikte iets minder dan één op de twintig (4,2%) mbo-studenten cocaïne in het laatste jaar en iets minder dan één op de tien (7%) hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder. Het cocaïnegebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 ongeveer gelijk gebleven. Cocaïnegebruik onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 niet veranderd.

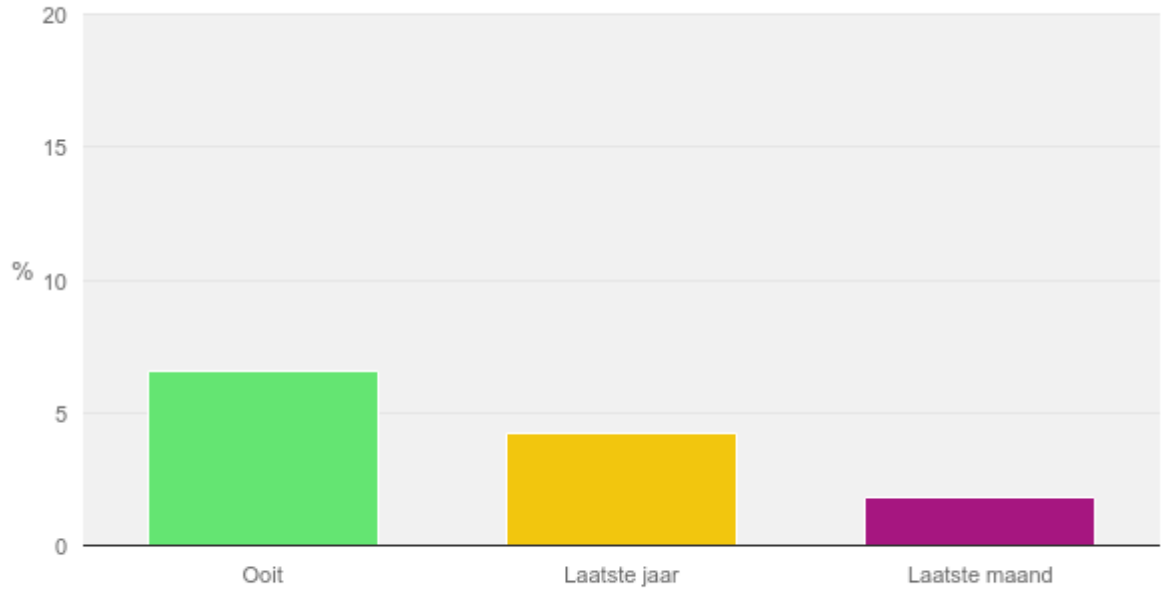
Snel naar:
Mbo-studenten
Hbo- en universiteitsstudenten

Hoeveel mbo-studenten gebruiken cocaïne?

Iets minder dan één op de twintig mbo-studenten gebruikte in het laatste jaar cocaïne

In 2023 had ongeveer één op de vijftien (6,5%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit cocaïne gebruikt. Iets minder dan één op de twintig (4,2%) gebruikte cocaïne in het laatste jaar en 1,8% in de laatste maand [1].

Cocaïnegebruik[I] onder mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Peiljaar 2023



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: Mbo–middelenmonitor, 2023

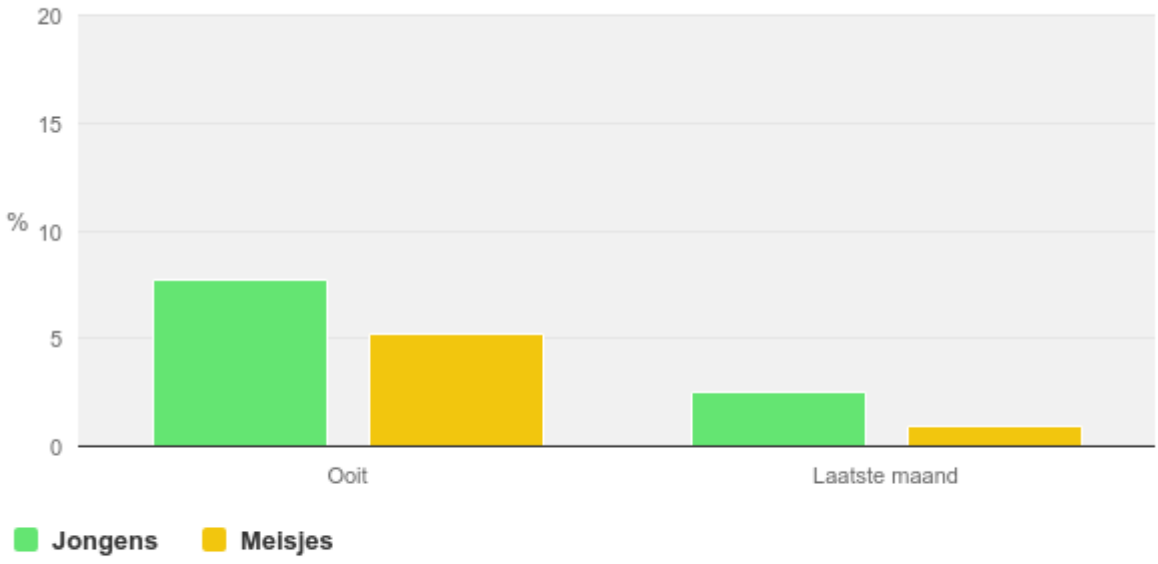
NDM

	Totaal
Ooit	6,5
Laatste jaar	4,2
Laatste maand	1,8

Cocaïnegebruik is hoger onder jongens dan onder meisjes

Het cocaïnegebruik ooit in het leven was hoger onder jongens (7,7%) dan onder meisjes (5,2%). Dit geldt ook voor het gebruik in de afgelopen maand [1].

Cocaïnegebruik[I] onder mbo-studenten van 16 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer cocaïne gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand. Bron: Mbo–middelenmonitor, 2023

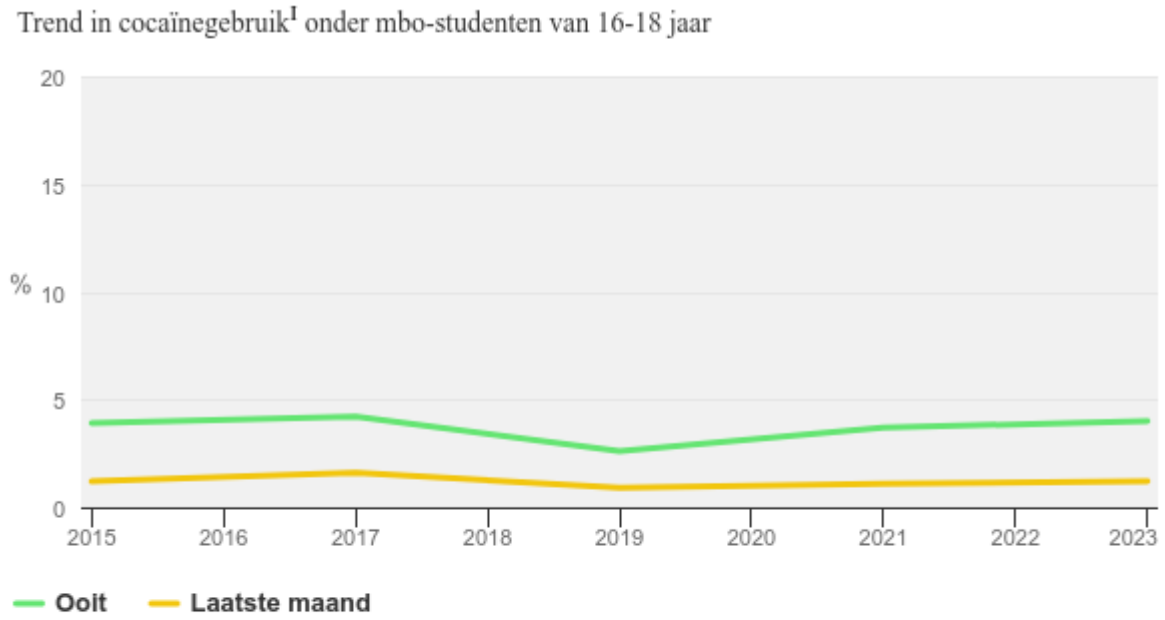
NDM

	Jongens	Meisjes
Ooit	7,7	5,2
Laatste maand	2,5	0,9

Cocaïnegebruik is sinds 2015 ongeveer gelijk gebleven onder 16-18-jarige mbo-studenten

Het gebruik van cocaïne ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 ongeveer gelijk gebleven. Dit geldt ook voor het gebruik in de laatste maand [1].

Deze trendgegevens zijn berekend voor 16-18-jarigen en wijken daarom af van de hierboven genoemde percentages over alle mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Het gebruik in het laatste jaar is in 2023 voor het eerst uitgevraagd waardoor er geen trendgegevens zijn.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Mbo–middelenmonitor

NDM

	Ooit	Laatste maand
2015	3,9	1,2
2017	4,2	1,6
2019	2,6	0,9
2021	3,7	1,1
2023	4,0	1,2

Regionale gegevens over het gebruik van cocaïne onder mbo-studenten

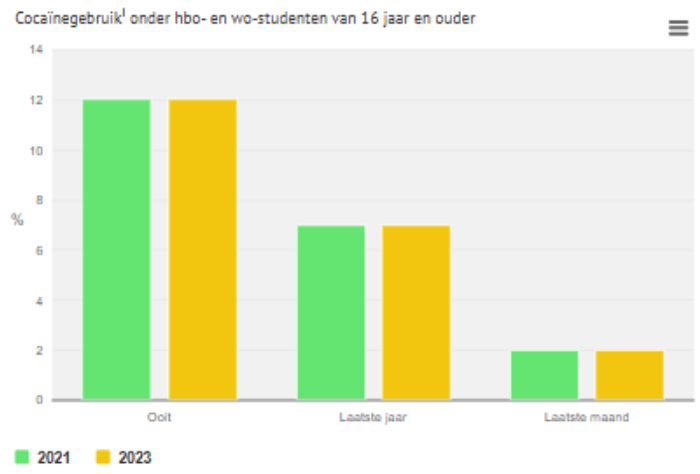
In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 had één op de twintig (5,0%) Amsterdamse mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit cocaïne gebruikt. 2,8% gebruikte cocaïne in het laatste jaar en 1,6% in de laatste maand [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Hoeveel studenten van het hbo en de universiteit gebruiken cocaïne?

Iets minder dan één op de tien hbo- en universiteitsstudenten gebruikte in het laatste jaar cocaïne

In 2023 had ongeveer één op de acht (12%) studenten van het hbo en de universiteit (wo) van 16 jaar en ouder ooit cocaïne gebruikt. Iets minder dan één op de tien (7%) gebruikte cocaïne in het laatste jaar en 2% in de laatste maand [3].

Vanwege de lage respons (in 2023 6,5% van het totaal aantal studenten van de 24 deelnemende instellingen), geven deze cijfers een indicatie van middelengebruik, maar kunnen ze niet worden gezien als precieze schattingen van het gebruik in de totale studentenpopulatie (zie ook: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).



1. 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

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

Cocaïnegebruik komt in sommige groepen hbo- en universiteitsstudenten meer voor dan in andere groepen

De kans op cocaïnegebruik in de laatste maand onder hbo- en universiteitsstudenten was groter onder mannen dan onder vrouwen (3% versus 1%) en onder 22-25-jarigen en 26-29-jarigen dan onder 16-21-jarigen (3% versus 1%). Er waren geen verschillen in cocaïnegebruik naar herkomst (geen migratieachtergrond, migratieachtergrond, internationale student), onderwijstype (hbo, wo) en opleidingsvorm (voltijd, niet-voltijd) [3].

Cocaïnegebruik onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 niet veranderd

Vergeleken met de eerste meting in 2021 is het percentage gebruikers van cocaïne (ooit, laatste jaar en laatste maand) in 2023 niet veranderd [3].

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo-studenten

De Mbo-Middelenmonitor [1] onderzoekt het middelengebruik onder mbo-studenten. In 2023 werd dit onderzoek voor de vijfde keer uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public (nu Verian). Dit jaar werd het onderzoek alleen uitgevoerd onder mbo-studenten, terwijl eerdere metingen (in 2015, 2017, 2019 en 2021) ook hbo-studenten betrokken. In 2023 namen 4.448 mbo-studenten van 16 jaar en ouder deel aan het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 op 64 mbo-locaties. In totaal werden 6.053 studenten willekeurig benaderd door onderzoeksassistenten om een digitale vragenlijst in te vullen.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op

acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

Hbo- en universiteitsstudenten

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs [3] onderzoekt de mentale gezondheid en het middelengebruik van studenten van het hbo en de universiteit (wo) om de twee jaar. Dit onderzoek is in 2023 voor de tweede keer uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het RIVM, de GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. In 2023 vulden 32.217 hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder alle vragen over middelengebruik in. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 bij 24 onderwijsinstellingen in heel Nederland. De deelnemende onderwijsinstellingen stuurden een uitnodiging naar studenten van 16 jaar en ouder om de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd ook in het Engels aangeboden voor buitenlandse studenten. Het onderzoek heeft enkele belangrijke beperkingen, zoals een laag responspercentage van 6,5% in 2023 en de onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde groepen studenten. De data zijn wel gewogen om deze representatiever te maken, maar het is mogelijk dat de resultaten nog steeds vertekend zijn en niet volledig representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland.

Vanwege verschillen in methodes van dataverzameling zijn de resultaten van de Mbo-Middelenmonitor, de Antenne Amsterdam en de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs niet direct met elkaar te vergelijken.

Bronnen

1. K. Morren, S. Van Dorsselaer, K. Monshouwer. Factsheet: Middelengebruik onder mbo-studenten 2023. Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. Nuijen J, Verweij A, Dopmeijer J, Van Wamel A, Schouten F, Buijs M, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023 [Internet]. RIVM en Trimbos-instituut; 2023. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/11/AF2137-Monitor-Mentale-gezondheid-en-Middelengebruik-Studenten-hoger-onderwijs-.pdf

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

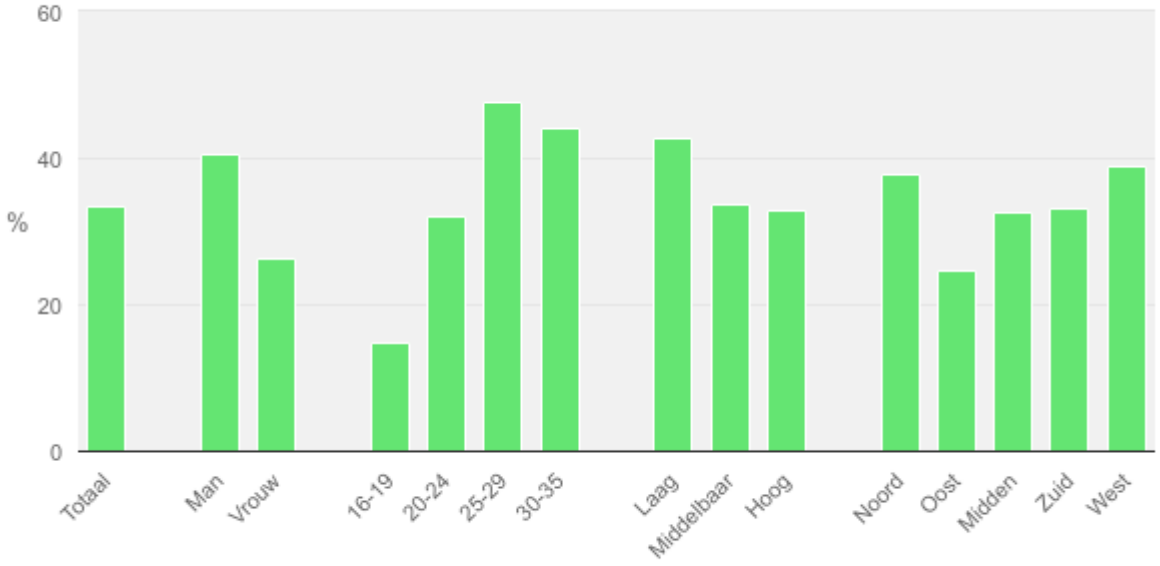
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 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

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen gebruiken cocaïne?

In het kort: Jongeren uit sommige kwetsbare groepen hebben meer ervaring met het gebruik van cocaïne dan jongeren uit het regulier onderwijs. Vooral in de residentiële jeugdzorg (RJZ) en in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) is het gebruik van cocaïne ooit in het leven hoger dan bij leeftijdsgenoten in het reguliere onderwijs. Onder groepen risicojongeren komt het gebruik van cocaïne geregeld voor, maar meestal gaat het om een relatief klein aandeel van de groepsleden.

Snel naar:
Scholieren van het praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Jongeren in de residentiële jeugdzorg
Groepen risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

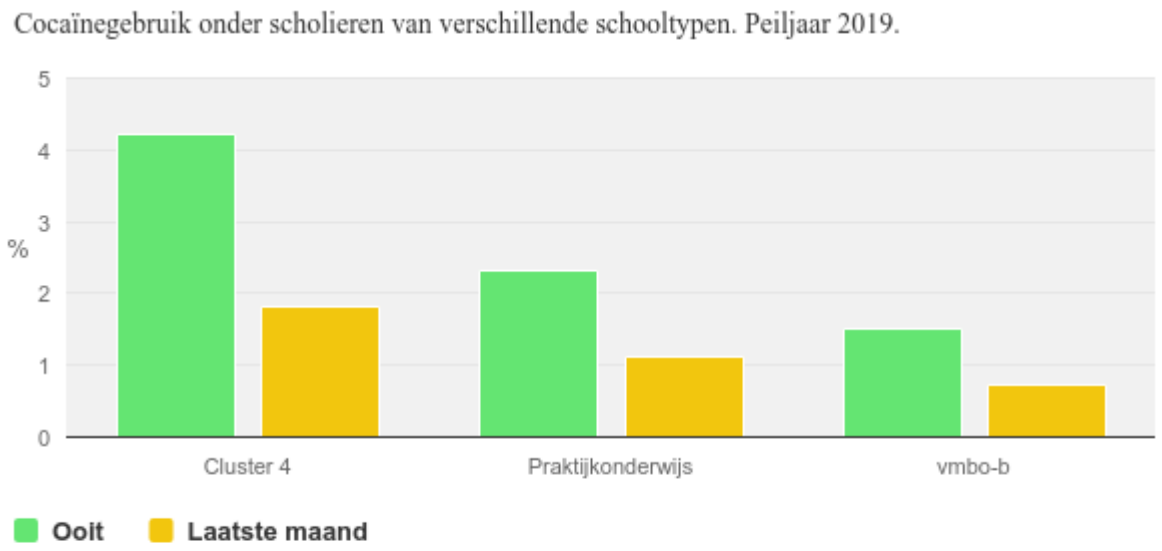
Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen ‘kwetsbare groepen jongeren’. Wij gebruiken de term ‘kwetsbare groepen jongeren’ om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg, in jeugddetentie of in het voorgezet speciaal onderwijs (vso) zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo’n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel scholieren in het praktijkonderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs gebruiken cocaïne?

Geen significant verschil in cocaïnegebruik tussen cluster 4, praktijkonderwijs of vmbo-b

Hoewel onder scholieren in cluster 4 de hoogste percentages in gebruik van cocaïne voorkwamen, zijn de verschillen met de andere schooltypes niet significant. In 2019 had 4,2% van de cluster 4 scholieren ooit cocaïne gebruikt, 1,8% deed dit in de laatste maand [2]. In het praktijkonderwijs was dat respectievelijk 2,3% en 1,1%. In het VMBO-b liggen deze percentages op 1,5% en 0,7%.

Cocaïnegebruik is niet onderzocht onder scholieren in het cluster 3 onderwijs.



Gegevens over scholieren uit cluster 4 en het praktijkonderwijs komen uit een ander onderzoek dan de gegevens over scholieren van het vmbo-b. De methoden van dataverzameling verschillen tussen deze onderzoeken. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos-instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand
Cluster 4	4,2	1,8
Praktijkonderwijs	2,3	1,1
vmbo-b	1,5	0,7

Cocaïnegebruik onder cluster 4 en praktijkonderwijs scholieren ongeveer stabiel gebleven tussen 2008 en 2019

Tussen 2008 en 2019 is het gebruik van cocaïne ooit in het leven gelijk gebleven in het praktijkonderwijs. In het cluster 4-onderwijs is een niet-significante daling te zien in deze periode (van 5,6% naar 4,2%).

Voor het gebruik in de laatste maand was er sprake van een stijging in het praktijkonderwijs, van 0,3% in 2008 naar 1,1% in 2019. Het gebruik in de laatste maand onder cluster 4 scholieren bleef ongeveer gelijk.

Ter vergelijking, op het vmbo-b bleef het gebruik van cocaïne ongeveer gelijk tussen 2007 en 2019, zowel in de laatste maand als ooit.

Meisjes in cluster 4 lijken meer ervaring te hebben met harddrugs dan jongens

Meisjes in het cluster 4 onderwijs hebben meer ervaring met het gebruik van cocaïne (6,3%) dan jongens (3,7%), maar dit verschil is niet significant. Over het algemeen lijken meisjes in cluster 4 meer ervaring te hebben met harddrugs, maar deze verschillen zijn alleen voor ecstasy en gebruik van enige harddrug significant.

In het praktijkonderwijs hebben jongens en meisjes ongeveer even vaak ooit en in de laatste maand cocaïne gebruikt. Onder vmbo-b scholieren hebben jongens vaker ooit en in de laatste maand cocaïne gebruikt, maar deze verschillen zijn klein en niet significant.

Jongeren met een westerse migratieachtergrond lijken meer ervaring te hebben met harddrugs dan jongeren met een Nederlandse achtergrond

Over het algemeen hebben jongeren met een westerse migratieachtergrond meer ervaring met harddrugs dan jongeren met een Nederlandse achtergrond of niet-westerse migratieachtergrond. Dit geldt voor alle schooltypen. Voor cocaïne zien we dit patroon ook terug, maar de verschillen zijn niet significant.

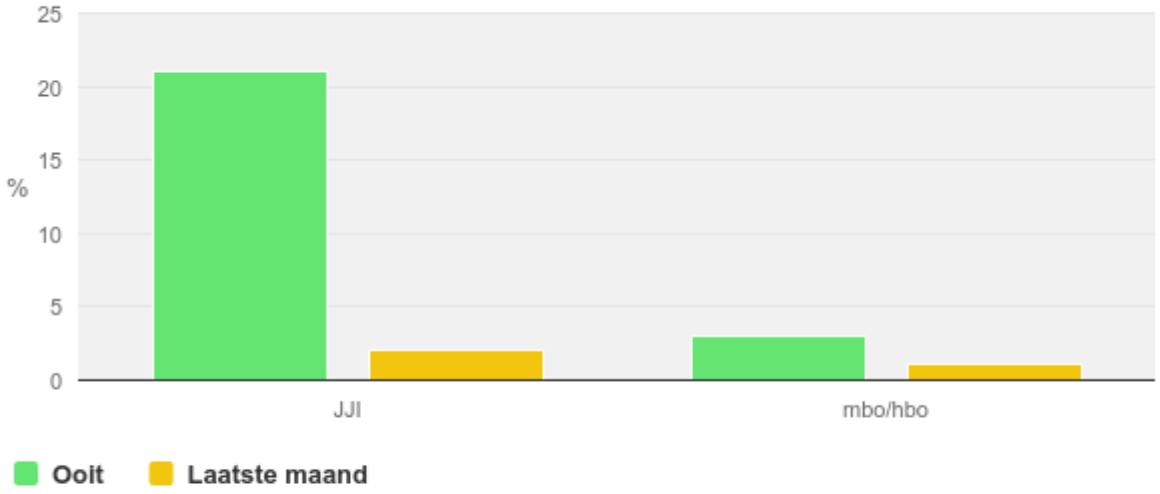
Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen gebruiken cocaïne?

Eén op de vijf jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen heeft ooit cocaïne gebruikt

In 2022 had 21% van de jongeren die verblijven in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) ooit cocaïne gebruikt, 2% deed dit in de afgelopen maand [3].

Vergeleken met leeftijdsgenoten op het mbo/hbo hebben jongeren in de JJI aanzienlijk vaker ervaring met cocaïnegebruik (JJI: 21%; mbo/hbo: 3%). Het gebruik in de laatste maand is voor beide groepen relatief laag (JJI: 2%; mbo/hbo: 1%).

Cocaïnegebruik onder jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen (peiljaar 2022), vergeleken met leeftijdsgenoten op het mbo/hbo (peiljaar 2019).



De cijfers van het EXPLORE–onderzoek in de JJI (2022) en de mbo/hbo monitor van 2019 zijn afkomstig uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos–instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand
JJI	21	2
mbo/hbo	3	1

Gebruik van cocaïne onder jongeren in de JJI lijkt licht toegenomen

Het gebruik van cocaïne ooit in het leven onder jongeren in de JJI nam tussen 2009 en 2022 toe van 17% naar 21%. Deze verschillen zijn niet getoetst op significantie. Daarnaast komen de gegevens uit verschillende studies waardoor alleen voorzichtige conclusies getrokken kunnen worden uit deze vergelijking.

Gebruik van cocaïne komt binnen instellingsmuren weinig voor

Aan de jongeren die vaker dan één keer in hun leven cocaïne gebruikten (n = 14) is gevraagd of ze dit wel eens in de inrichting hebben gebruikt. Drie van hen gaven aan dat ze dit wel eens hebben

gedaan. Daarnaast hadden de meeste jongeren die cocaïne gebruikte, dit al eens gedaan voordat zij in de inrichting kwamen. Ook gaven zij allemaal aan dat zij minder zijn gaan gebruiken sinds ze in de inrichting zijn geplaatst.

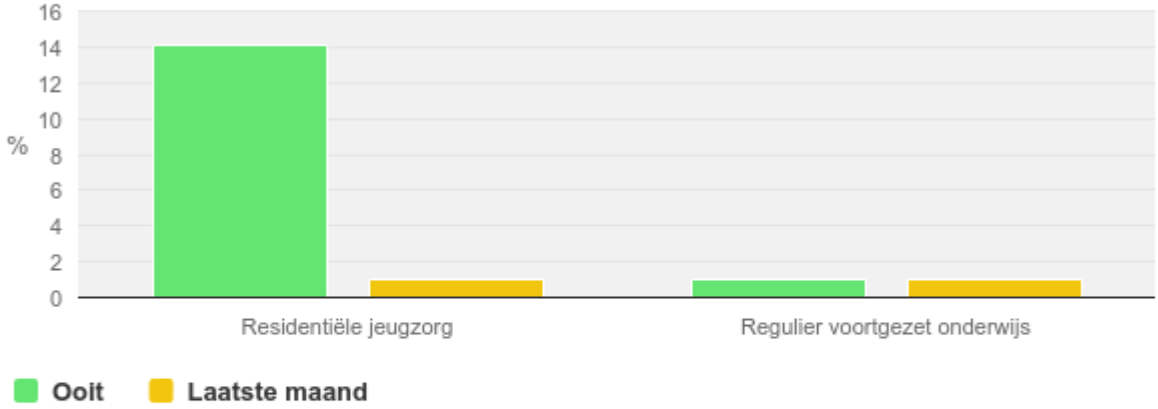
Hoeveel jongeren in de residentiële jeugdzorg gebruiken cocaïne?

Eén op de zeven jongeren in de residentiële jeugdzorg heeft ooit cocaïne gebruikt

Eén op de zeven jongeren (leeftijd: 12 t/m 25) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) had in 2020 ooit cocaïne gebruikt (14%) [4]. Een veel kleiner aandeel (1,1%) van de jongeren in de RJZ deed dit in de laatste maand.

Jongeren in de RJZ (12 t/m 15 jaar) hadden vaker ooit cocaïne gebruikt (8%) dan hun leeftijdsgenoten in het reguliere voortgezet onderwijs (1%). Er was geen verschil in de percentages scholieren die in het laatste maand cocaïne hebben gebruikt (1% voor beiden). Deze vergelijking is alleen gemaakt voor de 12- t/m 15-jarigen omdat de groep 16- t/m 17-jarige scholieren uit het landelijk scholierenonderzoek niet representatief is voor de algemene populatie (een deel van hen is al van school/naar andere opleidingen).

Cocaïnegebruik onder 12-15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg (peiljaar 2020), vergeleken met leeftijdsgenoten in het regulier voortgezet onderwijs (peiljaar 2019).



De cijfers van het EXPLORE–onderzoek in de residentiële jeugdzorg (RJZ, 2020) en uit het regulier voortgezet onderwijs (2019) zijn afkomstig zijn uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Voor de jongeren in de RJZ is voor de vergelijking alleen gekeken naar jongeren van 12 t/m 15 jaar. Bron: EXPLORE, Trimbos–instituut.

NDM

Groepen	Ooit	Laatste maand
Residentiële jeugzorg	14	1
Regulier voortgezet onderwijs	1	1

Cocaïnegebruik onder jongeren in de RJZ niet significant gedaald

Het percentage jongeren dat ooit in het leven cocaïne heeft gebruikt was in 2020 (12-15-jarigen: 8%, 16-17-jarigen: 15%) lager dan in 2008 (12-15-jarigen: 14%, 16-17-jarigen: 21%), maar dit verschil is niet significant.

Hoe ziet het cocaïnegebruik in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als ‘kansarme jeugd’, ‘probleemjeugd’ of ‘hangjeugd’ [5].

Cocaïne wordt in de helft van de groepen risicojongeren gebruikt, maar het aandeel gebruikende jongeren wisselt

Het gebruik van cocaïne kwam in ruim de helft van de groepen risicojongeren (17 van de 29) voor. Het aandeel groepsleden dat gebruikt wisselt. Meestal ging het om een enkeling of kleinere subgroepjes. Bij twee jongerengroepen gebruikte meer dan de helft van de groepsleden cocaïne, waarbij in één groep de overgrote meerderheid.

Cocaïnegebruik nam toe of bleef stabiel in de meeste groepen risicojongeren

Jongerenwerkers gaven aan dat zij in ongeveer de helft (8 van de 17) groepen een toename in cocaïnegebruik zagen in het afgelopen jaar. In acht andere groepen bleef het gebruik stabiel. In één groep was er sprake van een afname.

Gebruik van cocaïne komt in veel verschillende contexten voor

Cocaïne werd volgens de jongerenwerkers door risicojongeren in veel verschillende settings gebruikt. Bijvoorbeeld in de horeca, in de auto, op straat, met vrienden of soms solistisch. Dit is anders dan bij bijvoorbeeld ecstasy, dat vooral op evenementen en feesten wordt gebruikt. Combinatiegebruik met alcohol kwam volgens jongerenwerkers ook regelmatig voor.

Het gebruik van cocaïne kwam voor onder risicojongeren in steden en dorpen door heel Nederland. Volgens jongerenwerkers geldt cocaïne voor sommige groepen als een statussymbool, omdat het duur is en wordt gelinkt aan succes en macht.

Cocaïne wordt vooral in het weekend gebruikt, problematisch gebruik is beperkt

Volgens de jongerenwerkers gaat het onder groepen risicojongeren bij cocaïnegebruik meestal om weekendgebruik. De jongerenwerkers gaven aan dat gebruik wisselt tussen de risicojongeren van af-en-toe tot gewoontegebruik. Problematisch gebruik werd vooral gezien op individueel niveau.

Basecoke (crack) gebruik komt vooral voor in groepen met complexe en meervoudige problematiek

Basecoke (crack) werd in ongeveer één op de vijf (6 van de 29) groepen risicojongeren gebruikt. In de meeste groepen gaat het hier om een enkeling. In één groep gebruikte een kleine subgroep (tussen de 11% en 25%) van de groepsleden. Ten opzichte van de vorige meting in 2020 zien de jongerenwerkers in 2022-2023 dat er in meer jongerengroepen basecoke wordt gebruikt. De groepen waarin gebruik van basecoke voorkomt bestaan vaak uit gemarginaliseerde jongeren met complexe multiproblematiek.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Jongeren in praktijk- en speciaal onderwijs

Het EXPLORE-onderzoek is een landelijk onderzoek naar het middelengebruik onder jongeren in verschillende kwetsbare groepen. In 2019 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik in het praktijkonderwijs en in cluster 3 en cluster 4 van het voortgezet speciaal onderwijs (vso) onderzocht [2,6]. Het gebruik van amfetamine is in cluster 3 niet onderzocht, maar wel in cluster 4 en het praktijkonderwijs. De gegevens uit cluster 4 en het praktijkonderwijs worden daarnaast vergeleken met het vmbo-b. De gegevens over vmbo-b scholieren komen uit een ander onderzoek. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen deze groepen. Dit geldt ook

voor de vergelijkingen met het reguliere onderwijs in de andere EXPLORE onderzoeken.

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (Justitiële Jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [3]. Aan het onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder studenten van het mbo/hbo.

Jongeren in de jeugdzorg

In 2020 werd in EXPLORE het middelengebruik van jongeren in de residentiële jeugdzorg (RJZ) onderzocht [4]. Het middelengebruik werd gemeten met een vragenlijst. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder leerlingen van het regulier voortgezet onderwijs.

Steekproefkenmerken van de landelijke EXPLORE onderzoeken

Groep	Peiljaar	Leeftijd	Totale steekproef
Praktijkonderwijs	2019	12–16 jaar	1118
	2008	12–16 jaar	916
Cluster 4	2019	12–16 jaar	1032
	2008	12–16 jaar	603
Cluster 3	2019	12–16 jaar	266
Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen	2022	14–24 jaar	110
	2009	13–18 jaar	155
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	2020	12–17 jaar	357
	2008	12–17 jaar	531

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten. Vier jongeren- en straathoekwerkers die meededen aan dit onderzoek gaven aanvullende informatie over het cocaïnegebruik in de jongerengroepen.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet. De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [5]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio's in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
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, 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. 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.

5. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.
6. Rombouts M, Visser D, Onrust S, Tuithof M, Scheffers-van Schayk T, Simon J, et al. Preventie en gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen onder jongeren met een licht verstandelijke beperking in het cluster 3-onderwijs: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek 2019. Trimbos-instituut; 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: 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. Het gebruik van cocaïne ligt in Nederland boven het Europese gemiddelde. In de Nederlandse steden Utrecht, Amsterdam en Eindhoven steeg tussen 2011 en 2023 de cocaïne die werd gevonden in het rioolwateronderzoek met 75-106%.

Snel naar:

- Vragenlijstonderzoek
- Rioolwateranalyses in Europese steden

Gegevensbronnen

Het EMCDDA rapporteert gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in een aantal Europese landen [1]. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [2]. In Canada bestaat er hiervoor de Canadian Alcohol and Drugs Survey (CADS) [3] en in Australië is er het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [4]. De gegevens zijn gebaseerd op vragenlijsten die de door deelnemers zelfstandig zijn ingevuld.

Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Ook kan het zijn dat in landen waar het stigma op drugsgebruik hoog is, respondenten minder geneigd zijn om eerlijk te antwoorden over hun drugsgebruik.

Voor het vergelijken van verschillende landen en regio's richt de NDM zich vooral op de resultaten van vragenlijstonderzoek in de nationale bevolking. In aanvulling hierop wordt gebruikgemaakt van andere gegevensbronnen, zoals rioolwateranalyses van het SCORE onderzoek [5]. Op de website van het EMCDDA kunnen de resultaten van deze analyses voor een groot aantal steden in Europa worden gevolgd.

Rioolwateranalyses geven een beeld van de totale hoeveelheid drugs aangetroffen in het rioolwater in een stad. Hiervoor wordt gedurende één week van het jaar gemeten. Een belangrijk voordeel van deze methode is dat deze niet afhankelijk is van zelfrapportage of de bereidheid van mensen om aan onderzoek deel te nemen. Bij vragenlijstonderzoek leidt dit in het algemeen tot onderrapportage van drugsgebruik. Zo nemen zware en problematische gebruikers vaak niet deel aan dit soort onderzoek. Daarnaast worden pieken en dalen in de week zichtbaar en geven jaarlijkse herhalingen een beeld van trends. Beperkingen van rioolwateranalyses zijn onder andere dat niet kan worden vastgesteld hoeveel gebruikers er zijn en wat hun kenmerken zijn. Zo kan het zijn dat een kleine groep mensen veel gebruikt of een grote groep mensen beperkt gebruikt. Daarnaast kan alleen voor cannabis, cocaïne en ketamine met zekerheid worden vastgesteld dat de gemeten hoeveelheden afkomstig zijn

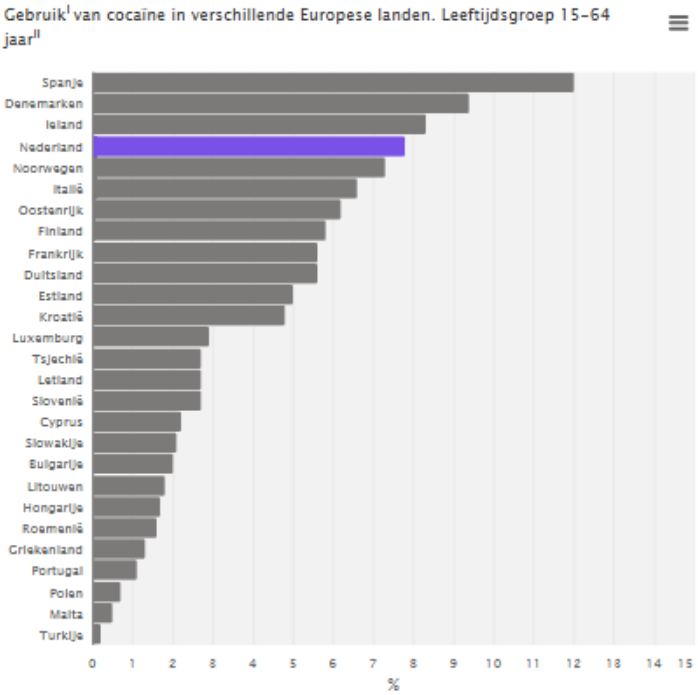
van menselijk gebruik. Bij de andere middelen (MDMA en (meth)amfetamine) wordt alleen de stof zelf gemeten. De gemeten waarden in het rioolwater kunnen afkomstig zijn van gebruikers, maar ook van dumpingen. In 2023 zijn gegevens verzameld in verschillende Europese steden [5]. Er zijn metingen gedaan naar cannabis, cocaïne, ecstasy (MDMA), (meth)amfetamine en ketamine. Voor Nederland zijn vanaf 2011 voor de meeste middelen (trend)gegevens beschikbaar. Deelnemende steden zijn Amsterdam, Eindhoven en Utrecht en vanaf 2023 nemen ook Rotterdam en Leeuwarden deel.

Vragenlijstonderzoek

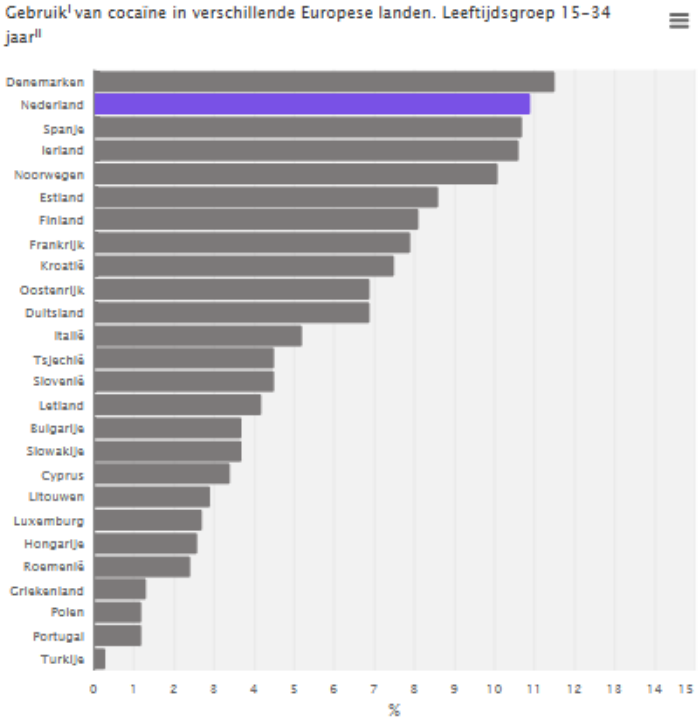
Europa

In de bevolking van 15-64 jaar in Europa varieert het ooitgebruik van cocaïne van 12% in Spanje tot 0,2% in Turkije. Nederland staat met 7,8% op de vierde plaats. Het laatste-jaar-gebruik onder 15-64-jarigen varieert van 3,0% in Nederland tot 0,1% in Turkije. Het Europese gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik onder 15-34-jarigen lag op 2,5%. Het hoogste percentage werd gevonden in Nederland (5,5%) [1]. Een precieze vergelijking tussen deze landen is echter niet goed mogelijk vanwege verschillen in peiljaar, meetmomenten en steekproeven (zie Gegevensbronnen).

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].



I. Ooit: ten minste één keer cocaïne gebruikt ooit in het leven. II. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk, Duitsland, Griekenland en Hongarije: 18–64 jaar; Denemarken, Estland en Noorwegen: 16–64 jaar; Malta: 18–65 jaar. Bron: European Drug Report 2024, EMCDDA



I. Ooit: ten minste één keer cocaïne gebruikt ooit in het leven. II. 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 2024, EMCDDA

Verenigde Staten, Australië en Canada

- Het percentage mensen in de algemene bevolking (18 jaar en ouder) dat in 2022 ervaring heeft met cocaïne is 16,5% (ooitgebruik) in de Verenigde Staten, het laatste-jaar-gebruik is 2,0% en het laatste-maand-gebruik is 0,8% [2].
- In Australië is in 2022-2023 het ooitgebruik onder de algemene bevolking van 14 jaar en ouder 13,5%. Het laatste-jaar-gebruik is 4,5% [4].
- In Canada is in 2019 het ooitgebruik onder de algemene bevolking van 15 jaar en ouder 8,5%,

het laatste-jaar-gebruik is 2,0% [3].

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

Land	Jaar	Leeftijd	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Verenigde Staten	2022	18 en ouder	16,5	2,0	0,8
		12 en ouder	15,0	1,9	0,7
Australië	2022-2023	14 en ouder	13,5	4,5	-
Canada	2019	15 en ouder	8,5	2,0	-

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen de landen. Bronnen: SAMHSA, AIHW, CADS.

Rioolwateranalyses in Europese steden

Voor 2023 rapporteerde het EMCDDA gegevens over cocaïne uit rioolwateranalyses in 90 steden [5]. De hoeveelheid cocaïne werd vastgesteld via de stof benzoylecgonine, het belangrijkste afbraakproduct (metaboliet) van cocaïne. Dit afbraakproduct ontstaat na menselijke consumptie zodat zeker is dat de cocaïne niet op andere manieren in het rioolwater is gekomen (voor meer uitleg, zie Gegevensbronnen).

- Alle 5 deelnemende Nederlandse steden staan in de top 10 van steden met de hoogste dagelijkse load cocaïne. Amsterdam staat daarbij op de 1^{e} plaats van de Nederlandse steden (plaats 3 in de top 10). Ook Belgische en Spaanse steden staan hoog in de top 10, met Antwerpen-Zuid op plaats 1 en Tarragona op plaats 2. Een kanttekening bij de cijfers is dat in een aantal van deze steden veel (drugs)toeristen komen. Een deel van de cocaïneresten in het rioolwater zal van deze groep afkomstig zijn, waardoor het beeld voor sommige steden vertekend kan zijn.
- In Amsterdam en Leeuwarden worden in het weekend hogere loads cocaïne aangetroffen dan op doordeweekse dagen. Dit zou kunnen wijzen op met name recreatief gebruik van het middel in deze steden. In Rotterdam, Eindhoven en Utrecht worden in het algemeen geen grote fluctuaties gevonden in de gemeten loads gedurende de week. Dit is een indicatie dat een deel van de cocaïnegebruikers niet alleen in het weekend maar ook doordeweeks gebruikt.

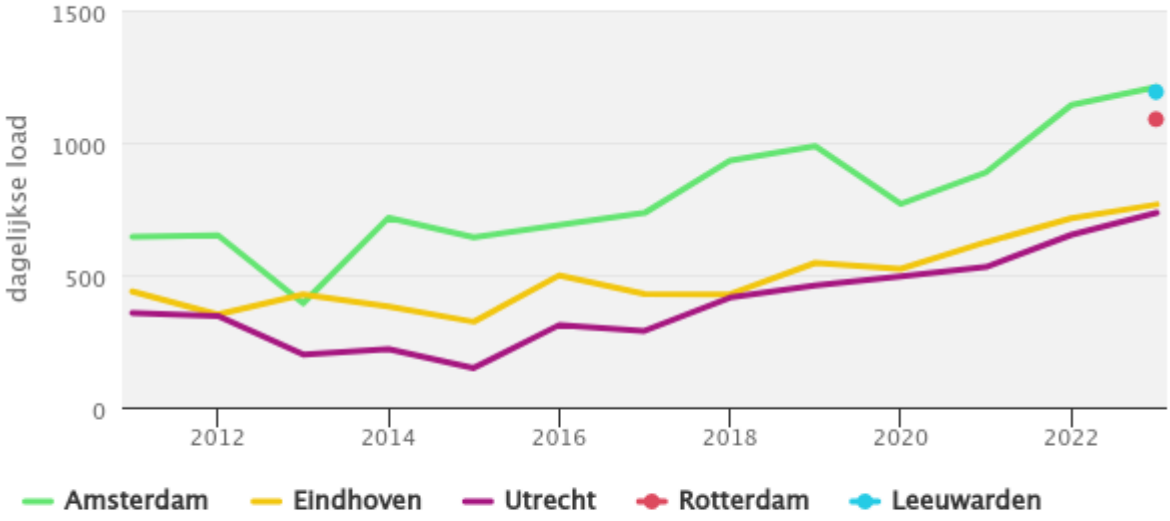
Top 10 van steden met de hoogste dagelijkse load cocaïne[I] (in mg per 1.000 inwoners) van 90 steden waaronder 5 Nederlandse steden

	Land	Stad	Dagelijkse load
1	België	Antwerpen-Zuid	1721,58
2	Spanje	Tarragona	1463,91
3	Nederland	Amsterdam	1209,96
4	Nederland	Leeuwarden	1191,51
5	Nederland	Rotterdam	1088,44
6	Zwitserland	Zürich	1022,61
7	Spanje	Lleida	879,41
8	Zwitserland	Genève	812,89
9	Nederland	Eindhoven	766,11
10	Nederland	Utrecht	734,55

I. De hoeveelheid cocaïne werd vastgesteld via de stof benzoylecgonine, het belangrijkste afbraakproduct (metaboliet) van cocaïne. Dit afbraakproduct ontstaat na menselijke consumptie zodat zeker is dat de cocaïne niet op andere manieren in het rioolwater is gekomen. Bron: SCORE, EMCDDA

- In de periode tussen 2011 en 2023 stegen de gemeten loads in elk van de steden (Amsterdam, Utrecht en Eindhoven). In Utrecht is in 2023 de dagelijkse cocaïne load toegenomen ten opzichte van 2022, maar voor Amsterdam en Eindhoven bleef de gemeten load stabiel. Voor Rotterdam en Leeuwarden is in 2023 voor het eerst gemeten en zijn dus geen trendgegevens beschikbaar.

Trends in de dagelijkse load cocaïne[1] (in mg per 1.000 inwoners) in de 5 deelnemende Nederlandse steden



I. De hoeveelheid cocaïne werd vastgesteld via de stof benzoylecgonine, het belangrijkste afbraakproduct (metaboliet) van cocaïne. Dit afbraakproduct ontstaat na menselijke consumptie zodat zeker is dat de cocaïne niet op andere manieren in het rioolwater is gekomen. Bron: SCORE, EMCDDA

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Amsterdam	Eindhoven	Utrecht	Rotterdam	Leeuwarden
2011	644,1	437,42	356,34		
2012	650,49	349,83	344,77		
2013	393	426,62	199,16		
2014	716,38	380,83	220,2		
2015	641,72	323,04	148,1		
2016		497,87	310,36		
2017	734,04	427,78	288,74		
2018	932,36	426,93	414,6		

	Amsterdam	Eindhoven	Utrecht	Rotterdam	Leeuwarden
2019	986,15	545,42	460,25		
2020	768,64	522,95	493,63		
2021	886,83	623,61	529,55		
2022	1142,43	713,67	651,63		
2023	1209,96	766,11	734,55	1088,44	1191,51

e

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2024: 11 Jun 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/event/2024/06/launch-event-european-drug-report-2024_en
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. 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
4. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2022–2023: Use of illicit drugs: Last updated: 29 Feb 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/national-drug-strategy-household-survey/contents/use-of-illicit-drugs
5. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: 20 March 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

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

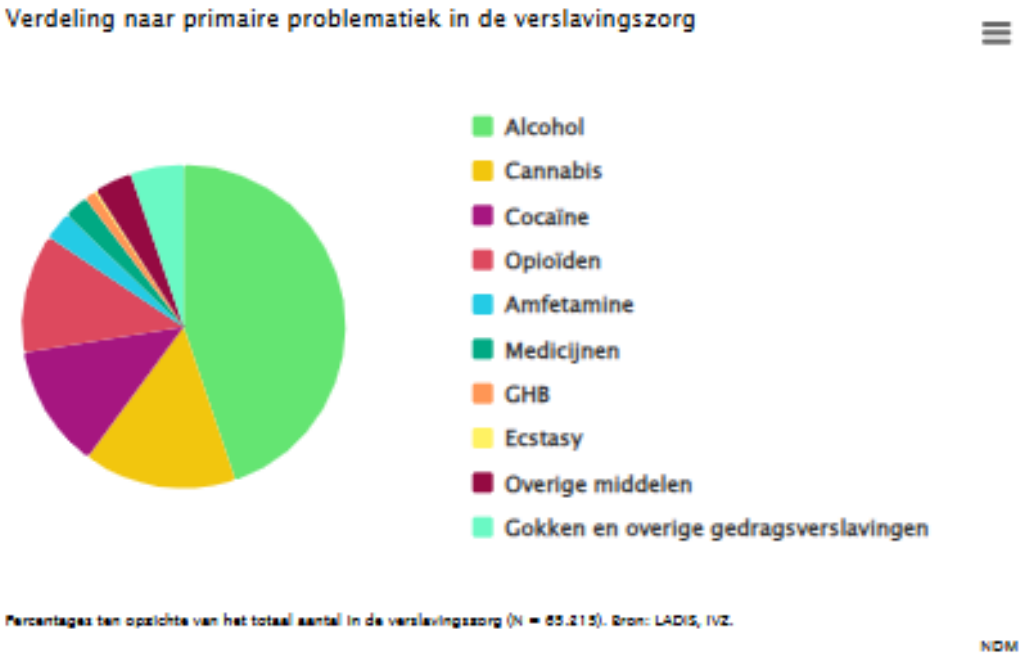
In het kort: In 2023 werden er ongeveer 8.000 mensen behandeld in de verslavingszorg voor cocaïneproblematiek, dat is 25% van alle cliënten in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. De meeste cocaïnecliënten zijn tussen de 25 en 55 jaar oud (82%), man (80%) en eerder behandeld in de verslavingszorg (79%). Cocaïne komt na alcohol het meeste voor als secundaire problematiek. Hoewel het totale aantal cocaïnecliënten tussen 2018 en 2023 steeg, lijkt dit grotendeels verklaard te kunnen worden door het toenemende aantal instellingen dat de laatste jaren gegevens aanleverde en de bevolkingsgroei. Het aandeel oudere cocaïnecliënten lijkt iets toegenomen.

Hoeveel mensen worden behandeld in de verslavingszorg voor cocaïneproblematiek?

In 2023 werden ongeveer 8.000 mensen behandeld in de verslavingszorg voor cocaïneproblematiek

In 2023 werden volgens het LADIS 8.046 mensen behandeld in de verslavingszorg voor cocaïneproblematiek [1]. Dat is 12% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg (incl. gedragsverslavingen en alcohol) en 25% van het totaal aantal mensen in behandeling voor drugsproblematiek in de verslavingszorg. Cocaïne staat op de derde plek als meest voorkomende middel binnen de verslavingszorg. Het gaat hierbij alleen om mensen bij wie de cocaïneproblematiek staat geregistreerd als de enige of de belangrijkste reden voor de behandeling. We noemen dit ook wel ‘primaire’ cocaïnecliënten.

Niet alle verslavingszorg instellingen leveren gegevens aan het LADIS, het genoemde aantal is dus een onderschatting van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg voor cocaïneproblematiek. Volgens een ruwe schatting beslaat het LADIS 70% van de cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek [2].



Grotendeels onbekend om welke vorm van cocaïne het gaat

Bij cocaïneproblematiek kan het zowel gaan om gebruik van snuifcocaïne als basecocaïne (crack). Dit onderscheid kan uit de gegevens van het LADIS momenteel niet goed gemaakt worden, omdat het niet goed geregistreerd wordt. Het snuiven van cocaïne (26%) kwam twee keer zoveel voor als het roken van (base)cocaïne (13%). De gebruikswijze van 60% van de cocaïnecliënten was echter onbekend.

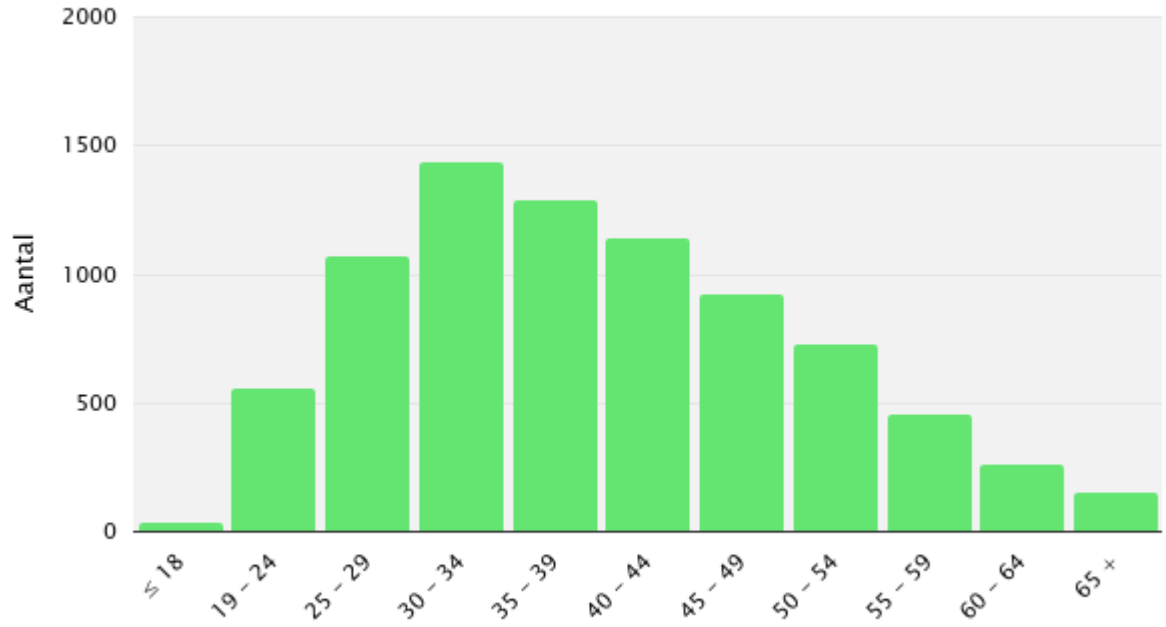
Vijf keer zoveel mannen als vrouwen worden behandeld voor cocaïneproblematiek

In 2023 was het grootste deel van de cliënten in behandeling in de verslavingszorg voor cocaïneproblematiek man (83%), ongeveer één op de zes was vrouw (17%). In de algemene bevolking gebruiken mannen ook vaker cocaïne dan vrouwen, hoewel het verschil minder groot is (zie: Gebruik: Volwassenen). Het aandeel mannen is voor cocaïneproblematiek hoger dan voor andere middelen.

De meeste cocaïnecliënten zijn tussen de 25 en 55 jaar oud

In 2023 was de gemiddelde leeftijd van de cliënten in behandeling voor cocaïneproblematiek 40 jaar. Vergeleken met andere stimulerende drugs zoals ecstasy (28) en amfetamine (34) is dit relatief oud. Veruit de meeste cocaïnecliënten (82%) waren tussen de 25 en 55 jaar oud. Iets meer dan één op de vijftien (7%) van de cocaïnecliënten was onder de 25 jaar.

Leeftijdsverdeling van de primaire cocaïnecliënten in de verslavingszorg. Peiljaar 2023.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Leeftijd	Aantal	Percentages
≤ 18	34	0,4

Leeftijd	Aantal	Percentages
19 - 24	554	6,9
25 - 29	1065	13,2
30 - 34	1429	17,8
35 - 39	1283	15,9
40 - 44	1137	14,1
45 - 49	922	11,5
50 - 54	724	9,0
55 - 59	454	5,6
60 - 64	257	3,2
65 +	146	1,8

Vier op de vijf cocaïnecliënten zijn al eerder behandeld in de verslavingszorg

In 2023 was een vijfde van de primaire cocaïnecliënten (21%) voor het eerst in behandeling in de verslavingszorg. Het merendeel van de cliënten (79%) werd al eens eerder behandeld in de verslavingszorg.

Meer dan de helft van de cocaïnecliënten heeft ook andere middelenproblematiek

In 2023 had 62% van de primaire cocaïnecliënten ook nog andere verslavingsproblematiek. We noemen dit ook wel secundaire problematiek. Onder primaire cocaïnecliënten is alcohol de meest

voorkomende secundaire problematiek (19% van alle primaire cocaïnecliënten), gevolgd door cocaïne (18%) en cannabis (8%). Cocaïne kan bij sommige personen zowel het primaire als secundaire probleem zijn, omdat het om zowel snuifcocaïne als basecocaïne (crack) kan gaan. Vanwege beperkingen in de registratie kan er op basis van deze gegevens niet goed onderscheid gemaakt worden tussen deze twee varianten van cocaïne.

Mogelijk hebben de cocaïnecliënten in de verslavingszorg ook nog andere psychische problemen dan verslaving. Het LADIS verzamelt hier echter niet systematisch gegevens over.

Cocaïne komt na alcohol het meest voor als secundaire problematiek

Cocaïne kan ook voorkomen als secundaire problematiek bij cliënten die voor andere verslavingsproblematiek in behandeling zijn. In totaal ging het in 2023 om 7.193 secundaire cocaïnecliënten. Cocaïne komt na alcohol het meest voor als secundaire problematiek. Voor cliënten met cocaïne als secundaire problematiek was het meest voorkomende primaire middel alcohol (39%), daarna volgden opioïden (21%) en cocaïne (21%).

Cocaïne kan bij sommige personen zowel het primaire als secundaire probleem zijn, omdat het om zowel snuifcocaïne als basecocaïne (crack) kan gaan. Vanwege beperkingen in de registratie kan er op basis van deze gegevens niet goed onderscheid gemaakt worden tussen deze twee varianten van cocaïne.

Is het aantal mensen dat wordt behandeld in de verslavingszorg voor cocaïneproblematiek veranderd?

Toename in cocaïnecliënten verklaard door toegenomen aantal instellingen dat gegevens aanlevert

Tussen 2018 en 2023 is het aantal cliënten in behandeling voor primaire cocaïneproblematiek gestegen, van 7.314 naar 8.046 cliënten. Deze stijging vond vooral plaats tussen 2021 en 2023. Deze stijging is voornamelijk te verklaren door het toegenomen aantal instellingen dat gegevens aanlevert. In de loop van de jaren zijn er steeds meer instellingen bijgekomen die gegevens aanleveren aan het LADIS. Als we alleen kijken naar de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd (de constante instellingen), dan blijft het aantal primaire cocaïnecliënten ongeveer stabiel tussen 2018 en 2023.

Tussen 2018 en 2023 is de bevolking van Nederland gegroeid. Om hier rekening mee te houden is ook gekeken naar het aantal cliënten per 100.000 inwoners. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder bleef het aantal primaire cocaïnecliënten ongeveer stabiel tussen 2018 (51) en 2023 (48). Voor deze berekeningen zijn de gegevens van de constante instellingen meegenomen.

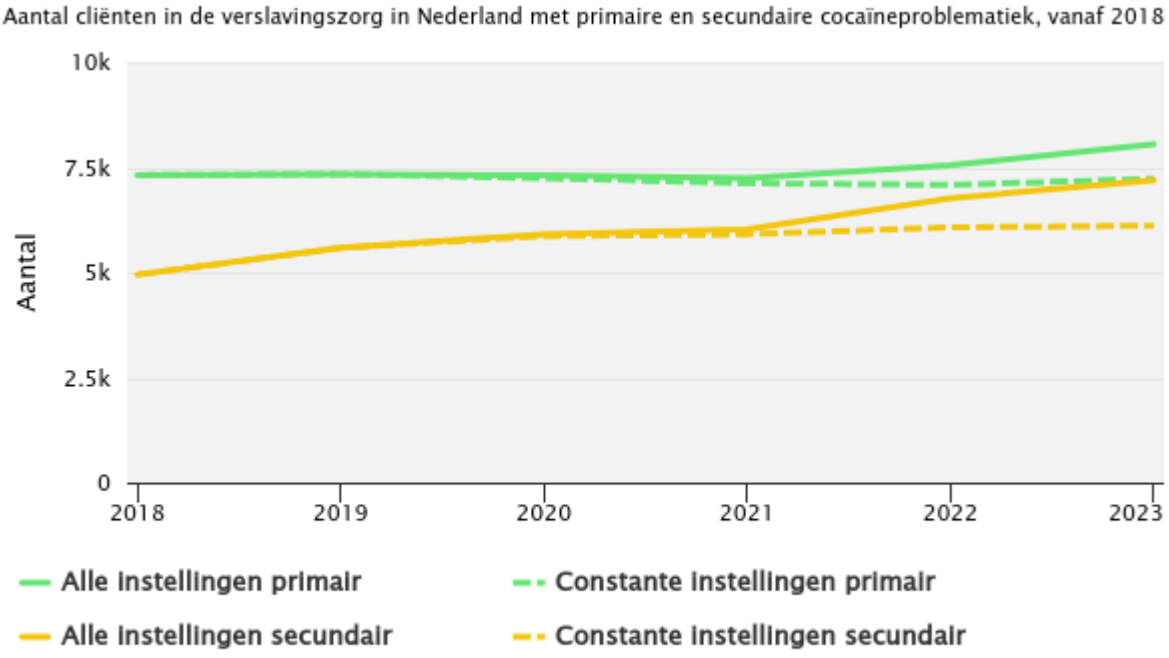
Mogelijk komt deze stabiele trend door een beperkte capaciteit in de verslavingszorg [1,3]. De wachtlijsten in de verslavingszorg zijn de laatste jaren toegenomen, maar er is nog geen goed zicht op het aantal mensen dat in behandeling wil voor cocaïneproblematiek [4].

Het aandeel cocaïnecliënten in de verslavingszorg is in de periode 2018-2023 stabiel

Het aandeel cliënten met primaire cocaïneproblematiek onder alle cliënten in de verslavingszorg vanwege drugs bleef gelijk in de periode 2018-2023. In beide jaren was het percentage 25%. Voor deze berekeningen zijn de gegevens van alle deelnemende instellingen meegenomen.

Het aantal secundaire cocaïnecliënten nam in de periode 2018-2023 toe

Het aantal cliënten bij wie cocaïneproblematiek speelde als secundaire problematiek is in de periode 2018-2023 toegenomen, van 4.947 naar 7.193 cliënten. Ook wanneer er alleen gekeken wordt naar het constante aantal instellingen, steeg het aantal cliënten met secundaire cocaïneproblematiek, van 4.946 naar 6.109 cliënten.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Jaartal	Alle instellingen primair	Constante instellingen primair	Alle instellingen secundair	Constante instellingen secundair
2018	7314	7314	4947	4946
2019	7337	7337	5583	5583

Jaartal	Alle instellingen primair	Constante instellingen primair	Alle instellingen secundair	Constante instellingen secundair
2020	7307	7242	5909	5862
2021	7241	7119	6021	5906
2022	7551	7080	6758	6070
2023	8046	7227	7193	6109

Aandeel oudere cocaïnecliënten lijkt iets toegenomen

Hoewel de verdeling van leeftijdsgroepen in de periode 2018-2023 grotendeels hetzelfde bleef, verdubbelde het aandeel cliënten boven de 65 jaar oud van 1% (71 cliënten) naar 2% (146 cliënten). Ook wanneer er alleen gekeken wordt naar het constante aantal instellingen, verdubbelde het aandeel cocaïnecliënten boven de 65 jaar oud. De gemiddelde leeftijd van de cocaïnecliënten nam licht toe van 39 naar 40 jaar.

Het aandeel mannen onder cliënten met primaire cocaïne problematiek is tussen 2018 en 2023 niet veranderd en lag steeds tussen de 82% en 83%.

Hoe behandelt de verslavingszorg mensen met cocaïneproblematiek?

De verslavingszorg is onderdeel van de gezondheidszorg. De verslavingszorg helpt mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere gedragsverslaving. De behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne is gebaseerd op de ‘Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines’ [5].

De richtlijn adviseert bij cocaïneverslaving eerst een behandeling met Contingency Management, waarbij beloningen, zoals tegoedbonnen, worden gegeven voor het niet gebruiken van cocaïne. Dit is de meest effectieve behandeling gebleken [6]. Als Contingency Management niet beschikbaar is,

wordt cognitieve gedragstherapie aanbevolen. Als iemand onvoldoende baat heeft bij bij cognitieve gedragstherapie, kan de Community Reinforcement Approach (CRA) worden geprobeerd. CRA is behandelmethode die verschillende gedragstherapeutische en systeemtherapeutische technieken combineert [7]. Er zijn (nog) geen medicijnen voor de behandeling van cocaïneontwenning of cocaïneverslaving [5].

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het LADIS

De gegevens over het aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor cocaïneproblematiek zijn afkomstig van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Verslavingszorginstellingen leveren gepseudonimiseerde gegevens over hun cliënten aan het LADIS. Tussen 2015 en 2022 konden er geen nieuwe gegevens worden verzameld in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag geregeld voor het aanleveren van deze gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Vanaf 2023 zijn er weer verschillende rapportages van het LADIS verschenen [1]. Gegevens van voor 2018 worden momenteel niet gerapporteerd, omdat deze oudere gegevens opnieuw zijn opgevraagd bij de instellingen en eventuele verschillen met de oude gegevens nog niet onderzocht zijn.

Gegevens over het aantal cliënten in behandeling kunnen informatie geven over (trends in) de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn voor trends in problematisch gebruik. Echter zoekt maar een deel van de probleemgebruikers van cocaïne hulp bij de verslavingszorg. Onderzoek laat zien dat mensen die professionele hulp zoeken vaak ernstigere problemen hebben dan mensen die dit (nog) niet doen. Ook hebben ze vaker last van andere bijkomende psychische problemen [8].

Beperkingen van het LADIS

Er zijn een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg. (Nog) niet alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het LADIS. De afgelopen jaren zijn er wel steeds meer instellingen bijgekomen. Omdat dit de trends kan beïnvloeden rapporteert het LADIS zowel de trends van alle deelnemende instellingen als uitsluitend van de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd. Mogelijk bereiken de instellingen die nog geen gegevens aanleveren een andere doelgroep dan de instellingen die wel gegevens aanleveren.

Bij sommige van de deelnemende instellingen is er sprake van onderregistratie. Ook leveren niet alle instellingen de gegevens over het type middel even specifiek aan. Zo gebruiken sommige instellingen nog verzamelcategorieën, zoals “opiaten” of “overige middelen”. Gegevens over specifieke middelen kunnen dus ‘verborgen’ zijn in deze verzamelcategorieën. Daarnaast kunnen mensen ook buiten de verslavingszorg hulp krijgen, bijvoorbeeld bij de reguliere GGZ, in de huisartsenpraktijk, bij vrijgevestigde psychologen of via anonieme eHealth. Tot slot lijkt er sprake van slechts een beperkte capaciteit in de verslavingszorg, zo is er in de afspraken met verzekeraars sprake van een behandelplafond. Wanneer het behandelplafond voortijdig wordt bereikt kunnen behandelingen niet meer worden gedeclareerd. Ook is er in de verslavingszorg een tekort aan personeel.

Er staan ook nog mensen met een hulpvraag op het gebied van middelenproblematiek op een wachtlijst voor hulp in de verslavingszorg. Hoeveel mensen dit precies zijn is niet bekend. De gemiddelde totale wachttijd (vanaf aanmelding tot start behandeling) voor een behandeling voor de diagnosegroep “Middelgerelateerd en verslaving” was volgens de NZA 15 weken in december 2023 [4].

Bronnen

1. Wisselink DJ, Van der Slink JB, Kerssies JP. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2018 – 2023. 2024. p. 1–85.
2. Vektis.nl. Factsheet GGZ [Internet]. Gepubliceerd op: 30-05-2024. Available from: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024
3. Schellekens AFA. Aandacht voor verslaving: Jaarverslag 2023. Den Haag: Nationaal Rapporteur Verslavingen, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2024.
4. Zorgautoriteit N. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/
5. 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. 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.
7. 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.
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.

4.6.2 Algemene ziekenhuizen

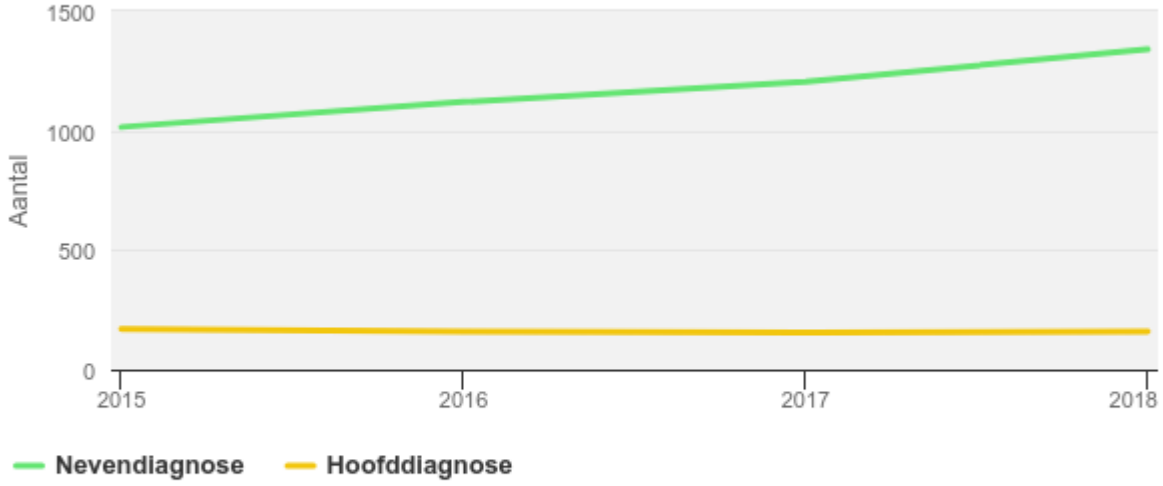
Gegevensbronnen

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).

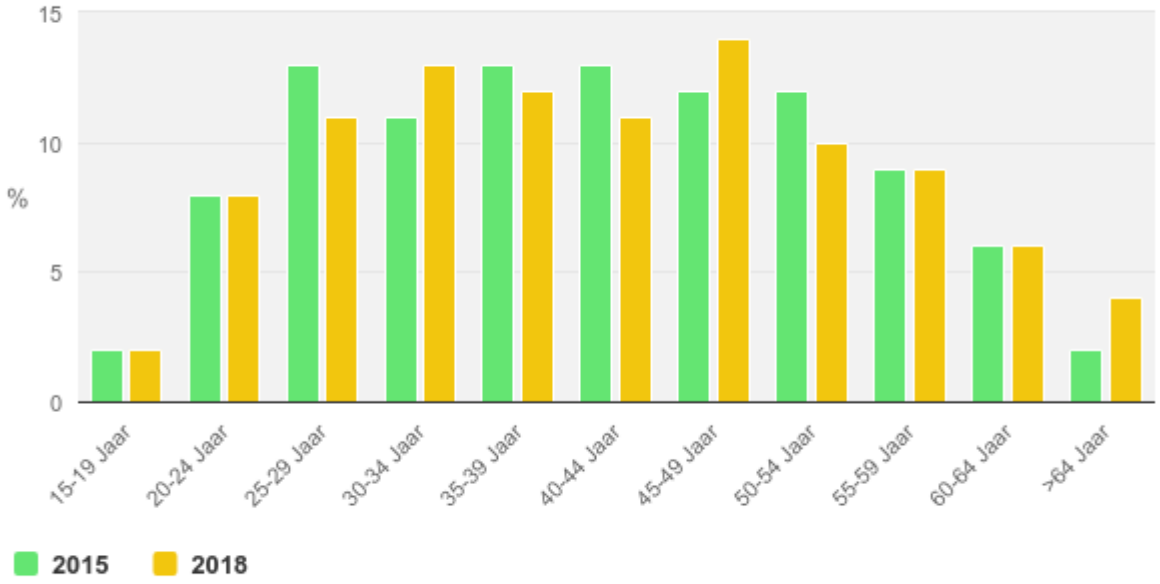
NDM

	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 Jaar	6	6
>64 Jaar	2	4

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

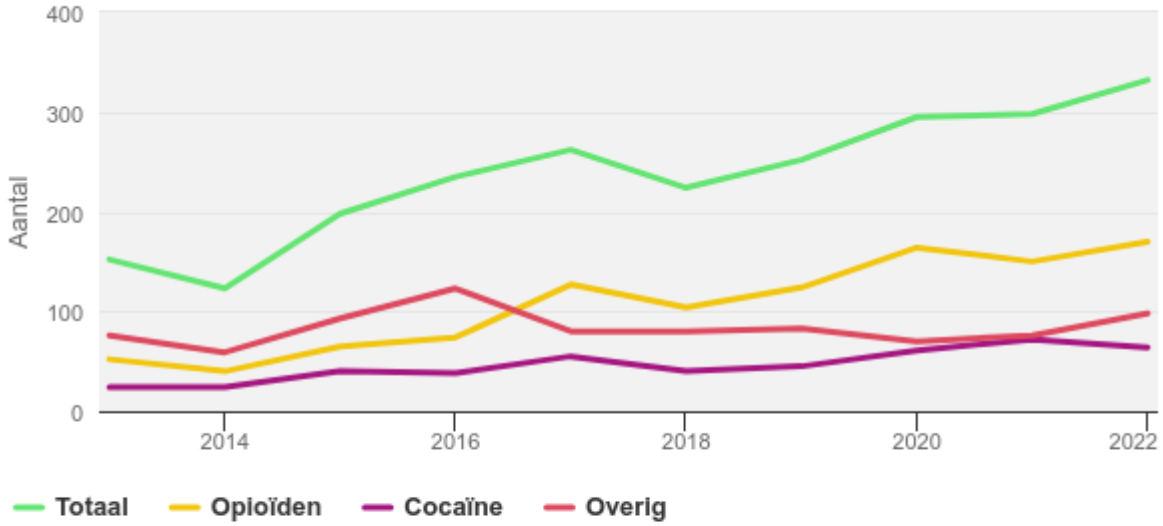
Gegevensbronnen

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



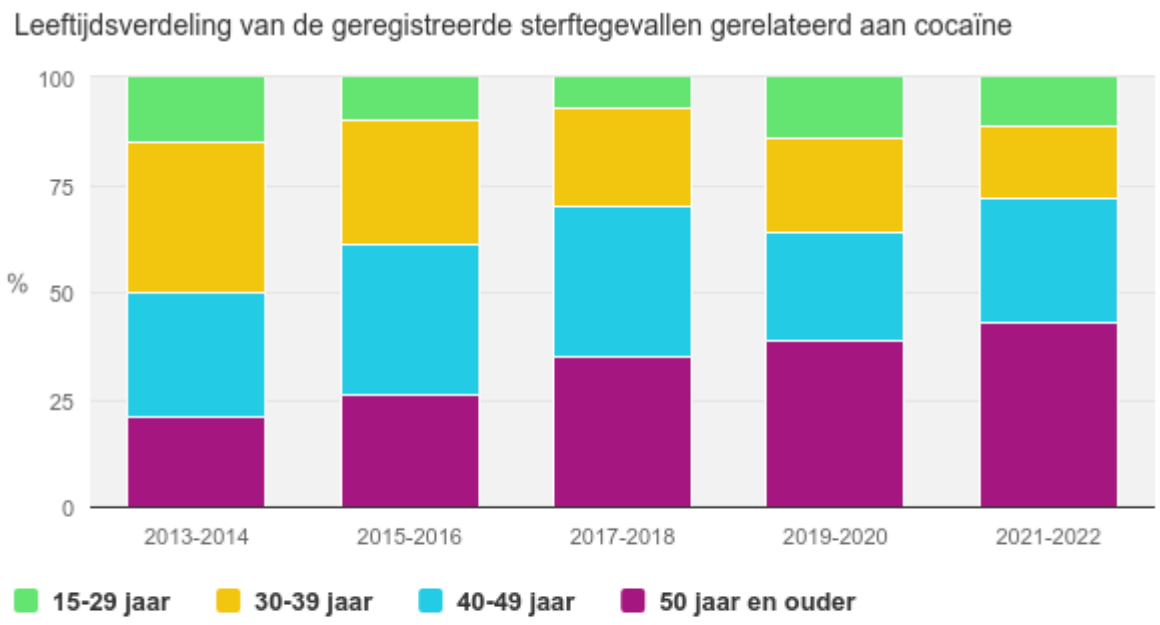
Aantal geregistreerde sterfgevallen, volgens ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X41*, X42*, X44*, X61*, X62*, X64*, Y11*, Y12*, Y14* (*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes - Nationale Drug Monitor Bron: Doodsoorzakenstatistiek,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

Wat is de samenstelling van de cocaïne die wordt verkocht op de Nederlandse drugsmarkt?

In het kort: Van alle drugsmonsters die in 2023 waren ingeleverd bij de testlocaties, was één op de twintig verkocht als cocaïne. Dit is vergelijkbaar met 2022. Meer dan negen op de tien cocaïnemonsters bevatten ook echt cocaïne. Er komen steeds minder vervuilingen in cocaïne voor. In 2023 bevatte driekwart van alle als cocaïne verkochte drugsmonsters alleen cocaïne. Levamisol (een ontwormingsmiddel) is nog steeds het meest voorkomende versnijdingsmiddel.

Eén op de twintig ingeleverde drugsmonsters is verkocht als cocaïne

In 2023 werden 988 drugsmonsters ingeleverd die zijn verkocht als cocaïne. Dit is 5,2% van het totaal aantal drugsmonsters (19.109) dat werd ingeleverd bij de testlocaties. Daarmee ligt het aandeel cocaïnemonsters ongeveer op hetzelfde niveau als in 2022 (5,1%). In de afgelopen tien jaar lijkt het aandeel ingeleverde cocaïnemonsters wat af te nemen [1]. Volgens het DIMS kan deze daling een indicatie zijn dat de populariteit van cocaïne wat afneemt. Maar cocaïnemonsters hebben ook een relatief grote kans om tijdens drukte niet geanalyseerd te worden. Dit kwam in 2023 ook voor. De monsters werden verkocht als cocaïne, maar dat betekent niet dat ze ook allemaal echt cocaïne bevatten.

Meer dan negen op de tien cocaïnemonsters bevatten echt cocaïne

In 2023 bevatte het overgrote deel (94,3%) van de als cocaïne verkochte drugsmonsters ook echt cocaïne. Dit percentage is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Het percentage schommelde de afgelopen tien jaar tussen de 97,1% (in 2016 en 2017) en 93,3% (in 2022).

Cocaïnemonsters in Nederland bevatten gemiddeld 72% cocaïne

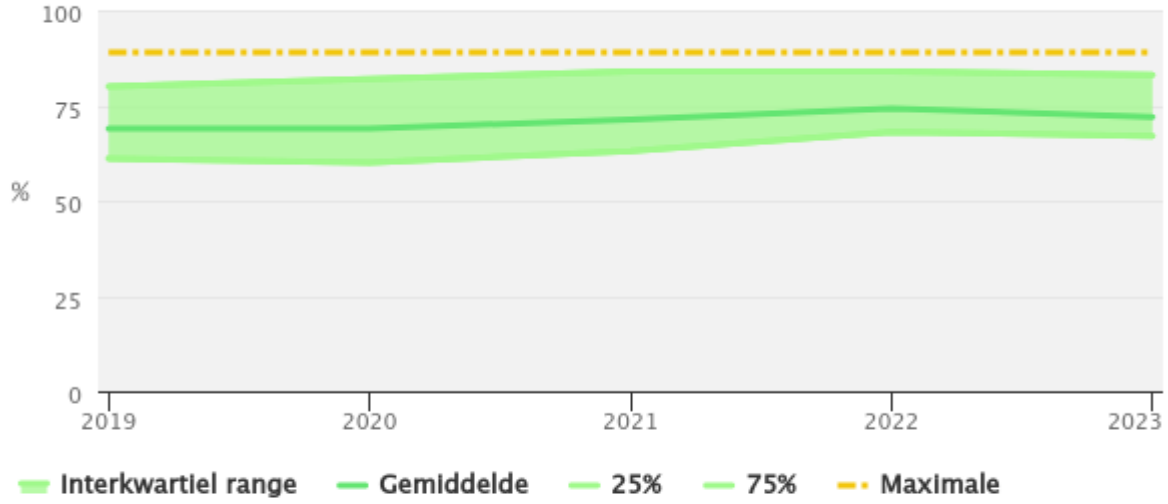
In 2023 hadden cocaïnemonsters die bij testlocaties werden ingeleverd een gemiddeld cocaïnegehalte van 72,0%. De helft van alle ingeleverde cocaïne-monsters had een cocaïnegehalte tussen de 67% en 83%. Het theoretisch maximaal haalbare cocaïnegehalte in cocaïne-monsters is 89%. Dit is omdat cocaïne-poeder in zoutvorm wordt gebruikt, maar het DIMS uitslagen in de base-vorm rapporteert [1].

Cocaïnegehalte neemt op lange termijn toe

Het gemiddelde cocaïnegehalte in cocaïnemonsters in Nederland was in 2023 (72,0%) iets lager dan in 2022 (74,2%). In de afgelopen vijf jaar lijkt het gemiddelde cocaïne-gehalte licht te stijgen van 69,0% in 2019 naar 74,3% in 2022. In 2014 was het gemiddelde cocaïnegehalte in cocaïnemonsters nog 59,2% (niet in de figuur, zie jaarrapport DIMS).

Ook in de rest van Europa neemt het cocaïnegehalte in cocaïnemonsters toe. In 2022 lagen in de helft van de Europese landen de gemiddelde percentages tussen 64% en 76% [2].

Trend in het gemiddelde cocaïnegehalte in ingeleverde cocaïnemonsters, vanaf 2019



Gemiddelde gehalte cocaïne in cocaïnemonsters die ook echt cocaïne bevatten in percentages. De percentages zijn gebaseerd op de base-vorm. Omdat cocaïne in zoutvorm (sulfaat) voorkomt, is het maximale gehalte cocaïne 89%. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Gemiddelde	25%	75%	Maximale
2019	68,95076	61	80	89
2020	68,94591	60	82	89
2021	71,30647	63	84	89
2022	74,24965	68	84	89
2023	72,02174	67	83	89

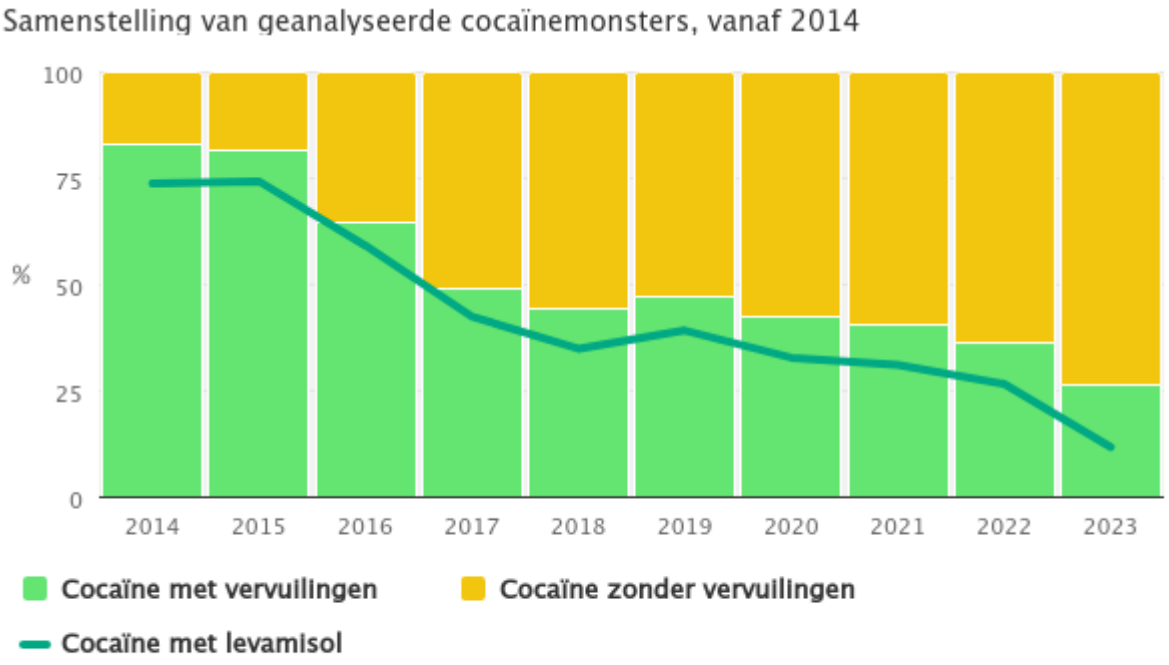
Cocaïne wordt steeds minder vaak versneden met andere stoffen

De bij de testlocaties ingeleverde cocaïnemonsters bevatten steeds minder vaak andere stoffen dan cocaïne. In 2023 bestond bijna driekwart van de cocaïnemonsters waarin ook echt cocaïne zat (73,6%) uit alléén cocaïne. Ter vergelijking, in 2022 bevatte 64,1% van alle cocaïnemonsters alléén cocaïne, zonder vervuilingen. In 2014 was slechts 17,1% van alle cocaïnemonsters vrij van vervuilingen. Vergeleken met andere middelen zoals ecstasy of ketamine wordt cocaïne nog wel relatief vaak versneden met andere stoffen.

Cocaïne wordt nog steeds het vaakst versneden met levamisol

Als cocaïne met een andere stof is versneden, dan gaat het meestal om levamisol. Levamisol is een ontwormingsmiddel voor dieren. Wanneer iemand veel of vaak levamisol binnenkrijgt, kan dat gevaarlijk zijn (zie ook: Ziekte en sterfte/4.7.1). In 2023 bevatte 11,6% van de cocaïnemonsters waarin echt cocaïne zat ook levamisol. Het aandeel cocaïnemonsters met levamisol neemt over de jaren af. Ter vergelijking, in 2022 bevatte 26,4% van de cocaïnemonsters nog levamisol. In 2014 ging het om 73,6%.

In 2023 bestonden cocaïnemonsters waarin ook levamisol zat gemiddeld voor 14,0% uit levamisol. Dit is het hoogste percentage in de afgelopen tien jaar. Tussen 2014 en 2022 lag het percentage levamisol rond de 10%. Cocaïne met meer dan 10% levamisol brengt een grotere kans op gezondheidsrisico's met zich mee.



Percentages van de gevonden samenstellingen in bij het DIMS ingeleverde cocaïnemonsters waarin ook echt cocaïne is aangetroffen. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Cocaïne met vervuilingen	Cocaïne zonder vervuilingen	Cocaïne met levamisol
2014	82,94	17,06	73,6
2015	81,16	18,84	74,1
2016	64,51	35,49	59,0
2017	49,01	50,99	42,3
2018	44,25	55,75	34,7
2019	46,82	53,18	39,0
2020	42,14	57,86	32,6
2021	40,55	59,45	30,9
2022	35,89	64,11	26,4
2023	26,38	73,62	11,6

Andere stoffen dan levamisol worden weinig aangetroffen in cocaïne-monsters

Wanneer cocaïne versneden is met een ander middel dan levamisol, dan gaat het meestal om procaïne, fenacetine of cafeïne. Respectievelijk 4,2%, 3,8% en 2,7% van de cocaïnemonsters waarin echt cocaïne zat, bevatte ook deze stoffen. Er zijn geen gegevens bekend over de concentratie van deze stoffen in deze cocaïnemonsters.

In iets meer dan één op de twintig (5,7%) van de als cocaïne verkochte drugsmonsters zat geen cocaïne. In deze drugsmonsters werd het vaakst ketamine (14,6%, 6 keer), cafeïne (12,2%, 5 keer) of MDMA (9,8%, 4 keer) gevonden. Waarschijnlijk gaat het hier om vergissingen van de verkoper. Er lijkt geen duidelijke vervangende stof te zijn die in plaats van cocaïne wordt verkocht.

Crack-cocaïne (basecoke) wordt nauwelijks ingeleverd bij testlocaties

In 2023 werden in totaal 18 monsters ingeleverd die waren verkocht als crack-cocaïne (basecoke). Dit is minder dan 0,1% van het totaal ingeleverde aantal drugsmonsters (19.910) bij het DIMS. Vanwege deze lage aantallen zijn er geen betrouwbare gegevens beschikbaar over de samenstelling van basecoke.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van drugstestlocaties. Het DIMS-netwerk bestaat uit 12 instellingen voor verslavingszorg en Stichting Mainline en wordt gecoördineerd vanuit het Trimbos-instituut. Het doel van het DIMS is het inzicht krijgen in de markt van illegale drugs. Consumenten kunnen anoniem hun drugs laten testen bij 32 testlocaties verspreid over heel Nederland. Het DIMS onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in deze ingeleverde drugsmonsters [1]. Hiervoor worden verschillende analysemethoden gebruikt. Welke analysemethoden worden gebruikt hangt onder andere af van de vorm van het drugsmonster en de samenstelling. De meeste analyses worden gedaan in een extern laboratorium met GC-MS (gaschromatografie-massaspectrometrie) en LC-DAD (vloeistofchromatografie). Bepaalde poedermonsters en GHB kunnen soms ook direct op een aantal testlocaties of bij het DIMS-hoofdkantoor geanalyseerd worden met behulp van een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Een deel van de monsters in pil-vorm wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend.

Voorlichting en waarschuwingsfunctie

De testlocaties hebben een belangrijke voorlichtingsfunctie. Consumenten die drugs laten testen krijgen informatie over de effecten en risico’s van de ingeleverde drugs. Als er drugs in omloop zijn die een extra risico met zich meebrengen waarschuwt het DIMS landelijk, regionaal of lokaal, of via sociale media.

Meer informatie over het testen van drugs is te vinden op de website van het DIMS.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [2].

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
2. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug:

Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

4.8.2 Prijs

Wat kost de cocaïne die verkocht wordt in Nederland?

In het kort: De prijs van een gram cocaïne in Nederland is al jaren stabiel en was in 2023 gemiddeld €51,65.

Cocaïne kost in Nederland gemiddeld ongeveer 52 euro per gram

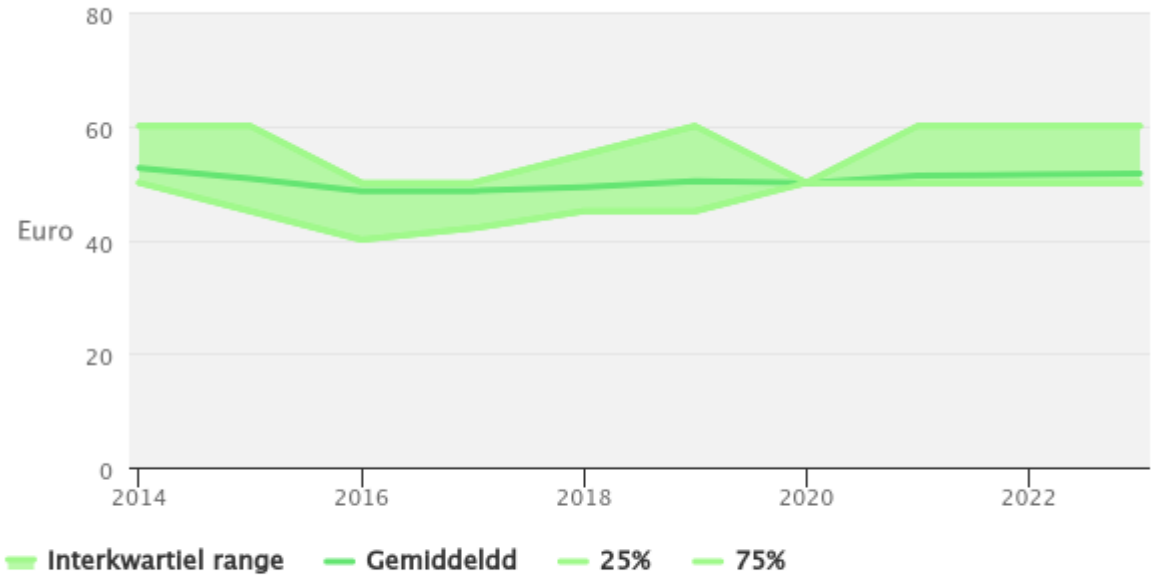
Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen, betaalden in 2023 gemiddeld €51,65 per gram cocaïne [1]. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Sinds 2008 schommelt de gemiddelde prijs van cocaïnepoeders in Nederland rond de 50 euro per gram. De prijs voor een gram cocaïne is in verhouding tot andere drugs behoorlijk hoog. 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].

Cocaïne is in Nederland relatief goedkoop vergeleken met de rest van Europa. In de helft van de Europese landen kost een gram cocaïne gemiddeld tussen de 62 en 85 euro [5].

Duurdere varianten van cocaïne in opkomst

Hoewel de gemiddelde prijs van cocaïne redelijk stabiel is, zijn er signalen dat er duurdere varianten op de markt verschijnen [6]. Er wordt in de marketing van cocaïne in menu’s verspreid via berichten apps bijvoorbeeld onderscheid gemaakt tussen het land van oorsprong. Zo kan men kiezen voor Peruaanse of Boliviaanse cocaïne waar verschillende eigenschappen worden toegeschreven, deze vormen van cocaïne worden vaak wat duurder in de markt gezet dan ‘gewone’ cocaïne. Deze kenmerken lijken niet op waarheid te berusten, de meeste cocaïne komt nog steeds uit Colombia.

Gemiddelde prijs van cocaïne op consumenteniveau, vanaf 2014



Gemiddelde prijs in euro per gram cocaïne. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Gemiddeldd	25%	75%
2014	52,62	50	60
2015	50,75	45	60
2016	48,56	40	50
2017	48,59	42	50
2018	49,23	45	55
2019	50,27	45	60
2020	50	50	50
2021	51,29	50	60

	Gemiddeldd	25%	75%
2022	51,43	50	60
2023	51,65	50	60

Geen landelijke gegevens beschikbaar over prijs van crack-cocaïne (basecoke)

Over de prijs van crack-cocaïne (basecoke) zijn geen landelijke cijfers beschikbaar. De reden hiervoor is dat het middel te weinig op testlocaties wordt ingeleverd om tot betrouwbare gegevens te komen. Op lokaal niveau zijn wel gegevens beschikbaar. De gemiddelde prijs voor 1,4 gram crack-cocaïne was in Amsterdam in 2023 ongeveer €100 [6].

Er zijn ook justitiële gegevens bekend over de cocaïnemarkt in Nederland

Lees meer informatie over:
- Handel en Smokkel van cocaïne
- Inbeslagnames van cocaïne
- Productielocaties van cocaïne

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoring van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd [1]. 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.

Gegevens over de prijs van basecoke (crack) komen uit Antenne Amsterdam [6]. In dit onderzoek worden gegevens over actuele prijzen van drugs verzameld door interviews met uitgaanders en uit menulijsten van bezorgdiensten.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [5].

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
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. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en
6. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2023: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024.

Amfetamine

Laatste feiten en trends

Volwassenen
Amfetaminegebruik in het laatste jaar (2023)



1,3%

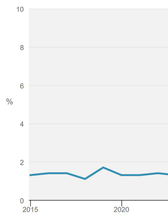


1,0%



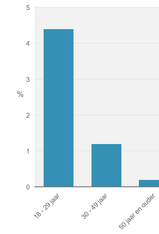
1,6%

Trend in amfetaminegebruik onder volwassenen



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

Amfetaminegebruik onder volwassenen, naar leeftijdsgroep



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2023.

- In 2023 had één op de twintig volwassenen ooit amfetamine gebruikt, 1,3% gebruikte amfetamine in het laatste jaar en 0,5% in de laatste maand. Het gebruik van amfetamine komt het meest voor onder mannen, jongvolwassenen, hoogopgeleiden en volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.
- In 2023 is het amfetaminegebruik in het laatste jaar onder volwassenen niet veranderd vergeleken met 2022. Ook in vergelijking met de eerste meting in 2015 is het gebruik in het laatste jaar in 2023 onveranderd.
- 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
12-16 jaar
laatste jaar (2023)



0,8%

Studenten
≥16 jaar
laatste jaar (2023)



2,2% (mbo)
4% (hbo & wo)

Uitgaanders
16-35 jaar
laatste jaar (2023)

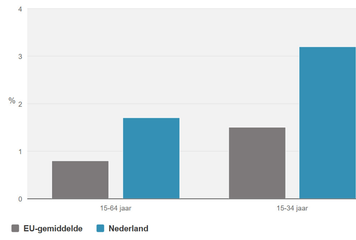


20,5%

- In 2023 had 1,1% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit amfetamine gebruikt, 0,8% gebruikte in het laatste jaar amfetamine.
- Het ooitgebruik van amfetamine onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) is in 2023 lager dan in 2003.
- In 2023 gebruikte ongeveer één op de vijftig (2,2%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder amfetamine in het laatste jaar en één op de vijfentwintig (4%) hbo- en universiteitsstudenten. Het amfetaminegebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 gedaald.
- Amfetamine wordt door minder uitgaanders gebruikt dan andere stimulerende middelen zoals ecstasy, 3-MMC en cocaïne.
- Jongeren in de jeugdzorg en jeugddetentie lijken meer ervaring te hebben met amfetaminegebruik dan hun leeftijdsgenoten in het regulier onderwijs.

Internationale vergelijking

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

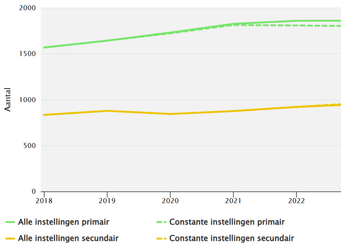


Bronnen: European Drug Report 2023, EMCDDA en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2021.

- Het gebruik van amfetamine onder volwassenen in Nederland ligt boven het Europese gemiddelde. Nederland staat zowel bij jongvolwassenen (15-34 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.
- Het gebruik van amfetamine en methamfetamine onder de Nederlandse scholieren (15 en 16 jaar) ligt ongeveer op het Europese gemiddelde.

Hulpvraag en incidenten

Aantal cliënten in de verslavingszorg in Nederland met primaire en secundaire amfetamineproblematiek, vanaf 2018

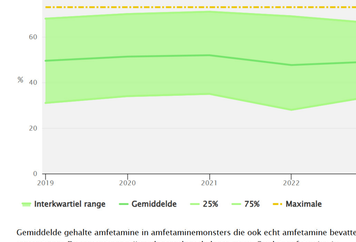


Bron: LADIS, stichting IVZ.

- In 2023 werden bijna 2.000 mensen behandeld in de verslavingszorg voor primaire amfetamineproblematiek, dat is 6% van het totale aantal mensen in behadeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Het aantal cliënten met primaire en secundaire amfetamineproblematiek is in de periode 2018-2023 gestegen, maar het aandeel amfetaminecliënten in de verslavingszorg (ten opzichte van andere middelen) bleef ongeveer gelijk.
- 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

Trend in het gemiddelde amfetaminegehalte in ingeleverde amfetaminemonsters, vanaf 2019



Gemiddelde gehalte amfetamine in amfetaminemonsters die ook echt amfetamine bevatten in percentages. De percentages zijn gebaseerd op de base-vorm. Omdat amfetamine in zoutvorm (sulfaat) voorkomt, is het maximale gehalte amfetamine 73%. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- Van alle drugsmonsters die in 2023 waren ingeleverd bij de testlocaties, was één op de twintig verkocht als amfetamine. Dit is vergelijkbaar met 2022. Negen op de tien ingeleverde amfetaminemonsters bevatten ook echt amfetamine. Amfetamine wordt het vaakst versneden met cafeïne. Amfetamine die met cafeïne is versneden bevat vaak een groot aandeel cafeïne.
- De prijs van een gram amfetamine in Nederland was in 2023 gemiddeld €9,30. Dit is een stijging ten opzichte van de afgelopen jaren. Een gram methamfetamine kostte in 2023 in Amsterdam gemiddeld €50,-.

7.1 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 Amfetaminegebruik onder volwassenen

Hoeveel volwassenen gebruiken amfetamine?

In het kort: In 2023 had één op de twintig volwassenen ooit amfetamine gebruikt, 1,3% gebruikte amfetamine in het laatste jaar en 0,5% in de laatste maand. Het gebruik van amfetamine komt het meest voor onder mannen, jongvolwassenen, hoogopgeleiden en volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.

Bijna één op de tachtig volwassenen gebruikte in het afgelopen jaar amfetamine

In 2023 gebruikte een op de twintig (5,0%) Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit amfetamine. Dat komt neer op 700 duizend volwassenen. Door 1,3% van de volwassenen werd in het laatste jaar amfetamine gebruikt en 0,5% gebruikte in de laatste maand.

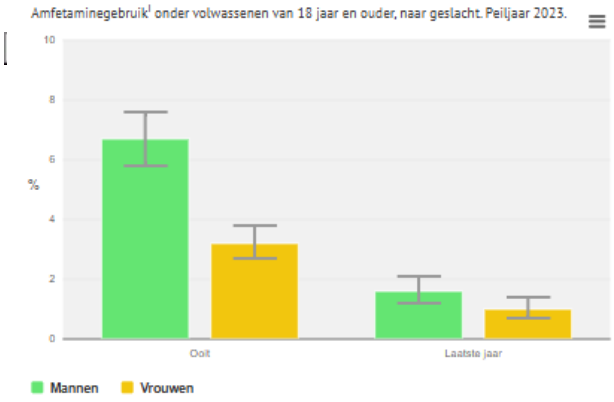
Amfetaminegebruik[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	5,0	700.000	630.000-780.000
Laatste jaar	1,3	190.000	140.000-230.000
Laatste maand	0,5	70.000	40.000-100.000

1. 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.

Meer mannen dan vrouwen gebruiken amfetamine

In 2023 was het gebruik van amfetamine in het laatste jaar hoger onder mannen (1,6%) dan onder vrouwen (1,0%). Ook het gebruik ooit in het leven was hoger onder mannen dan onder vrouwen.



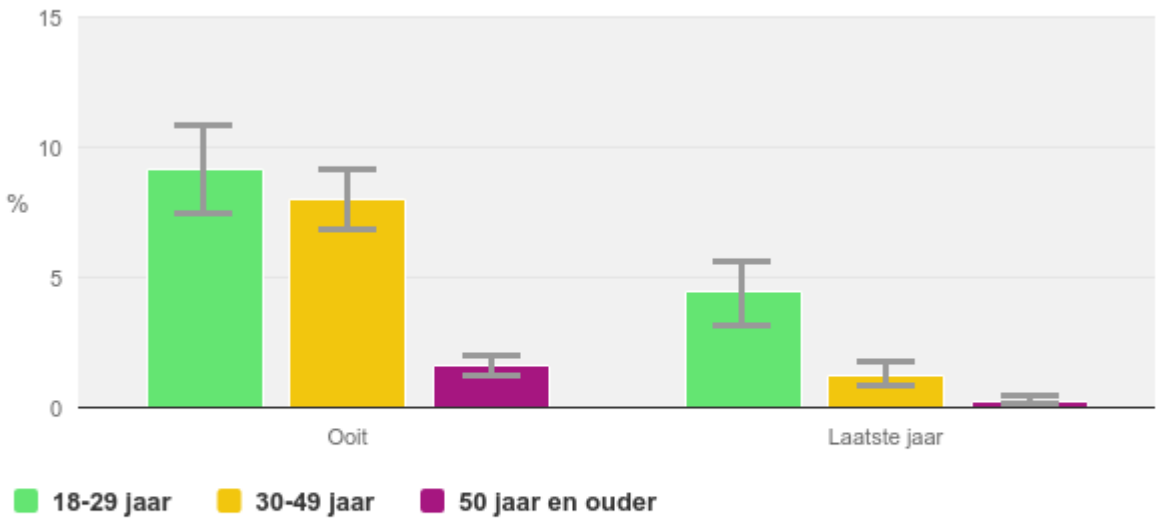
1. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer amfetamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos–instituut.

	Mannen	low Mannen	high Mannen	Vrouwen	low Vrouwen	high Vrouwen
Ooit	6,7	5,8	7,6	3,2	2,7	3,8
Laatste jaar	1,6	1,2	2,1	1	0,7	1,4

Amfetaminegebruik komt het meest voor onder jongvolwassenen

In 2023 was het gebruik van amfetamine in het laatste jaar het hoogst onder 18-29-jarigen (4,4%) en het laagst onder 50-plussers (0,2%). Het gebruik onder 30-49-jarigen (1,2%) zat daar tussenin. Het gebruik ooit in het leven was hoger onder 18-29-jarigen en 30-49-jarigen dan onder 50-plussers.

Amfetaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



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

	18-29 jaar	low 18-29	high 18-29	30-49 jaar	low 30-49 jaar	high 30-49 jaar	50 jaar en ouder	low 50 jaar en ouder	high 50 jaar en ouder
Ooit	9,1	7,4	10,8	8	6,8	9,1	1,6	1,2	2
Laatste jaar	4,4	3,1	5,6	1,2	0,8	1,7	0,2	0,1	0,4

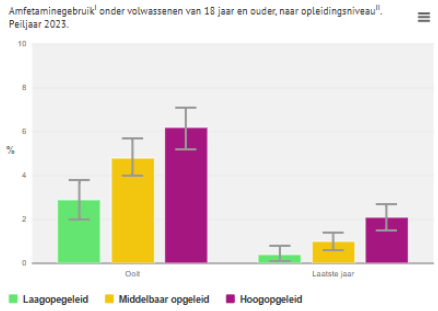
Amfetaminegebruikers zijn gemiddeld 30,4 jaar oud

De gemiddelde leeftijd van de volwassenen die in het laatste jaar amfetamine hebben gebruikt was 30,4 jaar (SD = 10,1) in 2023.

In de LSM-A 2022 is aan de laatste-jaar-gebruikers van amfetamine gevraagd wanneer zij dit middel voor het eerst hebben gebruikt. De gemiddelde startleeftijd was 22,0 jaar (SD = 6,2), dit was voor mannen (21,9 jaar) en vrouwen vrijwel gelijk (22,0 jaar).

Amfetaminegebruik komt het meest voor onder hoogopgeleiden

In 2023 was het amfetaminegebruik in het laatste jaar hoger onder hoogopgeleiden (2,1%) dan onder middelbaar (1,0%) en laagopgeleiden (0,4%). Het gebruik ooit in het leven was het hoogst onder hoogopgeleiden en het laagst onder laagopgeleiden.



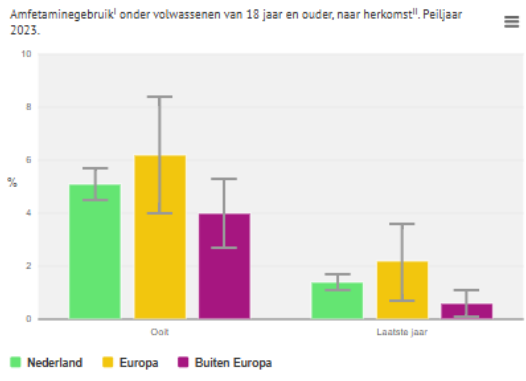
I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer amfetamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2–4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut

	Laagopegeleid	low Laagopgeleid	high Laagopgeleid	Middelbaar opgeleid	low Middelbaar	high Middelbaar	Hoogopgeleid	low Hoogopgeleid	high Hoogopgeleid
Ooit	2,9	2	3,8	4,8	4	5,7	6,2	5,2	7,1
Laatste jaar	0,4	0,1	0,8	1	0,6	1,4	2,1	1,5	2,7

Amfetaminegebruik komt het meest voor onder volwassenen met een Europese herkomst (excl. Nederland)

In 2023 was het amfetaminegebruik in het laatste jaar hoger onder volwassenen met een Europese herkomst (excl. Nederland) (2,2%) dan onder volwassenen met een herkomst buiten Europa (0,6%). Het laatste-jaar-gebruik onder volwassenen met een Nederlandse herkomst (1,4%) verschilde niet van de andere herkomstgroepen.

Het gebruik ooit in het leven verschilde niet tussen de herkomstgroepen.



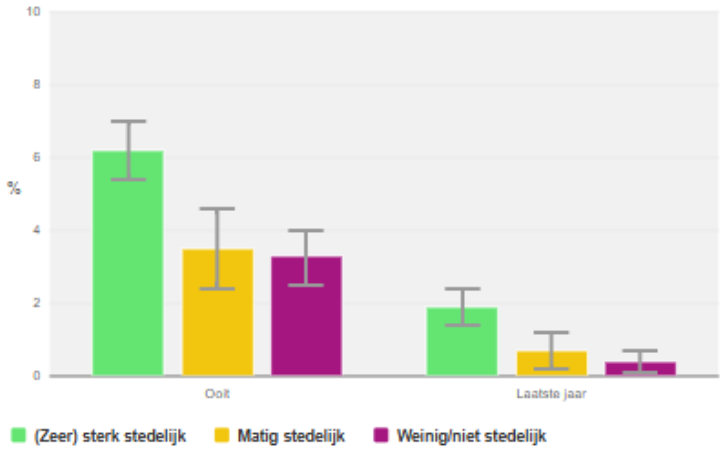
I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer amfetamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst | CBS). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking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

	Nederland	low Nederland	high Nederland	Europa	low Europa	high Europa	Buiten Europa	low Buiten Europa	high Buiten Europa
Ooit	5,1	4,5	5,7	6,2	4	8,4	4	2,7	5,3
Laatste jaar	1,4	1,1	1,7	2,2	0,7	3,6	0,6	0,1	1,1

Amfetaminegebruik komt het meest voor onder volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden

In 2023 was het amfetaminegebruik in het laatste jaar hoger onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (1,9%) dan onder volwassenen in matig stedelijke gebieden (0,7%) en weinig/niet stedelijke gebieden (0,4%). Dit geldt ook voor het gebruik ooit in het leven.

Amfetaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2023.



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.

	(Zeer) sterk stedelijk	low (Zeer) sterk stedelijk	high (Zeer) sterk stedelijk	Matig stedelijk	low Matig stedelijk	high Matig stedelijk	Weinig/niet stedelijk	low Weinig/niet stedelijk	high Weinig/niet stedelijk
Ooit	6,2	5,4	7	3,5	2,4	4,6	3,3	2,5	4
Laatste jaar	1,9	1,4	2,4	0,7	0,2	1,2	0,4	0,1	0,7

Amfetaminegebruik komt even vaak voor onder werkenden en niet-werkenden

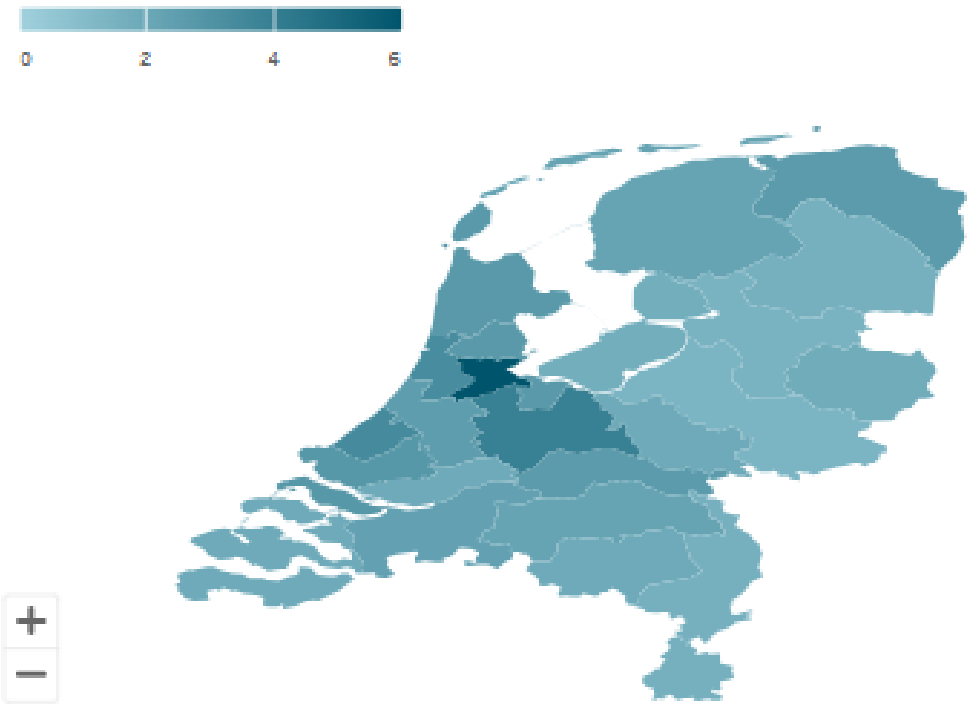
Er is geen verschil in het amfetaminegebruik in het laatste jaar onder werkenden (1,2%) en niet-werkenden (1,1%). Dit blijkt uit aanvullende analyses die zijn gepubliceerd in een aparte publicatie over middelengebruik en werk [1]. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt van de LSM-A van het peiljaar 2022.

Amfetaminegebruik verschilt per regio

Uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die werd gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen zijn in het gebruik van amfetamine [2]. In 2024 werden de hoogste percentages

amfetaminegebruik in de laatste 12 maanden gevonden in GGD-regio Amsterdam (6,0%) en GGD-regio Utrecht (3,9%). Amfetamine werd het minst gebruikt in de GGD-regio Noord- en Oost-Gelderland (1,4%) en GGD-regio IJsselland (1,5%).

Amfetaminegebruik[I] onder jongvolwassenen van 16 tot en met 25 jaar, per GGD-regio. Peiljaar 2024.



I. Laatste jaar: ten minste één keer amfetamine gebruikt in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024, GGD'en en RIVM.

NDM

code	value
1	2,6
2	1,6
3	1,5
4	1,8
5	1,4
6	1,9
7	2,6

code	value
8	1,7
9	3,9
10	2,7
11	3,3
12	6
13	2,7
14	2,5
15	2,8
16	1,9
17	1,9
18	2,3
19	2,2
20	1,9
21	1,6
22	1,6
23	3,4
24	2,2

code	value
25	2,7

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van amfetamine wordt sinds 2015 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van amfetamine ooit in het leven en in het laatste jaar kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal amfetaminegebruikers in de laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

Regionale cijfers

Naast de landelijke cijfers uit de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale cijfers beschikbaar over drugsgebruik uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen. De meest recente gegevens komen uit 2024 [2], toen meer dan 135.000 jongvolwassenen tussen de 16 en 25 jaar de vragenlijst invulden. In tegenstelling tot 2022 werd er in 2024 geen steekproef getrokken; de vragenlijst was via een open link beschikbaar en respondenten werden vooral geworven via sociale media. De resultaten zijn gestandaardiseerd naar GGD-regio, leeftijd en gender om representativiteit te verbeteren, maar de wervingsmethode kan mogelijk leiden tot een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een

slechtere (mentale) gezondheid. Deze cijfers zijn door verschillen in de vraagstelling en leeftijdsgroep niet direct vergelijkbaar met de cijfers uit de GE of de LSM-A Middelen, maar bieden wel inzicht in regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen.

Bronnen

1. Tuithof M, Blokland M, Sannen A. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Utrecht: Trimbos-instituut;
2. GGD'en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024. https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024. 2025.

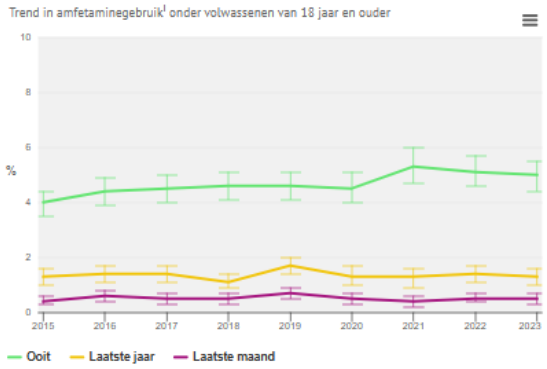
7.2.2 Veranderingen in amfetaminegebruik onder volwassenen

Is het amfetaminegebruik onder volwassenen veranderd?

In het kort: In 2023 is het amfetaminegebruik in het laatste jaar onder volwassenen niet veranderd vergeleken met 2022. Ook in vergelijking met de eerste meting in 2015 is het gebruik in het laatste jaar in 2023 onveranderd.

Amfetaminegebruik onder volwassenen stabiel

In 2023 is het amfetaminegebruik (ooit, laatste jaar, laatste maand) niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting in 2015 is het gebruik van amfetamine ooit in het leven wel hoger in 2023. Het gebruik in het laatste jaar en in de laatste maand bleef tussen 2015 en 2023 ongeveer gelijk.



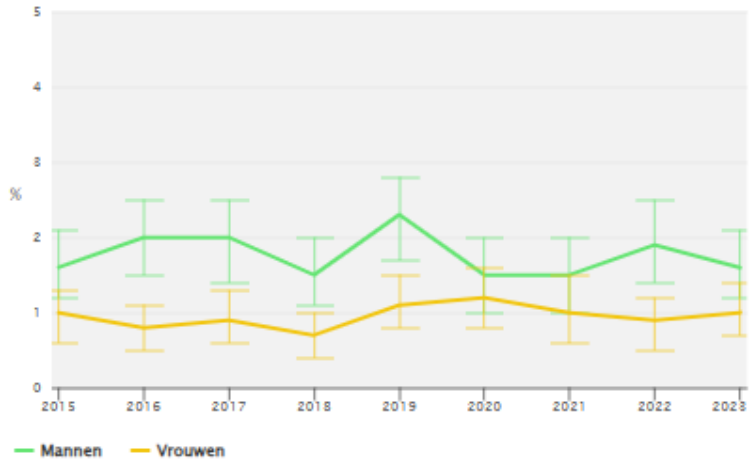
1. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer amfetamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

	Ooit	Ooit low	Ooit high	Laatste jaar	Jaar low	Jaar high	Laatste maand	Maand low	Maand high
2015	4,0	3,5	4,4	1,3	1,0	1,6	0,4	0,3	0,6
2016	4,4	3,9	4,9	1,4	1,1	1,7	0,6	0,4	0,8
2017	4,5	4,0	5,0	1,4	1,1	1,7	0,5	0,3	0,7
2018	4,6	4,1	5,1	1,1	0,9	1,4	0,5	0,3	0,7
2019	4,6	4,1	5,1	1,7	1,4	2,0	0,7	0,5	0,9
2020	4,5	4,0	5,1	1,3	1,0	1,7	0,5	0,3	0,7
2021	5,3	4,7	6,0	1,3	0,9	1,6	0,4	0,2	0,6
2022	5,1	4,6	5,7	1,4	1,1	1,7	0,5	0,4	0,7
2023	5,0	4,4	5,5	1,3	1,0	1,6	0,5	0,3	0,7

Amfetaminegebruik onder zowel mannen als vrouwen stabiel

In 2023 is het amfetaminegebruik in het laatste jaar onder zowel mannen als vrouwen niet veranderd vergeleken met de vorige meting in 2022. Ook vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het laatste-jaar-gebruik onder zowel mannen als vrouwen ongeveer gelijk gebleven.

Trend amfetaminegebruik[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht



1. Laatste jaar: ten minste één keer amfetamine gebruikt in het laatste jaar. Bron: LSM–A Middelen–Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos–instituut.

	Mannen	Man low	Man high	Vrouwen	Vrouw low	Vrouw high
2015	1,6	1,2	2,1	1,0	0,6	1,3
2016	2,0	1,5	2,5	0,8	0,5	1,1
2017	2,0	1,4	2,5	0,9	0,6	1,3
2018	1,5	1,1	2,0	0,7	0,4	1,0
2019	2,3	1,7	2,8	1,1	0,8	1,5
2020	1,5	1,0	2,0	1,2	0,8	1,6
2021	1,5	1,0	2,0	1,0	0,6	1,5
2022	1,9	1,4	2,5	0,9	0,5	1,2
2023	1,6	1,2	2,1	1,0	0,7	1,4

Amfetaminegebruik onder alle leeftijdsgroepen stabiel

Tussen 2022 en 2023 is het amfetaminegebruik in het laatste jaar in geen van de leeftijdsgroepen veranderd. Ook vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het gebruik in het laatste jaar onder alle leeftijdsgroepen ongeveer gelijk gebleven.

Amfetaminegebruik onder alle opleidingsniveaus stabiel

Tussen 2022 en 2023 is het amfetaminegebruik in het laatste jaar onder geen van de opleidingsniveaus veranderd. Ook vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het gebruik in het laatste jaar onder alle opleidingsniveaus ongeveer gelijk gebleven.

Amfetaminegebruik onder alle herkomstgroepen stabiel sinds vorige meting

Tussen 2022 en 2023 is het amfetaminegebruik in het laatste jaar onder geen van de herkomstgroepen veranderd. Sinds 2022 hanteert het CBS een nieuwe indeling naar herkomst, er zijn daarom geen trendgegevens beschikbaar tussen 2015 en 2022.

Amfetaminegebruik onder volwassenen in weinig/niet stedelijke gebieden gedaald sinds vorige meting

Hoewel het amfetaminegebruik in het laatste jaar in de totale groep van 18 jaar en ouder tussen 2022 en 2023 ongeveer gelijk bleef, daalde het gebruik wel onder volwassenen in weinig/niet-stedelijke gebieden van 1,0% naar 0,4%.

Vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het gebruik in het laatste jaar onder volwassenen van alle stedelijkheidsniveaus ongeveer gelijk gebleven.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van amfetamine wordt sinds 2015 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van amfetamine ooit in het leven en in het laatste jaar kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal amfetaminegebruikers in

de laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

7.2.3 Gebruikspatronen

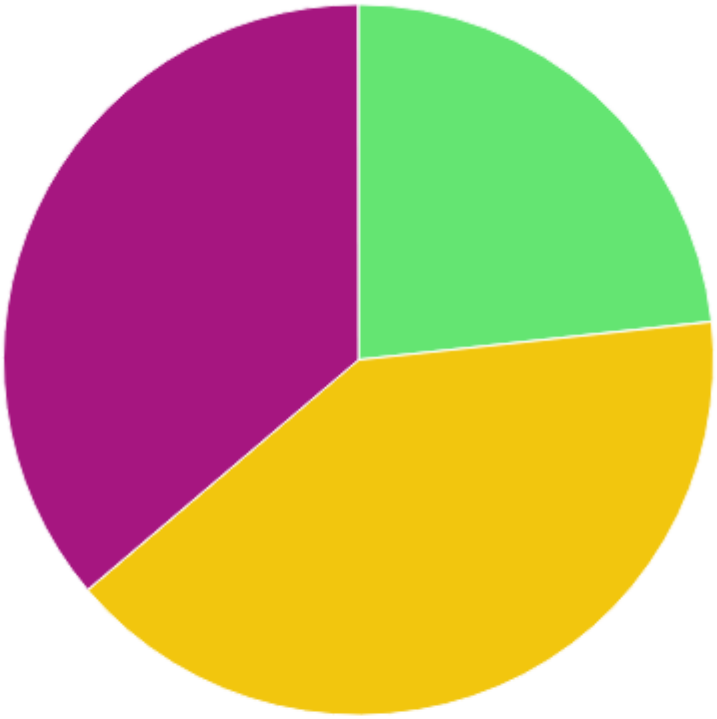
In het kort: De meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers van amfetamine gebruikte in 2022 niet meer dan een paar keer per jaar.

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 Amfetaminegebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

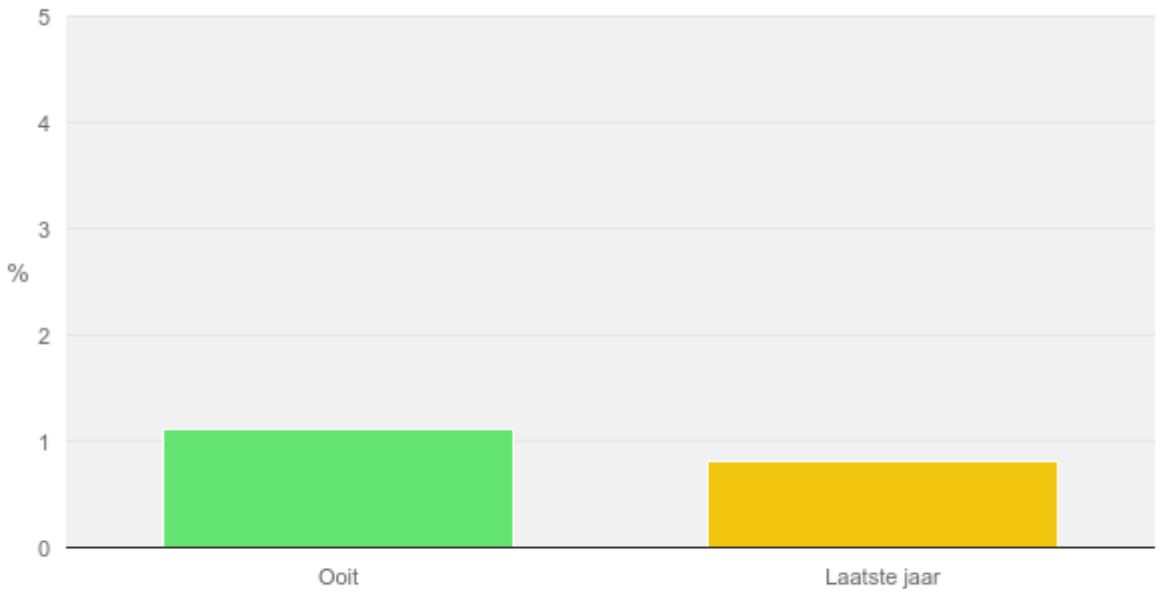
Hoeveel scholieren gebruiken amfetamine?

In het kort: In 2023 had 1,1% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit amfetamine gebruikt, 0,8% gebruikte in het laatste jaar amfetamine.

Eén op de negentig scholieren heeft ooit amfetamine gebruikt

In 2023 had 1,1% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit amfetamine gebruikt, 0,8% gebruikte in het laatste jaar amfetamine.

Amfetaminegebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar. Peiljaar 2023



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer amfetamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Totaal
Ooit	1,1
Laatste jaar	0,8

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

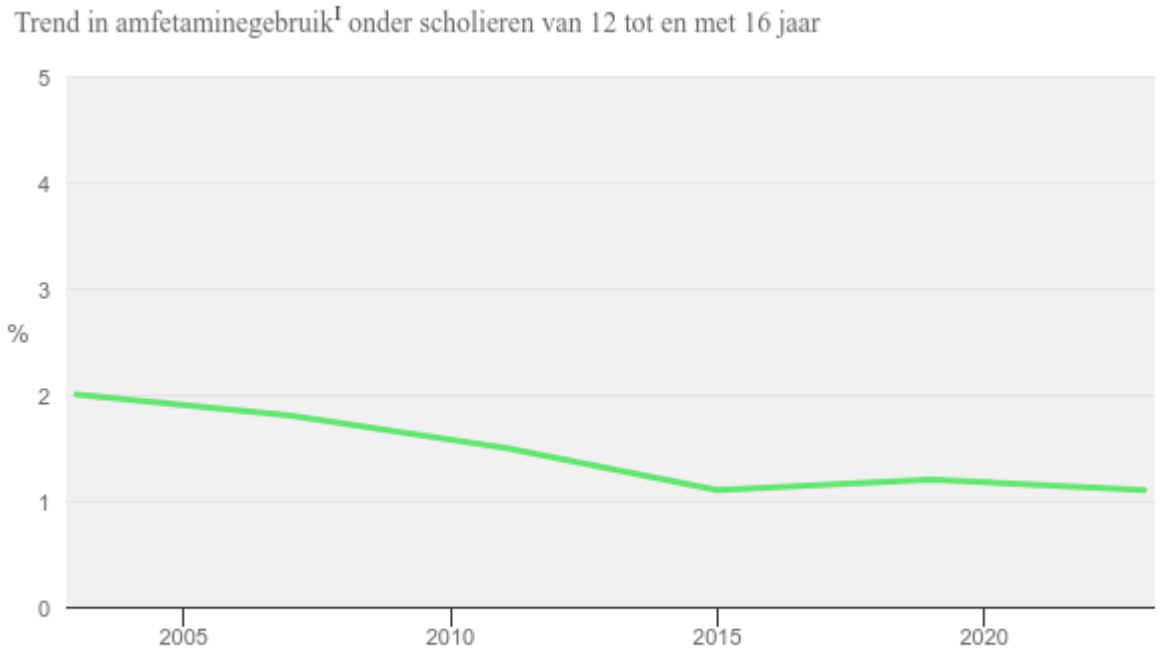
7.3.2 Veranderingen in amfetaminegebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

Is het amfetaminegebruik onder scholieren veranderd?

In het kort: Het ooitgebruik van amfetamine onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) is in 2023 lager dan in 2003.

Amfetaminegebruik is op lange termijn gedaald

Het ooitgebruik van amfetamine onder 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs is in 2023 lager vergeleken met de eerste meting van 2003. Deze daling heeft voornamelijk plaatsgevonden tussen 2003 en 2015, daarna is het percentage ongeveer gelijk gebleven.



	Ooit
2003	2,0
2007	1,8

	Ooit
2011	1,5
2015	1,1
2019	1,2
2023	1,1

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere

leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

7.3.3 Amfetaminegebruik onder studenten

Hoeveel studenten gebruiken amfetamine?

In het kort: In 2023 gebruikte ongeveer één op de vijftig (2,2%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder amfetamine in het laatste jaar en één op de vijfentwintig (4%) hbo- en universiteitsstudenten. Het amfetaminegebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 gedaald.

Snel naar:
Mbo-studenten
Hbo- en universiteitsstudenten

Hoeveel mbo-studenten gebruiken amfetamine?

Ongeveer één op de vijftig mbo-studenten gebruikte in het laatste jaar amfetamine

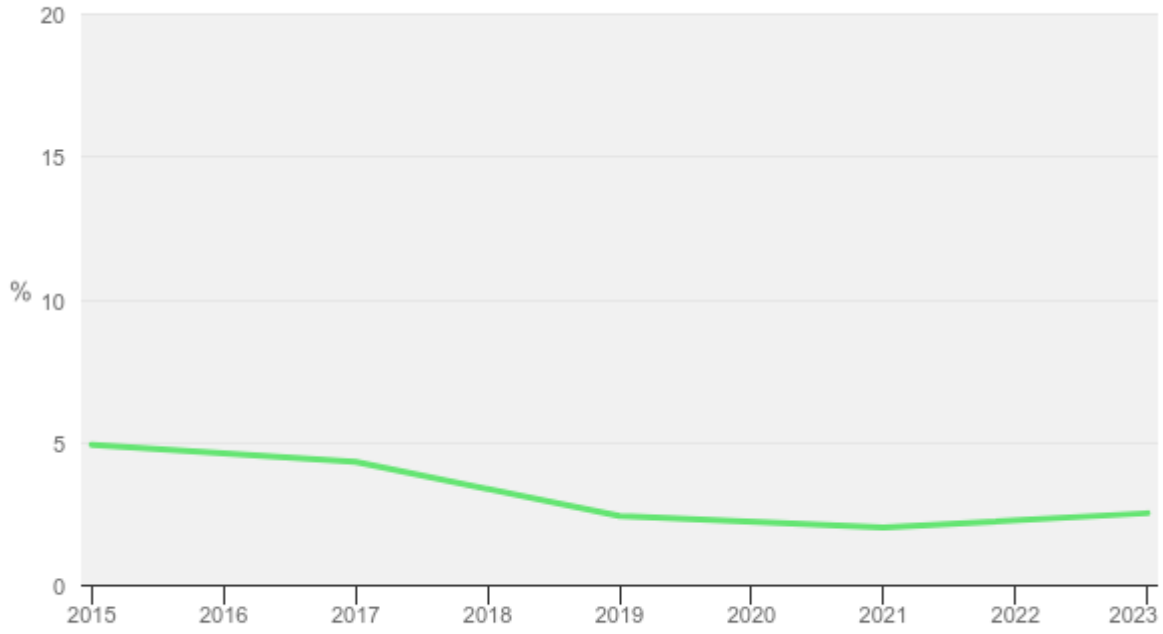
In 2023 had bijna één op de vijfentwintig (4,1%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit amfetamine gebruikt. Ongeveer één op de vijftig (2,2%) gebruikte amfetamine in het laatste jaar [1].

Amfetaminegebruik is tussen 2015 en 2023 gedaald onder 16-18-jarige mbo-studenten

Het gebruik van amfetamine ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 gedaald van 4,9% naar 2,5% [1].

Deze trendgegevens zijn berekend voor 16-18-jarigen en wijken daarom af van de hierboven genoemde percentages over alle mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Het gebruik in het laatste jaar is in 2023 voor het eerst uitgevraagd waardoor er geen trendgegevens zijn.

Trend in amfetaminegebruik[I] onder mbo-studenten van 16-18 jaar



I. Ooit: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven. Bron: Mbo–middelenmonitor

NDM

	Ooit
2015	4,9
2017	4,3
2019	2,4
2021	2,0
2023	2,5

Regionale gegevens over het gebruik van amfetamine onder mbo-studenten

In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 had minder dan één op de twintig (3,6%) van de Amsterdamse mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit amfetamine gebruikt. Eén op de vijftig (2,2%) gebruikte amfetamine in het laatste jaar en 1,0% in de laatste maand [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Hoeveel studenten van het hbo en de universiteit gebruiken amfetamine?

Eén op de vijfentwintig hbo- en universiteitsstudenten gebruikte in het laatste jaar amfetamine

In 2023 had bijna één op de dertien (8%) studenten van het hbo en de universiteit (wo) van 16 jaar en ouder ooit amfetamine gebruikt. Eén op de vijfentwintig (4%) gebruikte amfetamine in het laatste jaar [3].

Vanwege de lage respons (in 2023 6,5% van het totaal aantal studenten van de 24 deelnemende instellingen), geven deze cijfers een indicatie van middelengebruik, maar kunnen ze niet worden gezien als precieze schattingen van het gebruik in de totale studentenpopulatie (zie ook: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo-studenten

De Mbo-Middelenmonitor [1] onderzoekt het middelengebruik onder mbo-studenten. In 2023 werd dit onderzoek voor de vijfde keer uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public (nu Verian). Dit jaar werd het onderzoek alleen uitgevoerd onder mbo-studenten, terwijl eerdere metingen (in 2015, 2017, 2019 en 2021) ook hbo-studenten betrokken. In 2023 namen 4.448 mbo-studenten van 16 jaar en ouder deel aan het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 op 64 mbo-locaties. In totaal werden 6.053 studenten willekeurig benaderd door onderzoeksassistenten om een digitale vragenlijst in te vullen.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

Hbo- en universiteitsstudenten

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs [3] onderzoekt de mentale gezondheid en het middelengebruik van studenten van het hbo en de universiteit (wo) om de twee jaar. Dit onderzoek is in 2023 voor de tweede keer uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het RIVM, de GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. In 2023 vulden 32.217 hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder alle vragen over middelengebruik in. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 bij 24 onderwijsinstellingen in heel Nederland. De deelnemende onderwijsinstellingen stuurden een uitnodiging naar studenten van 16 jaar en ouder om de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd ook in het Engels aangeboden voor buitenlandse studenten. Het onderzoek heeft enkele belangrijke beperkingen, zoals een laag responspercentage van 6,5% in 2023 en de onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde groepen studenten. De data zijn wel gewogen om deze representatiever te maken, maar het is mogelijk dat de resultaten nog steeds vertekend zijn en niet volledig representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland.

Vanwege verschillen in methodes van dataverzameling zijn de resultaten van de Mbo-Middelenmonitor, de Antenne Amsterdam en de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs niet direct met elkaar te vergelijken.

Bronnen

1. K. Morren, S. Van Dorsselaer, K. Monshouwer. Factsheet: Middelengebruik onder mbo-studenten 2023. Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. J. Nuijen, A. Verweij, J. Dopmeijer, A. Van Wamel, F. Schouten, M. Buijs, et al. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. RIVM en Trimbos-instituut; 2023.

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

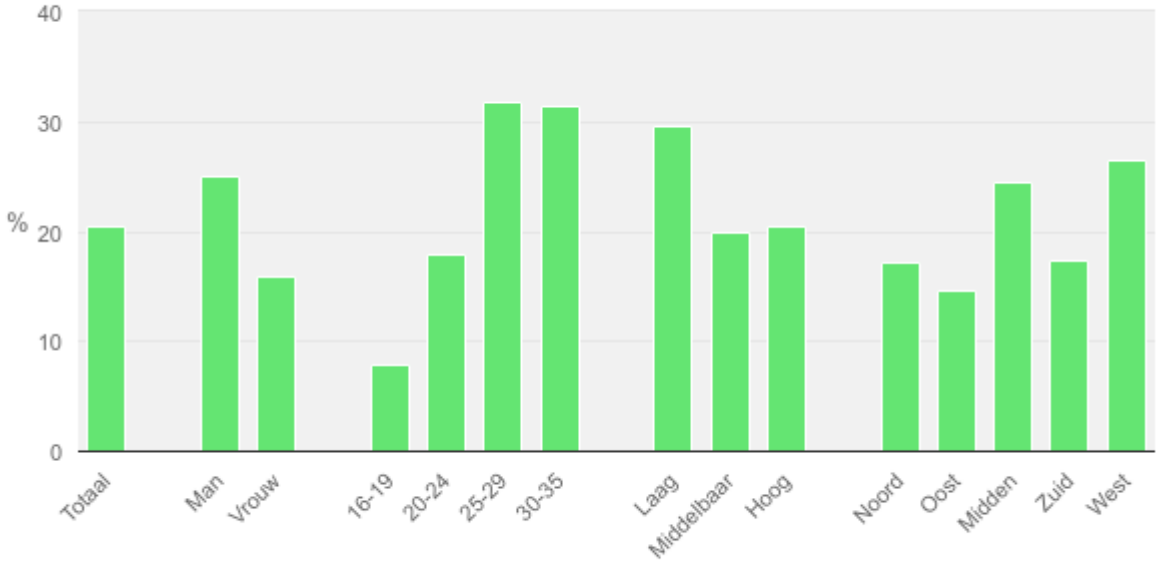
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16 t/m 35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot 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.
- Gebruik van methamfetamine komt onder de groep uitgaanders nauwelijks voor. In 2023 had 0,3% van de uitgaanders in het laatste jaar methamfetamine gebruikt en 1,2% had ooit methamfetamine gebruikt.

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

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen gebruiken amfetamine?

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. Jongeren in de jeugdzorg en jeugddetentie lijken meer ervaring te hebben met amfetaminegebruik dan hun leeftijdsgenoten in het regulier onderwijs.

Snel naar:
Scholieren van het praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Jongeren in de residentiële jeugdzorg
Groepen risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

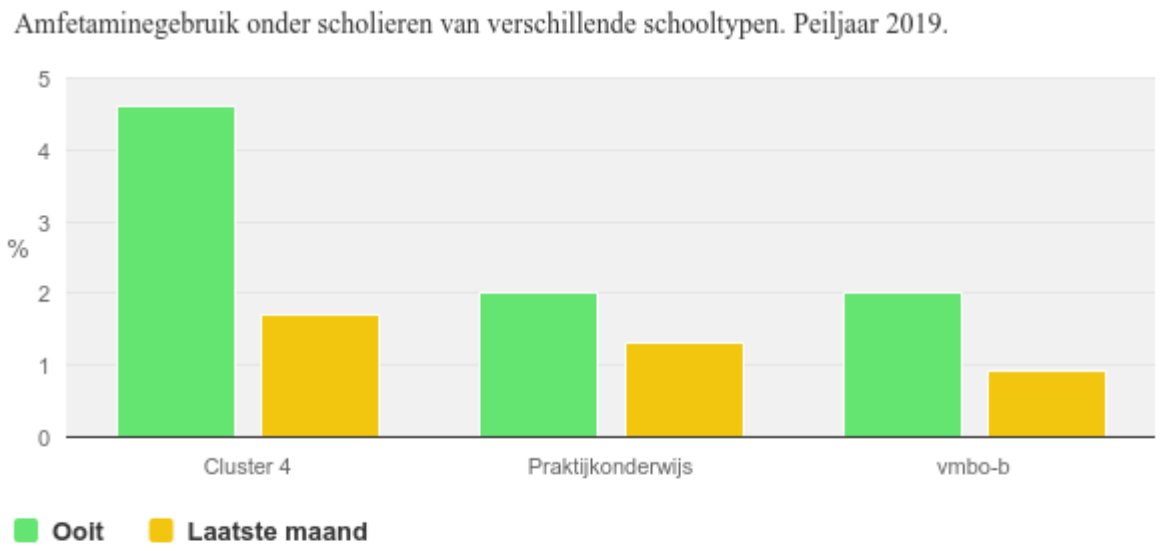
Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen ‘kwetsbare groepen jongeren’. Wij gebruiken de term ‘kwetsbare groepen jongeren’ om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg, in jeugddetentie of in het voorgezet speciaal onderwijs (vso) zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo’n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel scholieren in het praktijkonderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs gebruiken amfetamine?

Geen significante verschillen in amfetaminegebruik tussen verschillende schooltypen

Ongeveer één op de twintig scholieren van cluster 4 (4,6%) had in 2019 ooit in het leven amfetamine gebruikt [2]. Het ooitgebruik van amfetamine lag onder scholieren van het praktijkonderwijs (2,0%) en het vmbo-b (2,0%) lager, hoewel het verschil niet significant was. Het gebruik in de laatste maand was ongeveer even hoog in alle schooltypen (1,7% voor cluster 4, 1,3% voor het praktijkonderwijs en 0,9% voor vmbo-b).

Het gebruik van amfetamine is niet onderzocht onder scholieren van het cluster 3 onderwijs.



Gegevens over scholieren uit cluster 4 en het praktijkonderwijs komen uit een ander onderzoek dan de gegevens over scholieren van het vmbo-b. De methoden van dataverzameling verschillen tussen deze onderzoeken. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos-instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand
Cluster 4	4,6	1,7
Praktijkonderwijs	2,0	1,3
vmbo-b	2,0	0,9

Amfetaminegebruik onder cluster 4 en praktijkonderwijs scholieren niet significant veranderd tussen 2008 en 2019

Het gebruik van amfetamine ooit in het leven in het praktijkonderwijs is licht gestegen van 1,3% in 2008 naar 2,0% in 2019, maar deze stijging was niet significant. Onder cluster 4 scholieren was er sprake van (niet significante) daling: van 7,0% naar 4,6%.

Meisjes in cluster 4 lijken meer ervaring te hebben met harddrugs dan jongens

Meisjes in het cluster 4 onderwijs hebben meer ervaring met het gebruik van amfetamine (6,3%) dan jongens (4,2%), maar dit verschil is niet significant. Ook het gebruik in de laatste maand is in het cluster 4 onderwijs (niet-significant) hoger onder meisjes (2,6%) dan onder jongens (1,4%). Dit patroon is terug te zien bij alle harddrugs, maar is alleen voor ecstasy en enige harddrug significant.

In het praktijkonderwijs en het vmbo-b hebben jongens juist iets vaker ooit en in de laatste maand amfetamine gebruikt, maar de verschillen zijn kleiner en ook niet significant.

Jongeren met een westerse migratieachtergrond hebben meer ervaring met amfetamine dan jongeren met een Nederlandse achtergrond

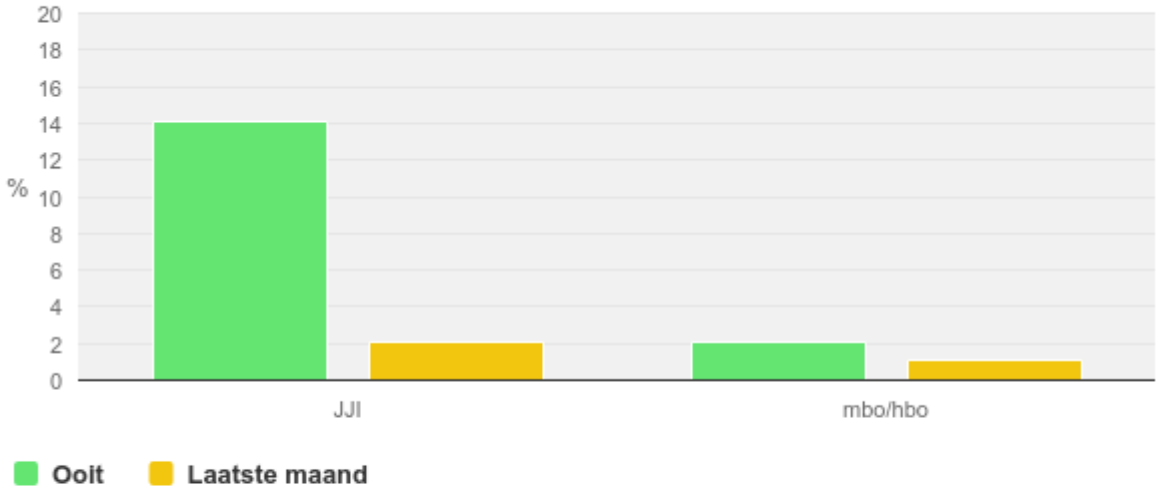
Over het algemeen hebben jongeren met een westerse migratieachtergrond meer ervaring met harddrugs dan jongeren met een Nederlandse achtergrond of niet-westerse migratieachtergrond. Dit geldt voor alle schooltypen. Voor amfetamine zien we dit patroon ook terug, maar alleen op het vmbo-b is dit verschil significant.

Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen gebruiken amfetamine?

Bijna één op de zeven jongeren in de JJI heeft ooit amfetamine gebruikt

Bijna één op de zeven jongeren (14%) in de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) had in 2022 ooit amfetamine gebruikt en 2% deed dit in de laatste maand [3]. Jongeren in de JJI hadden aanzienlijk meer ervaring met het gebruik van amfetamine dan leeftijdsgenoten op het mbo/hbo (14% vs. 2%).

Amfetaminegebruik onder jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen (peiljaar 2022), vergeleken met leeftijdsgenoten op het mbo/hbo (peiljaar 2019).



De cijfers van het EXPLORE–onderzoek in de JJI (2022) en de mbo/hbo monitor van 2019 zijn afkomstig uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos–instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand
JJI	14	2
mbo/hbo	2	1

Gebruik van amfetamine onder jongeren in de JJI lijkt toegenomen

Bijna de helft van de amfetamine-gebruikende jongeren deed dit wel eens binnen de inrichting

Aan de jongeren die vaker dan één keer in hun leven amfetamine hebben gebruikt (n = 12) is gevraagd of ze dit wel eens binnen de inrichting deden. Vijf jongeren gaven aan dat ze amfetamine wel eens in de inrichting hebben gebruikt.

Daarnaast hebben de meeste jongeren die vaker dan één keer amfetamine hebben gebruikt, dit al eens gedaan voordat zij in de inrichting kwamen. Ook gaven zij bijna allemaal aan dat zij minder zijn

gaan gebruiken sinds ze in de inrichting zijn geplaatst.

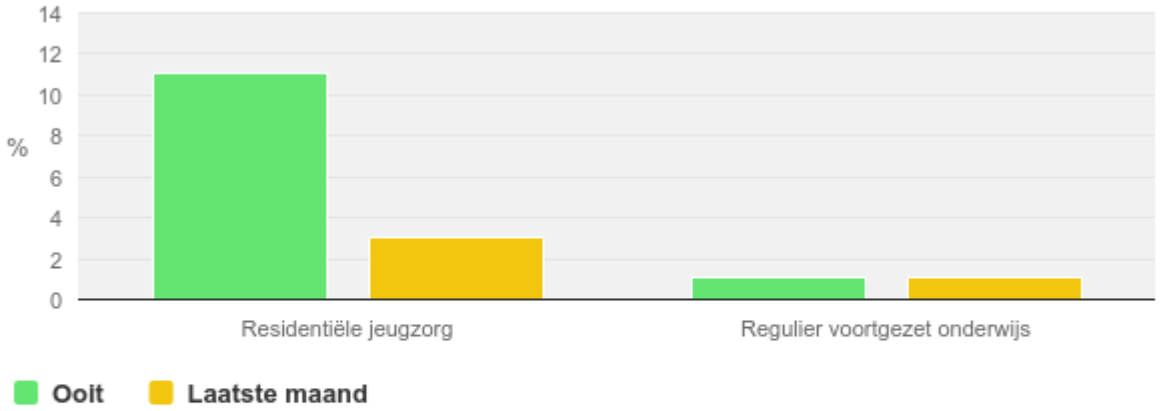
Hoeveel jongeren in de residentiële jeugdzorg gebruiken amfetamine?

Eén op de zes jongeren in de residentiële jeugdzorg heeft ooit amfetamine gebruikt

Van alle jongeren (leeftijd: 12 t/m 25) in de residentiële jeugdzorg had in 2020 één op de zes (17%) ooit amfetamine gebruikt [4]. Hoe ouder de jongeren in de residentiele jeugdzorg zijn, hoe groter de kans dat zij ervaring hebben met amfetamine. Eén op de tien (11%) jongeren tussen de 12 en 15 jaar oud die verblijven in de residentiële jeugdzorg (RJZ) had ooit amfetamine gebruikt. Bij jongeren van 16 en 17 had één op de vijf (19%) ooit amfetamine gebruikt.

Jongeren in de RJZ (12 t/m 15 jaar) hadden duidelijk meer ervaring met amfetamine dan hun leeftijdsgenoten in het regulier onderwijs (ooit en laatste maand beiden 1%). Het gebruik in de laatste maand was vergelijkbaar tussen 12- t/m 15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg (3%) en het regulier onderwijs (1%). Deze vergelijking is alleen gemaakt voor de 12- t/m 15-jarigen omdat de groep 16- t/m 17-jarige scholieren uit het landelijk scholierenonderzoek niet representatief is voor de algemene populatie (een deel van hen is al van school/naar andere opleidingen).

Amfetaminegebruik onder 12-15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg (peiljaar 2020), vergeleken met leeftijdsgenoten in het regulier voortgezet onderwijs (peiljaar 2019).



De cijfers van het EXPLORE–onderzoek in de residentiële jeugdzorg (RJZ, 2020) en uit het regulier voortgezet onderwijs (2019) zijn afkomstig zijn uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Voor de jongeren in de RJZ is voor de vergelijking alleen gekeken naar jongeren van 12 t/m 15 jaar. Bron: EXPLORE, Trimbos–instituut.

NDM

Groepen	Ooit	Laatste maand
Residentiële jeugzorg	11	3
Regulier voortgezet onderwijs	1	1

Amfetaminegebruik onder jongeren in de RJZ ongeveer gelijk gebleven

Het amfetaminegebruik onder jongeren in de RJZ is ongeveer gelijk gebleven tussen 2008 en 2022. Dit geldt zowel voor de jongeren tussen de 12 en 15 (beide jaren 11%) als voor de jongeren tussen de 16 en 17 jaar (van 21% naar 19%).

Hoe ziet het amfetaminegebruik in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als ‘kansarme jeugd’, ‘probleemjeugd’ of ‘hangjeugd’ [5].

Amfetaminegebruik komt in de helft van de onderzochte groepen risicojongeren voor

Amfetamine werd door risicojongeren in dit onderzoek minder vaak gebruikt dan andere stimulanten zoals ecstasy, cocaïne of 3MMC. In de helft van de groepen risicojongeren (15 van de 29) komt amfetaminegebruik voor. Het aandeel groepsleden dat amfetamine gebruikt wisselt van een enkeling tot maximaal driekwart van de groepsleden.

In de meeste groepen nam het gebruik toe of bleef het stabiel

Jongerenwerkers gaven aan dat het amfetaminegebruik in 8 van de 15 groepen risicojongeren is toegenomen in het laatste jaar. In vijf groepen is het gebruik stabiel gebleven en in twee groepen is het afgenomen.

Amfetamine wordt vooral gebruikt in groepen risicojongeren van Nederlandse herkomst

Alle groepen risicojongeren waarin amfetamine wordt gebruikt bestaan (voor het grootste deel) uit jongeren van Nederlandse herkomst.

Gebruik van methamfetamine komt weinig voor in kwetsbare jongerengroepen

Gebruik van methamfetamine wordt in twee groepen gezien. In de ene groep gaat het hier om een subgroep van een kwart tot de helft van de jongeren. In de andere groep gaat het om een enkeling. Deze groepen bestaan uit gemarginaliseerde jongeren met complexe multiproblematiek.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Jongeren in praktijk- en speciaal onderwijs

Het EXPLORE-onderzoek is een landelijk onderzoek naar het middelengebruik onder jongeren in verschillende kwetsbare groepen. In 2019 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik in het praktijkonderwijs en in cluster 3 en cluster 4 van het voortgezet speciaal onderwijs (vso) onderzocht [2,6]. Het gebruik van amfetamine is in cluster 3 niet onderzocht, maar wel in cluster 4 en het praktijkonderwijs. De gegevens uit cluster 4 en het praktijkonderwijs worden daarnaast vergeleken met het vmbo-b. De gegevens over vmbo-b scholieren komen uit een ander onderzoek. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen deze groepen. Dit geldt ook voor de vergelijkingen met het reguliere onderwijs in de andere EXPLORE onderzoeken.

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (Justitiële Jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [3]. Aan het onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder studenten van het mbo/hbo.

Jongeren in de jeugdzorg

In 2020 werd in EXPLORE het middelengebruik van jongeren in de residentiële jeugdzorg (RJZ) onderzocht [4]. Het middelengebruik werd gemeten met een vragenlijst. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder leerlingen van het regulier voortgezet onderwijs.

Steekproefkenmerken van de landelijke EXPLORE onderzoeken

Groep	Peiljaar	Leeftijd	Totale steekproef
Praktijkonderwijs	2019	12–16 jaar	1118
	2008	12–16 jaar	916
Cluster 4	2019	12–16 jaar	1032
	2008	12–16 jaar	603
Cluster 3	2019	12–16 jaar	266
Jongeren in de justitiële jeugdinrichtingen	2022	14–24 jaar	110
	2009	13–18 jaar	155
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	2020	12–17 jaar	357
	2008	12–17 jaar	531

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten. Eén jongeren- en straathoekwerker die meedeed aan dit onderzoek gaf aanvullende informatie over het amfetaminegebruik in de eigen jongerengroep.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet. De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [5]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio's in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
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, 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. 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. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.
6. Rombouts M, Visser D, Onrust S, Tuithof M, Scheffers-van Schayk T, Simon J, et al. Preventie en gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen onder jongeren met een licht verstandelijke beperking in het cluster 3-onderwijs: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek 2019. Trimbos-instituut; 2020.

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

7.5.1 Algemene bevolking internationaal

In het kort: Het gebruik van amfetamine onder volwassenen in Nederland ligt boven het Europese gemiddelde. Nederland staat zowel bij jongvolwassenen (15-34 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:

- Vragenlijstonderzoek
- Rioolwateranalyses in Europese steden

Gegevensbronnen

Het EMCDDA rapporteert gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in een aantal Europese landen [1]. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [2]. In Canada bestaat er hiervoor de Canadian Alcohol and Drugs Survey (CADS) [3] en in Australië is er het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [4]. De gegevens zijn gebaseerd op vragenlijsten die de door deelnemers zelfstandig zijn ingevuld.

Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Ook kan het zijn dat in landen waar het stigma op drugsgebruik hoog is, respondenten minder geneigd zijn om eerlijk te antwoorden over hun drugsgebruik.

Voor het vergelijken van verschillende landen en regio's richt de NDM zich vooral op de resultaten van vragenlijstonderzoek in de nationale bevolking. In aanvulling hierop wordt gebruikgemaakt van andere gegevensbronnen, zoals rioolwateranalyses van het SCORE onderzoek [5]. Op de website van het EMCDDA kunnen de resultaten van deze analyses voor een groot aantal steden in Europa worden gevolgd.

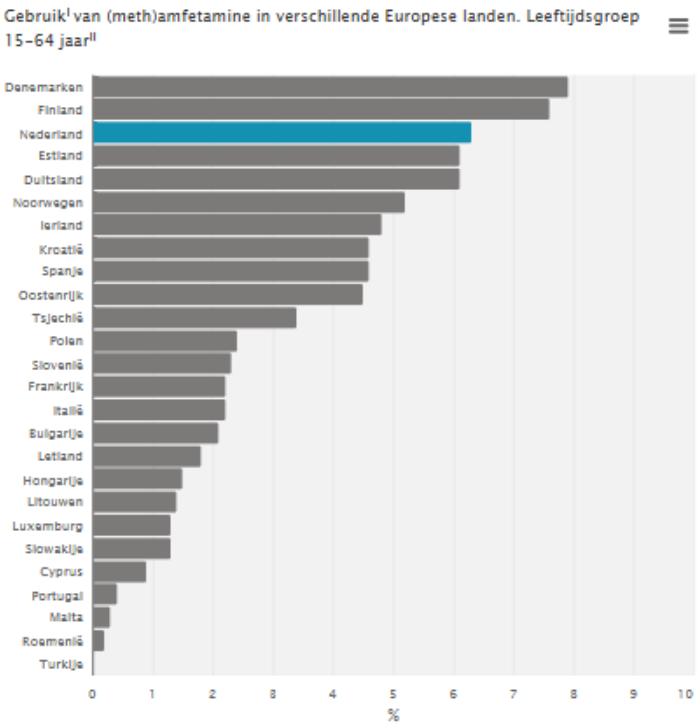
Rioolwateranalyses geven een beeld van de totale hoeveelheid drugs aangetroffen in het rioolwater in een stad. Hiervoor wordt gedurende één week van het jaar gemeten. Een belangrijk voordeel van deze methode is dat deze niet afhankelijk is van zelfrapportage of de bereidheid van mensen om aan onderzoek deel te nemen. Bij vragenlijstonderzoek leidt dit in het algemeen tot onderrapportage van drugsgebruik. Zo nemen zware en problematische gebruikers vaak niet deel aan dit soort onderzoek. Daarnaast worden pieken en dalen in de week zichtbaar en geven jaarlijkse herhalingen een beeld van trends. Beperkingen van rioolwateranalyses zijn onder andere dat niet kan worden vastgesteld hoeveel gebruikers er zijn en wat hun kenmerken zijn. Zo kan het zijn dat een kleine groep mensen veel gebruikt of een grote groep mensen beperkt gebruikt. Daarnaast kan alleen voor cannabis, cocaïne en ketamine met zekerheid worden vastgesteld dat de gemeten hoeveelheden afkomstig zijn van menselijk gebruik. Bij de andere middelen (MDMA en (meth)amfetamine) wordt alleen de stof zelf gemeten. De gemeten waarden in het rioolwater kunnen afkomstig zijn van gebruikers, maar ook van dumpingen. In 2023 zijn gegevens verzameld in verschillende Europese steden [5]. Er zijn metingen gedaan naar cannabis, cocaïne, ecstasy (MDMA), (meth)amfetamine en ketamine. Voor Nederland zijn vanaf 2011 voor de meeste middelen (trend)gegevens beschikbaar. Deelnemende steden zijn Amsterdam, Eindhoven en Utrecht en vanaf 2023 nemen ook Rotterdam en Leeuwarden deel.

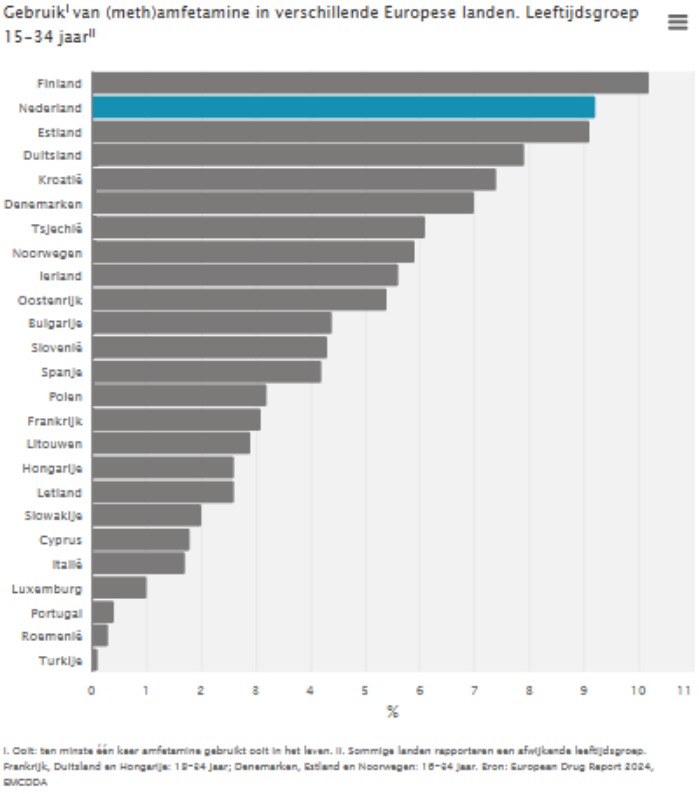
Vragenlijstonderzoek

Europa

Het EMCDDA rapporteert gegevens over het gebruik van amfetamine voor in totaal 26 Europese landen, inclusief Turkije en Noorwegen [1]. In sommige van deze landen is naast amfetamine ook methamfetamine meegenomen.

- In 2022 had in Nederland 6,3% van de bevolking van 15-64 jaar ooit in het leven amfetamine gebruikt. Nederland komt hiermee op de derde plaats na Denemarken (7,9%) en Finland (7,6%). De laagste percentages (minder dan 1%) werden gevonden in Cyprus (0,9%), Portugal (0,4%), Malta (0,3%), Roemenië (0,2%) en Turkije (0%) [1]. Het percentage laatste-jaar-gebruik van (meth)amfetamine onder de bevolking van 15-64 jaar varieert in de 26 landen die het EMCDDA noemt van 0% in Portugal tot 2,3% in Finland. Nederland staat met 1,7% op de derde plaats in Europa. Een precieze vergelijking tussen deze landen is echter niet goed mogelijk vanwege verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven (zie Gegevensbronnen).
- 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 3,2%. Het EU-gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik in deze leeftijdsgroep was 1,5%. Onder deze laatste-jaar-gebruikers bevinden zich ook gebruikers van methamfetamine.





Verenigde Staten, Australië en Canada

In de Verenigde Staten [2], Australië [4] en Canada [3] had respectievelijk 6,5%, 7,5% en 3,2% van de bevolking ervaring met (meth)amfetamine. In Canada en Australië werd het gebruik van amfetamine en methamfetamine samen uitgevraagd. In de Verenigde Staten is alleen gevraagd naar het gebruik van methamfetamine en is het gebruik van amfetamine niet uitgevraagd.

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 Europese steden

Voor 2023 rapporteerde het EMCDDA gegevens over amfetamine uit rioolwateranalyses in 85 steden. Ook waren er van 92 steden gegevens beschikbaar over methamfetamine [5]. Omdat voor deze analyses de stoffen amfetamine en methamfetamine zelf gemeten zijn, kan niet met zekerheid vastgesteld worden of deze afkomstig zijn van gebruik door mensen (zie Gegevensbronnen). De gemeten waarden in het rioolwater kunnen bijvoorbeeld ook het gevolg zijn van dumpingen. Het is niet bekend in welke mate de metingen door dumpingen beïnvloed worden.

Amfetamine

- De gevonden amfetamine loads wisselen sterk tussen de deelnemende steden. Met name in Noord- en Centraal Europa worden doorgaans hoge loads aangetroffen. Maar ook in Nederland, België en Duitsland worden hoge loads gevonden. De hoogste dagelijkse loads amfetamine werden gevonden in steden in Zweden, België, Duitsland, Nederland en Finland. Leeuwarden, Rotterdam en Amsterdam stonden respectievelijk op de 5^{e}, 6^{e} en 15^{e} plek. In Utrecht en

Eindhoven was in 2023 sprake van een lozing, deze steden zijn daarom niet meegenomen in deze meting.
- In driekwart van de Europese steden zijn de amfetamine loads in het weekend hoger dan op doordeweekse dagen. In Leeuwarden en Rotterdam zijn de doordeweekse loads juist hoger dan in het weekend. In Amsterdam fluctueerden de loads gedurende de week minder, maar lijkt het gebruik in het weekend iets hoger dan doordeweeks.

Methamfetamine

- Methamfetamine wordt in Europa aanmerkelijk minder vaak gebruikt dan amfetamine. Hoge methamfetamine loads worden vooral in Tsjechië en Duitsland aangetroffen. In Nederlandse steden liggen de gemiddelde dagelijkse loads een stuk lager.
- Methamfetamine loads lijken over het algemeen vrij stabiel gedurende de week. Dit geldt ook voor de Nederlandse steden. Dit kan een indicatie zijn dat gebruik van methamfetamine meer samenhangt met verslaving of problematische patronen van gebruik.

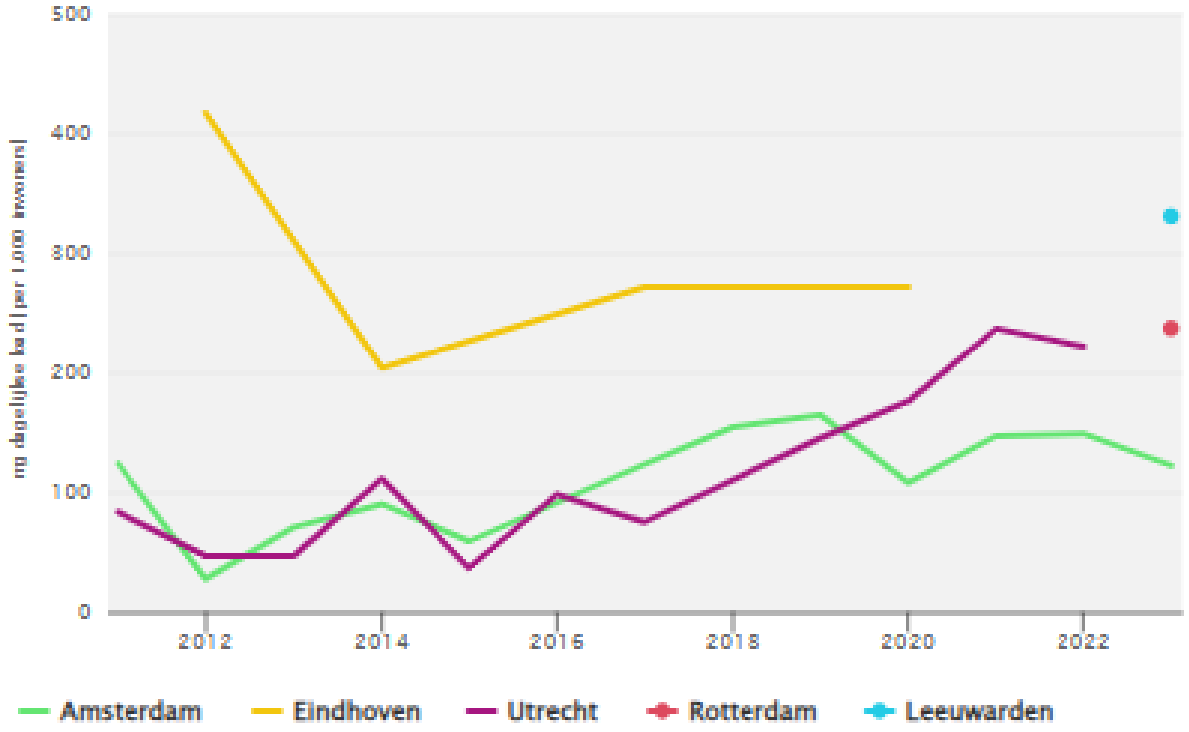
Top 10 van steden met de hoogste dagelijkse load amfetamine (in mg per 1.000 inwoners) van 85 steden inclusief 3 Nederlandse steden

	Land	Stad	Dagelijkse load
1	Zweden	Gävle	557,12
2	België	Antwerpen- Zuid	391,42
3	Duitsland	Saarbrücken	346,86
4	IJsland	Reykjavik	343,95
5	Nederland	Leeuwarden	330,66
6	Nederland	Rotterdam	237,16
7	Duitsland	Dortmund	234,66
8	Finland	Helsinki	184,74
9	Zweden	Uppsala	173,57
10	Letland	Riga	160,07
15	Nederland	Amsterdam	122,02

Bron: SCORE, EMCDDA

- In Amsterdam en Utrecht lijkt er sprake van een lichte stijging in amfetamine loads in de periode tussen 2011 en 2023. Voor Eindhoven missen er te veel metingen om uitspraken te kunnen doen over mogelijke trends. Alleen voor Amsterdam zijn er gegevens beschikbaar uit 2022 en 2023. De amfetamine loads waren in 2023 afgenomen ten opzichte van 2022.
- Ook methamfetamine loads zijn toegenomen in Nederlandse steden tussen 2011 en 2023. Dit geldt voor Amsterdam en in iets mindere mate voor Utrecht. Ten opzichte van 2022 is er geen duidelijke verandering in de hoeveelheid aangetroffen methamfetamine. Ook in Eindhoven zijn er de laatste jaren hogere loads van methamfetamine aangetroffen dan in de jaren vóór 2019, maar omdat er veel metingen missen kunnen er geen eenduidige trends vastgesteld worden.
- Rotterdam en Leeuwarden deden in 2023 voor het eerst mee aan de metingen. Voor deze steden zijn dus geen trendgegevens beschikbaar.

Trends in de dagelijkse load amfetamine (in mg per 1.000 inwoners) in de 5 deelnemende Nederlandse steden



Bron: SCORE, EMCDDA

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2024: 11 Jun 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/event/2024/06/launch-event-european-drug-report-2024_en
2. SAMHSA. 2022 NSDUH Detailed Tables: Publication Date: November 13, 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2022-nsduh-detailed-tables
3. CADS. Canadian Alcohol and Drugs Survey: Survey data for 2019: Date modified: 2021-12-20 [Internet]. 2021. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-alcohol-drugs-survey.html
4. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2022–2023: Use of illicit drugs: Last updated: 29 Feb 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/national-drug-strategy-household-survey/contents/use-of-illicit-drugs
5. EMCDDA. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study: Page last updated: 20 March 2024 [Internet]. 2024. 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

7.6.1 Verslavingszorg

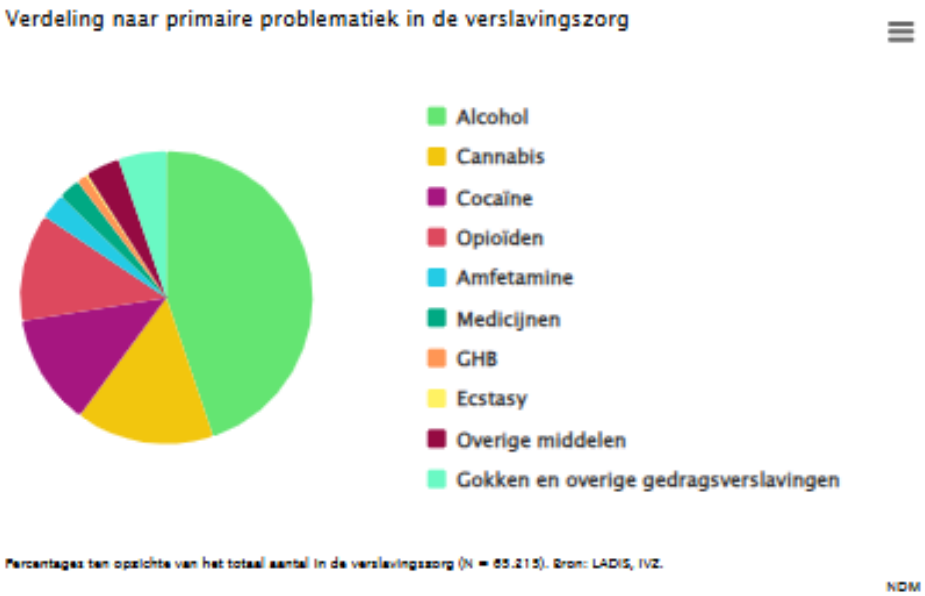
In het kort: In 2023 werden bijna 2.000 mensen behandeld in de verslavingszorg voor primaire amfetamineproblematiek, dat is 6% van het totale aantal mensen in behadeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Het merendeel van de cliënten met primaire amfetamineproblematiek is man en tussen de 25 en 55 jaar oud. Daarnaast hebben nog eens bijna 1.000 mensen amfetamineproblematiek als secundaire problematiek. Het aantal cliënten met primaire en secundaire amfetamineproblematiek is in de periode 2018-2023 gestegen, maar het aandeel amfetaminecliënten in de verslavingszorg (ten opzichte van andere middelen) bleef ongeveer gelijk.

Hoeveel mensen worden behandeld in de verslavingszorg voor amfetamineproblematiek?

In 2023 werden bijna 2.000 mensen behandeld in de verslavingszorg voor primaire amfetamineproblematiek

In 2023 werden volgens het LADIS 1.859 mensen behandeld in de verslavingszorg voor amfetamineproblematiek (waarvan 98% voor amfetamine en 2% voor methamfetamine) [1]. Dat is 3% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg (inclusief gedragsverslavingen en alcohol) en 6% van het totaal aantal mensen in behandeling voor drugsproblematiek in de verslavingszorg. Het gaat hierbij alleen om mensen bij wie de amfetamineproblematiek staat geregistreerd als de enige of de belangrijkste reden voor de behandeling. We noemen dit ook wel ‘primaire’ amfetaminecliënten.

Niet alle verslavingszorg instellingen leveren gegevens aan het LADIS, het genoemde aantal is dus een onderschatting van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg voor amfetamineproblematiek. Volgens een ruwe schatting beslaat het LADIS 70% van de cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek [2].



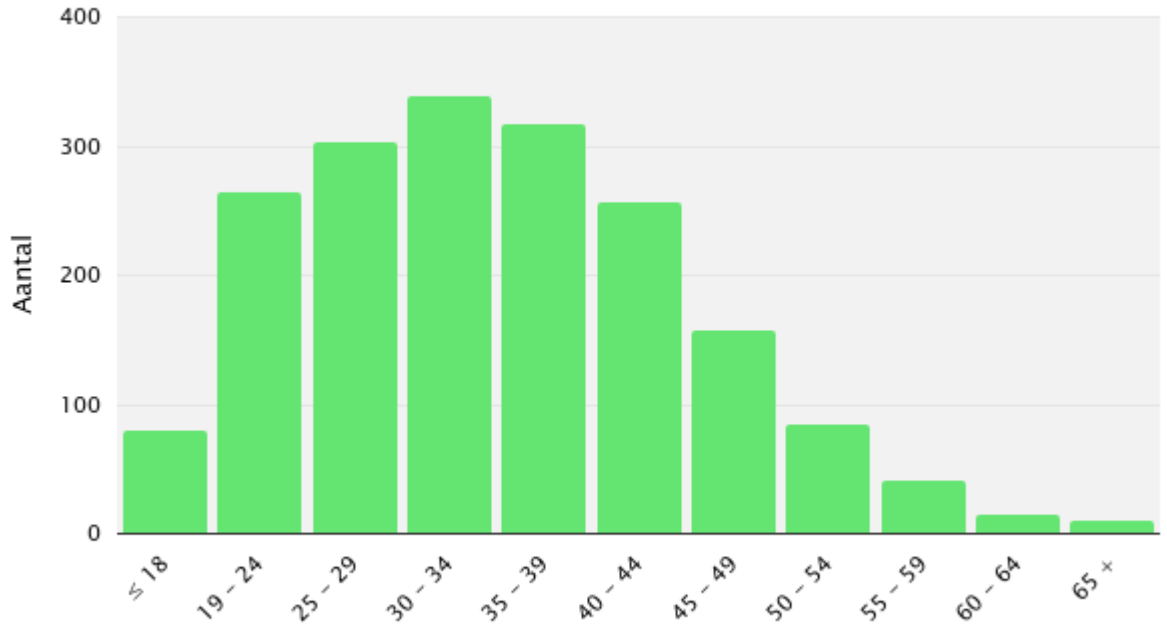
Driekwart van de primaire amfetaminecliënten is man

In 2023 was het merendeel van de cliënten met primaire amfetamineproblematiek man (76%). Ongeveer een kwart (24%) van de cliënten met primaire amfetamineproblematiek was vrouw.

Het merendeel van de amfetaminecliënten is tussen de 25 en 55 jaar oud

De meeste cliënten met amfetamineproblematiek (78%) waren tussen de 25 en 55 jaar oud. Het grootste aantal amfetaminecliënten viel in de leeftijdsgroep 30 t/m 34 jaar. In 2023 was de gemiddelde leeftijd van de primaire amfetaminecliënten 34 jaar.

Leeftijdsverdeling van de primaire amfetaminecliënten in de verslavingszorg. Peiljaar 2023.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Leeftijd	Aantal	Percentages
≤ 18	79	4,2
19 - 24	264	14,2
25 - 29	303	16,3
30 - 34	338	18,2
35 - 39	316	17,0
40 - 44	256	13,8

Leeftijd	Aantal	Percentages
45 - 49	156	8,4
50 - 54	83	4,5
55 - 59	41	2,2
60 - 64	14	0,8
65 +	9	0,5

Driekwart van de amfetaminecliënten is al eens eerder behandeld in de verslavingszorg

Driekwart van de cliënten met primaire amfetamineproblematiek zijn al eens eerder behandeld in de verslavingszorg (78%). Voor een kwart van de amfetaminecliënten (22%) ging het in 2023 om een eerste aanmelding in de verslavingszorg.

Meer dan de helft van de amfetaminecliënten heeft ook nog andere middelenproblematiek

In 2023 had 57% van de cliënten met primaire amfetamineproblematiek ook nog andere verslavingsproblematiek. We noemen dit ook wel secundaire problematiek. Onder primaire amfetaminecliënten kwam secundaire alcoholproblematiek het meeste voor (18% van alle primaire amfetaminecliënten), gevolgd door ‘overige middelen’ (11%) en cannabis (10%). De verzamelcategorie ‘overige middelen’ kan verwijzen naar minder voorkomende middelen zoals ketamine of NPS, maar het kan hier ook om bijvoorbeeld een nicotineverslaving gaan.

Mogelijk hebben de amfetaminecliënten in de verslavingszorg ook nog andere psychische problemen dan verslaving. Het LADIS verzamelt hier echter niet systematisch gegevens over.

Amfetamine komt als secundaire problematiek het vaakst voor bij alcoholcliënten

Amfetamine kan ook voorkomen als secundaire problematiek bij cliënten die voor andere verslavingsproblematiek in behandeling zijn. In totaal ging het in 2023 om 950 secundaire

amfetaminecliënten. Voor cliënten met amfetamine als secundaire problematiek was het meest voorkomende primaire middel alcohol (35%) en daarop volgend cannabis (20%). Ook bij cliënten met cocaïne- (13%) en GHB-problematiek (12%) kwam amfetamine als secundaire problematiek relatief vaak voor.

Is het aantal mensen dat wordt behandeld in de verslavingszorg voor amfetamineproblematiek veranderd?

Lichte toename in cliënten met primaire amfetamineproblematiek lijkt verklaard door bevolkingsgroei

Tussen 2018 en 2023 is het aantal cliënten in behandeling voor primaire amfetamineproblematiek gestegen, van 1.566 naar 1.859 cliënten. Deze stijging vond voornamelijk plaats tussen 2018 en 2021. In de loop van de jaren zijn er steeds meer instellingen bijgekomen die gegevens aanleveren aan het LADIS. Als we alleen kijken naar de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd (de constante instellingen), dan is er echter nog steeds sprake van een lichte stijging in het aantal cliënten met amfetamineproblematiek, van 1.566 naar 1.799.

Tussen 2018 en 2023 is de bevolking van Nederland gegroeid. Om hier rekening mee te houden is ook gekeken naar het aantal cliënten per 100.000 inwoners. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder bleef ongeveer gelijk tussen 2018 (10,9) en 2023 (11,9). Voor deze berekeningen zijn de gegevens van de constante instellingen meegenomen.

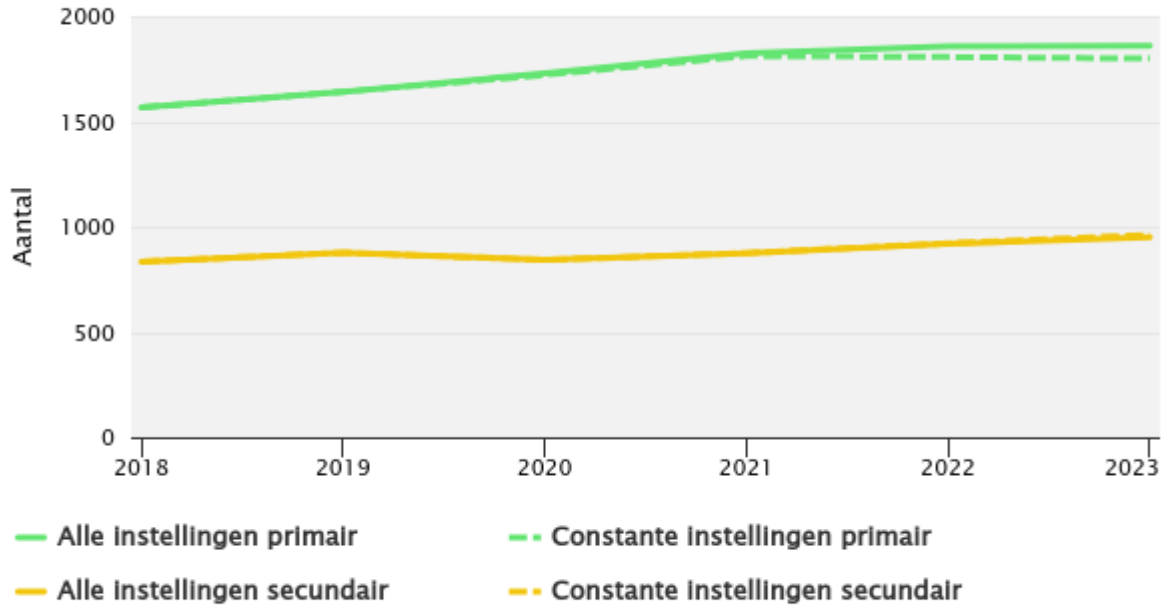
Het aandeel amfetaminecliënten in de verslavingszorg bleef in de periode 2018-2023 gelijk

Het aandeel cliënten met primaire amfetamineproblematiek onder alle cliënten in de verslavingszorg bleef gelijk in de periode 2018-2023 op 3%. Het aandeel van de amfetaminecliënten onder alle cliënten in behandeling voor drugs nam licht toe van 5% naar 6%. Voor deze berekeningen zijn de gegevens van alle deelnemende instellingen meegenomen.

Het aantal secundaire amfetaminecliënten nam in de periode 2018-2023 licht toe

Het aantal cliënten bij wie amfetamineproblematiek speelde als secundaire problematiek is in de periode 2018-2023 licht gestegen, van 833 naar 950 cliënten. Er zijn geen duidelijke verschillen in aantallen tussen de instellingen die gedurende alle jaren data aanleverden en alle deelnemende instellingen.

Aantal cliënten in de verslavingszorg in Nederland met primaire en secundaire amfetamineproblematiek, vanaf 2018



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Jaartal	Alle instellingen primair	Constante instellingen primair	Alle instellingen secundair	Constante instellingen secundair
2018	1566	1566	833	833
2019	1641	1641	877	877
2020	1729	1721	843	842
2021	1824	1811	874	875
2022	1857	1806	919	921
2023	1859	1799	950	961

Geen duidelijke veranderingen in man/vrouw-verdeling of leeftijd in de periode 2018-2023

In de periode 2018-2023 waren er weinig veranderingen in de man/vrouw verdeling of de leeftijd van de amfetaminecliënten. Het aandeel mannen, de gemiddelde leeftijd en de verdeling over de verschillende leeftijdscategorieën bleef grotendeels gelijk.

Hoe behandelt de verslavingszorg mensen met amfetamineproblematiek?

De verslavingszorg is onderdeel van de gezondheidszorg. De verslavingszorg helpt mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere gedragsverslaving. De behandeling van stoornissen in het gebruik van amfetamine is gebaseerd op de 'Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines' [3].

In de behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van amfetamine staat een psychologische behandeling met cognitieve gedragstherapie en (bij voorkeur intensieve) motiverende gespreksvoering voorop. Het toevoegen van Contingency 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 [3].

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het LADIS

De gegevens over het aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor amfetamineproblematiek zijn afkomstig van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Verslavingszorginstellingen leveren gepseudonimiseerde gegevens over hun cliënten aan het LADIS. Tussen 2015 en 2022 konden er geen nieuwe gegevens worden verzameld in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag geregeld voor het aanleveren van deze gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Vanaf 2023 zijn er weer verschillende rapportages van het LADIS verschenen [1]. Gegevens van voor 2018 worden momenteel niet gerapporteerd, omdat deze oudere gegevens opnieuw zijn opgevraagd bij de instellingen en eventuele verschillen met de oude gegevens nog niet onderzocht zijn.

Gegevens over het aantal cliënten in behandeling kunnen informatie geven over (trends in) de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn voor trends in problematisch gebruik. Echter zoekt maar een deel van de probleemgebruikers hulp bij de verslavingszorg. Onderzoek laat zien dat mensen die professionele hulp zoeken vaak ernstigere problemen hebben dan mensen die dit (nog) niet doen. Ook hebben ze vaker last van andere bijkomende psychische problemen [4,5].

Beperkingen van het LADIS

Er zijn een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg. (Nog) niet alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het LADIS. De afgelopen jaren zijn er wel steeds meer instellingen bijgekomen. Omdat dit de trends kan beïnvloeden rapporteert het LADIS zowel de trends van alle deelnemende instellingen als uitsluitend van de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd. Mogelijk bereiken de instellingen die nog geen gegevens aanleveren een andere doelgroep dan de instellingen die wel gegevens aanleveren.

Bij sommige van de deelnemende instellingen is er sprake van onderregistratie. Ook leveren niet alle instellingen de gegevens over het type middel even specifiek aan. Zo gebruiken sommige instellingen nog verzamelcategorieën, zoals “opiaten” of “overige middelen”. Gegevens over specifieke middelen kunnen dus ‘verborgen’ zijn in deze verzamelcategorieën. Daarnaast kunnen mensen ook buiten de verslavingszorg hulp krijgen, bijvoorbeeld bij de reguliere GGZ, in de huisartsenpraktijk, bij vrijgevestigde psychologen of via anonieme eHealth. Tot slot lijkt er sprake van slechts een beperkte capaciteit in de verslavingszorg, zo is er in de afspraken met verzekeraars sprake van een behandelplafond. Wanneer het behandelplafond voortijdig wordt bereikt kunnen behandelingen niet meer worden gedeclareerd. Ook is er in de verslavingszorg een tekort aan personeel.

Er staan ook nog mensen met een hulpvraag op het gebied van middelenproblematiek op een wachtlijst voor hulp in de verslavingszorg. Hoeveel mensen dit precies zijn is niet bekend. De gemiddelde totale wachttijd (vanaf aanmelding tot start behandeling) voor een behandeling voor de diagnosegroep “Middelgerelateerd en verslaving” was volgens de NZA 15 weken in december 2023 [6].

Bronnen

1. Wisselink DJ, Van der Slink JB, Kerssies JP. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2018 – 2023. 2024. p. 1–85.
2. Vektis.nl. Factsheet GGZ [Internet]. Gepubliceerd op: 30-05-2024. Available from: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024
3. 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.
4. 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.
5. Tuithof M. Drinking Distilled: onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population. Amsterdam: Univeristeit van Amsterdam; 2015.
6. Zorgautoriteit N. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/

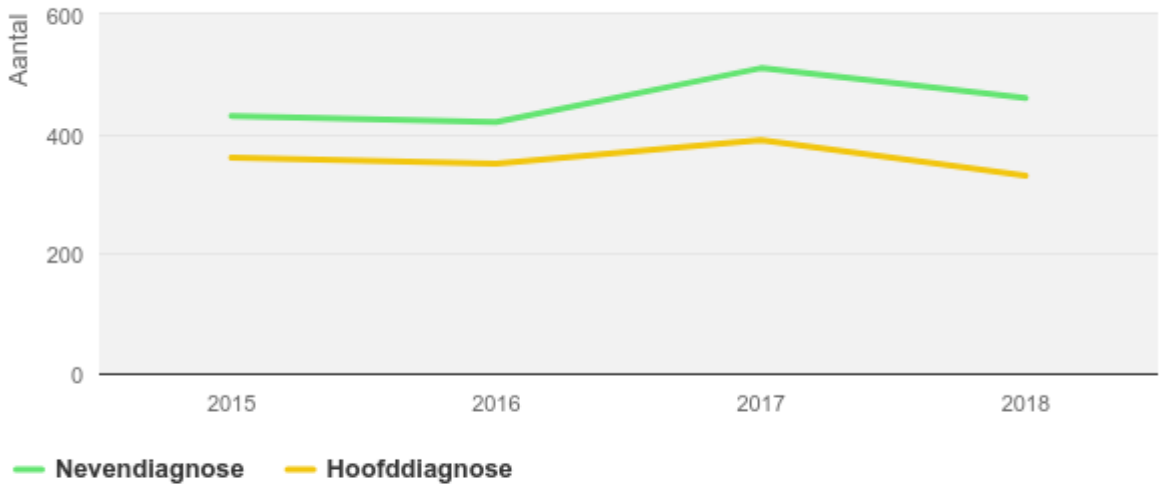
7.6.2 Algemene ziekenhuizen

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).

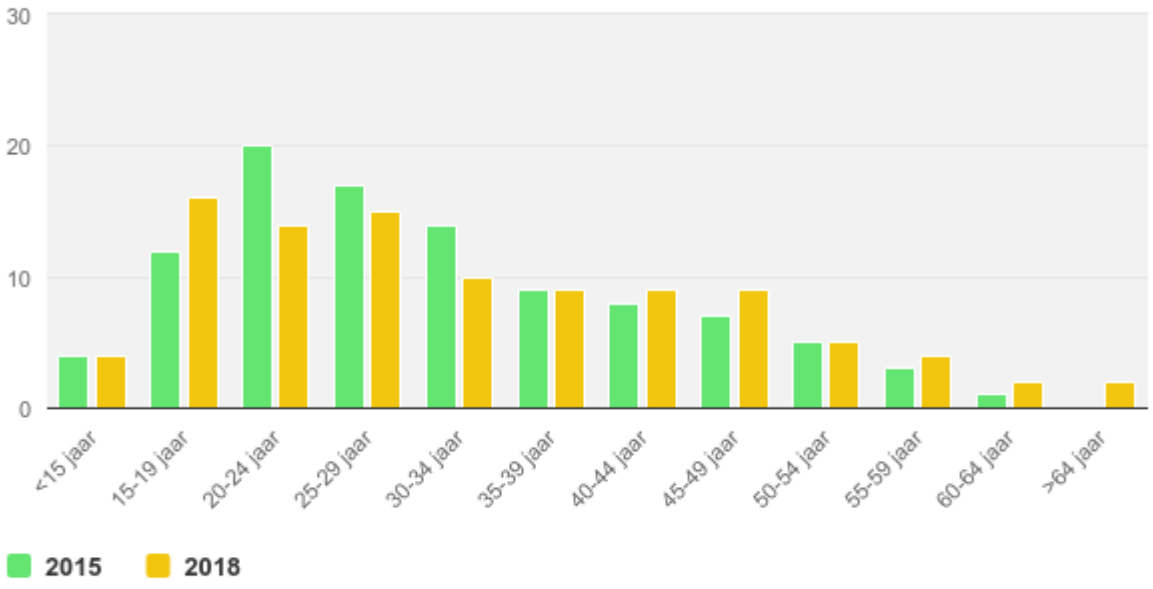
NDM

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

7.8.1 Samenstelling

Wat is de samenstelling van de amfetamine die wordt verkocht op de Nederlandse drugsmarkt?

In het kort: Van alle drugsmonsters die in 2023 waren ingeleverd bij de testlocaties, was één op de twintig verkocht als amfetamine. Dit is vergelijkbaar met 2022. Negen op de tien ingeleverde amfetaminemonsters bevatten ook echt amfetamine. Amfetamine wordt het vaakst versneden met cafeïne. Amfetamine die met cafeïne is versneden bevat vaak een groot aandeel cafeïne.

Eén op de twintig ingeleverde drugsmonsters is verkocht als amfetamine

In 2023 werden 991 drugsmonsters ingeleverd die zijn verkocht als amfetamine. Dit is 5,2% van het totaal aantal drugsmonsters (19.109) dat werd ingeleverd bij de testlocaties. Daarmee ligt het aandeel amfetaminemonsters ongeveer op hetzelfde niveau als in 2022 (4,9%). In de afgelopen tien jaar lijkt het aandeel ingeleverde amfetaminemonsters ten opzichte van het totaal gestaag te dalen [1]. Het absolute aantal ingeleverde amfetaminemonsters is in de afgelopen tien jaar ongeveer gelijk gebleven. De monsters werden verkocht als amfetamine, maar dat betekent niet dat ze ook allemaal echt amfetamine bevatten.

Negen op de tien amfetamine-monsters bevatten echt amfetamine

In 2023 bevatte het overgrote deel (89,6%) van de als amfetamine gekochte drugsmonsters ook echt amfetamine. Het aandeel monsters dat echt amfetamine bevat lijkt in de afgelopen tien jaar licht te dalen, vanaf 96,1% in 2013 naar 89,3% in 2022. Ongeveer de helft van de ingeleverde drugsmonsters die waren verkocht als amfetamine (51,7%) bevatte alleen amfetamine, zonder andere werkzame stoffen.

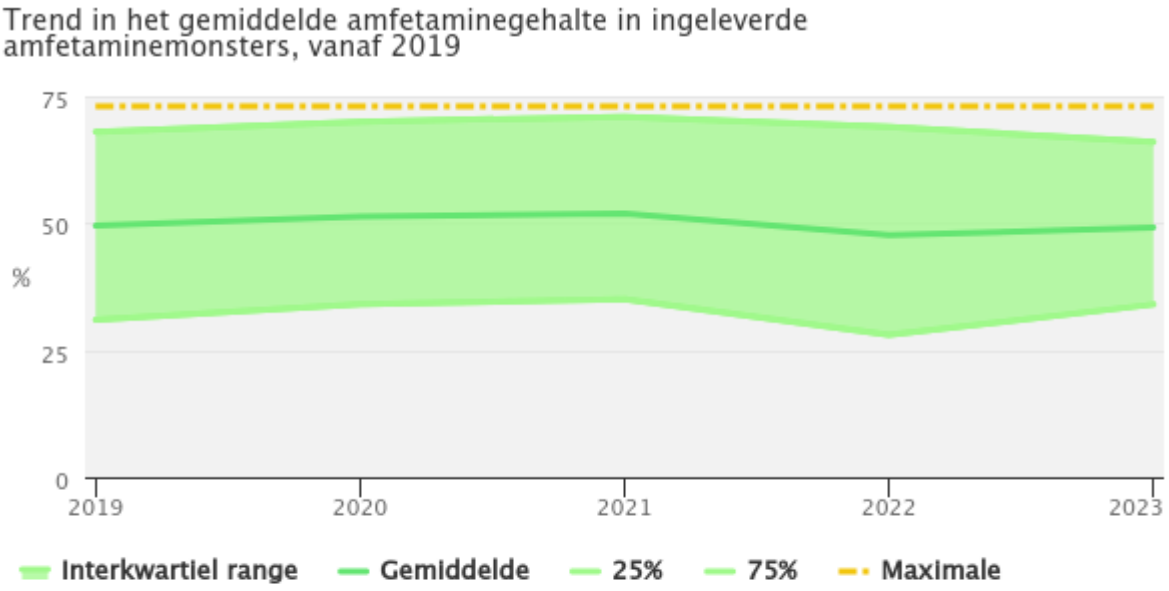
Amfetaminemonsters in Nederland bevatten gemiddeld 49,2% amfetamine

In 2023 hadden amfetaminemonsters een gemiddeld amfetaminegehalte van 49,2%. Het amfetaminegehalte kan van monster tot monster erg verschillen. In 2023 bevatte de helft van alle monsters waarin amfetamine werd gevonden een amfetaminegehalte tussen de 34% en 66%. Het theoretisch maximaal haalbare amfetaminegehalte in amfetaminemonsters is 73%. Dit is omdat amfetamine in zoutvorm wordt gebruikt, maar het DIMS uitslagen in de base-vorm rapporteert [1].

Vergeleken met andere Europese landen bevat Nederlandse amfetamine een relatief hoog amfetaminegehalte. In de helft van de Europese landen ligt het gemiddelde amfetaminegehalte tussen de 18% en 40% [2].

Amfetaminegehalte laatste vijf jaar stabiel gebleven

Het gemiddelde amfetaminegehalte in de amfetamine die is ingeleverd bij de testlocaties is de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven. Het gemiddelde gehalte amfetamine lag de afgelopen vijf jaar steeds steeds tussen de 47% en 52%.



Gemiddelde gehalte amfetamine in amfetaminemonsters die ook echt amfetamine bevatten in percentages. De percentages zijn gebaseerd op de base-vorm. Omdat amfetamine in zoutvorm (sulfaat) voorkomt, is het maximale gehalte amfetamine 73%. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Gemiddelde	25%	75%	Maximale
2019	49,50851	31	68	73
2020	51,32114	34	70	73
2021	51,93738	35	71	73
2022	47,63319	28	69	73
2023	49,15199	34	66	73

Amfetamine wordt het vaakst versneden met cafeïne

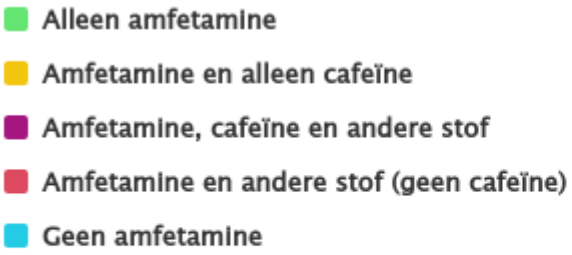
Amfetamine wordt relatief vaak versneden met andere stoffen. Het gaat dan meestal om cafeïne. In 2023 bevatte 30,4% van de monsters met amfetamine ook cafeïne. In monsters waarin géén amfetamine zat, werd ook vaak cafeïne gevonden (39,0%).

Als amfetamine versneden wordt met cafeïne, dan is het aandeel cafeïne vaak aanzienlijk. In 2023 bestonden amfetaminemonsters waarin ook cafeïne zat gemiddeld voor 44,8% uit cafeïne.

Ook wordt er soms fenetylamine in als amfetamine verkochte monsters gevonden. Fenetylamine is een middel dat het effect van amfetamine nabootst.

Samenstelling van als amfetamine gekochte drugsmonsters. Peiljaar 2023.





Percentages van de gevonden samenstellingen in bij het DIMS ingeleverde monsters die zijn verkocht als amfetamine. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	%
Alleen amfetamine	51,7
Amfetamine en alleen cafeïne	25,3
Amfetamine, cafeïne en andere stof	5,1
Amfetamine en andere stof (geen cafeïne)	7,4

	%
Geen amfetamine	10,4

Methamfetamine wordt nauwelijks ingeleverd bij testlocaties

In 2023 werden in totaal 58 monsters ingeleverd die waren verkocht als methamfetamine. Dit is minder dan 0,5% van het totaal ingeleverde aantal drugsmonsters (19.109) bij de testlocaties. In 2022 werden 34 samples ingeleverd die verkocht zijn als methamfetamine. Deze kleine aantallen zeggen niet direct iets over de omvang van het gebruik in Nederland. Wel toont dit aan dat het middel onder gebruikers van de testlocaties niet populair is. Het gaat hier mogelijk om een andere gebruikersgroep. Het gebruik van methamfetamine komt in de algemene populatie erg weinig voor. Het wordt vooral gebruikt in kleine niches, met name in de chemsex scene (voor meer informatie zie: Methamfetamine). Mogelijk zijn deze gebruikers minder snel geneigd hun drugs te laten testen.

Methamfetaminemonsters in Nederland bevatten gemiddeld 63,5% methamfetamine

In 2023 hadden methamfetaminemonsters een gemiddeld gehalte methamfetamine van 63,5%. Dit is lager dan in de voorgaande drie jaren. Toen was het gemiddelde gehalte methamfetamine ongeveer 75%. Vanwege de lage aantallen ingeleverde methamfetaminemonsters is lastig te bepalen hoe betrouwbaar deze gegevens zijn.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van drugstestlocaties. Het DIMS-netwerk bestaat uit 12 instellingen voor verslavingszorg en Stichting Mainline en wordt gecoördineerd vanuit het Trimbos-instituut. Het doel van het DIMS is het inzicht krijgen in de markt van illegale drugs. Consumenten kunnen anoniem hun drugs laten testen bij 32 testlocaties verspreid over heel Nederland. Het DIMS onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in deze ingeleverde drugsmonsters [1]. Hiervoor worden verschillende analysemethoden gebruikt. Welke analysemethoden worden gebruikt hangt onder andere af van de vorm van het drugsmonster en de samenstelling. De meeste analyses worden gedaan in een extern laboratorium met GC-MS (gaschromatografie-massaspectrometrie) en LC-DAD (vloeistofchromatografie). Bepaalde poedermonsters en GHB kunnen soms ook direct op een aantal testlocaties of bij het DIMS-hoofdkantoor geanalyseerd worden met behulp van een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Een deel van de monsters in pil-vorm wordt op basis van bepaalde

kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend.

Voorlichting en waarschuwingsfunctie

De testlocaties hebben een belangrijke voorlichtingsfunctie. Consumenten die drugs laten testen krijgen informatie over de effecten en risico's van de ingeleverde drugs. Als er drugs in omloop zijn die een extra risico met zich meebrengen waarschuwt het DIMS landelijk, regionaal of lokaal, of via sociale media.

Meer informatie over het testen van drugs is te vinden op de website van het DIMS.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [2].

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
2. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

7.8.2 Prijs

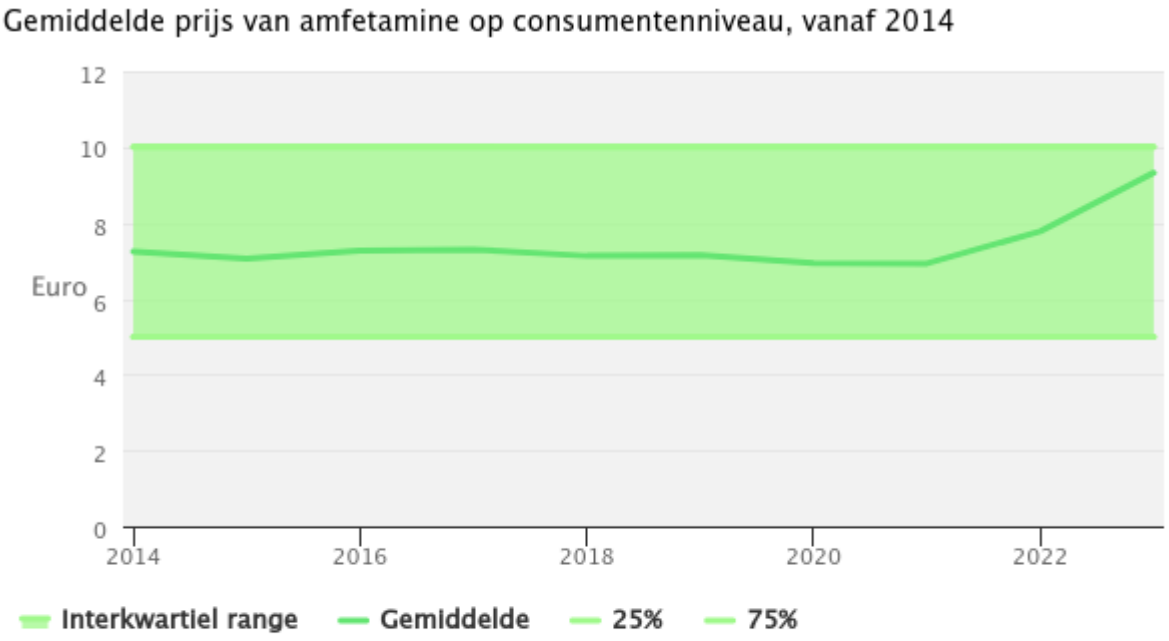
Wat kost de amfetamine die verkocht wordt in Nederland?

In het kort: De prijs van een gram amfetamine in Nederland was in 2023 gemiddeld €9,30. Dit is een stijging ten opzichte van de afgelopen jaren. Een gram methamfetamine kostte in 2023 in Amsterdam gemiddeld €50,-.

De prijs van amfetamine is gestegen tot ongeveer 9 euro per gram

Consumenten die bij de testlocaties hun amfetamine lieten testen, betaalden in 2023 gemiddeld €9,32 per gram amfetamine [1]. Dit is een stijging ten opzichte van de voorgaande jaren. De gemiddelde prijs van amfetamine was jarenlang redelijk constant rond de €7,00.

De gemiddelde prijs van een gram amfetamine in de Europese Unie ligt tussen de €7 en €59. In de helft van de Europese landen kost een gram amfetamine gemiddeld tussen de €9 en €19 [2].



Gemiddelde prijs in euro per gram amfetamine. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Gemiddelde	25%	75%
2014	7,24	5	10
2015	7,06	5	10
2016	7,27	5	10
2017	7,3	5	10
2018	7,13	5	10
2019	7,15	5	10
2020	6,94	5	10
2021	6,93	5	10
2022	7,78	5	10
2023	9,32	5	10

Geen landelijke gegevens beschikbaar over prijs van methamfetamine

Over de prijs van methamfetamine zijn geen landelijke cijfers beschikbaar. De reden hiervoor is dat het middel te weinig op testlocaties wordt ingeleverd om tot betrouwbare gegevens te komen. Op lokaal niveau zijn wel gegevens beschikbaar. Tot 2019 kostte een gram methamfetamine in Amsterdam tussen de €100 en €150. Sindsdien is de prijs behoorlijk gezakt. In 2023 is de gemiddelde prijs voor een gram methamfetamine in Amsterdam ongeveer €50 [3].

In verschillende landen binnen de Europese Unie kost een gram methamfetamine gemiddeld tussen de €25 en €100. In de helft van de Europese landen kost een gram methamfetamine gemiddeld tussen de €36 en €83 [2].

Er zijn ook justitiële gegevens bekend over de amfetaminemarkt in Nederland

Lees meer informatie over:
- Handel en Smokkel van amfetamine.
- Inbeslagnames van amfetamine.
- Productielocaties van amfetamine.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van drugstestlocaties. Het DIMS-netwerk bestaat uit 12 instellingen voor verslavingszorg en Stichting Mainline en wordt gecoördineerd vanuit het Trimbos-instituut. Het doel van het DIMS is het inzicht krijgen in de markt van illegale drugs. Consumenten kunnen anoniem hun drugs laten testen bij 32 testlocaties verspreid over heel Nederland [1]. Als consumenten hun drugsmonster laten testen bij een testlocatie wordt hen ook gevraagd naar de aankoopprijs. Hierdoor is er een goed inzicht in de prijs die consumenten betalen voor amfetamine.

Gegevens over de prijs van methamfetamine komen uit Antenne Amsterdam [3]. In dit onderzoek worden gegevens over actuele prijzen van drugs verzameld door interviews met uitgaanders en uit menulijsten van bezorgdiensten.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [2].

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
2. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en
3. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2023: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024.

Lachgas

Laatste feiten en trends

Volwassenen
Lachgasgebruik in het laatste jaar (2023)



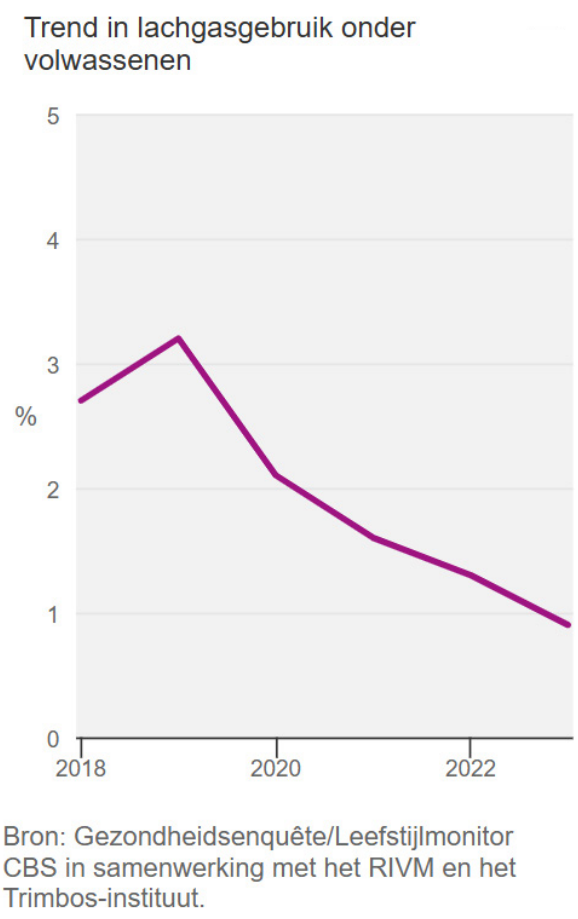
0,9%

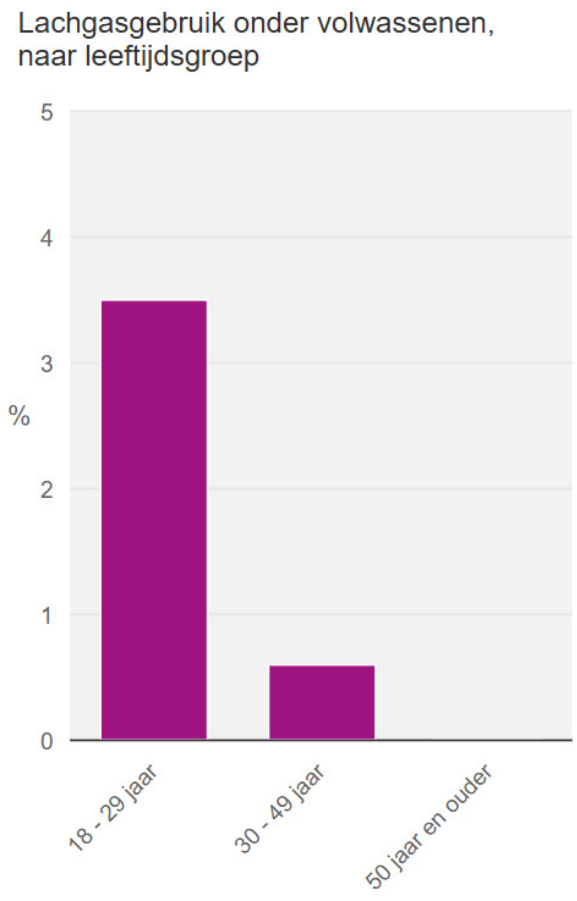


0,5%



1,2%





- In 2023 had 7,2% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit lachgas gebruikt, 0,9% gebruikte in het laatste jaar lachgas en 0,2% deed dit in de laatste maand. Het gebruik van lachgas in het laatste jaar is het hoogst onder mannen, 18-29-jarigen, hoog- en middelbaar opgeleiden en volwassenen met een Europese en niet-Europese herkomst en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.
- In 2023 is het gebruik van lachgas onder volwassenen lager dan in 2022. Ook vergeleken met 2018 is het lachgasgebruik in 2023 lager. Deze daling deed zich voor onder mannen en vrouwen, 18-29-jarigen en 30-49-jarigen, alle opleidingsniveaus en volwassenen in (zeer) sterk en weinig/niet stedelijke gebieden.
- 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.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs
12-16 jaar
laatste jaar (2023)



2,0%

Studenten
≥16 jaar
laatste jaar (2023)



5,4% (mbo)
5% (hbo & wo)

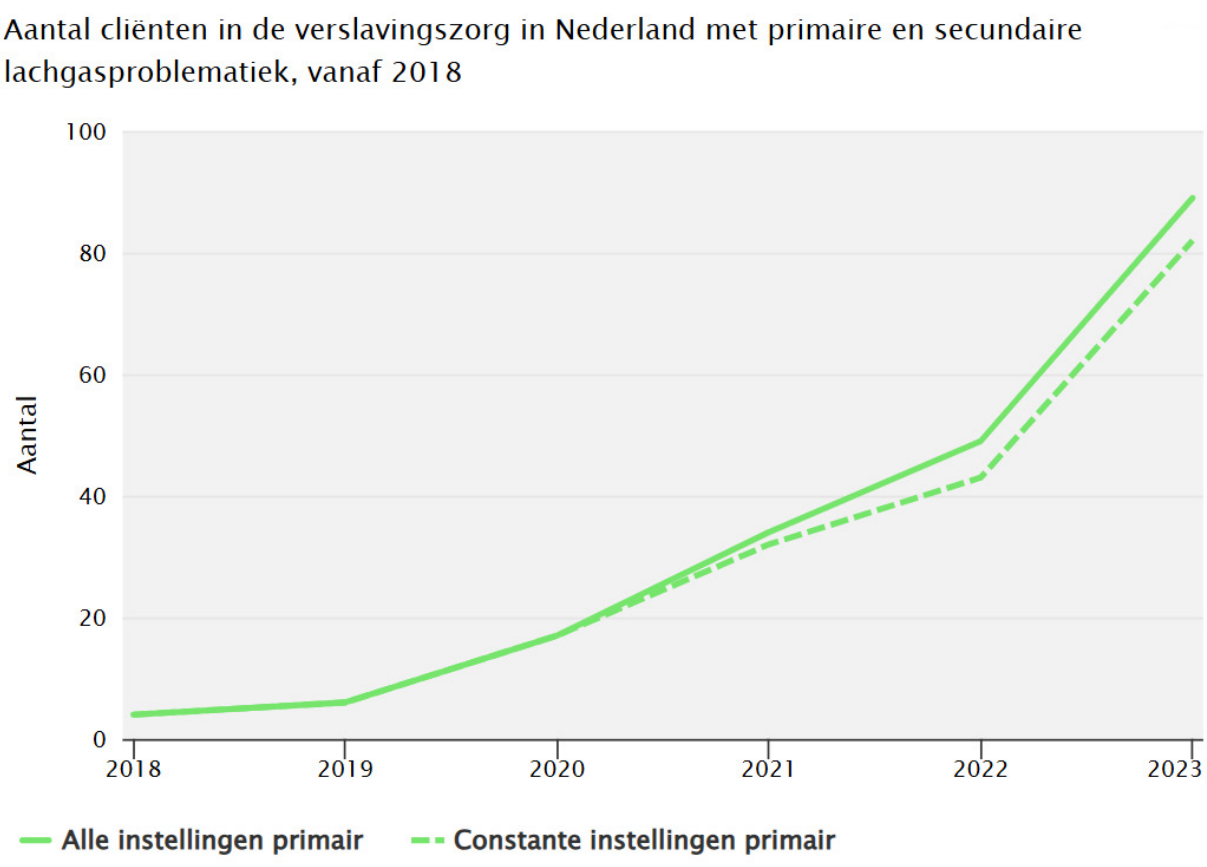
Uitgaanders
16-35 jaar
laatste jaar (2023)



15,0%

- In 2023 had 3,1% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit lachgas gebruikt, 2,0% gebruikte in het laatste jaar lachgas en 0,9% deed dit in de laatste maand. Minder vwo-scholieren hebben ervaring met het gebruik van lachgas dan scholieren van het vmbo. Meer scholieren met een niet-Nederlandse herkomst hebben ervaring met lachgas dan scholieren met een Nederlandse herkomst. Er is een kleine groep scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) die intensief lachgas gebruikt (10 of meer ballonnen per keer).
- Het gebruik van lachgas (ooit, laatste maand) onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) is in 2023 meer dan gehalveerd vergeleken met 2015. De daling heeft zich al enkele jaren voor het lachgasverbod ingezet.
- In 2023 gebruikte ongeveer één op de twintig mbo-studenten (5,4%) en hbo– en universiteitsstudenten (5%) van 16 jaar en ouder lachgas in het laatste jaar. Het lachgasgebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 gedaald van 17,2% naar 10,5%.
- 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.
- Lachgasgebruik komt relatief veel voor onder jongeren uit kwetsbare groepen. In groepen risicojongeren is de populariteit van lachgas afgenomen. Maar jongerenwerkers zien bij sommige jongeren van Turks- en Marokkaans-Nederlandse afkomst nog wel relatief veel dagelijks en problematisch lachgasgebruik.

Hulpvraag en incidenten



Bron: LADIS, stichting IVZ.

- Er zijn signalen dat een deel van de lachgasgebruikers tekenen van verslaving vertoont.
- In 2023 werden er 89 mensen behandeld in de verslavingszorg voor lachgasproblematiek, dat is minder dan 1% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugs. Het aantal lachgascliënten in de verslavingszorg steeg tussen 2018 en 2023, al bleef het aandeel ten opzichte van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg vanwege drugs minder dan 1%.
- 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

Wat is lachgas?

Lachgas (distikstofmonoxide, N2O, E942) is een kleurloos, niet-irriterend gas met een zoetige geur en smaak. Het wordt in ziekenhuizen gebruikt als narcosemiddel en in tandartspraktijken of ambulances als kortdurende pijnstiller. Lachgas remt pijnprikkels en heeft een kalmerend effect. Het wordt tegenwoordig echter minder vaak ingezet als verdovingsmiddel bij operaties, omdat er andere, meer geschikte middelen beschikbaar zijn. Daarnaast wordt lachgas gebruikt in de voedingsindustrie, bijvoorbeeld in slagroomspuiten, en in de auto- en motorsport om het vermogen van verbrandingsmotoren te verhogen. Sinds de jaren negentig wordt lachgas ook als roesmiddel gebruikt, waarbij het meestal uit een ballon wordt geïnhaleerd. In de Nationale Drug Monitor wordt lachgas als roesmiddel besproken.

Het inademen van lachgas veroorzaakt een korte, intense roes. De effecten treden vrijwel direct op en geven gebruikers het gevoel van bijna-bewustzijnsverlies. Pijn wordt minder gevoeld en de spieren ontspannen. De effecten van lachgas kunnen echter uren na gebruik nog doorwerken [1].

Wie gebruikt lachgas?

Lachgas wordt door diverse sociaal-demografische groepen gebruikt, van jonge mensen die nog geen alcohol of andere drugs hebben gebruikt tot ervaren uitgaanders die veel ervaring hebben met allerlei drugs. Onder de gebruikers bevinden zich ook kwetsbare jongeren, waaronder ook minderjarigen [2].

Risico's en verbod

Lachgas wordt niet altijd als een drug beschouwd. Gebruikers die het wel als drug zien, erkennen vaak de risico's, maar nemen deze niet altijd serieus [3]. Het middel heeft een relatief onschuldig imago, hoewel bij sommige groepen inmiddels steeds meer bewustzijn ontstaat over de mogelijke risico's van lachgasgebruik [4].

In december 2019 publiceerde het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring Nieuwe Drugs (CAM) een risicobeoordeling over lachgas, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het rapport concludeert dat recreatief gebruik van lachgas gezondheidsrisico's met zich mee kan brengen. Er is geen veilige gebruikslimiet: zelfs het inademen van één ballon kan al leiden tot tintelingen in handen en voeten, wat kan wijzen op neurotoxiciteit [2]. Bij overmatig gebruik kunnen ernstige neurologische problemen optreden [5,6].

Sinds 1 januari 2023 staat lachgas op lijst II van de Opiumwet (lees daarover meer op onze pagina over het lachgasverbod) [7]. Dit betekent dat het vanaf die datum verboden is om lachgas te importeren, exporteren, verkopen of bezitten. Het doel van dit verbod is om het aanbod te verminderen en het recreatief gebruik te beperken. Professioneel gebruik voor medische en technische doeleinden, evenals het gebruik in de voedingsindustrie, blijft echter toegestaan.

Aanpassing voorlichtingsboodschap lachgas

Na 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. Meer informatie over de preventie van lachgasgebruik is te vinden op onze pagina over preventiebeleid voor drugs.

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. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
5. 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
6. 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
7. 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 Lachgasgebruik onder volwassenen

Hoeveel volwassenen gebruiken lachgas?

In het kort: In 2023 had 7,2% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit lachgas gebruikt, 0,9% gebruikte in het laatste jaar lachgas en 0,2% deed dit in de laatste maand. Het gebruik van lachgas in het laatste jaar is het hoogst onder mannen, 18-29-jarigen, hoog- en middelbaar opgeleiden en volwassenen met een Europese en niet-Europese herkomst en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.

Minder dan 1% van de volwassenen gebruikte in het laatste jaar lachgas

In 2023 had 7,2% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit lachgas gebruikt, 0,9% gebruikte in het laatste jaar lachgas en 0,2% deed dit in de laatste maand.

Lachgasgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

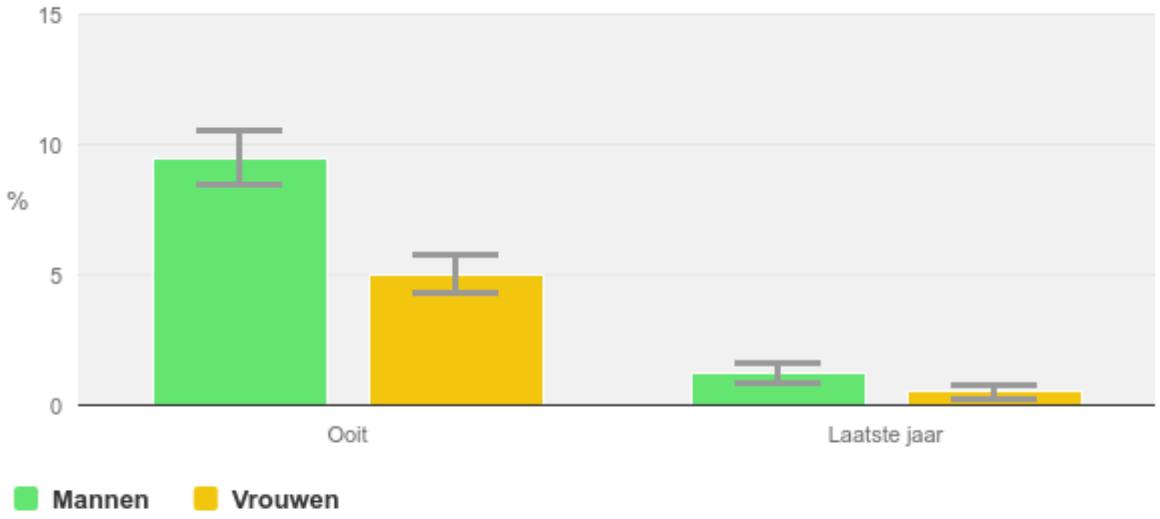
	%	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	7,2	1.020.000	920.000-1.110.000
Laatste jaar	0,9	120.000	90.000-150.000
Laatste maand	0,2	20.000	<10.000-40.000

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.

Meer mannen dan vrouwen gebruiken lachgas

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar lachgas heeft gebruikt is hoger onder mannen (1,2%) dan onder vrouwen (0,5%). Dit geldt ook voor het gebruik ooit in het leven.

Lachgasgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2023.



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.

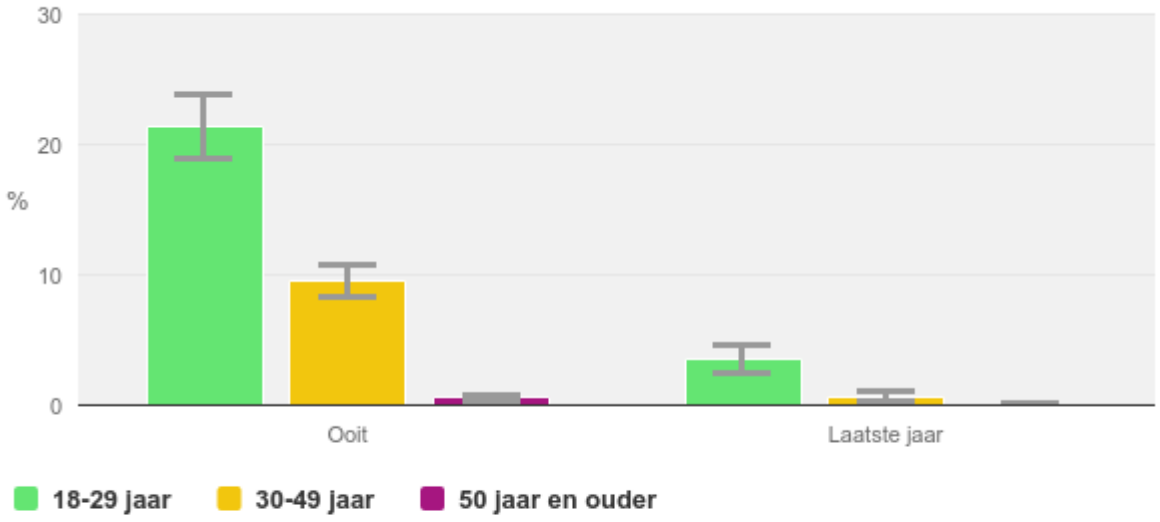
NDM

	Mannen	Man low	Man high	Vrouwen	Vrouw low	Vrouw high
Ooit	9,4	8,4	10,5	5,0	4,3	5,7
Laatste jaar	1,2	0,8	1,6	0,5	0,2	0,7

Lachgasgebruik komt het meest voor onder jongvolwassenen

Het gebruik van lachgas is het hoogst onder jongvolwassenen, daarna neemt het gebruik af met de leeftijd. Ter illustratie: onder 18-29-jarigen heeft 3,5% in het laatste jaar lachgas gebruikt, tegenover 0,6% van de 30-49-jarigen en 0% van de 50-plussers. We zien voor het gebruik ooit in het leven een vergelijkbaar patroon.

Lachgasgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



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

	18-29 jaar	18-29 low	18-29 high	30-49 jaar	30-49 low	30-49 high	50 jaar en ouder	50+ low	50+ high
Ooit	21,3	18,9	23,7	9,5	8,2	10,7	0,5	0,3	0,7
Laatste jaar	3,5	2,4	4,6	0,6	0,2	1,0	0,0	-0,0	0,1

Lachgasgebruikers zijn gemiddeld 25,6 jaar oud

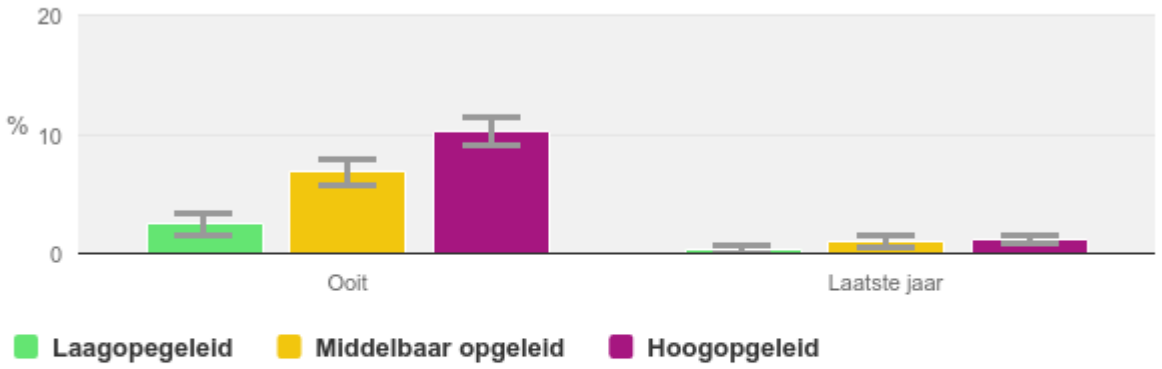
De gemiddelde leeftijd van de volwassenen die in het laatste jaar lachgas hebben gebruikt was 25,6 jaar (SD=6,5) in 2023.

In de LSM-A 2022 is aan de laatste-jaar-gebruikers gevraagd hoe oud zij waren toen zij voor het eerst lachgas gebruikten. De gemiddelde startleeftijd was 21,6 jaar (SD=7,2).

Lachgasgebruik komt het meest voor onder hoog- en middelbaar opgeleiden

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar lachgas heeft gebruikt is hoger onder hoog- (1,1%) en middelbaar opgeleiden (0,9%) dan onder en laagopgeleiden (0,3%). Het gebruik ooit in het leven is het hoogst onder hoogopgeleiden en het laagst onder laagopgeleiden.

Lachgasgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2023.



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

NDM

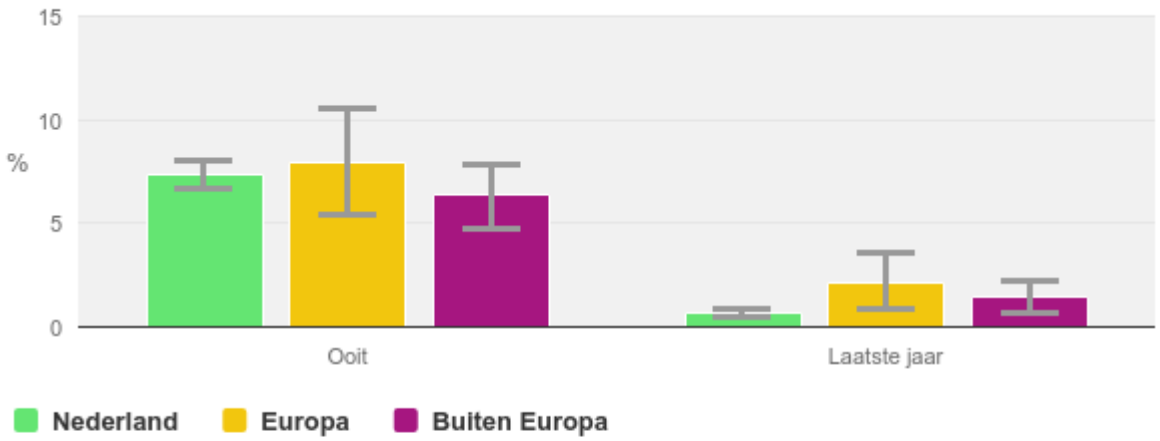
	Laagopegeleid	Laag low	Laag high	Middelbaar opgeleid	Middelbaar low	Middelbaar high	Hoogopgeleid	Hoog high	Hoog low
Ooit	2,4	1,5	3,3	6,8	5,7	7,8	10,2	9,0	11,3
Laatste jaar	0,3	-0,0	0,6	0,9	0,5	1,4	1,1	0,7	1,5

Lachgasgebruik komt het meest voor onder volwassenen met een Europese of niet-Europese herkomst

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar lachgas heeft gebruikt is hoger onder

volwassenen met een Europese herkomst (excl. NL) (2,1%) en een niet-Europese herkomst (1,4%) dan onder volwassenen uit Nederland (0,6%). Voor het gebruik ooit in het leven zijn er geen verschillen tussen de herkomstgroepen.

Lachgasgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2023.



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

NDM

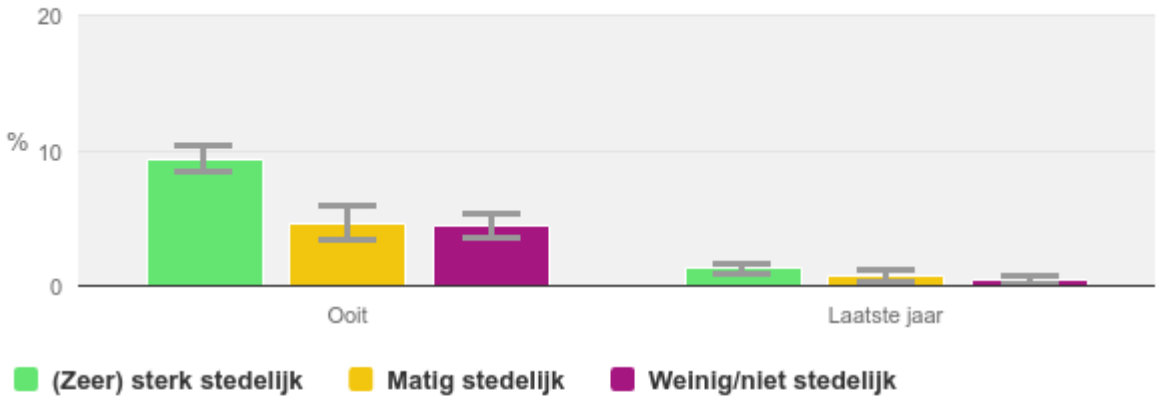
	Nederland	NL low	NL high	Europa	EU low	EU high	Buiten Europa	b-EU low	b-EU high
Ooit	7,3	6,6	8,0	7,9	5,4	10,5	6,3	4,7	7,8
Laatste jaar	0,6	0,4	0,8	2,1	0,8	3,5	1,4	0,6	2,2

Lachgasgebruik is het hoogst in (zeer) sterk stedelijke gebieden

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar lachgas heeft gebruikt is hoger onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (1,2%) dan onder volwassenen in matig (0,6%) en weinig/niet stedelijke gebieden (0,3%), maar het verschil met matig stedelijke gebieden is niet

statistisch significant. Het lachgasgebruik ooit in het leven is ook het hoogst in (zeer) sterk stedelijke gebieden.

Lachgasgebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2023.



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.

NDM

	(Zeer) sterk stedelijk	Sterk low	Sterk high	Matig stedelijk	Matig low	Matig high	Weinig/niet stedelijk	Niet low	Niet high
Ooit	9,3	8,3	10,3	4,5	3,3	5,8	4,4	3,5	5,3
Laatste jaar	1,2	0,8	1,6	0,6	0,2	1,1	0,3	0,1	0,6

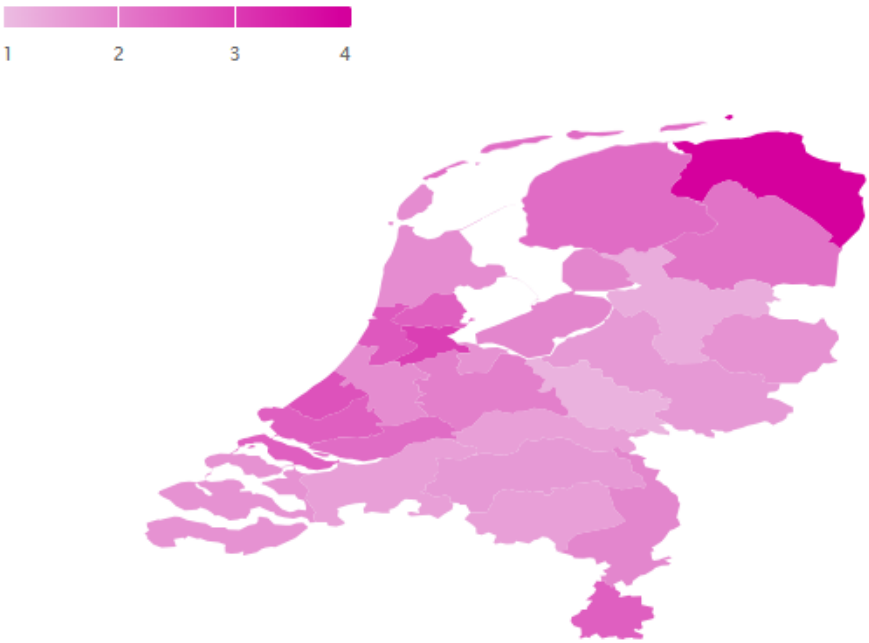
Er is geen verschil in lachgasgebruik onder werkenden en niet-werkenden

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar lachgas heeft gebruikt verschilt niet tussen werkenden (1,4%) en niet-werkenden (2,0%). Dit blijkt uit aanvullende analyses die zijn gepubliceerd in een aparte infographic over middelengebruik en werk [1]. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt van de LSM-A Middelen van het peiljaar 2022.

Lachgasgebruik verschilt per regio

Uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die werd gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen zijn in het gebruik van lachgas [2]. In 2024 werden de hoogste percentages lachgasgebruik in de laatste 12 maanden gevonden in GGD-regio Groningen (3,9%) en GGD-regio Amsterdam (3,0%). Lachgas werd het minst gebruikt in de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (1,2%) en GGD-regio IJsselland (1,3%).

Lachgasgebruik[I] onder jongvolwassenen van 16 tot en met 25 jaar, per GGD-regio. Peiljaar 2024.



I. Laatste jaar: ten minste één keer lachgas gebruikt in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024, GGD'en en RIVM.

NDM

code	value
GGD Groningen	3,9
GGD Drenthe	2,2
GGD IJsselland	1,3
GGD Twente	1,7
GGD Hart voor Brabant	1,6

code	value
Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden	1,2
GGD Gelderland-Zuid	1,5
GGD Flevoland	1,9
GGD Regio Utrecht	2
GGD Hollands-Noorden	1,8
GGD Kennemerland	2,6
GGD Amsterdam	3
GGD Gooi en Vechtstreek	1,7
GGD Hollands-Midden	1,8
GGD Zuid-Limburg	2,5
Dienst Gezondheid & Jeugd ZHZ	2,3
GGD Zeeland	1,7
GGD West-Brabant	1,5
GGD Noord- en Oost-Gelderland	1,6
GGD Brabant-Zuidoost	1,5
GGD Limburg-Noord	1,9
GGD Rotterdam-Rijnmond	2,5

code	value
GGD Haaglanden	2,7
GGD Fryslân	2,3
GGD Zaanstreek/Waterland	2,5

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van lachgas wordt sinds 2018 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van lachgas ooit in het leven en in het laatste jaar kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal lachgasgebruikers in de laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

Regionale cijfers

Naast de landelijke cijfers uit de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale cijfers beschikbaar over drugsgebruik uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen. De meest recente gegevens komen uit

2024 [2], toen meer dan 135.000 jongvolwassenen tussen de 16 en 25 jaar de vragenlijst invulden. In tegenstelling tot 2022 werd er in 2024 geen steekproef getrokken; de vragenlijst was via een open link beschikbaar en respondenten werden vooral geworven via sociale media. De resultaten zijn gestandaardiseerd naar GGD-regio, leeftijd en gender om representativiteit te verbeteren, maar de wervingsmethode kan mogelijk leiden tot een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een slechtere (mentale) gezondheid. Deze cijfers zijn door verschillen in de vraagstelling en leeftijdsgroep niet direct vergelijkbaar met de cijfers uit de GE of de LSM-A Middelen, maar bieden wel inzicht in regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen.

Bronnen

1. Tuithof M, Blokland M, Sannen A. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Utrecht: Trimbos-instituut;
2. GGD’en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024. https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024. 2025.

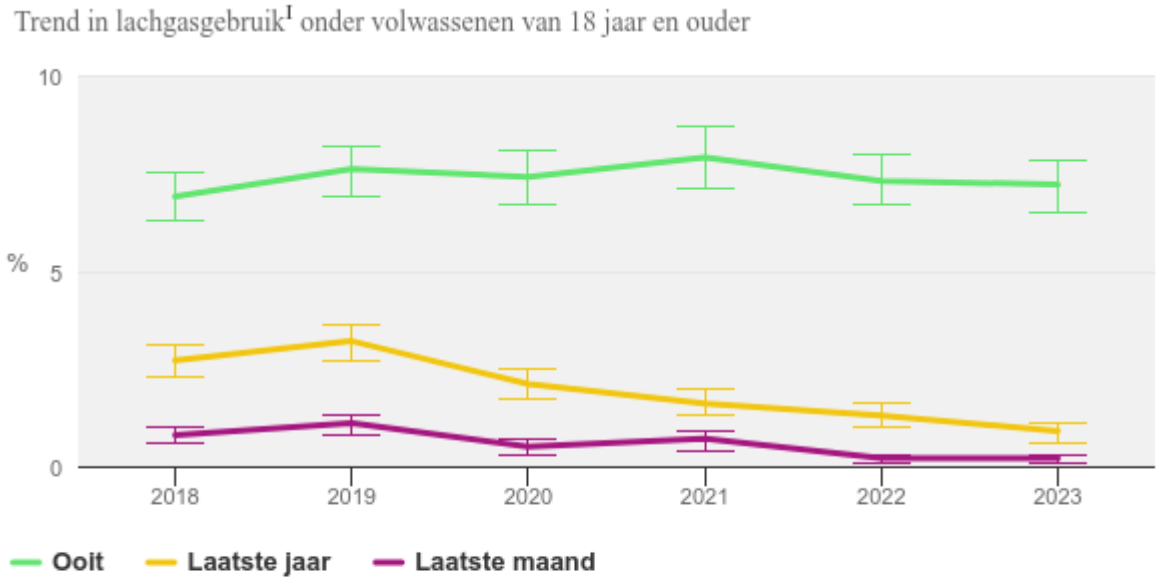
13.2.2 Veranderingen in lachgasgebruik onder volwassenen

Is het lachgasgebruik onder volwassenen veranderd?

In het kort: In 2023 is het gebruik van lachgas onder volwassenen lager dan in 2022. Ook vergeleken met 2018 is het lachgasgebruik in 2023 lager. Deze daling deed zich voor onder mannen en vrouwen, 18-29-jarigen en 30-49-jarigen, alle opleidingsniveaus en volwassenen in (zeer) sterk en weinig/niet stedelijke gebieden.

Lachgasgebruik blijft dalen

In 2023 is het gebruik van lachgas in het laatste jaar gedaald vergeleken met 2022. Ook vergeleken met de eerste meting in 2018 is het laatste-jaar-gebruik van lachgas in 2023 lager. Het gebruik van lachgas ooit in het leven is in 2023 niet veranderd vergeleken met 2018 en 2022.



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.

NDM

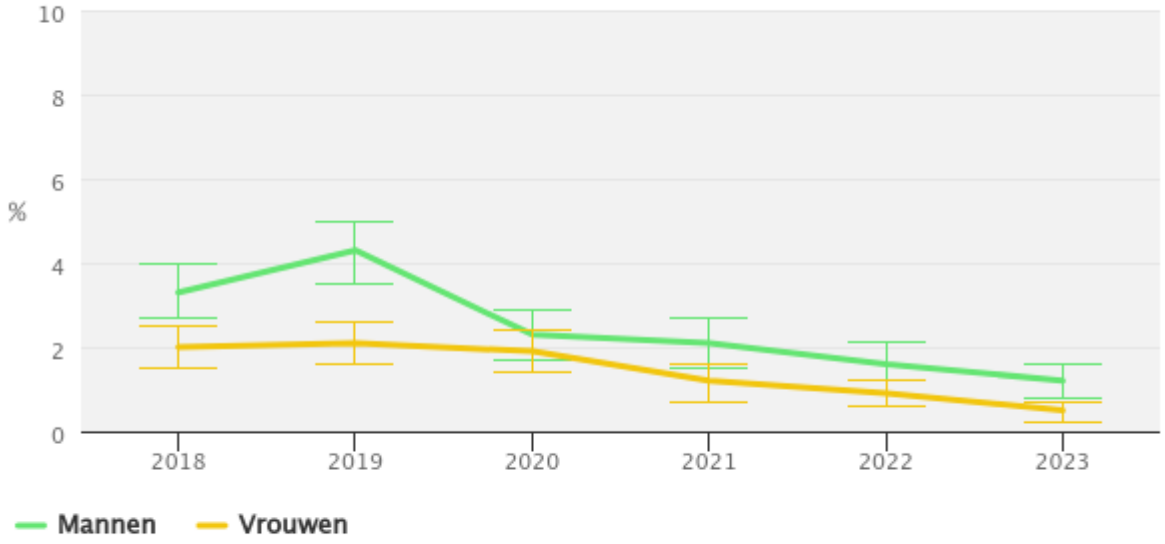
	Ooit	Ooit low	Ooit high	Laatste jaar	Jaar low	Jaar high	Laatste maand	Maand low	Maand high
2018	6,9	6,3	7,5	2,7	2,3	3,1	0,8	0,6	1,0

	Ooit	Ooit low	Ooit high	Laatste jaar	Jaar low	Jaar high	Laatste maand	Maand low	Maand high
2019	7,6	6,9	8,2	3,2	2,7	3,6	1,1	0,8	1,3
2020	7,4	6,7	8,1	2,1	1,7	2,5	0,5	0,3	0,7
2021	7,9	7,1	8,7	1,6	1,3	2,0	0,7	0,4	0,9
2022	7,3	6,7	8,0	1,3	1,0	1,6	0,2	0,1	0,3
2023	7,2	6,5	7,8	0,9	0,6	1,1	0,2	0,1	0,3

Lachgasgebruik is onder mannen en vrouwen op lange termijn gedaald

In 2023 is het percentage vrouwen dat in het laatste jaar lachgas heeft gebruik lager dan in 2022, en onder mannen onveranderd. Vergeleken met 2018 is in 2023 het lachgasgebruik onder zowel mannen als vrouwen lager.

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



I. Laatste jaar: ten minste één keer lachgas gebruikt in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Mannen	Vrouwen
2018	3,3	2,0
2019	4,3	2,1
2020	2,3	1,9
2021	2,1	1,2
2022	1,6	0,9
2023	1,2	0,5

Lachgasgebruik is onder 18-29-jarigen en 30-49-jarigen op lange termijn gedaald

In 2023 is het percentage 18-29-jarigen (3,5%) dat in het laatste jaar lachgas heeft gebruik lager dan in 2022 (5,6%), en onder de andere leeftijdsgroepen onveranderd. Vergeleken met 2018 is in 2023 het lachgasgebruik onder 18-29-jarigen en 30-49-jarigen lager, en onder 50-plussers onveranderd.

De gemiddelde leeftijd van lachgasgebruikers is stabiel

De gemiddelde leeftijd van volwassenen die in het laatste jaar lachgas hebben gebruikt is in 2023 (25,6 jaar) niet anders dan in 2022. Ook vergeleken met 2018 is in 2023 de gemiddelde leeftijd van de lachgasgebruikers niet veranderd.

Lachgasgebruik is onder alle opleidingsniveaus op lange termijn gedaald

Tussen 2022 en 2023 is er voor geen van de opleidingsniveaus een statistisch significante verandering in het gebruik van lachgas in het laatste jaar. Vergeleken met 2018 is in 2023 het lachgasgebruik in het laatste jaar onder alle opleidingsniveaus lager.

Nog geen trendgegevens voor herkomstgroepen beschikbaar voor lachgasgebruik

In 2023 is het percentage Nederlanders (0,6%) dat in het laatste jaar lachgas heeft gebruikt lager dan in 2022 (1,3%). Onder de andere herkomstgroepen bleef het lachgasgebruik in het laatste jaar onveranderd. Sinds 2022 hanteert het CBS een nieuwe indeling naar herkomst, er zijn daarom geen trendgegevens voor de nieuwe herkomstgroepen beschikbaar tussen 2018 en 2022.

Lachgasgebruik is onder volwassenen in alle stedelijkheidsniveaus op lange termijn gedaald

Tussen 2022 en 2023 is er voor geen van de stedelijkheidsniveaus een statistisch significante verandering in het gebruik van lachgas in het laatste jaar. Vergeleken met 2018 is in 2023 het lachgasgebruik onder volwassenen in (zeer) sterk en weinig/niet stedelijke gebieden lager.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van lachgas wordt sinds 2018 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A

Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van lachgas ooit in het leven en in het laatste jaar kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal lachgasgebruikers in de laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

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.

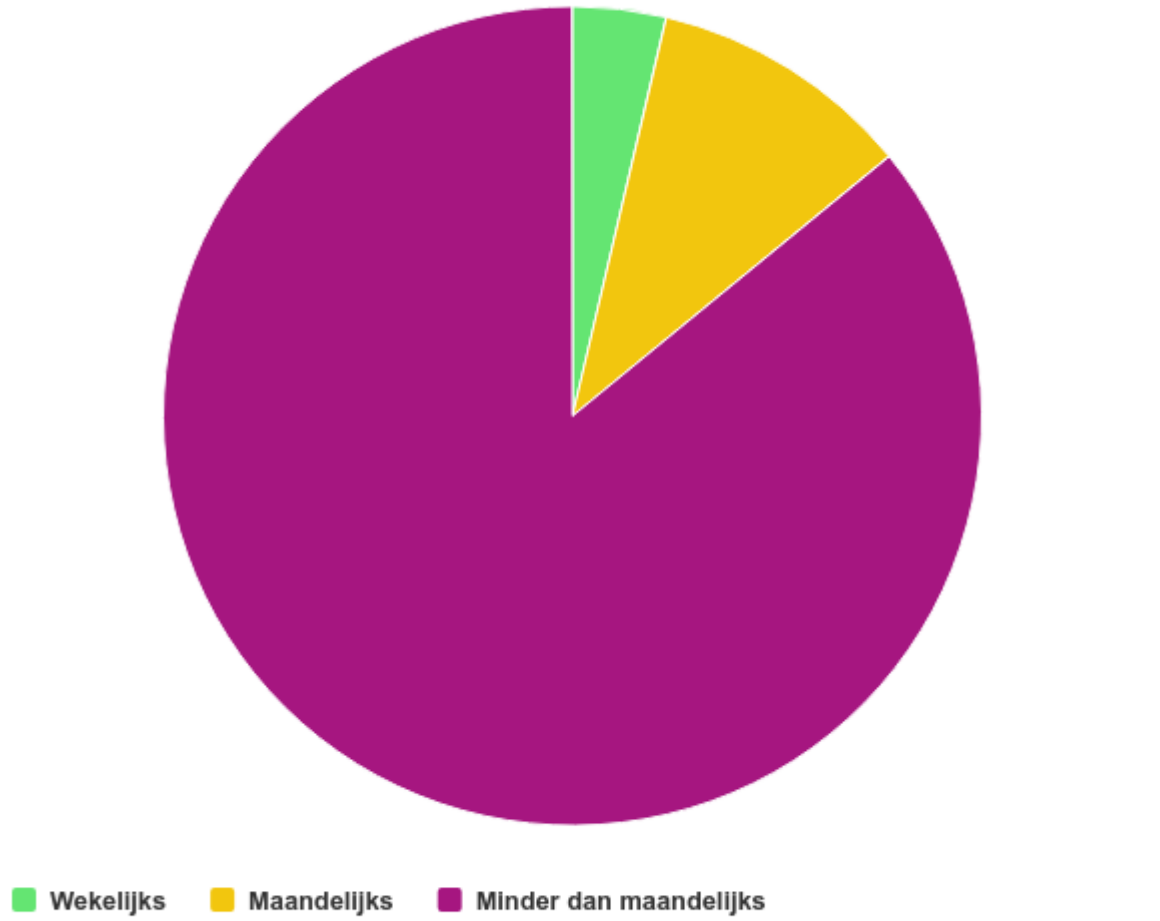
Gegevensbronnen

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 Lachgasgebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

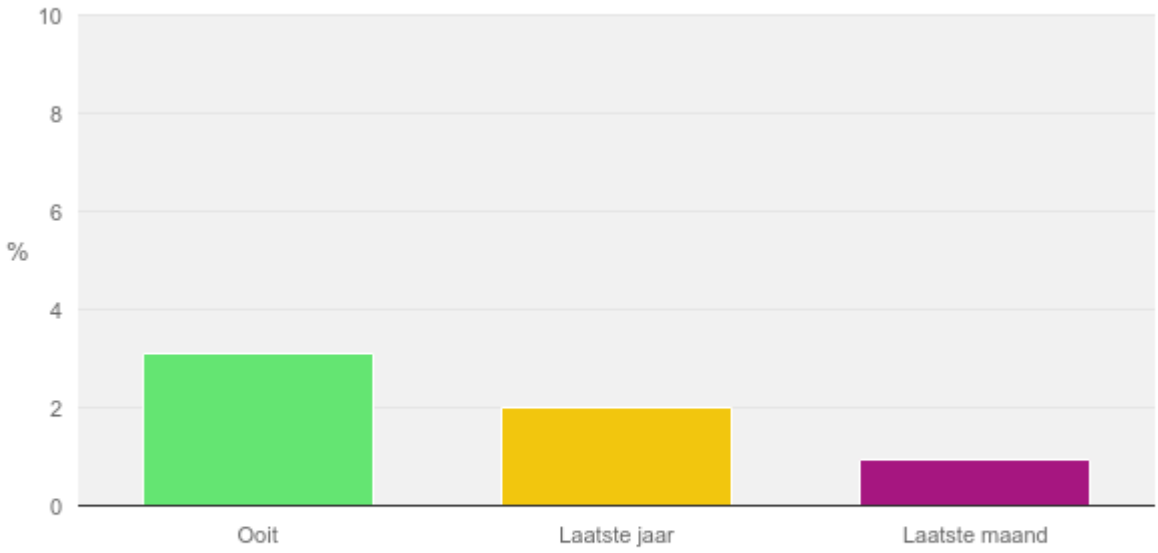
Hoeveel scholieren gebruiken lachgas?

In het kort: In 2023 had 3,1% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit lachgas gebruikt, 2,0% gebruikte in het laatste jaar lachgas en 0,9% deed dit in de laatste maand. Minder vwo-scholieren hebben ervaring met het gebruik van lachgas dan scholieren van het vmbo. Meer scholieren met een niet-Nederlandse herkomst hebben ervaring met lachgas dan scholieren met een Nederlandse herkomst. Er is een kleine groep scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) die intensief lachgas gebruikt (10 of meer ballonnen per keer).

Ongeveer één op de dertig scholieren heeft ooit lachgas gebruikt

In 2023 had 3,1% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit lachgas gebruikt, 2,0% gebruikte in het laatste jaar lachgas en 0,9% deed dit in de laatste maand. Lachgas staat hiermee op plek twee, alleen cannabis is door meer scholieren ooit in het leven gebruikt.

Lachgasgebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar. Peiljaar 2023



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: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

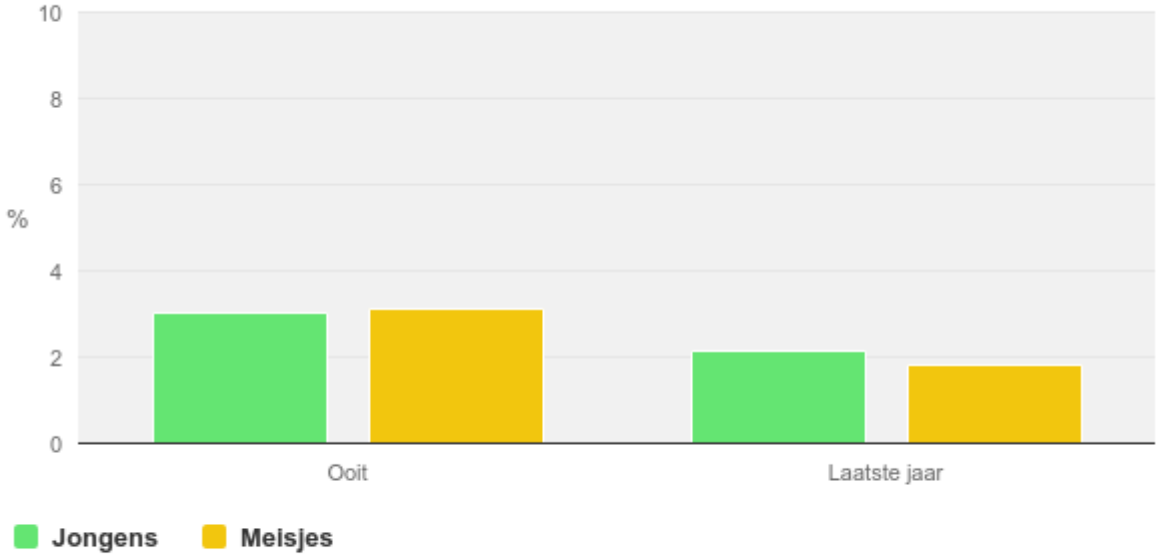
NDM

	Totaal
Ooit	3,1
Laatste jaar	2,0
Laatste maand	0,9

Geen verschillen in lachgasgebruik tussen jongens en meisjes

Er zijn geen verschillen in het gebruik van lachgas (ooit, laatste jaar) tussen jongens en meisjes.

Lachgasgebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar geslacht. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer lachgas gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

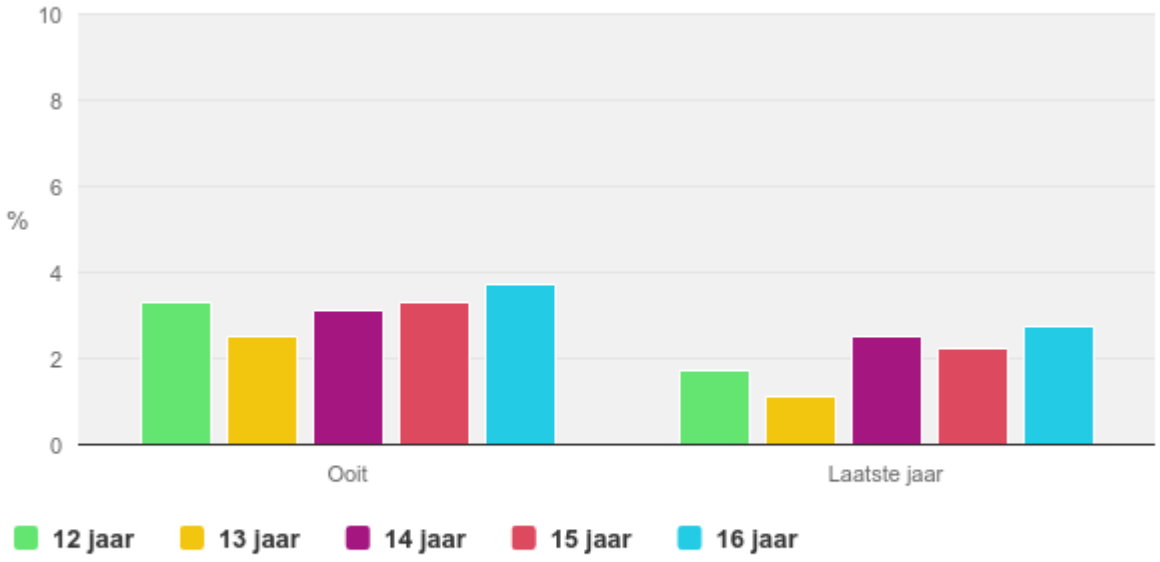
NDM

	Jongens	Meisjes
Ooit	3,0	3,1
Laatste jaar	2,1	1,8

Geen verschillen in lachgasgebruik naar leeftijd

Er zijn kleine verschillen in het gebruik van lachgas (ooit, laatste jaar) tussen de verschillende leeftijden, maar deze verschillen zijn niet significant. Ter illustratie: onder 12-jarigen heeft 3,3% ooit lachgas gebruikt, tegenover 3,7% van de 16-jarigen.

Lachgasgebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer lachgas gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

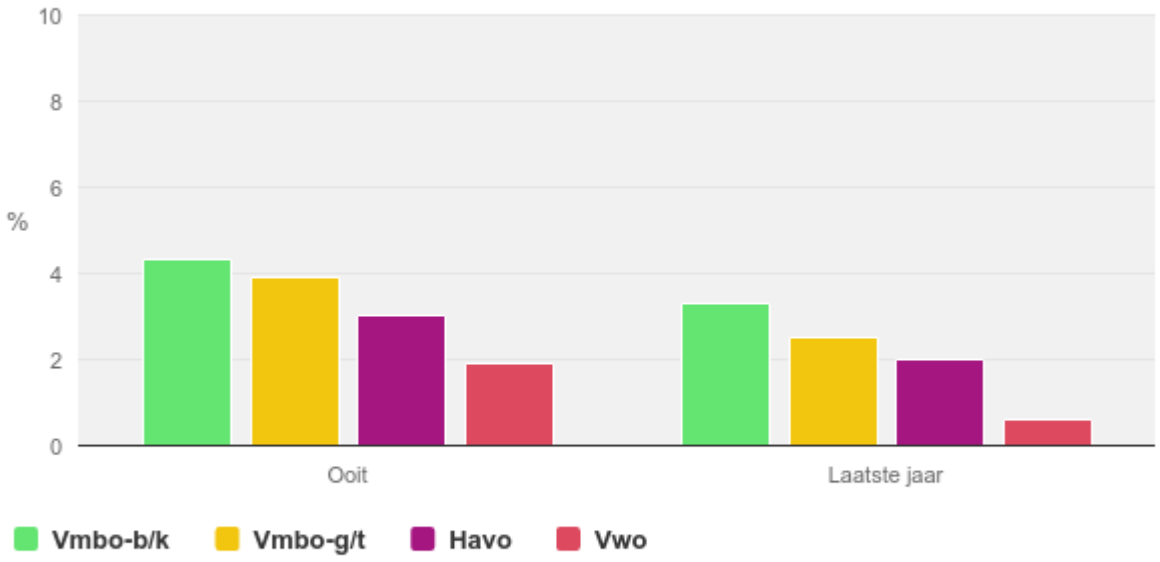
	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
Ooit	3,3	2,5	3,1	3,3	3,7

	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
Laatste jaar	1,7	1,1	2,5	2,2	2,7

Lachgasgebruik komt minder voor onder vwo-scholieren dan onder vmbo-scholieren

Het percentage scholieren dat ervaring heeft met lachgas is het laagst onder vwo-leerlingen (1,9%) vergeleken met de andere schoolniveaus (3-4%), maar het verschil tussen vwo- en havo-scholieren is niet significant. Ook het gebruik van lachgas in het laatste jaar is lager onder vwo-scholieren vergeleken met de andere schoolniveaus.

Lachgasgebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar schoolniveau. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer lachgas gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

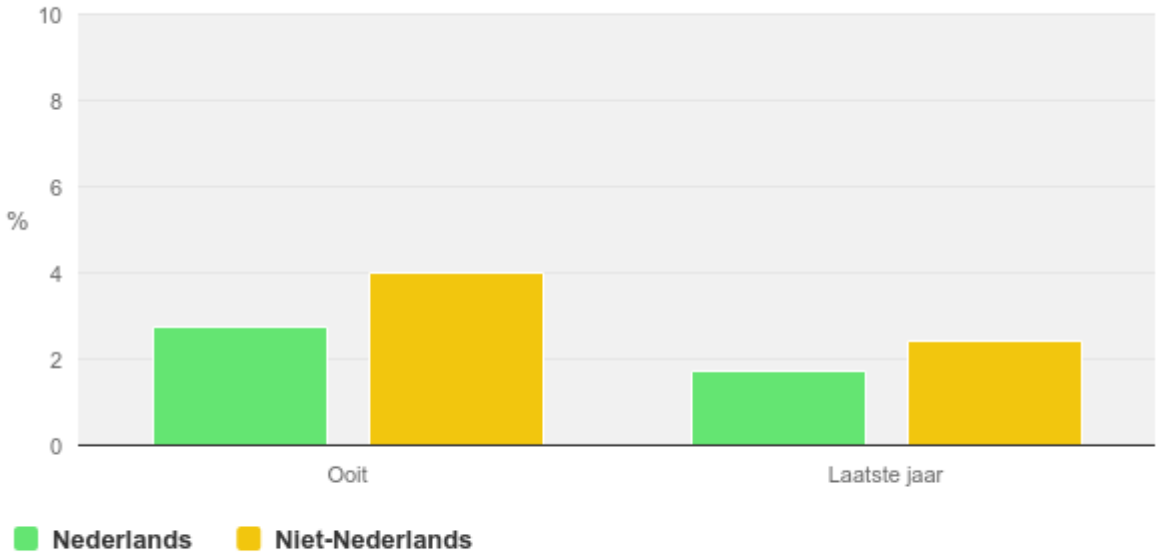
	Vmbo-b/k	Vmbo-g/t	Havo	Vwo
Ooit	4,3	3,9	3,0	1,9

	Vmbo-b/k	Vmbo-g/t	Havo	Vwo
Laatste jaar	3,3	2,5	2,0	0,6

Lachgasgebruik komt het meest voor onder leerlingen met een niet-Nederlandse herkomst

Het percentage scholieren dat ervaring heeft met lachgas is hoger onder leerlingen met een niet-Nederlandse herkomst (4,0%) dan onder leerlingen met een Nederlandse herkomst (2,7%). Er is geen verschil in het laatste-jaar-gebruik van lachgas naar herkomst.

Lachgasgebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar herkomst. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer lachgas gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Nederlands	Niet-Nederlands
Ooit	2,7	4,0

	Nederlands	Niet-Nederlands
Laatste jaar	1,7	2,4

Kleine groep gebruikt 10 of meer ballonnen per keer

Van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs die in de laatste maand lachgas hebben gebruikt (n=49), gebruikt een kwart (25,1%) 1 ballon per keer en 29,2% gebruikt 10 of meer ballonnen.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats

onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

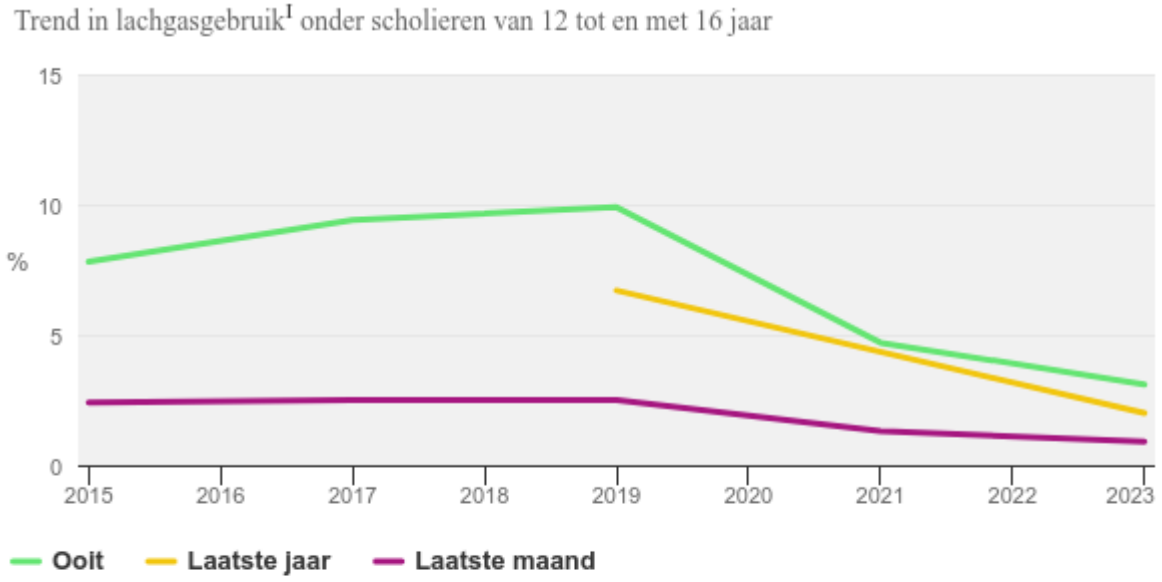
13.3.2 Veranderingen in lachgasgebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

Is het lachgasgebruik onder scholieren veranderd?

In het kort: Het gebruik van lachgas (ooit, laatste maand) onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) is in 2023 meer dan gehalveerd vergeleken met 2015. De daling heeft zich al enkele jaren voor het lachgasverbod ingezet.

Lachgasgebruik is op lange termijn meer dan gehalveerd

Het gebruik van lachgas (ooit, laatste maand) is in 2023 meer dan gehalveerd vergeleken met de eerste meting in 2015. De grootste daling vond plaats tussen 2019 en 2021. De daling in het lachgasgebruik heeft zich dus al enkele jaren voor het verbod (januari 2023) ingezet.



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: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor

NDM

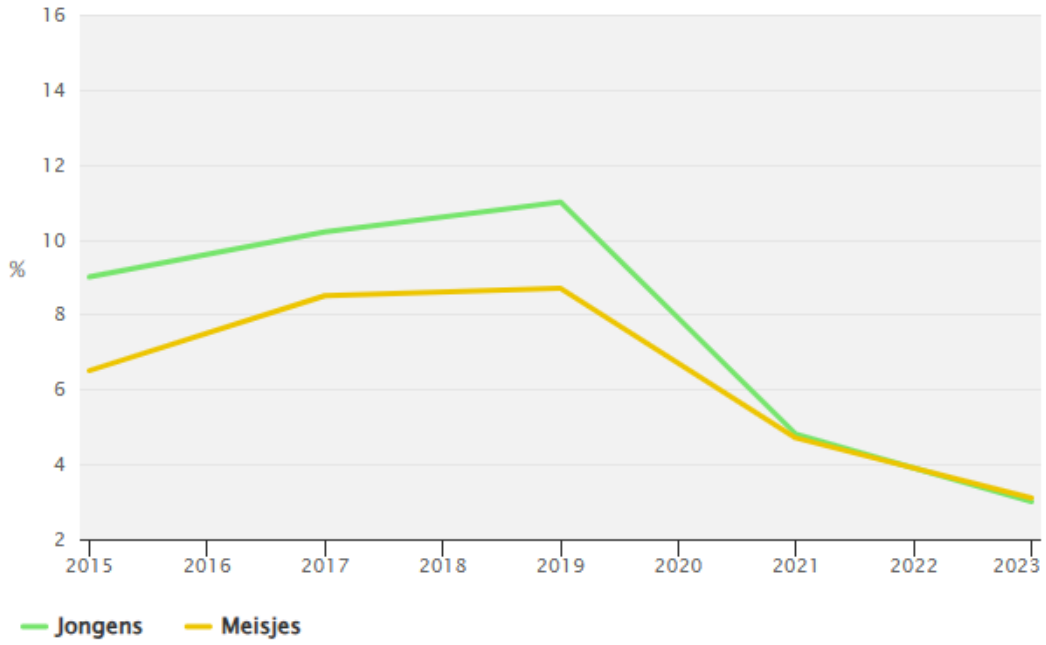
	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
2015	7,8		2,4

	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
2017	9,4		2,5
2019	9,9	6,7	2,5
2021	4,7		1,3
2023	3,1	2,0	0,9

Lachgasgebruik is onder jongens en meisjes gedaald

Onder zowel jongens als meisjes is het ooitgebruik van lachgas in 2023 lager dan in 2015. Ook in 2023 is het lachgasgebruik (ooit, laatste jaar) onder zowel jongens als meisjes lager dan in de vorige meting van 2019.

Trend in lachgasgebruik[1] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar geslacht



1. Ooit: ten minste één keer lachgas gebruikt ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

13.3.3 Lachgasgebruik onder studenten

Hoeveel studenten gebruiken lachgas?

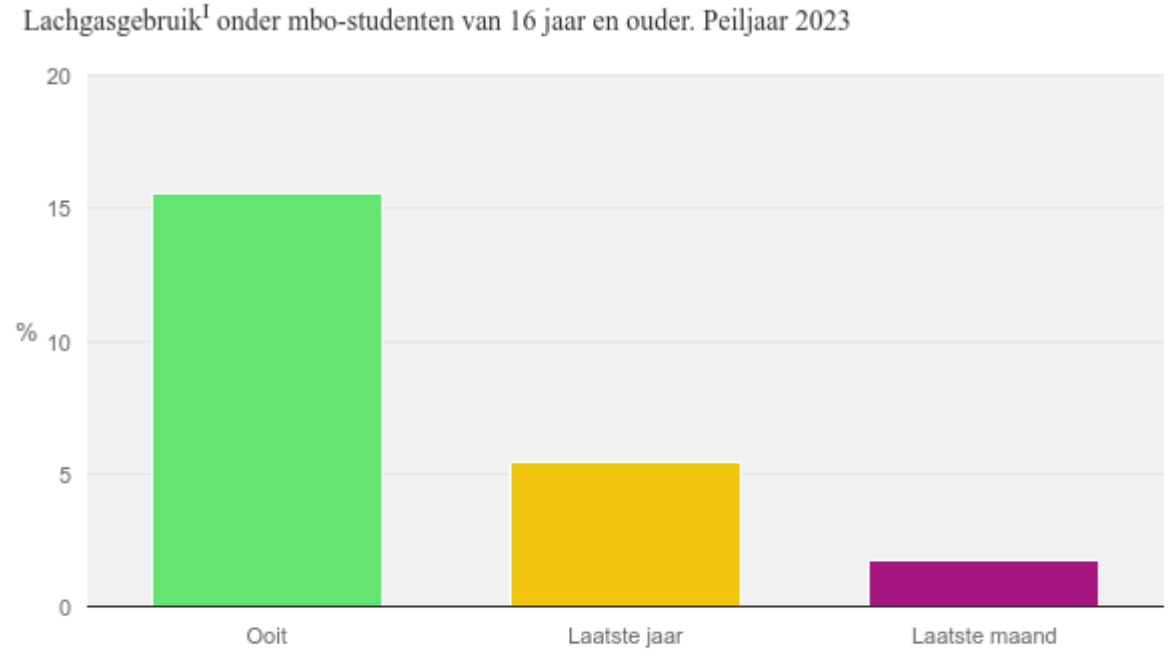
In het kort: In 2023 gebruikte ongeveer één op de twintig mbo-studenten (5,4%) en hbo- en universiteitsstudenten (5%) van 16 jaar en ouder lachgas in het laatste jaar. Het lachgasgebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 gedaald van 17,2% naar 10,5%.

Snel naar:
Mbo-studenten
Hbo- en universiteitsstudenten

Hoeveel mbo-studenten gebruiken lachgas?

Ongeveer één op de twintig mbo-studenten gebruikte in het laatste jaar lachgas

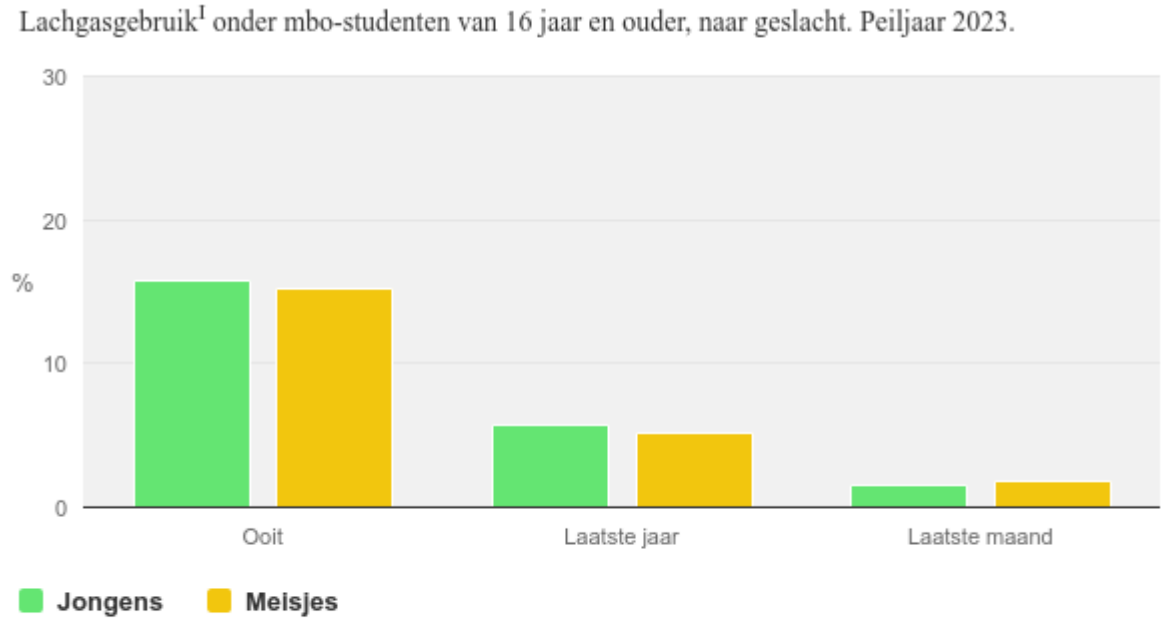
In 2023 had bijna één op de zes (15,5%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit lachgas gebruikt. Ongeveer één op de twintig (5,4%) gebruikte lachgas in het laatste jaar en 1,7% gebruikte in de laatste maand [1].



	Totaal
Ooit	15,5
Laatste jaar	5,4
Laatste maand	1,7

Lachgasgebruik verschilt niet tussen jongens en meisjes

Er waren geen verschillen in het lachgasgebruik ooit in het leven tussen jongens (15,7%) en meisjes (15,1%). Dit geldt ook voor het gebruik in het laatste jaar en in de laatste maand [1].



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: Mbo–middelenmonitor, 2023

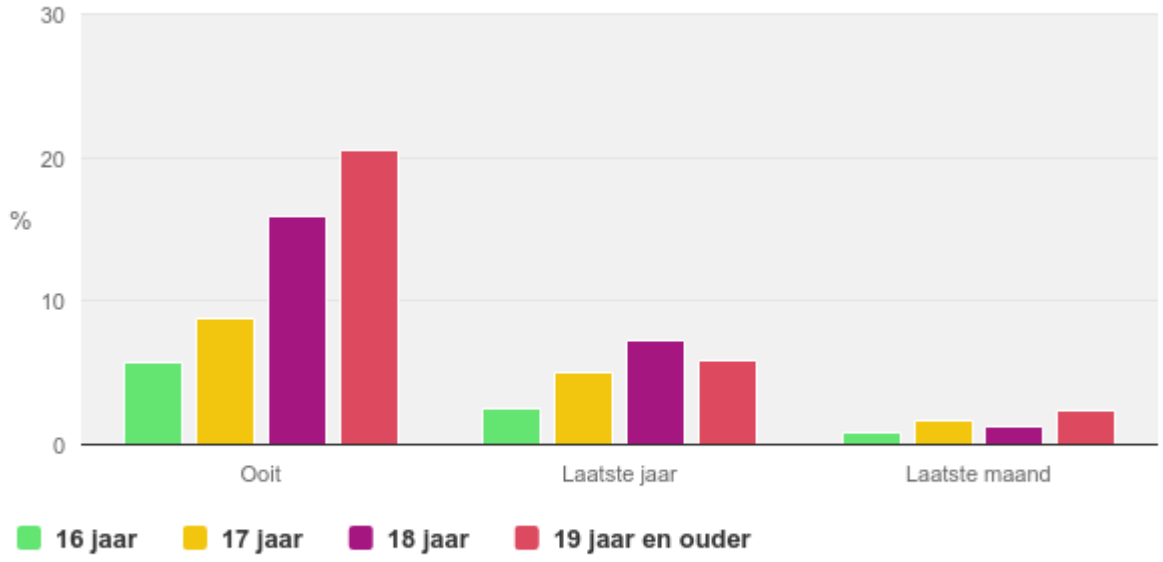
NDM

	Jongens	Meisjes
Ooit	15,7	15,1
Laatste jaar	5,7	5,1
Laatste maand	1,5	1,8

Lachgasgebruik stijgt met de leeftijd

Het gebruik van lachgas ooit in het leven stijgt met de leeftijd. Ook het lachgasgebruik in het laatste jaar lijkt te stijgen met de leeftijd, maar het verschil tussen 18-jarigen en 19-plussers was niet statistisch significant. Er waren geen verschillen in het gebruik in de laatste maand tussen de verschillende leeftijden [1].

Lachgasgebruik[I] onder mbo-studenten van 16 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



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: Mbo–middelenmonitor, 2023

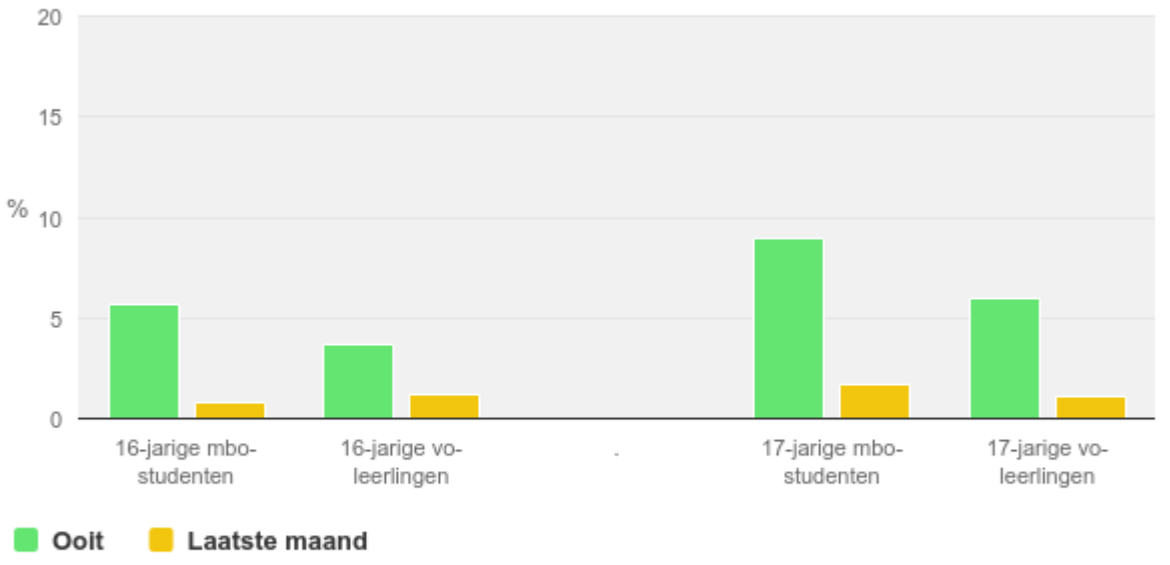
NDM

	16 jaar	17 jaar	18 jaar	19 jaar en ouder
Ooit	5,6	8,7	15,9	20,5
Laatste jaar	2,5	4,9	7,2	5,8
Laatste maand	0,7	1,6	1,2	2,3

Lachgasgebruik verschilt niet tussen 16- en 17-jarige mbo-studenten en vo-leerlingen van dezelfde leeftijd

Het lachgasgebruik ooit in het leven onder 16- en 17-jarige mbo-studenten verschilde niet met leerlingen van het voortgezet onderwijs van dezelfde leeftijd. Dit geldt ook voor het gebruik in de laatste maand [1].

Lachgasgebruik[I] onder 16- en 17-jarige jarige mbo-studenten en leeftijdsgenoten van het voortgezet onderwijs (vo). Peiljaar 2023.



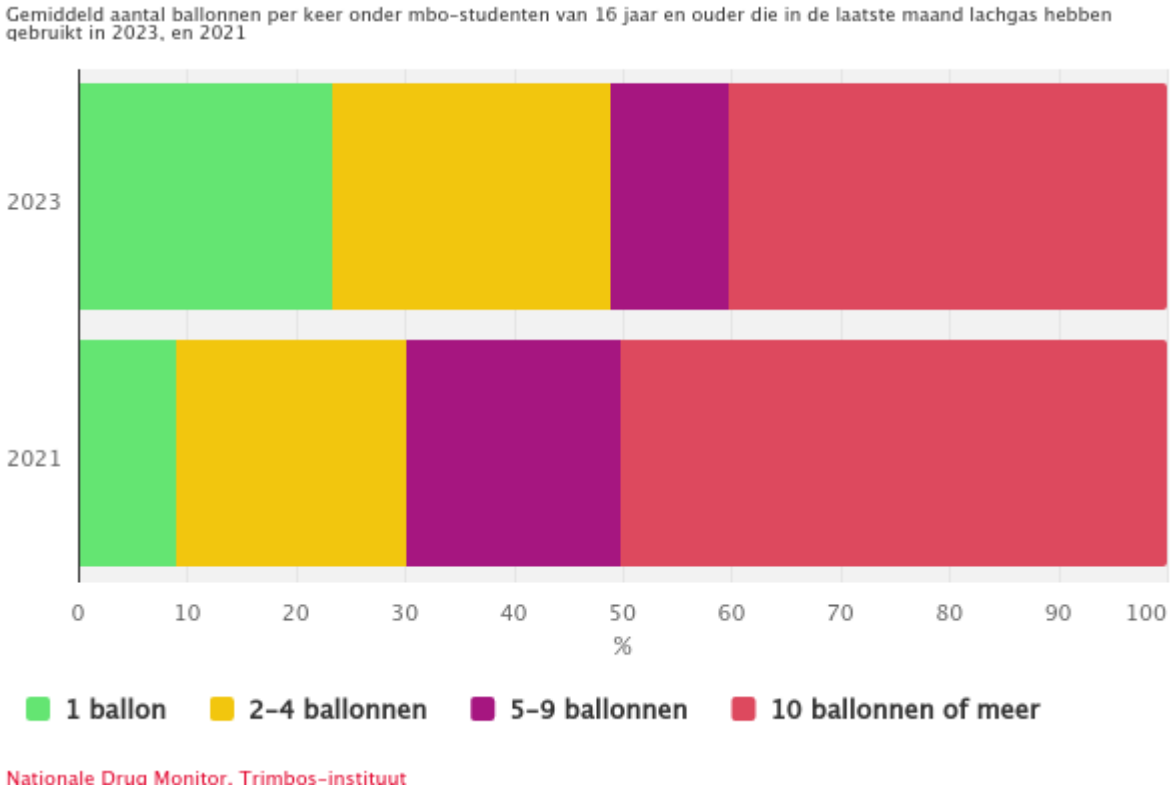
I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer lachgasgebruikt ooit in het leven, in de laatste maand. Bron: Mbo–middelenmonitor, 2023

NDM

	Ooit	Laatste maand
16-jarige mbo-studenten	5,6	0,7
16-jarige vo-leerlingen	3,6	1,1
.		
17-jarige mbo-studenten	8,9	1,6
17-jarige vo-leerlingen	5,9	1,0

Bijna een kwart van de laatste-maand-gebruikers gebruikte gemiddeld 1 lachgasballon per keer

Bijna een kwart (23,3%) van de mbo-studenten die in de laatste maand lachgas hebben gebruikt, gebruikte gemiddeld 1 lachgasballon per keer. Het aantal lachgasballonnen dat per keer wordt gebruikt is afgenomen; in 2021 ging het nog om bijna één op de tien (9,0%) laatste-maand-gebruikers die één ballon per keer gebruikte. Toch was er in 2023 nog steeds een relatief grote groep laatste-maand-gebruikers (40,2%) die 10 ballonnen of meer per keer gebruikte [1].

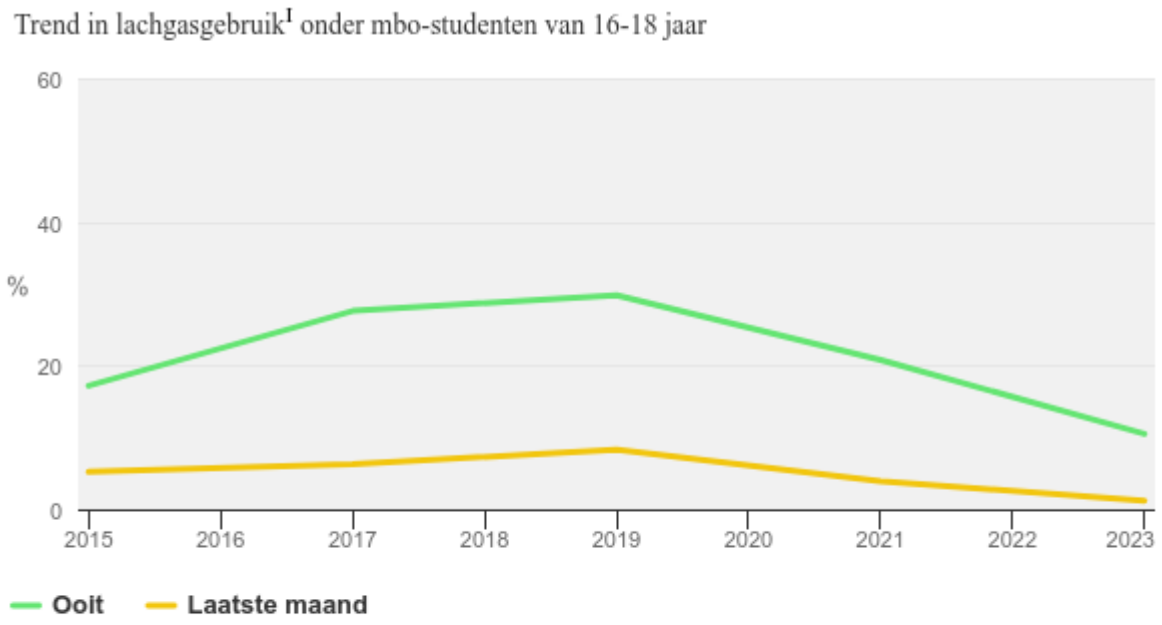


	1 ballon	2-4 ballonnen	5-9 ballonnen	10 ballonnen of meer
2023	23,3	25,6	10,9	40,2
2021	9,0	21,1	19,7	50,2

Lachgasgebruik ooit in het leven is tussen 2019 en 2023 gedaald onder 16-18-jarige mbo-studenten

Het gebruik van lachgas ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten daalt sinds 2019. In 2023 is het lachgasgebruik ooit in het leven lager vergeleken met de metingen in alle voorgaande jaren. Het gebruik van lachgas in de laatste maand laat een vergelijkbaar patroon zien [1].

Deze trendgegevens zijn berekend voor 16-18-jarigen en wijken daarom af van de hierboven genoemde percentages over alle mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Het gebruik in het laatste jaar is in 2023 voor het eerst uitgevraagd waardoor er geen trendgegevens zijn.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in de laatste maand.
Bron: Mbo-middelenmonitor

NDM

	Ooit	Laatste maand
2015	17,2	5,2
2017	27,6	6,3
2019	29,8	8,3
2021	20,8	3,9
2023	10,5	1,2

Regionale gegevens over het gebruik van lachgas onder mbo-studenten

In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 had een kwart

(24,0%) van de Amsterdamse mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit lachgas gebruikt. Ongeveer één op de zeven (14,2%) gebruikte lachgas in het laatste jaar en 5,2% in de laatste maand. Van de studenten die in het laatste jaar lachgas hadden gebruikt, gebruikte 3% dagelijks [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Hoeveel studenten van het hbo en de universiteit gebruiken lachgas?

Ongeveer één op de twintig hbo- en universiteitsstudenten gebruikte in het laatste jaar lachgas

In 2023 had ongeveer één op de vijf (21%) studenten van het hbo en de universiteit (wo) van 16 jaar en ouder ooit lachgas gebruikt. Ongeveer één op de twintig (5%) gebruikte lachgas in het laatste jaar [3].

Vanwege de lage respons (in 2023 6,5% van het totaal aantal studenten van de 24 deelnemende instellingen), geven deze cijfers een indicatie van middelengebruik, maar kunnen ze niet worden gezien als precieze schattingen van het gebruik in de totale studentenpopulatie (zie ook: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo-studenten

De Mbo-Middelenmonitor [1] onderzoekt het middelengebruik onder mbo-studenten. In 2023 werd dit onderzoek voor de vijfde keer uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public (nu Verian). Dit jaar werd het onderzoek alleen uitgevoerd onder mbo-studenten, terwijl eerdere metingen (in 2015, 2017, 2019 en 2021) ook hbo-studenten betrokken. In 2023 namen 4.448 mbo-studenten van 16 jaar en ouder deel aan het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 op 64 mbo-locaties. In totaal werden 6.053 studenten willekeurig benaderd door onderzoeksassistenten om een digitale vragenlijst in te vullen.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

Hbo- en universiteitsstudenten

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs [3] onderzoekt de mentale gezondheid en het middelengebruik van studenten van het hbo en de universiteit (wo) om de twee jaar. Dit onderzoek is in 2023 voor de tweede keer uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het RIVM, de GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. In 2023 vulden 32.217 hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder alle vragen over middelengebruik in. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 bij 24 onderwijsinstellingen in heel Nederland. De deelnemende onderwijsinstellingen stuurden een uitnodiging naar studenten van 16 jaar en ouder om de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd ook in het Engels aangeboden voor buitenlandse studenten. Het onderzoek heeft enkele belangrijke beperkingen, zoals een laag responspercentage van 6,5% in 2023 en de onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde groepen studenten. De data zijn wel gewogen om deze representatiever te maken, maar het is mogelijk dat de resultaten nog steeds vertekend zijn en niet volledig representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland.

Vanwege verschillen in methodes van dataverzameling zijn de resultaten van de Mbo-Middelenmonitor, de Antenne Amsterdam en de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs niet direct met elkaar te vergelijken.

Bronnen

1. K. Morren, S. Van Dorsselaer, K. Monshouwer. Factsheet: Middelengebruik onder mbo-studenten 2023. Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. 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.

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

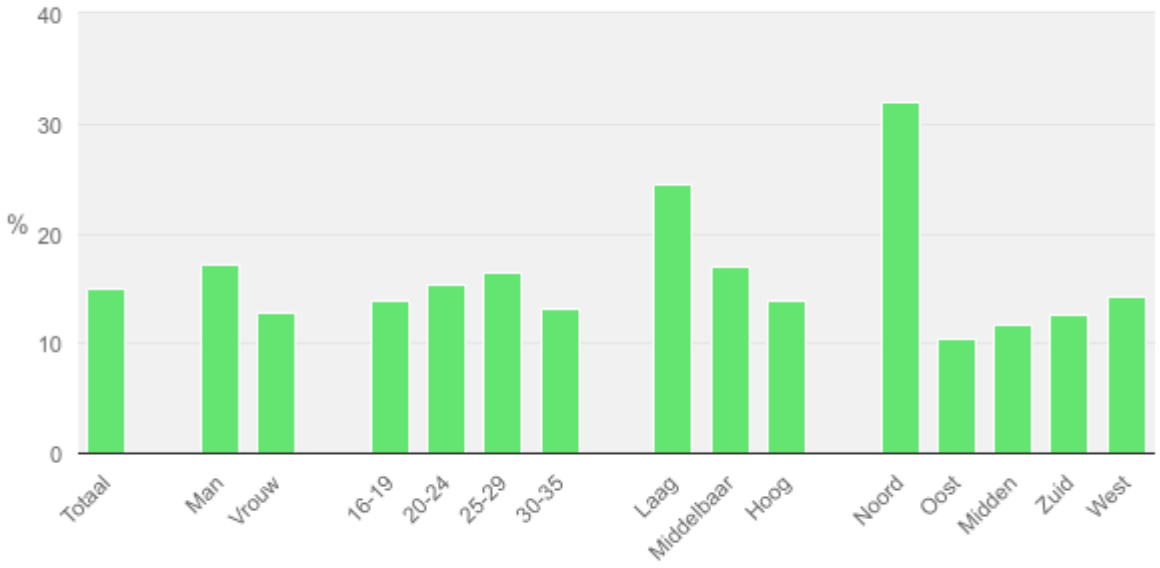
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 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 (toen gemiddeld 5 ballonnen).

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 en jongvolwassenen

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen gebruiken lachgas?

In het kort: Lachgasgebruik komt relatief veel voor onder jongeren uit kwetsbare groepen. Jongeren in de residentiële jeugdzorg en in cluster 4 van het voortgezet speciaal onderwijs (vso) gebruiken vaker lachgas dan leeftijdsgenoten in het regulier onderwijs. In groepen risicojongeren is de populariteit van lachgas afgenomen. Maar jongerenwerkers zien bij sommige jongeren van Turks- en Marokkaans-Nederlandse afkomst nog wel relatief veel dagelijks en problematisch lachgasgebruik.

Snel naar:
Scholieren van het praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Jongeren in de residentiële jeugdzorg
Groepen risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen ‘kwetsbare groepen jongeren’. Wij gebruiken de term ‘kwetsbare groepen jongeren’ om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg, in jeugddetentie of in het voorgezet speciaal onderwijs (vso) zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo’n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel scholieren in het praktijkonderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs gebruiken lachgas?

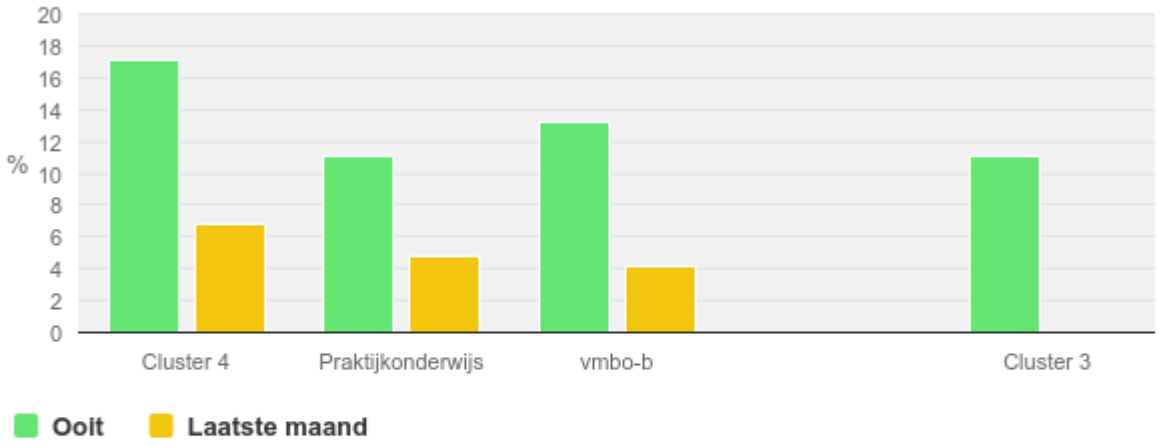
Lachgasgebruik komt het vaakst voor onder cluster 4 scholieren

In 2019 gebruikte één op de zes scholieren in cluster 4 (17,0%) ooit lachgas In 2019 gebruikte één op de zes scholieren in cluster 4 (17,0%) ooit lachgas [2]. Dat is hoger dan het gebruik ooit in het leven onder leeftijdsgenoten in het praktijkonderwijs (11,0%) of cluster 3 (11%, verschil niet getoetst op significantie) [3]. Cluster 4 scholieren gebruikten ook iets vaker ooit lachgas dan hun leeftijdsgenoten op het regulier onderwijs (vmbo-b, 13,1%), maar dit verschil is niet significant.

Het gebruik in de laatste maand onder cluster 4 scholieren (6,7%) was ook hoger dan dat van hun leeftijdsgenoten op het praktijkonderwijs (4,7%) en het vmbo-b (4,1%). Gebruik in de laatste maand is niet gemeten onder cluster 3 scholieren. Eén op de vijfentwintig (4%) van de cluster 3 scholieren gebruikten vaker dan één keer in hun leven lachgas.

Cluster 4 scholieren lijken de meeste ballonnen per keer te gebruiken: van de leerlingen die in de laatste maand lachgas hebben gebruikt, gebruikte 33% 10 of meer ballonnen per keer. Onder scholieren van het praktijkonderwijs was dit 22% en onder vmbo-b scholieren 18%. Daarnaast gebruiken cluster 4 scholieren minder vaak één ballon per keer dan scholieren van de andere schooltypen. De verschillen in aantal ballonnen zijn niet getoetst op statistische significantie.

Lachgasgebruik onder scholieren van verschillende schooltypen. Peiljaar 2019.



Gegevens over scholieren uit cluster 3 komen uit een ander onderzoek dan de gegevens over cluster 4 en het praktijkonderwijs. Ook de gegevens over scholieren van het vmbo-b komen uit een ander onderzoek. De methoden van dataverzameling verschillen tussen deze onderzoeken. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos-instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand
Cluster 4	17,0	6,7
Praktijkonderwijs	11,0	4,7
vmbo-b	13,1	4,1

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand
Cluster 3	11,0	

Geen vergelijking mogelijk met eerdere meting

In het EXPLORE onderzoek van 2008 is het gebruik van lachgas niet gemeten. Om die reden zijn er geen trends voor dit middel beschikbaar in het praktijkonderwijs en cluster 4.

Jongens en meisjes verschillen niet significant van elkaar in lachgasgebruik

In cluster 4 gebruikten in 2019 procentueel meer meisjes (21,2% ooit; 8,5% laatste maand) dan jongens (16,0% ooit; 6,3% laatste maand) lachgas, maar de verschillen zijn niet significant. Ook in de andere onderwijstypen werden er geen verschillen tussen jongens en meisjes gevonden. Wel hadden er meer meisjes in het cluster 4-onderwijs ooit lachgas gebruikt (21,2%) dan meisjes in het praktijkonderwijs (9,7%) en vmbo-b (11,7%).

Nederlandse scholieren lijken minder vaak lachgas te gebruiken dan scholieren met een migratieachtergrond

Scholieren met een westerse of niet-westerse migratieachtergrond lijken meer ervaring te hebben met het gebruik van lachgas dan leerlingen met een Nederlandse achtergrond. Vanwege de kleine aantallen zijn de verschillen echter niet altijd significant.

Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen gebruiken lachgas?

Bijna geen van de jongeren die in een Justitiële Jeugdinrichting verblijven gebruiken lachgas

In 2022 had één van de onderzochte jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) lachgas gebruikt in de laatste maand [4].

Hoeveel jongeren in de residentiële jeugdzorg gebruiken lachgas?

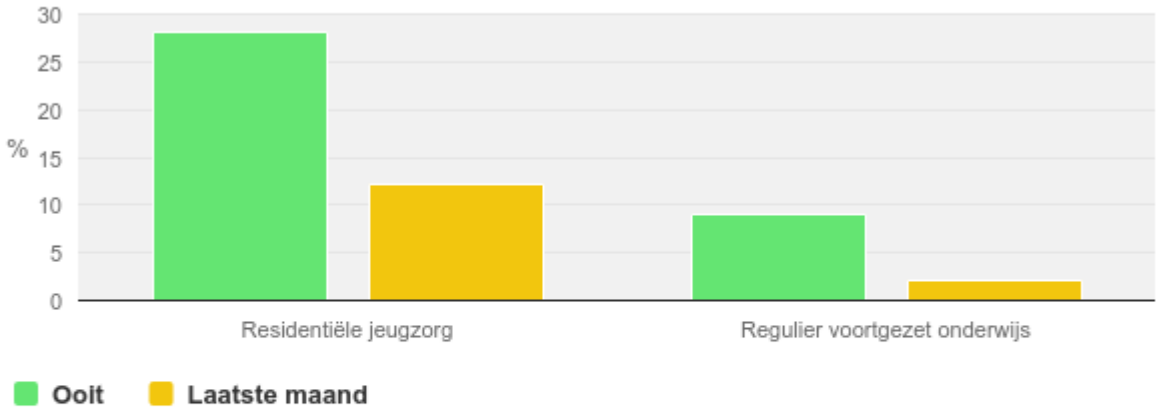
Lachgasgebruik komt vaker voor onder jongeren in de residentiële jeugdzorg dan onder leeftijdsgenoten in het regulier onderwijs

Van alle jongeren (12 t/m 25 jaar) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) had ruim één derde (36%) in 2020 ooit lachgas gebruikt [5]. Meer dan één op de tien (11%) had in de laatste maand lachgas gebruikt.

Jongeren in de RJZ (12 t/m 15 jaar) hadden vaker ooit lachgas gebruikt (28%) dan hun leeftijdsgenoten in het reguliere voortgezet onderwijs (9%). Ook hadden de jongeren in de RJZ vaker in de laatste maand gebruikt (12%) dan scholieren op het reguliere onderwijs (2%). Deze vergelijking is alleen gemaakt voor de 12- t/m 15-jarigen omdat de groep 16- t/m 17-jarige scholieren uit het landelijk scholierenonderzoek niet representatief is voor de algemene populatie (een deel van hen is al van school/naar andere opleidingen).

Van de jongeren die in de laatste maand lachgas hadden gebruikt (n = 40), gebruikte de helft (50%) 10 ballonnen of meer. Verder gebruikte 28% van de laatste-maand-gebruikers 5-9 ballonnen en 20% gebruikte 2-4 ballonnen.

Lachgasgebruik onder 12-15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg (peiljaar 2020), vergeleken met leeftijdsgenoten in het regulier voortgezet onderwijs (peiljaar 2019).



De cijfers van het EXPLORE–onderzoek in de residentiële jeugdzorg (RJZ, 2020) en uit het regulier voortgezet onderwijs (2019) zijn afkomstig zijn uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Voor de jongeren in de RJZ is voor de vergelijking alleen gekeken naar jongeren van 12 t/m 15 jaar. Bron: EXPLORE, Trimbos–instituut.

NDM

Groepen	Ooit	Laatste maand
Residentiële jeugzorg	28	12
Regulier voortgezet onderwijs	9	2

Geen vergelijking mogelijk met eerdere meting

In het onderzoek van 2008 is het gebruik van lachgas niet gemeten. Om die reden zijn er geen trends voor dit middel beschikbaar in de RJZ.

Lachgasgebruik verschilt niet tussen jongens en meisjes of verschillende leeftijdsgroepen in de RJZ

Ongeveer evenveel jongens (36%) als meisjes (37%) in de RJZ gebruikten ooit lachgas. Ook wat betreft het gebruik in de laatste maand waren er geen verschillen tussen jongens (11%) en meisjes (12%). Onder de 12- t/m 15-jarigen was het percentage jongeren dat ooit lachgas had gebruikt het laagst, maar dit verschilde niet significant van de oudere leeftijdsgroepen. Er waren ook geen verschillen tussen de verschillende leeftijdsgroepen wat betreft het gebruik in de laatste maand.

Jongeren in de RJZ gebruiken lachgas vanwege het lekkere gevoel en sociale redenen

Jongeren in de RJZ die de laatste maand lachgas hadden gebruikt (n = 40) werden gevraagd naar hun redenen om lachgas te gebruiken. Zij noemden bijna allemaal lachgas te gebruiken omdat ‘het gevoel lekker is’ en ‘omdat het gezellig is’. Coping motieven werden nauwelijks genoemd, in tegenstelling tot bij bijvoorbeeld cannabisgebruik (Zie: Cannabisgebruik onder kwetsbare groepen jongeren en jongvolwassenen).

Hoe ziet het lachgasgebruik in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als ‘kansarme jeugd’, ‘probleemjeugd’ of ‘hangjeugd’ [6].

Lachgas werd gebruikt in driekwart van de onderzochte groepen risicojongeren

Het gebruik van lachgas kwam volgens jongerenwerkers relatief veel voor in groepen risicojongeren, ongeveer even veel als het gebruik van ecstasy. In 23 van de 29 onderzochte groepen werd lachgas gebruikt. Er waren groepen waarbij meer dan de helft (6 van de groepen) of zelfs de grote meerderheid tot iedereen (2 van de groepen) van de jongeren lachgas gebruikten. Er waren echter ook veel groepen waarbij het gaat om kleinere subgroepen of een enkeling.

Lachgas daalt in populariteit

Vergeleken met de vorige meting in 2021 lijkt de populariteit van lachgas iets af te nemen. Jongerenwerkers gaven aan dat in bijna de helft van de groepen risicojongeren (10 van de 23) het gebruik van lachgas is afgenomen in het laatste jaar. Bij zes groepen risicojongeren jongerengroepen bleef het lachgasgebruik stabiel en in zeven groepen nam het gebruik toe.

Verder gebruikten relatief kleinere subgroepen lachgas vergeleken met de vorige meting. En signaleerde jongerenwerkers minder vaak een toename van gebruik. Het gaat hier echter om grotendeels andere jongerengroepen, waardoor deze metingen niet één op één met elkaar te vergelijken zijn.

De jongerenwerkers noemen verschillende mogelijke redenen voor de daling. Zo noemen zij dat er sprake is van strengere handhaving op de verkoop van lachgastanks (als gevolg van het lachgasverbod) en dat jongeren zich steeds bewuster worden van negatieve gezondheidseffecten van lachgasgebruik.

Problematisch gebruik of verslavingsproblematiek blijft met name onder jongeren van Turks of Marokkaans-Nederlandse afkomst een probleem

Hoewel lachgas onder jongeren van zowel Nederlandse als niet-Nederlandse herkomst een populair middel is, lijkt er bij jongeren van Turks- en Marokkaans-Nederlandse afkomst vaker sprake te zijn van problematisch gebruik of verslavingsproblematiek. Jongerenwerkers zagen met name onder jongeren met een niet-Nederlandse herkomst in grote steden soms fors of dagelijks gebruik, meestal terwijl de jongere alleen is. Dit kan gepaard gaan met grote problemen op fysiek, geestelijk en financieel vlak.

Andere type lachgastanks sinds het verbod

De kleine lachgaspatronen werden al langer steeds vaker vervangen door grotere lachgastanks [7]. In deze meting lijken de kleine patronen niet of nauwelijks meer gebruikt te worden, de jongerenwerkers hebben het alleen nog over lachgastanks. Deze lijken ondanks het lachgasverbod nog steeds makkelijk te verkrijgen, bijvoorbeeld via Snapchat, vriendendealers of de straatverkoper. Sinds het verbod worden er steeds vaker wegwerptanks op de markt gezien.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Jongeren in praktijk- en speciaal onderwijs

Het EXPLORE-onderzoek is een landelijk onderzoek naar het middelengebruik onder jongeren in verschillende kwetsbare groepen. In 2019 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik in het praktijkonderwijs en in cluster 3 en cluster 4 van het voortgezet speciaal onderwijs (vso) onderzocht [2,3]. De gegevens van cluster 3 zijn vanwege het lagere niveau van de scholieren op een andere manier onderzocht dan in cluster 4 en het praktijkonderwijs. Dit bemoeilijkt een directe vergelijking. Cluster 4 en het praktijkonderwijs worden daarnaast vergeleken met het vmbo-b. Ook hier geldt dat het om andere onderzoeken gaat. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Dit geldt ook voor de vergelijkingen met het reguliere onderwijs in de andere EXPLORE onderzoeken.

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (Justitiële Jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [4]. Aan het onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder studenten van het mbo/hbo.

Jongeren in de jeugdzorg

In 2020 werd in EXPLORE het middelengebruik van jongeren in de residentiële jeugdzorg (RJZ) onderzocht [5]. Het middelengebruik werd gemeten met een vragenlijst. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder leerlingen van het regulier voortgezet onderwijs.

Steekproefkenmerken van de landelijke EXPLORE onderzoeken

Groep	Peiljaar	Leeftijd	Totale steekproef
Praktijkonderwijs	2019	12–16 jaar	1118
	2008	12–16 jaar	916
Cluster 4	2019	12–16 jaar	1032
	2008	12–16 jaar	603
Cluster 3	2019	12–16 jaar	266
Jongeren in de justitiële jeugdinrichtingen	2022	14–24 jaar	110
	2009	13–18 jaar	155
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	2020	12–17 jaar	357
	2008	12–17 jaar	531

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten. Zeven jongeren- en straathoekwerkers die meededen aan dit onderzoek gaven aanvullende informatie over het lachgasgebruik in de jongerengroepen.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet.

De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [6]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio's in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
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. Rombouts M, Visser D, Onrust S, Tuithof M, Scheffers-van Schayk T, Simon J, et al. Preventie en gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen onder jongeren met een licht verstandelijke beperking in het cluster 3-onderwijs: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek 2019. Trimbos-instituut; 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-instituut; 2022.
5. 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.
6. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.
7. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2021.

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 2023 rapporteerde 6,9% van de laatste-jaar-gebruikers van lachgas hunkering te ervaren en ruim één op de tien (11,4%) 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.
- 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.
- 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 en 2022 een daling waar in het aantal meldingen over gezondheidsklachten na het gebruik van lachgas [13]. In 2022 waren er in totaal 72 telefonische informatieverzoeken (144 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. Lees meer over neurologische stoornissen door overmatig lachgasgebruik op deze pagina.
- Uit een enquête onder neurologen lijkt het aantal patiënten met neurologische klachten door overmatig lachgasgebruik de afgelopen jaren te zijn toegenomen [14]. 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) 2023, 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 4,9 ballonnen gebruikt, wanneer lachgas wordt gebruikt op een niet-uitgaansdag worden er gemiddeld meer ballonnen gebruik (10,3 ballonnen). Op een niet-uitgaansdag gebruikt 5% meer dan 26 ballonnen. Op een uitgaansdag gebruikt 5% 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%) [16]. 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 [17]. 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. 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. 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. 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.
17. De Jonge MC. Persona’s in middelengebruik: Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-insituut; 2021.

13.5 Gebruik: internationale vergelijking

13.5.1 Algemene bevolking internationaal

In het kort: Er worden geen gestandaardiseerde 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.

Gegevensbronnen

Het EMCDDA rapporteert gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking in een aantal Europese landen, maar hierin wordt lachgas nog niet structureel 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]. De gegevens zijn gebaseerd op vragenlijsten die de door deelnemers zelfstandig zijn ingevuld.

Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Ook kan het zijn dat in landen waar het stigma op drugsgebruik hoog is, respondenten minder geneigd zijn om eerlijk te antwoorden over hun drugsgebruik.

Europa

Het EMCDDA verzamelt niet structureel gegevens over het gebruik van lachgas onder de algemene bevolking in de Europese Unie [1]. Een rapport van het EMCDDA uit 2022 vermeldt echter 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 Kerncijfers en trends volwassen bevolking).

Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk

- Het ooitgebruik van lachgas onder volwassenen van 18 jaar en ouder in de Verenigde Staten was 5,4% in 2022 [2].
- 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. 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 [3]. 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 in wisselende leeftijdsgroepen

Land	Jaar	Leeftijd	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Nederland	2022	18 en ouder	7,3	1,3	0,2
Verenigde Staten	2022	18 en ouder	5,4	–	–
		12 en ouder	4,9	–	–
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2020-2021	16-59	–	1,3	–

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Bronnen: SAMHSA,

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2024: 11 Jun 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/event/2024/06/launch-event-european-drug-report-2024_en
2. SAMHSA. 2022 NSDUH Detailed Tables: Publication Date: November 13, 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2022-nsduh-detailed-tables
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

13.6.1 Verslavingszorg

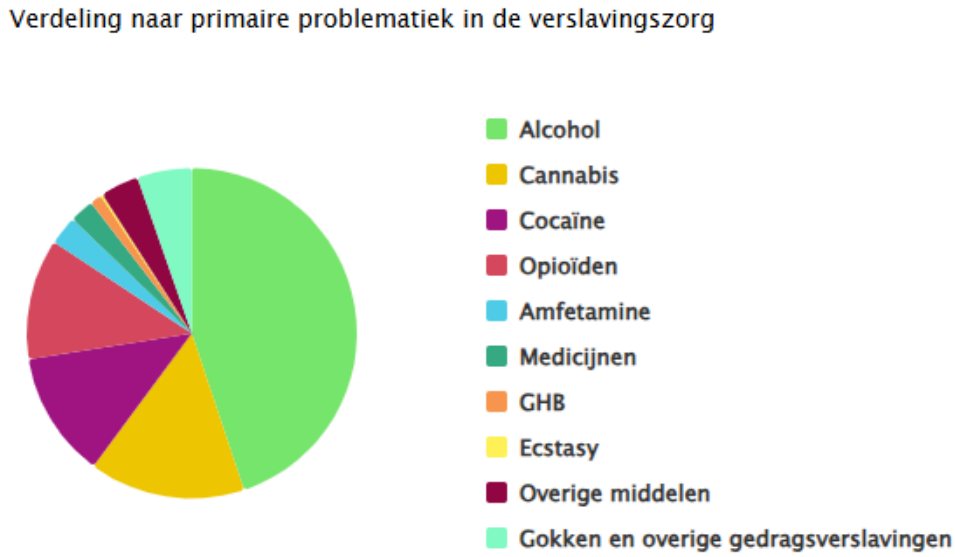
In het kort: In 2023 werden er 89 mensen behandeld in de verslavingszorg voor lachgasproblematiek, dat is minder dan 1% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugs. Onder lachgascliënten zijn relatief veel vrouwen en jonge cliënten. Ruim de helft van de lachgascliënten werd al eerder behandeld in de verslavingszorg. Het aantal lachgascliënten in de verslavingszorg steeg tussen 2018 en 2023, al bleef het aandeel ten opzichte van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg vanwege drugs minder dan 1%.

Hoeveel mensen worden behandeld in de verslavingszorg voor lachgasproblematiek?

In 2023 werden er 89 mensen behandeld in de verslavingszorg voor lachgasproblematiek

In 2023 werden volgens het LADIS 89 mensen behandeld in de verslavingszorg voor lachgasproblematiek [1]. Dat is minder dan 1% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek in de verslavingszorg. Het gaat hierbij alleen om mensen bij wie de lachgasproblematiek staat geregistreerd als de enige of de belangrijkste reden voor de behandeling. We noemen dit ook wel ‘primaire’ lachgascliënten.

Lachgas valt in de gegevens van het LADIS onder de restcategorie “overige middelen”. De registratie van de specifieke middelen in deze categorie wordt nog niet bij alle instellingen even goed uitgevoerd. Zo werden er 369 gevallen geregistreerd als “overige drugs”, mogelijk zaten hier ook cliënten met lachgasproblematiek tussen. Daarnaast waren er in 2023 ook 110 mensen waarbij de primaire problematiek geregistreerd stond als “vluchtige middelen”. Ook hieronder kunnen lachgascliënten vallen. Daarnaast leveren niet alle verslavingszorginstellingen gegevens aan het LADIS. Het genoemde aantal is dus een onderschatting van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg voor lachgasproblematiek. Volgens een ruwe schatting beslaat het LADIS 70% van de cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek [2].



Percentages ten opzichte van het totaal aantal in de verslavingszorg (N = 65.215). Bron: LADIS, IVZ.

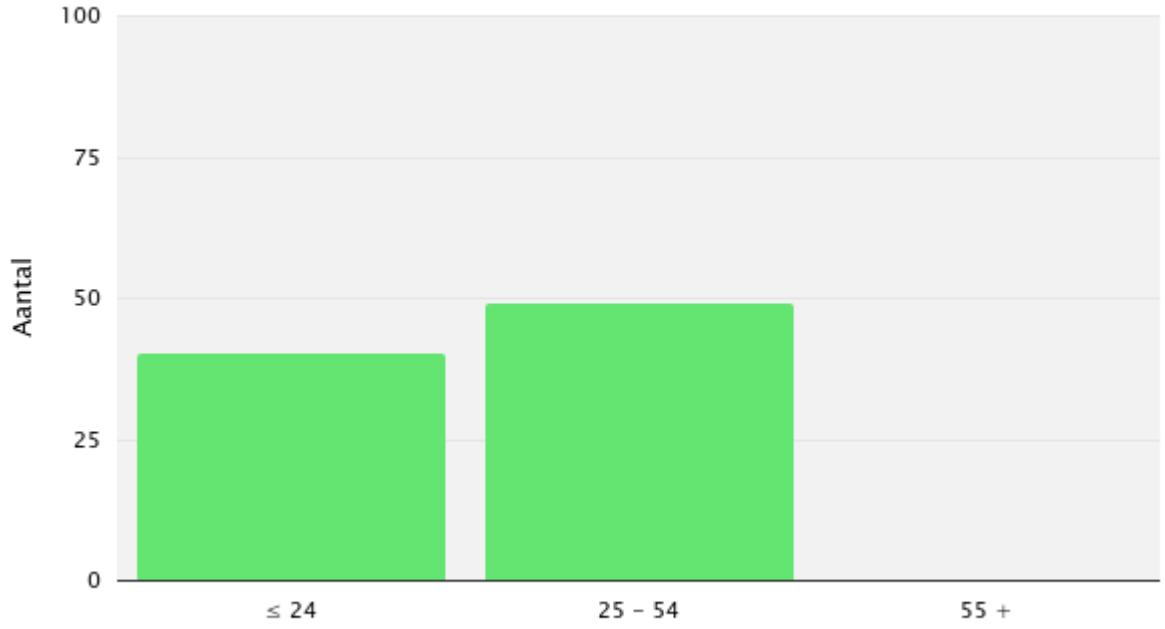
Evenveel mannen als vrouwen worden behandeld voor lachgasproblematiek

Relatief veel vrouwen zijn in behandeling voor lachgasproblematiek, vergeleken met cliënten in de verslavingszorg voor andere middelen. In 2023 was ongeveer de helft (49%) van de cliënten in behandeling in de verslavingszorg voor lachgasproblematiek man, de andere helft was vrouw (51%). Dat is opvallend, want in de algemene bevolking gebruiken meer mannen dan vrouwen lachgas (zie: Gebruik: Volwassenen).

Lachgascliënten zijn relatief jong, bijna de helft is jonger dan 25 jaar

In 2023 was de gemiddelde leeftijd van de cliënten in behandeling voor lachgasproblematiek 27 jaar. Dit is zelfs nog jonger dan bij cannabis (31) of ecstasy (28). Bijna de helft (45%) van de cliënten met primaire lachgasproblematiek was jonger dan 25 jaar. Het grootste aantal cliënten met primaire lachgasproblematiek viel in de leeftijdsgroep 25-54 jaar, waarvan het merendeel tussen de 25 en 34 jaar oud was.

Leeftijdsverdeling van de primaire lachgascliënten in de verslavingszorg. Peiljaar 2023.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Leeftijd	Aantal	Percentages
≤ 24	40	45
25 - 54	49	55

Leeftijd	Aantal	Percentages
55 +		

Ruim de helft van de lachgascliënten is al eerder behandeld in de verslavingszorg

In 2023 was ruim de helft van de primaire lachgascliënten (55%) al eens eerder in behandeling in de verslavingszorg.

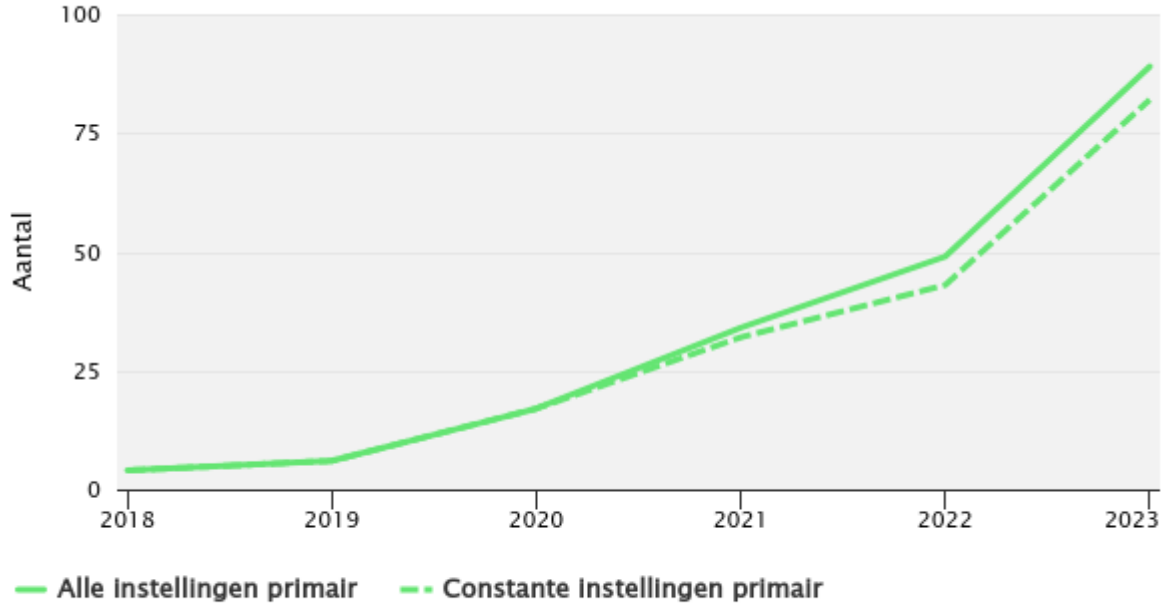
Is het aantal mensen dat wordt behandeld in de verslavingszorg voor lachgasproblematiek veranderd?

Het aantal primaire lachgascliënten steeg tussen 2018 en 2023, maar aandeel blijft minder dan 1%

Tussen 2018 en 2023 is het aantal cliënten in behandeling voor primaire lachgasproblematiek toegenomen, van 4 naar 89 cliënten. In de loop van de jaren zijn er steeds meer instellingen bijgekomen die gegevens aanleveren. Ook als we alleen kijken naar de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd (de constante instellingen), dan stijgt het aantal primaire lachgascliënten tussen 2018 en 2023. Vergeleken met andere middelenproblematiek is het aantal lachgascliënten nog steeds erg laag. Het aandeel cliënten met primaire lachgasproblematiek onder alle cliënten in de verslavingszorg vanwege drugs bleef in de periode 2018-2023 minder dan 1%. Voor deze berekeningen zijn de gegevens van alle deelnemende instellingen meegenomen.

De stijgende trend kan (deels) verklaard worden door een toename in het aantal gebruikers maar mogelijk ook door een verbetering in het registreren van deze specifieke middelen bij de instellingen.

Aantal cliënten in de verslavingszorg in Nederland met primaire en secundaire lachgasproblematiek, vanaf 2018



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Jaartal	Alle instellingen primair	Constante instellingen primair
2018	4	4
2019	6	6
2020	17	17
2021	34	32
2022	49	43
2023	89	82

Hoe behandelt de verslavingszorg mensen met lachgasproblematiek?

De verslavingszorg is onderdeel van de gezondheidszorg. De verslavingszorg helpt mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere gedragsverslaving. Er is nog niet zo veel onderzoek gedaan naar de behandeling van verslaving aan lachgas en het middel is niet opgenomen in de 'Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines' [3]. Wel is er in 2024 de Handreiking problematisch gebruik van lachgas uitgebracht door Verslavingskunde Nederland in samenwerking met afgevaardigden van verschillende instellingen voor verslavingszorg [4]. De handreiking geeft een overzicht van beschikbare wetenschappelijke literatuur over de juiste behandeling, en hoe de somatische en psychiatrische co-morbiditeit door lachgasgebruik te diagnosticeren en behandelen.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het LADIS

De gegevens over het aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor lachgasproblematiek zijn afkomstig van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Verslavingszorginstellingen leveren gepseudonimiseerde gegevens over hun cliënten aan het LADIS. Tussen 2015 en 2022 konden er geen nieuwe gegevens worden verzameld in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag geregeld voor het aanleveren van deze gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Vanaf 2023 zijn er weer verschillende rapportages van het LADIS verschenen [1]. Gegevens van voor 2018 worden momenteel niet gerapporteerd, omdat deze oudere gegevens opnieuw zijn opgevraagd bij de instellingen en eventuele verschillen met de oude gegevens nog niet onderzocht zijn.

Gegevens over het aantal cliënten in behandeling kunnen informatie geven over (trends in) de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn voor trends in problematisch gebruik. Echter zoekt maar een deel van de probleemgebruikers hulp bij de verslavingszorg. Onderzoek laat zien dat mensen die professionele hulp zoeken vaak ernstigere problemen hebben dan mensen die dit (nog) niet doen. Ook hebben ze vaker last van andere bijkomende psychische problemen [5].

Beperkingen van het LADIS

Er zijn een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg. (Nog) niet alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het LADIS. De afgelopen jaren zijn er wel steeds meer instellingen bijgekomen. Omdat dit de trends kan beïnvloeden rapporteert het LADIS zowel de trends van alle deelnemende instellingen als uitsluitend van de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd. Mogelijk bereiken de instellingen die nog geen gegevens aanleveren een andere doelgroep dan de instellingen die wel gegevens aanleveren.

Bij sommige van de deelnemende instellingen is er sprake van onderregistratie. Ook leveren niet alle instellingen de gegevens over het type middel even specifiek aan. Zo gebruiken sommige instellingen nog verzamelcategorieën, zoals “opiaten” of “overige middelen”. Gegevens over specifieke middelen kunnen dus ‘verborgen’ zijn in deze verzamelcategorieën. Daarnaast kunnen mensen ook buiten de verslavingszorg hulp krijgen, bijvoorbeeld bij de reguliere GGZ, in de huisartsenpraktijk, bij vrijgevestigde psychologen of via anonieme eHealth. Tot slot lijkt er sprake van slechts een beperkte capaciteit in de verslavingszorg, zo is er in de afspraken met verzekeraars sprake van een behandelplafond. Wanneer het behandelplafond voortijdig wordt bereikt kunnen behandelingen niet meer worden gedeclareerd. Ook is er in de verslavingszorg een tekort aan personeel.

Er staan ook nog mensen met een hulpvraag op het gebied van middelenproblematiek op een wachtlijst voor hulp in de verslavingszorg. Hoeveel mensen dit precies zijn is niet bekend. De gemiddelde totale wachttijd (vanaf aanmelding tot start behandeling) voor een behandeling voor de diagnosegroep “Middelgerelateerd en verslaving” was volgens de NZA 15 weken in december 2023 [6].

Bronnen

1. Wisselink DJ, Van der Slink JB, Kerssies JP. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2018 – 2023. 2024. p. 1–85.
2. Vektis.nl. Factsheet GGZ [Internet]. Gepubliceerd op: 30-05-2024. Available from: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024
3. 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.
4. Verboeket S, van Rooij G, Raay M, van Janssen N, Hilse R, Beurmanjer H. Handreiking problematisch gebruik van lachgas [Internet]. [Internet]. Verslavingskunde Nederland; 2024. Available from: https://verslavingskundenederland.nl/documents/2024/03/Lachgas-handreiking-2024.pdf
5. 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.
6. Zorgautoriteit N. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/

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. 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

Lijst II van de Opiumwet

Naar aanleiding van de risicobeoordeling van het CAM, 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 [5]. 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.

In Het Grote Uitgaansonderzoek 2023 is aan de laatste-jaar-gebruikers van lachgas gevraagd wat zij merken van het verbod op de verkrijgbaarheid van lachgas. Twee op de vijf laatste-jaar-gebruikers (39,0%) gaven aan dat zij niets merkten van het lachgasverbod op de verkrijgbaarheid van het middel: lachgas is nog net zo makkelijk te verkrijgen volgens hen. De helft (50,0%) gaf aan dat er wel moeilijker aan te komen is, maar dat het nog wel mogelijk is. Een tiende (10,9%) geeft aan dat het voor hen niet meer mogelijk is om aan lachgas te komen [6].

Makkelijke beschikbaarheid van lachgas

Voor 2016 viel het recreatief gebruik van lachgas onder de Geneesmiddelenwet (lees meer over wetgeving rondom lachgas op deze pagina). 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].

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 [3].

- 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 [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. Nijkamp L. Lachgas: van zorgen naar acties. Utrecht: Trimbos-insituut; 2020.
4. Nabben T, Van der Pol P, Korf DJ. Roes met een luchtje. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2017.
5. 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.
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.

Ketamine

Laatste feiten en trends

Volwassenen
Ketaminegebruik in het laatste jaar (2023)



1,2%



0,6%

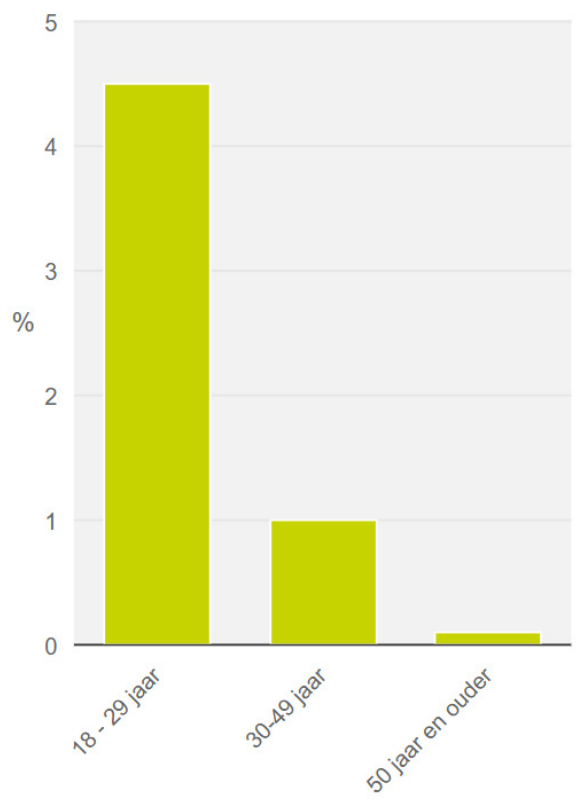


1,7%

Trend in ketaminegebruik onder volwassenen

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

Ketaminegebruik onder volwassenen, naar leeftijdsgroep



Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2023.

- In 2023 had 3,3% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit ketamine gebruikt, 1,2% gebruikte in het laatste jaar ketamine en 0,3% deed dit in de laatste maand. Het gebruik van ketamine in het laatste jaar is het hoogst onder mannen, 18-29-jarigen, hoogopgeleiden en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.
- Er zijn onder volwassenen nog geen vergelijkbare trendgegevens voor 2023 beschikbaar vanwege een verandering in de vragenlijst van het bevolkingsonderzoek. Voor de periode daarvoor (2016-2022) zijn er wel trendgegevens beschikbaar. In 2022 is het laatste-jaar-gebruik van ketamine onder volwassenen niet veranderd vergeleken met 2020. Vergeleken met 2016 is het ketaminegebruik in 2022 wel hoger. Deze stijging deed zich voor onder mannen en vrouwen, en 18-29-jarigen en hoogopgeleiden en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.
- De meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers gebruikt ketamine incidenteel.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs
12-16 jaar
laatste jaar (2023)



0,5%

Studenten
≥16 jaar
laatste jaar (2023)



2,9% (mbo)
5% (hbo & wo)

Uitgaanders
16-35 jaar
laatste jaar (2023)

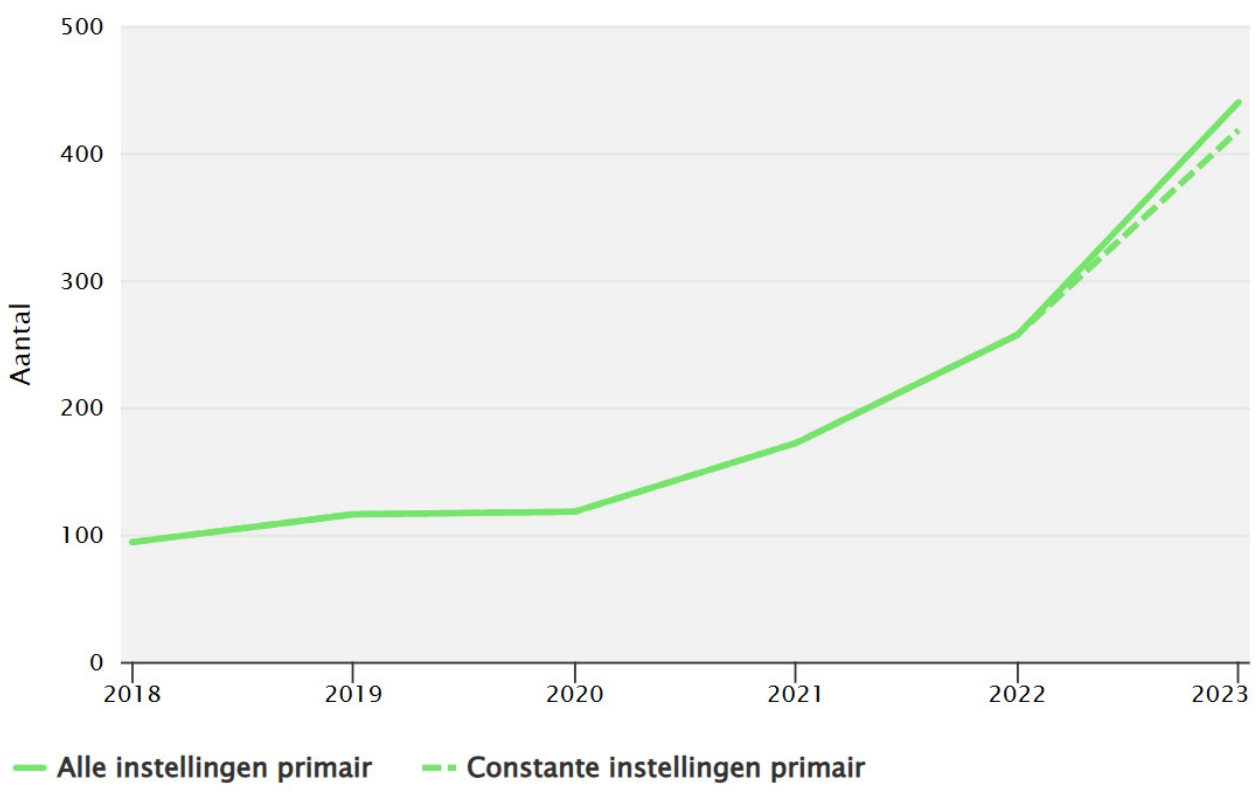


24,6%

- In 2023 had 0,7% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit ketamine gebruikt, 0,5% gebruikte in het laatste jaar ketamine.
- In 2023 gebruikte ongeveer één op de vijfendertig (2,9%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder ketamine in het laatste jaar en één op de twintig (5%) hbo– en universiteitsstudenten. Het ketaminegebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2017 en 2023 ongeveer gelijk gebleven.
- 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.
- Er is nog weinig bekend over het gebruik van ketamine in kwetsbare groepen jongeren. Relatief weinig jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen en in de brede, regionale jeugdzorg gebruiken ketamine. Onder groepen risicojongeren komt het gebruik voor, maar gaat het meestal om een enkeling of kleine subgroep.

Hulpvraag en incidenten

Aantal cliënten in de verslavingszorg in Nederland met primaire ketamineproblematiek, vanaf 2018

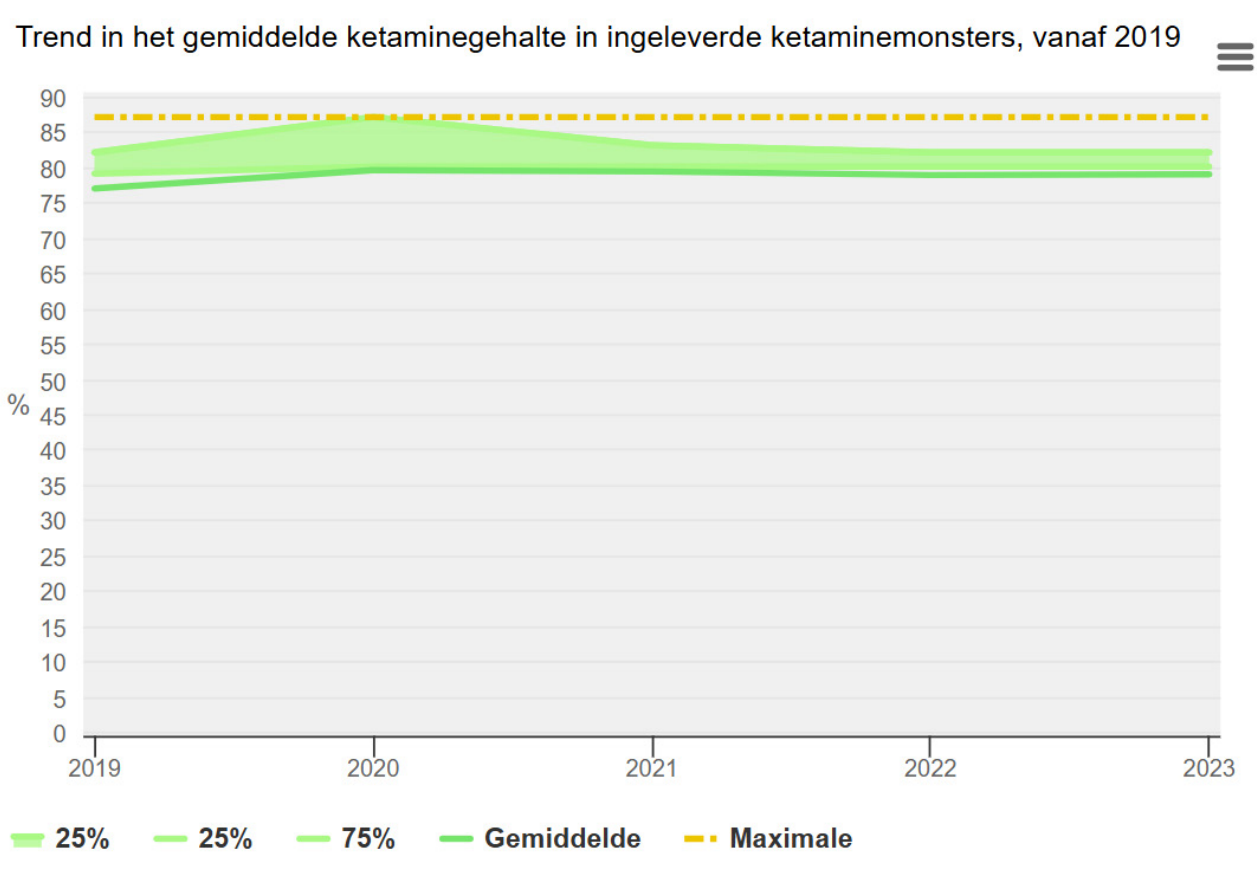


Bron: LADIS, stichting IVZ.

- 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.
- In 2023 werden 440 mensen behandeld in de verslavingszorg voor een primaire stoornis in het gebruik van ketamine. Dat is 1% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Mogelijk gaat het hier nog om een onderschatting, omdat ketamine bij de instellingen niet altijd even goed wordt geregistreerd. Tussen 2018 en 2023 nam het aantal cliënten in de verslavingszorg voor ketamineproblematiek sterk toe.
- 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.

Aanbod en markt

Trend in het gemiddelde ketaminegehalte in ingeleverde ketaminemonsters, vanaf 2019



Gemiddelde gehalte ketamine in ketamine-monsters die ook echt ketamine bevatten in percentages. De percentages zijn gebaseerd op de base-vorm. Omdat ketamine in zoutvorm (sulfaat) voorkomt, is het maximale gehalte ketamine 87%. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- In 2023 waren 3,2% van alle drugsmonsters ingeleverd bij het DIMS verkocht als ketamine. Dit is vergelijkbaar met 2022. Het percentage ketaminemonsters dat ketamine bevat is de afgelopen tien jaar gestegen tot een percentage rond de 90%. Het gemiddelde ketaminegehalte is al jaren stabiel. Een vervuiling die vanaf 2019 wat vaker voorkomt in ketaminemonsters is levamisol (een ontwormingsmiddel).
- De prijs van een gram ketamine in Nederland was in 2023 gemiddeld €23,76. Deze prijs is al jaren vrij stabiel.

14.1 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 effectiviteit en veiligheid van ketamine bij therapieresistente depressie [1–5], en recent zijn er studies gestart die zich richten op de mogelijke rol van ketamine bij suïcidale neigingen [6–8]. In deze studies wordt steeds gevonden dat ketamine snel antidepressieve effecten heeft bij patiënten met therapieresistente depressie. De langetermijneffecten van het gebruik van ketamine moeten echter nog verder worden onderzocht [9] . Daarnaast wordt onderzocht of ketamine mogelijk een rol kan spelen bij andere psychische aandoeningen, zoals angststoornissen of middelenmisbruik, hoewel het onderzoek hierover nog beperkt is [5].

Eind 2019 werd esketamine-neusspray, onder de merknaam Spravato®, goedgekeurd door de Europese Geneesmiddelenautoriteit voor de behandeling van therapieresistente depressie. In Nederland wordt deze neusspray voorgeschreven voor zowel therapieresistente depressie als voor acute, kortdurende behandelingen die snel de symptomen van depressie verminderen [10]. Sinds september 2021 wordt ketaminebehandeling voor therapieresistente depressie in Nederland vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering [11].

De belangstelling voor de therapeutische toepassingen van psychedelica, waaronder MDMA en ketamine, heeft de laatste jaren veel aandacht gekregen, mede door media-aandacht. In Europa bestaan zorgen dat de groeiende bekendheid van psychedelica-therapie het gebruik van deze middelen zonder medische begeleiding zou kunnen bevorderen [12]. Er is echter nog weinig bekend over hoe deze ontwikkelingen de risicoperceptie beïnvloeden en of ze het recreatieve gebruik of zelfmedicatie met ketamine zouden kunnen aanmoedigen [5].

Voor meer informatie over de therapeutische toepassingen van psychedelica, zie de factsheet Psychedelica-therapie.

Ketamine als dissociatief tripmiddel

Ketamine wordt ook recreatief gebruikt als dissociatief tripmiddel. Dissociatie betekent ‘ontkoppeling’, en gebruikers ervaren vaak dat hun gedachten, gevoelens en lichaam tijdelijk los van elkaar lijken te staan. In deze context wordt ketamine soms aangeduid als ‘K’, ‘Special K’, ‘Keta’ of ‘Vitamine K’. Wanneer gebruikers een te hoge dosis innemen, kunnen ze een extreem sterke dissociatie ervaren, wat resulteert in een gevoel van vervreemding en het idee zich in een andere wereld te bevinden. Dit wordt een K-hole genoemd [13].

Ketamine werd lange tijd gebruikt door een kleine groep mensen die op zoek waren naar intense psychedelische ervaringen, de zogeheten ‘psychonauten’. De toename van ingeleverde ketaminemonsters bij testservices en het aantal gezondheidsincidenten die ermee verband houden, wijzen op een groeiend gebruik. Inmiddels is het duidelijk dat het gebruik van ketamine breder is geworden [14–16] en dat het in diverse uitgaansomgevingen wordt gebruikt, zoals op huisfeesten, festivals, in clubs en op afterparties. Daarnaast komt het voor dat ketamine wordt gebruikt als

zelftherapie voor psychische of emotionele problemen [17].

Ketamine in poeder- en vloeibare vorm

Ketamine komt zowel in poeder- of kristalvorm als in vloeibare vorm voor. Op de recreatieve markt komt ketamine vrijwel uitsluitend voor in poedervorm [14]. In Nederland wordt ketamine bijna altijd gesnoven [13]. Het gebruik van ketamine in pilvorm komt zelden voor, terwijl de vloeibare vorm van ketamine in de geneeskunde wordt gebruikt voor injecties (intramusculair of intraveneus). Het injecteren van ketamine voor recreatief gebruik komt zelden voor.

Urinewegproblemen door ketamine

Ketamine kan problemen aan de urinewegen veroorzaken, een aandoening die bekendstaat als ketamine-geïnduceerde uropathie. Deze aandoening komt steeds vaker voor bij jongvolwassenen [18]. De laatste jaren is er meer aandacht voor de gevolgen van ketaminegebruik voor de urinewegen. In 2022 werd in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Nederland de eerste Ketaminepoli geopend [19]. De eerste resultaten van deze polikliniek voor patiënten met ketamine-geïnduceerde uropathie tonen aan dat stoppen met ketaminegebruik de belangrijkste factor is voor het succes van de behandeling en het mogelijk voorkomen van blijvende schade [18].

De rol van ketamine in ontwikkelingslanden

Ketamine valt vanwege de medische toepassingen onder de Geneesmiddelenwet. Het produceren, verhandelen of in bezit hebben van ketamine zonder vergunning of doktersrecept is strafbaar. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft in een risicobeoordeling geconcludeerd dat, hoewel het gebruik van ketamine gezondheidsrisico’s met zich meebrengt, de voordelen in medische toepassingen zwaarder wegen. De WHO adviseert daarom om ketamine niet onder het *Verdrag Inzake Verdovende Middelen* te plaatsen, omdat dit de beschikbaarheid van het middel zou kunnen beperken. Dit is met name belangrijk voor ontwikkelingslanden, waar ketamine een betaalbaar en toegankelijk middel is dat een belangrijke rol speelt bij operatieve ingrepen [20].

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. 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
6. 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/
7. 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/
8. 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/
9. 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.
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. EMCDDA. European Drug Report 2024: 11 Jun 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/event/2024/06/launch-event-european-drug-report-2024_en
13. Van Miltenburg C, Van Laar M, Van Goor M. Factsheet: Ketamine. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
14. Vrolijk R, Van der Gouwe D. Annual Report 2019 Drugs Information and Monitoring System (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
15. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
16. Nabben T. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2019. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2020.
17. 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. 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
19. 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
20. 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 Ketaminegebruik onder volwassenen

Hoeveel volwassenen gebruiken ketamine?

In het kort: In 2023 had 3,3% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit ketamine gebruikt, 1,2% gebruikte in het laatste jaar ketamine en 0,3% deed dit in de laatste maand. Het gebruik van ketamine in het laatste jaar is het hoogst onder mannen, 18-29-jarigen, hoogopgeleiden en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.

Ongeveer één op de tachtig volwassenen gebruikte in het laatste jaar ketamine

In 2023 had 3,3% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit ketamine gebruikt, 1,2% gebruikte in het laatste jaar ketamine en 0,3% deed dit in de laatste maand.

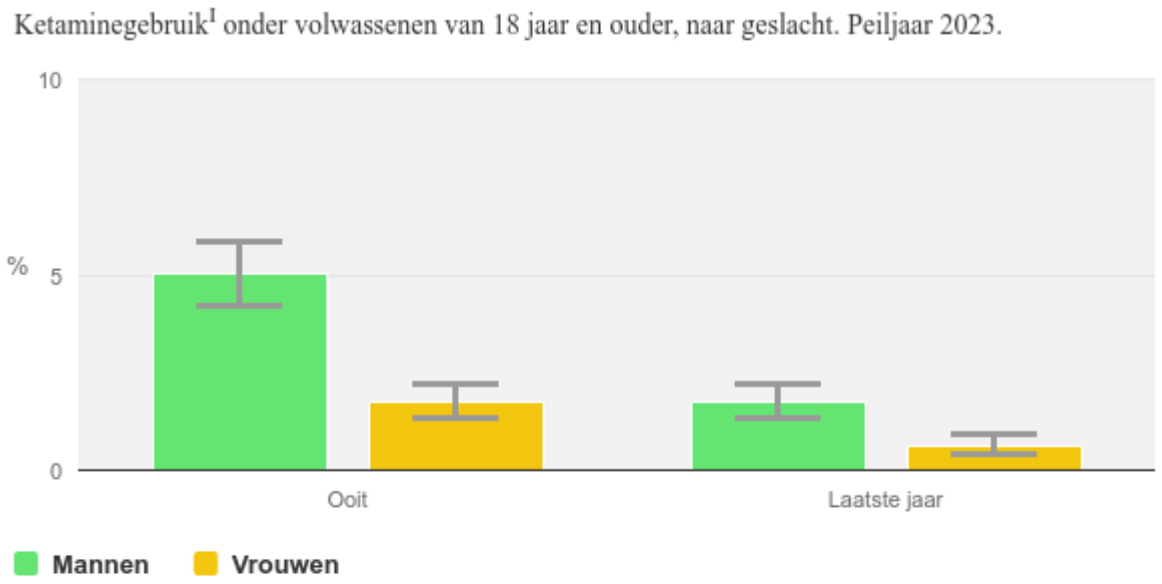
Ketaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

	(%)	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	3,3	470.000	410.000-540.000
Laatste jaar	1,2	170.000	130.000-210.000
Laatste maand	0,3	40.000	20.000-60.000

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

Meer mannen dan vrouwen gebruiken ketamine

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar ketamine heeft gebruikt is hoger onder mannen (1,7%) dan onder vrouwen (0,6%). Dit geldt ook voor het gebruik ooit in het leven.



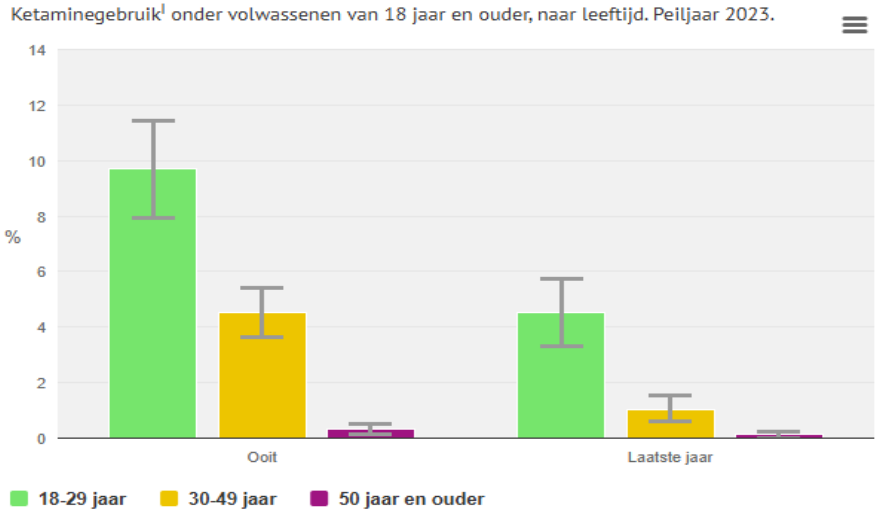
I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer ketamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Mannen	Man low	Man high	Vrouwen	Vrouw low	Vrouw high
Ooit	5,0	4,2	5,8	1,7	1,3	2,2
Laatste jaar	1,7	1,3	2,2	0,6	0,4	0,9

Ketaminegebruik komt het meest voor onder jongvolwassenen

Het gebruik van ketamine is het hoogst onder jongvolwassenen, daarna neemt het gebruik af met de leeftijd. Ter illustratie: onder 18-29-jarigen heeft 4,5% in het laatste jaar ketamine gebruikt, tegenover 1,0% van de 30-49-jarigen en 0,1% van de 50-plussers. We zien een vergelijkbaar patroon voor het gebruik ooit in het leven.



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

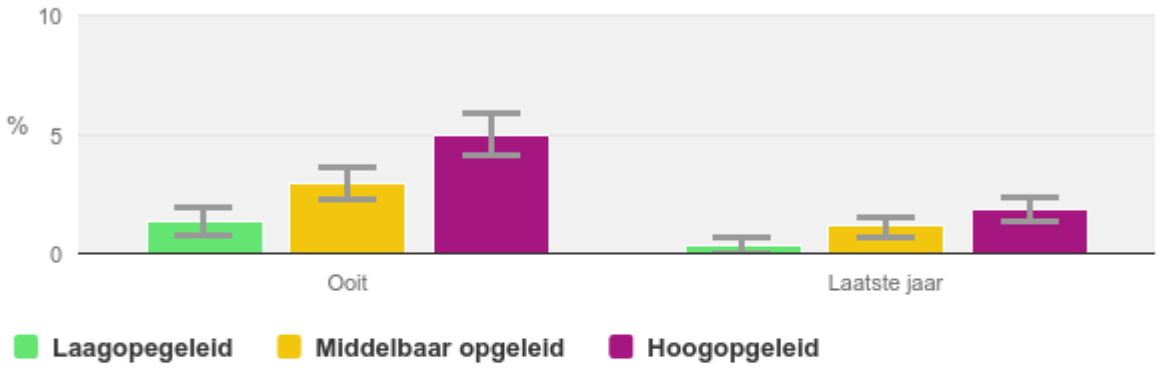
NDM

Europese herkomst is statistisch significant.

Ketaminegebruik komt het meest voor onder hoogopgeleiden

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar ketamine heeft gebruikt is het hoogst onder hoogopgeleiden (1,8%) en het laagst onder laagopgeleiden (0,3%). We zien voor het gebruik ooit in het leven een vergelijkbaar patroon.

Ketaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2023.



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

NDM

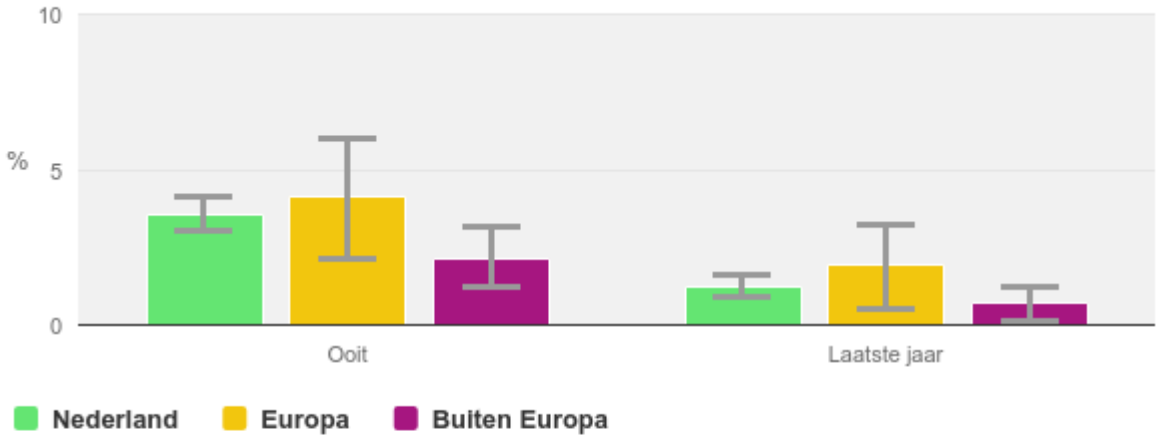
	Laagopegeleid	Laag low	Laag high	Middelbaar opgeleid	Middelbaar low	Middelbaar high	Hoogopgeleid	Hoog low	Hoog high
Ooit	1,3	0,7	1,9	2,9	2,2	3,6	4,9	4,1	5,8
Laatste jaar	0,3	0,0	0,6	1,1	0,6	1,5	1,8	1,3	2,3

Ketaminegebruik verschilt niet tussen verschillende herkomstgroepen

In 2023 waren er geen verschillen in het ketaminegebruik in het laatste jaar tussen de herkomstgroepen. Het gebruik ooit in het leven is hoger onder volwassenen met een Europese herkomst (excl. NL) en volwassenen uit Nederland dan onder volwassenen met een niet-Europese herkomst. Maar alleen het verschil tussen volwassenen uit Nederland en volwassenen met een niet-

Europese herkomst is statistisch significant.

Ketaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2023.



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

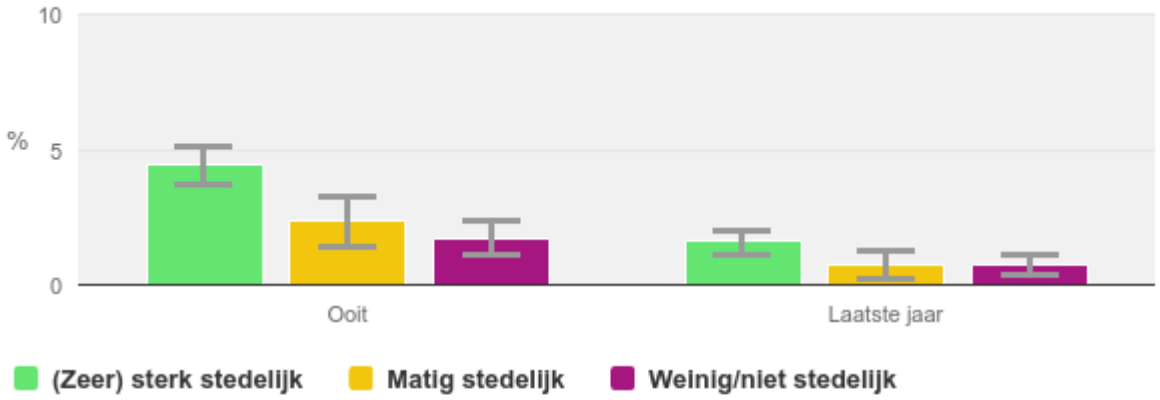
NDM

	Nederland	NL low	NL high	Europa	EU low	EU high	Buiten Europa	b-EU low	b-EU high
Ooit	3,5	3,0	4,1	4,1	2,1	6,0	2,1	1,2	3,1
Laatste jaar	1,2	0,9	1,6	1,9	0,5	3,2	0,7	0,1	1,2

Ketaminegebruik is het hoogst in (zeer) sterk stedelijke gebieden

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar ketamine heeft gebruikt is hoger onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (1,6%) dan onder volwassenen in matig (0,7%) en weinig/niet stedelijke gebieden (0,7%). Dit geldt ook voor het gebruik ooit in het leven.

Ketaminegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2023.



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

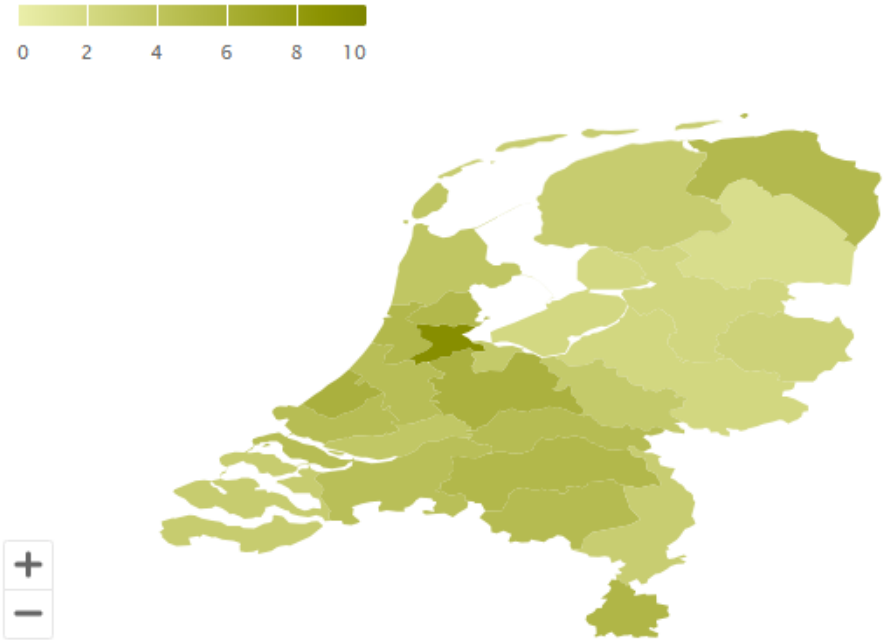
NDM

	(Zeer) sterk stedelijk	Sterk low	Sterk high	Matig stedelijk	Matig low	Matig high	Weinig/niet stedelijk	Niet low	Niet high
Ooit	4,4	3,7	5,1	2,3	1,4	3,2	1,7	1,1	2,3
Laatste jaar	1,6	1,1	2,0	0,7	0,2	1,2	0,7	0,3	1,1

Ketaminegebruik verschilt per regio

Uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die werd gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen zijn in het gebruik van ketamine [1]. In 2024 werden de hoogste percentages ketaminegebruik in de laatste 12 maanden gevonden in GGD-regio Amsterdam (9,2%) en GGD-regio Haaglanden (6,0%). Ketamine werd het minst gebruikt in de GGD-regio Drenthe (1,8%) en GGD-regio Flevoland (2,3%).

Ketaminegebruik[1] onder jongvolwassenen van 16 tot en met 25 jaar, per GGD-regio. Peiljaar 2024.



1. Laatste jaar: ten minste één keer ketamine gebruikt in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024, GGD'en en RIVM.

NDM

code	value
GGD Groningen	5,2
GGD Drenthe	1,8
GGD IJsselland	2,5
GGD Twente	2,8
GGD Noord- en Oost-Gelderland	2,4
Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden	3,6
GGD Gelderland-Zuid	4,9
GGD Flevoland	2,3

code	value
GGD Regio Utrecht	5,9
GGD Hollands-Noorden	4
GGD Kennemerland	5,3
GGD Amsterdam	9,2
GGD Gooi en Vechtstreek	3,6
GGD Hollands-Midden	4,7
GGD Rotterdam-Rijnmond	4,8
Dienst Gezondheid & Jeugd ZHZ	3,9
GGD Zeeland	3,4
GGD West-Brabant	4,6
GGD Hart voor Brabant	5,3
GGD Brabant-Zuidoost	5
GGD Limburg-Noord	3,3
GGD Zuid-Limburg	5,5
GGD Haaglanden	6
GGD Fryslân	3,4
GGD Zaanstreek/Waterland	5,3

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van ketamine wordt sinds 2023 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van ketamine ooit in het leven en in het laatste jaar kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal ketaminegebruikers in de laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

Regionale cijfers

Naast de landelijke cijfers uit de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale cijfers beschikbaar over drugsgebruik uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen. De meest recente gegevens komen uit 2024 [1], toen meer dan 135.000 jongvolwassenen tussen de 16 en 25 jaar de vragenlijst invulden. In tegenstelling tot 2022 werd er in 2024 geen steekproef getrokken; de vragenlijst was via een open link beschikbaar en respondenten werden vooral geworven via sociale media. De resultaten zijn gestandaardiseerd naar GGD-regio, leeftijd en gender om representativiteit te verbeteren, maar de wervingsmethode kan mogelijk leiden tot een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een slechtere (mentale) gezondheid. Deze cijfers zijn door verschillen in de vraagstelling en leeftijdsgroep niet direct vergelijkbaar met de cijfers uit de GE of de LSM-A Middelen, maar bieden wel inzicht in regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen.

Bronnen

1. GGD’en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024. https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024. 2025.

14.2.2 Veranderingen in ketaminegebruik onder volwassenen

Is het ketaminegebruik onder volwassenen veranderd?

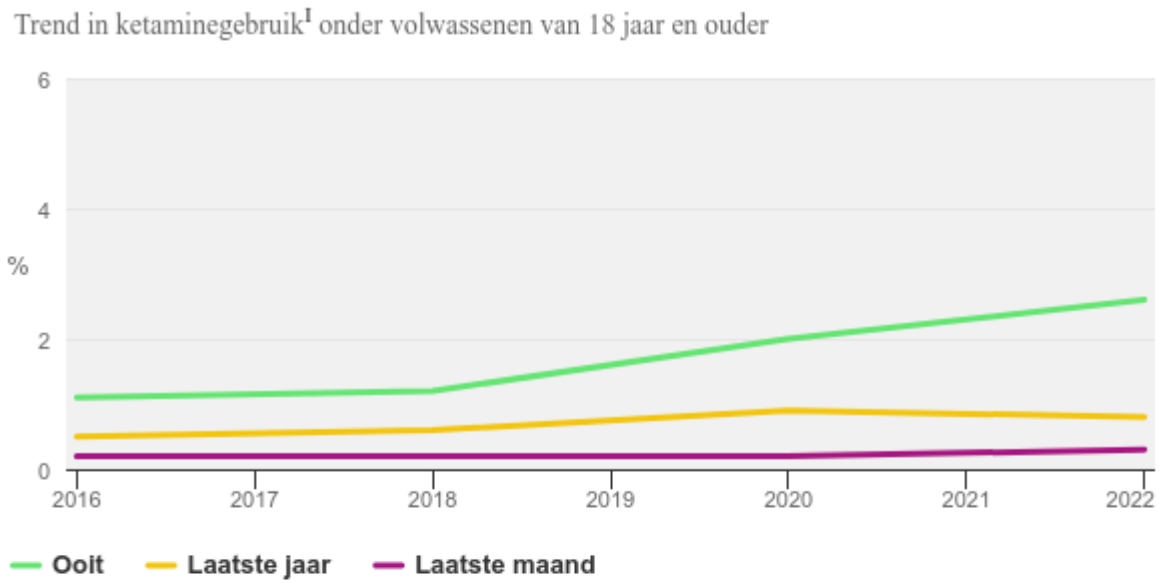
In het kort: Er zijn onder volwassenen nog geen vergelijkbare trendgegevens voor 2023 beschikbaar vanwege een verandering in de vragenlijst van het bevolkingsonderzoek. Voor de periode daarvoor (2016-2022) zijn er wel trendgegevens beschikbaar. In 2022 is het laatste-jaar-gebruik van ketamine onder volwassenen niet veranderd vergeleken met 2020. Vergeleken met 2016 is het ketaminegebruik in 2022 wel hoger. Deze stijging deed zich voor onder mannen en vrouwen, en 18-29-jarigen en hoogopgeleiden en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.

Nog geen nieuwe trendgegevens voor ketamine; op lange termijn wel gestegen

Er zijn voor 2023 nog geen vergelijkbare trendgegevens beschikbaar voor ketaminegebruik in de algemene bevolking. Dat komt omdat het gebruik van ketamine in 2023 voor het eerst is uitgevraagd in de vragenlijst van de Gezondheidsenquête. Daarvoor werd het tussen 2016 tot 2022 wel uitgevraagd in de vragenlijst van de LSM-A Middelen.

Vergeleken met de eerste meting in 2016 was het ketaminegebruik (ooit, laatste jaar, laatste maand) in 2022 hoger. Het gebruik van ketamine (laatste jaar, laatste maand) was in 2022 niet veranderd vergeleken met de vorige meting in 2020. Het gebruik ooit in het leven was in 2022 wel hoger dan in 2020.

Hoewel de Gezondheidsenquête en de LSM-A Middelen allebei een representatieve groep uit de Nederlandse bevolking vertegenwoordigen, zijn er methodologische verschillen die de resultaten misschien beïnvloeden. De Gezondheidsenquête en de LSM-A Middelen zijn twee afzonderlijke onderzoeken die elkaar aanvullen, maar niet rechtstreeks vergelijkbaar zijn.



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.

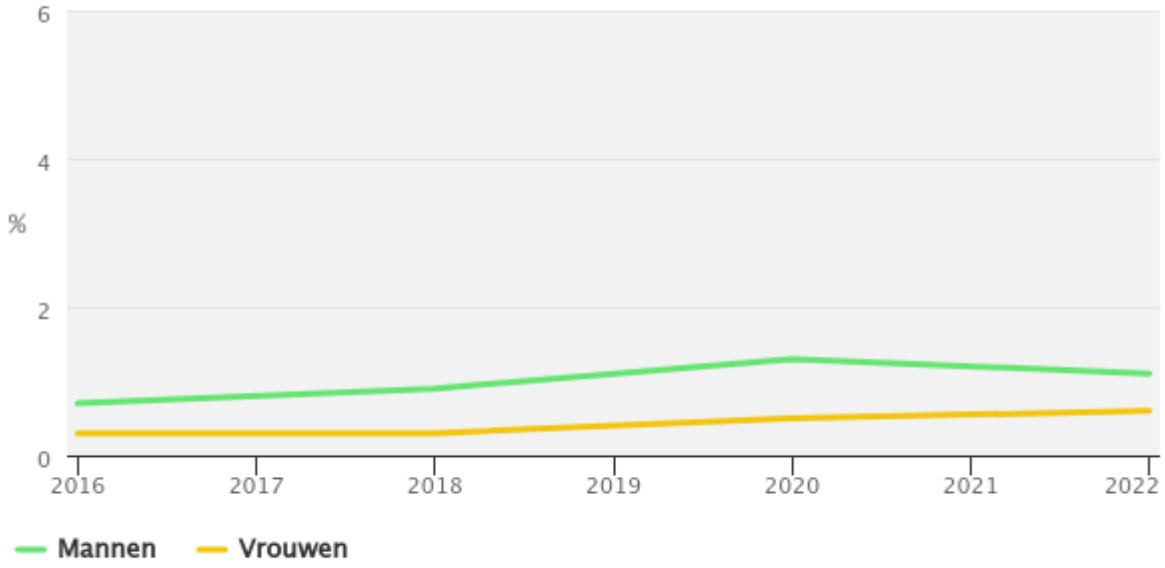
NDM

	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
2016	1,1	0,5	0,2
2018	1,2	0,6	0,2
2020	2,0	0,9	0,2
2022	2,6	0,8	0,3

Ketaminegebruik is onder mannen en vrouwen op lange termijn gestegen

In 2022 verschilt het percentage mannen en vrouwen dat in het laatste jaar ketamine heeft gebruikt niet van de vorige meting in 2020. Vergeleken met de eerste meting in 2016 is in 2022 het ketaminegebruik in het laatste jaar hoger bij zowel mannen (0,7% versus 1,1%) als vrouwen (0,3% versus 0,6%).

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



I. Laatste jaar: ten minste één keer ketamine gebruikt in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Mannen	Vrouwen
2016	0,7	0,3
2018	0,9	0,3
2020	1,3	0,5
2022	1,1	0,6

Ketaminegebruik alleen onder 18-29-jarigen op lange termijn gestegen

Tussen 2020 en 2022 is er voor geen van de leeftijdsgroepen een statistisch significante verandering in het gebruik van ketamine. Onder 18-29-jarigen is het percentage dat in het laatste jaar ketamine heeft gebruikt in 2022 (3,2%) hoger dan in 2016 (1,9%). Voor de andere leeftijden is het ketaminegebruik in 2022 niet anders dan in 2016.

Ketaminegebruik alleen onder hoogopgeleiden op lange termijn gestegen

Tussen 2020 en 2022 is er voor geen van de opleidingsniveaus een statistisch significante verandering in het gebruik van ketamine. Ook vergeleken met 2016 zijn er in 2022 geen verschillen in het ketaminegebruik in het laatste jaar onder laag- en middelbaar opgeleiden. Alleen onder hoogopgeleiden is het percentage dat in het laatste jaar ketamine heeft gebruikt hoger in 2022 (1,5%) dan in 2016 (0,9%).

Nog geen trendgegevens voor herkomstgroepen beschikbaar voor ketaminegebruik

Sinds 2022 gebruikt het CBS een nieuwe indeling naar herkomst, er zijn daarom geen trendgegevens voor de nieuwe herkomstgroepen beschikbaar tussen 2016 en 2022.

Ketaminegebruik alleen onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden op lange termijn gestegen

Tussen 2020 en 2022 is er voor geen van de stedelijkheidsniveaus een statistisch significante verandering in het gebruik van ketamine. Ook vergeleken met 2016 zijn er in 2022 geen verschillen in het ketaminegebruik in het laatste jaar tussen volwassenen in matig en weinig/niet stedelijke gebieden. Alleen onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden is het ketaminegebruik in het laatste jaar hoger in 2022 (1,2%) dan in 2016 (0,7%).

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van ketamine wordt sinds 2023 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van ketamine ooit in het leven en in het laatste jaar kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal ketaminegebruikers in de

laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

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

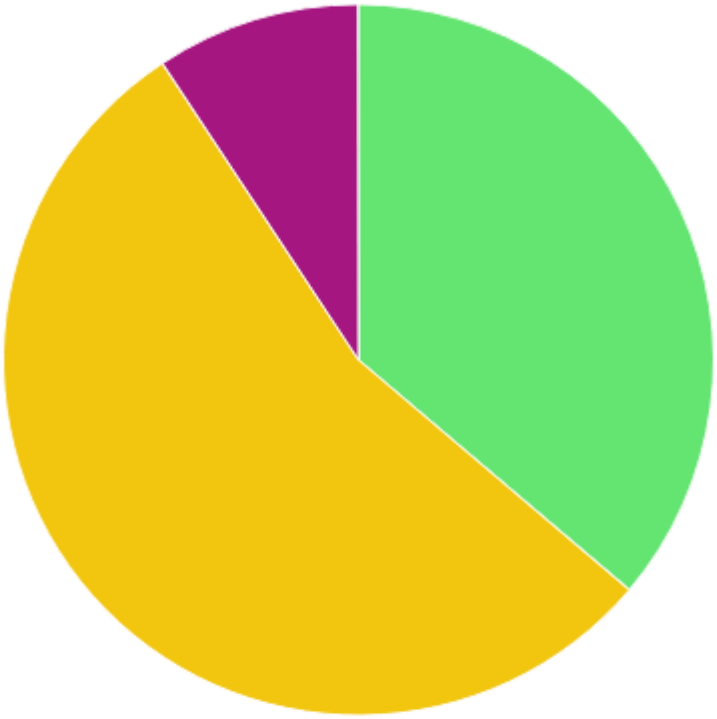
Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van ketamine in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A), uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De LSM-A is een 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 Ketaminegebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

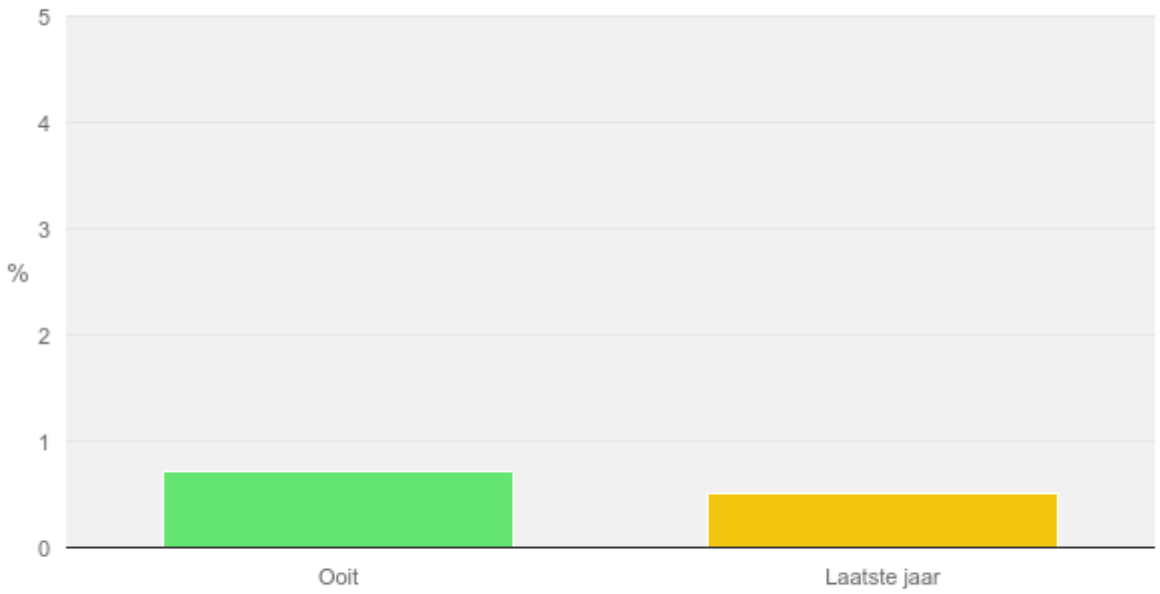
Hoeveel scholieren gebruiken ketamine?

In het kort: In 2023 had 0,7% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit ketamine gebruikt, 0,5% gebruikte in het laatste jaar ketamine.

Minder dan 1% van de scholieren heeft ooit ketamine gebruikt

In 2023 had 0,7% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit ketamine gebruikt, 0,5% gebruikte in het laatste jaar ketamine.

Ketaminegebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar. Peiljaar 2023



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer ketamine gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Totaal
Ooit	0,7
Laatste jaar	0,5

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

14.3.2 Veranderingen in ketaminegebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

Is het ketaminegebruik onder scholieren veranderd?

Nog geen trendgegevens beschikbaar voor ketaminegebruik

In 2023 is het gebruik van ketamine voor het eerst uitgevraagd onder 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs, daarom zijn er nog geen trendgegevens beschikbaar.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

In 2023 is het gebruik van ketamine voor het eerst uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek, daarom zijn er nog geen trendgegevens beschikbaar.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

14.3.3 Ketaminegebruik onder studenten

Hoeveel studenten gebruiken ketamine?

In het kort: In 2023 gebruikte ongeveer één op de vijfendertig (2,9%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder ketamine in het laatste jaar en één op de twintig (5%) hbo- en universiteitsstudenten. Het ketaminegebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2017 en 2023 ongeveer gelijk gebleven.

Snel naar:
Mbo-studenten
Hbo- en universiteitsstudenten

Hoeveel mbo-studenten gebruiken ketamine?

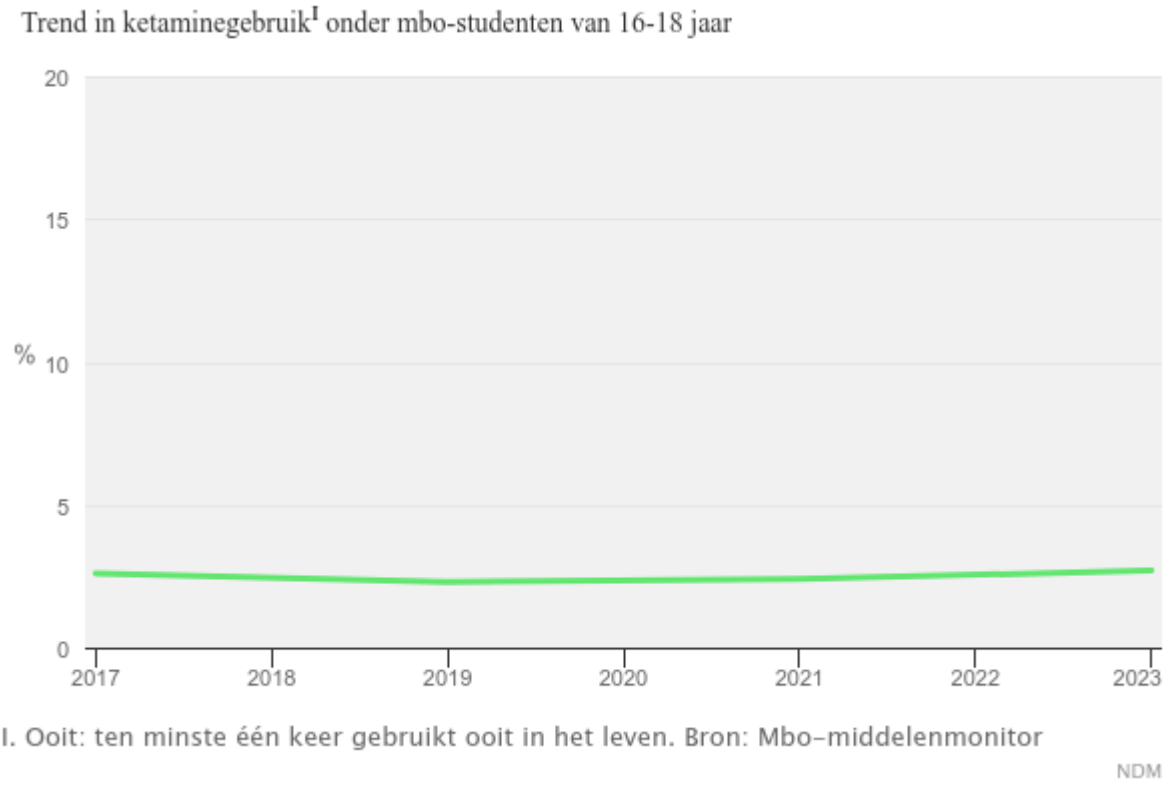
Ongeveer één op de vijfendertig mbo-studenten gebruikte in het laatste jaar ketamine

In 2023 had iets minder dan één op de twintig (4,5%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit ketamine gebruikt. Ongeveer één op de vijfendertig (2,9%) gebruikte ketamine in het laatste jaar [1].

Ketaminegebruik is sinds 2017 ongeveer gelijk gebleven onder 16-18-jarige mbo-studenten

Het gebruik van ketamine ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten bleef tussen 2017 en 2023 ongeveer gelijk, rond de 2,5% [1].

Deze trendgegevens zijn berekend voor 16-18-jarigen en wijken daarom af van de hierboven genoemde percentages over alle mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Het gebruik van ketamine ooit in het leven is voor het eerst uitgevraagd in 2017. Het gebruik in het laatste jaar is in 2023 voor het eerst uitgevraagd waardoor er geen trendgegevens zijn.



	Ooit
2017	2,6
2019	2,3
2021	2,4
2023	2,7

Regionale gegevens over het gebruik van ketamine onder mbo-studenten

In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 had 4,4% van de Amsterdamse mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit ketamine gebruikt en 2,2% in het laatste jaar [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Hoeveel studenten van het hbo en de universiteit gebruiken ketamine?

Ongeveer één op de twintig hbo- en universiteitsstudenten gebruikte in het laatste jaar ketamine

In 2023 had ongeveer één op de elf (9%) studenten van het hbo en de universiteit (wo) van 16 jaar en ouder ooit ketamine gebruikt. Eén op de twintig (5%) gebruikte ketamine in het laatste jaar [3].

Vanwege de lage respons (in 2023 6,5% van het totaal aantal studenten van de 24 deelnemende instellingen), geven deze cijfers een indicatie van middelengebruik, maar kunnen ze niet worden gezien als precieze schattingen van het gebruik in de totale studentenpopulatie (zie ook: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo-studenten

De Mbo-Middelenmonitor [1] onderzoekt het middelengebruik onder mbo-studenten. In 2023 werd dit onderzoek voor de vijfde keer uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public (nu Verian). Dit jaar werd het onderzoek alleen uitgevoerd onder mbo-studenten, terwijl eerdere metingen (in 2015, 2017, 2019 en 2021) ook hbo-studenten betrokken. In 2023 namen 4.448 mbo-studenten van 16 jaar en ouder deel aan het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 op 64 mbo-locaties. In totaal werden 6.053 studenten willekeurig benaderd door onderzoeksassistenten om een digitale vragenlijst in te vullen.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

Hbo- en universiteitsstudenten

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs [3] onderzoekt de mentale gezondheid en het middelengebruik van studenten van het hbo en de universiteit (wo) om de twee jaar. Dit onderzoek is in 2023 voor de tweede keer uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het RIVM, de GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. In 2023 vulden 32.217 hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder alle vragen over middelengebruik in. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 bij 24 onderwijsinstellingen in heel

Nederland. De deelnemende onderwijsinstellingen stuurden een uitnodiging naar studenten van 16 jaar en ouder om de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd ook in het Engels aangeboden voor buitenlandse studenten. Het onderzoek heeft enkele belangrijke beperkingen, zoals een laag responspercentage van 6,5% in 2023 en de onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde groepen studenten. De data zijn wel gewogen om deze representatiever te maken, maar het is mogelijk dat de resultaten nog steeds vertekend zijn en niet volledig representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland.

Vanwege verschillen in methodes van dataverzameling zijn de resultaten van de Mbo-Middelenmonitor, de Antenne Amsterdam en de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs niet direct met elkaar te vergelijken.

Bronnen

1. K. Morren, S. Van Dorsselaer, K. Monshouwer. Factsheet: Middelengebruik onder mbo-studenten 2023. Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. 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.

14.3.4 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

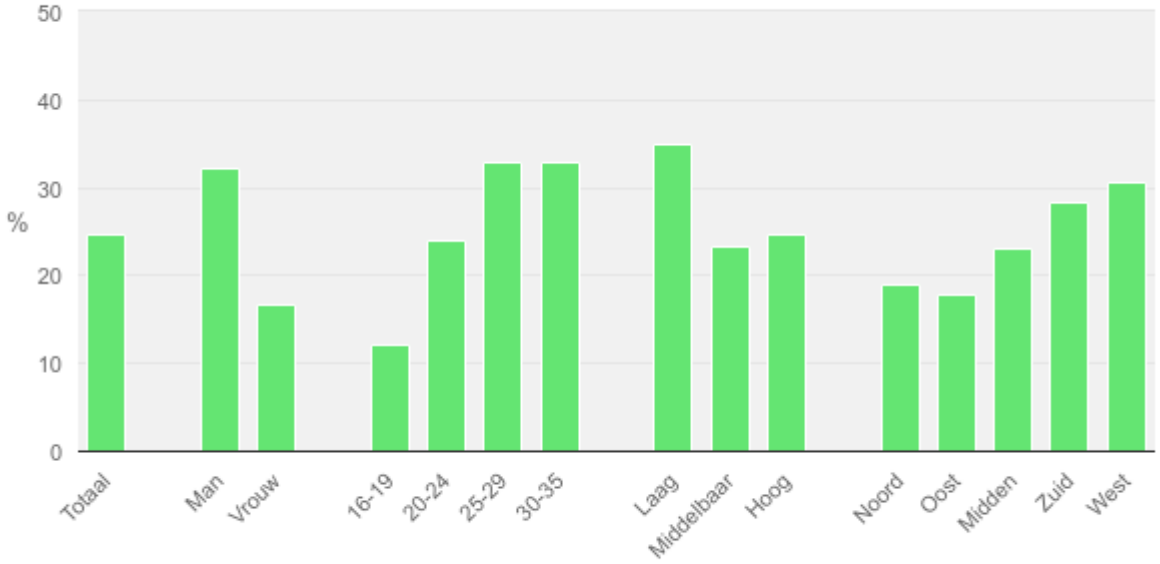
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 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.

14.3.5 Kwetsbare groepen jongeren en jongvolwassenen

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen gebruiken ketamine?

In het kort: Er is nog weinig bekend over het gebruik van ketamine in kwetsbare groepen jongeren. Relatief weinig jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen en in de brede, regionale jeugdzorg gebruiken ketamine. Onder groepen risicojongeren komt het gebruik voor, maar gaat het meestal om een enkeling of kleine subgroep.

Snel naar:
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Jongeren in de jeugdzorg
Groepen risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen ‘kwetsbare groepen jongeren’. Wij gebruiken de term ‘kwetsbare groepen jongeren’ om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg of in jeugddetentie zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo’n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen gebruiken ketamine?

Bijna één op de zeven jongeren die in een Justitiële Jeugdinrichting verblijven hebben ooit ketamine gebruikt

In 2022 had bijna één op de zeven jongeren die verblijven in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) ooit ketamine gebruikt (14%) en geen van hen deed dit in de laatste maand [2].

Van de jongeren in een JJI die vaker dan één keer in hun leven ketamine hadden gebruikt (n = 13), deden de meesten dit *voordat* ze in de inrichting werden geplaatst. Daarna zijn ze minder gaan gebruiken.

Hoeveel jongeren in de jeugdzorg gebruiken ketamine?

Geen landelijke gegevens bekend over gebruik van ketamine onder jongeren in de jeugdzorg

Er zijn geen landelijke gegevens bekend over het ketaminegebruik onder jongeren in de (residentiële) jeugdzorg. Wel zijn er regionale gegevens over ketaminegebruik onder jongeren in de brede jeugdzorg in Amsterdam en in de Gooi- en Vechtstreek. Deze jongeren worden ambulant begeleid, wonen op een leefgroep of ontvangen pleegzorg. In 2019 hadden vier van de onderzochte jongeren in Amsterdam ooit ketamine gebruikt (3%) [3]. Slechts 1 jongere (4%) uit de Gooi- en Vechtstreek had in 2019 ooit ketamine gebruikt [4]. Het ging in deze onderzoeken om een kleine steekproef, waardoor deze resultaten voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

Hoe ziet het ketaminegebruik in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als ‘kansarme jeugd’, ‘probleemjeugd’ of ‘hangjeugd’ [5].

Ketamine werd gebruikt in de helft van de onderzochte groepen risicojongeren

Het gebruik van ketamine komt volgens jongerenwerkers niet heel veel voor in groepen risicojongeren. Ketamine werd minder vaak gebruikt dan bijvoorbeeld lachgas of ecstasy. In ongeveer de helft van de onderzochte groepen risicojongeren (14 van de 29) kwam ketaminegebruik voor. In het merendeel van de groepen waarin ketamine werd gebruikt (11 van de 14) gebruikte een enkeling tot maximaal een kwart in de groep ketamine. In één groep risicojongeren gebruikte een kwart tot de helft en in één groep gebruikte de helft tot driekwart van de jongeren. Er waren geen groepen risicojongeren waarbij meer dan driekwart van de jongeren gebruikte.

Ketaminegebruik bleef stabiel of nam af in bijna alle groepen risicojongeren

De jongerenwerkers gaven aan dat in de meeste groepen risicojongeren (6 van de 14) het gebruik van ketamine niet veranderde in het laatste jaar. In een vijf van de groepen nam het ketaminegebruik af. In drie groepen nam het ketaminegebruik volgens de jongerenwerkers toe.

Ketamine wordt vooral in het weekend als uitgaansdrug gebruikt

Ketamine wordt onder groepen risicojongeren vooral gebruikt in het weekend en tijdens het uitgaan. Dit sluit aan bij resultaten uit een ander onderzoek, waaruit bleek dat ketamine een populaire drug is onder uitgaanders [6]. In één groep gaf de professional aan dat hij ziet dat sommige jongeren het middel als coping gebruiken, om gevoelens te verdoven.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het gebruik van ketamine is onder kwetsbare jongeren minder onderzocht dan het gebruik van andere middelen, zoals cannabis of ecstasy. Zo zijn er geen specifieke gegevens over het gebruik van opioïden binnen het praktijkonderwijs, het voortgezet speciaal onderwijs (vso) of de residentiële jeugdzorg (RJZ).

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het gebruik van ketamine onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (justitiële jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [2]. Aan het onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. In totaal deden 110 jongeren tussen de 14 en 24 jaar mee aan dit onderzoek.

Jongeren in de jeugdzorg

In 2019 zijn er gegevens verzameld over het gebruik van ketamine en sterke pijnstillers op regionaal niveau (Amsterdam en Gooi- en Vechtstreek) onder jongeren in de brede jeugdzorg [3,4]. Deze jongeren worden ambulant begeleid, wonen op een leefgroep of ontvangen pleegzorg. De steekproeven zijn relatief klein (118 jongeren in Amsterdam; 23 jongeren in de Gooi- en Vechtstreek) waardoor bevindingen voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio’s in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten. Twee jongeren- en straathoekwerkers die meededen aan dit onderzoek gaven aanvullende informatie over het ketaminegebruik in de jongerengroepen.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet.

De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [5]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio's in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
2. 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.
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. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.
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.

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 (waaronder Nederland), subgroepen, of settingen meer mainstream of een voorkeursdrug (‘drug of choice’) is geworden.

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt geen gestandaardiseerde gegevens over het gebruik van ketamine in Europese landen. Wel rapporteert het Europees Drugsrapport van 2022, 2023 en 2024 schattingen van het gebruik van ketamine in een aantal Europese landen [1–3]. In de Verenigde Staten verzamelt de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking [4]. En in Australië is er het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [5]. De gegevens zijn gebaseerd op vragenlijsten die de door deelnemers zelfstandig zijn ingevuld.

Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Ook kan het zijn dat in landen waar het stigma op drugsgebruik hoog is, respondenten minder geneigd zijn om eerlijk te antwoorden over hun drugsgebruik.

Europa

Het gebruik van ketamine komt in Europa relatief weinig voor. Er zijn wel signalen dat ketamine in sommige landen, subgroepen, of settingen meer mainstream of een voorkeursdrug (‘drug of choice’) is geworden [1–3], in Nederland bijvoorbeeld onder uitgaanders. Recente schattingen van het gebruik van ketamine in het laatste jaar onder jongeren en jongvolwassenen komen neer op 0,8% in Roemenië (2019, 15-34 jaar) en 0,9% in Denemarken (2023, 16-34 jaar) [3]. In Nederland ging het in 2022 om 2,3% van de 15-34-jarigen [6]. Een precieze vergelijking tussen deze landen is echter niet goed mogelijk vanwege verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven (zie Gegevensbronnen).

Verenigde Staten

Zowel in 2022 als 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% .

Australië

In Australië bleef het ketaminegebruik onder personen van 14 jaar en ouder stabiel tussen 2004 en 2016 (rond 0,2% laatste-jaar-gebruik en tussen 1,0-1,7% ooitgebruik), maar steeg daarna: het ooitgebruik steeg van 1,9% in 2016 naar 4,3% in 2022-2023 en het laatste-jaar-gebruik steeg van

0,4% naar 1,4% [5].

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. EMCDDA. European Drug Report 2024: 11 Jun 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/event/2024/06/launch-event-european-drug-report-2024_en
4. SAMHSA. 2022 NSDUH Detailed Tables: Publication Date: November 13, 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2022-nsduh-detailed-tables
5. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2022–2023: Use of illicit drugs: Last updated: 29 Feb 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/national-drug-strategy-household-survey/contents/use-of-illicit-drugs
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.

14.6 Hulpvraag en incidenten

14.6.1 Verslavingszorg

In het kort: In 2023 werden 440 mensen behandeld in de verslavingszorg voor een primaire stoornis in het gebruik van ketamine. Dat is 1% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Mogelijk gaat het hier nog om een onderschatting, omdat ketamine bij de instellingen niet altijd even goed wordt geregistreerd. Ketaminecliënten zijn met name mannen (70%) en relatief jong. Tussen 2018 en 2023 nam het aantal cliënten in de verslavingszorg voor ketamineproblematiek sterk toe.

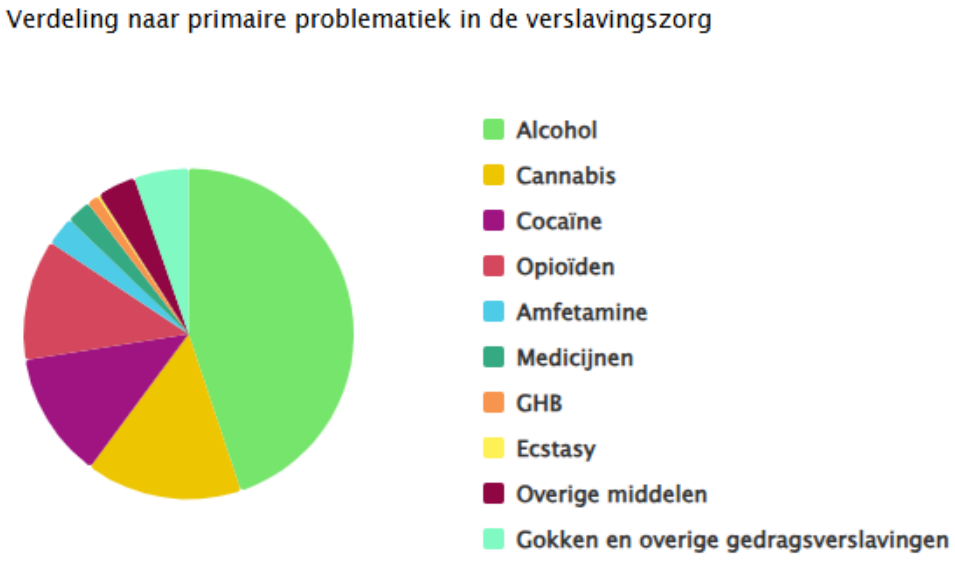
Hoeveel mensen worden behandeld in de verslavingszorg voor ketamineproblematiek?

In 2023 werden 440 mensen behandeld in de verslavingszorg voor ketamineproblematiek

In 2023 werden volgens het LADIS 440 mensen behandeld in de verslavingszorg voor ketamineproblematiek [1]. Dat is 1% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Het gaat hierbij alleen om mensen bij wie de ketamineproblematiek staat geregistreerd als de enige of de belangrijkste reden voor de behandeling. We noemen dit ook wel ‘primaire’ ketaminecliënten.

Ketamine valt in de gegevens van het LADIS onder de restcategorie “overige middelen”. De registratie van de specifieke middelen in deze categorie wordt nog niet bij alle instellingen even goed uitgevoerd. Zo werden er 369 gevallen geregistreerd als “overige drugs”, mogelijk zaten hier ook cliënten met ketamineproblematiek tussen. Het kan dus zijn dat het hier om een onderrapportage gaat.

Niet alle verslavingszorg instellingen leveren gegevens aan het LADIS, het genoemde aantal is dus een onderschatting van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg voor cocaïneproblematiek. Volgens een ruwe schatting beslaat het LADIS 70% van de cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek [2].



Percentages ten opzichte van het totaal aantal in de verslavingszorg (N = 65.215). Bron: LADIS, IVZ.

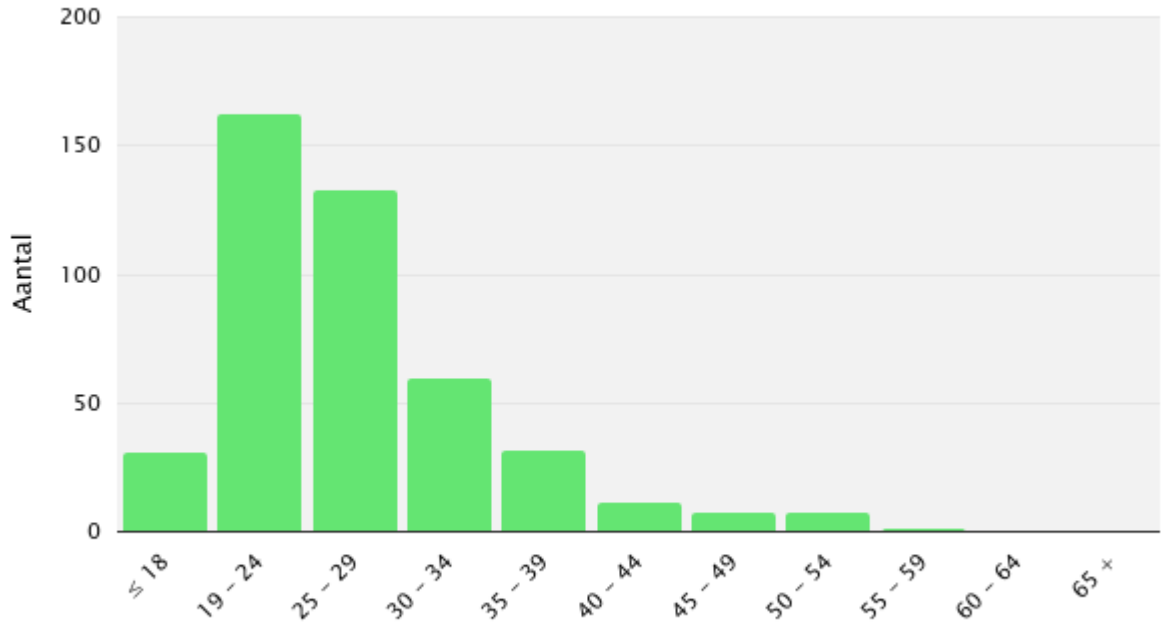
Meer dan twee keer zoveel mannen als vrouwen in behandeling voor ketamineproblematiek

In 2023 was het grootste deel van de cliënten in behandeling in de verslavingszorg voor ketamineproblematiek man (70%), minder dan één op de drie was vrouw (30%).

Ketaminecliënten zijn relatief jong, de meesten zijn tussen de 19 en 29 jaar

In 2023 was de gemiddelde leeftijd van de cliënten in behandeling voor ketamineproblematiek 27 jaar. Dit is jonger dan bij cannabis (31) of ecstasy (28). De meeste cliënten met primaire ketamineproblematiek vielen in de leeftijdscategorie 19-29 jaar.

Leeftijdsverdeling van de primaire ketaminecliënten in de verslavingszorg. Peiljaar 2023.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Leeftijd	Aantal	Percentage
≤ 18	30	6,8
19 - 24	162	36,8
25 - 29	132	30,0
30 - 34	59	13,4

Leeftijd	Aantal	Percentage
35 - 39	31	7,0
40 - 44	11	2,5
45 - 49	7	1,6
50 - 54	7	1,6
55 - 59	1	0,2
60 - 64		
65 +		

Drie op de vijf ketaminecliënten zijn al eerder behandeld in de verslavingszorg

In 2023 waren drie op de vijf primaire ketaminecliënten (60%) al eens eerder in behandeling in de verslavingszorg.

Is het aantal mensen dat wordt behandeld in de verslavingszorg voor ketamineproblematiek veranderd?

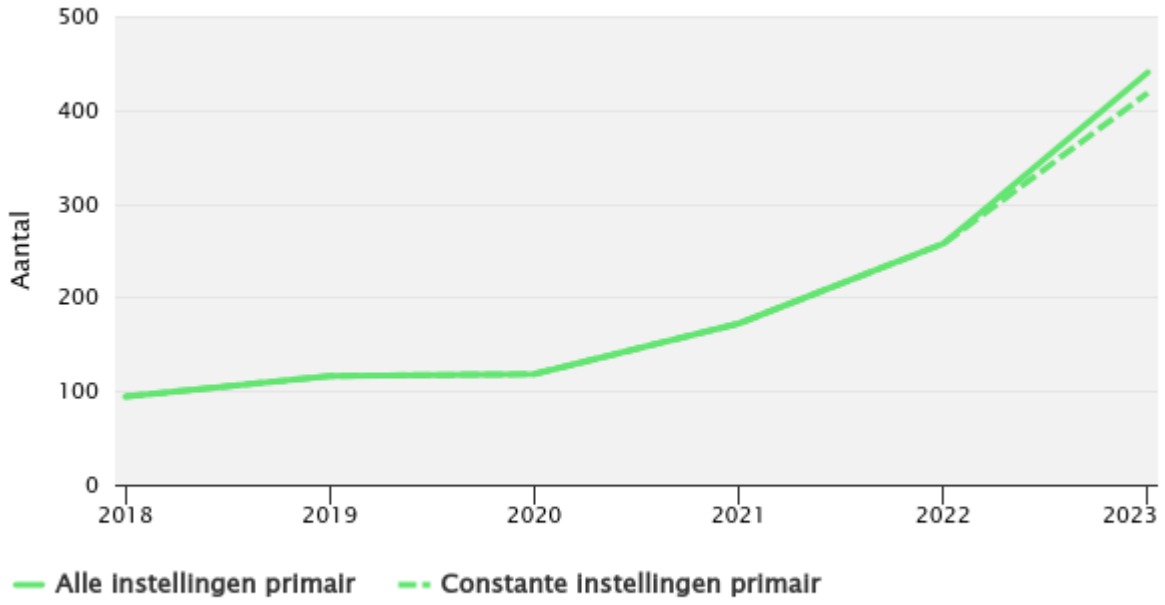
Het aantal ketaminecliënten nam toe in de periode 2018-2023

Tussen 2018 en 2023 is het aantal cliënten in behandeling voor primaire ketamineproblematiek sterk gestegen, van 94 naar 440 cliënten. Deze stijging deed zich voornamelijk voor tussen 2020 en 2023. In de loop van de jaren zijn er steeds meer instellingen bijgekomen die gegevens aanleveren aan het LADIS. Ook als we alleen kijken naar de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd (de constante instellingen), dan stijgt het aantal primaire ketaminecliënten tussen 2018 en 2023 van 94 naar 418.

Tussen 2018 en 2023 is de bevolking van Nederland gegroeid. Om hier rekening mee te houden is ook gekeken naar het aantal cliënten per 100.000 inwoners. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder nam het aantal primaire ketaminecliënten toe tussen 2018 (0,7) en 2023 (2,9).

De stijgende trend kan (deels) verklaard worden door een toename in het aantal gebruikers maar mogelijk ook door een verbetering in het registreren van deze specifieke middelen bij de instellingen.

Aantal cliënten in de verslavingszorg in Nederland met primaire ketamineproblematiek, vanaf 2018



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Jaartal	Alle instellingen primair	Constante instellingen primair
2018	94	94
2019	116	116
2020	118	118
2021	172	172
2022	257	257
2023	440	418

Hoe behandelt de verslavingszorg mensen met ketamineproblematiek?

De verslavingszorg is onderdeel van de gezondheidszorg. De verslavingszorg helpt mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere gedragsverslaving. Er is minder onderzoek gedaan naar de behandeling van verslaving aan ketamine en het middel is niet opgenomen in de 'Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines' [3]. Wel is er in 2023 een handreiking ketamineverslaving uitgebracht door de programmaraad verslaving en de werkgroep ketamine van de Parnassia Groep [4].

In deze handreiking wordt geadviseerd om bij ketamineverslaving een behandeling aan te bieden die gebruikelijk is bij het behandelen van andere verslavingen. Er is extra aandacht nodig voor mogelijke lichamelijke gevolgen. Een opname in een kliniek tijdens het ontgiften kan beter zijn als er lichamelijke problemen of bijkomende psychische klachten zoals depressie en PTSS zijn.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het LADIS

De gegevens over het aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor cocaïneproblematiek zijn afkomstig van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Verslavingszorginstellingen leveren gepseudonimiseerde gegevens over hun cliënten aan het LADIS. Tussen 2015 en 2022 konden er geen nieuwe gegevens worden verzameld in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag geregeld voor het aanleveren van deze gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Vanaf 2023 zijn er weer verschillende rapportages van het LADIS verschenen [1]. Gegevens van voor 2018 worden momenteel niet gerapporteerd, omdat deze oudere gegevens opnieuw zijn opgevraagd bij de instellingen en eventuele verschillen met de oude gegevens nog niet onderzocht zijn.

Gegevens over het aantal cliënten in behandeling kunnen informatie geven over (trends in) de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn voor trends in problematisch gebruik. Echter zoekt maar een deel van de probleemgebruikers hulp bij de verslavingszorg. Onderzoek laat zien dat mensen die professionele hulp zoeken vaak ernstigere problemen hebben dan mensen die dit (nog) niet doen. Ook hebben ze vaker last van andere bijkomende psychische problemen [5].

Beperkingen van het LADIS

Er zijn een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg. (Nog) niet alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het LADIS. De afgelopen jaren zijn er wel steeds meer instellingen bijgekomen. Omdat dit de trends kan beïnvloeden rapporteert het LADIS zowel de trends van alle deelnemende instellingen als uitsluitend van de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd. Mogelijk bereiken de instellingen die nog geen gegevens aanleveren een andere

doelgroep dan de instellingen die wel gegevens aanleveren.

Bij sommige van de deelnemende instellingen is er sprake van onderregistratie. Ook leveren niet alle instellingen de gegevens over het type middel even specifiek aan. Zo gebruiken sommige instellingen nog verzamelcategorieën, zoals “opiaten” of “overige middelen”. Gegevens over specifieke middelen kunnen dus ‘verborgen’ zijn in deze verzamelcategorieën. Daarnaast kunnen mensen ook buiten de verslavingszorg hulp krijgen, bijvoorbeeld bij de reguliere GGZ, in de huisartsenpraktijk, bij vrijgevestigde psychologen of via anonieme eHealth. Tot slot lijkt er sprake van slechts een beperkte capaciteit in de verslavingszorg, zo is er in de afspraken met verzekeraars sprake van een behandelplafond. Wanneer het behandelplafond voortijdig wordt bereikt kunnen behandelingen niet meer worden gedeclareerd. Ook is er in de verslavingszorg een tekort aan personeel. Er staan ook nog mensen met een hulpvraag op het gebied van middelenproblematiek op een wachtlijst voor hulp in de verslavingszorg. Hoeveel mensen dit precies zijn is niet bekend. De gemiddelde totale wachttijd (vanaf aanmelding tot start behandeling) voor een behandeling voor de diagnosegroep “Middelgerelateerd en verslaving” was volgens de NZA 15 weken in december 2023 [6].

Bronnen

1. Wisselink DJ, Van der Slink JB, Kerssies JP. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2018 – 2023. 2024. p. 1–85.
2. Vektis.nl. Factsheet GGZ [Internet]. Gepubliceerd op: 30-05-2024. Available from: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024
3. 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.
4. V Grundeken, M Janssen van Raay, L Los, Sigling H, M Themmen. Handreiking Ketamineverslaving. Parnassia Groep; 2023.
5. 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.
6. Zorgautoriteit N. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/

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 Samenstelling

Wat is de samenstelling van de ketamine die wordt verkocht op de Nederlandse drugsmarkt?

In het kort: In 2023 waren 3,2% van alle drugsmonsters ingeleverd bij het DIMS verkocht als ketamine. Dit is vergelijkbaar met 2022. Het percentage ketaminemonsters dat ketamine bevat is de afgelopen tien jaar gestegen tot een percentage rond de 90%. Het gemiddelde ketaminegehalte is al jaren stabiel. Een vervuiling die vanaf 2019 wat vaker voorkomt in ketaminemonsters is levamisol (een ontwormingsmiddel).

Eén op de dertig ingeleverde drugsmonsters is verkocht als ketamine

In 2023 werden 604 drugsmonsters ingeleverd die zijn verkocht als ketamine [1]. Dit is 3,2% van het totaal aantal drugsmonsters (19.109) dat werd ingeleverd bij de testlocaties. Daarmee ligt het aandeel ketaminemonsters ongeveer op hetzelfde niveau als in 2022 (2,7%). In de afgelopen tien jaar schommelde het aandeel ketaminemonsters tussen de 2,3% (2014) en 5,3% (2020). De monsters werden verkocht als ketamine, maar dat betekent niet dat ze ook allemaal echt ketamine bevatten.

Meer dan negen op de tien ketaminemonsters bevatten echt ketamine

In 2023 bevatte het overgrote deel (93,9%) van de ingeleverde ketaminemonsters ook echt ketamine. Dit is iets hoger dan in 2022 (91,1%). Tussen 2014 en 2018 steeg het aandeel ketaminemonsters waarin ook echt ketamine zat van 58,7% naar 90,6%. Sindsdien ligt het percentage steeds rond de 90%.

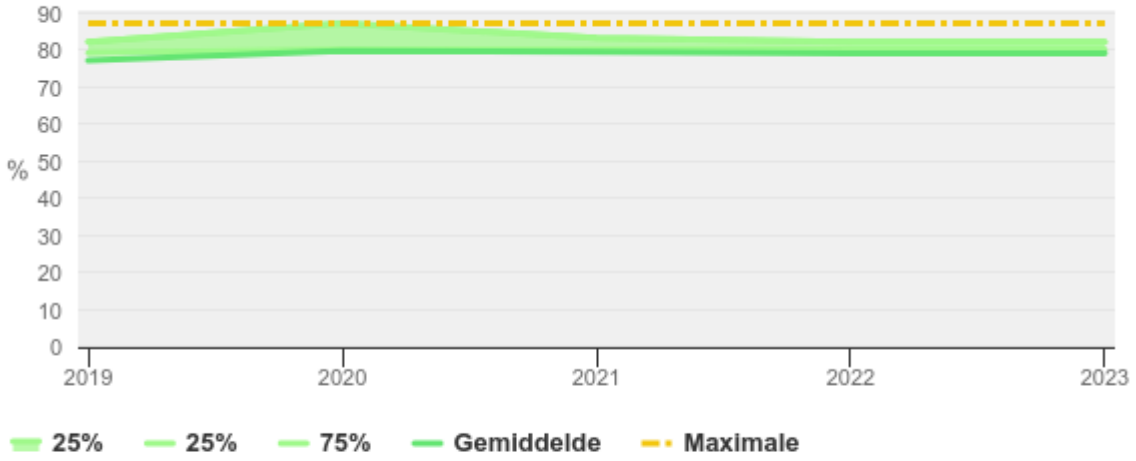
Ketaminemonsters in Nederland bevatten gemiddeld 78,9% ketamine

In 2023 hadden ketaminemonsters een gemiddeld ketaminegehalte van 78,9%. De helft van alle monsters waarin ketamine werd gevonden had een ketaminegehalte tussen de 80 en 82 procent. Opvallend genoeg is dit dus wat hoger dan het gemiddelde ketaminegehalte. Dit komt doordat het gemiddelde percentage naar beneden wordt gehaald door een klein aantal monsters waarin een veel lager percentage zit. Het theoretisch maximaal haalbare percentage ketamine in ketamine-monsters is 87%. Dit is omdat ketamine in zoutvorm wordt gebruikt, maar het DIMS uitslagen in de base-vorm rapporteert [1].

Ketaminegehalte in de afgelopen vijf jaar stabiel gebleven

Het gemiddelde ketaminegehalte in ketaminemosters die bij de testlocaties zijn ingeleverd, ligt sinds 2020 stabiel rond de 79%.

Trend in het gemiddelde ketaminegehalte in ingeleverde ketaminemonsters, vanaf 2019



Gemiddelde gehalte ketamine in ketamine-monsters die ook echt ketamine bevatten in percentages. De percentages zijn gebaseerd op de base-vorm. Omdat ketamine in zoutvorm (sulfaat) voorkomt, is het maximale gehalte ketamine 87%. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

NDM

Jaar	Gemiddelde gehalte ketamine	25%	75%
2019	76,9	79	82
2020	79,5	80	87
2021	79,3	80	83
2022	78,8	80	82
2023	78,9	80	82

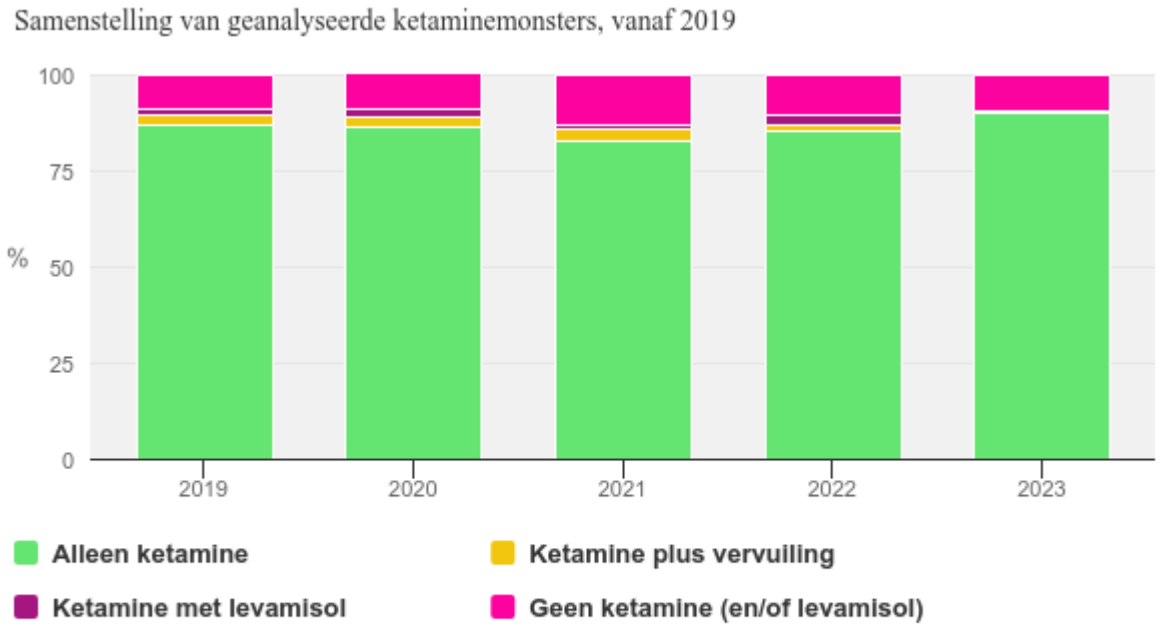
Ketamine wordt maar weinig versneden met andere stoffen

In 2023 bevatte 0,8% van alle monsters die waren verkocht als ketamine nog een andere stof naast ketamine. Dit percentage is lager dan in de jaren hiervoor. Ter vergelijking, in 2022 bevatte 4,3% van het totaal aantal ingeleverde ketaminemonsters nog een andere stof naast ketamine.

Als er géén ketamine in een als ketamine verkocht drugsmonster zit, dan worden er verschillende andere stoffen aangetroffen. 3-CMC (16,1%, 5 keer), 2-fluor-descholoorketamine (12,9%, 4 keer) en methamfetamine (12,9%, 4 keer) kwamen het meeste voor.

Levamisol enkele keren in ketaminemonsters aangetroffen

De laatste jaren wordt er af en toe levamisol in ketamine aangetroffen. Dit middel lijkt langzaam in opkomst als versnijdingsmiddel voor ketamine, hoewel het nog steeds om enkele procenten gaat. Dit is opvallend, omdat deze stof hiervoor alleen in cocaïne werd gevonden. In 2023 werd één keer levamisol aangetroffen in ketaminemonsters waarin ook echt ketamine werd gevonden. Ook werd er één keer levamisol gevonden in een monster dat als ketamine werd verkocht maar géén ketamine bevatte. In deze gevallen was het aandeel levamisol echter wel groot, gemiddeld 43%. Levamisol kan in hoge doseringen ernstige gezondheidsrisico's met zich meebrengen.



Percentages van de gevonden samenstellingen in bij het DIMS ingeleverde monsters die zijn verkocht als ketamine. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

NDM

	Alleen ketamine	Ketamine plus vervuiling	Ketamine met levamisol	Geen ketamine (en/of levamisol)
2019	86,5	2,9	1,7	8,9
2020	86,4	2,3	2,3	9,1
2021	82,5	3,1	1,3	13,0
2022	85,2	1,3	3,0	10,5
2023	89,7	0,8	0,0	9,5

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van drugstestlocaties. Het DIMS-netwerk bestaat uit 12 instellingen voor verslavingszorg en Stichting Mainline en wordt gecoördineerd vanuit het Trimbos-instituut. Het doel van het DIMS is het inzicht krijgen in de markt van illegale drugs. Consumenten kunnen anoniem hun drugs laten testen bij 32 testlocaties verspreid over heel Nederland. Het DIMS onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in deze ingeleverde drugsmonsters [1]. Hiervoor worden verschillende analysemethoden gebruikt. Welke analysemethoden worden gebruikt hangt onder andere af van de vorm van het drugsmonster en de samenstelling. De meeste analyses worden gedaan in een extern laboratorium met GC-MS (gaschromatografie-massaspectrometrie) en LC-DAD (vloeistofchromatografie). Bepaalde poedermonsters en GHB kunnen soms ook direct op een aantal testlocaties of bij het DIMS-hoofdkantoor geanalyseerd worden met behulp van een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Een deel van de monsters in pil-vorm wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend.

Voorlichting en waarschuwingsfunctie

De testlocaties hebben een belangrijke voorlichtingsfunctie. Consumenten die drugs laten testen krijgen informatie over de effecten en risico’s van de ingeleverde drugs. Als er drugs in omloop zijn die een extra risico met zich meebrengen waarschuwt het DIMS landelijk, regionaal of lokaal, of via sociale media.

Meer informatie over het testen van drugs is te vinden op de website van het DIMS.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [2]. Voor ketamine is er echter geen informatie beschikbaar over de drugsmarkt op Europees niveau.

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
2. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

14.8.2 Prijs

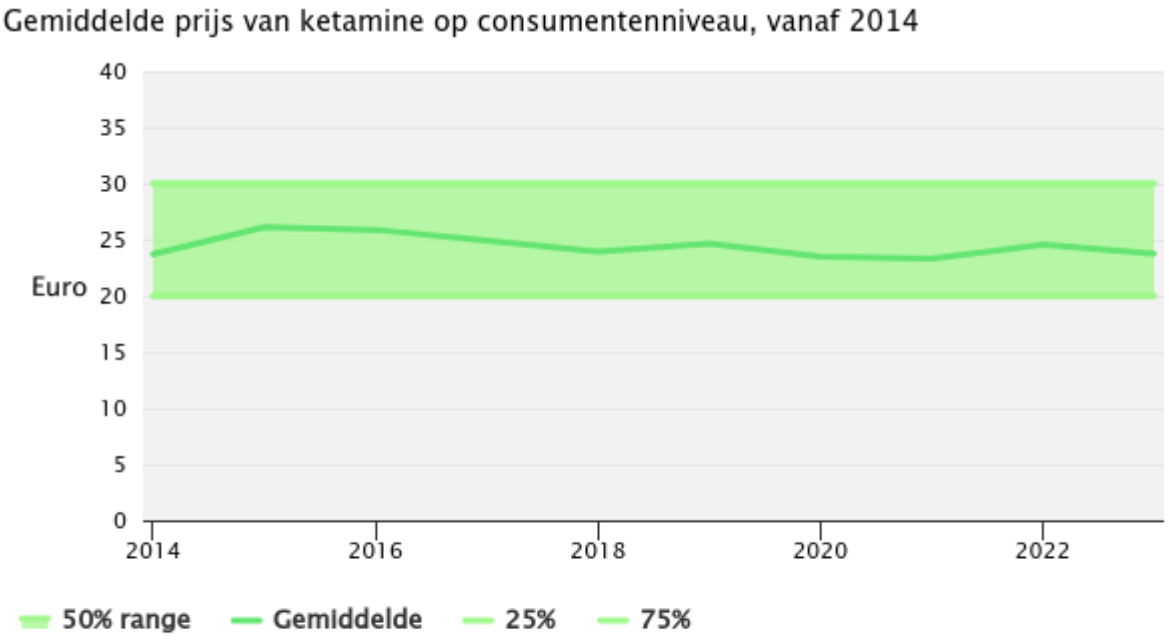
Wat kost de ketamine die verkocht wordt op de Nederlandse drugsmarkt?

In het kort: De prijs van een gram ketamine in Nederland was in 2023 gemiddeld €23,76. Deze prijs is al jaren vrij stabiel.

Ketamine kost gemiddeld ongeveer 24 euro per gram

Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen, betaalden in 2023 gemiddeld €23,76 per gram ketamine [1]. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. De gemiddelde prijs voor een gram ketamine schommelde tussen 2014 en 2023 tussen de 23 en 26 euro.

Er zijn geen Europese gegevens bekend over de prijs van ketamine.



Gemiddelde prijs in euro per gram ketamine. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

everviz.com

	Gemiddelde	25%	75%
2014	23,71	20	30

	Gemiddelde	25%	75%
2015	26,11	20	30
2016	25,87	20	30
2017	24,9	20	30
2018	23,94	20	30
2019	24,64	20	30
2020	23,48	20	30
2021	23,29	20	30
2022	24,57	20	30
2023	23,76	20	30

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van drugstestlocaties. Het DIMS-netwerk bestaat uit 12 instellingen voor verslavingszorg en Stichting Mainline en wordt gecoördineerd vanuit het Trimbos-instituut. Het doel van het DIMS is het inzicht krijgen in de markt van illegale drugs. Consumenten kunnen anoniem hun drugs laten testen bij 32 testlocaties verspreid over heel Nederland [1]. Als consumenten hun drugsmonster laten testen bij een testlocatie wordt hen ook gevraagd naar de aankoopprijs. Hierdoor is er een goed inzicht in de prijs die consumenten betalen voor ketamine.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol

[2]. Over de prijzen van ketamine is echter geen informatie op Europees niveau beschikbaar.

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
2. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

GHB

Laatste feiten en trends

Volwassenen
GHB-gebruik ooit in het leven (2023)



1,6%

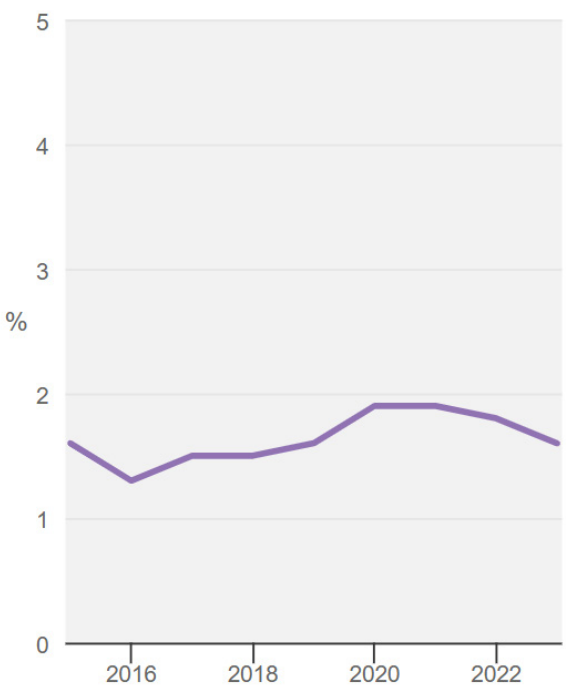


1,2%



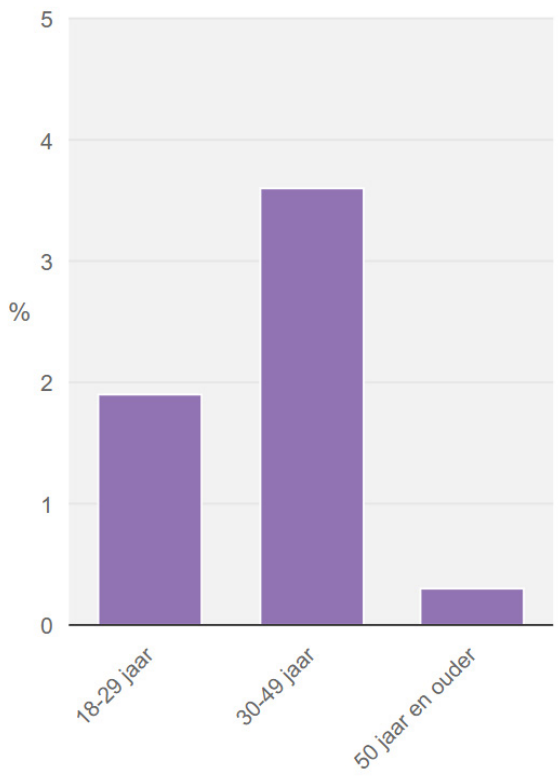
2,0%

Trend in GHB-gebruik onder volwassenen



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

GHB-gebruik onder volwassenen, naar leeftijdsgroep



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos–instituut, 2023.

- In 2023 gebruikte 1,6% van de volwassenen ooit GHB, 0,3% gebruikte GHB in het laatste jaar en 0,1% in de laatste maand. Het gebruik van GHB ooit in het leven is het hoogst onder mannen, 30-49-jarigen en volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.
- In 2023 is het GHB-gebruik in het laatste jaar niet veranderd in vergelijking met de vorige meting uit 2022. Vergeleken met de eerste meting uit 2015 is in 2023 het gebruik in het laatste jaar wel lager.
- 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

Voortgezet onderwijs
12-16 jaar
ooit (2023)



0,4%

Studenten
≥16 jaar
ooit (2023)



1,3% (mbo)
1% (hbo & wo)

Uitgaanders
16-35 jaar
laatste jaar (2023)

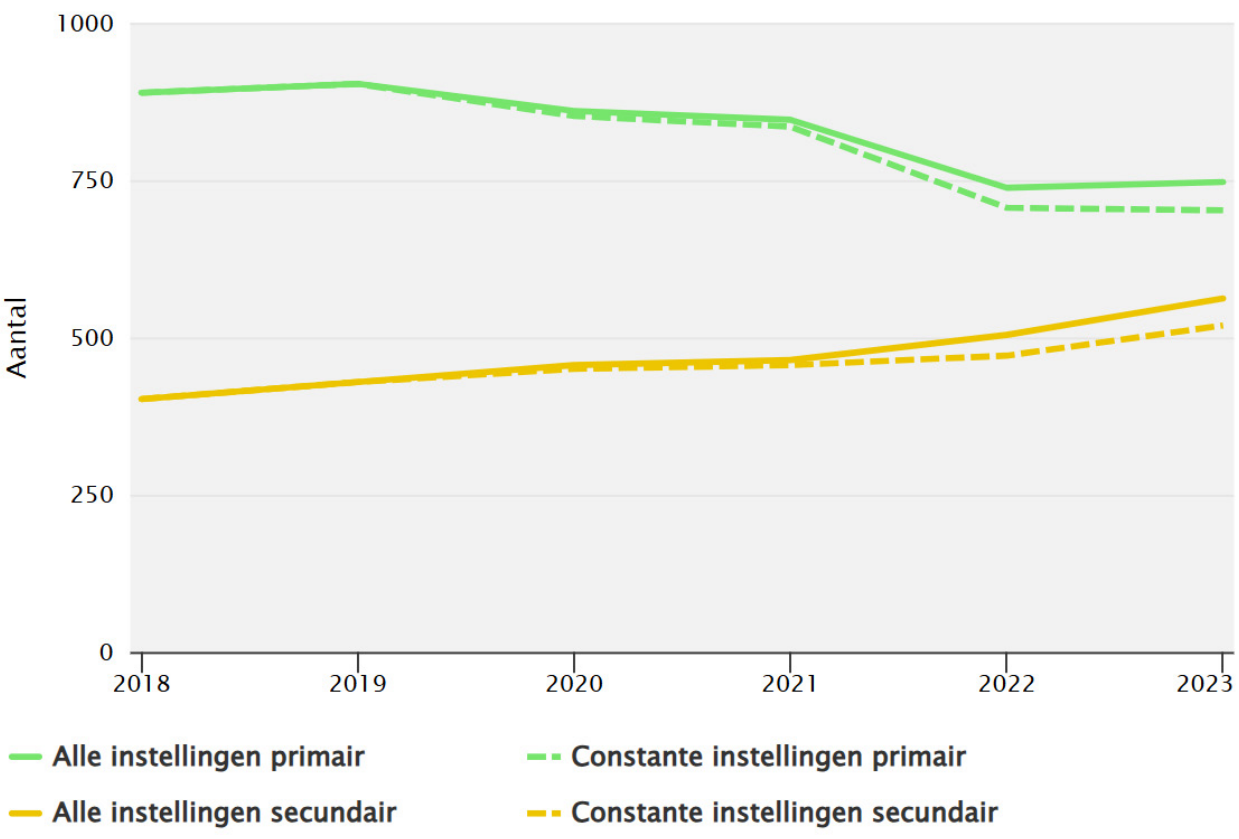


3,3%

- Het gebruik van GHB is laag onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar). In 2023 had 0,4% van de 12-16-jarige scholieren ooit GHB gebruikt, 0,2% gebruikte in het laatste jaar GHB.
- Het gebruik van GHB komt weinig voor onder studenten. In 2023 gebruikte minder dan 1% van de mbo-studenten en de hbo– en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder GHB in het laatste jaar. Het GHB-gebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 gedaald.
- 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.
- Over GHB–gebruik in kwetsbare groepen jongeren is minder bekend dan over het gebruik van andere middelen zoals cannabis of ecstasy. Het gebruik van GHB wordt in minder onderzoeken meegenomen, omdat het maar weinig voorkomt. Het is wel bekend dat GHB gebruik op lokaal niveau soms erg problematisch kan zijn. In zogenoemde ‘brandhaarden’, veelal in rurale gebieden van Nederland, kan problematisch GHB-gebruik onder bepaalde kwetsbare jongeren relatief veel voorkomen en voor problemen zorgen.

Hulpvraag en incidenten

Aantal cliënten in de verslavingszorg in Nederland met primaire en secundaire GHB–problematiek, vanaf 2018



Bron: LADIS, stichting IVZ.

- In 2023 werden er 747 mensen behandeld in de verslavingszorg voor GHB-problematiek. Dat is 2% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. De meerderheid van de GHB-cliënten was man, bijna een derde viel in de leeftijdsgroep 30-34 jaar. Vier op de vijf GHB-cliënten werd al eerder behandeld in de verslavingszorg. Het aantal en het aandeel GHB-cliënten in de verslavingszorg nam in de periode 2018-2023 iets af.
- Het blijkt dat cliënten die onder begeleiding stoppen met GHB vaak terugvallen in gebruik. In 2020 is er een handreiking ontwikkeld om terugval in GHB-gebruik na detoxificatie te voorkomt.
- 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

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 GHB-gebruik onder volwassenen

Hoeveel volwassenen gebruiken GHB?

In het kort: In 2023 gebruikte 1,6% van de volwassenen ooit GHB, 0,3% gebruikte GHB in het laatste jaar en 0,1% in de laatste maand. Het gebruik van GHB ooit in het leven is het hoogst onder mannen, 30-49-jarigen en volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.

Minder dan 1% van de volwassenen gebruikte in het laatste jaar GHB

In 2023 had 1,6% van de volwassenen ooit GHB gebruikt. Dat komt neer op 230 duizend volwassenen. Door 0,3% van de volwassenen werd GHB in het laatste jaar gebruikt en 0,1% gebruikte in de laatste maand.

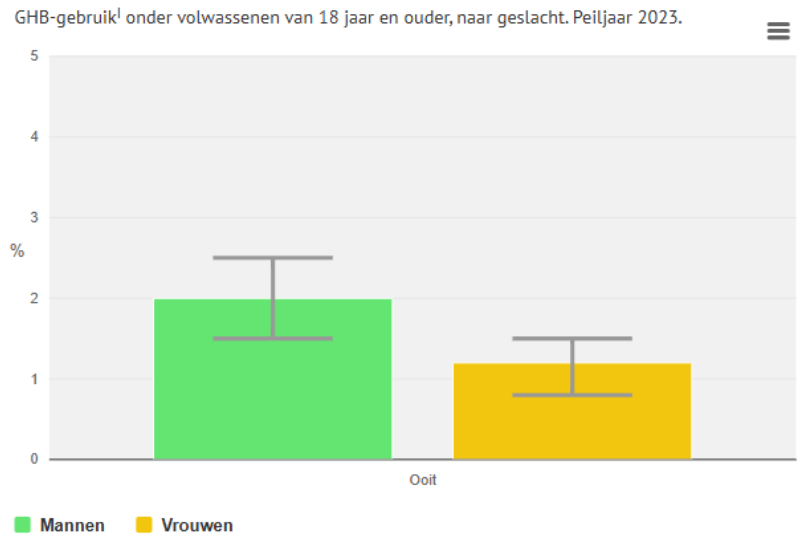
GHB-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	1,6	230.000	180.000-270.000
Laatste jaar	0,3	40.000	20.000-60.000
Laatste maand	0,1	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.

Meer mannen dan vrouwen hebben ervaring met GHB

In 2023 was GHB-gebruik ooit in het leven hoger onder mannen (2,0%) dan onder vrouwen (1,2%).



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.

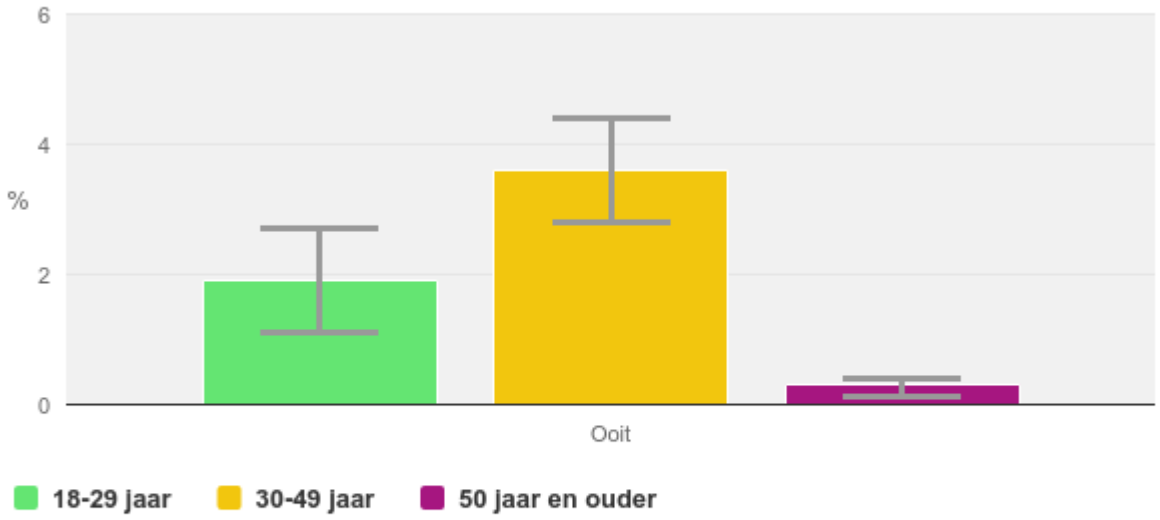
	Mannen	low Mannen	high Mannen	Vrouwen	low Vrouwen	high Vrouwen
Ooit	2	1,5	2,5	1,2	0,8	1,5

Gebruik van GHB komt het meest voor onder 30-49-jarigen

In 2023 was het gebruik van GHB ooit in het leven het hoogst onder 30-49-jarigen (3,6%) en het laagst onder 50-plussers (0,3%). Het gebruik onder 18-29-jarigen (1,9%) zat daar tussenin.

In de LSM-A 2022 is aan de laatste-jaar-gebruikers van GHB gevraagd hoe oud zij waren toen zij voor het eerst GHB gebruikten. De gemiddelde startleeftijd was 31,6 jaar (SD = 12,0). Deze leeftijd lag hoger dan voor de meeste andere middelen, zoals ecstasy (22,4 jaar) of amfetamine (22,0 jaar).

GHB-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2023



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.

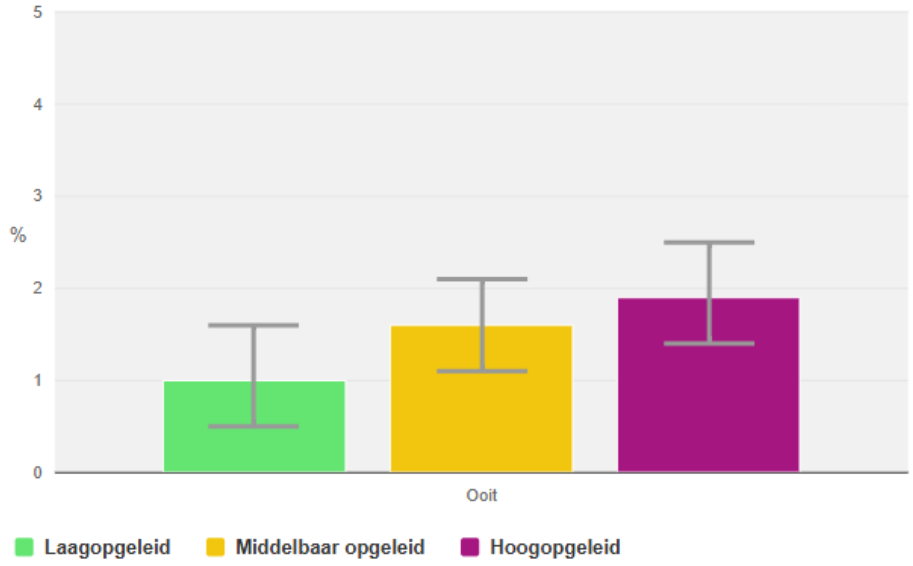
NDM

	18-29 jaar	low 18-29 jaar	high 18-29 jaar	30-49 jaar	low 30-49 jaar	high 30-49 jaar	50 jaar en ouder	low 50 jaar en ouder	high 50 jaar en ouder
Ooit	1,9	1,1	2,7	3,6	2,8	4,4	0,3	0,1	0,4

Gebruik van GHB komt meer voor onder hoogopgeleiden dan laagopgeleiden

In 2023 was het GHB-gebruik ooit in het leven hoger onder hoogopgeleiden (1,9%) dan onder laagopgeleiden (1,0%). Het gebruik onder middelbaar opgeleiden (1,6%) zat daartussen in maar verschilde niet statistisch significant van de andere opleidingsniveaus.

GHB-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2023.



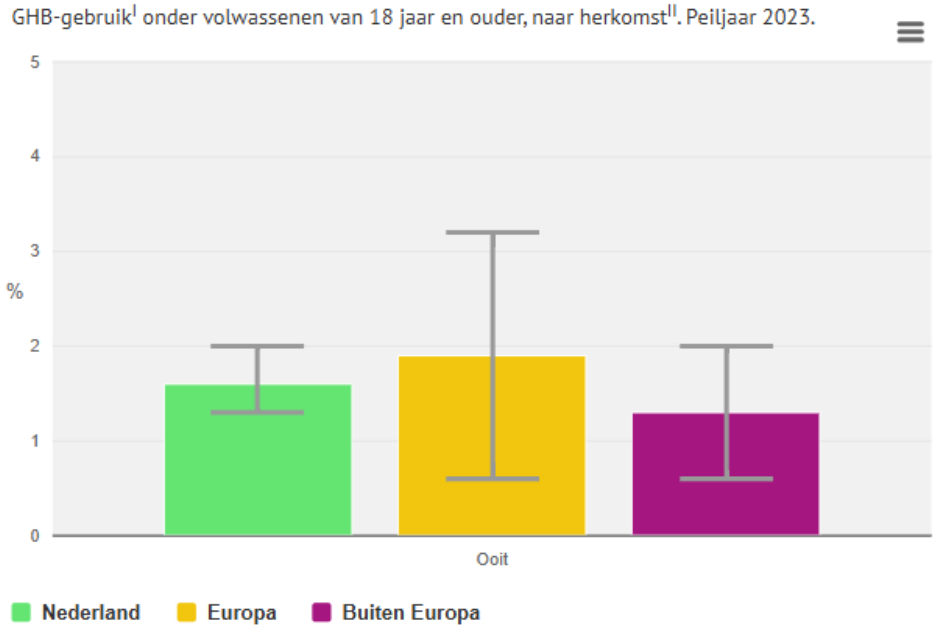
I. Ooit: ten minste één keer GHB gebruikt ooit in het leven. II. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2–4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut

	Laagopgeleid	low Laag opgeleid	high Laag opgeleid	Middelbaar opgeleid	low Middelbaar opgeleid	high Middelbaar opgeleid	Hoogopgeleid	low Hoogopgeleid	high Hoogopgeleid
Ooit	1	0,5	1,6	1,6	1,1	2,1	1,9	1,4	2,5

Geen verschil in het gebruik van GHB tussen herkomstgroepen

In 2023 was er geen verschil tussen de herkomstgroepen in het percentage volwassenen dat ervaring heeft met GHB.

GHB-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2023.

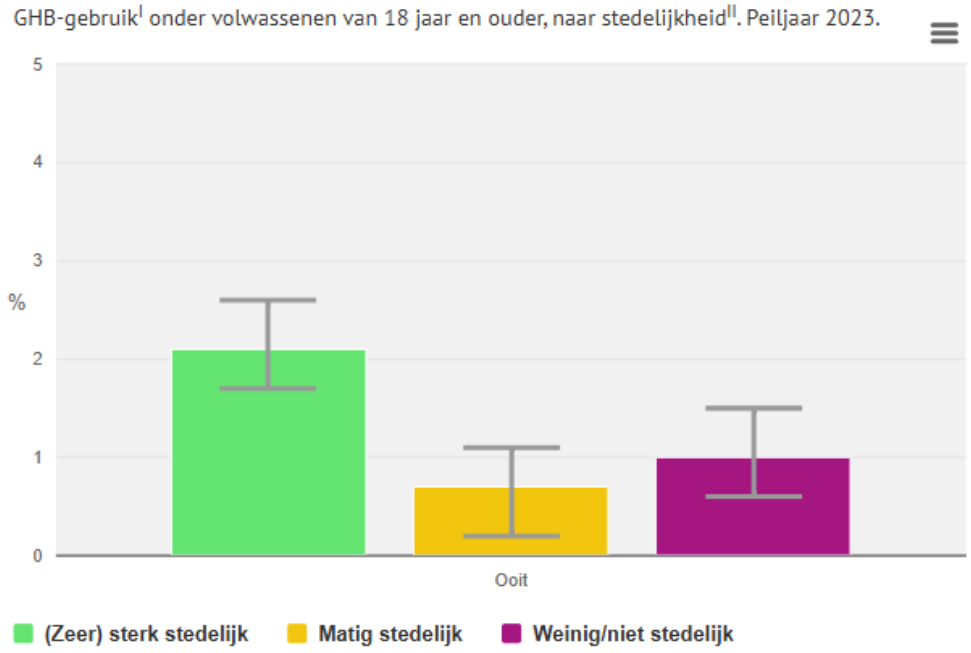


I. Ooit: ten minste één keer GHB gebruikt ooit in het leven. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst | CBS). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

	Nederland	low Nederland	high Nederland	Europa	low Europa	high Europa	Buiten Europa	low Buiten Europa	high Buiten Europa
Ooit	1,6	1,3	2	1,9	0,6	3,2	1,3	0,6	2

Gebruik van GHB komt het meest voor onder volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden

In 2023 was het GHB-gebruik ooit in het leven hoger onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (2,1%) dan onder volwassenen in matig stedelijke gebieden (0,7%) en weinig/niet stedelijke gebieden (1,0%).



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.

	(Zeer) sterk stedelijk	low (Zeer) sterk stedelijk	high (Zeer) sterk stedelijk	Matig stedelijk	low Matig stedelijk	high Matig stedelijk	Weinig/niet stedelijk	low Weinig/niet stedelijk	high Weinig/niet stedelijk
Ooit	2,1	1,7	2,6	0,7	0,2	1,1	1	0,6	1,5

GHB-gebruik verschilt per regio

Uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die werd gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen zijn in het gebruik van GHB [1]. In 2024 werd het hoogste percentage GHB-gebruik in de laatste 12 maanden gevonden in GGD-regio Amsterdam (1,1%). In de andere GGD-regio's was dit percentage lager (0,6-0,2%) of niet bekend.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van GHB wordt sinds 2015 uitgevraagd in de vragenlijst van de GE. 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 de cijfers betrekking op het gebruik van GHB al dan niet in combinatie met GBL.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van GHB ooit in het leven kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal GHB-gebruikers in het laatste jaar en de laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken.

Regionale cijfers

Naast de landelijke cijfers uit de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale cijfers beschikbaar over drugsgebruik uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen. De meest recente gegevens komen uit 2024 [1], toen meer dan 135.000 jongvolwassenen tussen de 16 en 25 jaar de vragenlijst invulden. In tegenstelling tot 2022 werd er in 2024 geen steekproef getrokken; de vragenlijst was via een open link beschikbaar en respondenten werden vooral geworven via sociale media. De resultaten zijn gestandaardiseerd naar GGD-regio, leeftijd en gender om representativiteit te verbeteren, maar de wervingsmethode kan mogelijk leiden tot een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een slechtere (mentale) gezondheid. Deze cijfers zijn door verschillen in de vraagstelling en leeftijdsgroep niet direct vergelijkbaar met de cijfers uit de GE of de LSM-A Middelen, maar bieden wel inzicht in regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen.

Bronnen

1. GGD’en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024. https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024. 2025.

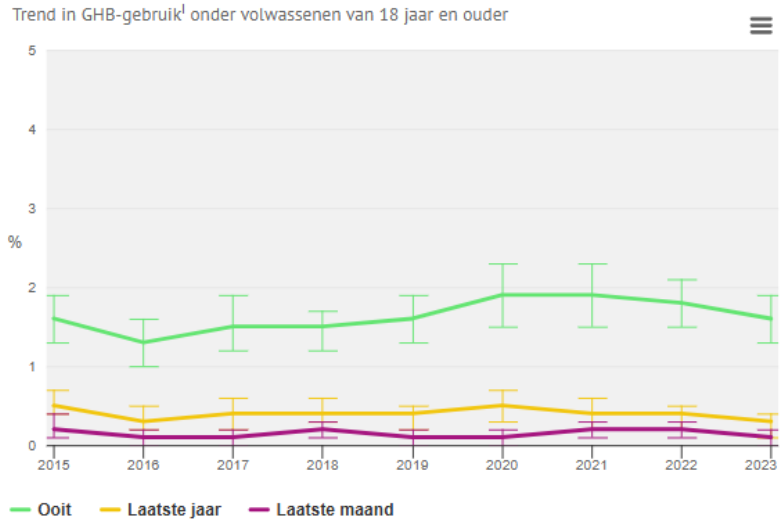
9.2.2 Veranderingen in GHB-gebruik onder volwassenen

Is het GHB-gebruik onder volwassenen veranderd?

In het kort: In 2023 is het GHB-gebruik in het laatste jaar niet veranderd in vergelijking met de vorige meting uit 2022. Vergeleken met de eerste meting uit 2015 is in 2023 het gebruik in het laatste jaar wel lager.

GHB-gebruik is sinds de vorige meting stabiel, maar op lange termijn is gebruik in het laatste jaar gedaald

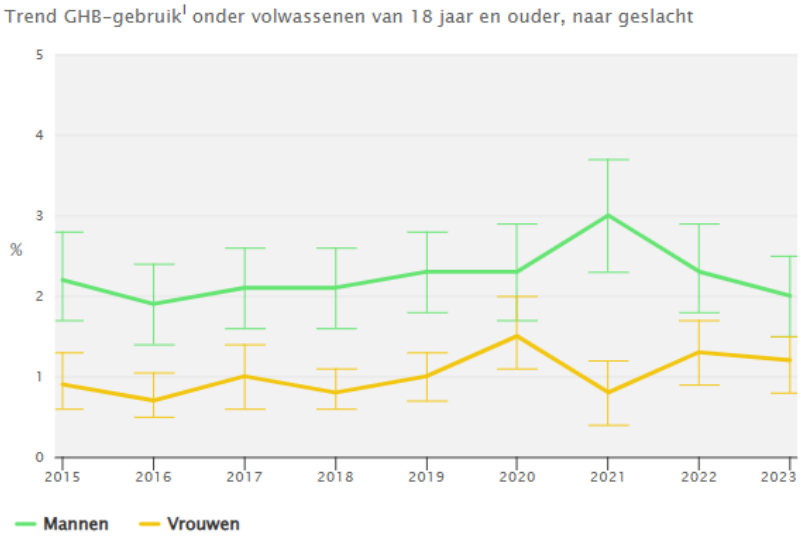
In 2023 is het GHB-gebruik in het laatste jaar niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Dit geldt ook voor het gebruik ooit in het leven en in de laatste maand. Vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het gebruik in het laatste jaar wel lager. Het gebruik ooit in het leven en in de laatste maand bleven ongeveer gelijk tussen 2015 en 2023.



1. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer GHB 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.

Gebruik van GHB stabiel onder zowel mannen als vrouwen

In 2023 is het GHB-gebruik ooit in het leven onder zowel mannen als vrouwen niet veranderd vergeleken met de vorige meting uit 2022. Ook vergeleken met de eerste meting uit 2015 is in 2023 het gebruik ooit in het leven onder zowel mannen als vrouwen ongeveer gelijk gebleven.



1. Ooit: ten minste één keer amfetamine gebruikt ooit in het leven. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

	Mannen	low Mannen	high Mannen	Vrouwen	low Vrouwen	high Vrouwen
2015	2,2	1,7	2,8	0,9	0,6	1,3
2016	1,9	1,4	2,4	0,7	0,5	1,05
2017	2,1	1,6	2,6	1	0,6	1,4
2018	2,1	1,6	2,6	0,8	0,6	1,1
2019	2,3	1,8	2,8	1	0,7	1,3
2020	2,3	1,7	2,9	1,5	1,1	2
2021	3	2,3	3,7	0,8	0,4	1,2
2022	2,3	1,8	2,9	1,3	0,9	1,7
2023	2	1,5	2,5	1,2	0,8	1,5

Gebruik van GHB alleen onder 18-29-jarigen tussen 2022 en 2023 gedaald

Tussen 2022 en 2023 daalde het GHB-gebruik ooit in het leven onder 18-29-jarigen van 3,2% naar 1,9%. In de andere leeftijdsgroepen bleef het gebruik ooit in het leven ongeveer gelijk. Vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het gebruik ooit in het leven onder alle leeftijdsgroepen ongeveer gelijk gebleven.

Gebruik van GHB stabiel onder alle opleidingsniveaus

Tussen 2022 en 2023 is het GHB-gebruik ooit in het leven onder geen van de opleidingsniveaus veranderd. Ook vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het gebruik ooit in het leven onder alle opleidingsniveaus ongeveer gelijk gebleven.

Gebruik van GHB op korte termijn stabiel onder alle herkomstgroepen

Tussen 2022 en 2023 is het GHB-gebruik ooit in het leven onder geen van de herkomstgroepen veranderd. Sinds 2022 hanteert het CBS een nieuwe indeling naar herkomst, er zijn daarom geen trendgegevens beschikbaar tussen 2015 en 2022.

Gebruik van GHB stabiel onder volwassenen in alle stedelijkheidsniveaus

Tussen 2022 en 2023 is het GHB-gebruik ooit in het leven onder geen van de stedelijkheidsniveaus

veranderd. Ook vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het gebruik ooit in het leven in alle stedelijkheidsniveaus ongeveer gelijk gebleven.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van GHB wordt sinds 2015 uitgevraagd in de vragenlijst van de GE. 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 de cijfers betrekking op het gebruik van GHB al dan niet in combinatie met GBL.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van GHB ooit in het leven kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal GHB-gebruikers in het laatste jaar en de laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken.

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.

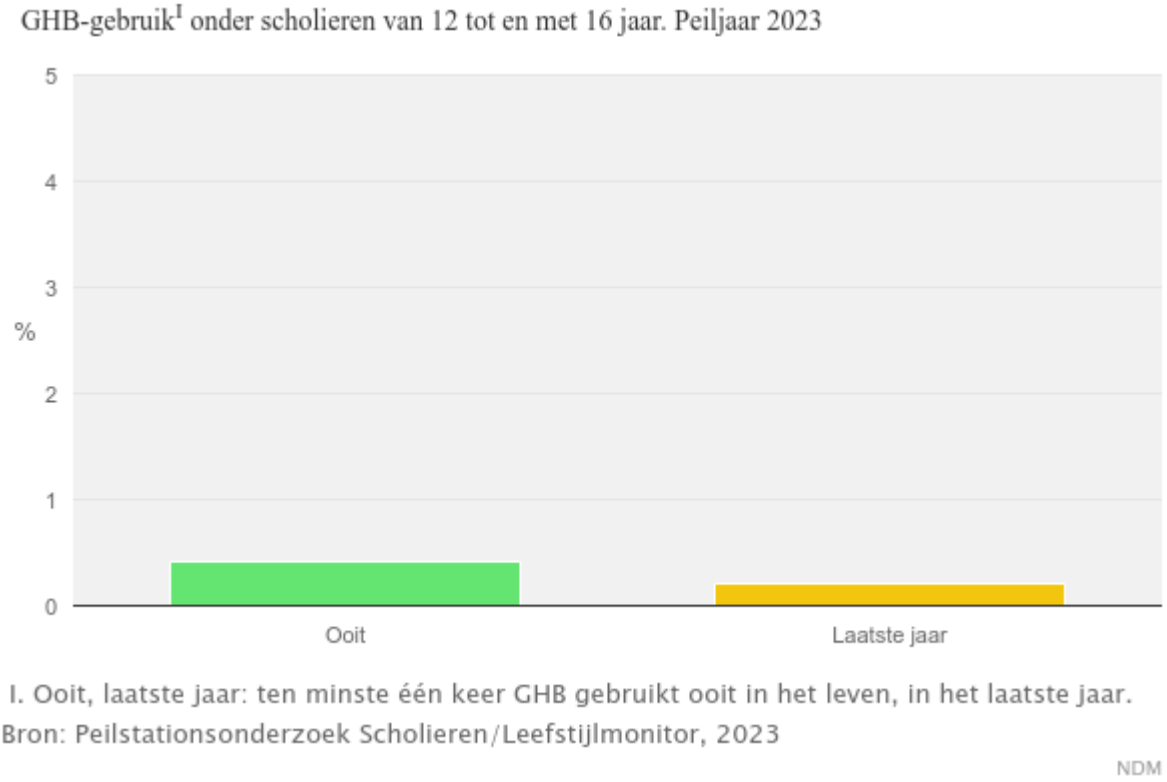
9.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

9.3.1 GHB-gebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

In het kort: Het gebruik van GHB is laag onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar). In 2023 had 0,4% van de 12-16-jarige scholieren ooit GHB gebruikt, 0,2% gebruikte in het laatste jaar GHB.

Minder dan 1% van de scholieren heeft ooit GHB gebruikt

In 2023 had 0,4% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit GHB gebruikt, 0,2% gebruikte in het laatste jaar GHB. Het gebruik van GHB is dus laag onder scholieren.



	Totaal
Ooit	0,4
Laatste jaar	0,2

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

9.3.2 Veranderingen in GHB-gebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

Is het GHB-gebruik onder scholieren veranderd?

Geen trendgegevens beschikbaar voor GHB-gebruik

Vanwege de lage percentages worden veranderingen in het gebruik van GHB onder 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs niet gerapporteerd in de ScholierenMonitor.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Vanwege de lage percentages worden veranderingen in het gebruik van GHB niet gerapporteerd in de ScholierenMonitor.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

9.3.3 GHB-gebruik onder studenten

Hoeveel studenten gebruiken GHB?

In het kort: Het gebruik van GHB komt weinig voor onder studenten. In 2023 gebruikte minder dan 1% van de mbo-studenten en de hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder GHB in het laatste jaar. Het GHB-gebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 gedaald.

Snel naar:
Mbo-studenten
Hbo- en universiteitsstudenten

Hoeveel mbo-studenten gebruiken GHB?

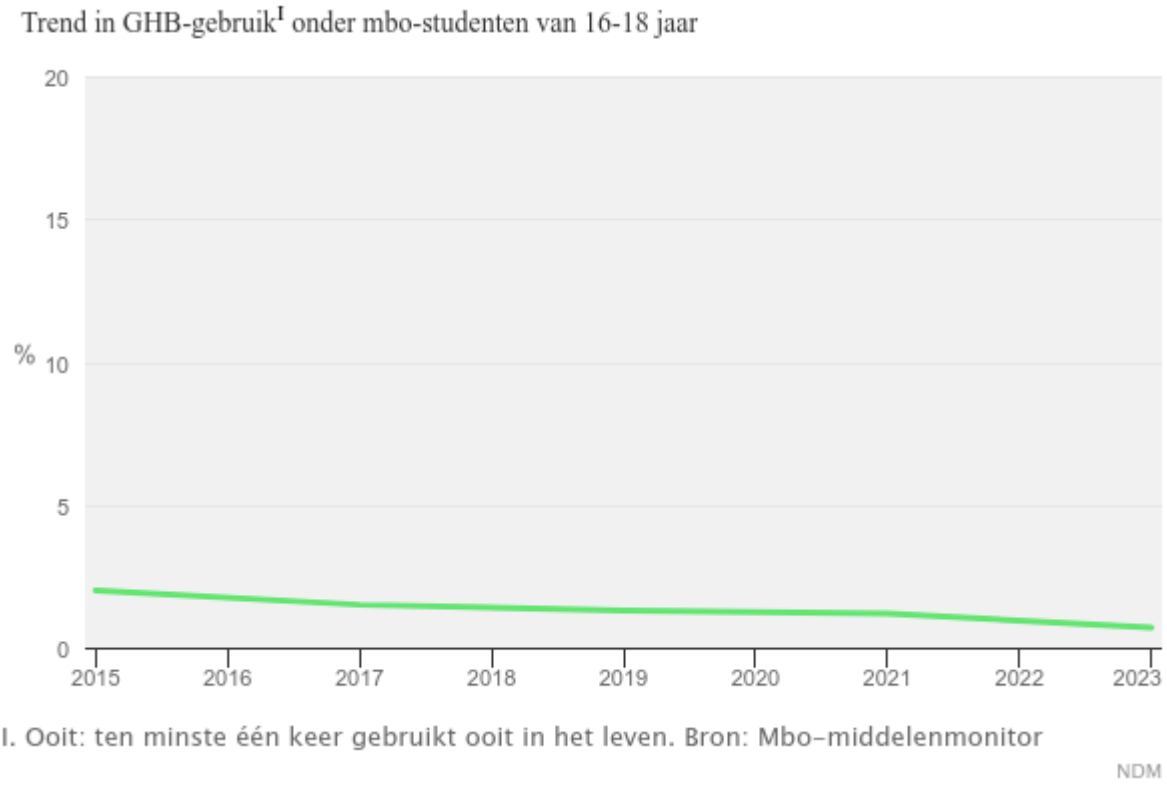
Minder dan 1% van de mbo-studenten gebruikte in het laatste jaar GHB

In 2023 had 1,3% van de mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit GHB gebruikt. Minder dan 1% (0,5%) gebruikte GHB in het laatste jaar [1].

GHB-gebruik is sinds 2015 gedaald onder 16-18-jarige mbo-studenten

Het gebruik van GHB ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2015 en 2023 gedaald van 2,0% naar 0,7% [1].

Deze trendgegevens zijn berekend voor 16-18-jarigen en wijken daarom af van de hierboven genoemde percentages over alle mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Het gebruik in het laatste jaar is in 2023 voor het eerst uitgevraagd waardoor er geen trendgegevens zijn.



	Ooit
2015	2,0
2017	1,5
2019	1,3
2021	1,2
2023	0,7

Regionale gegevens over het gebruik van GHB onder mbo-studenten

In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 had 1,4% van

de Amsterdamse mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit GHB gebruikt en 0,4% in het laatste jaar [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Hoeveel studenten van het hbo en de universiteit gebruiken GHB?

Minder dan 1% van de hbo- en universiteitsstudenten gebruikte in het laatste jaar GHB/GBL

In 2023 had één op de honderd (1%) studenten van het hbo en de universiteit (wo) van 16 jaar en ouder ooit GHB of GBL gebruikt. Minder dan 1% gebruikte GHB of GBL in het laatste jaar [3].

Vanwege de lage respons (in 2023 6,5% van het totaal aantal studenten van de 24 deelnemende instellingen), geven deze cijfers een indicatie van middelengebruik, maar kunnen ze niet worden gezien als precieze schattingen van het gebruik in de totale studentenpopulatie (zie ook: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo-studenten

De Mbo-Middelenmonitor [1] onderzoekt het middelengebruik onder mbo-studenten. In 2023 werd dit onderzoek voor de vijfde keer uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public (nu Verian). Dit jaar werd het onderzoek alleen uitgevoerd onder mbo-studenten, terwijl eerdere metingen (in 2015, 2017, 2019 en 2021) ook hbo-studenten betrokken. In 2023 namen 4.448 mbo-studenten van 16 jaar en ouder deel aan het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 op 64 mbo-locaties. In totaal werden 6.053 studenten willekeurig benaderd door onderzoeksassistenten om een digitale vragenlijst in te vullen.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

Hbo- en universiteitsstudenten

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs [3] onderzoekt de mentale gezondheid en het middelengebruik van studenten van het hbo en de universiteit (wo) om de twee jaar. Dit onderzoek is in 2023 voor de tweede keer uitgevoerd door een

samenwerkingsverband van het RIVM, de GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. In 2023 vulden 32.217 hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder alle vragen over middelengebruik in. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 bij 24 onderwijsinstellingen in heel Nederland. De deelnemende onderwijsinstellingen stuurden een uitnodiging naar studenten van 16 jaar en ouder om de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd ook in het Engels aangeboden voor buitenlandse studenten. Het onderzoek heeft enkele belangrijke beperkingen, zoals een laag responspercentage van 6,5% in 2023 en de onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde groepen studenten. De data zijn wel gewogen om deze representatiever te maken, maar het is mogelijk dat de resultaten nog steeds vertekend zijn en niet volledig representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland.

Vanwege verschillen in methodes van dataverzameling zijn de resultaten van de Mbo-Middelenmonitor, de Antenne Amsterdam en de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs niet direct met elkaar te vergelijken.

Bronnen

1. K. Morren, S. Van Dorsselaer, K. Monshouwer. Factsheet: Middelengebruik onder mbo-studenten 2023. Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. 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.

9.3.4 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.

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.

9.3.5 Kwetsbare groepen jongeren

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen gebruiken GHB?

In het kort: Over GHB-gebruik in kwetsbare groepen jongeren is minder bekend dan over het gebruik van andere middelen zoals cannabis of ecstasy. Het gebruik van GHB wordt in minder onderzoeken meegenomen, omdat het maar weinig voorkomt. De onderzoeken die GHB-gebruik onder kwetsbare groepen jongeren wél hebben onderzocht, lijken dit te bevestigen. Het is wel bekend dat GHB gebruik op lokaal niveau soms erg problematisch kan zijn. In zogenoemde ‘brandhaarden’, veelal in rurale gebieden van Nederland, kan problematisch GHB-gebruik onder bepaalde kwetsbare jongeren relatief veel voorkomen en voor problemen zorgen.

Snel naar:
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Jongeren in de jeugdzorg
Groepen Risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen ‘kwetsbare groepen jongeren’. Wij gebruiken de term ‘kwetsbare groepen jongeren’ om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg, in jeugddetentie of in het voorgezet speciaal onderwijs (vso) zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo’n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen gebruiken GHB?

GHB-gebruik kwam onder de onderzochte jongeren in JJI niet voor

In 2022 had geen van de ondervraagde jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) in de laatste maand GHB gebruikt [2]. Het gebruik ooit of in het laatste jaar is onder deze jongeren niet uitgevraagd.

Hoeveel jongeren in de jeugdzorg gebruiken GHB?

Geen landelijke gegevens bekend over gebruik van GHB onder jongeren in de jeugdzorg

Er zijn geen landelijke gegevens bekend over het gebruik van GHB onder jongeren in de (residentiële) jeugdzorg. Wel zijn er gegevens over het gebruik van GHB onder jongeren in de brede jeugdzorg op regionaal niveau. Deze jongeren worden ambulant begeleid, wonen op een leefgroep of ontvangen pleegzorg. In de brede jeugdzorg in Amsterdam werd in een onderzoek uit 2019 gevonden dat 3% van de jongeren ooit GHB had gebruikt, 1% gebruikte GHB in de laatste maand [3]. Onder jongeren in de jeugdzorg in Gooi- en Vechtstreek gebruikte maar één jongere in het onderzoek ooit GHB (4%) [4].

Hoe ziet het GHB-gebruik in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als ‘kansarme jeugd’, ‘probleemjeugd’ of ‘hangjeugd’ [5].

GHB-gebruik komt relatief weinig voor in groepen risicojongeren

GHB-gebruik werd door jongerenwerkers minder vaak gesignaleerd onder risicojongeren dan andere drugs, zoals cannabis of lachgas. In een kwart (7 van de 29) van de groepen was er sprake van GHB-gebruik. Dit gaat bijna altijd om een zeer kleine subgroep of een enkeling binnen de groep. In één groep gaat het om maximaal een kwart van de groepsleden.

In de meeste groepen waarin GHB werd gebruikt bleef het gebruik stabiel

In het merendeel van de groepen waarin GHB werd gebruikt (5 van de 7) is het gebruik volgens de jongerenwerkers stabiel gebleven in het afgelopen jaar. In één groep is het gebruik afgenomen en in één groep is het gebruik toegenomen.

GHB-gebruik speelt mogelijk meer onder oudere gebruikers

De jongerenwerkers denken dat het gebruik van GHB vooral voorkomt in oudere groepen gebruikers in de regio, die niet onder hun werkveld vallen. Onder jonge risicogroepen lijkt het middel niet populair. Dit sluit aan bij het feit dat de gemiddelde startleeftijd voor GHB-gebruik in de algemene populatie hoger ligt dan voor de meeste andere middelen (zie: GHB-gebruik onder groepen volwassenen).

Lokale brandhaarden van GHB problematiek

Uit eerder onderzoek is bekend dat GHB gebruik soms op lokaal niveau relatief veel kan voorkomen en voor veel problemen kan zorgen [6]. Deze zogenoemde brandhaarden komen vooral veel voor in bepaalde delen van het platteland van Nederland. Soms gaat het om oudere gebruikers met verslavingsproblematiek, maar soms ook om (straat)jongeren (ziek ook: Regionale verschillen in GHB gebruik).

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het gebruik van GHB is onder kwetsbare jongeren minder onderzocht dan het gebruik van andere middelen, zoals cannabis of ecstasy. Zo zijn er geen specifieke gegevens over het gebruik van GHB binnen het praktijkonderwijs, het voortgezet speciaal onderwijs (vso) of de residentiële jeugdzorg (RJZ).

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het gebruik van GHB onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (Justitiële Jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [2]. Aan het onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. 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 gemiddeld iets jonger zijn. In totaal deden 110 jongeren tussen de 14 en 24 jaar mee aan dit onderzoek.

Jongeren in de jeugdzorg

In 2019 zijn er voor het eerst gegevens verzameld over het gebruik van GHB op regionaal niveau (Amsterdam en Gooi- en Vechtstreek) onder jongeren in de brede jeugdzorg . Deze jongeren worden ambulant begeleid, wonen op een leefgroep of ontvangen pleegzorg [3,4]. De steekproeven zijn relatief klein (118 jongeren in Amsterdam; 23 jongeren in de Gooi- en Vechtstreek) waardoor bevindingen voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio’s in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier

dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet.

De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [5]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio’s in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
2. 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.
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. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.
6. 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.

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

In het kort: GHB-gebruik komt relatief weinig voor in de algemene bevolking van Europa, Australië en de Verenigde Staten. Ook onder Europese scholieren is het gebruik van GHB laag.

Snel naar:

- Vragenlijstonderzoek
- Scholierenonderzoek in Europa

Gegevensbronnen

Er zijn maar weinig monitoringgegevens beschikbaar over het gebruik van GHB onder de algemene bevolking in andere landen dan Nederland. Het EMCDDA rapporteert niet systematisch over het gebruik van GHB. Wel zijn enkele gegevens beschikbaar over Noorwegen en Polen [1]. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [2]. In Australië is er het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [3]. De gegevens zijn gebaseerd op vragenlijsten die door de deelnemers zelfstandig zijn ingevuld.

Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Ook kan het zijn dat in landen waar het stigma op drugsgebruik hoog is, respondenten minder geneigd zijn om eerlijk te antwoorden over hun drugsgebruik.

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.

Vragenlijstonderzoek

Noorwege, Polen, Nederland, Australië en de Verenigde Staten

- In 2018 had in Noorwegen 0,3% van de bevolking van 16-64 jaar in het laatste jaar GHB gebruikt [1]. In Polen had 0,1% van de bevolking van 15-64 jaar in het laatste jaar GHB gebruikt [1]. In Nederland had in 2023 van de bevolking van 18 jaar en ouder 0,3% 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%. Het gebruik in het laatste jaar bleef in deze periode op 0,1% liggen. Tussen 2019 en 2022-2023 bleef het gebruik van GHB in Australië stabiel [3].
- In 2022 had in de Verenigde Staten 0,7% van de volwassenen van 18 jaar en ouder ooit in het leven GHB gebruikt en had 0,1% in het laatste jaar GHB gebruikt [2].

Gebruik van GHB in de algemene bevolking van Noorwegen, Polen, Nederland, Australië en de Verenigde Staten in wisselende leeftijdsgroepen

Land	Jaar	Leeftijd	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Noorwegen	2018	16-64	-	0,3	-
Polen	2018	15-64	-	0,1	-
Nederland	2023	18 en ouder	1,6	0,3	0,1
Australië	2022-2023	14 en ouder	-	0,2	-
Verenigde Staten	2022	18 en ouder	0,7	0,1	0
		14 en ouder	0,6	0,1	0

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Bronnen: SAMHSA, AIHW, EMCDDA, Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut.

Scholierenonderzoek in Europa

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 [4,5].

- 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% [4].

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2024: 11 Jun 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/event/2024/06/launch-event-european-drug-report-2024_en
2. SAMHSA. 2022 NSDUH Detailed Tables: Publication Date: November 13, 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2022-nsduh-detailed-tables
3. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2022–2023: Use of illicit drugs: Last updated: 29 Feb 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/national-drug-strategy-household-survey/contents/use-of-illicit-drugs
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.

9.6 Hulpvraag en incidenten

9.6.1 Verslavingszorg

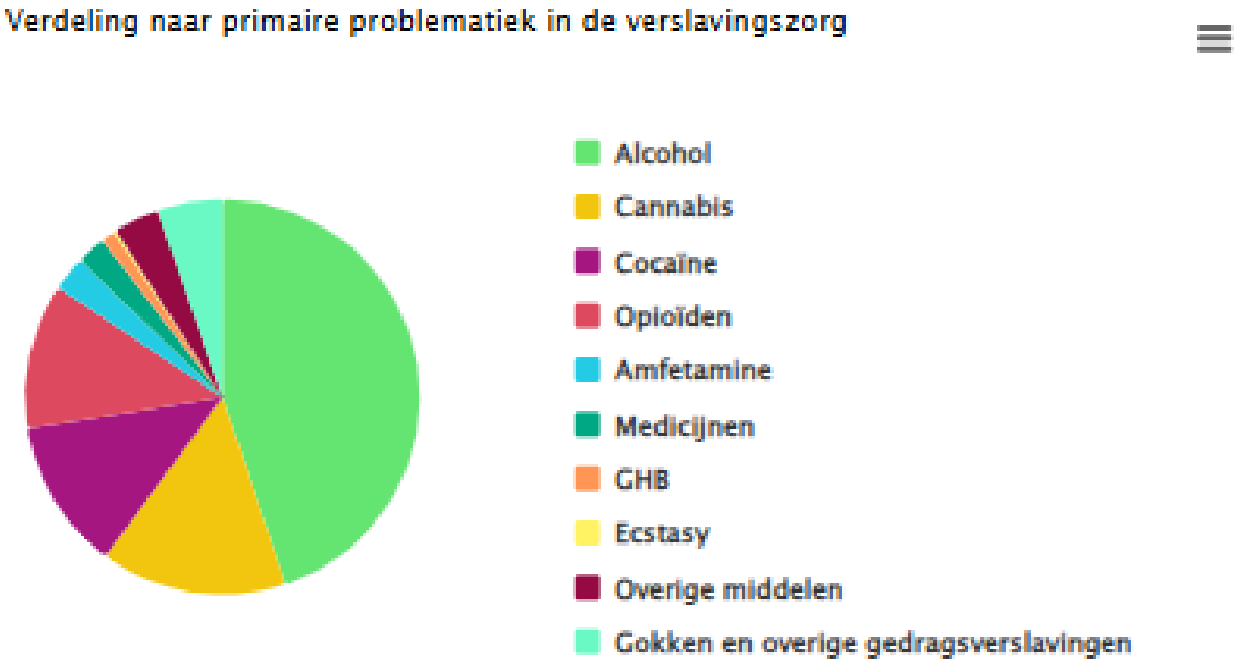
In het kort: In 2023 werden er 747 mensen behandeld in de verslavingszorg voor GHB-problematiek. Dat is 2% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. De meerderheid van de GHB-cliënten was man, bijna een derde viel in de leeftijdsgroep 30-34 jaar. Vier op de vijf GHB-cliënten werd al eerder behandeld in de verslavingszorg. Het aantal en het aandeel GHB-cliënten in de verslavingszorg nam in de periode 2018-2023 iets af.

Hoeveel mensen worden behandeld in de verslavingszorg voor GHB-problematiek?

In 2023 werden er 747 mensen behandeld in de verslavingszorg voor GHB-problematiek

In 2023 werden volgens het LADIS 747 747 mensen behandeld in de verslavingszorg voor GHB-problematiek (waarvan 98% voor GHB en 2% voor GBL) [1]. Dat is 1% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg (incl. gedragsverslavingen en alcohol) en 2% van het totaal aantal mensen in behandeling voor drugsproblematiek in de verslavingszorg. Het gaat hierbij alleen om mensen bij wie de GHB-problematiek staat geregistreerd als de enige of de belangrijkste reden voor de behandeling. We noemen dit ook wel ‘primaire’ GHB-cliënten.

Niet alle verslavingszorg instellingen leveren gegevens aan het LADIS, het genoemde aantal is dus een onderschatting van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg voor GHB-problematiek. Volgens een ruwe schatting beslaat het LADIS 70% van de cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek [2].



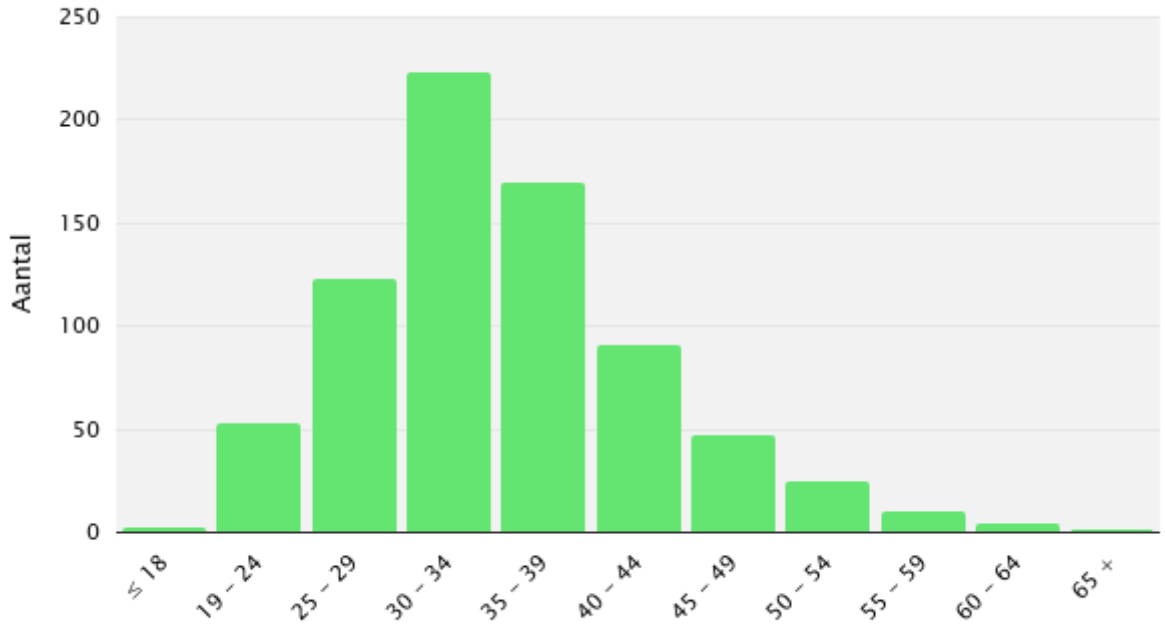
Twee keer zoveel mannen als vrouwen worden behandeld voor GHB-problematiek

In 2023 was het merendeel (66%) van de cliënten in behandeling in de verslavingszorg voor GHB-problematiek man, een derde was vrouw (34%). In de algemene bevolking gebruiken ook meer mannen dan vrouwen GHB (zie: Gebruik: Volwassenen).

Bijna een derde van de GHB-cliënten is tussen de 30 en 34 jaar

In 2023 was de gemiddelde leeftijd van de cliënten in behandeling voor GHB-problematiek 35 jaar. Het grootste aantal cliënten met primaire GHB-problematiek viel in de leeftijdsgroep 30-34 jaar (29,9%). Eén op de dertien was jonger dan 25 jaar.

Leeftijdsverdeling van de primaire GHB–cliënten in de verslavingszorg. Peiljaar 2023.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Leeftijd	Aantal	Percentages
≤ 18	2	0,3
19 - 24	53	7,1
25 - 29	123	16,5
30 - 34	223	29,9
35 - 39	169	22,6
40 - 44	90	12,0

Leeftijd	Aantal	Percentages
45 - 49	47	6,3
50 - 54	24	3,2
55 - 59	10	1,3
60 - 64	4	0,5
65 +	1	0,1

Vier op de vijf GHB-cliënten is al eerder behandeld in de verslavingszorg

In 2023 was één op de vijf primaire GHB-cliënten (19%) voor het eerst in behandeling in de verslavingszorg, vier op de vijf cliënten (81%) werd al eerder behandeld.

Meer dan twee derde van de GHB-cliënten heeft ook nog andere middelenproblematiek

In 2023 had 69% van de primaire GHB-cliënten ook nog andere verslavingsproblematiek. We noemen dit ook wel secundaire problematiek. De meest voorkomende secundaire problematiek was cocaïne (15% van alle primaire GHB-cliënten), alcohol (15%) en ‘overige middelen’ (13%). De verzamelcategorie ‘overige middelen’ kan verwijzen naar minder voorkomende middelen zoals ketamine of NPS, maar het kan hier ook om bijvoorbeeld een nicotineverslaving gaan.

Mogelijk hebben de GHB-cliënten in de verslavingszorg ook nog andere psychische problemen dan verslaving. Het LADIS verzamelt hier echter niet systematisch gegevens over.

In 2023 werden er 562 mensen in de verslavingszorg behandeld met secundaire GHB-problematiek

GHB kan ook voorkomen als secundaire problematiek bij cliënten die voor andere verslavingsproblematiek in behandeling zijn. In totaal ging het in 2023 om 562 secundaire GHB-cliënten. Voor deze groep was het meest voorkomende primaire middel cocaïne (30%), daarna volgen alcohol (26%) en amfetamine (14%).

Is het aantal mensen dat wordt behandeld in de verslavingszorg voor GHB-problematiek veranderd?

Het aantal primaire GHB-cliënten is tussen 2018 en 2023 iets gedaald

Tussen 2018 en 2023 is het aantal cliënten in behandeling voor primaire GHB-problematiek iets gedaald, van 889 naar 747. In de loop van de jaren zijn er steeds meer instellingen bijgekomen die gegevens aanleveren. Ook als we alleen kijken naar de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd (de constante instellingen), dan daalde het aantal primaire GHB-cliënten.

Tussen 2018 en 2023 is de bevolking van Nederland gegroeid. Om hier rekening mee te houden is ook gekeken naar het aantal cliënten per 100.000 inwoners. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder nam het aantal primaire GHB-cliënten iets af tussen 2018 (6) en 2023 (5). Voor deze berekeningen zijn de gegevens van de constante instellingen meegenomen.

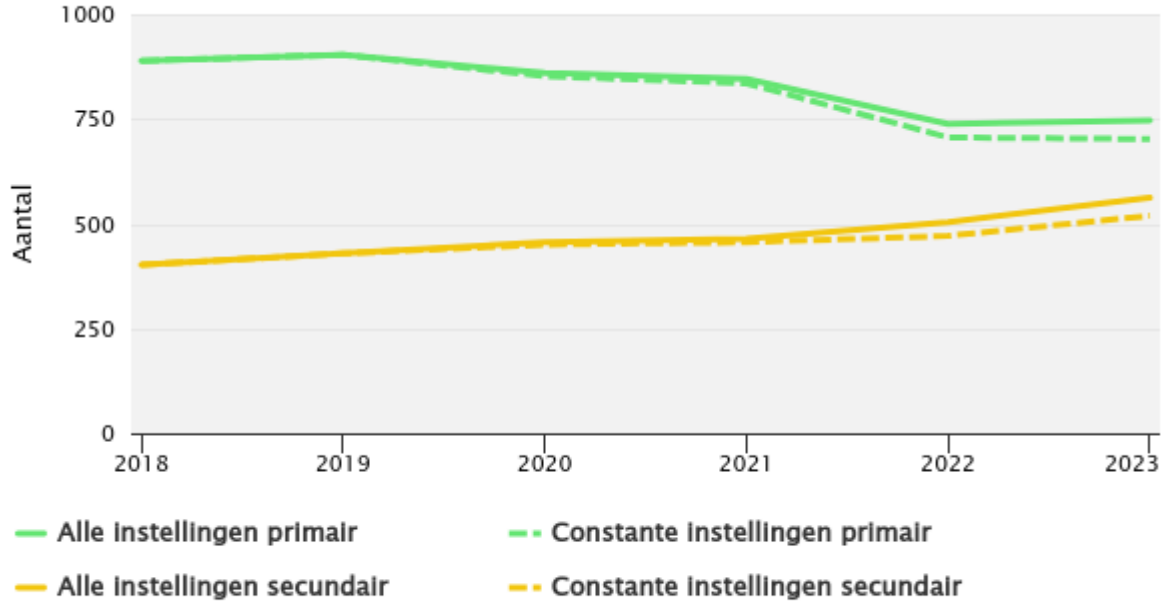
Het aandeel GHB-cliënten in de verslavingszorg is tussen 2018 en 2023 iets gedaald

Het aandeel cliënten met primaire GHB-problematiek onder alle cliënten in de verslavingszorg vanwege drugs nam iets af in de periode 2018-2023, van 3% naar 2%. Voor deze berekeningen zijn de gegevens van alle deelnemende instellingen meegenomen.

Het aantal secundaire GHB-cliënten nam in de periode 2018-2023 toe

Het aantal cliënten bij wie GHB-problematiek speelde als secundaire problematiek is in de periode 2018-2023 toegenomen, van 402 naar 562 cliënten. Ook wanneer er alleen gekeken wordt naar het constante aantal instellingen, steeg het aantal cliënten met secundaire GHB-problematiek, van 402 naar 519 cliënten. De stijging deed zich vooral voor onder cliënten met primaire cocaïneproblematiek en primaire alcoholproblematiek.

Aantal cliënten in de verslavingszorg in Nederland met primaire en secundaire GHB-problematiek, vanaf 2018



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Jaartal	Alle instellingen primair	Constante instellingen primair	Alle instellingen secundair	Constante instellingen secundair
2018	889	889	402	402
2019	903	903	429	429
2020	860	852	456	450
2021	846	835	464	456
2022	738	706	504	471
2023	747	702	562	519

Aandeel jonge cliënten in de verslavingszorg met GHB-problematiek gehalveerd

Het aandeel primaire GHB-cliënten onder de 30 jaar daalde tussen 2018 en 2023, van 44% naar 24%. Het aandeel GHB-cliënten van 30 jaar of ouder steeg van 56% naar 76%. Dit lijkt aan te sluiten bij informatie uit de algemene bevolking waaruit blijkt dat GHB-gebruik onder jongvolwassenen (18-29 jaar) is afgenomen (zie: Veranderingen in GHB-gebruik onder volwassenen).

Het aandeel vrouwen in de verslavingszorg voor primaire GHB-problematiek is in de periode 2018-2023 niet veranderd.

Hoe behandelt de verslavingszorg mensen met GHB-problematiek?

De verslavingszorg is onderdeel van de gezondheidszorg. De verslavingszorg helpt mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere gedragsverslaving. De behandeling van GHB-verslaving is gebaseerd op de 'Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines' [3]. De Multidisciplinaire richtlijn concludeert dat de symptomen van een GHB-intoxicatie en de ontwenningsverschijnselen behandeld kunnen worden, maar dat er op dit moment nog geen specifieke psychologische behandeling kan worden aanbevolen vanwege een gebrek aan voldoende wetenschappelijke kennis.

Terugvalpreventie

Het blijkt dat cliënten die onder begeleiding stoppen met GHB vaak terugvallen in gebruik. In 2020 is er een handreiking ontwikkeld om terugval in GHB-gebruik na detoxificatie te voorkomt [4]. Betrokkenheid van de omgeving en goede samenwerking tussen netwerkpartners zijn essentieel om terugval te voorkomen. Het gaat om een pakket interventies gericht op terugvalmanagement en het verbeteren van functioneren op verschillende levensgebieden, waarbij het zorgaanbod moet worden afgestemd op de behoeften van de cliënt.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het LADIS

De gegevens over het aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor GHB-problematiek zijn afkomstig van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Verslavingszorginstellingen leveren gepseudonimiseerde gegevens over hun cliënten aan het LADIS. Tussen 2015 en 2022 konden er geen nieuwe gegevens worden verzameld in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag geregeld voor het aanleveren van deze gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Vanaf 2023 zijn er weer verschillende rapportages van het LADIS verschenen [1]. Gegevens

van voor 2018 worden momenteel niet gerapporteerd, omdat deze oudere gegevens opnieuw zijn opgevraagd bij de instellingen en eventuele verschillen met de oude gegevens nog niet onderzocht zijn.

Gegevens over het aantal cliënten in behandeling kunnen informatie geven over (trends in) de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn voor trends in problematisch gebruik. Echter zoekt maar een deel van de probleemgebruikers hulp bij de verslavingszorg. Onderzoek laat zien dat mensen die professionele hulp zoeken vaak ernstigere problemen hebben dan mensen die dit (nog) niet doen. Ook hebben ze vaker last van andere bijkomende psychische problemen [5,6].

Beperkingen van het LADIS

Er zijn een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg. (Nog) niet alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het LADIS. De afgelopen jaren zijn er wel steeds meer instellingen bijgekomen. Omdat dit de trends kan beïnvloeden rapporteert het LADIS zowel de trends van alle deelnemende instellingen als uitsluitend van de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd. Mogelijk bereiken de instellingen die nog geen gegevens aanleveren een andere doelgroep dan de instellingen die wel gegevens aanleveren.

Bij sommige van de deelnemende instellingen is er sprake van onderregistratie. Ook leveren niet alle instellingen de gegevens over het type middel even specifiek aan. Zo gebruiken sommige instellingen nog verzamelcategorieën, zoals “opiaten” of “overige middelen”. Gegevens over specifieke middelen kunnen dus ‘verborgen’ zijn in deze verzamelcategorieën. Daarnaast kunnen mensen ook buiten de verslavingszorg hulp krijgen, bijvoorbeeld bij de reguliere GGZ, in de huisartsenpraktijk, bij vrijgevestigde psychologen of via anonieme eHealth. Tot slot lijkt er sprake van slechts een beperkte capaciteit in de verslavingszorg, zo is er in de afspraken met verzekeraars sprake van een behandelplafond. Wanneer het behandelplafond voortijdig wordt bereikt kunnen behandelingen niet meer worden gedeclareerd. Ook is er in de verslavingszorg een tekort aan personeel.

Er staan ook nog mensen met een hulpvraag op het gebied van middelenproblematiek op een wachtlijst voor hulp in de verslavingszorg. Hoeveel mensen dit precies zijn is niet bekend. De gemiddelde totale wachttijd (vanaf aanmelding tot start behandeling) voor een behandeling voor de diagnosegroep “Middelgerelateerd en verslaving” was volgens de NZA 15 weken in december 2023 [7].

Bronnen

1. Wisselink DJ, Van der Slink JB, Kerssies JP. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2018 – 2023. 2024. p. 1–85.
2. Vektis.nl. Factsheet GGZ [Internet]. Gepubliceerd op: 30-05-2024. Available from: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024
3. 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.
4. Joosten EAG, Van Wamel A, Beurmanjer H, Dijkstra BAG. Handreiking voor GHB behandeling. Nijmegen: NISPA; 2020.
5. 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.
6. Tuithof M. Drinking Distilled: onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population. Amsterdam: Univeristeit van Amsterdam; 2015.
7. Zorgautoriteit N. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/

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) 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

Wat is de samenstelling van de GHB die wordt verkocht op de Nederlandse drugsmarkt?

In het kort: Van alle drugsmonsters die in 2023 waren ingeleverd bij de testlocaties, was één op de honderd verkocht als GHB. Dit aantal is sinds 2017 redelijk stabiel. Vrijwel alle als GHB verkochte drugsmonsters bevatten ook echt GHB (98,3%). Het gemiddelde GHB-gehalte was in 2023 (469,1 mg/ml) iets hoger dan in 2022 (429,9 mg/ml).

Eén op de honderd ingeleverde drugsmonsters is verkocht als GHB

In 2023 werden 172 drugsmonsters ingeleverd die zijn verkocht als GHB. Dit is 0,9% van het totaal aantal drugsmonsters (19.109) dat werd ingeleverd bij de testlocaties. Daarmee ligt het aandeel GHB-monsters ongeveer op hetzelfde niveau als in 2022 (1,0%). Sinds 2016 schommelt het aandeel ingeleverde GHB-monsters tussen de 0,8% en 1,2% [1].

Vrijwel alle GHB-monsters bevatten echt GHB

In 2023 zat er in 98,3% van alle ingeleverde GHB-monsters echt GHB. Dit percentage is hoger dan in 2022 (86,9%). De afgelopen tien jaar schommelde dit percentage tussen de 83% en 93%.

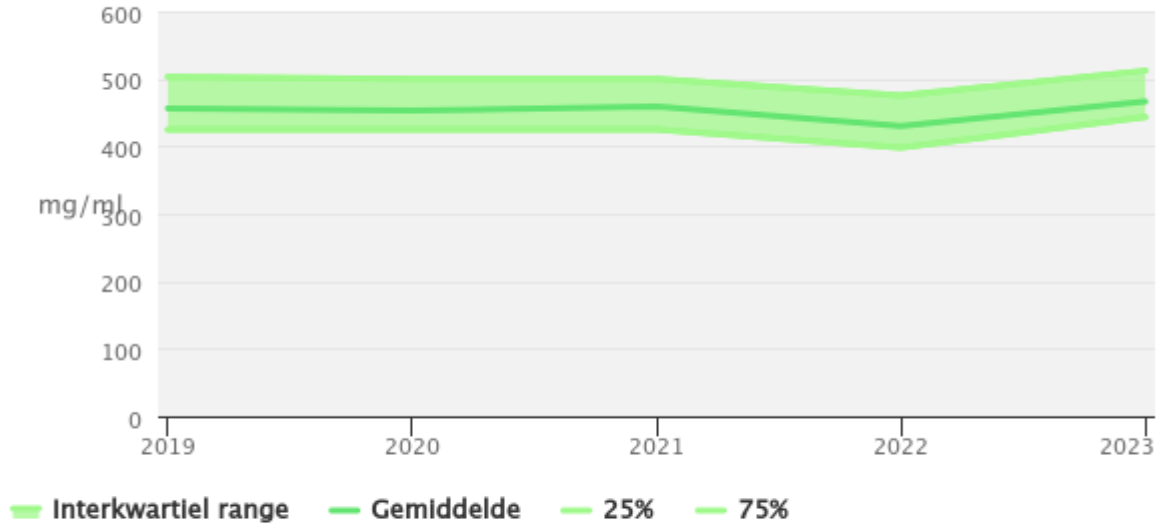
GHB-monsters bevatten gemiddeld 469 mg/ml GHB

In 2023 hadden GHB-monsters in Nederland een gemiddeld GHB-gehalte van 469,1 mg/ml. GHB wordt regelmatig verkocht in buisjes van 5 milliliter, wat bij een gemiddeld GHB-gehalte van 469,1 mg/ml overeenkomt met bijna 2,5 gram GHB per buisje. Voor de meeste mensen is dit een forse dosering.

GHB-gehalte stabiel over de jaren

Het gemiddelde GHB-gehalte was in 2023 iets hoger dan in 2022 (429,9 mg/ml). De afgelopen vijf jaar was dit gemiddelde GHB-gehalte vrij stabiel. In 2023 had de helft van alle GHB-monsters een GHB-gehalte tussen de 443 mg/ml en 512 mg/ml. Omdat de marge van een veilige dosis GHB erg smal is, kan een grote variatie in GHB-gehaltes extra risico’s met zich meebrengen [2].

Trend in het gemiddelde GHB-gehalte in ingeleverde GHB-monsters, vanaf 2019



Gemiddelde GHB-gehalte in GHB-monsters die ook echt GHB bevatten in mg/ml. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Gemiddelde	25%	75%
2019	456	425	503
2020	453	425	500
2021	459	425	500
2022	430	398	475
2023	466	443	512

Geen goed beeld van vervuilingen in GHB

Vanuit de gegevens verzameld door het DIMS is het dit jaar helaas niet goed mogelijk om een beeld

te krijgen van de mogelijke vervuilingen in GHB. Dit komt doordat in 2023 GHB-samples alleen een uitslag via de FT-IR ontvingen (zie: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina). Door de aanwezigheid van water in GHB zijn met deze methode vervuilingen moeilijk te bepalen.

GHB soms ook gevonden in als mix verkochte middelen

GHB wordt ook af en toe in vloeistoffen aangetroffen die onder een andere naam verkocht zijn en een mix van stoffen bevatten. In 2023 werd GHB vooral aangetroffen in de mix “Blue 69”. Blue 69 is een vloeistof die bekend staat als mix van GHB, amfetamine, MDMA en de alcoholische drank Blue Curaçao. In 2023 werden er 66 monsters ingeleverd die waren gekocht als Blue 69. In 17 van deze monsters werd GHB aangetroffen. Voorbeelden van andere monsters waarin GHB werd gevonden zijn Red (4 keer) en Green Hulk (2 keer).

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van drugstestlocaties. Het DIMS-netwerk bestaat uit 12 instellingen voor verslavingszorg en Stichting Mainline en wordt gecoördineerd vanuit het Trimbos-instituut. Het doel van het DIMS is het inzicht krijgen in de markt van illegale drugs. Consumenten kunnen anoniem hun drugs laten testen bij 32 testlocaties verspreid over heel Nederland. Het DIMS onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in deze ingeleverde drugsmonsters [1]. Hiervoor worden verschillende analysemethoden gebruikt. Welke analysemethoden worden gebruikt hangt onder andere af van de vorm van het drugsmonster en de samenstelling. De meeste analyses worden gedaan in een extern laboratorium met GC-MS (gaschromatografie-massaspectrometrie) en LC-DAD (vloeistofchromatografie). Bepaalde poedermonsters en GHB kunnen soms ook direct op een aantal testlocaties of bij het DIMS-hoofdkantoor geanalyseerd worden met behulp van een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Een deel van de monsters in pil-vorm wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend.

In 2023 hebben GHB-monsters alleen een uitslag via de FT-IR ontvangen. Het DIMS is in 2023 namelijk overgestapt naar een nieuw laboratorium. Het nieuwe laboratorium heeft nog geen valide analysemethode voor GHB.

Voorlichting en waarschuwingsfunctie

De testlocaties hebben een belangrijke voorlichtingsfunctie. Consumenten die drugs laten testen krijgen informatie over de effecten en risico’s van de ingeleverde drugs. Als er drugs in omloop zijn die een extra risico met zich meebrengen waarschuwt het DIMS landelijk, regionaal of lokaal, of via sociale media.

Meer informatie over het testen van drugs is te vinden op de website van het DIMS.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [3]. Voor GHB is er echter geen informatie beschikbaar over de drugsmarkt op Europees niveau.

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
2. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. Risicoschatting gamma-hydroxyboterzuur 2011. Bilthoven: CAM; 2011.
3. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

9.8.2 Prijs

Wat kost de GHB die verkocht wordt in Nederland?

In het kort: Er is weinig bekend over de prijs van GHB, er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar. In 2023 lag de prijs van een liter GHB in Amsterdam tussen de 140 en 200 euro.

Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar over de prijs van GHB

Er zijn geen landelijke of Europese gegevens bekend over de prijs van GHB (zie: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina). Wel zijn er gegevens beschikbaar op lokaal niveau. In Amsterdam kostte een liter GHB in 2023 tussen de €140 en €200 euro [1]. Voor een halve liter werd tussen de €75 en €150 betaald. In het voorjaar van 2022 steeg de prijs van GHB in Amsterdam. Waarschijnlijk doordat de precursor van GHB (GBL) moeilijker verkrijgbaar was. Eind 2022 leken de prijzen zich in sommige kringen te herstellen, maar niet overal. Ook in 2023 valt op dat de prijzen sterk uiteen liggen.

Prijsontwikkeling in euro[I] van verschillende hoeveelheden GHB volgens de Amsterdamse Antenne-monitor

Hoeveelheid	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
kwart liter	35-60 (45-50)	daling van 50 naar 35-40	35-60 (35-40)	35-50	25-45	35-50 (40)	35-50 (40)	40-50	40-45	50-100
halve liter	-	70-80	70-90 (70-80)	70-90	50-75	50-85 (70)	50-80 (60)	70-85	70-100	75-150
hele liter	200	100-130	125-150 (140-150)	125-150		100-125 (100)	100-150 (100-125)	100-150	125-150	140-200

I. Tussen haakjes de meest gangbare prijsklasse. - = Gegevens niet beschikbaar. Bron: Antenne Amsterdam.

Er zijn ook justitiële gegevens bekend over de GHB-markt in Nederland

Lees meer informatie over:

Inbeslagnames van GHB

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd [2]. Als consumenten hun drugsmonster inleveren bij een testlocatie wordt hen ook gevraagd naar de aankoopprijs. De prijs voor GHB is echter niet goed 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.

Gegevens over de prijs van GHB komen uit Antenne Amsterdam [1]. In dit onderzoek worden gegevens over actuele prijzen van drugs verzameld door interviews met uitgaanders en uit menulijsten van bezorgdiensten.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [3]. Over de prijzen van GHB is echter geen informatie op Europees niveau beschikbaar.

Bronnen

1. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2023: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024.
2. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
3. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en



Psychedelica

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
Paddo's (2023) en truffels (2022)



1,0% paddo's
0,8% truffels

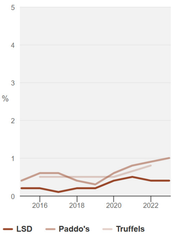


0,7% paddo's
0,6% truffels

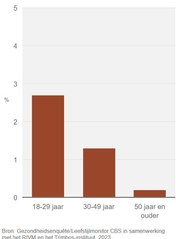


1,3% paddo's
1,0% truffels

Trend in psychedelicagebruik (LSD, paddo's en truffels) onder volwassenen



Paddogebruik onder volwassenen, naar leeftijdsgroep



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2023.

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).

- In 2023 had 1,0% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder in het laatste jaar paddo's gebruikt en 0,4% gebruikte in het laatste jaar LSD. In 2022 had 0,8% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder in het laatste jaar truffels gebruikt en 0,1% gebruikte in het laatste jaar ayahuasca. Het gebruik van paddo's en truffels in het laatste jaar is het hoogst onder mannen, 18-29-jarigen, hoogopgeleiden, volwassenen met een Europese herkomst en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.
- Het gebruik van paddo's, LSD en truffels in het laatste jaar onder volwassenen is sinds de vorige meting stabiel, maar op lange termijn gestegen. De stijging in het paddogebruik deed zich voor onder mannen en vrouwen, 18-29-jarigen en 30-49-jarigen, hoogopgeleiden en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden. De stijging in het truffelgebruik deed zich voor onder vrouwen, 30-49-jarigen, laagopgeleiden en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden. Er zijn nog geen trendgegevens beschikbaar voor ayahuasca.
- 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

Voortgezet onderwijs
12-16 jaar
laatste jaar (2023)



0,9% paddo's
0,5% LSD

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



5% paddo's/truffels
1% LSD

Uitgaanders
16-35 jaar
laatste jaar (2023)

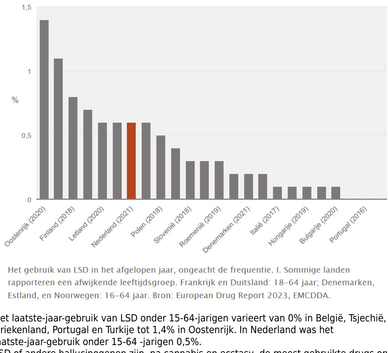


9,7% truffels
2,9% paddo's
3,9% LSD

- In 2023 had 1,2% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit paddo's gebruikt, 0,9% gebruikte in het laatste jaar paddo's. En 0,7% van de scholieren had in 2023 in ooit LSD gebruikt, 0,5% gebruikte in het laatste jaar LSD. Het gebruik van andere psychedelica dan paddo's en LSD is niet bekend onder scholieren.
- Het ooitgebruik van paddo's is onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) in 2023 lager dan in 2003. Er zijn geen trendgegevens beschikbaar voor het gebruik van andere psychedelica dan paddo's onder scholieren.
- In 2023 gebruikte één op de vijftig (2,0%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder truffels in het laatste jaar, gevolgd door paddo's (1,6%) en LSD (1,1%). Het paddogebruik en het LSD-gebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2017 en 2023 niet verandert. In 2023 gebruikte één op de dertien (8%) hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder in het laatste jaar psychedelica: 5% gebruikte paddo's/truffels, 3% gebruikte 2C-B en 1% LSD. Psychedelicagebruik onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 gedaald.
- 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. Jongeren in de residentiële jeugdzorg en jongeren in cluster 4 van het speciaal voortgezet onderwijs (vso) gebruiken vaker paddo's dan leeftijdsgenoten in het regulier onderwijs. Het gebruik van paddo's lijkt over het algemeen te dalen in de laatste jaren. In groepen risicojongeren komt het gebruik van psychedelica ook relatief weinig voor.

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.

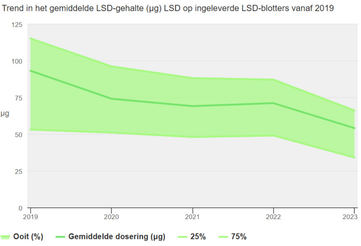
- Het laatste-jaar-gebruik van LSD onder 15-64-jarigen varieert van 0% in België, Tsjechië, Griekenland, Portugal en Turkije tot 1,4% in Oostenrijk. In Nederland was het laatste-jaar-gebruik onder 15-64 -jarigen 0,5%.
- LSD of andere hallucinogenen zijn, na cannabis en ecstasy, de meest gebruikte drugs 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

- Psychedelicaproblematiek komt bijna niet voor in de verslavingszorg. In 2023 werden er 7 mensen behandeld in de verslavingszorg voor psychedelicaproblematiek. Het aantal psychedelicaclïënten in de verslavingszorg schommelde tussen 2018 en 2023, al bleef het aandeel ten opzichte van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg vanwege drugs telkens minder dan 1%. Psychedelica zouden mogelijk effectief kunnen zijn bij de behandeling van verslaving, maar er zijn grotere en methodologisch betere studies nodig.
- 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.
- De meest voorkomende psychische bijwerking van psychedelica is de zogenaamde "bad trip", waarbij er gevoelens van angst, paniek, dysforie en/of paranoia kunnen optreden.

Aanbod en markt

Trend in het gemiddelde LSD-gehalte (µg) LSD op ingeleverde LSD-blotters vanaf 2019



Gemiddelde dosering LSD in LSD blotters die ook echt LSD bevatten in microgrammen. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- Van de klassieke psychedelica wordt er vooral LSD ingeleverd bij het DIMS. Het DIMS analyseert geen natuurlijke producten, zoals paddo's en truffels. In 2023 was 1,4% van de drugsmonsters gekocht als LSD. Bijna 95% van de ingeleverde LSD-monsters bevatte ook echt LSD. De gemiddelde dosering LSD op blotters is de afgelopen vijf jaar gedaald.
- De prijs van een blotter LSD in Nederland was gemiddeld €4,87. in 2023 Dit is iets lager ten opzichte van voorgaande jaren. In Amsterdam lag de prijs van LSD wat hoger.

18.1 Over psychedelica

Wat zijn psychedelica?

Psychedelica zijn stoffen die het bewustzijn, de gevoelens en de waarneming sterk kunnen beïnvloeden. Ze kunnen hallucinaties veroorzaken of andere zintuiglijke reacties teweegbrengen. Deze middelen worden ook wel hallucinogenen, tripmiddelen of geestverruimende middelen genoemd. Sommige psychedelica komen van nature voor in planten, schimmels en dieren, maar er zijn ook synthetische psychedelica. Het woord ‘psychedelica’ komt van de Griekse woorden ‘psyche’ (geest) en ‘deloun’ (zichtbaar maken), wat betekent “de geest zichtbaar maken.”

Er is geen eenduidige wetenschappelijke definitie van psychedelica, maar er wordt vaak onderscheid gemaakt tussen klassieke en atypische psychedelica. Klassieke psychedelica, zoals LSD, mescaline (in Peyote- en San Pedro-cactussen), psilocine- en psilocybine (in paddo’s en truffels), en DMT (in ayahuasca), werken voornamelijk via serotonine-receptoren, wat typisch hallucinogene effecten veroorzaakt [1]. Atypische psychedelica, zoals MDMA (ecstasy), 2C-B en ketamine hebben via andere werkingsmechanismen een sterk effect op het bewustzijn [2,3]

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	

De pagina's over psychedelica in de NDM gaan 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 op de pagina's over ecstasy, NPS en ketamine.

Wie gebruiken psychedelica en waarom?

Het aantal onderzoeken naar het gebruik van klassieke psychedelica in Nederland is beperkt. Psychedelica worden echter al duizenden jaren in verschillende culturen gebruikt voor rituele en spirituele doeleinden [3]. Het gebruik van deze middelen lijkt vooral af te spelen in specifieke

groepen, zoals ‘psychonauten’ of binnen culturele, religieuze en spirituele gemeenschappen [2]. Psychedelica worden vaak gebruikt voor geestverruimende ervaringen. Dit gebeurt vaak in een ceremoniële of spirituele setting, maar sommige mensen gebruiken ze voor persoonlijke inzichten, creativiteit of om antwoorden te vinden op existentiële vragen [4]. Na de coronapandemie lijkt het gebruik van psychedelica voor deze doeleinden te zijn toegenomen - ook onder bredere gebruikersgroepen. 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 nemen mensen kleine hoeveelheden van een psychedelica (meestal 5-10% van een reguliere dosis), om subtiele, niet-hallucinogene effecten te ervaren, bijvoorbeeld voor verbetering van de mentale of fysieke gezondheid [6–8]. 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]. Het is niet bekend hoeveel mensen in Nederland aan microdoseren doen. Vermoedelijk gaat het om een kleine specifieke groep mensen.

Hoe worden psychedelica gebruikt?

Psychedelica kunnen op verschillende manieren worden gebruikt. De meeste worden oraal ingenomen, bijvoorbeeld via papertrips of blotters (LSD) of gedroogde paddenstoelen. Sommige psychedelische middelen kunnen ook als thee gedronken worden, zoals ayahuasca. Hoewel het minder vaak voorkomt, kunnen sommige psychedelica ook worden gerookt (bijvoorbeeld gedroogde paddo’s, DMT-poeder).

Welke effecten hebben psychedelica?

De effecten van psychedelica kunnen sterk variëren afhankelijk van de dosering en de omstandigheden, zoals de omgeving (setting) en de gemoedstoestand van de gebruiker (set). Deze factoren kunnen bijdragen aan zowel positieve als negatieve ervaringen, zoals euforie of angst [13–15]. De effecten van psychedelica op de waarneming kunnen variëren van subtiel tot zeer intens. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat kleuren helderder lijken, texturen of geluiden anders worden ervaren, of dat er geometrische patronen of complexe visuele hallucinaties (zoals hele scènes) optreden. Wat betreft de emotionele effecten: psychedelica kunnen emoties sterk versterken. Dit kan leiden tot gevoelens van euforie, ontzag, vrede en liefde, maar ook tot negatieve emoties zoals angst, controleverlies of paranoia. Daarnaast kunnen psychedelica ook cognitieve effecten hebben. Ze kunnen bijvoorbeeld de creativiteit vergroten, de flexibiliteit in denken verbeteren en het probleemoplossend vermogen versterken. Deze effecten kunnen soms zelfs na eenmalig gebruik nog enige tijd aanhouden. Verder kunnen psychedelica het gevoel van ruimte, tijd en het besef van jezelf (dit wordt 'egodissolutie' genoemd) laten verdwijnen. Dit komt vaker voor bij hogere doseringen en is bijvoorbeeld vaker bij psilocybine (de werkzame stof in paddo’s) dan bij LSD [16].

Zijn psychedelica verboden?

In Nederland vallen de meeste klassieke psychedelica onder de Opiumwet, wat betekent dat ze illegaal zijn. LSD, DMT, 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 deze wet, maar truffels

(die dezelfde werkzame stoffen bevatten) zijn legaal te koop. Sommige andere middelen, zoals 1p-LSD, vallen onder de Warenwet.

Psychedelica als medicijn?

In de jaren 40 en 50 werd er veel onderzoek gedaan naar de therapeutische toepassingen van psychedelica [1], maar na het verbod in de jaren 60 werd dit onderzoek belemmerd [3]. Tegenwoordig is er weer groeiende belangstelling voor het therapeutisch gebruik van psychedelica [17], bijvoorbeeld bij de behandeling van depressie en andere psychiatrische aandoeningen [1,18,19] . Onderzoeken hebben positieve resultaten opgeleverd, maar het bewijs is nog beperkt [17,20,21]. Er zijn zorgen dat de populariteit van psychedelica als therapie zonder medische begeleiding risico's met zich meebrengt, vooral voor mensen met psychische kwetsbaarheden [17,20,22].

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. E Zinberg N. Drug, set, and setting. The basis for controlled intoxicant use. . Yale University Press; 1984.
14. L. Zentner J. Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1985.
15. Leary T, Litwin GH, Metzner R. Reactions to psilocybin administered in a supportive environment. Journal of Nervous and Mental Disease. 1963.
16. Swanson LR. Unifying Theories of Psychedelic Drug Effects. Vol. 9, Frontiers in pharmacology. 2018. p. 172.
17. 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
18. 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.
19. 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.
20. EMCDDA. European Drug Report 2024: 11 Jun 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/event/2024/06/launch-event-european-drug-report-2024_en
21. van Elk M, Fried EI. History repeating: guidelines to address common problems in psychedelic science [Internet]. Vol. 13, Therapeutic Advances in Psychopharmacology. SAGE Publications Ltd STM; 2023. p. 20451253231198464. Available from: https://doi.org/10.1177/20451253231198466
22. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.

18.2 Gebruik: volwassenen

18.2.1 Psychedelicagebruik onder volwassenen

Hoeveel volwassenen gebruiken psychedelica?

In het kort: In 2023 had 1,0% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder in het laatste jaar paddo's gebruikt en 0,4% gebruikte in het laatste jaar LSD. In 2022 had 0,8% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder in het laatste jaar truffels gebruikt en 0,1% gebruikte in het laatste jaar ayahuasca. Het gebruik van paddo's en truffels in het laatste jaar is het hoogst onder mannen, 18-29-jarigen, hoogopgeleiden, volwassenen met een Europese herkomst en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.

Snel naar:

- Paddo's
- LSD
- Truffels
- Ayahuasca

Eén op de honderd volwassenen gebruikte in het laatste jaar paddo's

In 2023 had 5,6% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit paddo's gebruikt, 1,0% gebruikte in het laatste jaar paddo's en 0,2% deed dit in de laatste maand.

Paddogebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	5,6	790.000	710.000-870.000
Laatste jaar	1,0	140.000	110.000-180.000
Laatste maand	0,2	30.000	20.000-50.000

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.

Minder dan 1% van de volwassenen gebruikte in het laatste jaar LSD

In 2023 had 2,0% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit LSD gebruikt, 0,4% gebruikte in het laatste jaar LSD en 0,1% deed dit in de laatste maand.

Vanwege het kleine aantal gebruikers worden de gegevens over het gebruik van LSD niet verder uitgesplitst naar demografische subgroepen.

LSD-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	2,0	290.000	240.000-340.000
Laatste jaar	0,4	60.000	30.000-80.000
Laatste maand	0,1	20.000	<10.000-30.000

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.

Minder dan 1% van de volwassenen gebruikte in het laatste jaar truffels

In 2022 had 3,2% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit truffels gebruikt, 0,8% gebruikte in het laatste jaar truffels en 0,1% deed dit in de laatste maand.

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

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	3,2	440.000	390.000-500.000
Laatste jaar	0,8	110.000	80.000-130.000
Laatste maand	0,1	20.000	10.000-30.000

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.

Overlap in het gebruik van paddo's en truffels

Paddo's en truffels bevatten allebei dezelfde werkzame stoffen (psilocybine /psilocine). Daarom is voor paddo's en truffels ook de overlap in het gebruik (ooit, laatste jaar) van beide middelen berekend.

- In 2022 heeft 5,4% van de volwassen Nederlanders *ooit* tenminste één van de middelen paddo's of truffels gebruikt. Van hen gebruikte 41,3% alléén paddo's en 32,0% gebruikte alléén truffels. Iets meer dan een kwart (26,7%) had ervaring met beide middelen.
- In 2022 gebruikte 1,0% volwassen Nederlanders *in het laatste jaar* tenminste één van de middelen paddo's of truffels. Het grootste deel van hen had alléén truffels gebruikt (62,0%), en 22,5% gebruikte alléén paddo's. 15,6% gebruikte beide middelen in het laatste jaar.

Deze berekeningen zijn gemaakt op basis van de gegevens uit de LSM-A Middelen uit 2022. Omdat de kerncijfers over paddo's en truffels afkomstig zijn uit verschillende bronnen (Gezondheidsenquête en LSM-A Middelen), zijn dit geen exacte schattingen maar geeft het wel een indicatie van de mate van overlap in het gebruik van beide middelen.

Minder dan 1% van de volwassenen gebruikte in het laatste jaar ayahuasca

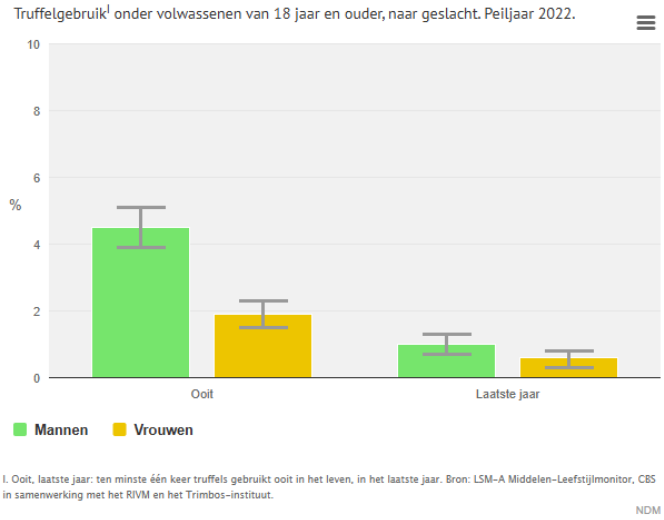
In 2022 had 0,2% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit ayahuasca gebruikt. Het gebruik van ayahuasca in het laatste jaar en in de laatste maand was zeer laag (beide 0,1%).

Vanwege het kleine aantal gebruikers worden de gegevens over het gebruik van ayahuasca niet verder uitgesplitst naar demografische subgroepen.

Meer mannen dan vrouwen gebruiken paddo's en truffels

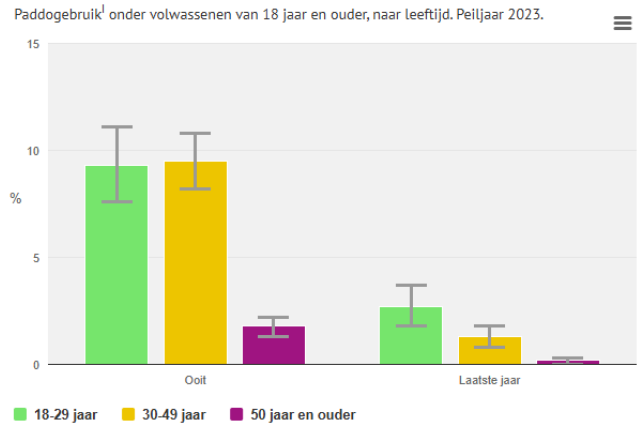
Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar paddo's heeft gebruik is in 2023 hoger onder mannen (1,3%) dan onder vrouwen (0,7%). Voor het gebruik ooit in het leven zien we een vergelijkbaar patroon. Dit geldt in 2022 ook voor truffels.





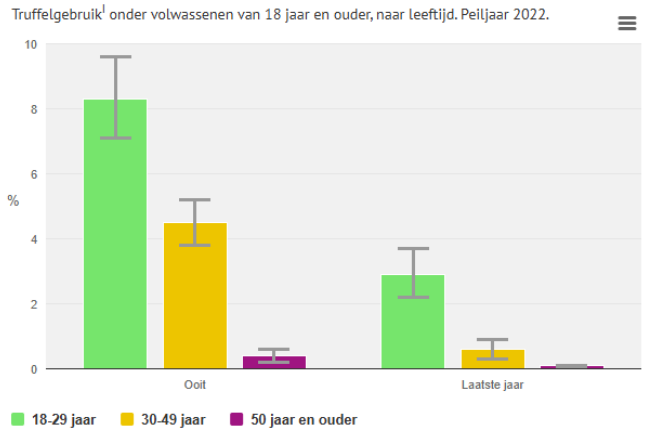
Gebruik van paddo's en truffels komt het meest voor onder jongvolwassenen

Het gebruik van paddo's en truffels is het hoogst onder jongvolwassenen, daarna neemt het gebruik af met de leeftijd. Ter illustratie: onder 18-29-jarigen heeft 2,7% in het laatste jaar paddo's gebruikt in 2023, tegenover 1,3% van de 30-49-jarigen en 0,2% van de 50-plussers. In 2022 zien we voor truffels een vergelijkbaar patroon. Ook het paddo- en truffelgebruik ooit in het leven is het laagst onder 50-plussers, maar voor paddo's zijn er geen verschillen tussen 18-29-jarigen en 30-40-jarigen.



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



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

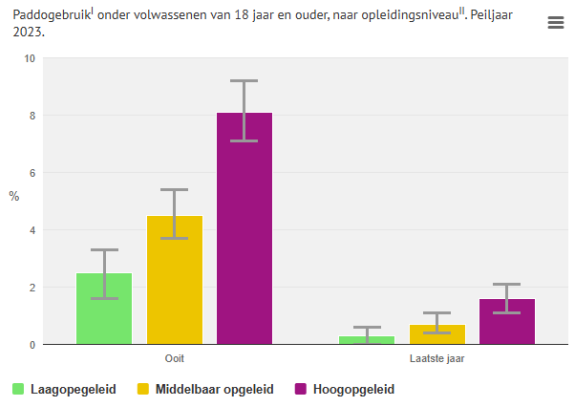
Paddogebruikers zijn gemiddeld 32,1 jaar oud; truffelgebruikers zijn gemiddeld 27,6 jaar

De gemiddelde leeftijd van de volwassenen die in het laatste jaar paddo's hebben gebruikt was 32,1 jaar (SD=10,7) in 2023. Voor truffels ligt in 2022 de gemiddelde leeftijd van de laatste-jaar-gebruikers op 27,6 jaar (SD=8,7).

In de LSM-A Middelen 2022 is aan de laatste-jaar-gebruikers gevraagd hoe oud zij waren toen zij voor het eerst paddo's of truffels gebruikten. De gemiddelde startleeftijd voor paddo's was 26,3 jaar (SD=12,1), voor truffels was de gemiddelde startleeftijd 23,7 jaar (SD=8,3).

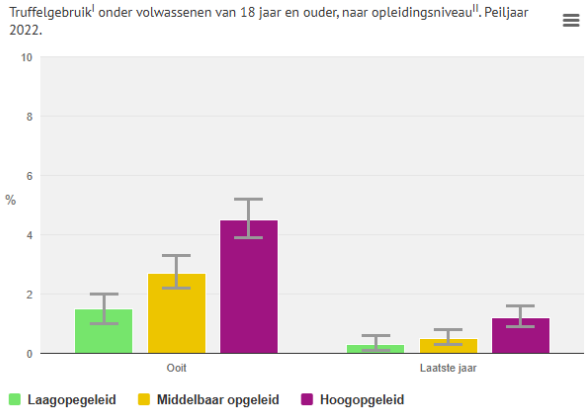
Gebruik van paddo's en truffels komt het meest voor onder hoogopgeleiden

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar paddo's heeft gebruikt is in 2023 hoger onder hoogopgeleiden (1,6%) dan onder middelbaar (0,7%) laagopgeleiden (0,3%). We zien een vergelijkbaar patroon voor het gebruik ooit in het leven, maar daar is ook het percentage middelbaar opgeleiden dat paddo's heeft gebruikt hoger dan onder laagopgeleiden. Dit geldt in 2022 ook voor truffels.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer paddo's 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.

NDM

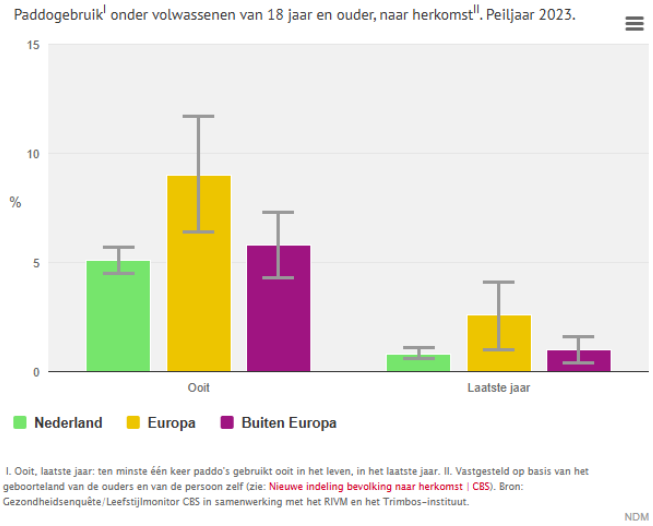


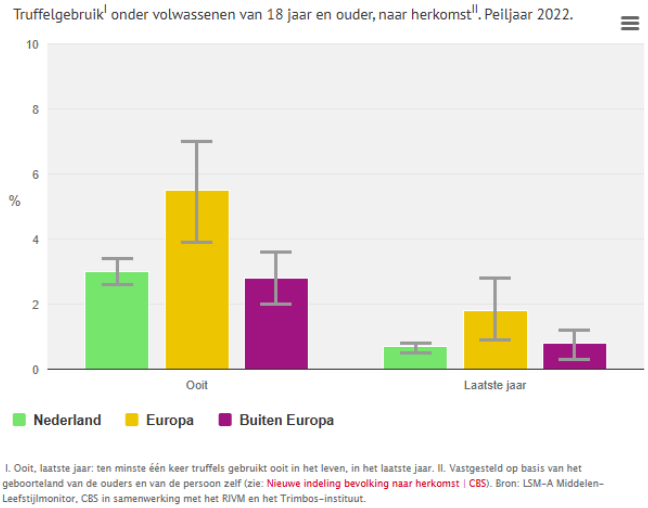
I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer truffels gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

Gebruik van paddo’s en truffels komt het meest voor onder volwassenen met een Europese herkomst

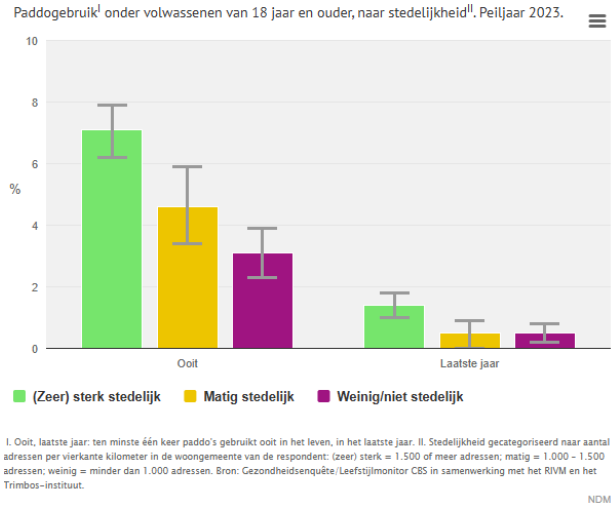
Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar paddo’s heeft gebruikt is in 2023 hoger onder volwassenen met een Europese herkomst (2,6%) dan onder volwassenen met een Nederlandse (0,8%) of niet-Europese herkomst (1,0%). Voor het gebruik ooit in het leven zien we een vergelijkbaar patroon. Dit geldt in 2022 ook voor truffels.

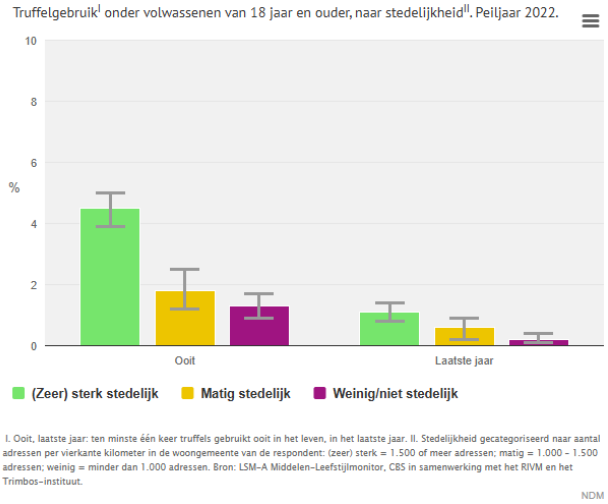




Het gebruik van paddo’s en truffels komt het meest voor onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar paddo’s heeft gebruikt is in 2023 hoger onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (1,4%) dan onder volwassenen in matig en weinig/niet stedelijke gebieden (beide 0,5%). Het gebruik van paddo’s ooit in het leven is het hoogst onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden en het laagst onder volwassenen in weinig/niet stedelijke gebieden. Truffelgebruik (ooit, laatste jaar) lag in 2022 ook het hoogst onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden, maar voor het gebruik in het laatste jaar is het verschil met matig stedelijke gebieden niet statistisch significant.

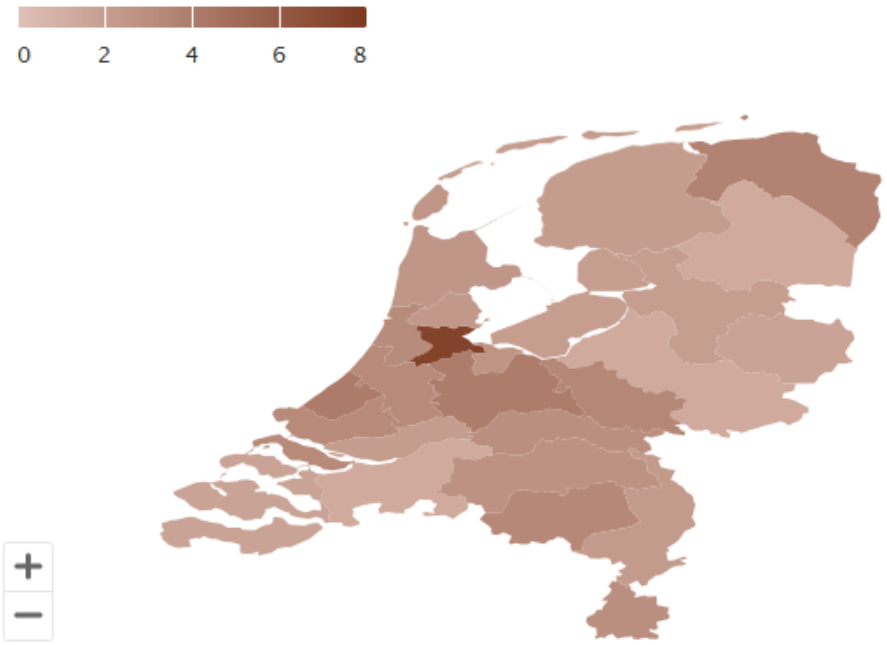




Gebruik van paddo's en truffels verschilt per regio

Uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die werd gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen zijn in het gebruik van paddo’s/truffels [1]. In 2024 werden de hoogste percentages paddo/truffelgebruik in de laatste 12 maanden gevonden in GGD-regio Amsterdam (7,5%) en GGD-regio Haaglanden (4,2%). Paddo’s/truffels werden het minst gebruikt in de GGD-regio West-Brabant, GGD-regio Noord- en Oost-Gelderland en GGD-regio Drenthe (elk 1,4%).

Paddo/truffel-gebruik[1] onder jongvolwassenen van 16 tot en met 25 jaar, per GGD-regio. Peiljaar 2024.



1. Laatste jaar: ten minste één keer paddo's/truffels gebruikt in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024, GGD'en en RIVM.

NDM

code	value
GGD Groningen	3,7
GGD Drenthe	1,4
GGD IJsselland	2,1
GGD Twente	1,8
GGD Noord- en Oost-Gelderland	1,4
Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden	3,5
GGD Gelderland-Zuid	3
GGD Flevoland	2,1

code	value
GGD Regio Utrecht	4,1
GGD Hollands-Noorden	2,6
GGD Kennemerland	3,2
GGD Amsterdam	7,5
GGD Gooi en Vechtstreek	2,7
GGD Hollands-Midden	3,3
GGD Rotterdam-Rijnmond	3,3
Dienst Gezondheid & Jeugd ZHZ	2,2
GGD Zeeland	1,8
GGD West-Brabant	1,4
GGD Hart voor Brabant	2,8
GGD Brabant-Zuidoost	3,4
GGD Limburg-Noord	2,3
GGD Zuid-Limburg	3
GGD Haaglanden	4,2
GGD Fryslân	2,2
GGD Zaanstreek/Waterland	2,5

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van paddo's en truffels ooit in het leven en in het laatste jaar kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal paddo- en truffelgebruikers in de laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

Vanwege het kleine aantal gebruikers worden de gegevens over het gebruik van LSD en ayahuasca niet verder uitgesplitst naar demografische subgroepen.

Regionale cijfers

Naast de landelijke cijfers uit de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale cijfers beschikbaar over drugsgebruik uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen. De meest recente gegevens komen uit 2024 [1], toen meer dan 135.000 jongvolwassenen tussen de 16 en 25 jaar de vragenlijst invulden. In tegenstelling tot 2022 werd er in 2024 geen steekproef getrokken; de vragenlijst was via een open link beschikbaar en respondenten werden vooral geworven via sociale media. De resultaten zijn gestandaardiseerd naar GGD-regio, leeftijd en gender om representativiteit te verbeteren, maar de wervingsmethode kan mogelijk leiden tot een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een slechtere (mentale) gezondheid. Deze cijfers zijn door verschillen in de vraagstelling en leeftijdsgroep niet direct vergelijkbaar met de cijfers uit de GE of de LSM-A Middelen, maar bieden wel inzicht in regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen.

Het monitoren van psychedelica is lastig

Vanwege het aantal stoffen dat kan worden gecategoriseerd als (klassieke) psychedelica en de verschillende chemische structuren en farmacologische eigenschappen, is het monitoren van deze

groep stoffen lastig. Omdat er geen eenduidige definitie van psychedelica bestaat, vragen we naar specifieke stoffen die onder de groep klassieke psychedelica vallen:

- In de Gezondheidsenquête wordt sinds 2015 gevraagd naar het gebruik van LSD en naar het gebruik van paddo’s.
- In de LSM-A wordt sinds 2016 het gebruik van truffels uitgevraagd, en sinds 2022 ook het gebruik van ayahuasca.
- In de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen werd in 2022 en 2024 gevraagd naar het gebruik van paddo's/truffels.

Bronnen

1. GGD’en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024. https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024. 2025.

18.2.2 Veranderingen in psychedelicagebruik onder volwassenen

Is het gebruik van psychedelica onder volwassenen veranderd?

In het kort: Het gebruik van paddo’s, LSD en truffels in het laatste jaar onder volwassenen is sinds de vorige meting stabiel, maar op lange termijn gestegen. De stijging in het paddogebruik deed zich voor onder mannen en vrouwen, 18-29-jarigen en 30-49-jarigen, hoogopgeleiden en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden. De stijging in het truffelgebruik deed zich voor onder vrouwen, 30-49-jarigen, laagopgeleiden en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden. Er zijn nog geen trendgegevens beschikbaar voor ayahuasca.

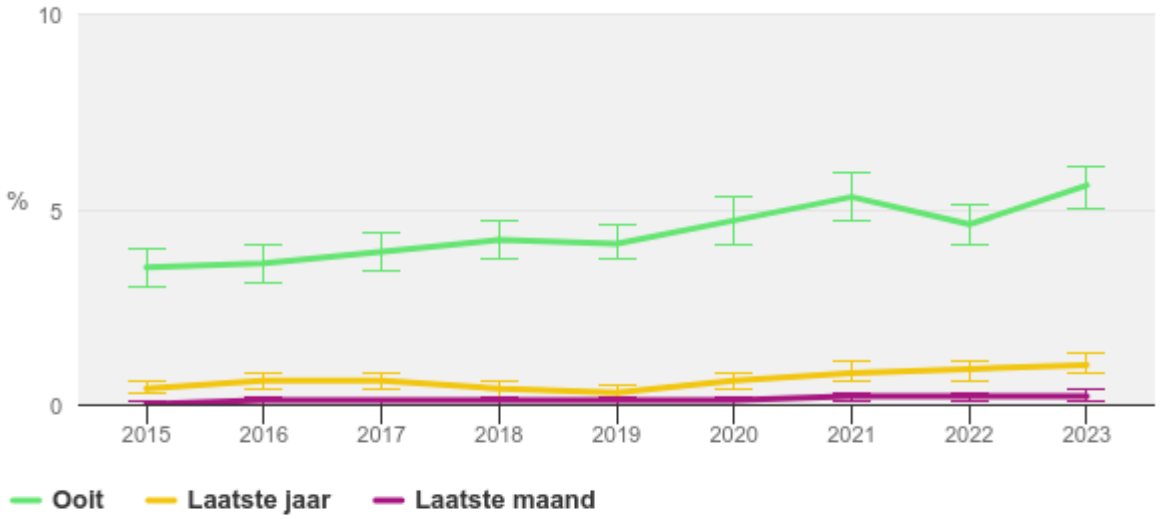
Snel naar:

- Paddo's
- LSD
- Truffels
- Ayahuasca

Paddogebruik sinds vorige meting stabiel, maar op lange termijn gestegen

Het gebruik van paddo’s in het laatste jaar en in de laatste maand is in 2023 niet veranderd vergeleken met de vorige meting uit 2022. Het paddogebruik ooit in het leven ligt in 2023 wel hoger dan in 2022. Vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het paddogebruik (ooit, laatste jaar, laatste maand) hoger.

Trend in paddogebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder



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.

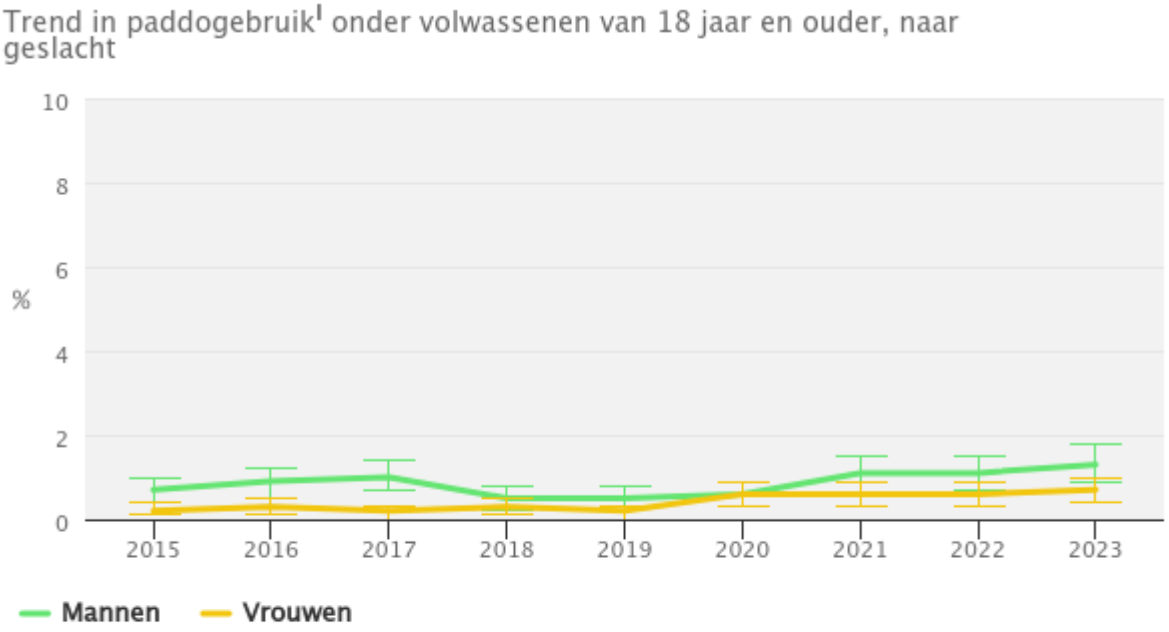
NDM

	Ooit	Ooit low	Ooit high	Laatste jaar	Jaar low	Jaar high	Laatste maand	Maand low	Maand high
2015	3,5	3,0	4,0	0,4	0,3	0,6		0,0	0,1
2016	3,6	3,1	4,1	0,6	0,4	0,8	0,1	0,0	0,2
2017	3,9	3,4	4,4	0,6	0,4	0,8	0,1	0,0	0,1
2018	4,2	3,7	4,7	0,4	0,2	0,6	0,1	0,0	0,2
2019	4,1	3,7	4,6	0,3	0,2	0,5	0,1	0,0	0,2
2020	4,7	4,1	5,3	0,6	0,4	0,8	0,1	0,0	0,2
2021	5,3	4,7	5,9	0,8	0,6	1,1	0,2	0,1	0,3
2022	4,6	4,1	5,1	0,9	0,6	1,1	0,2	0,1	0,3

	Ooit	Ooit low	Ooit high	Laatste jaar	Jaar low	Jaar high	Laatste maand	Maand low	Maand high
2023	5,6	5,0	6,1	1,0	0,8	1,3	0,2	0,1	0,4

Paddogebruik is onder mannen en vrouwen op lange termijn gestegen

In 2023 verschilt het percentage mannen en vrouwen dat in het laatste jaar paddo's heeft gebruikt niet van 2022. Vergeleken met 2015 is in 2023 zowel het percentage mannen als vrouwen dat in het laatste jaar paddo's heeft gebruikt hoger.



I. Laatste jaar: ten minste één keer paddo's gebruikt in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Mannen	Man low	Man high	Vrouwen	Vrouw low	Vrouw high
2015	0,7	0,4	1,0	0,2	0,1	0,4
2016	0,9	0,5	1,2	0,3	0,1	0,5

	Mannen	Man low	Man high	Vrouwen	Vrouw low	Vrouw high
2017	1,0	0,7	1,4	0,2	0,0	0,3
2018	0,5	0,2	0,8	0,3	0,1	0,5
2019	0,5	0,3	0,8	0,2	0,0	0,3
2020	0,6	0,3	0,9	0,6	0,3	0,9
2021	1,1	0,6	1,5	0,6	0,3	0,9
2022	1,1	0,7	1,5	0,6	0,3	0,9
2023	1,3	0,9	1,8	0,7	0,4	1,0

Paddogebruik is onder 18-29-jarigen en 30-49-jarigen op lange termijn gestegen

Tussen 2022 en 2023 is er voor geen van de leeftijdsgroepen een statistisch significante verandering in het gebruik van paddo's. Vergeleken met 2015 is het percentage dat in het laatste jaar paddo's heeft gebruikt onder 18-29-jarigen en onder 30-49-jarigen in 2023 hoger (respectievelijke 2,7% versus 1,4% en 1,3% versus 0,3%). Onder 50-plussers is het paddogebruik in 2023 niet anders dan in 2015.

De gemiddelde leeftijd van paddogebruikers is stabiel

De gemiddelde leeftijd van de volwassenen die in het laatste jaar paddo's hebben gebruikt is in 2023 niet anders dan in 2022. Ook vergeleken met 2015 is in 2023 de gemiddelde leeftijd van de paddogebruikers niet veranderd.

Paddogebruik is onder hoogopgeleiden op lange termijn gestegen

Tussen 2022 en 2023 is er voor geen van de opleidingsniveaus een statistisch significante verandering in het gebruik van paddo's. Onder hoogopgeleiden is het percentage dat in het laatste jaar paddo's heeft gebruikt in 2023 (1,6%) hoger dan in 2015 (0,9%). Onder middelbaar- en

laagopgeleiden is het paddogebruik in 2023 niet anders dan in 2015.

Nog geen trendgegevens voor herkomstgroepen beschikbaar voor paddogebruik

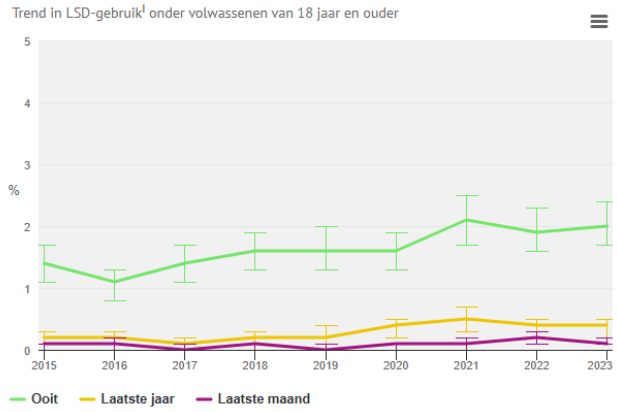
Onder alle herkomstgroepen is het paddogebruik in het laatste jaar in 2023 niet anders dan in 2022. Sinds 2022 gebruikt het CBS een nieuwe indeling naar herkomst, er zijn daarom nog geen trendgegevens voor de nieuwe herkomstgroepen beschikbaar voor paddo's.

Paddogebruik is onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden op lange termijn gestegen

Tussen 2022 en 2023 is er voor geen van de stedelijkheidsniveaus een statistisch significante verandering in het gebruik van paddo's. Vergeleken met 2015 is het percentage dat in het laatste jaar paddo's heeft gebruikt alleen onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden hoger in 2023 (0,7% versus 1,4%).

LSD-gebruik sinds vorige meting stabiel, maar op lange termijn gestegen

Het gebruik van LSD (ooit, laatste jaar, laatste maand) is in 2023 niet veranderd vergeleken met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting in 2015 is het LSD-gebruik (ooit, laatste jaar) wel hoger.



1. 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.

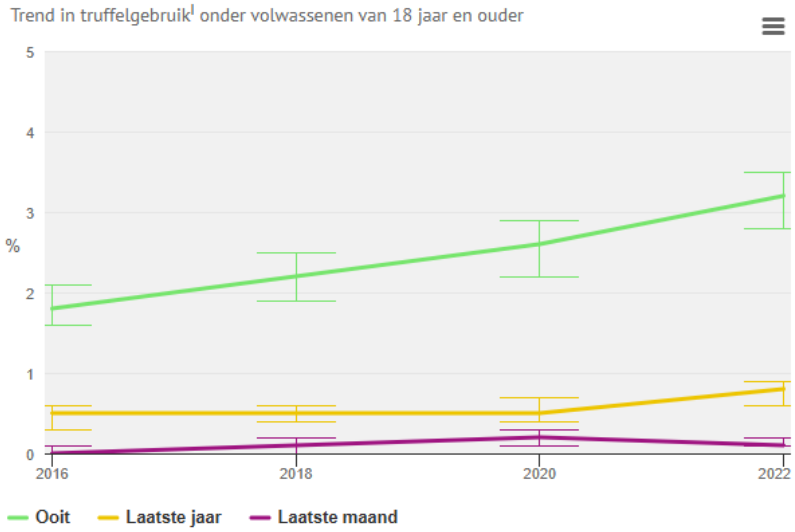
NDM

	Ooit	Ooit low	Ooit high	Laatste jaar	Jaar low	Jaar high	Laatste maand	Maand low	Maand high
2015	1,4	1,1	1,7	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1
2016	1,1	0,8	1,3	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0	0,2
2017	1,4	1,1	1,7	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1
2018	1,6	1,3	1,9	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1
2019	1,6	1,3	2,0	0,2	0,1	0,4	0,0	0,0	0,1

	Ooit	Ooit low	Ooit high	Laatste jaar	Jaar low	Jaar high	Laatste maand	Maand low	Maand high
2020	1,6	1,3	1,9	0,4	0,2	0,5	0,1	0,0	0,1
2021	2,1	1,7	2,5	0,5	0,3	0,7	0,1	0,0	0,2
2022	1,9	1,6	2,3	0,4	0,2	0,5	0,2	0,1	0,3
2023	2,0	1,7	2,4	0,4	0,2	0,5	0,1	0,1	0,2

Truffelgebruik op lange termijn gestegen

Het gebruik van truffels in het laatste jaar en in de laatste maand is in 2022 niet veranderd vergeleken met de vorige meting uit 2020. Het truffelgebruik ooit in het leven ligt in 2022 wel hoger dan in 2020. Vergeleken met de eerste meting in 2016 is in 2022 het truffelgebruik (ooit, laatste jaar, laatste maand) hoger.



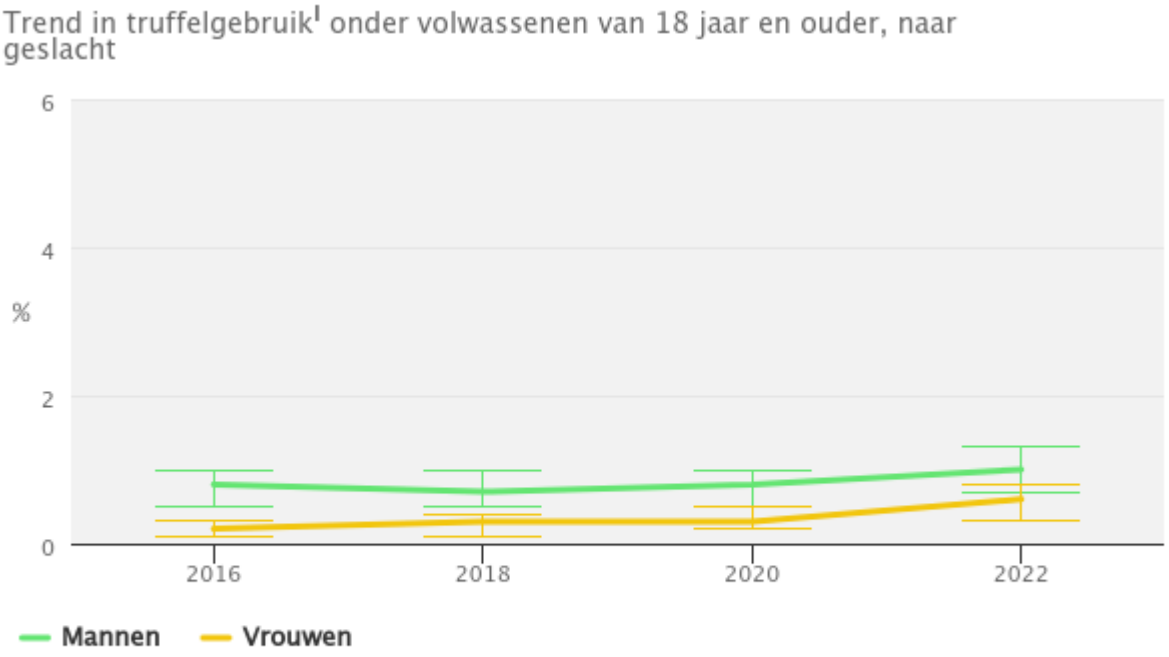
I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer truffels gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar.
Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Ooit	Ooit low	Ooit high	Laatste jaar	Jaar low	Jaar high	Laatste maand	Maand low	Maand high
2016	1,8	1,6	2,1	0,5	0,3	0,6	0	0	0,1
2018	2,2	1,9	2,5	0,5	0,4	0,6	0,1	0	0,2
2020	2,6	2,2	2,9	0,5	0,4	0,7	0,2	0,1	0,3
2022	3,2	2,8	3,5	0,8	0,6	0,9	0,1	0,1	0,2

Truffelgebruik is alleen onder vrouwen op lange termijn gestegen

In 2022 verschilt het percentage mannen en vrouwen dat in het laatste jaar truffels heeft gebruikt niet van 2022. Vergeleken met 2016 is in 2022 het percentage vrouwen dat in het laatste jaar truffels heeft gebruikt hoger, en onder mannen onveranderd.



I. Laatste jaar: ten minste één keer truffels gebruikt in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Mannen	Man low	Man high	Vrouwen	Vrouw low	Vrouw high
2016	0,8	0,5	1,0	0,2	0,1	0,3
2018	0,7	0,5	1,0	0,3	0,1	0,4
2020	0,8	0,5	1,0	0,3	0,2	0,5
2022	1,0	0,7	1,3	0,6	0,3	0,8

Truffelgebruik is alleen onder 30-49-jarigen op lange termijn gestegen

Tussen 2020 en 2022 is er voor geen van de leeftijdsgroepen een statistisch significante verandering

in het gebruik van truffels. Onder 30-49-jarigen is het percentage dat in het laatste jaar truffels heeft gebruikt in 2022 (0,6%) hoger dan in 2016 (0,2%). Voor de andere leeftijden is het truffelgebruik in 2022 niet anders dan in 2016.

Truffelgebruik is alleen onder laagopgeleiden op lange termijn gestegen

Tussen 2020 en 2022 is er voor geen van de opleidingsniveaus een statistisch significante verandering in het gebruik van truffels. Onder laagopgeleiden is het percentage dat in het laatste jaar truffels heeft gebruikt in 2022 (0,3%) hoger dan in 2016 (0%). Voor de andere opleidingsniveaus is het truffelgebruik in 2022 niet anders dan in 2016.

Nog geen trendgegevens voor herkomstgroepen beschikbaar voor truffelgebruik

Sinds 2022 hanteert het CBS een nieuwe indeling naar herkomst, er zijn daarom nog geen trendgegevens voor de nieuwe herkomstgroepen beschikbaar voor truffels.

Truffelgebruik is alleen onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden op lange termijn gestegen

Tussen 2020 en 2022 is er voor geen van de stedelijkheidsniveaus een statistisch significante verandering in het gebruik van truffels. Onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden is het percentage dat in het laatste jaar truffels heeft gebruikt in 2022 (1,1%) hoger dan in 2016 (0,7%). Voor de andere stedelijkheidsniveaus is het truffelgebruik in 2022 niet anders dan in 2016.

Nog geen trendgegevens voor ayahuascagebruik beschikbaar

Er zijn nog geen vergelijkbare trendgegevens beschikbaar voor het gebruik van ayahuasca in de algemene bevolking. Dat komt omdat het gebruik van ayahuasca in 2022 voor het eerst is uitgevraagd in de vragenlijst van de LSM-A Middelen.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van paddo's en truffels ooit in het leven en in het laatste jaar kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal paddo- en truffelgebruikers in de laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

Vanwege het kleine aantal gebruikers worden de gegevens over het gebruik van LSD en ayahuasca niet verder uitgesplitst naar demografische subgroepen.

Het monitoren van psychedelica is lastig

Vanwege het aantal stoffen dat kan worden gecategoriseerd als (klassieke) psychedelica en de verschillende chemische structuren en farmacologische eigenschappen, is het monitoren van deze groep stoffen lastig. Omdat er geen eenduidige definitie van psychedelica bestaat, vragen we naar specifieke stoffen die onder de groep klassieke psychedelica vallen:

- In de Gezondheidsenquête wordt sinds 2015 gevraagd naar het gebruik van LSD en naar het gebruik van paddo’s.
- In de LSM-A wordt sinds 2016 het gebruik van truffels uitgevraagd, en sinds 2022 ook het gebruik van ayahuasca.

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

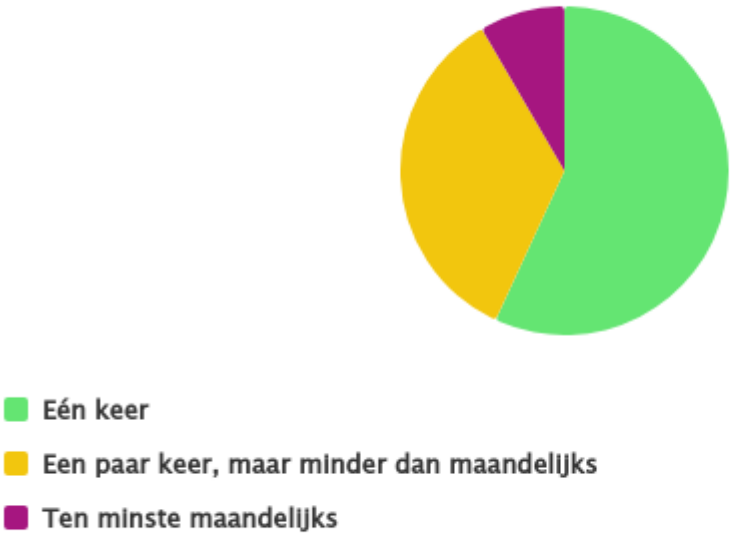
Deze paragraaf beschrijft kerngegevens over het gebruik van paddo’s en truffels in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A), uitgevoerd door het CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut. De 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.

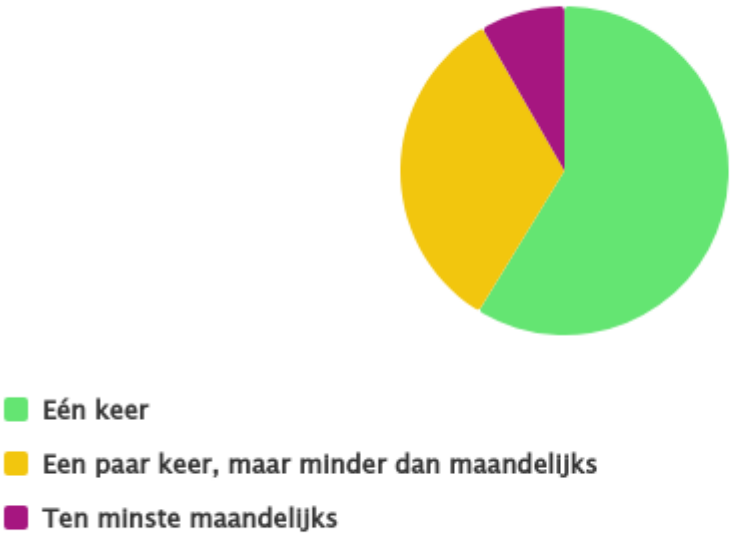


I. Frequentie: aantal keer in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

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.



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 Psychedelicagebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

Hoeveel scholieren gebruiken psychedelica?

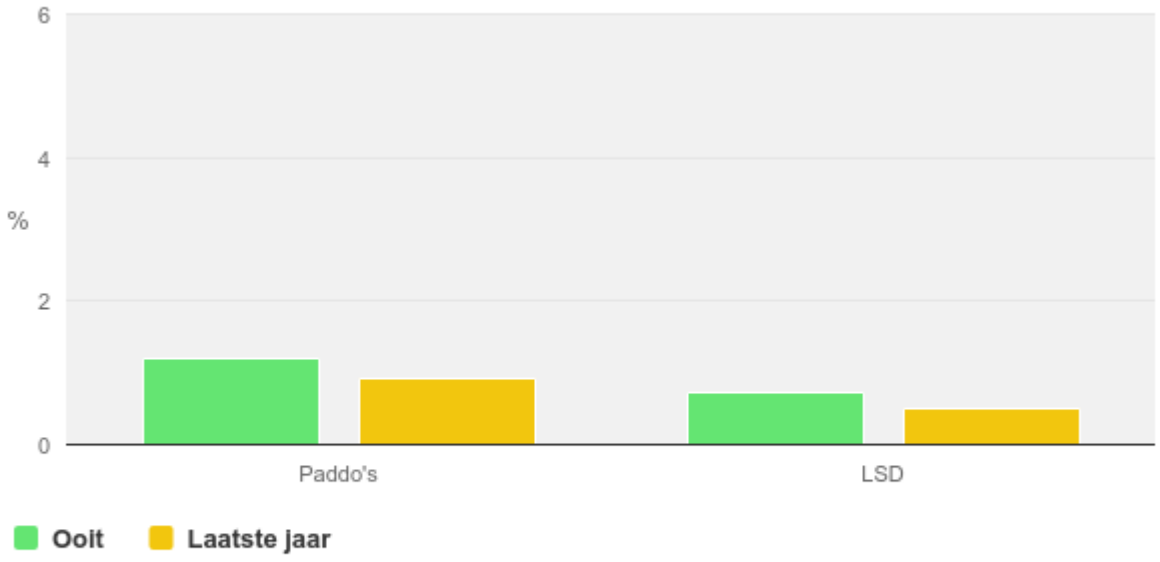
In het kort: In 2023 had 1,2% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit paddo's gebruikt, 0,9% gebruikte in het laatste jaar paddo's. En 0,7% van de scholieren had in 2023 in ooit LSD gebruikt, 0,5% gebruikte in het laatste jaar LSD. Het gebruik van andere psychedelica dan paddo's en LSD is niet bekend onder scholieren.

Ongeveer één op de tachtig scholieren heeft ooit paddo's gebruikt; minder dan 1% heeft ooit LSD gebruikt

In 2023 had 1,2% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit paddo's gebruikt, 0,9% gebruikte in het laatste jaar paddo's. Paddo's staan hiermee op plek vijf, alleen cannabis, lachgas, ecstasy en cocaïne zijn meer scholieren ooit in het leven gebruikt.

In 2023 had 0,7% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit LSD gebruikt, 0,5% gebruikte in het laatste jaar LSD.

Paddo- en LSD-gebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar. Peiljaar 2023



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer paddo's/LSD gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Paddo's	LSD
Ooit	1,2	0,7
Laatste jaar	0,9	0,5

Gebruik van andere psychedelica is niet bekend

Het gebruik van andere psychedelica dan paddo's en LSD is niet uitgevraagd in de ScholierenMonitor. Het is daarom niet bekend hoeveel scholieren andere psychedelica dan paddo’s en LSD gebruiken.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere

leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

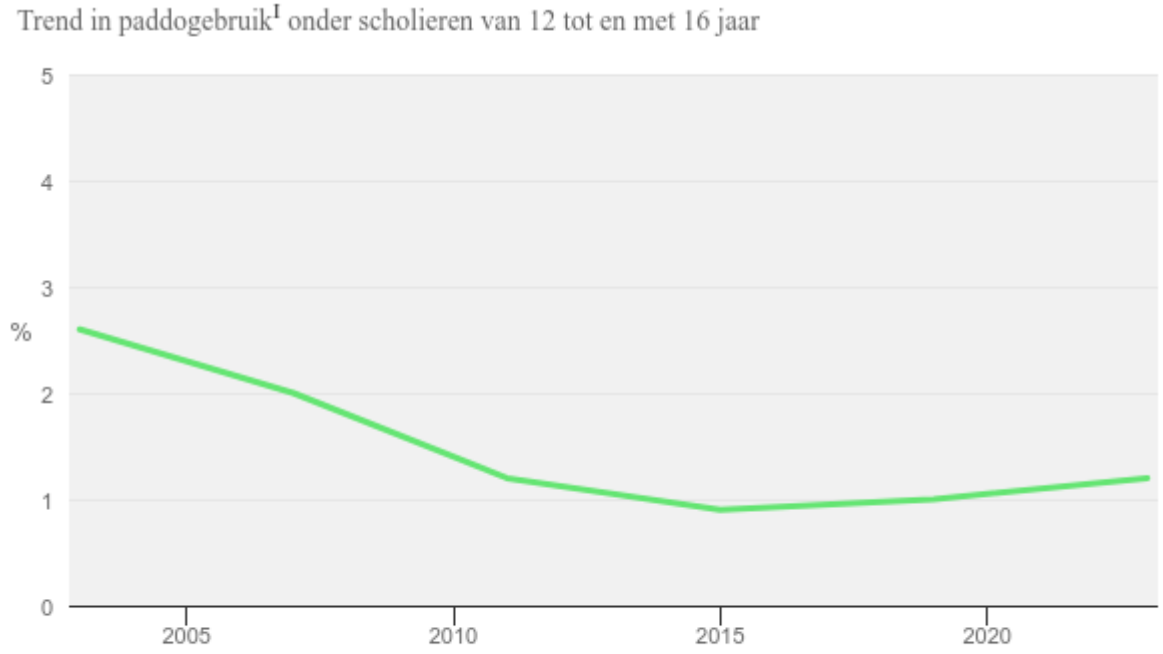
18.3.2 Veranderingen in psychedelicagebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

Is het psychedelicagebruik onder scholieren veranderd?

In het kort: Het ooitgebruik van paddo’s is onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) in 2023 lager dan in 2003. Er zijn geen trendgegevens beschikbaar voor het gebruik van andere psychedelica dan paddo's onder scholieren.

Paddogebruik is op lange termijn gedaald

Het ooitgebruik van paddo’s onder 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs is in 2023 lager vergeleken met de eerste meting van 2003. De daling vond vooral plaats tussen 2003 en 2011.



	Ooit
2003	2,6

	Ooit
2007	2,0
2011	1,2
2015	0,9
2019	1,0
2023	1,2

Geen trendgegevens beschikbaar voor LSD

Vanwege de lage percentages worden veranderingen in het gebruik van LSD niet gerapporteerd in de ScholierenMonitor.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren

van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

18.3.3 Psychedelicagebruik onder studenten

Hoeveel studenten gebruiken psychedelica?

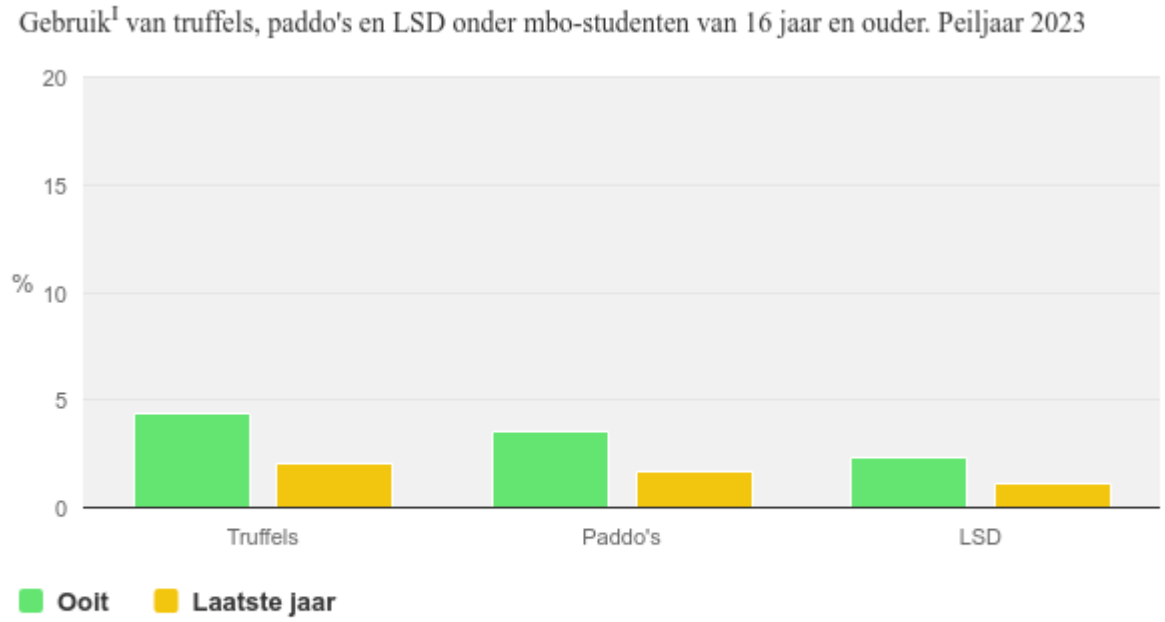
In het kort: In 2023 gebruikte één op de vijftig (2,0%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder truffels in het laatste jaar, gevolgd door paddo's (1,6%) en LSD (1,1%). Het paddogebruik en het LSD-gebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2017 en 2023 niet veranderd. In 2023 gebruikte één op de dertien (8%) hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder in het laatste jaar psychedelica: 5% gebruikte paddo's/truffels, 3% gebruikte 2C-B en 1% LSD. Psychedelicagebruik onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 gedaald.

Snel naar:
Mbo-studenten
Hbo- en universiteitsstudenten

Hoeveel mbo-studenten gebruiken psychedelica?

Eén op de vijftig mbo-studenten gebruikte in het laatste jaar truffels

In 2023 had minder dan één op de twintig (4,3%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit truffels gebruikt en één op de vijftig (2,0%) gebruikte truffels in het laatste jaar. Daarna volgen paddo's en LSD [1].



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Mbo–middelenmonitor, 2023

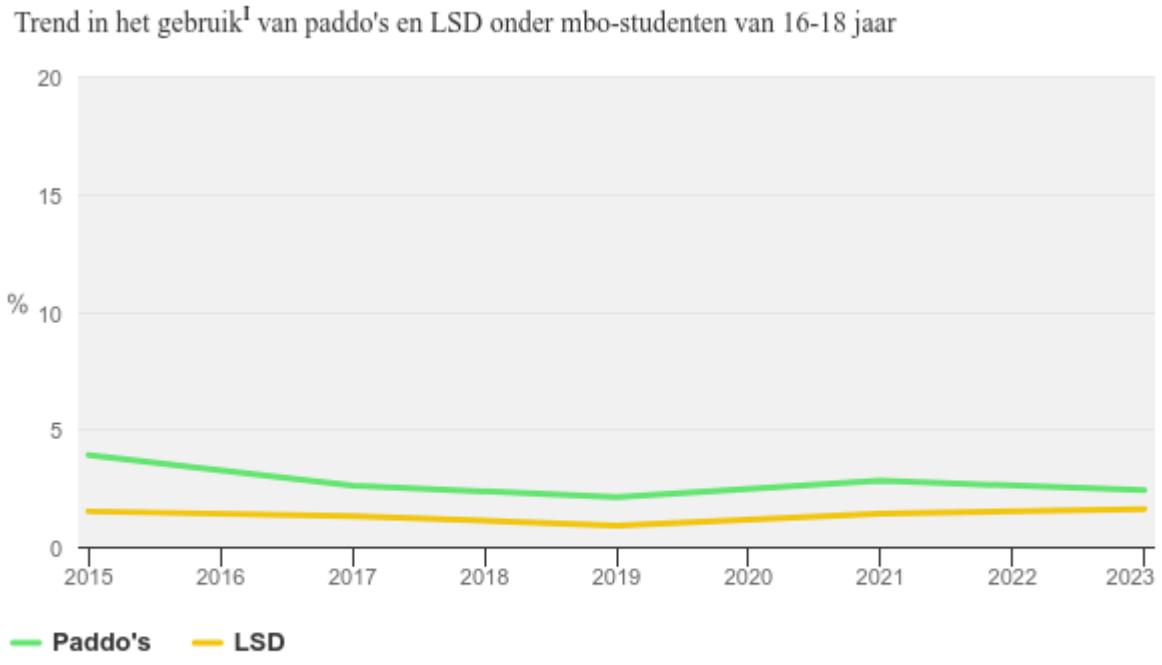
NDM

	Ooit	Laatste jaar
Truffels	4,3	2,0
Paddo's	3,5	1,6
LSD	2,3	1,1

Gebruik van paddo’s en LSD is sinds 2015 niet veranderd

Tussen 2015 en 2023 is het paddogebruik en LSD-gebruik ooit in het leven niet veranderd [1].

Deze trendgegevens zijn berekend voor 16-18-jarigen en wijken daarom af van de hierboven genoemde percentages over alle mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Het gebruik in het laatste jaar is in 2023 voor het eerst uitgevraagd waardoor er geen trendgegevens zijn. Trendgegevens voor truffels zijn niet gerapporteerd in de Mbo-Middelenmonitor.



I. Ooit: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven. Bron: Mbo–middelenmonitor

NDM

	Paddo's	LSD
2015	3,9	1,5
2017	2,6	1,3
2019	2,1	0,9
2021	2,8	1,4
2023	2,4	1,6

Regionale gegevens over het gebruik van psychedelica onder mbo-studenten

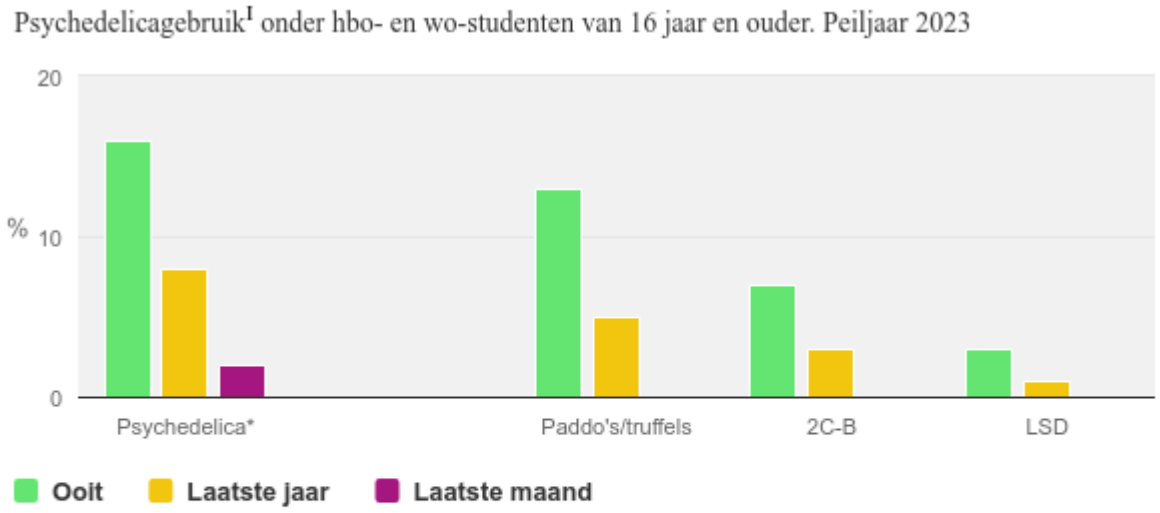
In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 had 5,0% van de Amsterdamse mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit paddo's gebruikt en 1,9% gebruikte paddo's in het laatste jaar. 3,7% had ooit LSD gebruikt en 1,2% gebruikte LSD in het laatste jaar [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Hoeveel studenten van het hbo en de universiteit gebruiken psychedelica?

Ongeveer één op de dertien hbo- en universiteitsstudenten gebruikte in het laatste jaar psychedelica

In 2023 had ongeveer één op de zes (16%) studenten van het hbo en de universiteit (wo) van 16 jaar en ouder ooit psychedelica gebruikt. Van de studenten in het hoger onderwijs had 13% ooit paddo's of truffels gebruikt, 7% had ooit 2C-B gebruikt en 3% had ooit LSD gebruikt. Sommige studenten gebruikten dus meer dan een psychedelicum in het afgelopen jaar. Ongeveer één op de dertien (8%) gebruikte psychedelica in het laatste jaar: 5% gebruikte paddo's/truffels, 3% gebruikte 2C-B en 1% LSD. Het gebruik van psychedelica in de laatste maand kwam voor onder 2% van de ondervraagde studenten [3].

Vanwege de lage respons (in 2023 6,5% van het totaal aantal studenten van de 24 deelnemende instellingen), geven deze cijfers een indicatie van middelengebruik, maar kunnen ze niet worden gezien als precieze schattingen van het gebruik in de totale studentenpopulatie (zie ook: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).



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
Psychedelica*	16	8	2
Paddo's/truffels	13	5	
2C-B	7	3	
LSD	3	1	

Psychedelicagebruik komt in sommige groepen hbo- en universiteitsstudenten meer voor dan in andere groepen

De kans op psychedelicagebruik in de laatste maand onder hbo- en universiteitsstudenten was groter onder mannen dan onder vrouwen (2% versus 1%), onder 26-29-jarigen dan onder 16-21-jarigen (2% versus 1%), onder studenten met een migratieachtergrond en internationale studenten dan onder studenten zonder migratieachtergrond (respectievelijk 2% en 3% versus 1%) en onder universiteitsstudenten dan onder hbo-studenten (2% versus 1%). Er waren geen verschillen in psychedelicagebruik naar opleidingsvorm (voltijd, niet-voltijd) [3].

Psychedelicagebruik in de laatste maand onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 licht gedaald

Vergeleken met de eerste meting in 2021 is het percentage gebruikers van psychedelica in de laatste maand in 2023 licht gedaald van 2,2% naar 1,5% [3].

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo-studenten

De Mbo-Middelenmonitor [1] onderzoekt het middelengebruik onder mbo-studenten. In 2023 werd dit onderzoek voor de vijfde keer uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public (nu Verian). Dit jaar werd het onderzoek alleen uitgevoerd onder mbo-studenten, terwijl eerdere metingen (in 2015, 2017, 2019 en 2021) ook hbo-studenten betrokken. In 2023 namen 4.448 mbo-studenten van 16 jaar en ouder deel aan het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 op 64 mbo-locaties. In totaal werden 6.053 studenten willekeurig benaderd door onderzoeksassistenten om een digitale vragenlijst in te vullen.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

Hbo- en universiteitsstudenten

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs [3] onderzoekt de mentale gezondheid en het middelengebruik van studenten van het hbo en de universiteit (wo) om de twee jaar. Dit onderzoek is in 2023 voor de tweede keer uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het RIVM, de GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. In 2023 vulden 32.217 hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder alle vragen over middelengebruik in. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 bij 24 onderwijsinstellingen in heel

Nederland. De deelnemende onderwijsinstellingen stuurden een uitnodiging naar studenten van 16 jaar en ouder om de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd ook in het Engels aangeboden voor buitenlandse studenten. Het onderzoek heeft enkele belangrijke beperkingen, zoals een laag responspercentage van 6,5% in 2023 en de onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde groepen studenten. De data zijn wel gewogen om deze representatiever te maken, maar het is mogelijk dat de resultaten nog steeds vertekend zijn en niet volledig representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland.

Vanwege verschillen in methodes van dataverzameling zijn de resultaten van de Mbo-Middelenmonitor, de Antenne Amsterdam en de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs niet direct met elkaar te vergelijken.

Bronnen

1. K. Morren, S. Van Dorsselaer, K. Monshouwer. Factsheet: Middelengebruik onder mbo-studenten 2023. Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. 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.

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).

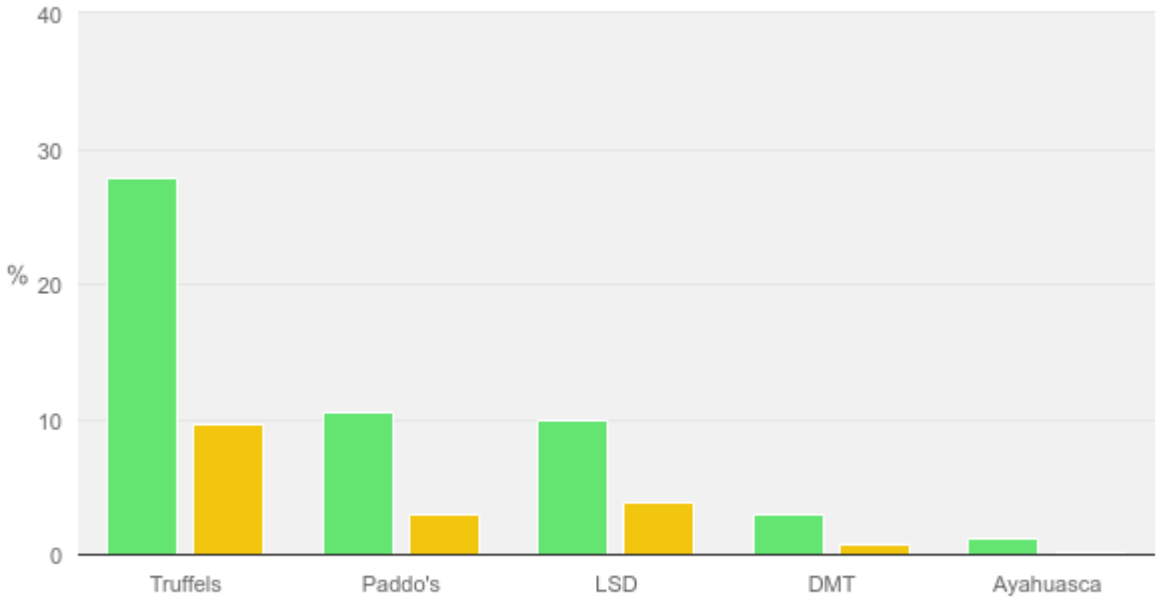
Uitgaanders in Nederland

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

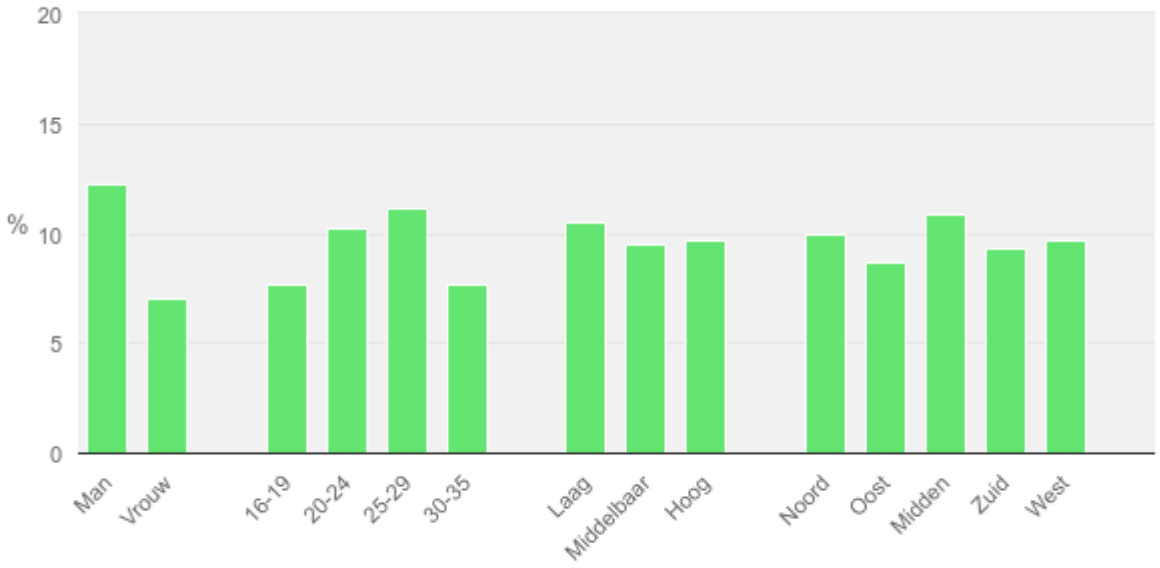


I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

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

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen gebruiken psychedelica?

In het kort: Vergeleken met andere drugs lijkt het gebruik van psychedelica relatief weinig voor te komen onder groepen kwetsbare jongeren. Jongeren in de residentiële jeugdzorg en jongeren in cluster 4 van het speciaal voortgezet onderwijs (vso) gebruiken vaker paddo's dan leeftijdsgenoten in het regulier onderwijs. Het gebruik van paddo's lijkt over het algemeen te dalen in de laatste jaren. In groepen risicojongeren komt het gebruik van psychedelica ook relatief weinig voor.

Snel naar:
Scholieren van het praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Jongeren in de residentiële jeugdzorg
Groepen risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen 'kwetsbare groepen jongeren'. Wij gebruiken de term 'kwetsbare groepen jongeren' om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg, in jeugddetentie of in het voorgezet speciaal onderwijs (vso) zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo'n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel scholieren in het praktijkonderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs gebruiken psychedelica?

Cluster 4 scholieren hebben de meeste ervaring met paddogebruik

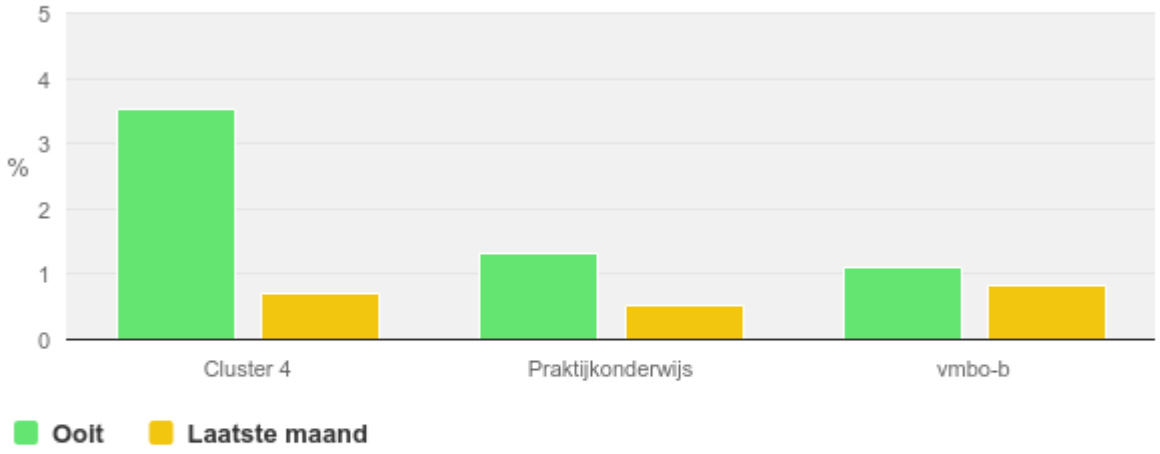
In 2019 gebruikte 3,5% van de scholieren in cluster 4 ooit paddo's [2]. Dat is hoger dan het gebruik ooit in het leven onder scholieren van het praktijkonderwijs (1,3%) en leeftijdsgenoten op het regulier onderwijs (vmbo-b, 1,1%).

Het gebruik in de laatste maand onder cluster 4 scholieren (0,7%) verschilde niet veel dan dat van

hun leeftijdsgenoten op het praktijkonderwijs (0,5%) en het vmbo-b (0,8%).

Er zijn geen cijfers bekend over het gebruik van andere psychedelica dan paddo's onder scholieren in het praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs. Ook zijn er geen cijfers bekend over het gebruik van psychedelica onder scholieren in cluster 3.

Paddogebruik onder scholieren van het cluster 4-onderwijs, praktijkonderwijs en vmbo-b. Peiljaar 2019.



Gegevens over scholieren uit cluster 4 en het praktijkonderwijs komen uit een ander onderzoek dan de gegevens over scholieren van het vmbo-b. De methoden van dataverzameling verschillen tussen deze onderzoeken. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos-instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand
Cluster 4	3,5	0,7
Praktijkonderwijs	1,3	0,5
vmbo-b	1,1	0,8

Paddogebruik neemt af onder scholieren van aan het praktijkonderwijs en

cluster 4

Het gebruik van paddo's ooit in het leven onder scholieren van cluster 4 en het praktijkonderwijs daalde in de periode 2008-2019. In cluster 4 daalde het percentage scholieren dat ooit paddo's gebruikte van 7,0% naar 3,5%. In het praktijkonderwijs daalde dit percentage van 3,6% naar 1,3%. Op het vmbo-b bleef het aandeel scholieren dat ooit paddo's had gebruikt in diezelfde periode stabiel. Ook het gebruik in de laatste maand nam in zowel het cluster 4 onderwijs als het praktijkonderwijs af.

Jongens en meisjes gebruiken ongeveer even vaak paddo's

Er werden geen significante verschillen gevonden tussen jongens en meisjes in het gebruik van paddo's. Dit gold voor alle schooltypen en voor zowel het gebruik ooit in het leven als in de laatste maand.

Jongeren met een westerse migratieachtergrond meer ervaring met paddo's dan jongeren met een Nederlandse herkomst

Jongeren met een westerse migratieachtergrond hebben vaker ooit paddo's gebruikt dan jongeren met een Nederlandse achtergrond. Dit geldt zowel voor jongeren in cluster 4 (8,1% vs. 2,9%) als op het vmbo-b (3,3% vs. 0,5%). Ook hebben de jongeren met een westerse migratieachtergrond meer ervaring met paddo's dan jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond, maar deze verschillen zijn niet significant.

Ook op het praktijkonderwijs hebben jongeren met een westerse migratieachtergrond de meeste ervaring met paddo's, maar de verschillen tussen de herkomstgroepen zijn hier kleiner en niet significant.

Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen gebruiken psychedelica?

Bijna geen van de jongeren die in een Justitiële Jeugdinrichting verblijven gebruikt paddo's of LSD

In 2022 hadden twee van de onderzochte jongeren die verblijven in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI, n = 110) paddo's gebruikt in de laatste maand en geen van de jongeren gebruikte LSD [3].

Er zijn geen cijfers bekend over het gebruik van andere psychedelica dan paddo's of LSD onder jongeren in de JJI.

Hoeveel jongeren in de residentiële jeugdzorg

gebruiken paddo's?

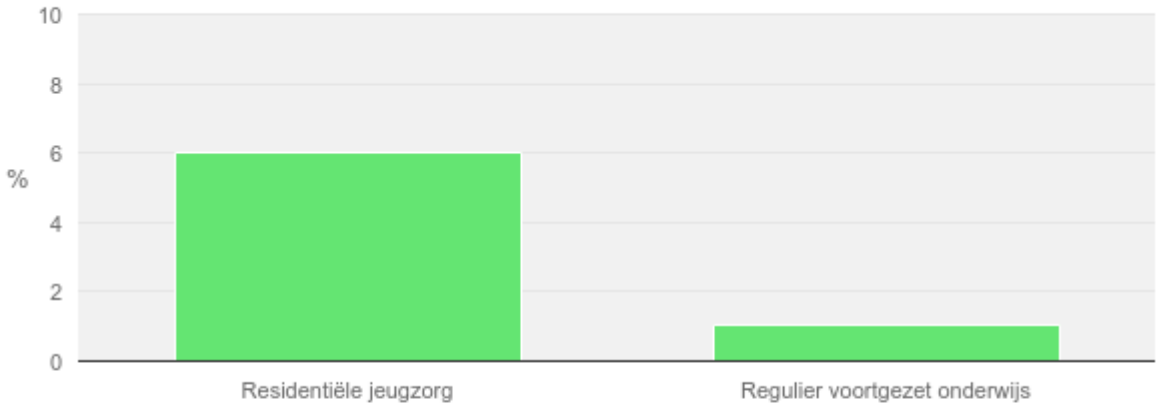
Paddogebruik komt vaker voor onder jongeren in de residentiële jeugdzorg dan onder leeftijdsgenoten in het regulier onderwijs

Van alle jongeren (12 t/m 25 jaar) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) had ongeveer één op de twaalf (8%) in 2020 ooit paddo's gebruikt [4]. Eén op de honderd (1%) had in de laatste maand paddo's gebruikt.

Jongeren in de RJZ (12 t/m 15 jaar) hadden vaker ooit paddo's gebruikt (6%) dan hun leeftijdsgenoten in het reguliere voortgezet onderwijs (1%). Het gebruik in de laatste maand verschilde niet met het regulier onderwijs en was voor beide groepen 0%. Deze vergelijking is alleen gemaakt voor de 12- t/m 15-jarigen omdat de groep 16- t/m 17-jarige scholieren uit het landelijk scholierenonderzoek niet representatief is voor de algemene populatie (een deel van hen is al van school/naar andere opleidingen).

Er zijn geen cijfers bekend over het gebruik van andere psychedelica dan paddo's onder jongeren in de RJZ.

Paddogebruik ooit in het leven onder 12-15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg (peiljaar 2020), vergeleken met leeftijdsgenoten in het regulier voortgezet onderwijs (peiljaar 2019)



De cijfers van het EXPLORE–onderzoek in de residentiële jeugdzorg (RJZ, 2020) en uit het regulier voortgezet onderwijs (2019) zijn afkomstig zijn uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Voor de jongeren in de RJZ is voor de vergelijking alleen gekeken naar jongeren van 12 t/m 15 jaar. Geen van de jongeren had paddo's gebruikt in de afgelopen maand. Bron: EXPLORE, Trimbos–instituut.

NDM

Groepen	Ooit
Residentiële jeugzorg	6

Groepen	Ooit
Regulier voortgezet onderwijs	1

Ervaring met paddogebruik onder jongeren in de RJZ gedaald tussen 2008 en 2020

Paddogebruik daalde onder jongeren in de RJZ tussen 2008 en 2020. Het percentage jongeren dan ooit paddo's had gebruikt daalde van 16% in 2020 naar 8% in 2008 voor de groep 16- en 17-jarigen. Voor de groep 12- t/m 15-jarigen daalde het percentage dat ooit paddo's had gebruikt van 9% naar 6%, maar dit verschil was niet significant.

Het gebruik van paddo's in de laatste maand is voor beide leeftijdsgroepen ongeveer gelijk gebleven tussen 2008 en 2020.

Hoe ziet het psychedelicagebruik in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als 'kansarm', 'probleemjeugd' of 'hangjeugd' [5].

Psychedelicagebruik komt relatief weinig voor in groepen risicojongeren

Het gebruik van psychedelica kwam volgens jongerenwerkers in 11 van de 29 onderzochte groepen (verspreid over regio's Noord, West en Zuid) voor. Dit is relatief weinig vergeleken met het gebruik van andere middelen. In bijna al deze groepen risicojongeren (9 van de 11) gebruikte een enkeling tot minder dan een kwart in de groep. Het is niet bekend om welke psychedelische middelen het gaat.

Psychedelicagebruik nam toe of bleef stabiel in bijna alle groepen risicojongeren

Jongerenwerkers gaven aan dat in de meeste groepen risicojongeren (5 van de 11) het gebruik van psychedelica was toegenomen in het laatste jaar. In vier groepen was het gebruik stabiel gebleven. In twee groepen nam het psychedelicagebruik volgens de jongerenwerkers af.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Jongeren in praktijk- en speciaal onderwijs

Het EXPLORE-onderzoek is een landelijk onderzoek naar het middelengebruik onder jongeren in verschillende kwetsbare groepen. In 2019 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik in het praktijkonderwijs en in cluster 3 en cluster 4 van het voortgezet speciaal onderwijs (vso) onderzocht [2,6]. Het gebruik van psychedelica is in cluster 3 niet onderzocht, maar wel in cluster 4 en het praktijkonderwijs. De gegevens uit cluster 4 en het praktijkonderwijs worden daarnaast vergeleken met het vmbo-b. De gegevens over vmbo-b scholieren komen uit een ander onderzoek. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen deze groepen. Dit geldt ook voor de vergelijkingen met het reguliere onderwijs in de andere EXPLORE onderzoeken.

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (Justitiële Jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [3]. Aan het onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder studenten van het mbo/hbo.

Jongeren in de jeugdzorg

In 2020 werd in EXPLORE het middelengebruik van jongeren in de residentiële jeugdzorg (RJZ) onderzocht [4]. Het middelengebruik werd gemeten met een vragenlijst. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder leerlingen van het regulier voortgezet onderwijs.

Steekproefkenmerken van de landelijke EXPLORE onderzoeken

Groep	Peiljaar	Leeftijd	Totale steekproef
Praktijkonderwijs	2019	12–16 jaar	1118
	2008	12–16 jaar	916
Cluster 4	2019	12–16 jaar	1032
	2008	12–16 jaar	603
Cluster 3	2019	12–16 jaar	266
Jongeren in de justitiële jeugdinrichtingen	2022	14–24 jaar	110
	2009	13–18 jaar	155
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	2020	12–17 jaar	357
	2008	12–17 jaar	531

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen

geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet.

De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [5]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio's in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
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, 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. 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.
5. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.
6. Rombouts M, Visser D, Onrust S, Tuithof M, Scheffers-van Schayk T, Simon J, et al. Preventie en gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen onder jongeren met een licht verstandelijke beperking in het cluster 3-onderwijs: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek 2019. Trimbos-instituut; 2020.

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, de Verenigde Staten, Canada en Australië is het aantal mensen dat psychedelica zoals LSD of paddo's gebruikt relatief laag vergeleken met andere drugs.

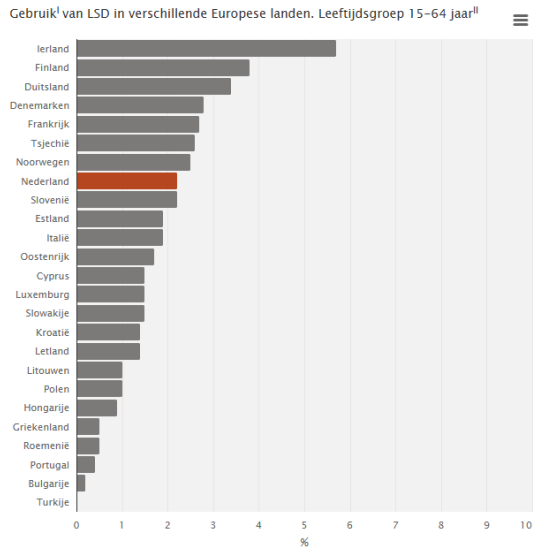
Gegevensbronnen

Het EMCDDA rapporteert gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in een aantal Europese landen [1]. In de Verenigde Staten wordt het bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik uitgevoerd door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [2]. In Canada bestaat er hiervoor de Canadian Alcohol and Drugs Survey (CADS) [3] en in Australië is er het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [4]. De gegevens zijn gebaseerd op vragenlijsten die door de deelnemers zelfstandig zijn ingevuld. De 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.

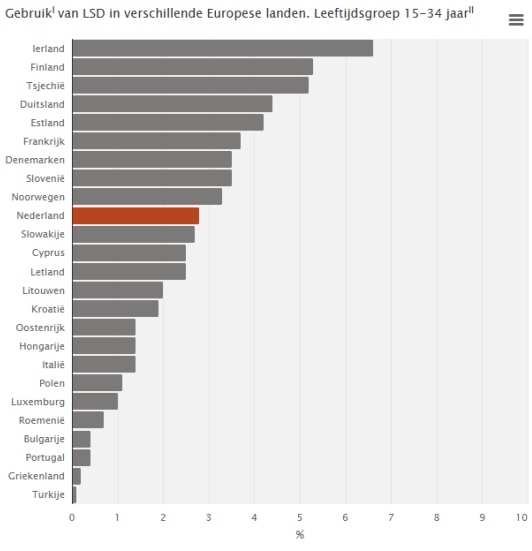
Voor de bevolkingsonderzoeken geldt dat verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven een precieze vergelijking bemoeilijken. Ook kan het zijn dat in landen waar het stigma op drugsgebruik hoog is, respondenten minder geneigd zijn om eerlijk te antwoorden over hun drugsgebruik.

Europa

Het gebruik van psychedelica, zoals LSD en hallucinogene paddenstoelen (paddo's), is in Europa relatief laag vergeleken met andere drugs zoals cannabis en ecstasy [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: Tsjechië, Ierland, Estland, Duitsland, Letland, Finland en Denemarken. Uitzonderingen voor paddo's zijn Tsjechië, Finland, Nederland, Estland, Denemarken, Spanje en Duitsland. Een precieze vergelijking tussen deze landen is echter niet goed mogelijk vanwege verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven (zie Gegevensbronnen).



I. Ooit: ten minste één keer LSD gebruikt ooit in het leven. II. 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 2024, EMCDDA



I. Ooit: ten minste één keer LSD gebruikt ooit in het leven. II. Sommige landen rapporteren een afwijkende leeftijdsgroep. Frankrijk, Duitsland, Griekenland en Hongarije: 18–34 jaar; Denemarken, Estland en Noorwegen: 16–34 jaar. Bron: European Drug Report 2024, EMCDDA

Verenigde Staten, Canada en Australië

- In 2022 had 11,0% van de bevolking van de Verenigde Staten (12 jaar en ouder) ooit in het leven LSD gebruikt, 0,8% gebruikte in het laatste jaar en 0,1% 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.
- 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% in 2019). Mannen (2,3%) en vrouwen (1,5%) gebruiken ongeveer even vaak psychedelica. Het gebruik van psychedelica was in 2019 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].
- 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% en daarna steeg het ooitgebruik verder door naar 12,2% in 2022-2023. 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% en vervolgens naar 2,4%. Deze stijging vond met name plaats onder twintigers [4]. Mogelijk was de stijging in 2019 deels het gevolg van een methodeverandering in het onderzoek: in 2019 zijn extra psychedelische middelen toegevoegd aan de vraagstelling.

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

Land	Jaar	Leeftijd	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Verenigde Staten[I]	2022	18 en ouder	12,0	0,8	0,1
		12 en ouder	11,0	0,8	0,1
Australië[II]	2022-2023	14 en ouder	12,2	2,4	-
Canada[III]	2019	15 en ouder	11,8	1,9	-

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen de landen. 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 2024: 11 Jun 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/event/2024/06/launch-event-european-drug-report-2024_en
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. CADS. Canadian Alcohol and Drugs Survey: Survey data for 2019: Date modified: 2021-12-20 [Internet]. 2021. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-alcohol-drugs-survey.html
4. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2022–2023: Use of illicit drugs: Last updated: 29 Feb 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/national-drug-strategy-household-survey/contents/use-of-illicit-drugs

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: Psychedelicaproblematiek komt bijna niet voor in de verslavingszorg. In 2023 werden er 7 mensen behandeld in de verslavingszorg voor psychedelicaproblematiek. Het aantal psychedelicacliënten in de verslavingszorg schommelde tussen 2018 en 2023, al bleef het aandeel ten opzichte van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg vanwege drugs telkens minder dan 1%. Psychedelica zouden mogelijk effectief kunnen zijn bij de behandeling van verslaving, maar er zijn grotere en methodologisch betere studies nodig.

Hoeveel mensen worden behandeld in de verslavingszorg voor psychedelicaproblematiek?

In 2023 werden er 7 mensen behandeld in de verslavingszorg voor psychedelicaproblematiek

Psychedelicaproblematiek komt bijna niet voor in de verslavingszorg. In 2023 werden volgens het LADIS 7 mensen behandeld in de verslavingszorg voor psychedelicaproblematiek (waarvan 6 voor LSD en 1 voor paddo's) [1]. Het gaat hierbij alleen om mensen bij wie de psychedelicaproblematiek staat geregistreerd als de enige of de belangrijkste reden voor de behandeling. We noemen dit ook wel 'primaire' psychedelicacliënten.

Het aantal cliënten in de verslavingszorg voor psychedelicaproblematiek schommelt sinds 2018 tussen de 2 en 7 cliënten. Niet alle verslavingszorg instellingen leveren gegevens aan het LADIS, het genoemde aantal is dus een onderschatting van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg voor psychedelicaproblematiek. Volgens een ruwe schatting beslaat het LADIS 70% van de cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek [2].

Hoe behandelt de verslavingszorg mensen met psychedelicaproblematiek?

De verslavingszorg is onderdeel van de gezondheidszorg. De verslavingszorg helpt mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere gedragsverslaving. Psychedelica staan niet bekend als verslavend en misbruik of afhankelijkheid van psychedelica wordt weinig gezien binnen de verslavingszorg. Er is dan ook weinig onderzoek gedaan naar de behandeling van verslaving aan psychedelica en het middel is niet opgenomen in de 'Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines' [3].

Psychedelica bij de behandeling van verslaving?

Momenteel wordt onderzocht of psychedelica effectief kunnen zijn bij de behandeling van verslaving. De beschikbare studies zijn nog relatief klein in omvang en hebben diverse methodologische beperkingen. De meeste onderzoeken lijken te wijzen op een positief effect van zowel klassieke als atypische psychedelica – vaak in combinatie met psychotherapie – bij de behandeling van verschillende verslavingen [4–6]. Behandeling met psychedelica kan leiden tot verbeteringen in motivatie, craving, gebruik en/of abstinentie. Ook lijken de verbeteringen vaak langdurig aan te houden (van 3 tot 24 maanden), zelfs na eenmalige of korte behandeling.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het LADIS

De gegevens over het aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor psychedelicaproblematiek zijn afkomstig van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Verslavingszorginstellingen leveren gepseudonimiseerde gegevens over hun cliënten aan het LADIS. Tussen 2015 en 2022 konden er geen nieuwe gegevens worden verzameld in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag geregeld voor het aanleveren van deze gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Vanaf 2023 zijn er weer verschillende rapportages van het LADIS verschenen [1]. Gegevens van voor 2018 worden momenteel niet gerapporteerd, omdat deze oudere gegevens opnieuw zijn opgevraagd bij de instellingen en eventuele verschillen met de oude gegevens nog niet onderzocht zijn.

Beperkingen van het LADIS

Er zijn een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg. (Nog) niet alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het LADIS. De afgelopen jaren zijn er wel steeds meer instellingen bijgekomen. Omdat dit de trends kan beïnvloeden rapporteert het LADIS zowel de trends van alle deelnemende instellingen als uitsluitend van de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd. Mogelijk bereiken de instellingen die nog geen gegevens aanleveren een andere doelgroep dan de instellingen die wel gegevens aanleveren.

Bij sommige van de deelnemende instellingen is er sprake van onderregistratie. Ook leveren niet alle instellingen de gegevens over het type middel even specifiek aan. Zo gebruiken sommige instellingen nog verzamelcategorieën, zoals “opiaten” of “overige middelen”. Gegevens over specifieke middelen kunnen dus ‘verborgen’ zijn in deze verzamelcategorieën. Daarnaast kunnen mensen ook buiten de verslavingszorg hulp krijgen, bijvoorbeeld bij de reguliere GGZ, bij vrijgevestigde psychologen of via anonieme eHealth. Tot slot lijkt er sprake van slechts een beperkte capaciteit in de verslavingszorg, zo is er in de afspraken met verzekeraars sprake van een behandelplafond. Wanneer het behandelplafond voortijdig wordt bereikt kunnen behandelingen niet meer worden gedeclareerd. Ook is er in de verslavingszorg een tekort aan personeel.

Er staan ook nog mensen met een hulpvraag op het gebied van middelenproblematiek op een wachtlijst voor hulp in de verslavingszorg. Hoeveel mensen dit precies zijn is niet bekend. De gemiddelde totale wachttijd (vanaf aanmelding tot start behandeling) voor een behandeling voor de diagnosegroep “Middelgerelateerd en verslaving” was volgens de NZA 15 weken in december 2023 [7].

Bronnen

1. Wisselink DJ, Van der Slink JB, Kerssies JP. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2018 – 2023. 2024. p. 1–85.
2. Vektis.nl. Factsheet GGZ [Internet]. Gepubliceerd op: 30-05-2024. Available from: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024
3. 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. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz; 2018.
4. van der Meer PB, Fuentes JJ, Kaptein AA, Schoones JW, de Waal MM, Goudriaan AE, et al. Therapeutic effect of psilocybin in addiction: A systematic review [Internet]. Vol. 14, Frontiers in Psychiatry. 2023. Available from: https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2023.1134454
5. 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.
6. Sharma R, Batchelor R, Sin J. Psychedelic Treatments for Substance Use Disorder and Substance Misuse: A Mixed Methods Systematic Review [Internet]. Vol. 55, Journal of Psychoactive Drugs. 2023. p. 612–30. Available from: https://api.semanticscholar.org/CorpusID:257623319
7. Zorgautoriteit N. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/

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

Wat is de samenstelling van psychedelica die worden verkocht op de Nederlandse drugsmarkt?

In het kort: Van de klassieke psychedelica wordt er vooral LSD ingeleverd bij het DIMS. Het DIMS analyseert geen natuurlijke producten, zoals paddo's en truffels. In 2023 was 1,4% van de drugsmonsters gekocht als LSD. Bijna 95% van de ingeleverde LSD-monsters bevatte ook echt LSD. De gemiddelde dosering LSD op blotters is de afgelopen vijf jaar gedaald.

Snel naar:

- LSD
- Andere psychedelica

LSD

Eén op de zeventig drugsmonsters ingeleverd op testlocaties is verkocht als LSD

In 2023 werden 262 drugsmonsters ingeleverd die zijn verkocht als LSD. Dit is 1,4% van het totaal aantal drugsmonsters (19.109) dat in 2023 werd ingeleverd bij de testlocaties. Daarmee ligt het aandeel LSD-monsters ongeveer op hetzelfde niveau als in 2022 (1,3%) [1]. Vergeleken met de jaren vóór 2022 lijken er iets minder LSD-monsters te worden ingeleverd. Tussen 2014 en 2021 schommelde het aandeel tussen de 1,7% en 2,4% (met een piek van 3,4% in 2020). Mogelijk komt deze daling doordat aanleveraars inmiddels vaak goed op de hoogte zijn van het feit dat het DIMS maandelijks een beperkt aantal LSD-monsters analyseert (zie: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).

Meer dan negen op de tien LSD-monsters bevatten echt LSD

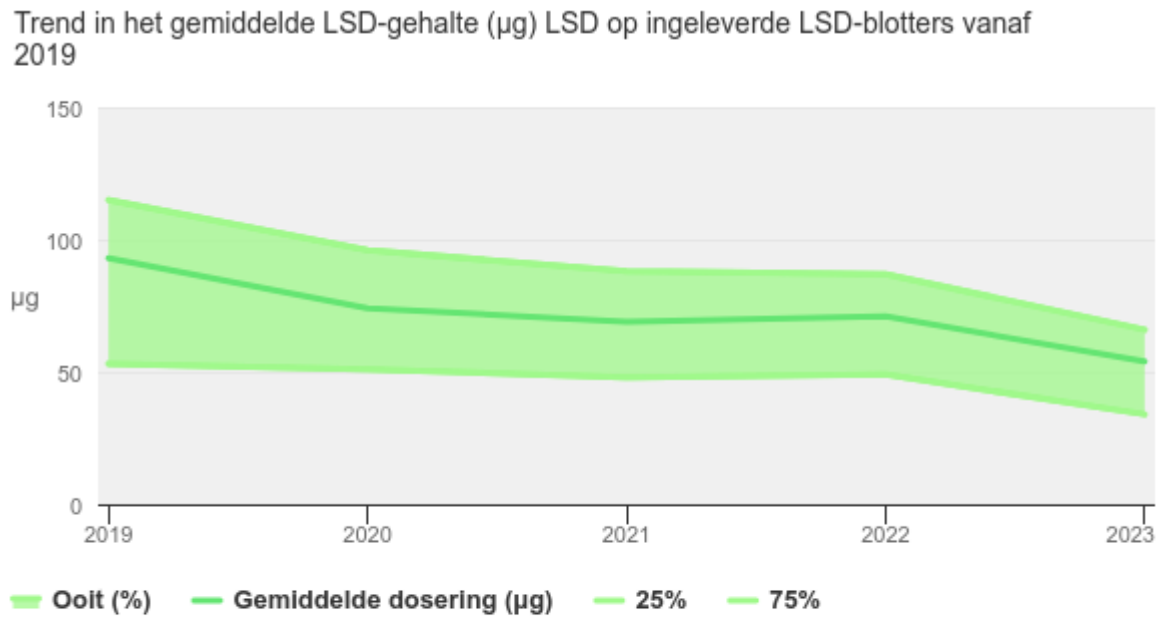
In 2023 bevatte het overgrote deel (93,9%) van de als LSD verkochte drugsmonsters ook echt LSD. Dit percentage ligt al sinds 2018 boven de 90%. Wanneer er helemaal geen LSD wordt aangetroffen, worden er vaak andere hallucinogene stoffen op de blotters aangetroffen die het effect van LSD nabootsen. In het verleden ging het vaak om NBOMe's. Dit zijn potente nieuwe psychoactieve stoffen (NPS) met een grotere kans op gezondheidsrisico's dan LSD. In 2023 kwam dit niet voor. Mogelijk zat er op deze monsters zonder LSD de NPS 1p-LSD. Maar dat weten we niet zeker, omdat deze stof niet kan worden aangetoond in het laboratorium.

Een LSD-blotter in Nederland bevat gemiddeld 54 µg LSD

In 2023 zat er gemiddeld 54 µg LSD op de LSD-blotters die bij testlocaties waren ingeleverd. Opvallend is daarnaast ook de relatief grote spreiding in doseringen. In 2023 bevatte de helft van de LSD-blotters een dosering tussen de 34 µg en 66 µg, een kwart meer en een kwart minder dan het gemiddelde.

LSD-gehalte in LSD-blotters de afgelopen vijf jaar gedaald

In 2023 bevatte een LSD-blotter minder LSD dan in 2022 (71 µg). Ook ten opzichte van 2019 (93 µg) is het LSD-gehalte in blotters ingeleverd op de testlocaties gedaald. De grote spreiding in LSD-gehalte speelde ook al in voorgaande jaren.



Gemiddelde dosering LSD in LSD blotters die ook echt LSD bevatten in microgrammen. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

NDM

	Gemiddelde dosering (µg)	25%	75%
2019	93	53	115
2020	74	51	96
2021	69	48	88
2022	71	49	87

	Gemiddelde dosering (µg)	25%	75%
2023	54	34	66

Geen vervuilingen gevonden in LSD-monsters

In 2023 werden er geen andere stoffen aangetroffen in monsters die ook echt LSD bevatten. In het algemeen komen vervuilingen naast LSD vrijwel nooit voor. De reden hiervoor is dat LSD meestal op blotters wordt verkocht. Op zo'n blotter kan maar een heel kleine hoeveelheid werkzame stof geplaatst worden. Mocht er wel een andere stof voorkomen, dan gaat het meestal om zo'n kleine hoeveelheid dat dit geen reden tot zorg is.

Andere psychedelica

Paddo's en truffels

Het DIMS analyseert geen natuurlijke producten, zoals paddo's en truffels.

Andere klassieke psychedelica dan LSD worden zelden ingeleverd

In 2023 ontvingen de testlocaties van het DIMS ook een aantal andere middelen die onder de klassieke psychedelica vallen. Omdat dit maar erg weinig voorkomt rapporteert het DIMS geen gegevens over de samenstelling van deze middelen. Zo ontvingen de testlocaties 15 monsters die verkocht waren als DMT (21 in 2022). Daarnaast ontvingen de testlocaties ook 3 monsters verkocht als mescaline (2 in 2022) en 1 monster verkocht als ibogaïne (0 in 2022). Het is niet bekend of deze monsters ook daadwerkelijk deze werkzame stoffen bevatten [1].

Nieuwe psychoactieve stoffen met psychedelische werking

Tot slot worden er bij de testlocaties ook andere stoffen met een psychedelische werking ingeleverd, die onder de nieuwe psychoactieve stoffen (NPS) vallen. De meest voorkomende daarvan is 2C-B (1.114 keer ingeleverd, zie NPS: Samenstelling). Maar ook andere stoffen worden wel eens gesignaleerd, waaronder varianten op LSD en DMT. Onderstaande tabel geeft een overzicht van alle NPS psychedelica die in 2023 zijn ingeleverd.

Overige psychedelische NPS aangeleverd bij het DIMS. Peiljaar 2023.

NPS	Frequentie
2C-B	1114
5-MeO-DMT	7
4-HO-MET	6
1P-LSD	5
2C-B-Fly	4
Methallylescaline	3
5-MeO-MiPT	2
1CP-LSD	1
2C-E	1
2C-I	1
4-AcO-DMT	1
4-AcO-MET	1
4-HO-MiPT	1
5-MEO-MiPT	1
AL-LAD	1
ALD-52	1
Ibogaïne	1

Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd [1]. Sommige monsters (pillen) worden direct herkend. Op sommige locaties en bij het DIMS kunnen bepaalde monsters geanalyseerd worden met behulp van een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Monsters met een onbekende samenstelling worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

Voor de meeste klassieke psychedelica zijn de methodes van het DIMS minder bruikbaar. Zo kunnen natuurproducten zoals truffels en paddo's niet geanalyseerd worden op samenstelling. Ook voor LSD zijn de testmogelijkheden beperkt. Voor analyse van LSD is er sprake van een zogeheten LSD quotum. Dat houdt in dat niet alle LSD-monsters worden doorgestuurd naar het laboratorium. Vanwege de lage doseringen is namelijk een aparte, relatief dure analyse nodig. Als alternatief biedt het DIMS een zuurtest aan, de Ehrlich test. Deze test kan bepalen of LSD aanwezig is, maar niet in welke dosering. In 2023 werd het quotum verhoogd van 12 in 2022 naar 20 LSD-monsters per maand. Hierdoor konden in 2023 bijna alle monsters in het laboratorium geanalyseerd worden.

Voorlichting en waarschuwingsfunctie

De testlocaties hebben een belangrijke voorlichtingsfunctie. Consumenten die drugs laten testen krijgen informatie over de effecten en risico's van de ingeleverde drugs. Als er drugs in omloop zijn die een extra risico met zich meebrengen waarschuwt het DIMS landelijk, regionaal of lokaal, of via sociale media.

Meer informatie over het testen van drugs is te vinden op de website van het DIMS.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [2]. Voor psychedelica zijn er echter geen informatie beschikbaar over de drugsmarkt op Europees niveau.

Bronnen

1. Vrolijk R, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2021 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
2. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

18.8.2 Prijs

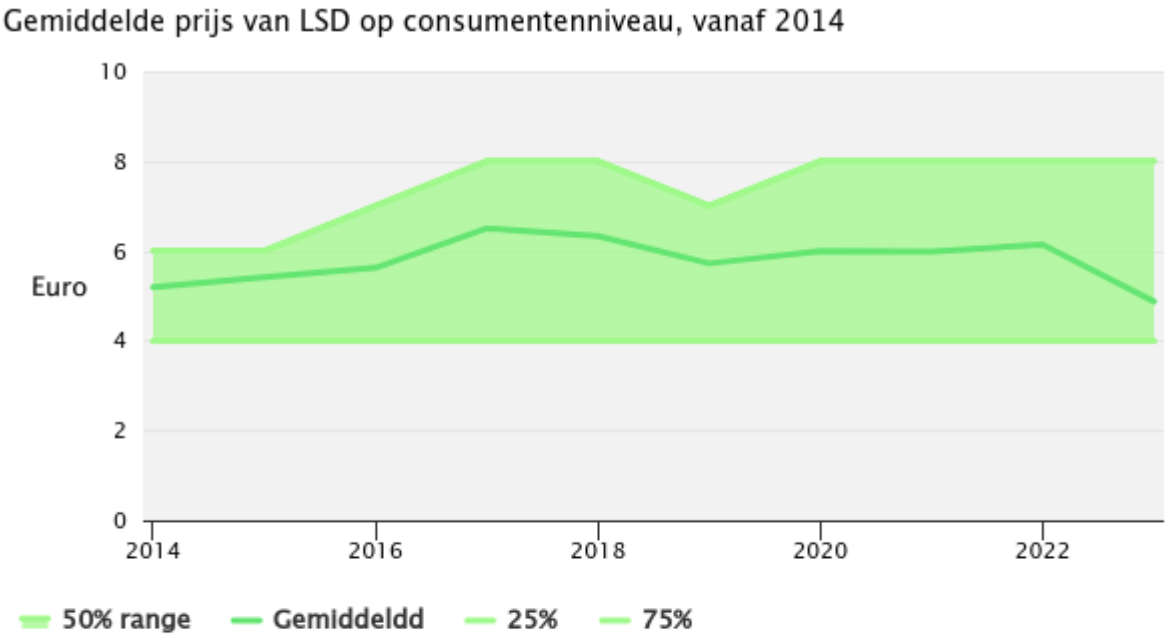
Wat kosten psychedelica die in Nederland verkocht worden?

In het kort: De prijs van een blotter LSD in Nederland was gemiddeld €4,87. in 2023 Dit is iets lager ten opzichte van voorgaande jaren. In Amsterdam lag de prijs van LSD wat hoger.

LSD kost gemiddeld ongeveer 5 euro per blotter

Consumenten die bij de testlocaties hun LSD blotter lieten testen, betaalden in 2023 gemiddeld €4,87 [1]. Dit is een kleine daling ten opzichte van voorgaande jaren. De gemiddeld prijs ligt in 2023 voor het eerst in tien jaar onder de 5 euro.

In Amsterdam kost een LSD-blotter bij de bezorgdiensten tussen de €5,- en €10,- per stuk [2]. Voor tien blotters betaalt men €80,-. LSD is ook in vloeibare vorm verkrijgbaar, een flesje met 100 druppels kost €300,-.



	Gemiddeldd	25%	75%
2014	5,19	4	6
2015	5,41	4	6
2016	5,62	4	7
2017	6,5	4	8
2018	6,33	4	8
2019	5,72	4	7
2020	5,99	4	8
2021	5,98	4	8
2022	6,14	4	8
2023	4,87	4	8

Geen landelijke gegevens beschikbaar over de prijs van andere psychedelica

Er zijn geen landelijke gegevens bekend over de prijzen van truffels, paddo’s of andere psychedelica.

Wel is er informatie beschikbaar over prijzen van verschillende psychedelica in Amsterdam [2]. Paddo’s kunnen bij een paar bezorgdiensten in Amsterdam worden gekocht. Een portie paddo’s of truffels (gedroogd, 2,5 gram) kost dan €33,- tot €40,-. Bij deze diensten kosten drie porties €100,- en vijf porties €140,-. Relatief nieuw op de Amsterdamse drugsmarkt zijn ‘paddodruppels’. Een flesje van 100 druppels kost 150 euro bij een particuliere verkoper. De bezorgdienst verkoopt 5 ml voor €100,-.

Truffels zijn legaal verkrijgbaar in smartshops (lees meer over de wettelijke status van paddo’s en

truffels: Wetgeving rondom psychedelica). In Amsterdamse smartshops worden bijvoorbeeld soorten truffels verkocht zoals Tampanensis, Atlantis, Mexicana en Galindoi. Truffels worden vers per 15-25 gram aangeboden voor €16-25.

DMT wordt aangeboden door 'tripdealers': een halve gram voor €60,- en een hele gram voor €100,-.

Prijzen van psychedelica op consumentenniveau in Amsterdam. Peiljaar 2023.

	Hoeveelheid	Prijsrange (€)
LSD	1 blotter	5-10
	10 blotters	80
	20 blotters	140
	50 blotters	250
	1 flesje (100 druppels)	300
Paddo's	1 portie	33-40
	3 porties	100
	5 porties	140
	Paddodruppels (100 druppels, particuliere verkoop)	150
	Paddodruppels (5ml, bezorgdienst)	100
DMT	0,5 gram	60
	1 gram	100

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

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd [1]. 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 LSD.

Gegevens over de prijs van andere psychedelica dan LSD komen uit Antenne Amsterdam [2]. In dit onderzoek worden gegevens over actuele prijzen van drugs verzameld door interviews met uitgaanders en uit menulijsten van bezorgdiensten.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [3]. Over de prijzen van psychedelica is echter geen informatie op Europees niveau beschikbaar.

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2023: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024.
3. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

Nieuwe psychoactieve stoffen

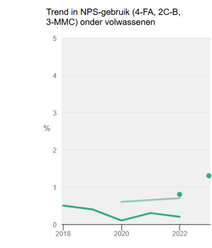
Laatste feiten en trends

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.

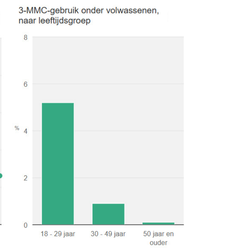
Volwassenen
NPS-gebruik in het laatste jaar
3-MMC (2023) en 2C-B (2022)



Trend in NPS-gebruik (4-FA, 2C-B, 3-MMC) onder volwassenen



3-MMC-gebruik onder volwassenen, naar leeftijdsgroep



Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut, 2023.

Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut (4-FA, 2018-2022; 3-MMC, 2023); LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut (2C-B, 2020-2022; 3-MMC, 2022).

- In 2023 had 1,3% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder in het laatste jaar 3-MMC gebruikt. In 2022 had 0,7% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder in het laatste jaar 2C-B gebruikt, 0,2% gebruikte in het laatste jaar 4-FA, en tussen de 0% en 0,5% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder in het laatste jaar ten minste één van de middelen 4-MMC, synthetische cannabis, MXE of 6-APB. Het gebruik van 3-MMC in het laatste jaar is in 2023 het hoogst onder mannen, 18-29-jarigen en hoogopgeleiden en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden. Voor 2C-B zien we in 2022 een vergelijkbaar patroon.
- Er zijn nog geen vergelijkbare trendgegevens beschikbaar voor 3-MMC-gebruik onder volwassenen. Het gebruik van 2C-B is stabiel tussen 2018 en 2022, maar het gebruik van 4-FA is in diezelfde periode wel gedaald.
- De meerderheid van de laatste-jaar-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 (20,7%).

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs
12-16 jaar
laatste jaar (2023)

0,6% 3-MMC

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

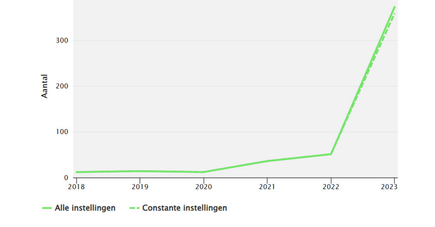
- Het gebruik van NPS wordt onder scholieren nog niet systematisch in kaart gebracht. In 2023 had 1,0% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit 3-MMC gebruikt, 0,6% gebruikte in het laatste jaar 3-MMC. In 2019 gebruikte 1,5% van de 15-16-jarige scholieren ooit enige NPS, 1,1% gebruikte in het laatste jaar enige NPS.
- 3-MMC is de meest gebruikte NPS onder studenten van 16 jaar en ouder van het mbo, hbo en de universiteit. In 2023 gebruikte bijna één op de twintig (4,7%) mbo-studenten 3-MMC in het laatste jaar, gevolgd door 4-MMC, 2C-B en 4-FA. Het 4-FA-gebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2017 en 2023 gedaald en het gebruik van 2C-B schommelde in deze periode. Het gebruik van 3-MMC en 4-MMC onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2021 en 2023 verdubbeld. In 2023 gebruikte ongeveer één op de zeventien (6%) hbo- en universiteitsstudenten in het laatste jaar 3-MMC, gevolgd door 4-MMC en 2C-B.
- 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.
- Er is nog maar weinig bekend over het gebruik van NPS onder groepen kwetsbare jongeren. Er is bijvoorbeeld geen onderzoek gedaan naar NPS gebruik in het voortgezet speciaal onderwijs of de jeugdzorg. Wel lijkt het gebruik van 3-MMC in groepen risicojongeren in verschillende regio's van Nederland regelmatig voor te komen, waarbij er ook signalen zijn van problematisch gebruik en afhankelijkheid.

Internationale vergelijking

- Het gebruik van synthetische cannabinoïden is in Nederland erg laag in vergelijking met andere landen. Voor andere NPS zijn gebruiksCijfers niet structureel 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

Aantal cliënten in de verslavingszorg in Nederland met primaire NPS–problematiek, vanaf 2018

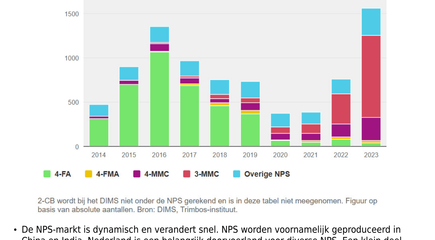


Bron: LADIS, stichting IVZ.

- In 2023 werden 373 mensen behandeld in de verslavingszorg voor een primaire stoornis in het gebruik van een NPS, waarbij het bij het merendeel (330 cliënten) ging om een stoornis in het gebruik van 3-MMC. Ongeveer 1% van alle mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek heeft primaire NPS-problematiek. Het aantal cliënten in behandeling voor NPS-problematiek is in de afgelopen jaren sterk gestegen, vooral vanwege de toename van 3-MMC-problematiek. Cliënten met NPS-problematiek behoren tot de jongste groep in de verslavingszorg. Twee derde van de NPS-cliënten zijn nog niet eerder behandeld in de verslavingszorg. Dit aandeel nieuwkomers is hoog vergeleken met andere middelen.
- 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.

Aanbod en markt

Aantallen actuele NPS ingeleverd bij testlocaties van het DIMS



2-CB wordt bij het DIMS niet onder de NPS gerekend en is in deze tabel niet meegenomen. Figuur op basis van absolute aantallen. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- De NPS-markt is dynamisch en verandert snel. NPS worden voornamelijk geproduceerd in China en India. Nederland is een belangrijk doorvoerland voor diverse NPS. Een klein deel ervan is bedoeld voor de Nederlandse gebruikersmarkt. Sommige (legale) NPS zijn verkrijgbaar via specifieke webshops op het internet.
- 2C-B wordt sinds 2014 steeds vaker bij testlocaties van het DIMS ingeleverd en is sinds 2019 de meest ingeleverde NPS. Daarnaast zijn 3-MMC en 4-MMC de laatste jaren steeds meer in opkomst. Van alle drugsmonsters die in 2023 waren ingeleverd bij de testlocaties, was meer dan één op de twintig verkocht als 2C-B. In 2023 was er een sterke toename van ingeleverde 3-MMC monsters, bijna één op de twintig ingeleverde drugsmonsters was verkocht als 3-MMC. Ook het aandeel 4-MMC monsters steeg. Opvallend is dat er vaak geen 3-MMC of 4-MMC in deze monsters werd aangetroffen, maar andere stoffen.
- Een pil 2C-B kostte in 2023 gemiddeld 4,38 euro. De gemiddelde prijs voor een pil 2C-B is al jaren stabiel. De gemiddelde prijs voor een gram 3-/4-MMC is toegenomen, waarschijnlijk komt dit door het verbod op deze middelen. In Amsterdam kost een gram 3-MMC tussen de €25 en €35.

8.1 Over NPS

Wat zijn 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 beschouwd, 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; situatie april 2024). 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[I], 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.

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) [5].

Er zijn verschillende (interne en externe) motieven te onderscheiden voor het gebruik van NPS [6]. 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 2023 stonden meer dan 950 NPS geregistreerd in het Early Warning System van het EMCDDA, waarvan 26 NPS voor het eerst in 2023 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 2023 werden er in Nederland in

totaal 103 verschillende stoffen gemeld door het Meldpunt Nieuwe Drugs, waarvan 10 voor het eerst [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. Zo is 3-CMC in 2023 toegevoegd aan lijst I van de Opiumwet en zijn in april 2024 ook 2-methyl-AP-237, etazeen, etonitazepyn, protonitazeen, ADB-BUTINACA en α-PHiP toegevoegd aan deze lijst. Daarnaast is 3-MMC in april 2024 verplaatst van lijst II naar lijst I van de Opiumwet, dit vanwege het besluit van de Commissie voor verdovende middelen van de Verenigde Naties (CND) om het middel op Schedule II van het Verdrag inzake psychotrope stoffen te plaatsen.

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

Op 28 januari 2025 heeft de Eerste Kamer een nieuw stofgroepenverbod voor NPS aangenomen. Het verbod gaat per 1 juli 2025 in. Met deze wetgeving worden hele stofgroepen met dezelfde chemische basisstructuur toegevoegd aan een nieuwe lijst IA onder de Opiumwet. 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.

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. 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.
6. 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.
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 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en
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. Meldpunt Nieuwe Drugs (MND): Jaarrapportage 2023. Trimbos-instituut; 2024.
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 NPS-gebruik onder volwassenen

Hoeveel volwassenen gebruiken nieuwe psychoactieve stoffen?

In het kort: In 2023 had 1,3% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder in het laatste jaar 3-MMC gebruikt. In 2022 had 0,7% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder in het laatste jaar 2C-B gebruikt, 0,2% gebruikte in het laatste jaar 4-FA, en tussen de 0% en 0,5% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder in het laatste jaar ten minste één van de middelen 4-MMC, synthetische cannabis, MXE of 6-APB. Het gebruik van 3-MMC in het laatste jaar is in 2023 het hoogst onder mannen, 18-29-jarigen en hoogopgeleiden en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden. Voor 2C-B zien we in 2022 een vergelijkbaar patroon.

Snel naar:

- 3-MMC
- 2C-B
- 4-FA
- Andere NPS

Bijna één op de tachtig volwassenen gebruikte in het laatste jaar 3-MMC

In 2023 had 2,1% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit 3-MMC gebruikt, 1,3% gebruikte in het laatste jaar 3-MMC en 0,5% deed dit in de laatste maand.

3-MMC-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	2,1	300.000	250.000-350.000
Laatste jaar	1,3	180.000	140.000-230.000
Laatste maand	0,5	70.000	40.000-90.000

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer 3-MMC 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.

Minder dan 1% van de volwassenen gebruikte in het laatste jaar 2C-B

In 2022 had 2,1% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit 2C-B gebruikt, 0,7% gebruikte in het laatste jaar 2C-B en 0,1% deed dit in de laatste maand.

2C-B-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	2,1	300.000	260.000-340.000
Laatste jaar	0,7	90.000	70.000-110.000
Laatste maand	0,1	10.000	10.000-20.000

I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer 2C-B 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.

Minder dan 1% van de volwassenen gebruikte in het laatste jaar 4-FA

In 2022 had 1,4% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit 4-FA gebruikt, 0,2% gebruikte in het laatste jaar 4-FA en 0,1% deed dit in de laatste maand.

Vanwege het kleine aantal gebruikers worden de gegevens over het gebruik van 4-FA niet verder uitgesplitst naar demografische subgroepen.

4-FA-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2022.

	(%)	Aantal (afgerond op 10.000)	Aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Ooit	1,4	200.000	160.000-240.000
Laatste jaar	0,2	30.000	10.000-40.000
Laatste maand	0,1	10.000	<10.000-20.000

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.

Minder dan 1% van de volwassenen gebruikte in het laatste jaar 4-MMC, synthetische cannabis, MXE en/of 6-APB

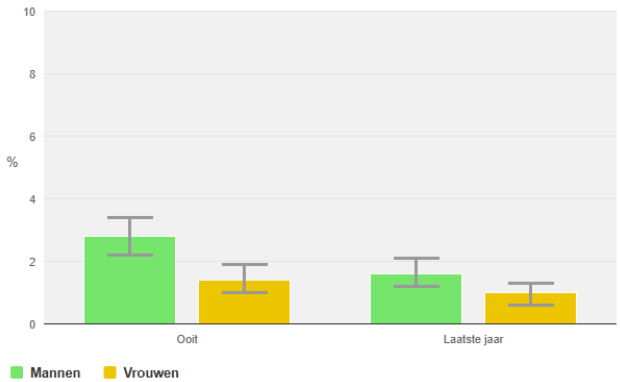
In 2022 had tussen de 0% en 0,5% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder in het laatste jaar één of meerdere van de volgende NPS gebruikt: 4-MMC, synthetische cannabis, MXE, 6-APB.

Vanwege het kleine aantal gebruikers worden de gegevens over het gebruik van deze middelen niet verder uitgesplitst naar demografische subgroepen.

Meer mannen dan vrouwen gebruiken 3-MMC en 2C-B

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar 3-MMC heeft gebruik is in 2023 hoger onder mannen (1,6%) dan onder vrouwen (1,0%). Ook voor 2C-B was in 2022 het percentage volwassenen dat in het laatste jaar dat middel heeft gebruikt hoger onder mannen dan onder vrouwen. Dit geldt ook voor het gebruik van beide middelen ooit in het leven.

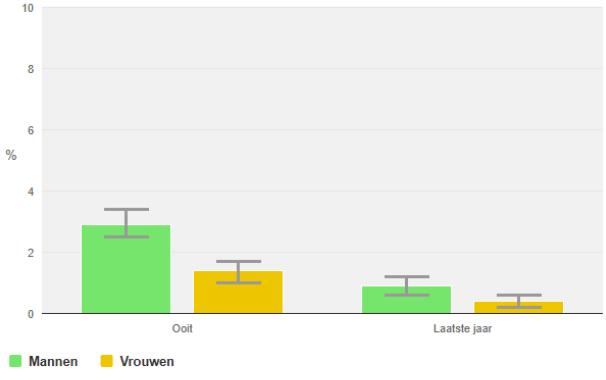
3-MMC-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer 3-MMC gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

2C-B-gebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.



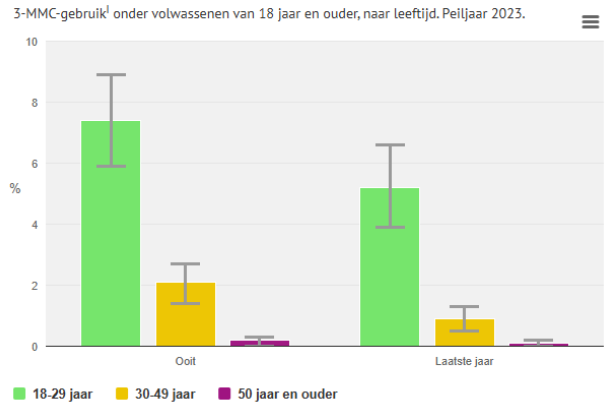
I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer 2C-B gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

Gebruik van 3-MMC en 2C-B komt het meest voor onder jongvolwassenen

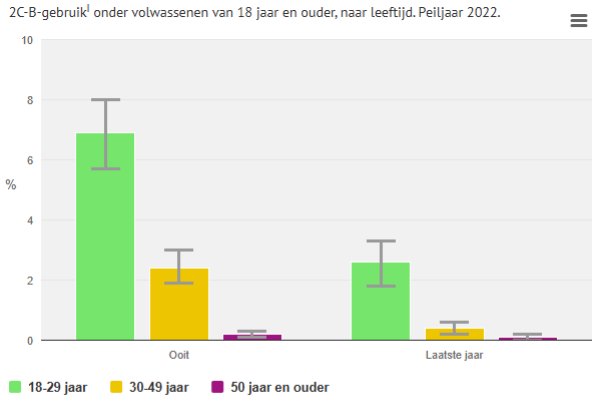
Het gebruik van 3-MMC en 2C-B is het hoogst onder jongvolwassenen, daarna neemt het gebruik af met de leeftijd. Ter illustratie: onder 18-29-jarigen heeft 5,2% in het laatste jaar 3-MMC gebruikt in 2023, tegenover 0,9% van de 30-49-jarigen en 0,1% van de 50-plussers. Dit geldt ook voor het gebruik ooit in het leven.

Voor 2C-B zien we in 2022 een vergelijkbaar patroon.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer 3-MMC gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer 2C-B 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

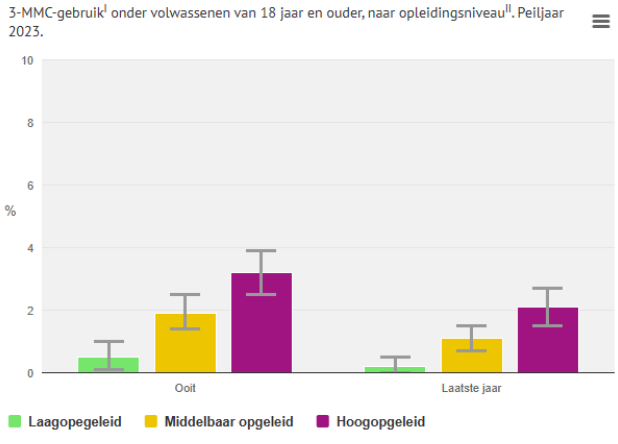
3-MMC-gebruikers zijn gemiddeld 26,0 jaar oud; 2C-B-gebruikers zijn gemiddeld 28,4 jaar

De gemiddelde leeftijd van de volwassenen die in het laatste jaar 3-MMC hebben gebruikt was 26,0 jaar (SD=7,3) in 2023. Voor 2C-B ligt in 2022 de gemiddelde leeftijd van de volwassenen die in het laatste jaar dat middel hebben gebruikt op 28,4 jaar (SD=10,9).

Gebruik van 3-MMC en 2C-B komt het meest voor onder hoogopgeleiden

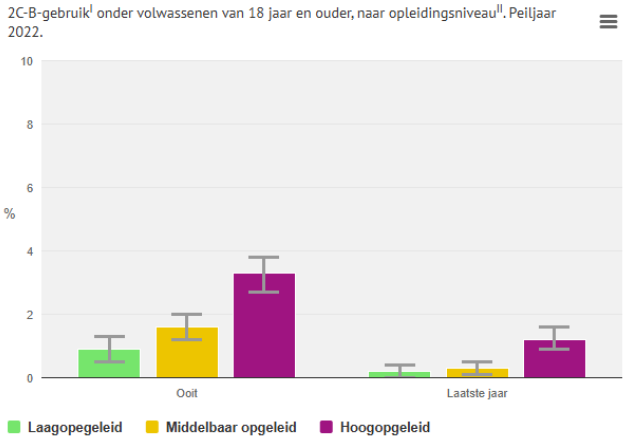
Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar 3-MMC heeft gebruikt is in 2023 het hoogst onder hoogopgeleiden (2,1%) en het laagst onder laagopgeleiden (0,2%). Dit geldt ook voor het gebruik ooit in het leven.

We zien in 2022 voor 2C-B een vergelijkbaar patroon, maar voor het gebruik in het laatste jaar zijn de verschillen tussen laag- en middelbaar opgeleiden niet statistisch significant.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer 3-MMC 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

NDM



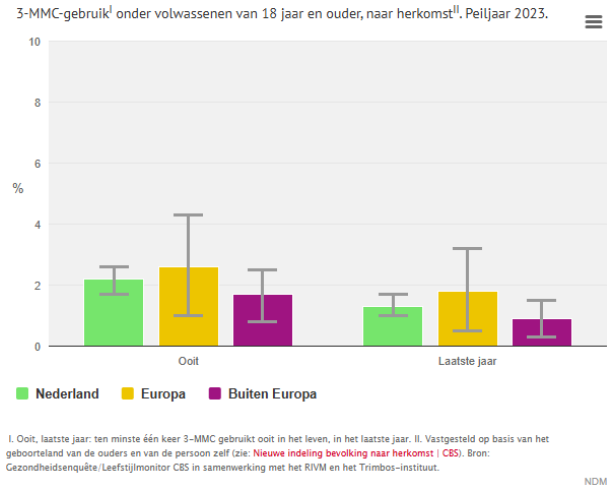
I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer 2C-B gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. II. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2-4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

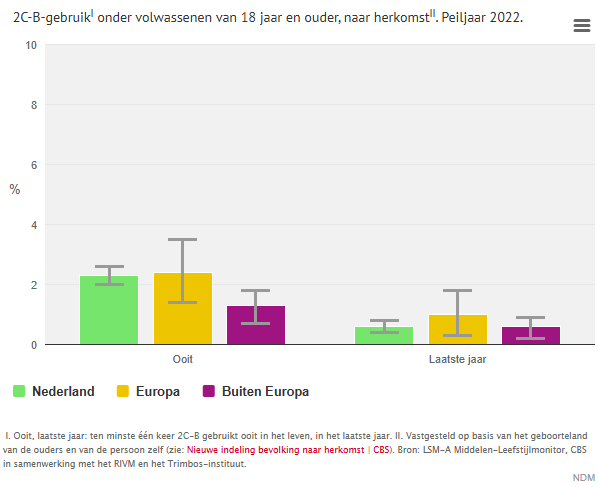
NDM

Er zijn geen verschillen in het gebruik van 3-MMC en 2C-B naar herkomst

In 2023 zijn er geen verschillen in het gebruik van 3-MMC (ooit, laatste jaar) tussen de verschillende herkomstgroepen.

Ook voor het gebruik van 2C-B in het laatste jaar zijn er in 2022 geen verschillen tussen de herkomstgroepen. Alleen het percentage volwassenen met een niet-Europese herkomst dat ooit in het leven 2C-B heeft gebruikt is lager dan onder volwassenen met een Nederlandse of een Europese herkomst.

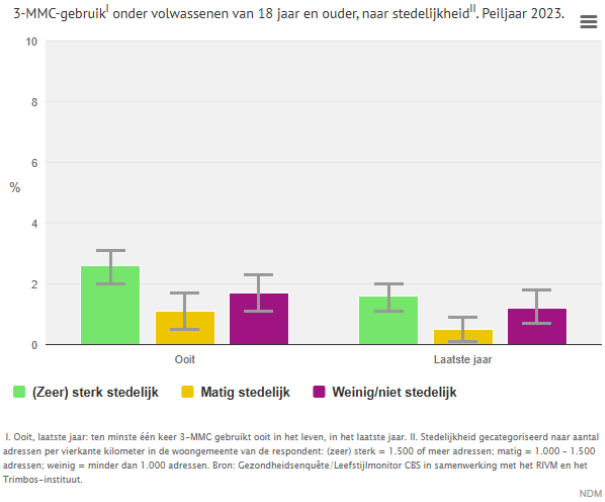


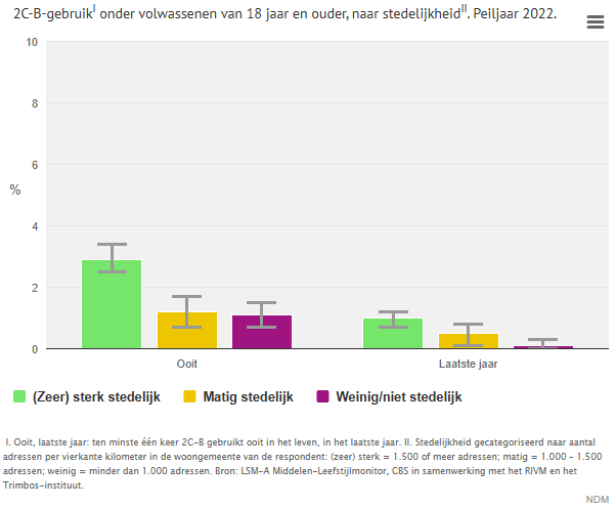


Het gebruik van 3-MMC komt het meest voor in (zeer) sterk stedelijke gebieden

Het percentage volwassenen dat in het laatste jaar 3-MMC heeft gebruikt is in 2023 hoger onder volwassenen (zeer) sterk stedelijke gebieden (1,6%) dan onder volwassenen in matig (0,5%) stedelijke gebieden (1,2%). Maar alleen het verschil tussen volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden en volwassenen in matig stedelijke gebieden is statistisch significant. Voor het gebruik ooit in het leven zien we een vergelijkbaar patroon.

Voor 2C-B zien we in 2022 een iets ander patroon: het percentage volwassenen dat in het laatste jaar 2C-B heeft gebruikt is het hoogst onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden en matig stedelijke gebieden en het laagst onder volwassenen in weinig/niet stedelijke gebieden.

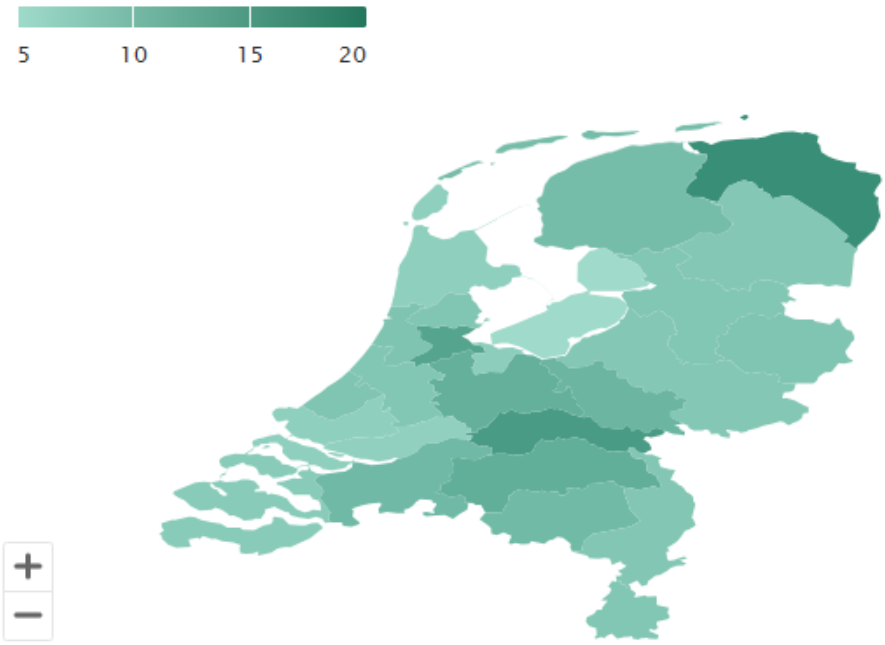




Gebruik van 3-MMC/4-MMC en 2C-B verschilt per regio

Uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die werd gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen zijn in het gebruik van 3-MMC/4-MMC en 2C-B [1]. In 2024 werden de hoogste percentages 3-MMC/4-MMC-gebruik in de laatste 12 maanden gevonden in GGD-regio Groningen (16,5%) en GGD-regio Gelderland-Zuid (14,6%). 3-MMC/4-MMC werd het minst gebruikt in de GGD-regio Flevoland (5,1%) en Dienst Gezondheid & Jeugd ZHZ (6,6%). De hoogste percentages 2C-B-gebruik in de laatste 12 maanden werden gevonden in de GGD-regio Amsterdam (4,5%) en GGD-regio Groningen, Haaglanden en regio Utrecht (elk 2,8%). 2C-B werd het minst gebruikt in de GGD-regio Noord- en Oost-Gelderland (0,8%) en GGD-regio Drenthe (0,9%).

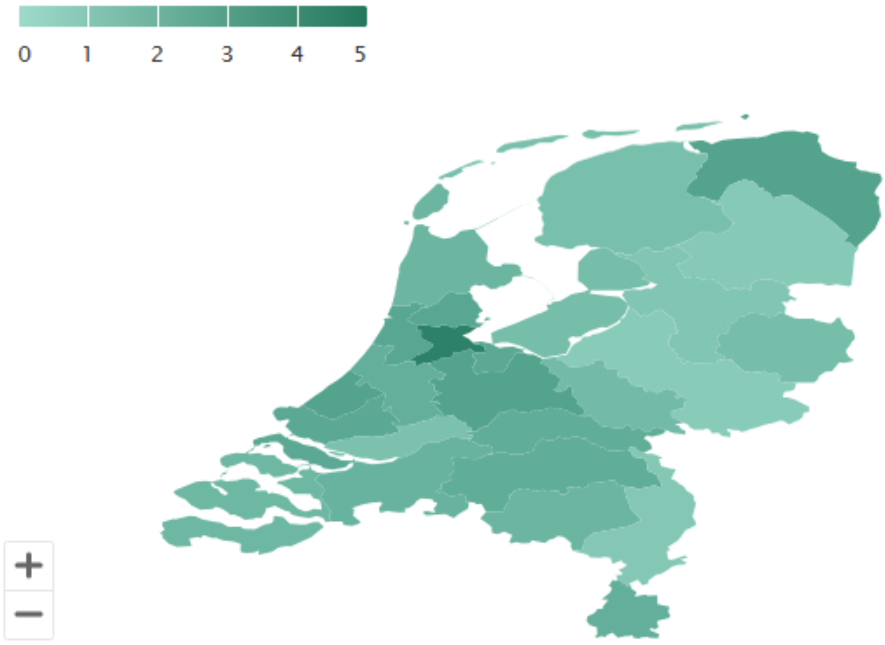
3-MMC/4-MMC-gebruik[I] onder jongvolwassenen van 16 tot en met 25 jaar, per GGD-regio. Peiljaar 2024.



I. Laatste jaar: ten minste één keer 3-MMC/4-MMC gebruikt in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024, GGD'en en RIVM.

NDM

2C-B-gebruik[I] onder jongvolwassenen van 16 tot en met 25 jaar, per GGD-regio. Peiljaar 2024.



I. Laatste jaar: ten minste één keer 2C-B gebruikt in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024, GGD'en en RIVM.

NDM

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van 3-MMC en 2C-B ooit in het leven en in het laatste jaar kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal 3-MMC- en 2C-B-gebruikers in de laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

Vanwege het kleine aantal gebruikers worden de gegevens over het gebruik van 4-FA, 4-MMC, synthetische cannabis, MXE en 6-APB niet verder uitgesplitst naar demografische subgroepen.

Regionale cijfers

Naast de landelijke cijfers uit de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale cijfers beschikbaar over drugsgebruik uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen. De meest recente gegevens komen uit 2024 [1], toen meer dan 135.000 jongvolwassenen tussen de 16 en 25 jaar de vragenlijst invulden. In tegenstelling tot 2022 werd er in 2024 geen steekproef getrokken; de vragenlijst was via een open link beschikbaar en respondenten werden vooral geworven via sociale media. De resultaten zijn gestandaardiseerd naar GGD-regio, leeftijd en gender om representativiteit te verbeteren, maar de wervingsmethode kan mogelijk leiden tot een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een slechtere (mentale) gezondheid. Deze cijfers zijn door verschillen in de vraagstelling en leeftijdsgroep niet direct vergelijkbaar met de cijfers uit de GE of de LSM-A Middelen, maar bieden wel inzicht in regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen.

Het monitoren van nieuwe psychoactieve stoffen is lastig

Vanwege het grote aantal stoffen dat kan worden gecategoriseerd als NPS en de snelheid waarmee ze op de markt verschijnen, is het monitoren van deze stoffen lastig. Ook is het definiëren van NPS erg lastig in vragenlijstonderzoek. Daarom vragen we naar specifieke NPS of NPS-stofgroepen:

- In de Gezondheidsenquête is sinds 2018 gevraagd naar het gebruik van 4-Fluoramfetamine (4-FA, 4-FMP of Flux). In 2023 is in de Gezondheidsenquête voor het eerst gevraagd naar het gebruik van 3-MMC (Poes of 3M), en wordt er niet langer meer gevraagd naar het gebruik van 4-Fluoramfetamine.
- In de LSM-A Middelen is in 2022 het gebruik van de volgende NPS uitgevraagd: 2C-B, 4-MMC (Miauw-Miauw of Mefedron), synthetische cannabis, methoxetamine (MXE) en 6-APB (Benzo Fury of 5-APB).

- In de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen is in 2024 gevraagd naar het gebruik van 3-MMC/4-MMC en 2C-B.

Bronnen

1. GGD’en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024. https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024. 2025.

8.2.2 Veranderingen in NPS-gebruik onder volwassenen

Is het gebruik van NPS onder volwassenen veranderd?

In het kort: Er zijn nog geen vergelijkbare trendgegevens beschikbaar voor 3-MMC-gebruik onder volwassenen. Het gebruik van 2C-B is stabiel tussen 2018 en 2022, maar het gebruik van 4-FA is in diezelfde periode wel gedaald.

Snel naar:

- 3-MMC
- 2C-B
- 4-FA

Nog geen vergelijkbare trendgegevens beschikbaar voor 3-MMC

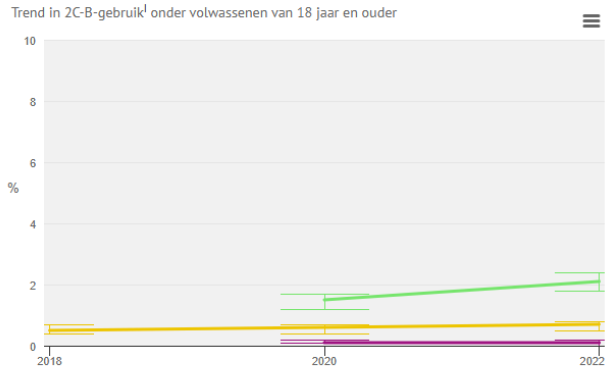
Er zijn in 2023 nog geen vergelijkbare trendgegevens beschikbaar voor het gebruik van 3-MMC onder volwassenen. Dat komt omdat het gebruik van 3-MMC in 2023 voor het eerst is uitgevraagd in de vragenlijst van de Gezondheidsenquête. Daarvoor is het gebruik van 3-MMC één keer eerder uitgevraagd in de vragenlijst van de LSM-Middelen in 2022. In 2022 gebruikte 1,4% van de Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder ooit 3-MMC, 0,8% gebruikte in het laatste jaar 3-MMC en 0,2% deed dit in de laatste maand.

Hoewel de Gezondheidsenquête en de LSM-A Middelen allebei een representatieve groep uit de Nederlandse bevolking vertegenwoordigen, zijn er methodologische verschillen die de resultaten misschien beïnvloeden. De Gezondheidsenquête en de LSM-A Middelen zijn twee afzonderlijke onderzoeken die elkaar aanvullen, maar niet rechtstreeks vergelijkbaar zijn.

Wel zijn er verschillende andere onderzoeksgegevens (uitgaansonderzoek, gezondheidsincidenten, marktgegevens) die wijzen op een toename in het gebruik van 3-MMC, in ieder geval in bepaalde (lokale) groepen in de bevolking.

Het gebruik van 2C-B is stabiel sinds 2018

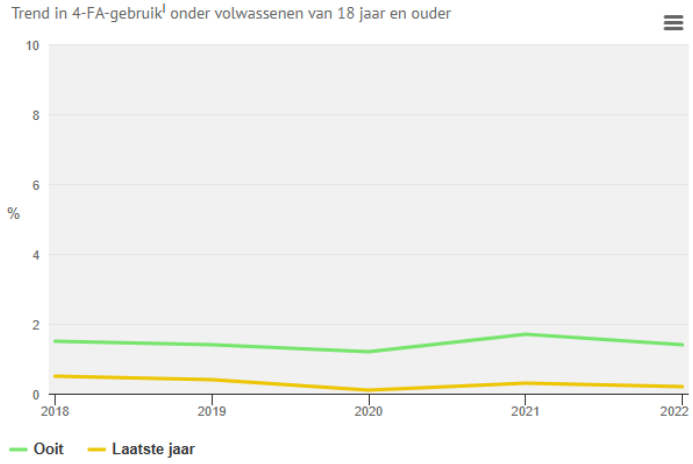
Het gebruik van 2C-B in het laatste jaar is in 2022 niet veranderd vergeleken met de vorige meting in 2020 en de eerste meting in 2018. Vergeleken met 2018 is het gebruik ooit in het leven in 2022 wel hoger. Het gebruik van 2C-B ooit in het leven is in 2018 niet uitgevraagd in de LSM-A, er zijn daarom nog geen trendgegevens beschikbaar voor het gebruik ooit in het leven.



	Ooit	Ooit low	Ooit high	Laatste jaar	Jaar low	Jaar high	Laatste maand	Maand low	Maand high
2018				0,5	0,4	0,7			
2020	1,5	1,2	1,7	0,6	0,4	0,7	0,1	0,1	0,2
2022	2,1	1,8	2,4	0,7	0,5	0,8	0,1		0,2

Het gebruik van 4-FA is sinds 2018 afgenomen

In 2023 is het gebruik van 4-FA niet meer uitgevraagd in de Gezondheidsenquête. Er zijn daarom geen recente trendgegevens meer beschikbaar vanaf dit jaar. Het gebruik van 4-FA (ooit, laatste jaar) was in de vorige meting 2022 niet veranderd vergeleken met de meting daarvoor in 2021. Vergeleken met de eerste meting in 2018 is in 2022 het gebruik ooit in het leven ook niet veranderd, maar het gebruik in het laatste jaar is wel afgenomen.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer 4-FA 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
2018	1,5	0,5
2019	1,4	0,4
2020	1,2	0,1
2021	1,7	0,3
2022	1,4	0,2

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van 3-MMC en 2C-B ooit in het leven en in het laatste jaar kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid. Het aantal 3-MMC- en 2C-B-gebruikers in de laatste maand in de steekproef is te klein om nader uit te splitsen naar deze demografische kenmerken. Voor veranderingen over tijd kijken we alleen naar het gebruik in het laatste jaar.

Vanwege het kleine aantal gebruikers worden de gegevens over het gebruik van 4-FA, 4-MMC, synthetische cannabis, MXE en 6-APB niet verder uitgesplitst naar demografische subgroepen of over tijd.

Het monitoren van nieuwe psychoactieve stoffen is lastig

Vanwege het grote aantal stoffen dat kan worden gecategoriseerd als NPS en de snelheid waarmee ze op de markt verschijnen, is het monitoren van deze stoffen lastig. Ook is het definiëren van NPS erg lastig in vragenlijstonderzoek. Daarom vragen we naar specifieke NPS of NPS-stofgroepen:

- In de Gezondheidsenquête is sinds 2018 gevraagd naar het gebruik van 4-Fluoramfetamine (4-FA, 4-FMP of Flux). In 2023 is in de Gezondheidsenquête voor het eerst gevraagd naar het gebruik van 3-MMC (Poes of 3M), en wordt er niet langer meer gevraagd naar het gebruik van 4-Fluoramfetamine.
- In de LSM-A Middelen is in 2022 het gebruik van de volgende NPS uitgevraagd: 2C-B, 4-MMC (Miauw-Miauw of Mefedron), synthetische cannabis, methoxetamine (MXE) en 6-APB (Benzo Fury of 5-APB).

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).

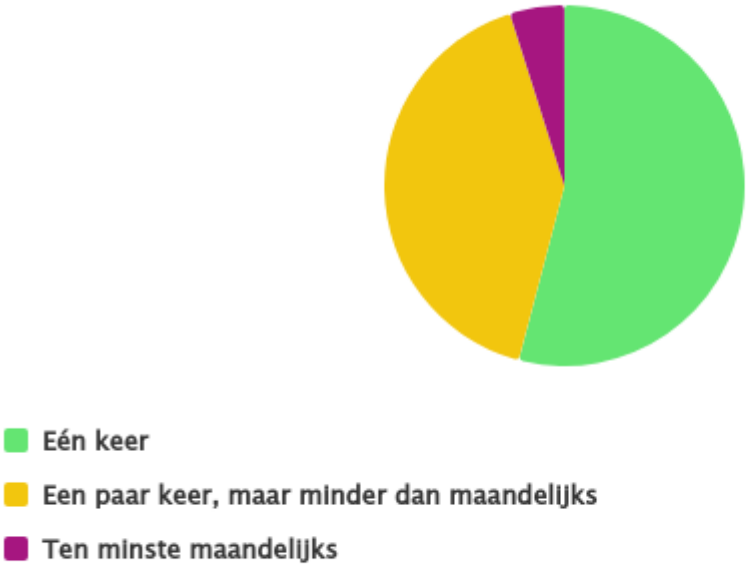
In de Gezondheidsenquête is wat betreft NPS alleen gevraagd naar het gebruik van 4-FA. De meeste andere NPS (o.a. 2C-B, 3-MMC, 4-MMC, synthetische cannabis, methoxetamine, 6-APB) worden in de tweejaarlijkse LSM-A uitgevraagd. NPS is een heterogene groep met stoffen die heel verschillende effecten hebben. 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

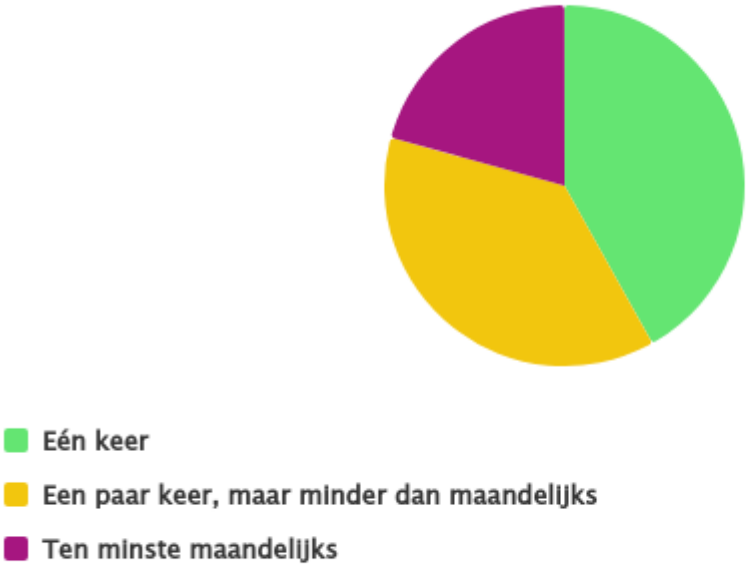


Percentage laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van 2C-B. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2022.

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



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 NPS-gebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

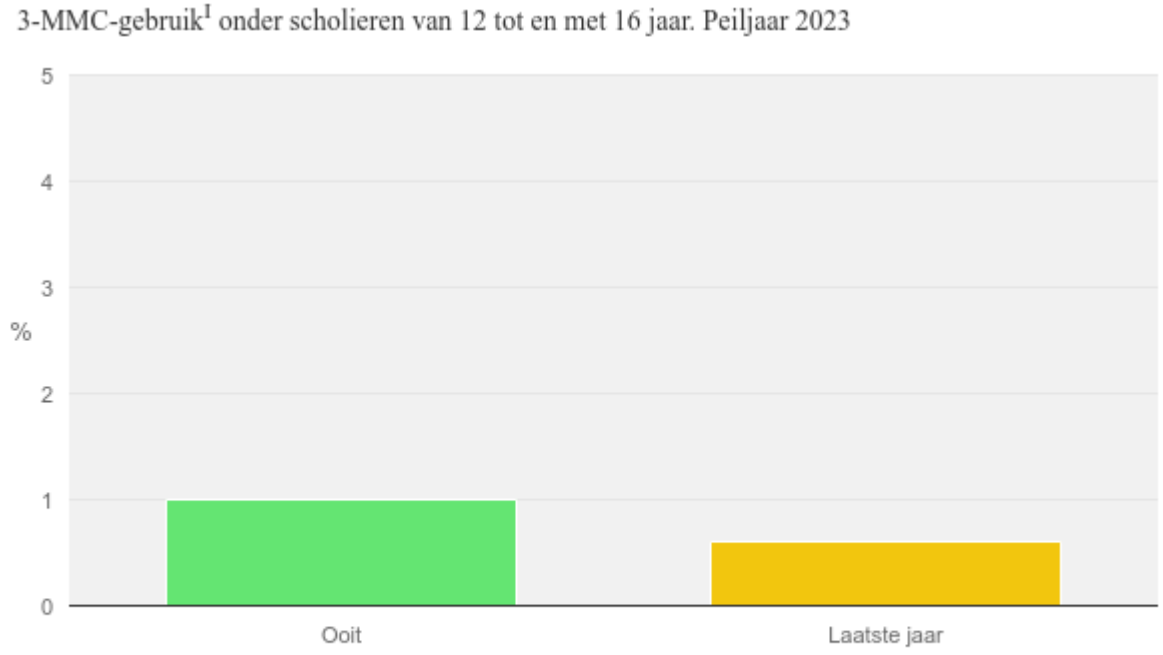
Hoeveel scholieren gebruiken NPS?

In het kort: Het gebruik van NPS wordt onder scholieren nog niet systematisch in kaart gebracht. In 2023 had 1,0% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit 3-MMC gebruikt, 0,6% gebruikte in het laatste jaar 3-MMC. In 2019 gebruikte 1,5% van de 15-16-jarige scholieren ooit enige NPS, 1,1% gebruikte in het laatste jaar enige NPS.

Het gebruik van NPS wordt onder scholieren nog niet systematisch in kaart gebracht. In de Scholierenmonitor 2023 is alléén gevraagd naar het gebruik van 3-MMC. In een wat oudere Europese studie uit 2019 is alléén gevraagd naar het gebruik van ‘enige NPS’

Eén op de honderd scholieren heeft ooit 3-MMC gebruikt

In 2023 had 1,0% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit 3-MMC gebruikt, 0,6% gebruikte in het laatste jaar 3-MMC.



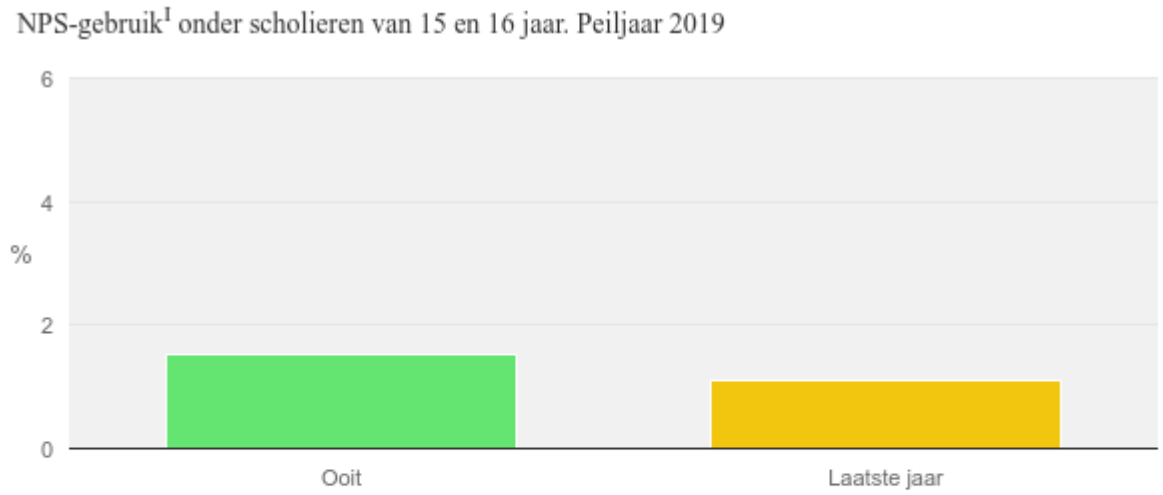
I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer 3–MMC gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Totaal
Ooit	1,0
Laatste jaar	0,6

Ongeveer één op de zeventig scholieren heeft ooit enige NPS gebruikt

Een Europese studie uit 2019 liet zien dat 1,5% van de Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar van het regulier voortgezet onderwijs ooit enige NPS gebruikte, 1,1% gebruikte in het laatste jaar enige NPS. In dit onderzoek de volgende definitie van NPS gebruikt: *“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 kruidenmengsels, drankjes, poeders, pillen of kristallen”*.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer enige NPS gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. NPS is gedefiniëerd als: *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* Bron: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), 2019

NDM

	Totaal
Ooit	1,5
Laatste jaar	1,1

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de

resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Europese cijfers jongeren: ESPAD

ESPAD is een internationale studie naar middelengebruik bij 15-16-jarige scholieren in het regulier onderwijs. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd plaats met het Peilstationsonderzoek scholieren. De meest recente cijfers van de ESPAD komen uit 2019 [2].

Hoe is de ESPAD uitgevoerd?

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. In. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor
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.

8.3.2 Veranderingen in NPS-gebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

Is het NPS-gebruik onder scholieren veranderd?

In het kort: Het percentage scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (15-16 jaar) dat ooit enige NPS heeft gebruikt was in 2019 op hetzelfde niveau als in 2015. Er zijn geen trendgegevens beschikbaar voor het gebruik van specifieke NPS onder scholieren.

Geen trendgegevens beschikbaar voor 3-MMC

In 2023 is het gebruik van 3-MMC voor het eerst uitgevraagd onder 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs. Daarom zijn er nog geen trendgegevens beschikbaar.

Gebruik van enige NPS is gelijk gebleven

Een Europese studie uit 2019 liet zien dat het gebruik van enige NPS ooit in het leven onder 15-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs in 2019 op een vergelijkbaar niveau was als in de vorige meting 2015 (2%). Ook het gebruik van enige NPS in het laatste jaar was in 2019 op hetzelfde niveau gebleven als in 2015 (1%). In dit onderzoek is de volgende definitie van NPS gebruikt: *“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 kruidenmengsels, drankjes, poeders, pillen of kristallen”*.

In 2019 zijn de gegevens voor het eerst afgerond op 1 decimaal om met meer precisie uitspraken te kunnen doen. In 2015 werden de gegevens afgrond op hele getallen. De trendgegevens moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn

uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

In 2023 is het gebruik van 3-MMC voor het eerst uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek, daarom zijn er nog geen trendgegevens beschikbaar.

Europese cijfers jongeren: ESPAD

ESPAD is een internationale studie naar middelengebruik bij 15-16-jarige scholieren in het regulier onderwijs. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd plaats met het Peilstationsonderzoek scholieren. De meest recente cijfers van de ESPAD komen uit 2019 [2].

Hoe is de ESPAD uitgevoerd?

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. In. Nederland neemt sinds 1999 deel aan ESPAD. De dataverzameling in Nederland vindt tegelijkertijd met het Peilstationsonderzoek scholieren plaats.

Methodewijziging 2019

In 2019 zijn de gegevens voor het eerst afgerond op 1 decimaal om met meer precisie uitspraken te kunnen doen. In de jaren daarvoor werden de gegevens afgrond op hele getallen. Trendgegevens moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor
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.

8.3.3 NPS-gebruik onder studenten

Hoeveel studenten gebruiken NPS?

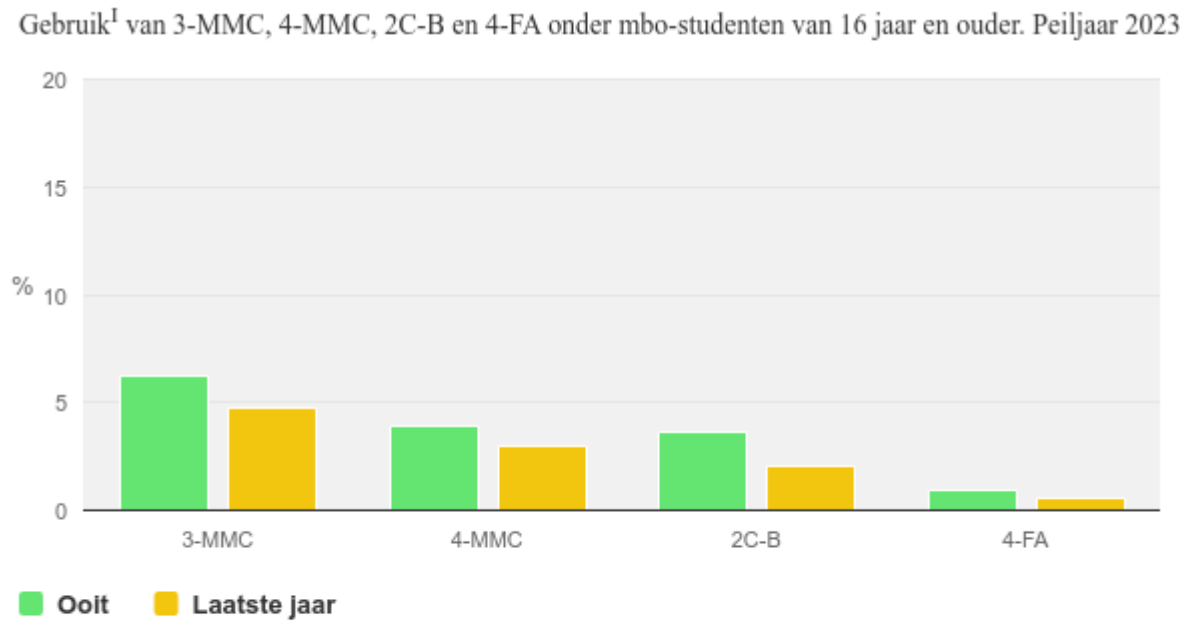
In het kort: 3-MMC is de meest gebruikte NPS onder studenten van 16 jaar en ouder van het mbo, hbo en de universiteit. In 2023 gebruikte bijna één op de twintig (4,7%) mbo-studenten 3-MMC in het laatste jaar, gevolgd door 4-MMC, 2C-B en 4-FA. Het 4-FA-gebruik ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2017 en 2023 gedaald en het gebruik van 2C-B schommelde in deze periode. Het gebruik van 3-MMC en 4-MMC onder 16-18-jarige mbo-studenten is tussen 2021 en 2023 verdubbeld. In 2023 gebruikte ongeveer één op de zeventien (6%) hbo- en universiteitsstudenten in het laatste jaar 3-MMC, gevolgd door 4-MMC en 2C-B.

Snel naar:
Mbo-studenten
Hbo- en universiteitsstudenten

Hoeveel mbo-studenten gebruiken NPS?

3-MMC is de meest gebruikte NPS onder mbo-studenten

In 2023 had ongeveer één op de vijftien (6,2%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit 3-MMC gebruikt en bijna één op de twintig (4,7%) gebruikte 3-MMC in het laatste jaar. Daarna volgen 4-MMC (2,9%), 2C-B (2,0%) en 4-FA (0,5%) [1]. 3-MMC is de derde meest gebruikte harddrug onder mbo-studenten, met hogere percentages dan ketamine of amfetamine.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Mbo-middelenmonitor, 2023

NDM

	Ooit	Laatste jaar
3-MMC	6,2	4,7
4-MMC	3,9	2,9
2C-B	3,6	2,0
4-FA	0,9	0,5

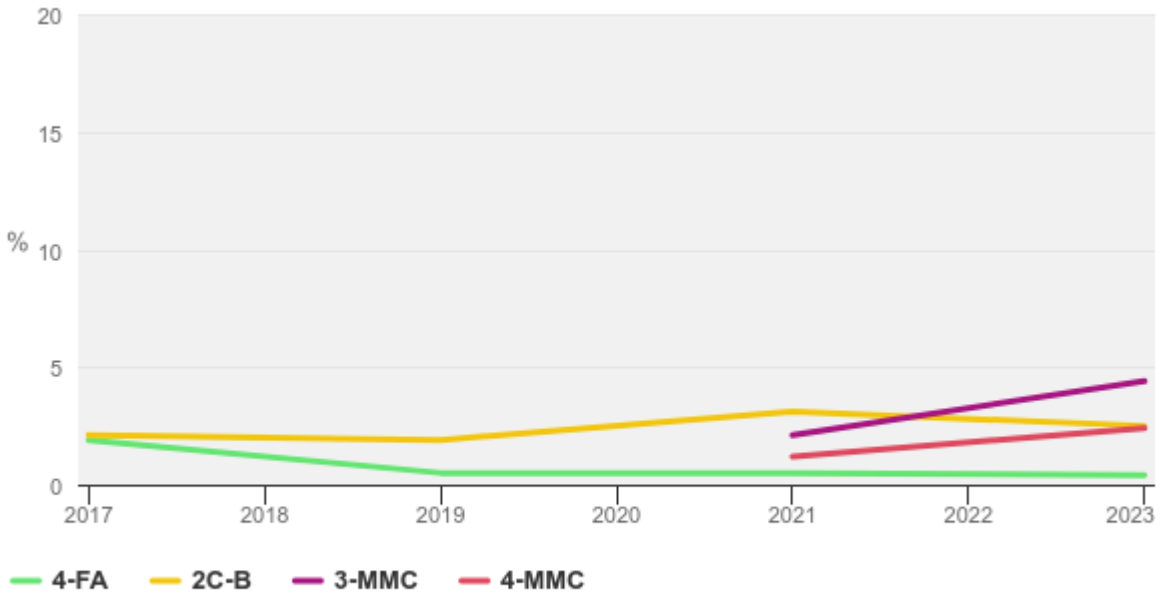
Gebruik van 4-FA nam af sinds 2017 en het gebruik van 2C-B schommelde; gebruik van 3-MMC en 4-MMC verdubbelde tussen 2021 en 2023 onder 16-18-jarige mbo-studenten

Tussen 2017 en 2023 is het gebruik van 4-FA ooit in het leven gedaald van 1,9% naar 0,4%. Het 2C-

B-gebruik schommelde in deze periode rond de 2 à 3%. Sinds de vorige meting in 2021 is in 2023 het gebruik van 3-MMC ooit in het leven onder 16-18-jarige mbo-studenten verdubbeld van 2,1% naar 4,4%. Ook het ooitgebruik van 4-MMC is in deze periode verdubbeld van 1,2% naar 2,4% [1].

Deze trendgegevens zijn berekend voor 16-18-jarigen en wijken daarom af van de hierboven genoemde percentages over alle mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Het gebruik van 2C-B en 4-FA is voor het eerst uitgevraagd in 2017, en het gebruik 3-MMC en 4-MMC is in 2021 voor het eerst uitgevraagd. Daarom zijn er voor deze middelen geen trendgegevens beschikbaar op langere termijn.

Trend in het gebruik[I] van 4-FA, 2C-B, 3-MMC en 4-MMC onder mbo-studenten van 16-18 jaar



I. Ooit: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven. Bron: Mbo–middelenmonitor

NDM

	4-FA	2C-B	3-MMC	4-MMC
2017	1,9	2,1		
2019	0,5	1,9		
2021	0,5	3,1	2,1	1,2
2023	0,4	2,5	4,4	2,4

Regionale gegevens over het gebruik van NPS onder mbo-studenten

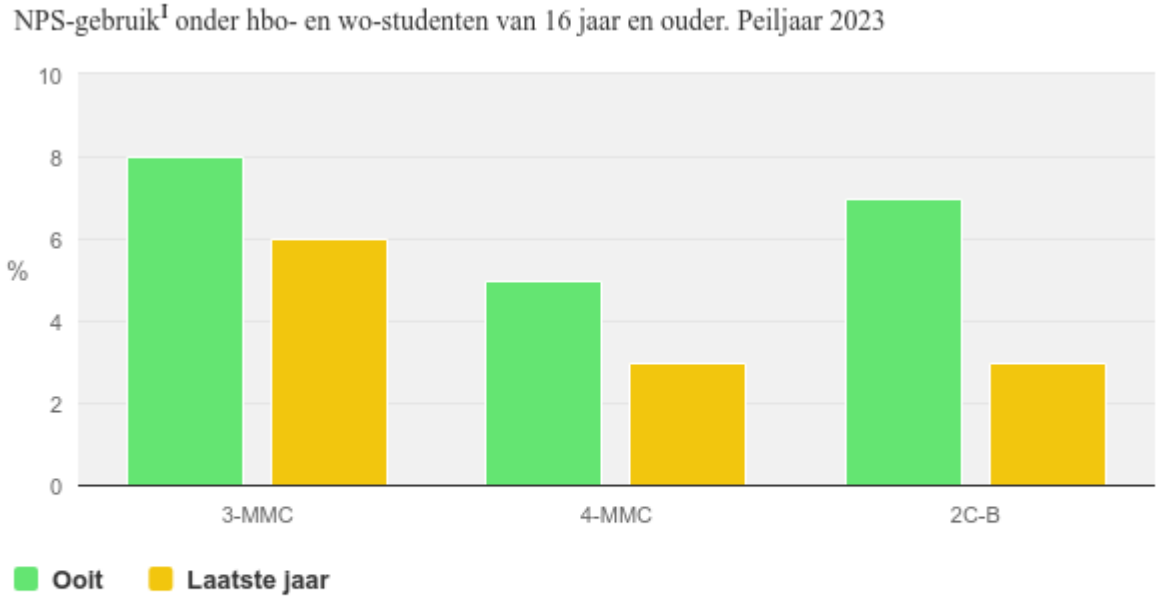
In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 gebruikte 4,2% van de Amsterdamse mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit 2C-B. Daarna volgen 3-/4-MMC (2,1%), 4-FA/-FMP en methoxetamine (allebei 0,6%), 5-/6-APB (0,5%), 2-/3-/4-FMC (0,4%) en methylon (0,3%) [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Hoeveel studenten van het hbo en de universiteit gebruiken NPS?

3-MMC is de meest gebruikte NPS onder studenten van het hbo en de universiteit

In 2023 had ongeveer één op de dertien (8%) studenten van het hbo en de universiteit (wo) van 16 jaar en ouder ooit 3-MMC gebruikt, 5% gebruikte ooit 4-MMC en 7% gebruikte ooit 2C-B. Ongeveer één op de zeventien (6%) gebruikte 3-MMC in het laatste jaar, daarna volgen 4-MMC en 2C-B (allebei 3%) [3].

Vanwege de lage respons (in 2023 6,5% van het totaal aantal studenten van de 24 deelnemende instellingen), geven deze cijfers een indicatie van middelengebruik, maar kunnen ze niet worden gezien als precieze schattingen van het gebruik in de totale studentenpopulatie (zie ook: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).



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

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo-studenten

De Mbo-Middelenmonitor [1] onderzoekt het middelengebruik onder mbo-studenten. In 2023 werd dit onderzoek voor de vijfde keer uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public (nu Verian). Dit jaar werd het onderzoek alleen uitgevoerd onder mbo-studenten, terwijl eerdere metingen (in 2015, 2017, 2019 en 2021) ook hbo-studenten betrokken. In 2023 namen 4.448 mbo-studenten van 16 jaar en ouder deel aan het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 op 64 mbo-locaties. In totaal werden 6.053 studenten willekeurig benaderd door onderzoeksassistenten om een digitale vragenlijst in te vullen.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

Hbo- en universiteitsstudenten

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs [3] onderzoekt de mentale gezondheid en het middelengebruik van studenten van het hbo en de universiteit (wo) om de twee jaar. Dit onderzoek is in 2023 voor de tweede keer uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het RIVM, de GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. In 2023 vulden 32.217 hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder alle vragen over middelengebruik in. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 bij 24 onderwijsinstellingen in heel Nederland. De deelnemende onderwijsinstellingen stuurden een uitnodiging naar studenten van 16

jaar en ouder om de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd ook in het Engels aangeboden voor buitenlandse studenten. Het onderzoek heeft enkele belangrijke beperkingen, zoals een laag responspercentage van 6,5% in 2023 en de onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde groepen studenten. De data zijn wel gewogen om deze representatiever te maken, maar het is mogelijk dat de resultaten nog steeds vertekend zijn en niet volledig representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland.

Vanwege verschillen in methodes van dataverzameling zijn de resultaten van de Mbo-Middelenmonitor, de Antenne Amsterdam en de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs niet direct met elkaar te vergelijken.

Bronnen

1. K. Morren, S. Van Dorsselaer, K. Monshouwer. Factsheet: Middelengebruik onder mbo-studenten 2023. Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. 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.

8.3.4 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

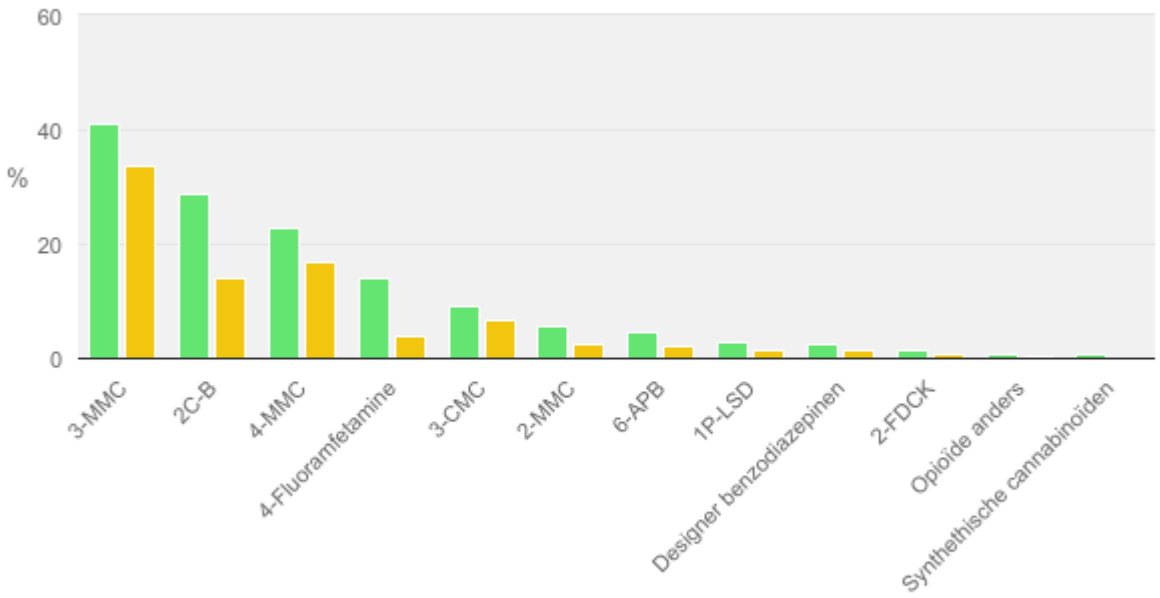
Het Grote Uitgaansonderzoek bracht in 2023 [1] het middelengebruik van uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar in kaart. De representativiteit van de steekproef kan niet precies worden vastgesteld vanwege het ontbreken van een steekproefkader.

- 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

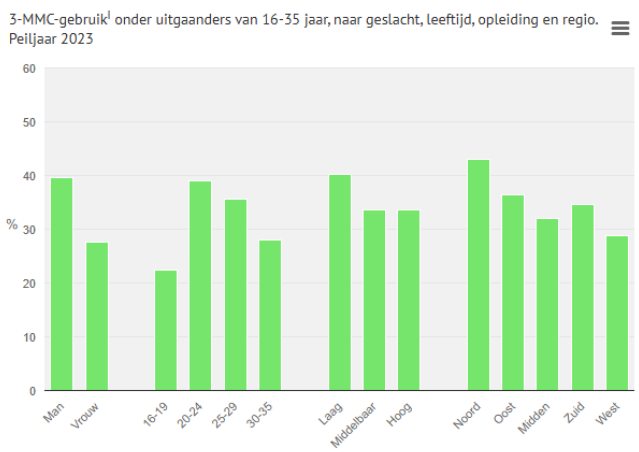


I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

NDM

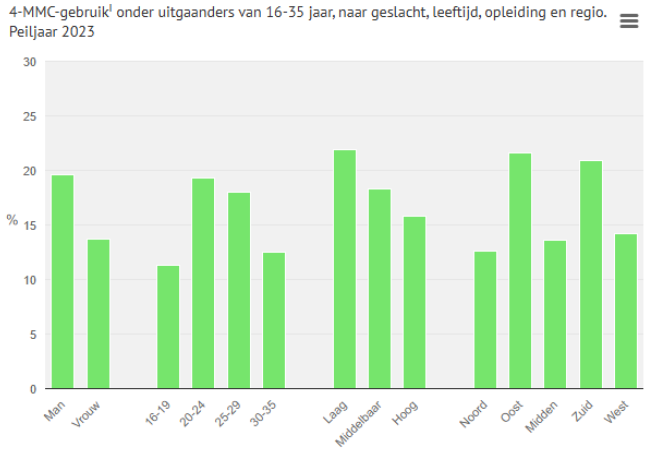
	Ooit	Laatste jaar

	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



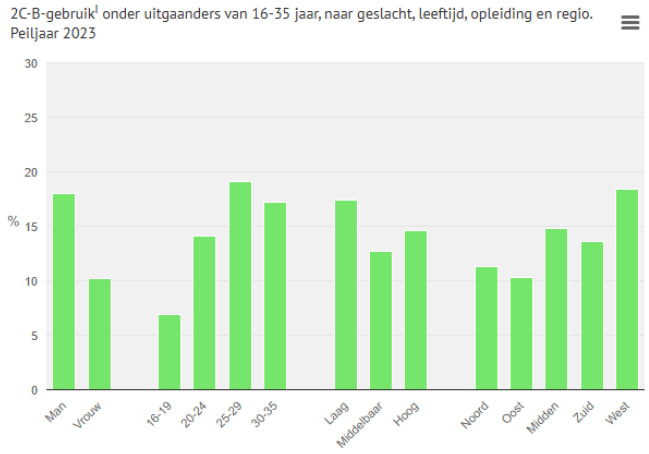
1. Laatste jaar: ten minste één keer gebruikt in het laatste jaar. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2023

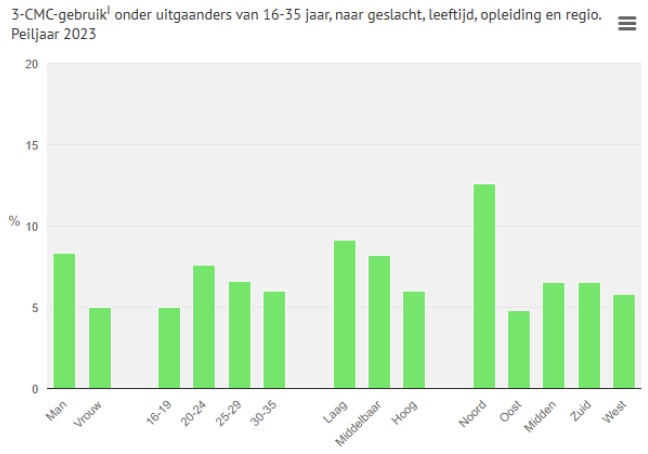
NDM



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

NDM





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.

8.3.5 Kwetsbare groepen jongeren

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen gebruiken NPS?

In het kort: Er is nog maar weinig bekend over het gebruik van NPS onder groepen kwetsbare jongeren. Er is bijvoorbeeld geen onderzoek gedaan naar NPS gebruik in het voortgezet speciaal onderwijs of de jeugdzorg. Wel lijkt het gebruik van 3-MMC in groepen risicojongeren in verschillende regio's van Nederland regelmatig voor te komen, waarbij er ook signalen zijn van problematisch gebruik en afhankelijkheid.

Snel naar:
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Groepen risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen 'kwetsbare groepen jongeren'. Wij gebruiken de term 'kwetsbare groepen jongeren' om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg, in jeugddetentie of in het voorgezet speciaal onderwijs (vso) zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo'n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen gebruiken NPS?

Gebruik van synthetische cannabis komt sporadisch voor onder jongeren in de JJI

Van de jongeren die in de Justitiële Jeugdinrichting (JJI) verblijven (n=110) gaven drie jongeren aan in de afgelopen maand synthetische cannabis te hebben gebruikt [2]. Er is niet gevraagd naar het gebruik ooit in het leven voor dit middel. Ook is er niet gevraagd naar het gebruik van andere NPS.

Hoe ziet het gebruik van NPS in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als ‘kansarme jeugd’, ‘probleemjeugd’ of ‘hangjeugd’ [3].

3-MMC wordt in de helft van de onderzochte groepen risicojongeren gebruikt

In ongeveer de helft van de groepen risicojongeren (16 van de 29) wordt 3-MMC gebruikt. Het aandeel jongeren binnen deze groepen dat 3-MMC gebruikt wisselt sterk. In twee groepen gaat het om een grote meerderheid tot iedereen van de groepsleden. In de overige groepen (14) gaat het om subgroepen die variëren van een enkeling tot maximaal de helft van de jongeren.

Vergeleken met de vorige meting in 2020 [4] zien jongerenwerkers een groter aantal groepen waarbinnen 3-MMC wordt gebruikt, zowel absoluut als relatief gezien. De subgroepen waarbinnen gebruikt zijn wel kleiner.

3-MMC nam in de meeste groepen toe of bleef stabiel in het laatste jaar

Jongerenwerkers zien in 9 van de 16 groepen een toename van 3-MMC-gebruik over het afgelopen jaar. In zes groepen bleef het gebruik stabiel en in één groep nam het gebruik af. Ter vergelijking, tijdens de vorige meting in 2020 werd in bijna alle groepen een toename gesignaleerd [4]. Dit ging wel om grotendeels andere groepen dan in deze meting.

3-MMC verbod leek weinig effect te hebben op gebruik onder risicojongeren

Het verbod op 3-MMC in 2021 lijkt volgens de jongerenwerkers weinig invloed te hebben gehad op de populariteit van het middel. Gebruikers lijken echter niet goed te weten welk middel zij precies gebruiken. Het lijkt hen volgens de jongerenwerkers ook niet veel uit te maken. Andere varianten zoals 2-MMC en 3-CMC worden als alternatief voor 3-MMC aangekocht en gebruikt. Jongerenwerkers gaven wel aan dat sinds het verbod 3-MMC onder verschillende groepen wel het onschuldige imago dat het eerst had wat lijkt te verliezen.

Problematisch gebruik van 3-MMC komt in verschillende groepen risicojongeren voor

Jongerenwerkers geven aan dat in sommige groepen 3-MMC vooral in het weekend wordt gebruikt, maar er zijn (sub)groepen waarbij er doordeweeks of zelfs dagelijks wordt gebruikt “om de dag door te komen”. Bij de meeste jongerenwerkers die zijn doorgevraagd over 3-MMC bestaan er zorgen over het 3-MMC-gebruik. Bij een groot deel van de groepen zien zij bij één of meerdere jongeren problematisch en overmatig gebruik of afhankelijkheid. In sommige groepen weten jongeren echter ook de weg naar de hulpverlening te vinden en hun gebruik aan te pakken.

Jongerenwerkers signaleren nauwelijks gebruik van andere NPS onder groepen risicojongeren

De jongerenwerkers geven aan dat andere NPS dan 3-MMC nauwelijks of niet gebruikt worden in de groepen risicojongeren die aan dit onderzoek meededen. In één groep is gebruik van alpha-pvp (flakka) gezien. Een enkeling heeft hier mee geëxperimenteerd.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het gebruik van NPS is onder kwetsbare jongeren minder onderzocht dan het gebruik van andere middelen, zoals cannabis of ecstasy. Zo zijn er geen gegevens over het gebruik van NPS binnen het praktijkonderwijs, het voortgezet speciaal onderwijs (VSO) of de residentiële jeugdzorg (RJZ).

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het gebruik van synthetische cannabinoïden onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (Justitiële Jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [2]. Aan het onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. 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 gemiddeld iets jonger zijn. In totaal deden 110 jongeren tussen de 14 en 24 jaar mee aan dit onderzoek.

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio’s in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten. Zeven jongeren- en straathoekwerkers die meededen aan dit onderzoek gaven aanvullende informatie over het gebruik van 3-MMC in de jongerengroepen.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al

sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet.

De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [3]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio's in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
2. 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.
3. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.
4. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2020-2021. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 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 [3–5]. Van 4-FA is het is niet duidelijk of het middel verslavend kan zijn, maar het risico lijkt beperkt [6]. Synthetische cannabinoïden kunnen zeer verslavend zijn en ook synthetische opioïden en nieuwe (‘designer’ en niet-geregistreerde) benzodiazepines hebben een verslavingspotentieel. Deze middelen worden in Nederland echter beperkt gebruikt. Hieronder worden de bevindingen voor elk van deze vijf NPS-stofgroepen nader

toegelicht.

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). Vanuit de literatuur blijken gebruikers sterke craving na het gebruik van 3-MMC te kunnen ervaren [7,8]. Ook symptomen van afhankelijkheid en compulsief gebruik zijn in internationale literatuur genoemd [9].
- 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 [10].
- Uit een onderzoek onder uitgaanders in 2023 [5] vond een derde (33,7%) van de laatste-jaar gebruikers van 3-MMC dat hij of zij wel eens te vaak of te veel gebruikte en 35,1% gaf aan met gebruik te willen minderen. Het aandeel gebruikers dat zou willen stoppen was een stuk lager (12,5%). Het gaat hier specifiek om laatste-jaar-gebruikers die nog niet gestopt zijn met het gebruik van 3-MMC. Eén op de twintig laatste-jaar-gebruikers (5,1%) van 3-MMC gebruikte het middel wekelijks, dat percentage is bij geen enkele andere drug hoger.
- De Antenne-monitor Amsterdam van 2019 bevat kwalitatieve gegevens van interviews met jonge drugsgebruikers (zie ook bijlage B9) [11]. 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 2022-2023 blijkt dat 3-MMC onder groepen risicojongeren steeds populairder wordt. Jongerenwerkers zien regelmatig signalen van problematisch gebruik of afhankelijkheid bij sommigen van deze jongeren[12].
- In mei 2021 verscheen de risicobeoordeling 3-MMC van het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) [13]. 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 [13].
- Er zijn aanwijzingen uit de media dat sommige jongeren in de verslavingszorg kampen met problemen met 3-MMC [14,15], 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 [13]. Mogelijk blijft een deel van de problematiek rondom NPS onder de radar (zie ook bijlage B12).
- Bovenstaande gegevens komen vooral uit anekdotische rapporten en risicobeoordelingen van professionals en gebruikers over problematisch gebruik van 3-MMC in Nederland en andere Europese landen.

Fenylethylaminen

- Het is niet duidelijk of 4-FA verslavend kan zijn, maar het risico lijkt beperkt [6]. 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 uitgaanders was het percentage laatste-jaar-gebruikers dat zou willen minderen en het percentage dat zou willen stoppen in 2020 laag voor 4-FA gebruikers vergeleken met gebruikers van de meeste andere drugs [3]. Het gebruik van 4-FA in de algemene bevolking en onder uitgaande jongeren neemt de laatste jaren af en daarmee mogelijk ook het aantal problematische gebruikers.
- Onder uitgaanders was ook het aandeel laatste-jaar-gebruikers van 2C-B dat wilde stoppen (7,9%) of minderen (6,4%) erg laag vergeleken met gebruikers van andere middelen [3].

Synthetische cannabinoïden

- Beperkte gegevens over synthetische cannabinoïden suggereren dat regelmatig gebruik tolerantie en onttrekkingsverschijnselen kan veroorzaken [16]. In vergelijking met cannabis veroorzaken synthetische cannabinoïden vaker ernstige onttrekkingsverschijnselen, zoals craving en misselijkheid, maar ook epileptische aanvallen of hartkloppingen [17].
- 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 [18].
- 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 [19].
- 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 [20].

Synthetische opioïden

- Fentanyl-achtigen kunnen net als de meeste opiaten leiden tot misbruik en afhankelijkheid [21,22]. Abrupt stoppen met fentanyl kan zorgen voor hevige onttrekkingsverschijnselen (maagkrampen, zweten, verhoogde hartslag en verhoogde bloeddruk) [23]. Ook kan bij herhaaldelijk gebruik van fentanyl tolerantie optreden [24].
- 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 [25].
- 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 [26].
- 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 [27]. 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 [28].

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 [29].
- 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 [30,31]. 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 [32].
- 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 [31].

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 [26,33]. Ook de groep van mannen die (chem)seks hebben met mannen (MSM) vertonen een hoger NPS-gebruik dan de algemene bevolking [33]. 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 [34]. Er moet echter worden opgemerkt dat dit onderzoek 6 jaar geleden is uitgevoerd en dat de situatie sindsdien mogelijk is veranderd.

- 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 [9], maar ook een verhoogde kans op seksueel risicogedrag [7]. Het injecteren van drugs verhoogt het risico op afhankelijkheid [35]. 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 [36].
- 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 [37].
- 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 [33].
- Over het algemeen zijn er momenteel maar weinig mensen in Europa in behandeling voor problematisch gebruik van NPS [26]. 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 [26].
- Het roken van synthetische cannabinoïden in gemarginaliseerde groepen, waaronder daklozen en gevangenen, wordt in een aantal Europese landen als een probleem beschouwd [34]. Synthetische cannabinoïden kunnen zeer verslavend zijn en er is vraag naar gespecialiseerde behandelingen [9]. Sommige synthetische cannabinoïden (bijv. Black Mamba, AM-2201 met oleamide) lijken zelfs verslavender te zijn dan het roken van heroïne [38]. 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 [26]. 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 [39,40]. 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 [NO_PRINTED_FORM]. 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 [41]. 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 [42].

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 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. Van der Pol P, Nijkamp L, Nabben T, Van Laar MW. 4 - Fluoramfetamine: gebruikers en gebruik in beeld. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
7. 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
8. 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
9. 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
10. Nijkamp L, Spronk DB, Bilderbeek B. Uitkomsten online verkenning 3-MMC problematiek in Nederlandse gemeenten. Trimbos instituut. 2021.
11. Nabben T, Benschop A. Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2020.
12. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.
13. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs C. Risicobeoordeling 3-Methylmethcathinon (3-MMC [Internet]. 2021. Available from: https://www.rivm.nl/documenten/risicobeoordelingsrapport-3-mmc
14. 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/
15. 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
16. 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
17. Cooper ZD. Adverse Effects of Synthetic Cannabinoids: Management of Acute Toxicity and Withdrawal. Vol. 18, Current Psychiatry Reports. 2016. p. 52.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Cushman P, Dole VP. Detoxification of rehabilitated methadone-maintained patients. Vol. 226, JAMA. 1973. p. 747–752.
24. 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.
25. 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.
26. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2019: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
27. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. CAM Quick Scan rapportage van fentanyl en fentanyl-analoga. Bilthoven: CAM; 2018.
28. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2017: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.
29. 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
30. Van Dongen A, Dijkstra B. Inventarisatie van het gebruik van phenibut door GHBgebruikers. Novadic Kentron; 2018.
31. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. CAM Quick Scan rapportage van phenibut. Bilthoven: CAM; 2018.
32. Jellinek. Wat is phenibut? [Internet]. 2020. Available from: https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/wat-is-phenibut/
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D, Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
37. Knoops L, Van de Poll S, Albers T. Slammen in Nederland: het injecteren van drugs in een seksuele setting. Mainline; 2021.
38. 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
39. 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
40. Levensgevaarlijke drugs via post: gevangenis grijpt in [Internet]. 2021. Available from: https://www.1limburg.nl/nieuws/1424436/levensgevaarlijke-drugs-via-post-gevangenis-grijpt-in
41. 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.
42. 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 gebruikscijfers niet structureel beschikbaar op Europees niveau.

Gegevensbronnen

Het EMCDDA verzamelt gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking in een aantal landen in Europa [1]. Sinds 2011 rapporteert meer dan de helft van de Europese landen nationale schattingen over het gebruik van Nieuwe Pyschoactieve Stoffen (NPS) in de algemene bevolking. De cijfers uit het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) zijn afkomstig uit de survey van het Office for National Statistics (ONS) [2]. In Australië voert het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) het bevolkingsonderzoek uit naar het drugsgebruik [3].

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 per land verschillen, vanwege het ontbreken van een eenduidige definitie voor NPS en mogelijk ook vanwege verschillen in wetgeving tussen landen.

Europa

- In 2023 varieerde het laatste-jaar gebruik van enige NPS (exclusief ketamine en GHB) onder jongvolwassenen (15-34 jaar) naar schatting tussen de 0,1% in Letland en Noorwegen tot 5,1% in Roemenië [1].
- 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 percentage gebruikers dat tenminste één NPS heeft gebruikt. Daarom kan het gebruik van ‘enige NPS’ niet met andere landen worden vergeleken.

Synthetische cathinonen

Synthetische cathinonen zoals 3-MMC en 3-CMC lijken een steeds grotere rol te spelen op de Europese drugsmarkt. In 2022 waren er een aantal zeer grote inbeslagnames van cathinonen. Ongeveer 87% van alle inbeslagnames van NPS waren synthetische cathinonen. Ook waren er in 2022 aanwijzingen dat de productie van synthetische cathinonen in Europa toeneemt [1,4,5].

Er zijn geen gebruikscijfers beschikbaar op Europees niveau.

Synthetische cannabinoïden

In verschillende landen is natuurlijke cannabis aangetroffen die bespoten was met sterke synthetische cannabinoïden [1]. In 2021 rapporteerden ten minste 13 Europese landen, met name Duitsland en Zweden, dergelijke gevallen [5]. Ook in Nederland zijn er in de afgelopen jaren vervuilingen van cannabis met synthetische cannabinoïden vastgesteld. Omdat vervuilde cannabis niet goed te onderscheiden is van natuurlijke cannabis, kan dit bij gebruikers tot grotere gezondheidsrisico's leiden. Daarnaast verschenen er sinds 2022 ook semi-synthetische cannabinoïden op de Europese markt. HHC (hexahydrocannabinol) was de eerste semi-synthetische cannabinoïde die in mei 2022 werd geïdentificeerd. Eind 2023 was aanwezigheid van dit middel in 24 Europese landen geconstateerd. De risico's van het gebruik van HHC zijn nog niet goed onderzocht.

In 2021 is het gebruik van synthetische cannabinoïden bij een klein aantal Europese landen onderzocht. Het laatste-jaar-gebruik hiervan onder 15-34-jarigen varieerde van 0,3% in Spanje tot 0,6% in Italië [6]. In Australië had 0,1% van de bevolking van 14 jaar en ouder tussen 2022 en 2023 synthetische cannabinoïden gebruikt [3]. 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 (nitazenen), waaronder isotonitazeen, protonitazeen en metonitazeen. Deze groep nieuwe opioïden is ontstaan na controlemaatregelen om de beschikbaarheid van fentanylderivaten (waaronder carfentanil) te verminderen. Synthetische opioïden zijn vaak zeer potent en daarmee is het gevaar van een overdosis groot. In 2023 werden er vooral in de Baltische staten een toename in het aantal drugsdoden als gevolg van gebruik van synthetische opioïden geconstateerd. Ook was er in 2023 in Ierland en Frankrijk lokaal sprake van vergiftigingen als gevolg van nitazenen die verkocht waren als heroïne [1,5]. 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') [1,5]. In 2022 verschenen er 23 soorten nieuwe benzodiazepinen op de Europese markt [1]. 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.

Verenigd Koninkrijk en Australië

- Tussen 2022 en 2023 was het laatste-jaar-gebruik van enige NPS (waaronder mefedron, spice, GBL/GHB, salvia, of andere NPS) in Engeland en Wales onder volwassenen (16-59 jaar) 0,4%. Voor jongvolwassenen (16-24 jaar) was het laatste-jaar-gebruik van enige NPS 1,4%. Dat is vergelijkbaar met 2019 [2].
- In Australië was het laatste-jaar-gebruik van enige NPS tussen 2022 en 2023 onder volwassenen (14 jaar en ouder) minder dan 0.1%. Gebruik van synthetische cannabis werd in Australië apart gemeten. Het laatste-jaar-gebruik van synthetische cannabis was 0.1%. Voor beide groepen middelen geldt dat het laatste-jaar-gebruik gedaald is ten opzichte van 2019 [3].

Gebruik van enige NPS in de algemene bevolking van het Verenigd Koninkrijk en Australië in verschillende leeftijdsgroepen.

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Middel(en)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Verenigd Koninkrijk	2022–2023	16–59	Enige NPS	2,7	0,4
		16–24		3,3	1,4
	2019–2020	16–59	Enige NPS	2,3	0,3
		16–24		4,0	1,3
	2018–2019	16–59	Enige NPS	2,5	0,5
		16–24		4,3	1,4
Australië	2022–2023	14 en ouder	Synthetische cannabinoïden	2,6	0,1
			Enige NPS (zonder synthetische cannabinoïden)	0,8	<0,1
	2019	14 en ouder	Synthetische cannabinoïden	2,6	0,2
			Enige NPS (zonder synthetische cannabinoïden)	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.

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2024: 11 Jun 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/event/2024/06/launch-event-european-drug-report-2024_en
2. 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
3. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2022–2023: Use of illicit drugs: Last updated: 29 Feb 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/national-drug-strategy-household-survey/contents/use-of-illicit-drugs
4. EMCDDA. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: Publications Office of the European Union; 2022.
5. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023.
6. EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.

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

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

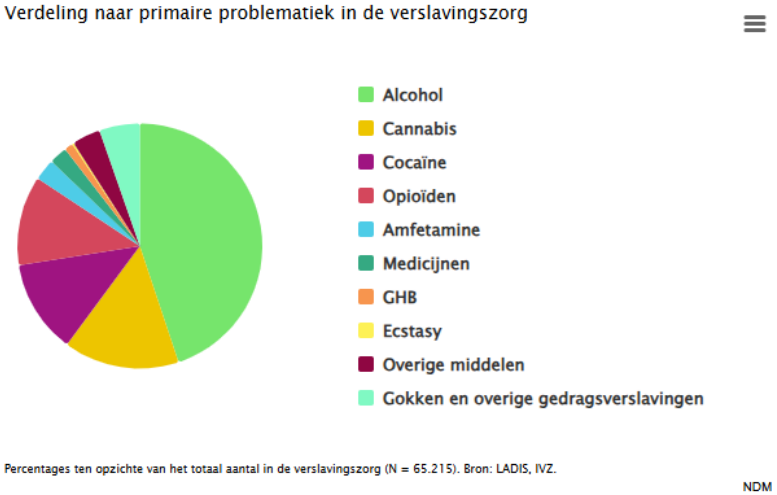
In het kort: In 2023 werden 373 mensen behandeld in de verslavingszorg voor een primaire stoornis in het gebruik van een NPS, waarbij het bij het merendeel (330 cliënten) ging om een stoornis in het gebruik van 3-MMC. Ongeveer 1% van alle mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek heeft primaire NPS-problematiek. Het aantal cliënten in behandeling voor NPS-problematiek is in de afgelopen jaren sterk gestegen, vooral vanwege de toename van 3-MMC-problematiek. Cliënten met NPS-problematiek behoren tot de jongste groep in de verslavingszorg. Twee derde van de NPS-cliënten zijn nog niet eerder behandeld in de verslavingszorg. Dit aandeel nieuwkomers is hoog vergeleken met andere middelen.

Hoeveel mensen worden behandeld in de verslavingszorg voor NPS-problematiek?

In 2023 werden 373 mensen behandeld in de verslavingszorg voor NPS-problematiek

In 2023 werden volgens het LADIS 373 mensen behandeld in de verslavingszorg voor NPS-problematiek [1]. Dat is 1% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Het gaat hierbij alleen om mensen bij wie de NPS-problematiek staat geregistreerd als de enige of de belangrijkste reden voor de behandeling. We noemen dit ook wel ‘primaire’ NPS-cliënten.

NPS vallen in de gegevens van het LADIS onder de restcategorie “overige middelen”. De registratie van de specifieke middelen in deze categorie wordt nog niet bij alle instellingen even goed uitgevoerd. Zo werden er voor 369 cliënten het primaire middel geregistreerd als “overige drugs”, mogelijk zaten hier ook cliënten met NPS-problematiek tussen. Daarnaast leveren niet alle verslavingszorg instellingen gegevens aan het LADIS, het genoemde aantal is dus een onderschatting van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg voor cocaïneproblematiek. Volgens een ruwe schatting beslaat het LADIS 70% van de cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek [2].



3-MMC meest voorkomende NPS in de verslavingszorg

3-MMC is het middel dat onder cliënten in de verslavingszorg voor NPS-problematiek het meeste

voorkomt. In 2023 stonden in totaal 330 cliënten geregistreerd met een primaire stoornis in het gebruik van 3-MMC, dat is 89% van het totaal aantal cliënten in behandeling voor NPS-problematiek. Andere NPS die in 2023 voorkwamen waren 4-MMC (5%), ongespecificeerde arylcyclohexylaminen (ketamine-achtigen, 5%) en enkele gevallen van 2-MMC en Flakka.

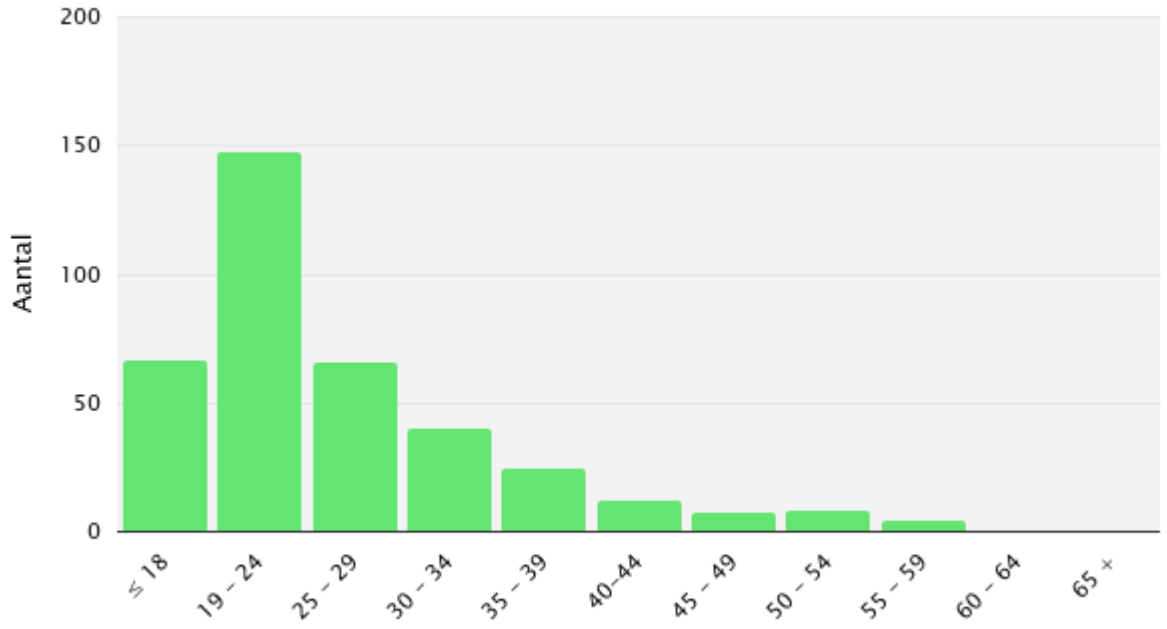
Meer mannen dan vrouwen met NPS-problematiek

In 2023 was het grootste deel van de cliënten in behandeling in de verslavingszorg voor NPS-problematiek man (74%), een kwart was vrouw (26%).

Cliënten met NPS-problematiek zijn relatief jong

In 2023 was de gemiddelde leeftijd van de cliënten in behandeling voor NPS-problematiek 26 jaar. Dit is nog jonger dan bij cannabis (31 jaar) of ecstasy (28 jaar), en vergelijkbaar met ketamine (27 jaar). Veruit de meeste cliënten met primaire NPS-problematiek vielen in de leeftijdscategorie 19-24 jaar (39%).

Leeftijdsverdeling van de primaire NPS–cliënten in de verslavingszorg. Peiljaar 2023.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Leeftijd	Aantal	Percentages
≤ 18	66	17,7
19 - 24	147	39,4

Leeftijd	Aantal	Percentages
25 - 29	65	17,4
30 - 34	40	10,7
35 - 39	24	6,4
40-44	12	3,2
45 - 49	7	1,9
50 - 54	8	2,1
55 - 59	4	1,1
60 - 64		
65 +		

Twee derde van de NPS-cliënten zijn nog niet eerder behandeld in de verslavingszorg

In 2023 was een derde van de primaire NPS-cliënten (31%) al eens eerder in behandeling in de verslavingszorg, twee derde (69%) was een nieuwkomer. Vergeleken met andere middelen is het aandeel nieuwkomers hoog onder NPS-cliënten. Voor alle andere middelen is het aandeel cliënten dat al eens eerder behandeld werd hoger dan het aandeel nieuwkomers.

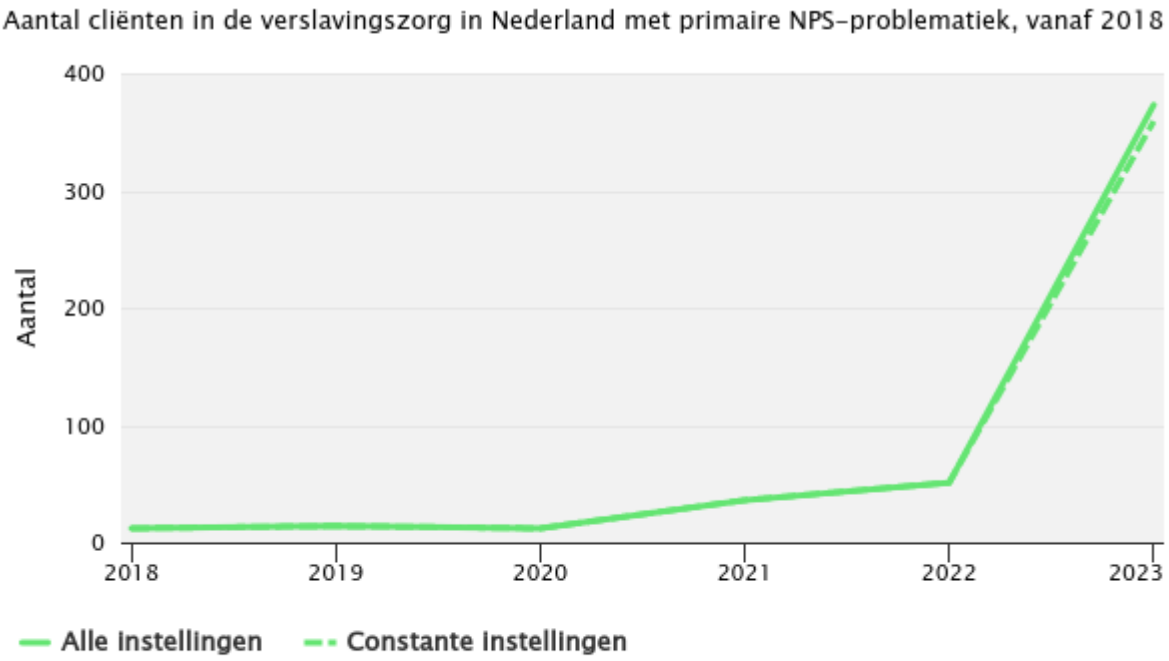
Is het aantal mensen dat wordt behandeld in de verslavingszorg voor NPS-problematiek veranderd?

Het aantal NPS-cliënten nam sterk toe tussen 2022 en 2023, vooral vanwege 3-MMC-problematiek

Tussen 2018 en 2023 is het aantal cliënten in behandeling voor primaire NPS-problematiek hard gestegen, van 12 naar 373 cliënten. Deze stijging deed zich voornamelijk voor tussen 2022 en 2023, waarbij het aantal cliënten toe nam van 51 naar 373. In de loop van de jaren zijn er steeds meer instellingen bijgekomen die gegevens aanleveren aan het LADIS. Ook als we alleen kijken naar de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd (de constante instellingen), dan stijgt het aantal primaire NPS-cliënten tussen 2018 en 2023 van 12 naar 359. Tussen 2018 en 2023 is de bevolking van Nederland gegroeid. Om hier rekening mee te houden is ook gekeken naar het aantal cliënten per 100.000 inwoners. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder nam het aantal primaire NPS-cliënten toe tussen 2018 (0,08) en 2023 (2,5).

De stijging in het aantal NPS-cliënten is voornamelijk te wijten aan de toename van 3-MMC-problematiek. In 2018 waren er in de verslavingszorg nog geen cliënten in behandeling vanwege 3-MMC. Tussen 2022 en 2023 is dit aantal vertienvoudigd.

Mogelijk komt deze stijgende trend deels door een verbetering in het registreren van deze specifieke middelen bij de instellingen. Maar de stijging hangt ook samen met aanwijzingen uit andere onderzoeken voor een sterke toename in het gebruik van 3-MMC (uitgaansonderzoek, gezondheidsincidenten, marktgegevens).



Jaartal	Alle instellingen	Constante instellingen
2018	12	12
2019	14	14
2020	12	12
2021	36	36
2022	51	51
2023	373	359

Hoe behandelt de verslavingszorg mensen met NPS-problematiek?

De verslavingszorg is onderdeel van de gezondheidszorg. De verslavingszorg helpt mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere gedragsverslaving. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de behandeling van stoornissen in het gebruik van NPS. Om de behandeling van NPS in de klinische praktijk te verbeteren, bijvoorbeeld bij acute intoxicatie en afhankelijkheid, werd in 2015 in het Verenigd Koninkrijk de leidraad NEPTUNE (Novel Psychoactive Treatment: UK Network) ontwikkelt. De leidraad is bedoeld voor behandelaars die werkzaam zijn in diverse zorginstellingen, zoals de verslavingszorg, spoedeisende hulp, seksuele gezondheidszorg, eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) [3]. De klinische behandeling van NPS-problematiek, inclusief afhankelijkheid, ontwenning en acute toxiciteit, lijkt over het algemeen vergelijkbaar met die voor de andere stofgroepen van meer gevestigde (illegale) drugs,(met uitzondering van synthetische cannabinoïden [4].

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het LADIS

De gegevens over het aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor NPS-problematiek

zijn afkomstig van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Verslavingszorginstellingen leveren gepseudonimiseerde gegevens over hun cliënten aan het LADIS. Tussen 2015 en 2022 konden er geen nieuwe gegevens worden verzameld in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag geregeld voor het aanleveren van deze gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Vanaf 2023 zijn er weer verschillende rapportages van het LADIS verschenen [1]. Gegevens van voor 2018 worden momenteel niet gerapporteerd, omdat deze oudere gegevens opnieuw zijn opgevraagd bij de instellingen en eventuele verschillen met de oude gegevens nog niet onderzocht zijn.

Gegevens over het aantal cliënten in behandeling kunnen informatie geven over (trends in) de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn voor trends in problematisch gebruik. Echter zoekt maar een deel van de probleemgebruikers hulp bij de verslavingszorg. Onderzoek laat zien dat mensen die professionele hulp zoeken vaak ernstigere problemen hebben dan mensen die dit (nog) niet doen. Ook hebben ze vaker last van andere bijkomende psychische problemen [5].

Beperkingen van het LADIS

Er zijn een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg. (Nog) niet alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het LADIS. De afgelopen jaren zijn er wel steeds meer instellingen bijgekomen. Omdat dit de trends kan beïnvloeden rapporteert het LADIS zowel de trends van alle deelnemende instellingen als uitsluitend van de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd. Mogelijk bereiken de instellingen die nog geen gegevens aanleveren een andere doelgroep dan de instellingen die wel gegevens aanleveren.

Bij sommige van de deelnemende instellingen is er sprake van onderregistratie. Ook leveren niet alle instellingen de gegevens over het type middel even specifiek aan. Zo gebruiken sommige instellingen nog verzamelcategorieën, zoals “opiaten” of “overige middelen”. Gegevens over specifieke middelen kunnen dus ‘verborgen’ zijn in deze verzamelcategorieën. Daarnaast kunnen mensen ook buiten de verslavingszorg hulp krijgen, bijvoorbeeld bij de reguliere GGZ, in de huisartsenpraktijk, bij vrijgevestigde psychologen of via anonieme eHealth. Tot slot lijkt er sprake van slechts een beperkte capaciteit in de verslavingszorg, zo is er in de afspraken met verzekeraars sprake van een behandelplafond. Wanneer het behandelplafond voortijdig wordt bereikt kunnen behandelingen niet meer worden gedeclareerd. Ook is er in de verslavingszorg een tekort aan personeel.

Er staan ook nog mensen met een hulpvraag op het gebied van middelenproblematiek op een wachtlijst voor hulp in de verslavingszorg. Hoeveel mensen dit precies zijn is niet bekend. De gemiddelde totale wachttijd (vanaf aanmelding tot start behandeling) voor een behandeling voor de diagnosegroep “Middelgerelateerd en verslaving” was volgens de NZA 15 weken in december 2023 [6].

Bronnen

1. Wisselink DJ, Van der Slink JB, Kerssies JP. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2018 – 2023. 2024. p. 1–85.
2. Vektis.nl. Factsheet GGZ [Internet]. Gepubliceerd op: 30-05-2024. Available from: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024
3. 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.
4. 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
5. 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.
6. Zorgautoriteit N. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/

8.6.2 Incidenten

In het kort: Het aantal incidenten met 3- of 4-MMC neemt sinds 2018 jaar-op-jaar sterk toe. De incidenten betreffen vaak mensen van begin twintig die ook onder invloed zijn 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. Incidenten met 4-FA namen sinds het plaatsen van dit middel op de Opiumlijst in mei 2017 jaarlijks sterk af en komen inmiddels nauwelijks meer 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 34 incidenten in 2022). Veelal ging het bij deze incidenten om een combinatie met gereguleerde benzodiazepinen (op voorschrift of uit het illegale circuit) en/of andere drugs.

In eerdere jaren hadden NPS gerelateerde incidenten vooral betrekking op 4-FA. In 2012 werden incidenten met dit middel voor het eerst gesignaleerd. Het aandeel incidenten met 4-FA op de EHBO posten van grootschalige evenementen steeg van <1% in 2012 tot een hoogtepunt van 17% in de eerste helft van 2017. Na het plaatsen van 4-FA op lijst I van de Opiumwet op 25 mei 2017 nam het aantal incidenten op de EHBO posten jaarlijks af. In 2022 komen incidenten met 4-FA nauwelijks meer voor. Voor meer informatie over incidenten met 4-FA in voorgaande jaren, zie eerdere jaarberichten.

Bij de MDI geregistreerde blootstellingen aan NPS, 3/4-MMC en andere middelen per stofgroep. Peiljaar 2022.

Middel	Blootstellingen
3/4-MMC	396
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 2017 werden bij de MDI 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.

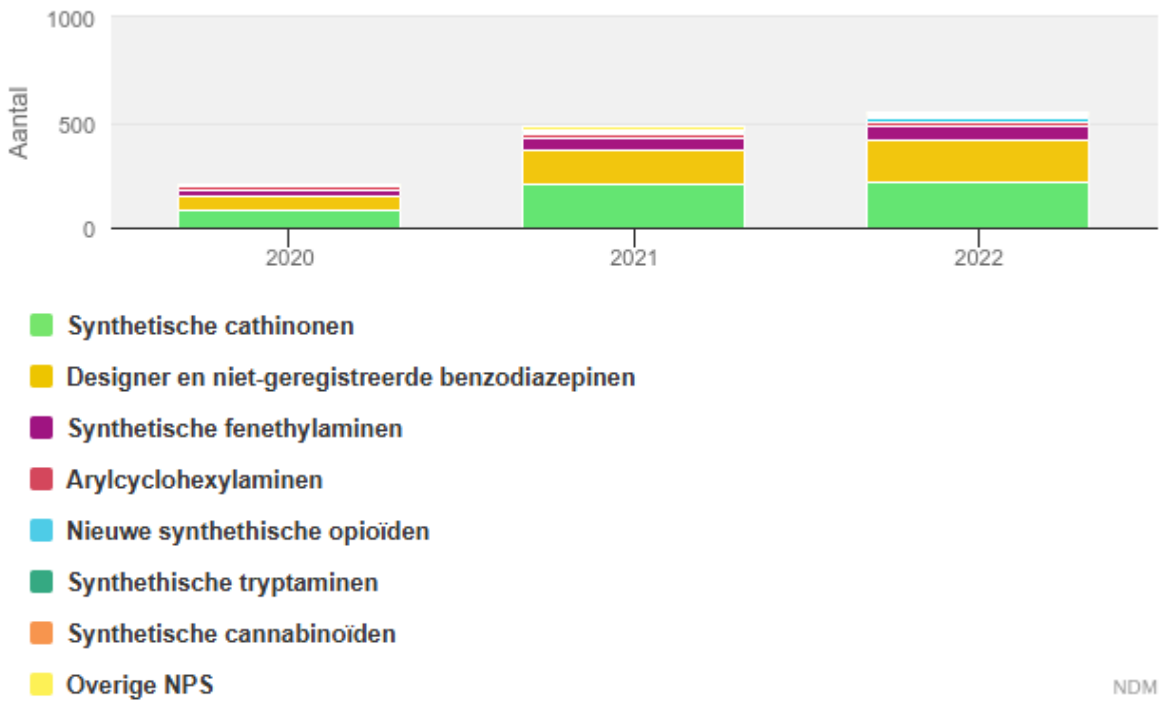
Informatieverzoeken over acute vergiftigingen

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

I. 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 synthetische cannabinoïden bij personen van 13 jaar en ouder in 2022

Synthetische cannabinoïden	2
JWH-210	2

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 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 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 overige NPS bij personen van 13 jaar en ouder in 2022

Overige NPS	15
4-Fluormethylfenidaat (4-FMPH)	4
1-Propionyl-lyserginezuurdi-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

I. 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

Hoe worden NPS geproduceerd en verkocht?

In het kort: De NPS-markt is dynamisch en verandert snel. NPS worden voornamelijk geproduceerd in China en India. Nederland is een belangrijk doorvoerland voor diverse NPS. Een klein deel ervan is bedoeld voor de Nederlandse gebruikersmarkt. Sommige (legale) NPS zijn verkrijgbaar via specifieke webshops op het internet.

Europese drugsmarkt en productie

NPS in toenemende mate in Europa geproduceerd, Nederland belangrijk doorvoerland

De NPS-markt is zeer dynamisch en verandert voortdurend. Veel (legale) NPS worden geproduceerd in China en India en in bulk ingevoerd naar Europa. Tussen 2020 en 2022 werden er record hoeveelheden NPS in beslag genomen in Europa. NPS worden soms op Europese productielocaties vermengd en verwerkt, in kleine hoeveelheden verpakt en doorverkocht aan consumenten. Sinds 2017 worden er ook in Europa steeds meer laboratoria ontmanteld waar NPS worden gesynthetiseerd. Met name synthetische cathinonen worden steeds vaker geproduceerd in landen in de Europese Unie, vooral in Polen en Nederland [1]. Nederland is een belangrijk doorvoerland voor diverse NPS. Een klein deel ervan is bedoeld voor de Nederlandse gebruikersmarkt [2].

Voor meer informatie over ontwikkelingen op de Europese drugsmarkt, zie: NPS Gebruik: Internationale vergelijking.

Hoe komen mensen aan NPS?

NPS worden regelmatig online verkocht

Omdat NPS veelal (nog) niet onder de drugswetgeving zijn gebracht, worden ze regelmatig online verkocht [3], bijvoorbeeld via specifieke webshops die via Google te vinden zijn [4]. Deze websites zijn makkelijk te vinden en bieden een brede selectie aan verschillende NPS te koop aan [5]. Dit staat in contrast met middelen die op lijst I of II van de Opiumwet staan. Hoewel deze middelen ook wel via websites of het darknet worden aangeboden, worden deze in Nederland veel minder vaak online gekocht [6,7].

Uit een panelstudie van de Antenne-monitor Amsterdam in 2022 [8] kwam naar voren dat webwinkels nog steeds volop met NPS adverteren. Soms gebruiken ze daarvoor doortastende marketingstrategieën. Voor populaire middelen die inmiddels verboden zijn, zoals 3-MMC in 2021, bieden webwinkels vervangende varianten aan die nog niet verboden zijn, zoals 3-MEC. Daarnaast worden de populaire NPS die inmiddels verboden zijn aangeboden op de illegale markt. De prijzen

liggen daar dan wel een stuk hoger dan voor het verbod. In Amsterdam verkopen bezorgdiensten in het illegale circuit 3-MMC nu voor het drievoudige per gram [9].

Bronnen

1. EMCDDA. EU Drug Market: New psychoactive substances - In-depth analysis [Internet]. 2024. Available from: https://www.euda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/new-psychoactive-substances_en
2. 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
3. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
4. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2022 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
5. Van Beek R, Andree R, De Jonge M. Drugs Online: Een inventarisatie van online kanalen voor drugsverkoop onder jongeren en perspectieven op online drugspreventie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
6. 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
7. 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.
8. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2022: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. 2023 p. 274.
9. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2023: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024.

8.8.2 Samenstelling

Wat is de samenstelling van NPS die worden verkocht op de Nederlandse drugsmarkt?

In het kort: 2C-B wordt sinds 2014 steeds vaker bij testlocaties van het DIMS ingeleverd en is sinds 2019 de meest ingeleverde NPS. Daarnaast zijn 3-MMC en 4-MMC de laatste jaren steeds meer in opkomst. Van alle drugsmonsters die in 2023 waren ingeleverd bij de testlocaties, was meer dan één op de twintig verkocht als 2C-B. In 2023 was er een sterke toename van ingeleverde 3-MMC monsters, bijna één op de twintig ingeleverde drugsmonsters was verkocht als 3-MMC. Ook het aandeel 4-MMC monsters steeg. Opvallend is dat er vaak geen 3-MMC of 4-MMC in deze monsters werd aangetroffen, maar andere stoffen.

Snel naar:
2C-B
3- en 4-MMC
Overige NPS

Welke NPS worden bij het DIMS ingeleverd?

De NPS-markt is veranderlijk en veranderde de afgelopen jaren vaak. In 2008/2009, tijdens de ‘dip’ in de ecstasymarkt, kwamen bepaalde NPS vooral voor als versnijding of vervanging van klassieke drugs. In de jaren erna nam het aantal monsters dat specifiek als NPS werd gekocht toe en is er een 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 is sinds 2019 de meest voorkomende NPS die bij het DIMS wordt aangeleverd [1]. Dit middel wordt door het DIMS zelf niet meer als een (actuele) NPS gezien, omdat het middel al vele jaren op de drugsmarkt bekend is en al sinds 1997 op lijst I van de Opiumwet staat. Het aantal drugsmonsters dat is gekocht als 3-MMC is de laatste jaren sterk toegenomen. Dit geldt in mindere mate ook voor 4-MMC. Het middel 4-FA werd vanaf 2014 vaak bij de testlocaties ingeleverd, maar het aantal ingeleverde 4-FA-monsters nam sinds het verbod in 2017 weer af.

Wat is de samenstelling van de 2C-B verkocht in Nederland?

Meer dan één op de twintig ingeleverde drugsmonsters is verkocht als 2C-B

In 2023 werden 1114 drugsmonsters ingeleverd die zijn verkocht als 2C-B. Dit is 5,8% van het totaal aantal drugsmonsters (19.109) dat werd ingeleverd bij de testlocaties [1]. 2C-B was, na ecstasy/MDMA, samen met cocaïne en speed de meest ingeleverde drug bij het DIMS. Sinds 2014 steeg het aandeel ingeleverde 2C-B-monsters van 1,46% naar 9,75% in 2020. Sindsdien liep het aandeel weer wat terug.

Negen op de tien 2C-B-monsters bevatten echt 2C-B

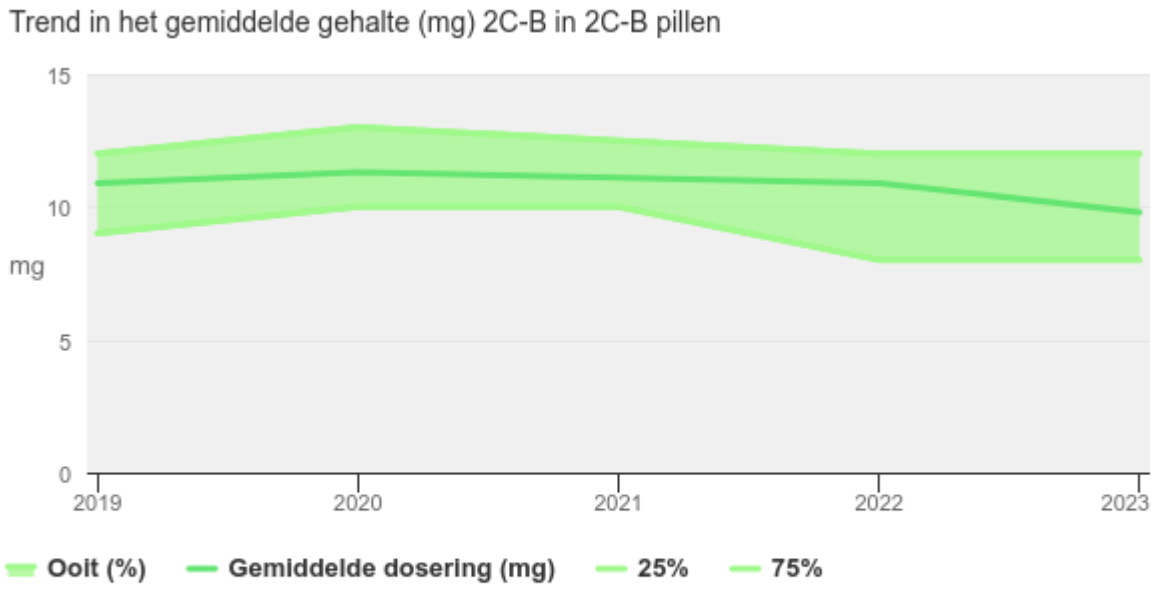
In 2023 zat er in 91,3% van de 2C-B verkochte drugsmonsters ook echt 2C-B. Dit percentage is al sinds 2016 ongeveer 90 procent, met uitzondering van een dip in 2019 (77,9%).

Een 2C-B pil in Nederland bevat gemiddeld 9,8 mg 2C-B

2C-B komt meestal voor in pilvorm, soms (<10%) wordt het ook als poeder verkocht. In 2023 bevatte een 2C-B pil een gemiddelde dosering van 9,8 mg 2C-B.

Gemiddelde 2C-B gehalte in 2C-B-pillen op lange termijn stabiel

In 2023 bevatte een 2C-B pil iets minder 2C-B dan in voorgaande jaren. Het gemiddelde 2C-B-gehalte in 2C-B pillen was jarenlang ongeveer 11 mg.



Gemiddelde 2C-B-gehalte (mg) in een 2C-B pil. Gegevens gaan over pillen die herkend zijn en pillen die in het laboratorium werden getest en echt 2C-B bleken te bevatten. De interkwartiel range geeft aan binnen welke marge de middelste 50% van de samples valt. 25% van de samples zit nog boven deze range, en 25% eronder. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

NDM

	Gemiddelde dosering (mg)	25%	75%
2019	10,9	9	12
2020	11,3	10	13
2021	11,1	10	12,5

	Gemiddelde dosering (mg)	25%	75%
2022	10,9	8	12
2023	9,8	8	12

2C-B pillen bevatten relatief vaak ook andere stoffen

Relatief veel 2C-B monsters bevatten naast 2C-B ook andere stoffen. Wel daalde het aantal vervuilingen in 2C-B in de afgelopen vier jaar. In 2023 ging het om 11,3% van de ingeleverde 2C-B monsters. Vervuilingen met MDMA, 2C-H en ketamine kwamen het meeste voor. Respectievelijk 4,1%, 3,0% en 2,2% van de 2C-B-monsters waarin ook echt 2C-B zat, bevatte ook deze stoffen. Onbekende stoffen zijn in deze percentages niet meegenomen. Onbekende stoffen komen in 2C-B monsters ook vaak voor, maar waarschijnlijk gaat het hierbij om bijproducten van het productieproces.

Als 2C-B verkochte pillen die géén 2C-B bevatten, bevatten het vaakst MDMA

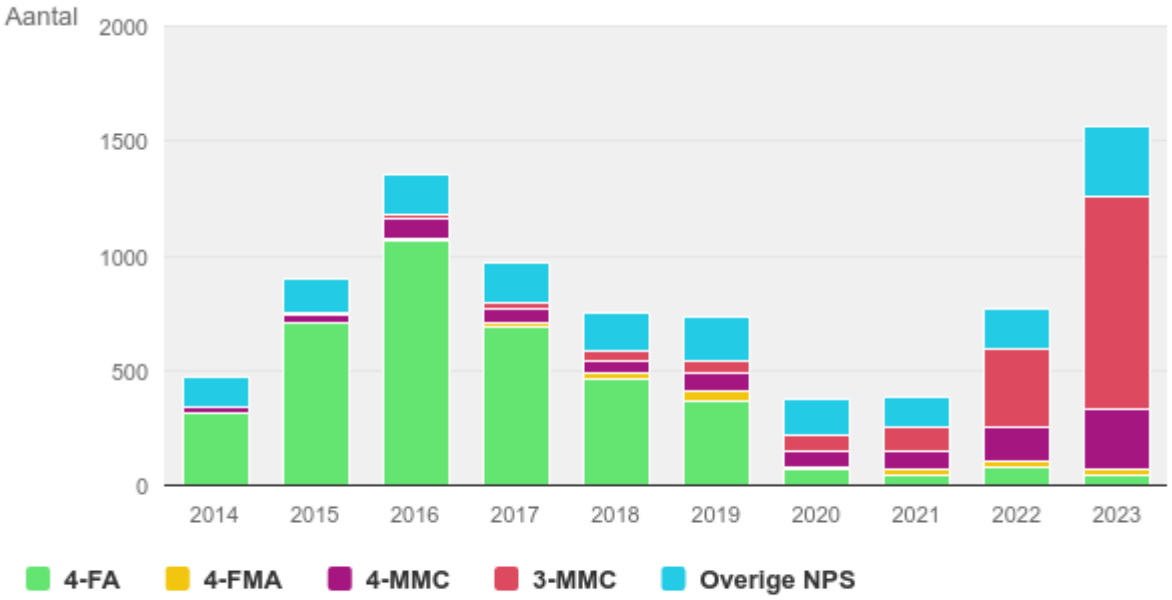
In 8,7% van de ingeleverde 2C-B monsters zat géén 2C-B. MDMA kwam in deze monsters het meeste voor als vervangende stof (25,5%, 12 keer). Ook werd er relatief vaak de stof alpha-PiHP aangetroffen (12,8%, 6 keer). Waarom deze stof specifiek in tabletten verkocht als 2C-B werd gevonden is niet duidelijk. Gebruikers rapporteerden geen klachten en nauwelijks psychoactieve effecten na gebruik.

Wat is de samenstelling van de 3- en 4-MMC verkocht in Nederland?

Meer 3-MMC en 4-MMC ingeleverd bij testlocaties

In 2023 werden er 924 drugsmonsters ingeleverd die waren gekocht als 3-MMC. Dit is 4,8% van het totaal aantal drugsmonsters (19.109) dat werd ingeleverd bij de testlocaties. Dit is een sterke toename ten opzichte van 2022. Toen werden er 337 als 3-MMC verkochte drugsmonsters ingeleverd (1,9% van het totaal). De risicobeoordeling en het verbod op 3-MMC in oktober 2021 heeft bij het DIMS dus niet tot minder ingeleverde drugsmonsters geleid. Ook het aandeel als 4-MMC verkochte drugsmonsters steeg van 0,8% (151 monsters) in 2022 naar 1,4% (262 monsters) in 2023. De monsters werden verkocht als 3-/4-MMC, maar dat betekent niet dat ze ook allemaal echt deze stoffen bevatten.

Aantallen actuele NPS ingeleverd bij testlocaties van het DIMS



2-CB wordt bij het DIMS niet onder de NPS gerekend en is in deze tabel niet meegenomen. Figuur op basis van absolute aantallen. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

NDM

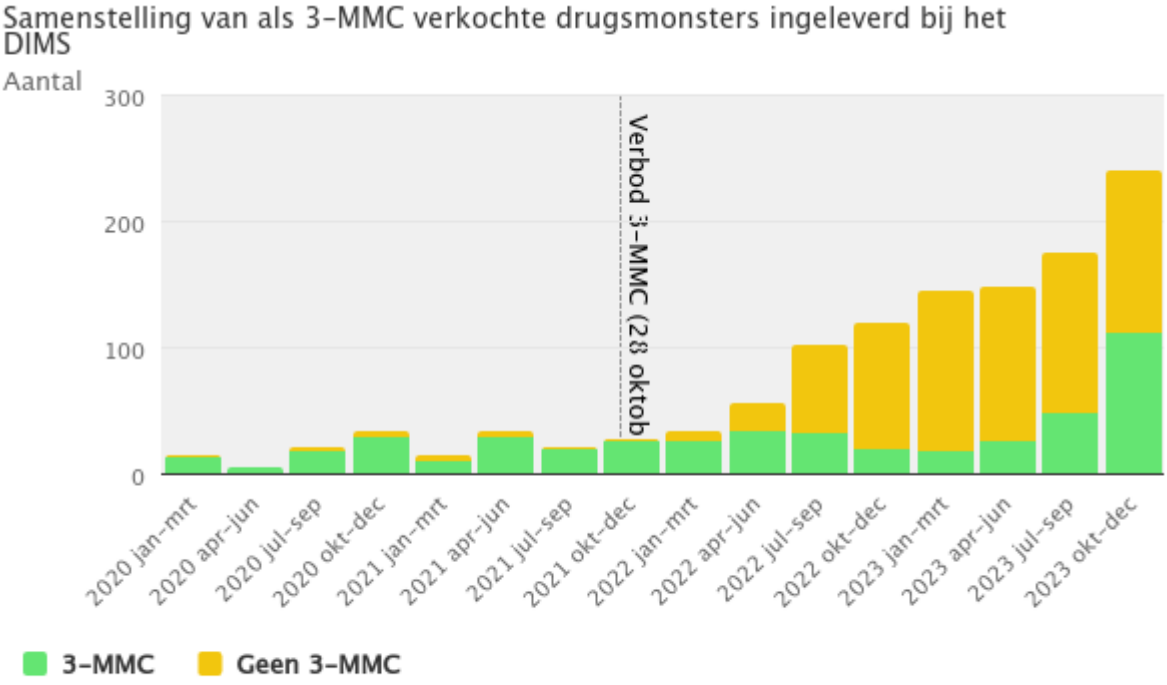
	4-FA	4-FMA	4-MMC	3-MMC	Overige NPS
2014	309	4	23	2	131
2015	699		42	5	153
2016	1065	3	90	15	180
2017	684	22	62	25	170
2018	457	30	53	41	167
2019	363	42	84	52	186
2020	62	8	72	74	155
2021	43	19	79	108	135

	4-FA	4-FMA	4-MMC	3-MMC	Overige NPS
2022	76	26	151	337	170
2023	39	25	262	924	305

Als 3-MMC verkochte drugsmonsters bevatten vaak andere stoffen

Sinds het verbod op 3-MMC eind 2021 is het aantal ingeleverde 3-MMC monsters verder toegenomen. Wel is opvallend dat er sinds het verbod steeds vaker andere stoffen dan 3-MMC in de drugsmonsters worden aangetroffen. In de loop van 2022 nam het aantal 3-MMC monsters dat daadwerkelijk 3-MMC bevatte steeds verder af. In de loop van 2023 zien we dat er per kwartaal weer een groter aandeel 3-MMC monsters echt 3-MMC bevat.

De meest voorkomende vervuilingen in 3-MMC zijn 2-MMC en 3-CMC. Vanaf het tweede kwartaal in 2022 is er dimethylpentylon (DMP) aangetroffen in 3-MMC. Dit is een stof die voor nare effecten kan zorgen. Gebruikers geven aan niet meer te kunnen slapen na gebruik. Ook zeggen zij dat de effecten veel sterker zijn dan men zou verwachten van 3-MMC.



Figuur op basis van absolute aantallen. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

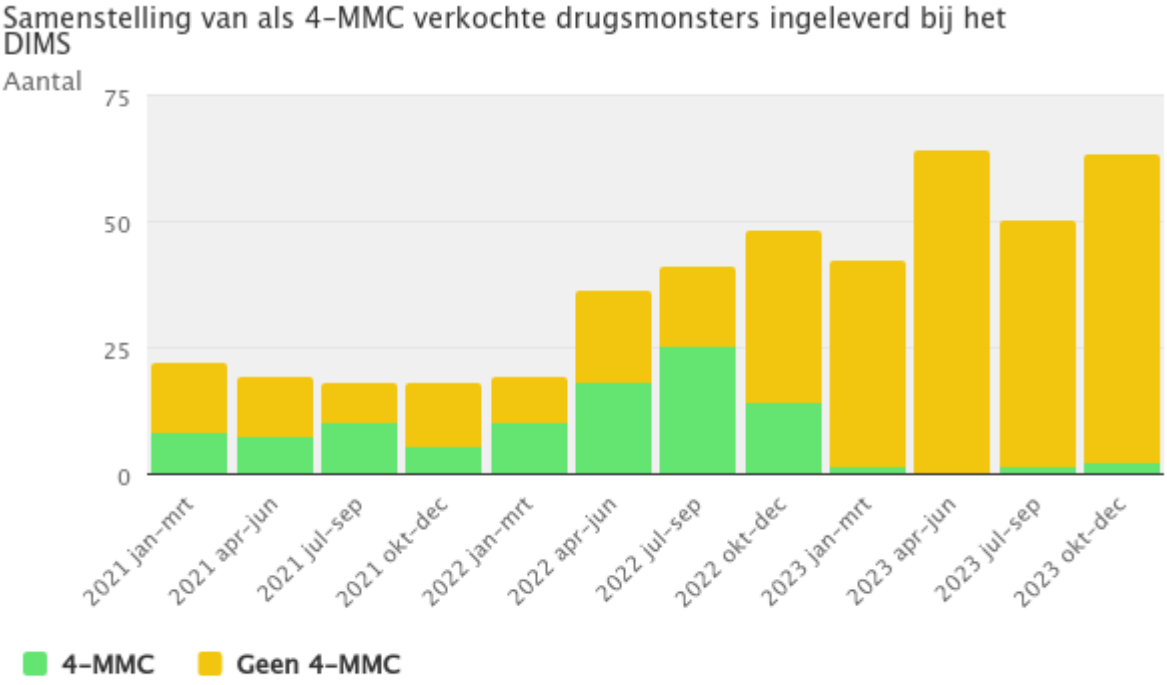
NDM

	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
2023 jan-mrt	18	127
2023 apr-jun	25	122
2023 jul-sep	48	127
2023 okt-dec	111	128

Als 4-MMC verkochte drugsmonsters bevatten bijna nooit echt 4-MMC

Het aantal ingeleverde 4-MMC monsters neemt de afgelopen jaren weer toe. Maar de bij de testlocaties ingeleverde 4-MMC monsters blijken bijna nooit meer echt 4-MMC te bevatten. Vooral 3-CMC en 2-MMC zijn in opkomst als vervuiling in als 4-MMC verkochte drugsmonsters. Ook zat er in de loop van 2023 weer in toenemende mate 3-MMC in deze drugsmonsters.



Figuur op basis van absolute aantallen. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

NDM

	4-MMC	Geen 4-MMC
2021 jan-mrt	8	14
2021 apr-jun	7	12
2021 jul-sep	10	8
2021 okt-dec	5	13
2022 jan-mrt	10	9
2022 apr-jun	18	18
2022 jul-sep	25	16
2022 okt-dec	14	34

	4-MMC	Geen 4-MMC
2023 jan-mrt	1	41
2023 apr-jun		64
2023 jul-sep	1	49
2023 okt-dec	2	61

Wat weten we over de markt van overige NPS in Nederland?

Naast de meer voorkomende stoffen die op deze pagina worden besproken omvat de groep NPS een groot aantal middelen die maar weinig gebruikt worden. 4-FA is een stof die tussen 2014 en 2019 veel werd aangeleverd bij testlocaties van het DIMS, maar inmiddels niet vaak meer voorkomt. Over het algemeen worden weinig NPS aangeleverd voor analyse bij het DIMS [1]. De tabel hieronder geeft een overzicht van de 10 meest voorkomende “overige NPS” die gebruikers bij het DIMS inleverden in 2023. In de volgende tekst wordt een aantal relevante NPS verder besproken. Het gaat om stoffen die relatief vaak voorkomen op de Nederlandse drugsmarkt. Of om stoffen die intensief gemonitord worden door het Europees Early Warning System of een mogelijk gevaar vormen voor de volksgezondheid. Omdat deze stoffen zo weinig voorkomen is er geen informatie beschikbaar over de samenstelling van deze stoffen.

De 10 meest bij het DIMS aangeleverde “overige” NPS in 2023

Middel	Frequentie
6-APB	81
Miauw[I]	52
4-FA	39
3-CMC	30
Etizolam	21
4-FMA	25
5-MAPB	8
5-MeO-DMT	7
Bromazolam	7
2-MMC	6

Het gaat hier om aangeleverde monsters van een bepaalde stof, zonder in te gaan op de daadwerkelijke aanwezigheid hiervan. De NPS 2-CB, 3-MMC en 4-MMC worden ergens anders al besproken en dus niet in deze tabel meegenomen. I. Miauw is een verzamelnaam voor verschillende synthetische cathinonen, aanleveraars wisten in dit geval alleen deze straatnaam te noemen. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Fenylethylamines: 6-APB / 4-FA

In 2023 stond 6-APB (benzofury) op de eerste plek van de meest ingeleverde “overige NPS”. 6-APB is een stimulerende stof met een MDMA-achtig effect die onder de groep fenylethylamines valt. Ook 4-FA en 4-FMA zijn fenylethylamines.

Van alle op de Nederlandse drugsmarkt aanwezige NPS is 4-FA lange tijd de meest populaire 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 2023 werden beide stoffen niet veel meer aangeleverd. Vergeleken met andere NPS komen 4-FA en 4-FMA relatief nog wel vaak voor.

Overige synthetische cathinonen

De tweede meest aangeleverde “overige NPS” bij testlocaties van het DIMS was de stof Miauw. Dit is een verzamelnaam voor synthetische cathinonen. Gebruikers weten namelijk niet altijd welke cathinon zij voor zich hebben. Het kan bijvoorbeeld gaan om 2-MMC, 3-MMC, 4-MMC, of zelf 3-CMC. Andere cathinonen die de laatste jaren veel in de media werden genoemd zijn stoffen onder de noemer “Flakka” (alfa-PVP, alfa-PHP en alfa-PiHP). Deze werden in 2023 slechts een paar keer bij de testlocaties ingeleverd.

Nieuwe benzodiazepinen

Terwijl in Europa het gebruik van (nieuwe) benzodiazepinen die niet zijn geregistreerd als geneesmiddel in opkomst is [2], lijkt dit in Nederland nog niet zo zeer het geval. Designer benzodiazepinen worden bij het DIMS relatief weinig gezien, maar winnen wel aan populariteit. Etizolam werd in 2023 net als in 2022 het meeste aangetroffen (21 keer). Bromazolam werd als tweede meest voorkomende nieuwe benzodiazepine 7 keer ingeleverd.

Synthetische cannabinoïden

Het DIMS heeft in december 2020 gericht gewaarschuwd voor cannabis vervuild met de synthetische cannabinoïde MDMB-4en-PINACA [3]. Deze nieuwe psychoactieve stof bleek aanwezig op hasj en wiet, een markt die het DIMS normaliter niet monitort. In 2023 is er een aantal cannabismonsters ingeleverd met nare effecten en verdenkingen van synthetische cannabinoïden. Uit de lab-analyse bleken hier geen synthetische cannabinoïden in te zitten.

In 2022 verscheen het middel Hexahydrocannabinol (HHC) voor het eerst op de Europese drugsmarkt. HHC is een afgeleide van THC. Dit middel kan synthetisch worden geproduceerd en komt in zeer kleine hoeveelheden voor in de cannabis plant. De effecten van HHC lijken vergelijkbaar met THC, maar minder sterk. In 2023 ontving DIMS signalen dat producten verkocht als HHC sterkere effecten leken te hebben dan verwacht bij HHC. Er werd drie keer een sample ingeleverd dat verkocht was als HHC. In één van de monsters (een HHC vape met grapefruitsmaak) zat geen HHC, maar nicotine en twee synthetische cannabinoïden (ADB-BUTINACA en ADB-4 en-PINACA).

Synthetische opioïden

In tegenstelling tot andere Europese landen worden er relatief weinig synthetische opioïden aangetroffen in Nederland [2]. Bij het DIMS werd in 2023 één keer een monster ingeleverd dat verkocht was als protonitazeen. In 2023 werden geen U-47700, fentanyl of fentanyl analoga aangetroffen. Er lijkt dus momenteel geen toename van synthetische opioïden op de Nederlandse markt te zijn. In ieder geval niet onder recreatieve drugsgebruikers die hun middelen laten testen.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van drugstestlocaties. Het DIMS-netwerk bestaat uit 12 instellingen voor verslavingszorg en Stichting Mainline en wordt gecoördineerd vanuit het Trimbos-instituut. Het doel van het DIMS is het inzicht krijgen in de markt van illegale drugs. Consumenten kunnen anoniem hun drugs laten testen bij 32 testlocaties verspreid over heel Nederland. Het DIMS onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in deze ingeleverde drugsmonsters [1]. Hiervoor worden verschillende analysemethoden gebruikt. Welke analysemethoden worden gebruikt hangt onder andere af van de vorm van het drugsmonster en de samenstelling. De meeste analyses worden gedaan in een extern laboratorium met GC-MS (gaschromatografie-massaspectrometrie) en LC-DAD (vloeistofchromatografie). Bepaalde poedermonsters en GHB kunnen soms ook direct op een aantal testlocaties of bij het DIMS-hoofdkantoor geanalyseerd worden met behulp van een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Een deel van de monsters in pil-vorm (waaronder 2C-B) wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend.

Voorlichting en waarschuwingsfunctie

De testlocaties hebben een belangrijke voorlichtingsfunctie. Consumenten die drugs laten testen krijgen informatie over de effecten en risico's van de ingeleverde drugs. Als er drugs in omloop zijn die een extra risico met zich meebrengen waarschuwt het DIMS landelijk, regionaal of lokaal, of via sociale media.

Meer informatie over het testen van drugs is te vinden op de website van het DIMS.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [2]. Voor NPS is er echter geen informatie beschikbaar over de drugsmarkt op Europees niveau.

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
2. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en
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

8.8.3 Prijs

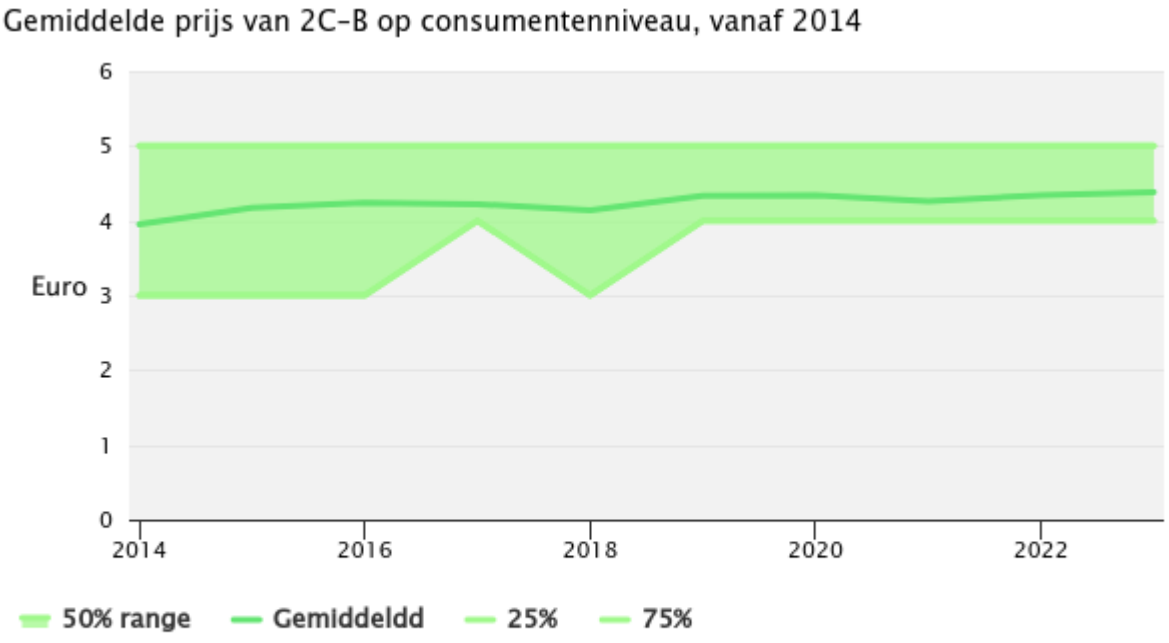
Wat kosten de NPS die verkocht worden in Nederland?

In het kort: Een pil 2C-B kostte in 2023 gemiddeld 4,38 euro. De gemiddelde prijs voor een pil 2C-B is al jaren stabiel. De gemiddelde prijs voor een gram 3-/4-MMC is toegenomen, waarschijnlijk komt dit door het verbod op deze middelen. In Amsterdam kost een gram 3-MMC tussen de €25 en €35.

Een 2C-B pil kost gemiddeld ongeveer 4 euro

Consumenten die bij testlocaties hun 2C-B lieten testen, betaalden in 2023 gemiddeld €4,38 per 2C-B pil. Dit is ongeveer evenveel als in 2022, toen betaalden consumenten €4,34 per 2C-B pil. De gemiddelde prijs is al jaren ongeveer hetzelfde [1]. Consumenten die bij testlocaties hun 2C-B lieten testen, betaalden in 2023 gemiddeld €4,38 per 2C-B pil. Dit is ongeveer evenveel als in 2022, toen betaalden consumenten €4,34 per 2C-B pil. De gemiddelde prijs is al jaren ongeveer hetzelfde .

In Amsterdam wordt er iets meer voor 2C-B betaald. Een pil 2C-B kost daar tussen de €5,- en €6,- [2] . Deze prijs is al jaren stabiel. Er zijn geen Europese gegevens bekend over de prijs van 2C-B.



	Gemiddeld	25%	75%
2014	3,95	3	5
2015	4,17	3	5
2016	4,24	3	5
2017	4,22	4	5
2018	4,14	3	5
2019	4,33	4	5
2020	4,34	4	5
2021	4,26	4	5
2022	4,34	4	5
2023	4,38	4	5

Prijs van 3-MMC sinds het verbod gestegen naar ongeveer 19 euro per gram

Consumenten die op testlocaties van het DIMS hun 3-MMC lieten testen betaalden in 2023 gemiddeld €18,63 [1]. De helft van alle ingeleverde 3-MMC monsters kostte tussen de €15,- en €25,-. Sinds het verbod op 3-MMC eind 2021 is er een duidelijke stijging in prijs te zien. Tussen 2019 en 2021 kostte een gram 3-MMC gemiddeld rond de €12,50. Vanwege te weinig ingeleverde monsters zijn er geen prijsgegevens van vóór 2019 bekend.

In Amsterdam liggen de prijzen van 3-MMC hoger. Voor een gram 3-MMC betaalden consumenten in 2023 tussen de €25,- en €35,- [2]. Voor drie gram werd tussen de €50,- en €90,- euro betaald. Voor vijf gram betaalden consumenten €135,-. Deze prijzen zijn sinds het verbod geleidelijk gestegen.

Inmiddels betalen consumenten ongeveer drie keer zoveel dan vóór het verbod.

Er zijn geen Europese gegevens bekend over de prijs van 3-MMC.

Een gram 4-MMC kost gemiddeld ongeveer 19 euro

Consumenten die op testlocaties van het DIMS hun 4-MMC lieten testen betaalden in 2023 gemiddeld €18,76 [1]. De prijs van 4-MMC fluctueert sinds 2016 tussen de 18 en 22 euro.

Er zijn geen Europese gegevens bekend over de prijs van 4-MMC.

Prijs (€) van 3-MMC en 4-MMC (per gram) op consumentenniveau, vanaf 2016

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
3-MMC	Aantal monsters (n)				52	74	108	337	924
	Gemiddelde (€)				12,65	12,67	12,51	19,57	18,63
	Interkwartiel (€)				9-15	9-15	8-15,25	5-25	15-25
4-MMC	Aantal monsters (n)	90	62	53	84	72	79	151	262
	Gemiddelde (€)	18,83	22,21	19,17	18,05	19,57	18,67	18,08	18,76
	Interkwartiel (€)	15-25	15-25	11,50-22,25	12,25-25	15-21	15-20	12,50-25	15-20

Geen actuele prijzen van andere NPS bekend

Andere NPS worden erg weinig aangeboden bij testlocaties van het DIMS of in Amsterdam. Hierdoor kunnen er geen betrouwbare prijsindicaties worden gegeven. Voor informatie naar de prijzen van 4-FA in voorgaande jaren, zie eerdere jaarberichten.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van drugstestlocaties. Het DIMS-netwerk bestaat uit 12 instellingen voor verslavingszorg en Stichting Mainline en wordt gecoördineerd vanuit het Trimbos-instituut. Het doel van het DIMS is het inzicht krijgen in de markt van illegale drugs. Consumenten kunnen anoniem hun drugs laten testen bij 32 testlocaties verspreid over heel Nederland [1]. Als consumenten hun drugsmonster laten testen bij een testlocatie wordt hen ook gevraagd naar de aankoopprijs. 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.

Er is ook informatie bekend over de prijzen van NPS in Amsterdam. Deze gegevens komen uit Antenne Amsterdam [2]. In dit onderzoek worden gegevens over actuele prijzen van drugs verzameld door interviews met uitgaanders en uit menulijsten van bezorgdiensten.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [3]. Het EUDA rapporteert geen informatie over de prijzen van NPS.

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2023: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024.
3. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

Opioïden

Laatste feiten en trends

Volwassenen

Heroïnegebruik ooit in het leven (2023)



0,3%

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



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

- In 2023 had 0,3% van de volwassenen ooit heroïne gebruikt, <0,1% gebruikte heroïne in het laatste jaar en <0,1% in de laatste maand. In 2022 had 19,5% van de volwassen Nederlandse bevolking ooit een sterke pijnstiller gebruikt. Hierbij gebruikte 14,1% ooit oxycodon, fentanyl of buprenorfine en 9,1% tramadol.
- In 2023 is heroïnegebruik ooit in het leven en in het laatste jaar onder volwassenen niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Ook vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het heroïnegebruik ooit in het leven en in het laatste jaar ongeveer gelijk gebleven.
- 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%

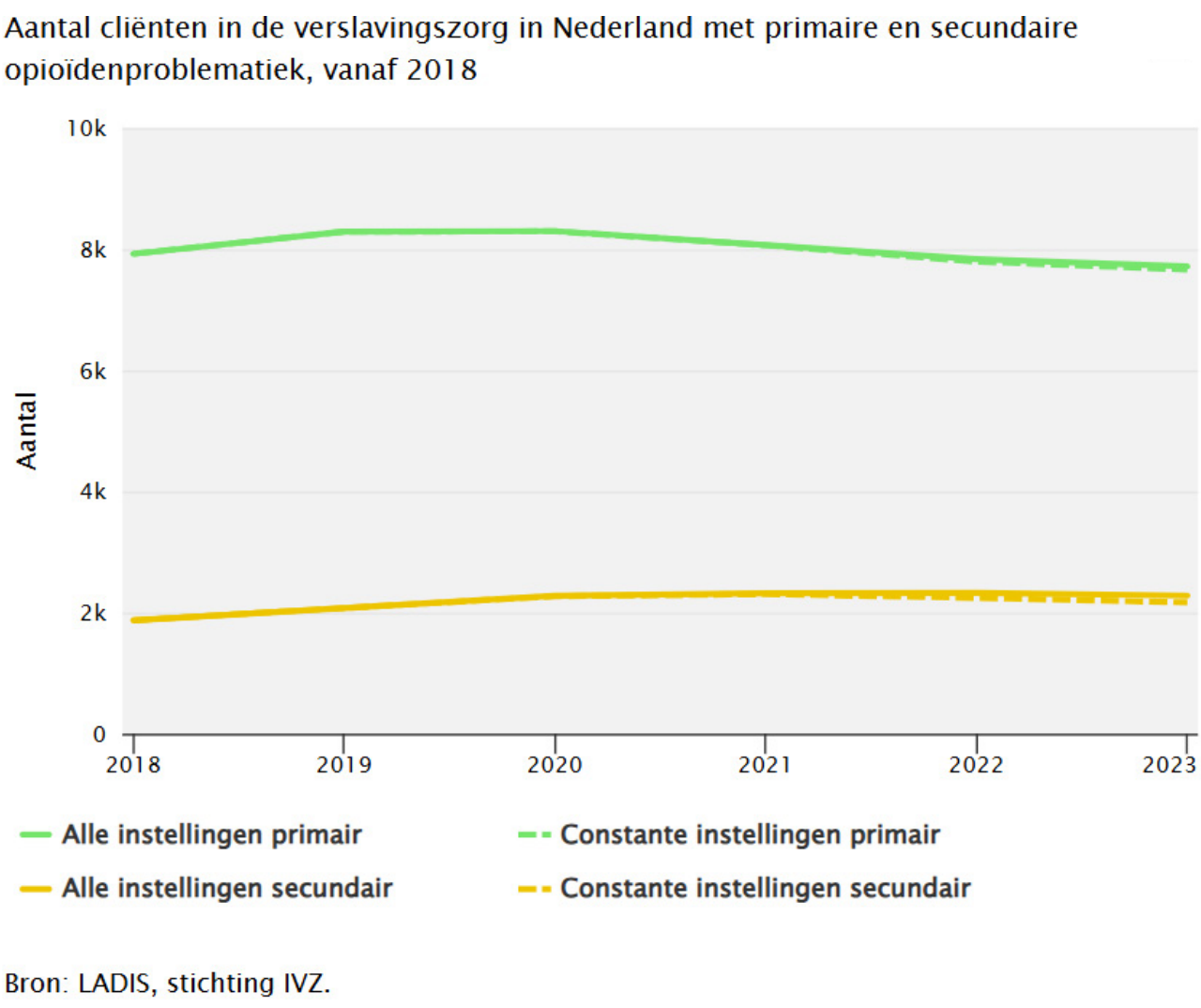
Uitgaanders
16-35 jaar
ooit (2023)



0,5%

- Scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) gebruiken vrijwel geen heroïne. Het gebruik van andere opioïden dan heroïne is niet bekend onder scholieren.
- Het gebruik van opioïden komt vermoedelijk vrijwel niet voor onder studenten, maar er zijn geen recente gegevens bekend. In 2019 gebruikte minder dan 1% van de 16-18-jarige studenten van het mbo en het hbo ooit heroïne. In 2021 gebruikte 1% van de mbo-studenten van 16 jaar en ouder in Amsterdam in het laatste jaar zware medicinale opioïden zonder doktersrecept. Er zijn geen landelijke cijfers bekend over het gebruik van medicinale opioïden onder studenten.
- Heroïne is de minst gebruikte drug onder uitgaanders. Minder dan 1% heeft het middel ooit gebruikt.
- Voor zover onderzocht, wordt heroïne maar weinig gebruikt in kwetsbare groepen jongeren. Wel wordt het gebruik van zware pijnstillers zoals oxycodon en fentanyl gesignaleerd onder jongeren in de regionale jeugdzorg.

Hulpvraag en incidenten



Bron: LADIS, stichting IVZ.

- In 2023 waren bijna 8.000 mensen in behandeling in de verslavingszorg voor opioïdenproblematiek. Dit is bijna een kwart (24%) van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Het gaat hier waarschijnlijk vooral om (ex) heroïnegebruikers en mensen die een opiaatvervangende behandeling krijgen. Ook cliënten met een afhankelijkheid aan sterke pijnstillers vallen onder deze groep, maar het exacte aantal is vanwege beperkingen in de registratie niet bekend. De opioïdencliënten zijn relatief oud, en de gemiddelde leeftijd neemt nog altijd toe. Het aandeel jonge opioïdencliënten (<25 jaar) lijkt tussen 2018 en 2023 wel stabiel te blijven. Hoewel het absolute aantal opioïdencliënten tussen 2018 en 2023 ongeveer gelijk bleef, nam het aantal per 100.000 inwoners en het aandeel ten opzichte van alle cliënten in de verslavingszorg af.
- 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

Soorten opioïden

De klasse van de opioïden telt vele middelen. Sommige opioïden staan bekend om het illegale gebruik ervan, zoals heroïne. In dit hoofdstuk wordt de term ‘opioïden’ als algemene term gebruikt, waarbij de ‘opiaten’ onder de opioïden vallen. Opiaten zijn natuurlijke stoffen die direct uit de papaverplant worden gewonnen, zoals morfine. Ook bestaan er synthetische opioïden. Sommige opioïden worden medicinaal gebruikt als pijnstiller, zoals bijvoorbeeld oxycodon en fentanyl. Sommige opioïden zijn vervangers van heroïne, zoals methadon en buprenorfine. Verschillende opioïden 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 Gebruik van opioïden onder volwassenen

Hoeveel volwassenen gebruiken opioïden?

In het kort: In 2023 had 0,3% van de volwassenen ooit heroïne gebruikt, <0,1% gebruikte heroïne in het laatste jaar en <0,1% in de laatste maand. In 2022 had 19,5% van de volwassen Nederlandse bevolking ooit een sterke pijnstiller gebruikt. Hierbij gebruikte 14,1% ooit oxycodon, fentanyl of buprenorfine en 9,1% tramadol.

Minder dan 1% van de volwassenen heeft ooit heroïne gebruikt

In 2023 had 0,3% van de volwassenen ooit heroïne gebruikt. Dat komt neer op 50 duizend volwassenen. Daarnaast gebruikte 0,04% van de volwassenen heroïne in het laatste jaar en 0,02% in de laatste maand.

Heroïnegebruik[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

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

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.

Bijna één op de vijf volwassenen heeft ooit een sterke pijnstiller gebruikt

In 2022 had volgens de LSM-A, 19,5% van de volwassen Nederlandse bevolking ooit een sterke pijnstiller gebruikt met of zonder recept. Hierbij gebruikte 14,1% ooit oxycodon, fentanyl of buprenorfine en 9,1% tramadol. Dat komt neer op 2,6 miljoen volwassenen die ooit een sterke pijnstiller gebruikten. Daarnaast gebruikte 6,2% van de volwassenen in het laatste jaar een sterke pijnstiller en 2,4% in de laatste maand.

Van de volwassenen die in het laatste jaar een sterke pijnstiller gebruikten, deed 56,9% dit gedurende 30 dagen of minder, 13,1% gedurende 31 dagen tot 3 maanden, 6,4% gedurende 3 tot 6 maanden en 23,7% gebruikte het middel langer dan 6 maanden.

Van de volwassenen gebruikte 0,7% een sterke pijnstiller (ook) zonder recept in het laatste jaar en 0,2% in de laatste maand.

Voor informatie over verstrekkingen van medische opioïden door openbare apotheken zie § 5.2.3.

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 (met en/of zonder recept)			
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.

Gebruik van heroïne en sterke pijnstillers onder verschillende groepen in de bevolking

Het aantal gebruikers van heroïne en sterke pijnstillers in de steekproef is te klein om uitsplitsingen te maken naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van heroïne wordt sinds 2015 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

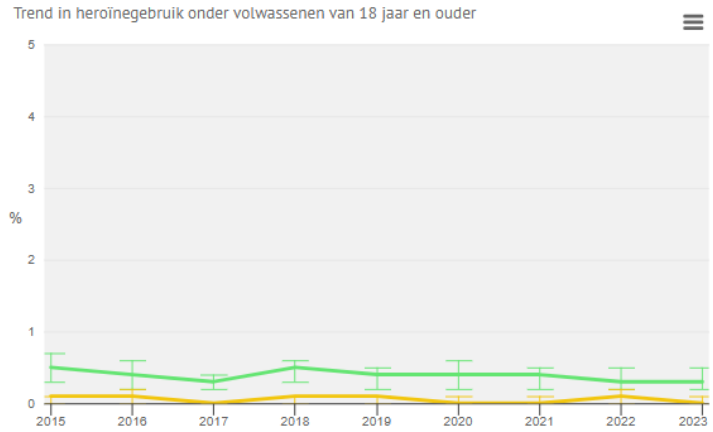
5.2.2 Veranderingen in heroïnegebruik onder volwassenen

Is het heroïnegebruik onder volwassenen veranderd?

In het kort: In 2023 is heroïnegebruik ooit in het leven en in het laatste jaar onder volwassenen niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Ook vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het heroïnegebruik ooit in het leven en in het laatste jaar ongeveer gelijk gebleven

Heroïnegebruik is stabiel

In 2023 is het heroïnegebruik ooit in het leven en in het laatste jaar niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Ook vergeleken met de eerste meting in 2015 is in 2023 het gebruik ooit in het leven en in het laatste jaar ongeveer gelijk gebleven.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer heroïne gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

	Ooit	low Ooit	high Ooit	Laatste jaar	low Ooit	high Ooit
2015	0,5	0,3	0,7	0,1		0,1
2016	0,4	0,2	0,6	0,1		0,2
2017	0,3	0,2	0,4			
2018	0,5	0,3	0,6	0,1		0,1
2019	0,4	0,2	0,5	0,1		0,1
2020	0,4	0,2	0,6			0,1
2021	0,4	0,2	0,5			0,1
2022	0,3	0,2	0,5	0,1		0,2
2023	0,3	0,2	0,5			0,1

Is het heroïnegebruik onder verschillende groepen volwassenen veranderd?

Het aantal gebruikers van heroïne in de steekproef is te klein om verdere uitsplitsingen te maken naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van heroïne wordt sinds 2015 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

5.2.3 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 Opioïdengebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

Hoeveel scholieren gebruiken opioïden?

In het kort: Scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) gebruiken vrijwel geen heroïne. Het gebruik van andere opioïden dan heroïne is niet bekend onder scholieren.

Scholieren gebruiken vrijwel geen heroïne

In 2019 had 0,3% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit heroïne gebruikt, 0,1% gebruikte in de laatste maand heroïne. Het is niet duidelijk hoe betrouwbaar deze gegevens zijn. Heroïnegebruik onder jongeren wordt in veldwerk namelijk bijna nooit gezien. Omdat het gebruik van heroïne vrijwel niet voorkomt onder scholieren, is dit in 2023 niet meer uitgevraagd de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek.

Gebruik van andere opioïden is niet bekend

Het gebruik van andere opioïden dan heroïne wordt niet uitgevraagd in de ScholierenMonitor. Het is daarom niet bekend hoeveel scholieren andere opioïden dan heroïne gebruiken.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2019 [1]. In de vragenlijst van 2023 is het gebruik van heroïne niet meer uitgevraagd omdat het gebruik vrijwel niet voorkomt onder scholieren.

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.

5.3.2 Opioïdengebruik onder studenten

Hoeveel studenten gebruiken opioïden?

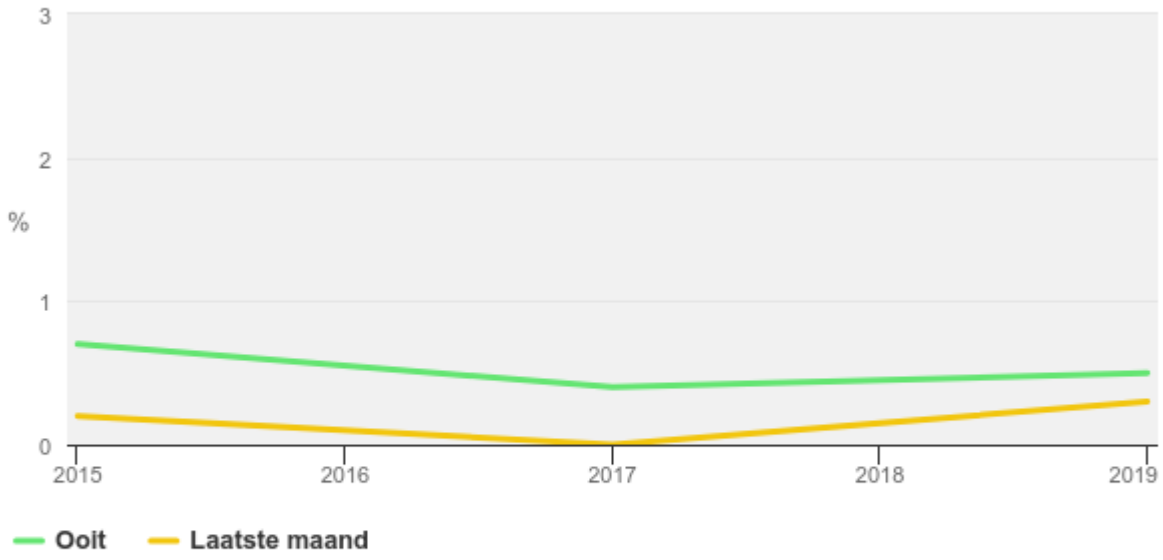
In het kort: Het gebruik van opioïden komt vermoedelijk vrijwel niet voor onder studenten, maar er zijn geen recente gegevens bekend. In 2019 gebruikte minder dan 1% van de 16-18-jarige studenten van het mbo en het hbo ooit heroïne. In 2021 gebruikte 1% van de mbo-studenten van 16 jaar en ouder in Amsterdam in het laatste jaar zware medicinale opioïden zonder doktersrecept. Er zijn geen landelijke cijfers bekend over het gebruik van medicinale opioïden onder studenten.

Opioïdengebruik komt vermoedelijk vrijwel niet voor onder studenten; recente gegevens ontbreken

Het gebruik van heroïne (ooit, laatste maand) onder 16-18-jarige mbo- en hbo-studenten lag tussen 2015 en 2019 elk jaar onder de 1%. Het is niet bekend hoeveel studenten van de universiteit (wo) opioïden gebruiken [1].

Vanwege het lage aantal gebruikers wordt het gebruik van heroïne of andere opioïden niet (meer) uitgevraagd onder studenten. Er zijn daarom geen recente gegevens bekend over het gebruik van opioïden onder studenten.

Trend in heroïnegebruik[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	0,7	0,2
2017	0,4	
2019	0,5	0,3

Regionale gegevens over het gebruik van opioïden onder mbo-studenten

In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 had 1,3% van de Amsterdamse mbo-studenten ooit heroïne gebruikt en 0,2% in het laatste jaar [2].

In deze vragenlijst is ook het gebruik van medicinale opioïden uitgevraagd. In 2021 had 5,0% van de mbo-studenten van 16 jaar en ouder in Amsterdam in het laatste jaar zware medicinale opioïden (bijvoorbeeld oxycodon en fentanyl) gebruik, waarbij 4,2% met recept van een arts had gebruikt en 1,0% zonder recept [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Er zijn geen landelijke cijfers bekend over het gebruik van medicinale opioïden onder studenten.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo- en hbo-studenten

De Middelenmonitor mbo-hbo onderzocht tot 2019 het heroïnegebruik onder mbo- en hbo-studenten [1]. In 2019 werd het onderzoek uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public. Het onderzoek richtte zich op jongeren van 16 tot 18 jaar, met een representatieve steekproef van ongeveer 4000 studenten. De steekproef bestond uit 2500 mbo- en 1500 hbo-studenten. De dataverzameling vond plaats op 71 mbo-locaties en 23 hbo-locaties tussen oktober en november 2019, waarbij studenten individueel werden benaderd om een digitale vragenlijst in te vullen. In totaal nam 66% van de benaderde studenten deel. De resultaten zijn gewogen voor schooltype, sekse, leeftijd en onderwijssector.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling

vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

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. 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.

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

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen gebruiken opioïden?

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 onder jongeren in de regionale jeugdzorg.

Snel naar:
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Jongeren in de jeugdzorg
Groepen risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen ‘kwetsbare groepen jongeren’. Wij gebruiken de term ‘kwetsbare groepen jongeren’ om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg, in jeugddetentie of in het voorgezet speciaal onderwijs (vso) zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo’n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen gebruiken opioïden?

Gebruik van heroïne kwam niet voor onder de onderzochte jongeren in JJI

Geen van de jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) gaf in 2022 aan in de afgelopen maand heroïne te hebben gebruikt [2]. Gebruik van andere opioïden is niet uitgevraagd.

Hoeveel jongeren in de jeugdzorg gebruiken opioïden?

Op regionaal niveau wordt onder jongeren in de jeugdzorg het gebruik van

zware pijnstillers gesignaleerd

Er zijn geen landelijke gegevens bekend over het gebruik van opioïden onder jongeren in de (residentiële) jeugdzorg. Wel zijn er gegevens over het gebruik van opioïden onder jongeren in de brede jeugdzorg op regionaal niveau. Deze jongeren worden ambulant begeleid, wonen op een leefgroep of ontvangen pleegzorg. In een onderzoek uit 2019 onder de brede jeugdzorg in Amsterdam werd gevonden dat 11,2% van de jongeren ooit oxycodon of fentanyl had gebruikt met een recept van een arts [3]. Verder had 4,1% van de jongeren deze medicijnen (ook) ooit zonder recept gebruikt.

Onder jongeren in de jeugdzorg in Gooi- en Vechtstreek gebruikte 9,1% ooit oxycodon of fentanyl met een recept van een arts [4]. Het gebruik van heroïne kwam in beide regio's niet voor. Het ging in deze onderzoeken om een kleine steekproef, waardoor deze resultaten voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

Hoe ziet het gebruik van opioïden in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als 'kansarme jeugd', 'probleemjeugd' of 'hangjeugd' [5].

Heroïnegebruik komt in een toenemend aantal groepen voor, maar aantallen nog steeds zeer laag

In een klein deel (4 van de 29) van de kwetsbare jongerengroepen werd het gebruik van heroïne gesignaleerd. Deze jongerengroepen waren verdeeld over drie dorpen en één stad, in het noorden, zuiden en westen van het land. Voor alle vier groepen geldt dat slechts een enkeling binnen de groep heroïne gebruikte. Ter vergelijking, in de vorige meting in 2021 werden geen groepen gesignaleerd waar heroïne werd gebruikt. Aan de vorige meting deden andere groepen risicojongeren mee dan aan de huidige meting.

Heroïnegebruik nam onder merendeel van de gebruikende

jongerengroepen toe in het afgelopen jaar

Volgens jongerenwerkers nam het gebruik van heroïne in driekwart (3 van de 4) groepen toe in het afgelopen jaar. In één groep nam het heroïnegebruik af.

Geen informatie bekend over gebruik van andere opioïden in groepen risicojongeren

Er is in dit onderzoek niet gerapporteerd over gebruik van anderen opioïden zoals zware pijnstillers.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het gebruik van heroïne en andere opioïden is onder kwetsbare jongeren minder onderzocht dan het gebruik van andere middelen, zoals cannabis of ecstasy. Zo zijn er geen specifieke gegevens over het gebruik van opioïden binnen het praktijkonderwijs, het voortgezet speciaal onderwijs (vso) of de residentiële jeugdzorg (RJZ).

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het gebruik van medicijnen zonder recept onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (Justitiële Jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [2]. Aan het onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. 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 gemiddeld iets jonger zijn. In totaal deden 110 jongeren tussen de 14 en 24 jaar mee aan dit onderzoek.

Jongeren in de jeugdzorg

In 2019 zijn er voor het eerst gegevens verzameld over het gebruik van ADHD-medicijnen op regionaal niveau (Amsterdam en Gooi- en Vechtstreek) onder jongeren in de brede jeugdzorg . Deze jongeren worden ambulant begeleid, wonen op een leefgroep of ontvangen pleegzorg [3,4]. De steekproeven zijn relatief klein (118 jongeren in Amsterdam; 23 jongeren in de Gooi- en Vechtstreek) waardoor bevindingen voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio’s in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf

meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet.

De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [5]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio's in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
2. 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.
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. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.

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

In het kort: Het aantal probleemgebruikers van opioïden ligt in Nederland laag vergeleken met andere landen.

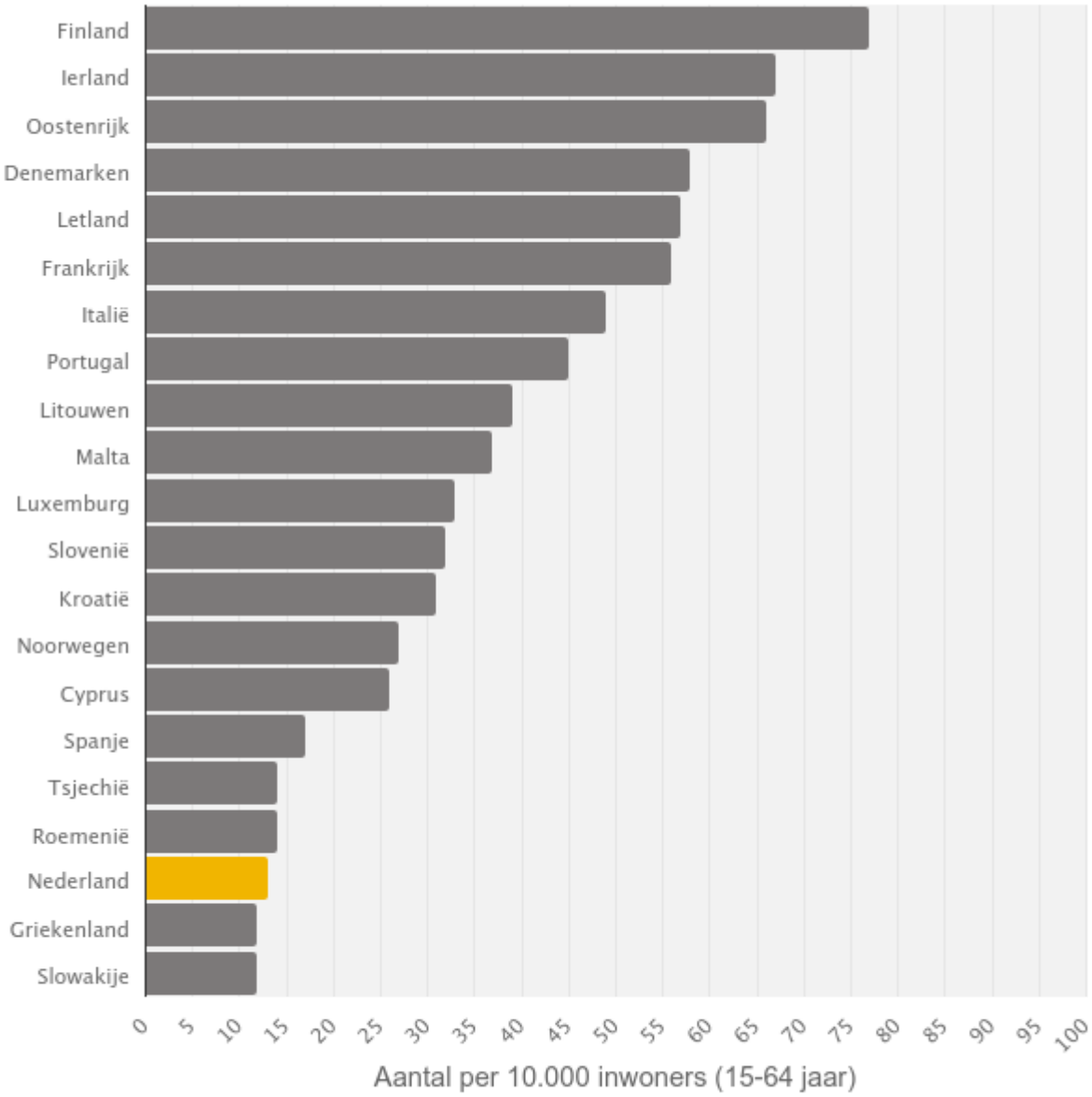
Gegevensbronnen

Het EMCDDA rapporteert gegevens over het problematisch drugsgebruik in de algemene bevolking, waaronder jongvolwassenen, in een aantal Europese landen [1]. Daarbij definieert het EMCDDA ‘probleemgebruik’ als injecterend drugsgebruik, of het langdurig/regelmatig gebruik van opioïden, cocaïne en/of amfetamine.

Probleemgebruikers van opioïden in Europa

De Europese Unie telde in 2022 naar schatting 860.000 probleemgebruikers van opioïden [1]. Dat zijn er circa 30 per 10.000 inwoners van 15-64 jaar. Het aantal probleemgebruikers van opioïden verschilt sterk per land en varieert van 77 per 10.000 inwoners van 15-64 jaar in Finland tot 12 in Griekenland en Slowakije. Nederland heeft relatief weinig probleemgebruikers van opioïden (13 per 10.000). Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd

Probleemgebruikers van opioïden in verschillende Europese landen.
Leeftijdsgroep 15-64 jaar



Aantal probleemgebruikers van opioïden per 10.000 inwoners van 15-64 jaar. Vanwege verschillen in methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Bron: EMCDDA.

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

Land	Aantal per 10.000 inwoners (15-64 jaar)	Peiljaar	Groep probleemgebruikers
Finland	77	2017	
Ierland	67	2019	

Land	Aantal per 10.000 inwoners (15-64 jaar)	Peiljaar	Groep probleemgebruikers
Oostenrijk	66	2021	
Denemarken	58	2016	
Letland	57	2017	
Frankrijk	56	2020	30
Italië	49	2022	Heroïne
Portugal	45	2018	
Litouwen	39	2016	Langdurig/regelmatig gebruik van opioïden, meervoudig drugsgebruik, andere psychoactieve stoffen.
Malta	37	2022	Dagelijkse opioïdengebruikers.
Luxemburg	33	2019	Heroïne, methadon
Slovenië	32	2022	Heroïne, methadon, buprenorfine, overige opioïden. OST-cliënten zijn volledig opgenomen.
Kroatië	31	2015	
Noorwegen	27	2013	Heroïne, methadon, andere opioïden.
Cyprus	26	2022	Heroïne, methadon, buprenorfine, andere opioïden. Personen in behandeling tijdens het lopende jaar, met een langdurige carrière/ intraveneus/ regelmatig gebruik van opiaten (als primaire drug).
Spanje	17	2021	Problematische heroïnegebruikers.

Land	Aantal per 10.000 inwoners (15-64 jaar)	Peiljaar	Groep probleemgebruikers
Tsjechië	14	2022	Heroïne, methadon, buprenorfine, illegale fentanyl, andere opioïden.
Roemenië	14	2020	
Nederland	13	2012	Heroïne, methadon, andere opioïden. Mensen die gespecialiseerde verslavingszorg krijgen voor verslaving aan opiaten in een reguliere instelling voor verslavingszorg. Meer en minder problematische gebruikers. OST-cliënten zijn volledig opgenomen
Griekenland	12	2022	Hoofdgebruik heroïne. Andere subgroep van OST-cliënten is inbegrepen.
Slowakije	12	2020	

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2024: 11 Jun 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/event/2024/06/launch-event-european-drug-report-2024_en

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

5.6.1 Verslavingszorg

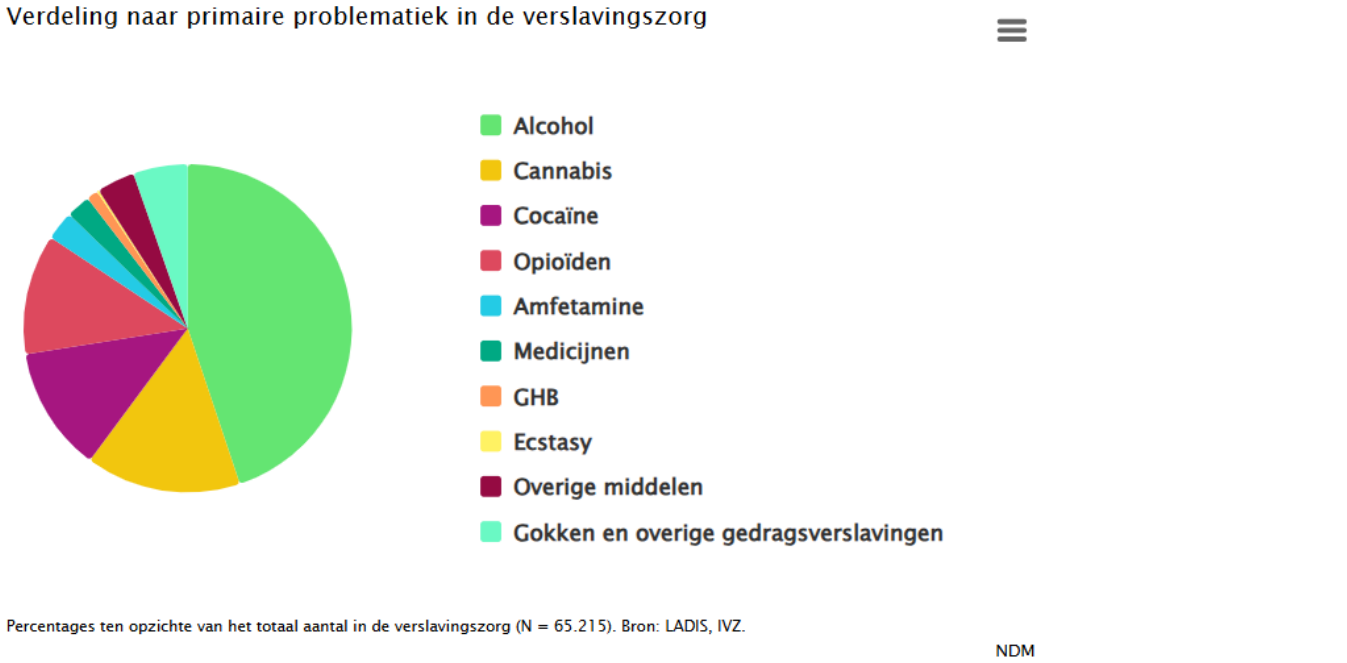
In het kort: In 2023 waren bijna 8.000 mensen in behandeling in de verslavingszorg voor opioïdenproblematiek. Dit is bijna een kwart (24%) van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Het gaat hier waarschijnlijk vooral om (ex) heroïnegebruikers en mensen die een opiaatvervangende behandeling krijgen. Ook cliënten met een afhankelijkheid aan sterke pijnstillers vallen onder deze groep, maar het exacte aantal is vanwege beperkingen in de registratie niet bekend. De opioïdencliënten zijn relatief oud, en de gemiddelde leeftijd neemt nog altijd toe. Het aandeel jonge opioïdencliënten (<25 jaar) lijkt tussen 2018 en 2023 wel stabiel te blijven. Hoewel het absolute aantal opioïdencliënten tussen 2018 en 2023 ongeveer gelijk bleef, nam het aantal per 100.000 inwoners en het aandeel ten opzichte van alle cliënten in de verslavingszorg af.

Hoeveel mensen worden behandeld in de verslavingszorg voor opioïdeproblematiek?

In 2023 werden bijna 8.000 mensen behandeld in de verslavingszorg voor opioïdeproblematiek

In 2023 werden volgens het LADIS 7.717 mensen behandeld in de verslavingszorg voor opioïdenproblematiek [1]. Dat is 12% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg (incl. gedragsverslavingen en alcohol) en 24% van het totaal aantal mensen in behandeling voor drugsproblematiek in de verslavingszorg. Het gaat hierbij alleen om mensen bij wie de opioïdenproblematiek staat geregistreerd als de enige of de belangrijkste reden voor de behandeling. We noemen dit ook wel ‘primaire’ opioïdencliënten.

Niet alle verslavingszorg instellingen leveren gegevens aan het LADIS, het genoemde aantal is dus een onderschatting van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg voor cocaïneproblematiek. Volgens een ruwe schatting beslaat het LADIS 70% van de cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek [2].



Bij het grootste deel van de opioïdencliënten gaat het om heroïneproblematiek

Bij opioïdenproblematiek kan het om verschillende middelen gaan. Er kan sprake zijn van heroïne of methadon problematiek, maar bijvoorbeeld ook om het gebruik van zware pijnstillers.

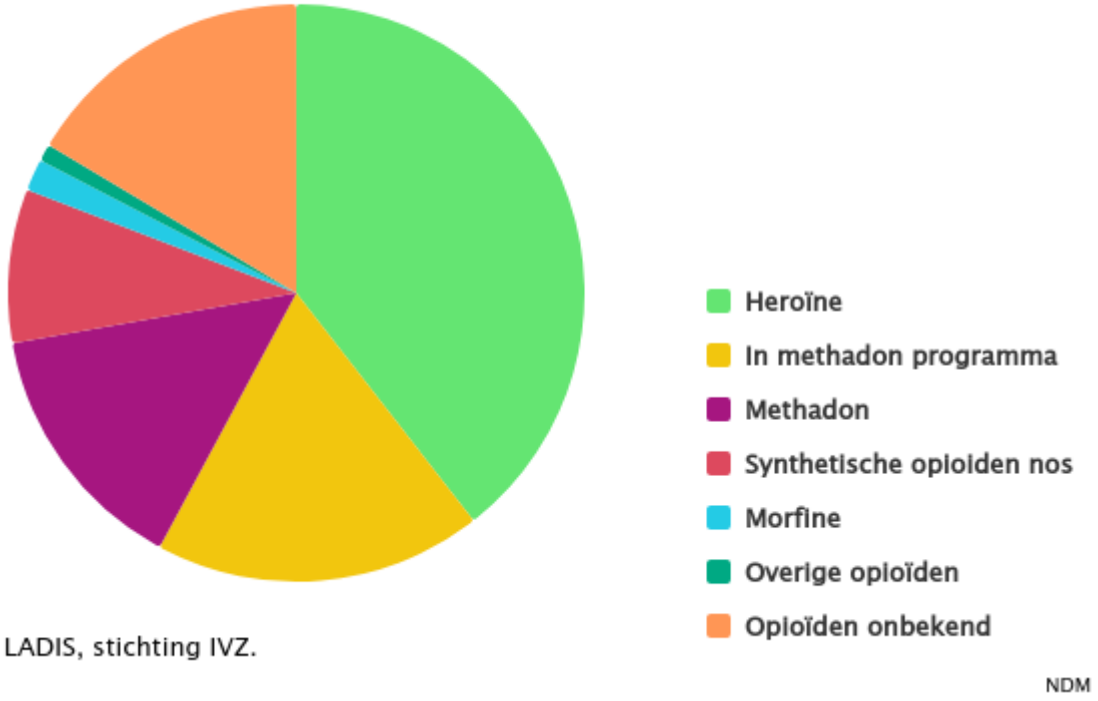
De registratie van het specifieke middel wordt niet bij elke instelling op dezelfde manier gedaan, waardoor het lastig is hier precieze uitspraken over te doen. Wel lijkt het merendeel van de opioïdencliënten gebruikers van heroïne en/of methadon te zijn die een opiaatvervangende behandeling krijgen. In 2023 werd 3.045 keer (40%) heroïne geregistreerd als primaire problematiek, 1.108 keer (14%) werd methadon geregistreerd. Voor nog eens 1.420 cliënten (18%) stond geregistreerd dat zij deelnamen aan een methadonprogramma, zonder het primaire middel aan te geven. Niet alle instellingen hebben hun gegevens over methadonverstrekking aangeleverd en daarnaast vindt methadonverstrekking ook in toenemende mate plaats door apothekers [1]. Het daadwerkelijke aantal cliënten dat een opiaatvervangende behandeling ontvangt is waarschijnlijk ook veel hoger.

Door beperkingen in registratie precieze aantal cliënten met problematiek met pijnstillende opioïden onbekend

Naast heroïne of methadon bevat de groep opioïdencliënten ook mensen met problematiek rondom sterke opioïde pijnstillers, zoals oxycodon en fentanyl. Vanwege beperkingen in de registratie aan de bron is het niet mogelijk te rapporteren over hoeveel dit er precies zijn.

Bij de registratie van opioïde middelen wordt bij de instellingen nog veel gebruik gemaakt van verzamelcategorieën. Bij 665 (9% van het totaal aantal opioïdencliënten) ging het om niet gespecificeerde synthetische opioïden. Het gaat hier waarschijnlijk voornamelijk om stoornissen in gebruik van sterke pijnstillers zoals oxycodon en fentanyl. Maar om welke specifieke middelen het in deze groep gaat is niet bekend. Specifieke middelen zoals morfine (2%) of oxycodon (<1%) werden nog weinig geregistreerd. Daarnaast werd voor 16% van het totaal aantal opioïdencliënten het primaire middel geregistreerd als “overige opiaten” of “onbekende opiaten”. Ook hier is niet bekend om welke middelen het gaat, mogelijk gaat het hier ook om heroïne.

Verdeling geregistreerde middelen onder cliënten in behandeling voor opioïdenproblematiek. Peiljaar 2023.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

	Aantal	Percentages
Heroïne	3045	39,5%
In methadon programma	1420	18,4%
Methadon	1108	14,4%
Synthetische opioiden nos	665	8,6%
Morfine	137	1,8%
Overige opioïden	73	0,9%
Opioïden onbekend	1269	16,4%

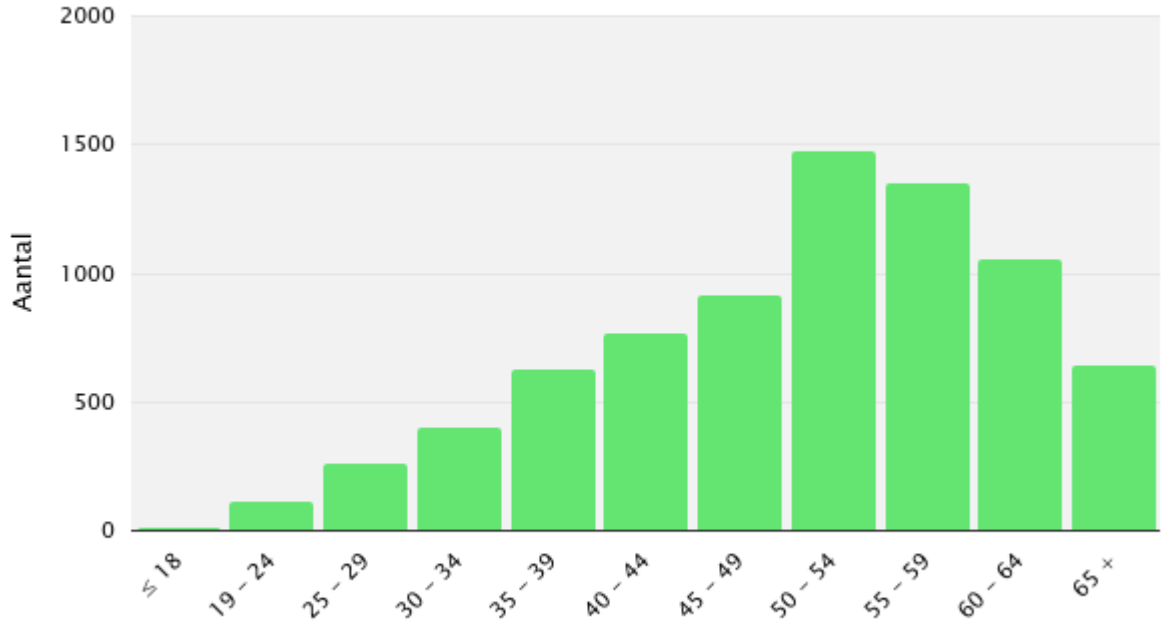
Ongeveer driekwart van de opioïdencliënten zijn mannen

In 2023 was het grootste deel van de cliënten in behandeling in de verslavingszorg voor opioïdenproblematiek man (78%), ongeveer één op de vier was vrouw (22%). Er is in deze cijfers geen onderscheid gemaakt tussen cliënten met heroïneproblematiek en cliënten met problematiek rondom een ander opioïde middel.

Cliënten met opioïdenproblematiek oudste groep binnen de verslavingszorg

In 2023 was de gemiddelde leeftijd van de cliënten in behandeling voor opioïdenproblematiek 51 jaar. Daarmee zijn de opioïdencliënten de oudste groep binnen de verslavingszorg. De meeste cliënten vielen in de leeftijdsgroepen 50-54 jaar en 55-59 jaar. Van alle cliënten in de verslavingszorg heeft de groep opioïdencliënten het hoogste aandeel cliënten boven de 55 (41%).

Leeftijdsverdeling van de primaire opioïdencliënten in de verslavingszorg. Peiljaar 2023.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Leeftijd	Aantal	Percentages
≤ 18	7	0,1
19 - 24	107	1,4
25 - 29	253	3,3

Leeftijd	Aantal	Percentages
30 - 34	396	5,1
35 - 39	622	8,1
40 - 44	763	9,9
45 - 49	907	11,8
50 - 54	1473	19,1
55 - 59	1349	17,5
60 - 64	1052	13,6
65 +	639	8,3

Bijna alle opioïdencliënten zijn al eens eerder behandeld in de verslavingszorg

In 2023 werd het grote merendeel van de opioïdencliënten (92%) al eens eerder behandeld in de verslavingszorg. Dit lijkt nogmaals te bevestigen dat het hier vooral gaat om een groep heroïne/methadon gebruikers die langdurig in zorg is. Slechts een klein deel (8%) meldde zich in 2023 voor het eerst bij de verslavingszorg.

Meer dan de helft van de opioïdencliënten heeft geen secundaire problematiek

In 2023 had 41% van de primaire opioïdencliënten nog andere verslavingsproblematiek. We noemen dit ook wel secundaire problematiek. Onder primaire opioïdencliënten is cocaïne de meest voorkomende secundaire problematiek (17% van alle primaire opioïdencliënten), gevolgd door een andere opioïde (9%) en alcohol (5%). Opioïden kunnen bij sommige personen zowel het primaire als secundaire probleem zijn, omdat het een verzamelcategorie is. Het kan bijvoorbeeld zowel om heroïne als methadon gaan.

Mogelijk hebben de opioïdencliënten in de verslavingszorg ook nog andere psychische problemen dan verslaving. Het LADIS verzamelt hier echter niet systematisch gegevens over.

Opioïden als secundaire problematiek vooral bij mensen met ook primaire opioïdenproblematiek

Problematiek met opioïden kan ook voorkomen als secundaire problematiek bij cliënten die voor andere verslavingsproblematiek in behandeling zijn. In totaal ging het in 2023 om 2.280 secundaire opioïdencliënten. Voor cliënten met opioïden als secundaire problematiek was het meest voorkomende primaire middel een andere opioïde (52%), daarna volgden cocaïne (20%) en alcohol (16%). Opioïden kunnen bij sommige personen zowel het primaire als secundaire probleem zijn, omdat meerdere middelen onder deze categorie vallen.

Is het aantal mensen dat wordt behandeld in de verslavingszorg voor opioïdenproblematiek veranderd?

Het aantal primaire opioïdencliënten per 100.000 inwoners is licht gedaald tussen 2018 en 2023

Tussen 2018 en 2023 is het aantal cliënten in behandeling voor primaire opioïdenproblematiek ongeveer gelijk gebleven, met 7.923 in 2018 en 7.717 cliënten in 2023. Het aantal primaire opioïdencliënten leek tussen 2019 en 2020 wat hoger, en daarna weer af te nemen. In de loop van de jaren zijn er steeds meer instellingen bijgekomen die gegevens aanleveren aan het LADIS. Als we alleen kijken naar de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd (de constante instellingen), dan blijft de trend ongeveer hetzelfde. Op de lange termijn is het aantal cliënten met opioïdenproblematiek wel sterk gedaald, in 2006 stonden er in het LADIS meer dan 13.000 cliënten met primaire opioïdenproblematiek geregistreerd.

Tussen 2018 en 2023 is de bevolking van Nederland gegroeid. Om hier rekening mee te houden is ook gekeken naar het aantal cliënten per 100.000 inwoners. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder leek het aantal primaire opioïdencliënten te dalen tussen 2018 (55) en 2023 (51). Voor deze berekeningen zijn de gegevens van de constante instellingen meegenomen.

Het aandeel opioïdencliënten in de verslavingszorg is gedaald in periode 2018-2023

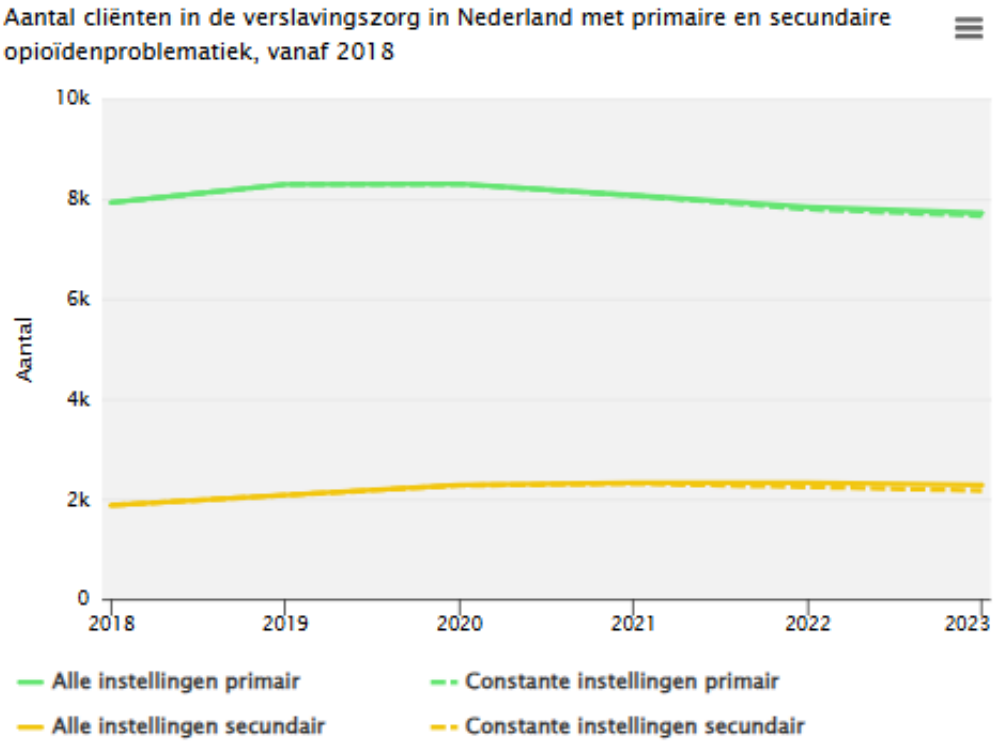
Het aandeel cliënten met primaire opioïdenproblematiek onder alle cliënten in de verslavingszorg nam licht af van 13% naar 12%. Ook het aandeel opioïdencliënten ten opzichte van alle cliënten in behandeling in de verslavingszorg voor drugs nam af, van 27% naar 24%. Voor deze berekeningen zijn de gegevens van alle deelnemende instellingen meegenomen.

Het aantal secundaire opioïdencliënten nam in de periode 2018-2023 licht

toe

Het aantal cliënten bij wie opioïdenproblematiek speelde als secundaire problematiek is in de periode 2018-2023 licht toegenomen, van 1.872 naar 2.280 cliënten. De stijging vond vooral plaats tussen 2018 en 2020, sindsdien is het aantal secundaire opioïdencliënten ongeveer stabiel gebleven. Ook wanneer er alleen gekeken wordt naar het constante aantal instellingen, ontstaat ongeveer hetzelfde beeld.

De stijging doet zich met name voor onder cliënten die ook opioïdenproblematiek als primaire problematiek hebben. Het is niet precies duidelijk wat hier de reden van is. Mogelijk gaat het om meer bij-gebruik van andere opioïden of betere registratie hiervan.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

Jaartal	Alle instellingen primair	Constante instellingen primair	Alle instellingen secundair	Constante instellingen secundair
2018	7923	7923	1872	1872
2019	8290	8290	2075	2075
2020	8298	8294	2277	2269

Jaartal	Alle instellingen primair	Constante instellingen primair	Alle instellingen secundair	Constante instellingen secundair
2021	8069	8065	2320	2304
2022	7838	7795	2326	2242
2023	7717	7663	2280	2167

Aandeel oudere cliënten met opioïdenproblematiek toegenomen

Het aandeel oudere cliënten met opioïdenproblematiek is tussen 2018 en 2023 toegenomen. Dit wordt vooral zichtbaar in de oudste leeftijdsgroepen. Waar in 2018 nog 14% van de opioïdencliënten boven de 60 waren, was dat in 2023 opgelopen tot 22%. Ook de gemiddelde leeftijd nam toe van 49 naar 51. Het aandeel jonge opioïdencliënten (< 25 jaar) is tussen 2018 en 2023 ongeveer gelijk gebleven. Dit is een indicatie dat het hier gaat om dezelfde ouder wordende groep cliënten die langdurig in zorg is.

Ook op de langere termijn lijken opioïdencliënten steeds ouder te worden. In 2006 was de gemiddelde leeftijd nog 42 jaar.

Het aandeel mannen onder cliënten met primaire opioïdenproblematiek is tussen 2018 en 2023 licht gedaald van 80% naar 78%.

Hoe behandelt de verslavingszorg mensen met opioïdenproblematiek?

De verslavingszorg is onderdeel van de gezondheidszorg. De verslavingszorg helpt mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere gedragsverslaving. De behandeling van stoornissen in het gebruik van opioïden is gebaseerd op de ‘Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving’ [3].

Voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van opioïden behoren behandelingen met opiaatvervangende middelen (zoals methadon en buprenorfine), aangevuld met Contingency Management tot de meest effectieve interventies. Daarnaast kunnen ook zelfhulpgroepen en

informele zorg kunnen van belang zijn. Daarnaast is er bewijs dat heroïne op medisch voorschrift ingezet kan worden bij cliënten die onvoldoende profiteren van andere goed uitgevoerde behandelingen [3].

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het LADIS

De gegevens over het aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor opioïdenproblematiek zijn afkomstig van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Verslavingszorginstellingen leveren gepseudonimiseerde gegevens over hun cliënten aan het LADIS. Tussen 2015 en 2022 konden er geen nieuwe gegevens worden verzameld in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag geregeld voor het aanleveren van deze gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Vanaf 2023 zijn er weer verschillende rapportages van het LADIS verschenen [1]. Gegevens van voor 2018 worden momenteel niet gerapporteerd, omdat deze oudere gegevens opnieuw zijn opgevraagd bij de instellingen en eventuele verschillen met de oude gegevens nog niet onderzocht zijn.

Gegevens over het aantal cliënten in behandeling kunnen informatie geven over (trends in) de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn voor trends in problematisch gebruik. Echter zoekt maar een deel van de probleemgebruikers hulp bij de verslavingszorg. Onderzoek laat zien dat mensen die professionele hulp zoeken vaak ernstigere problemen hebben dan mensen die dit (nog) niet doen. Ook hebben ze vaker last van andere bijkomende psychische problemen [4,5].

Beperkingen van het LADIS

Er zijn een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg. (Nog) niet alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het LADIS. De afgelopen jaren zijn er wel steeds meer instellingen bijgekomen. Omdat dit de trends kan beïnvloeden rapporteert het LADIS zowel de trends van alle deelnemende instellingen als uitsluitend van de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd. Mogelijk bereiken de instellingen die nog geen gegevens aanleveren een andere doelgroep dan de instellingen die wel gegevens aanleveren.

Bij sommige van de deelnemende instellingen is er sprake van onderregistratie. Ook leveren niet alle instellingen de gegevens over het type middel even specifiek aan. Zo gebruiken sommige instellingen nog verzamelcategorieën, zoals “opiaten” of “overige middelen”. Gegevens over specifieke middelen kunnen dus ‘verborgen’ zijn in deze verzamelcategorieën. Daarnaast kunnen mensen ook buiten de verslavingszorg hulp krijgen, bijvoorbeeld bij de reguliere GGZ, in de huisartsenpraktijk, bij vrijgevestigde psychologen of via anonieme eHealth. Tot slot lijkt er sprake van slechts een beperkte capaciteit in de verslavingszorg, zo is er in de afspraken met verzekeraars sprake van een behandelplafond. Wanneer het behandelplafond voortijdig wordt bereikt kunnen behandelingen niet meer worden gedeclareerd. Ook is er in de verslavingszorg een tekort aan personeel.

Er staan ook nog mensen met een hulpvraag op het gebied van middelenproblematiek op een

wachtlijst voor hulp in de verslavingszorg. Hoeveel mensen dit precies zijn is niet bekend. De gemiddelde totale wachttijd (vanaf aanmelding tot start behandeling) voor een behandeling voor de diagnosegroep “Middelgerelateerd en verslaving” was volgens de NZA 15 weken in december 2023 [6].

Bronnen

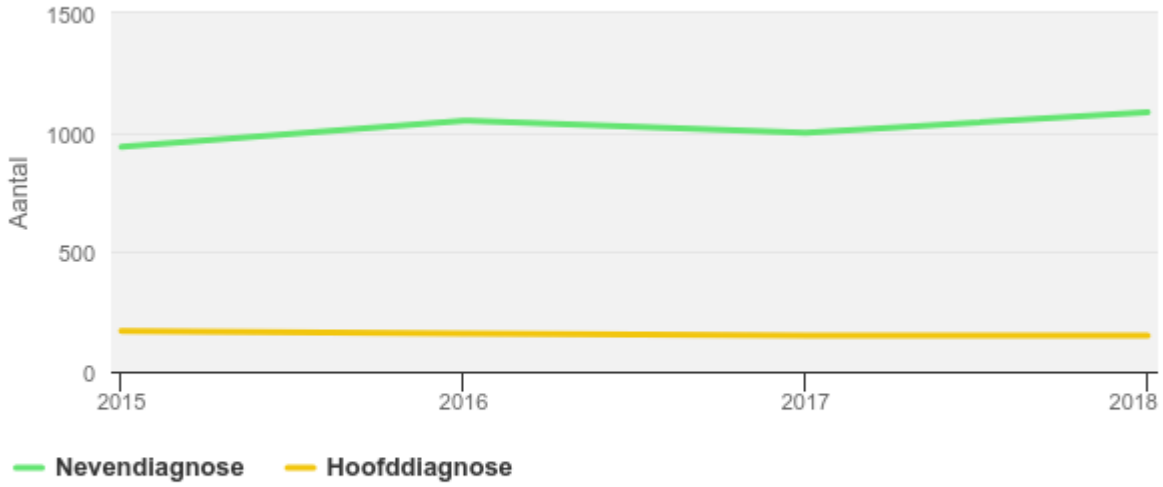
1. Wisselink DJ, Van der Slink JB, Kerssies JP. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2018 – 2023. 2024. p. 1–85.
2. Vektis.nl. Factsheet GGZ [Internet]. Gepubliceerd op: 30-05-2024. Available from: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024
3. Van den Brink W, Van de Glind G, Schippers G. Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
4. 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.
5. Tuithof M. Drinking Distilled: onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population. Amsterdam: Univeristeit van Amsterdam; 2015.
6. Zorgautoriteit N. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/

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).
- 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

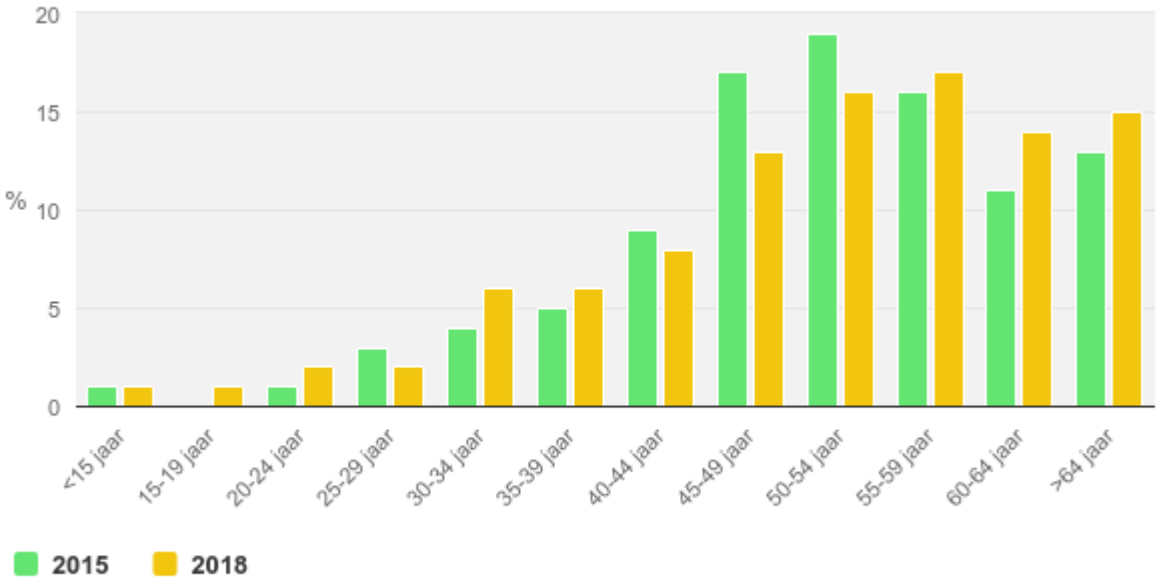


Aantal diagnoses afgerond op vijftallen, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-10 codes: F11 (psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten), T40.1 (vergiftiging door heroïne), T40.3 (vergiftiging door methadon). I. Zie bijlage B5 voor definities. Bron: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

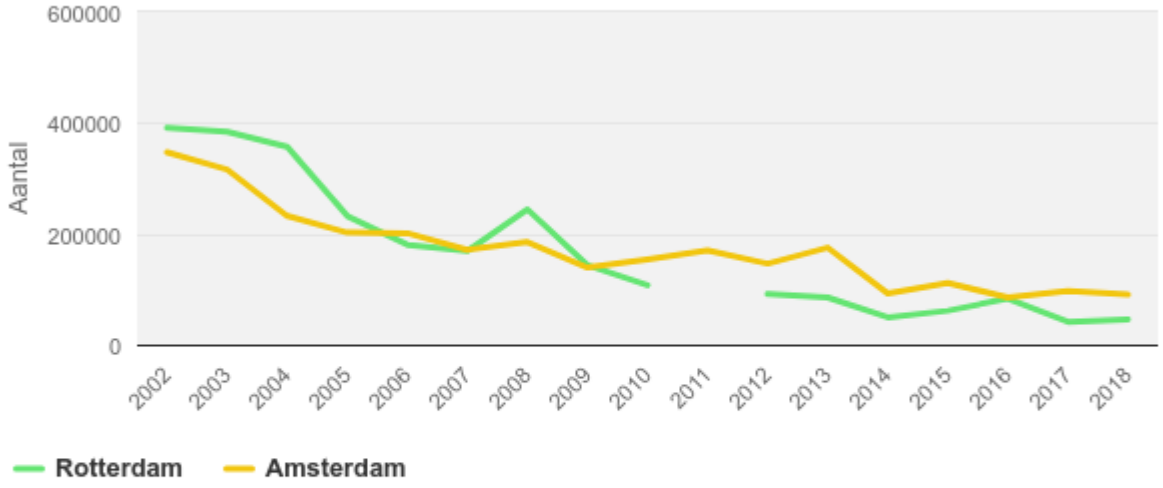
- In de Europese landen komen, net als in Nederland, infecties met hepatitis B minder vaak voor onder drugsgebruikers dan hepatitis C-infecties.
- Naar schatting varieert in 2016-2017 het percentage injecterende drugsgebruikers met een hepatitis B infectie (zowel acuut als chronisch) tussen de 1% en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



Aantal omgeruilde spuiten maal 1.000 afgerond op duizendtallen. I. 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.

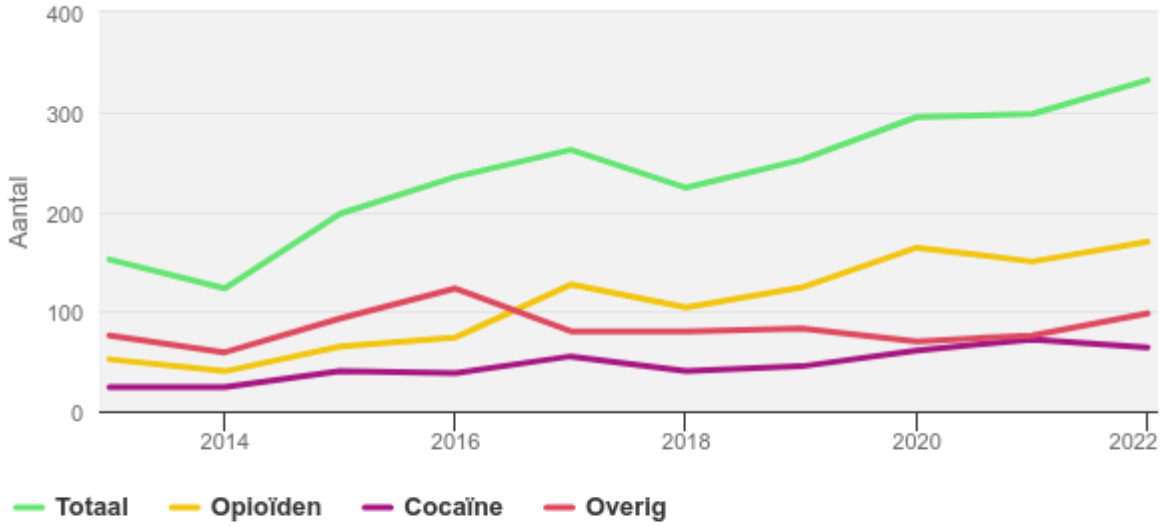
Gegevensbronnen

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

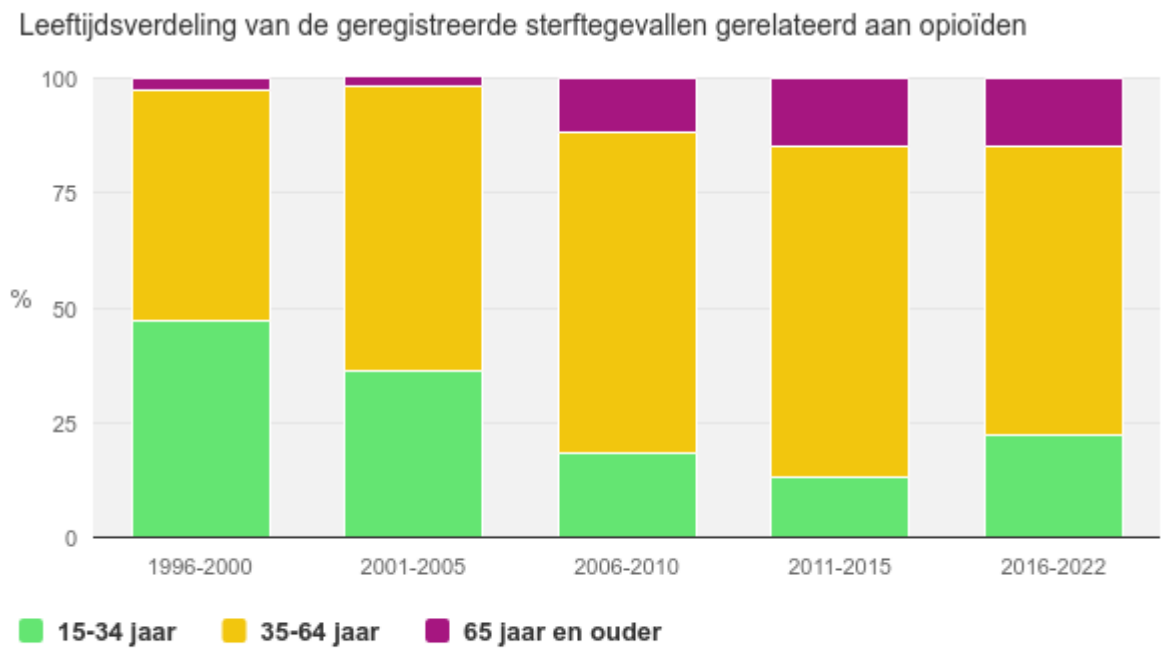
doodsoorzaak was.
- Bovengenoemde aantallen betreffen alleen sterfgevallen onder inwoners die officieel stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. In 2022 waren bij het CBS nog eens 34 gevallen bekend van drugssterfte onder mensen die wel in Nederland verbleven, maar niet als inwoner stonden geregistreerd 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

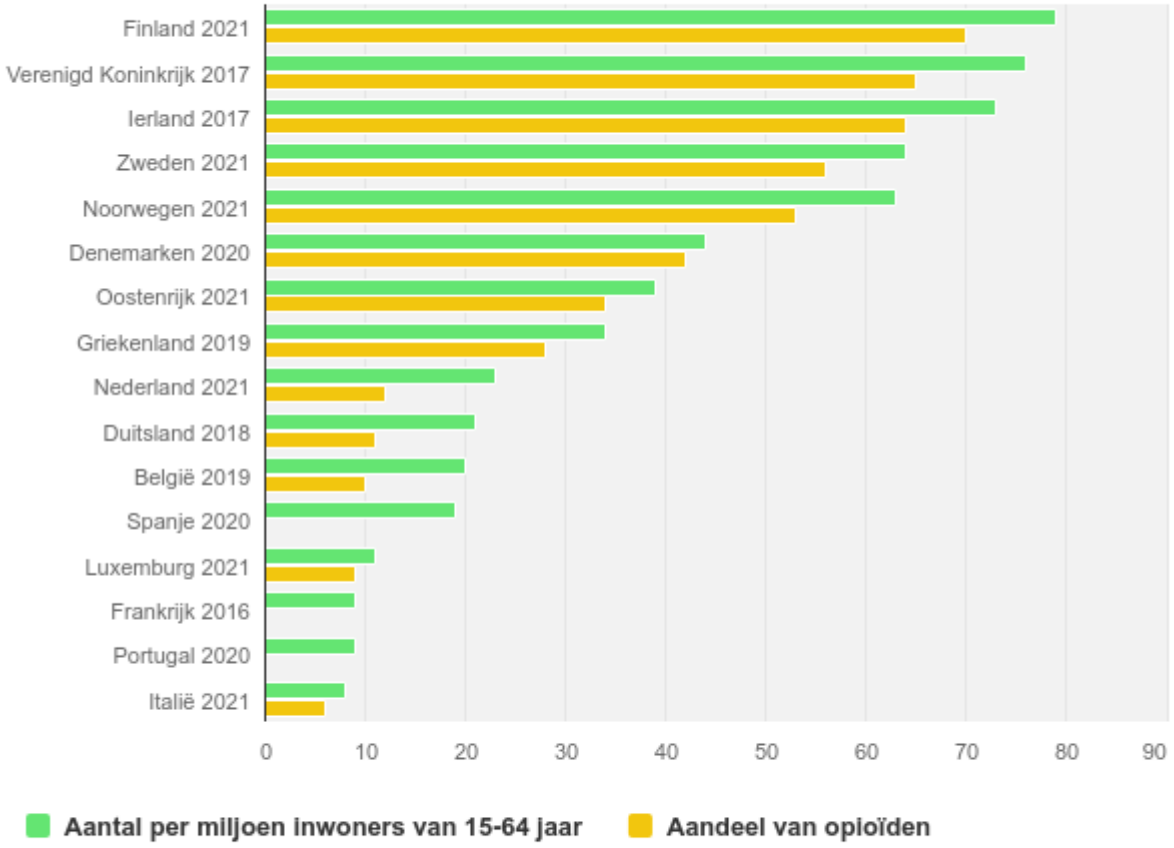
Onderstaand figuur toont voor de landen van de EU-14, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk het totaal aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar, voor het meest recente jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn bij het EMCDDA [7]. Het gaat hier niet alleen om opioïden 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

5.8.1 Samenstelling

Wat is de samenstelling van heroïne die wordt verkocht op de Nederlandse drugsmarkt?

In het kort: Heroïne wordt nauwelijks ingeleverd bij de testlocaties van het DIMS. Er zijn daarom weinig betrouwbare gegevens over samenstelling of prijs beschikbaar.

Heroïne wordt nauwelijks ingeleverd bij testlocaties van het DIMS

In 2023 ging het in totaal om 48 drugsmonsters die waren verkocht als heroïne [1]. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Het aantal ingeleverde heroïne-monsters is altijd erg laag geweest. Een mogelijke verklaring is dat het hier om andere gebruikersgroepen gaat. Heroïne is een zeer verslavend middel. Een persoon die heroïne gebruikt, zal waarschijnlijk niet snel geneigd zijn om zijn middel af te staan voor een analyse. De uitslag laat namelijk een week op zich wachten en het middel krijgt men niet terug.

Geen andere opiaten of opioïde pijnstillers ingeleverd bij de testlocaties

Er is in 2023 twee keer een drugsmonster ingeleverd bij de testlocaties van het DIMS dat gekocht was als opium. Medicijnen zoals oxycodon of heroïne-vervangers zoals methadon werden niet ingeleverd.

Hoeveel heroïne zit er in de heroïne-monsters ingeleverd op testlocaties?

In 2023 zat er in de ingeleverde heroïne-monsters gemiddeld 39,9% heroïne. Dit is het laagste heroïnegehalte in de afgelopen vijf jaar. Omdat het aantal ingeleverde heroïne-monsters elk jaar erg laag was, is het niet zeker hoe betrouwbaar deze gegevens zijn.

Het heroïnegehalte in de heroïne die bij het DIMS werd ingeleverd lijkt vergelijkbaar met dat in de rest van Europa. In de helft van de Europese landen die rapporteerden aan het EUDA, viel het heroïne-gehalte tussen de 27 en 42% [2].

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van drugstestlocaties. Het DIMS-netwerk bestaat uit 12 instellingen voor verslavingszorg en Stichting Mainline en wordt gecoördineerd vanuit het Trimbos-instituut. Het doel van het DIMS is het inzicht krijgen in de markt van illegale drugs. Consumenten kunnen anoniem hun drugs laten testen bij 32 testlocaties verspreid

over heel Nederland. Het DIMS onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in deze ingeleverde drugsmonsters [1]. Hiervoor worden verschillende analysemethoden gebruikt. Welke analysemethoden worden gebruikt hangt onder andere af van de vorm van het drugsmonster en de samenstelling. De meeste analyses worden gedaan in een extern laboratorium met GC-MS (gaschromatografie-massaspectrometrie) en LC-DAD (vloeistofchromatografie). Bepaalde poedermonsters en GHB kunnen soms ook direct op een aantal testlocaties of bij het DIMS-hoofdkantoor geanalyseerd worden met behulp van een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Een deel van de monsters in pil-vorm wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend.

Voorlichting en waarschuwingsfunctie

De testlocaties hebben een belangrijke voorlichtingsfunctie. Consumenten die drugs laten testen krijgen informatie over de effecten en risico's van de ingeleverde drugs. Als er drugs in omloop zijn die een extra risico met zich meebrengen waarschuwt het DIMS landelijk, regionaal of lokaal, of via sociale media.

Meer informatie over het testen van drugs is te vinden op de website van het DIMS.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [2].

Bronnen

1. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.
2. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

5.8.2 Prijs

Wat kost de heroïne die verkocht wordt in Nederland?

Geen landelijke gegevens bekend over de prijs van heroïne

Er zijn geen landelijke of lokale gegevens bekend over de prijs van heroïne.

Sommige Europese landen rapporteren de prijs van heroïne in hun land aan het EUDA. De prijs van de base-vorm en de hydrochloride (HCl)-vorm van heroïne wordt apart gerapporteerd. In de helft van deze Europese landen lag de prijs van heroïne HCl tussen de 35 en 61 euro. De prijs van heroïne base lag in de helft van de EU-landen tussen de 23 en 47 euro [1].

Er zijn justitiële gegevens bekend over de opiatenmarkt in Nederland

Lees meer informatie over:
- Opsporingsonderzoeken en Veroordelingen rondom heroïne
- Handel en Smokkel van heroïne
- Inbeslagnames van heroïne

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Monitoren van de illegale drugsmarkt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) is een landelijk netwerk van drugstestlocaties. Het DIMS-netwerk bestaat uit 12 instellingen voor verslavingszorg en Stichting Mainline en wordt gecoördineerd vanuit het Trimbos-instituut. Het doel van het DIMS is het inzicht krijgen in de markt van illegale drugs. Consumenten kunnen anoniem hun drugs laten testen bij 32 testlocaties verspreid over heel Nederland [2]. Als consumenten hun drugsmonster laten testen bij een testlocatie wordt hen ook gevraagd naar de aankoopprijs. Heroïne wordt echter te weinig aangeleverd om een betrouwbare prijsindicatie te geven.

Europese drugsmarkt

Het EUDA (voorheen het EMCDDA) monitort de Europese drugsmarkt in samenwerking met Europol [1].

Bronnen

1. EMCDDA. European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Luxemborug: Publications Office of the European Union; 2024. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en
2. Hutten N, Smit-Rigter L. Jaarbericht 2023 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Trimbos-instituut; 2024.

Slaap- en kalmeringsmiddelen

Laatste feiten en trends

Volwassenen
Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen met en (ook) zonder recept (2022)



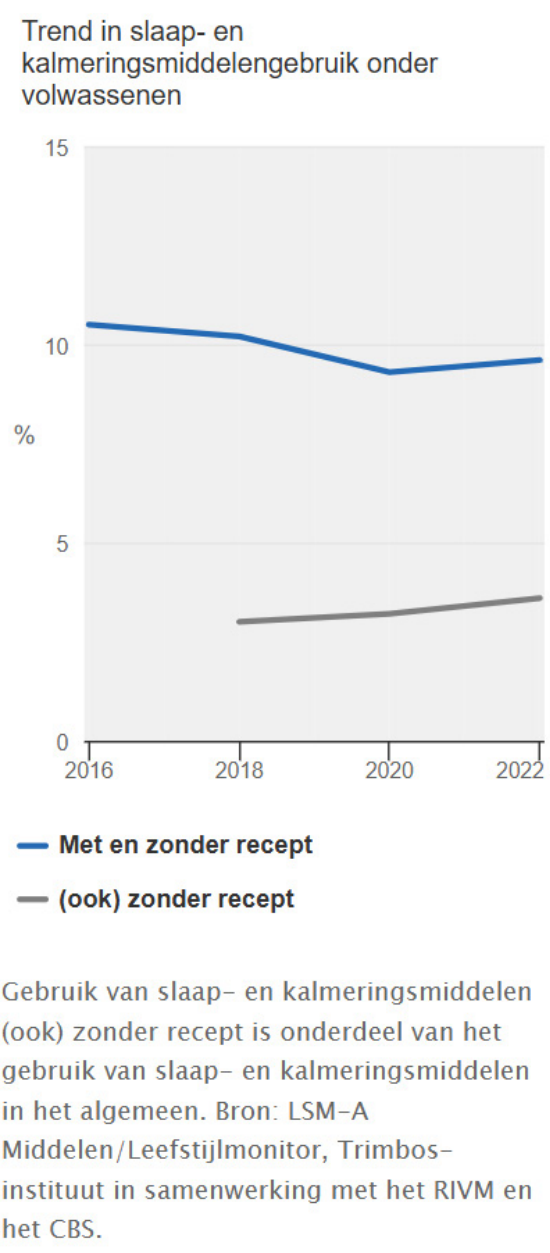
9,6% met/zonder recept
3,6% (ook) zonder recept



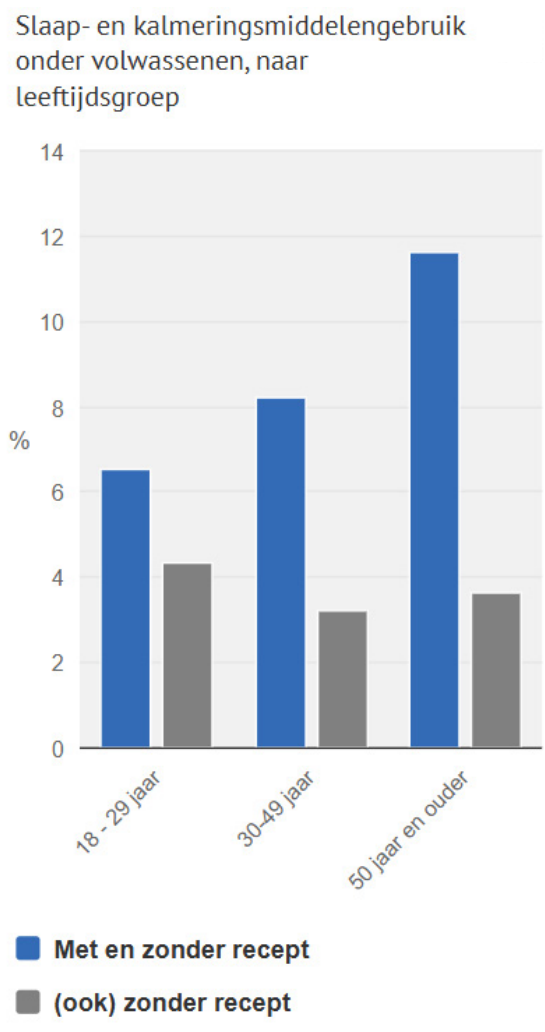
12,7% met/zonder recept
4,5% (ook) zonder recept



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.



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

- 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	**Studenten**	**Uitgaanders**
15-16 jaar	≥16 jaar	16-35 jaar
ooit (2019)	laatste jaar (2023)	laatste jaar (2023)



11,% met recept
8,3% zonder recept



6,3% zonder recept (mbo)
3% zonder recept (hbo & wo)



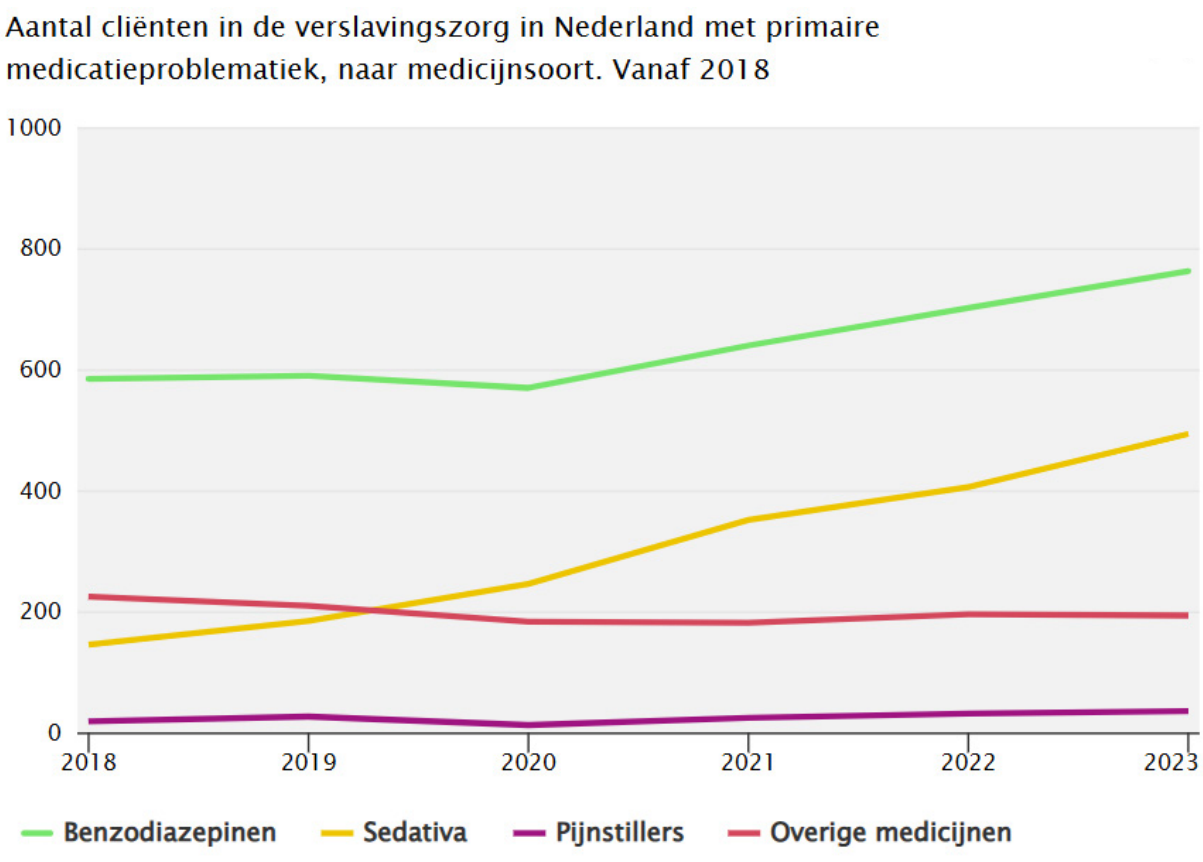
4,1% zonder recept

- Het percentage scholieren dat ooit slaap- of kalmeringsmiddelen (met en zonder recept) gebruikte schommelde tussen 2011 en 2019.
- In 2023 gebruikte ongeveer één op de vijftien (6,3%) mbo-studenten en ongeveer één op de drieëndertig (3%) hbo– en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift in het laatste jaar. Het laatste-jaar-gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 licht gedaald. Er zijn nog geen trendgegevens beschikbaar voor mbo-studenten.
- 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.
- Er is nog weinig onderzoek gedaan naar het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder kwetsbare jongeren. Er zijn signalen dat het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder recept onder sommige groepen kwetsbare jongeren voorkomt.

Internationale vergelijking

- Er zijn geen cijfers waarmee het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder volwassenen goed vergeleken kan worden tussen verschillende landen.
- 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.

Hulpvraag en incidenten



Bron: LADIS, stichting IVZ.

- In 2023 werden er ruim 1.500 mensen behandeld in de verslavingszorg voor medicatieproblematiek, waarvan het merendeel (81%) voor slaap- en kalmeringsmiddelen. Dit is ongeveer 5% van het totaal aantal cliënten in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Het aantal en het aandeel medicatiecliënten in de verslavingszorg steeg in de periode 2018-2023. De stijging deed zich vooral voor onder cliënten met problematiek met sedativa en benzodiazepinen.
- 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.

Sterfte

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.

- 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

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

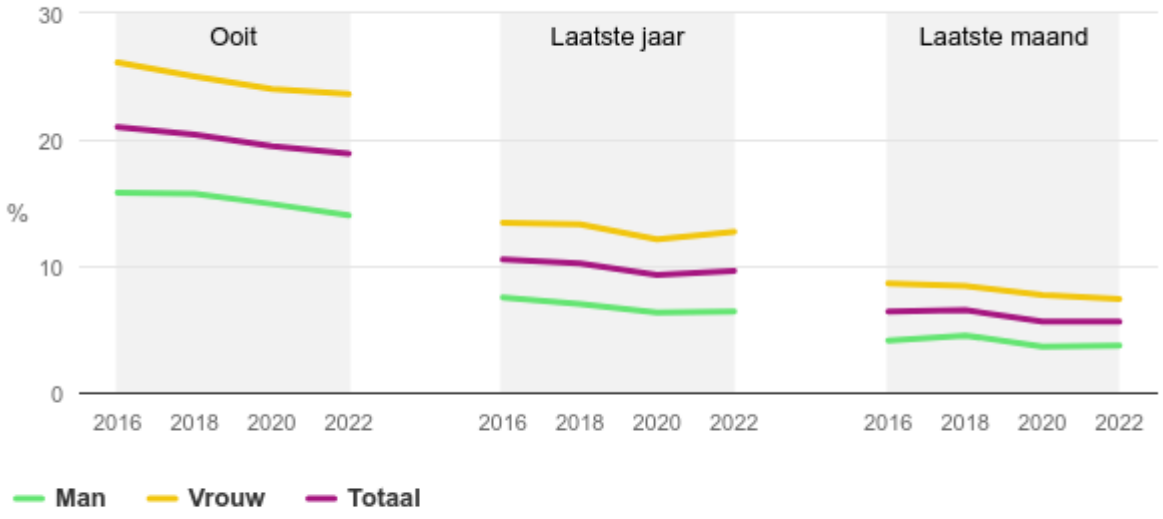
I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer slaap- of kalmeringsmiddelen en (ook) zonder recept gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

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.

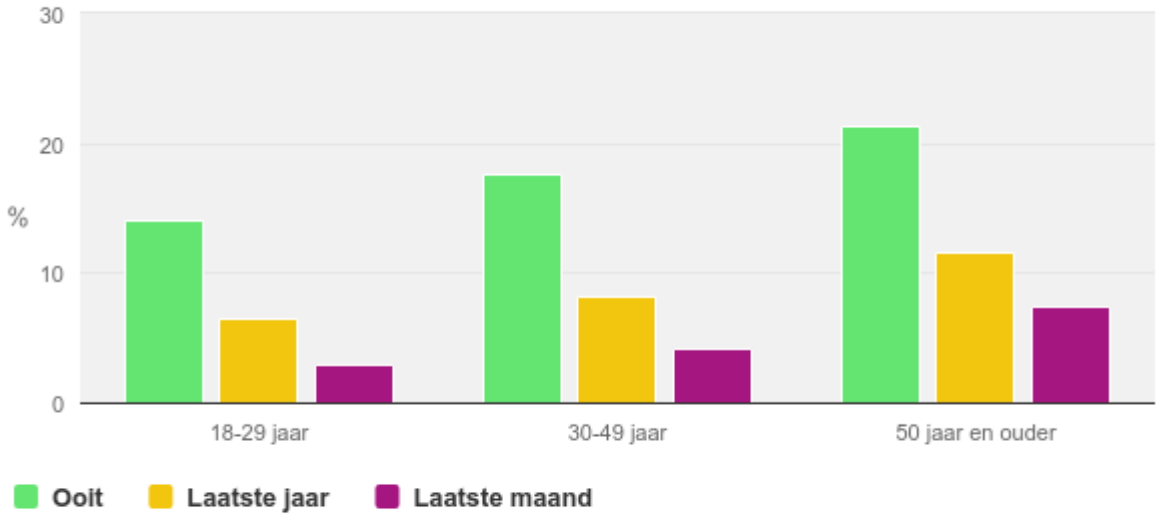
	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen		
Man	14,0	6,4
Vrouw	23,6	12,7
Gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept		
Man		2,7
Vrouw		4,5

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.

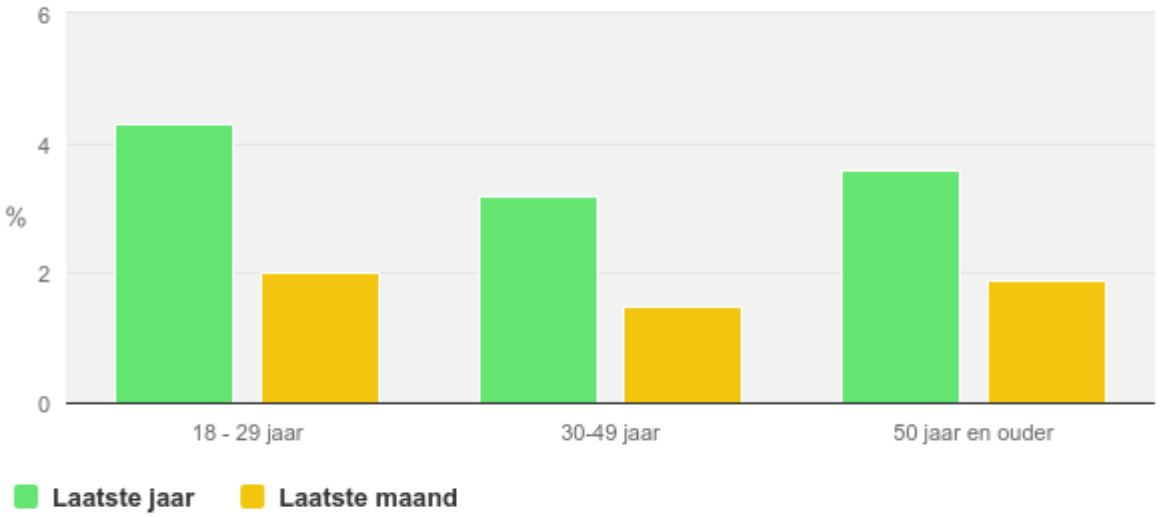


I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

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.

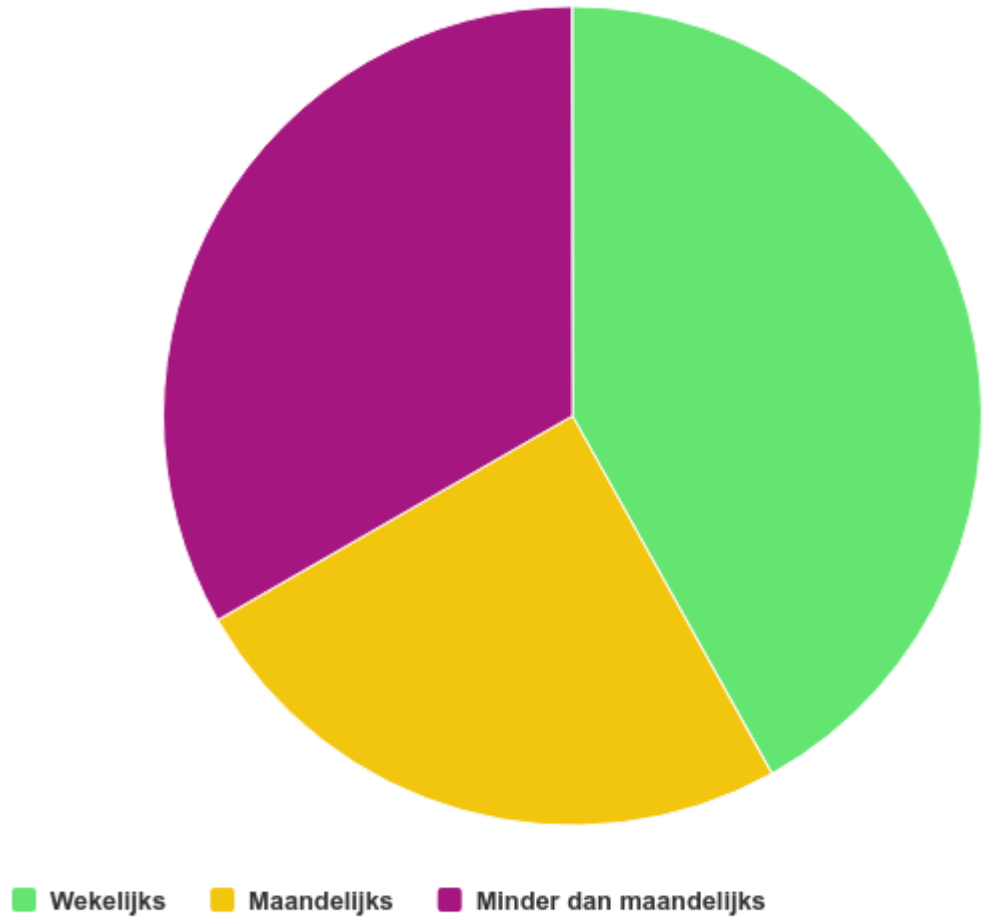
Gegevensbronnen

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

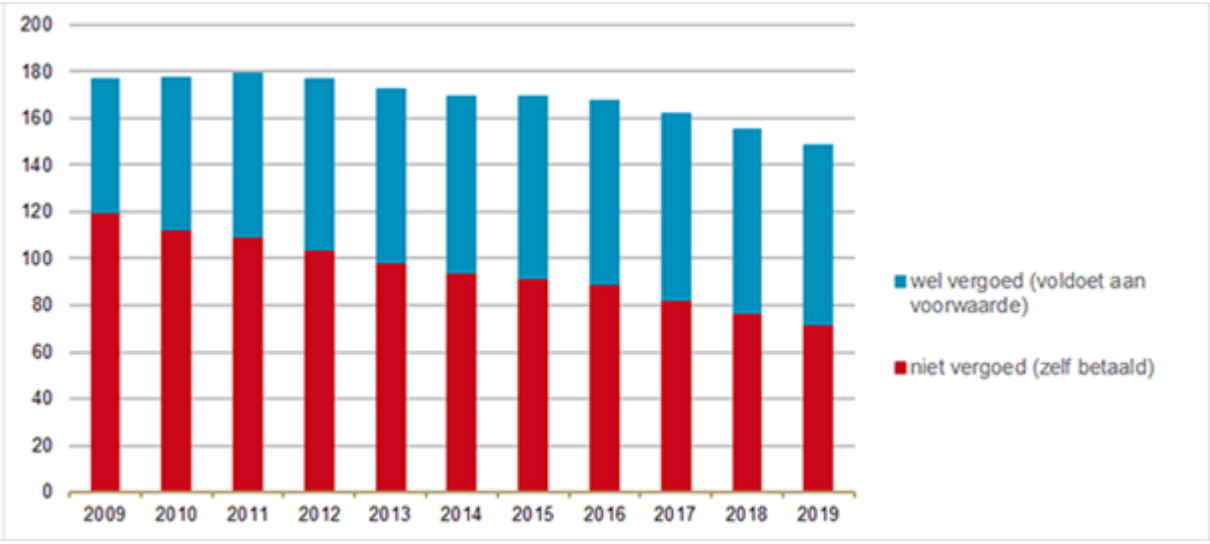
10.2.4 Verstrekking van benzodiazepinen

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 Nederlandse 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 15-16-jarige 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 15-16-jarige 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 (%)	J (%)	M (%)	T (%)
Slaap- of kalmeringsmiddelen zonder recept	7	10	8	6	8	7	8	11	9	5	11	7,2	9,4	8,3
Slaap- of kalmeringsmiddelen met recept	10	10	10	8	9	8	11	10	9	11	12	9,8	11	11
Slaap- of kalmeringsmiddelen met recept ≤ 3 weken gebruikt	8	9	9	5	6	6	6	6	5	5	6	-	-	-
Slaap- of kalmeringsmiddelen met recept >3 weken gebruikt	2	1	2	2	3	3	6	4	4	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 Slaap- en kalmeringsmiddelengebruik onder studenten

Hoeveel studenten gebruiken slaap- of kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift?

In het kort: In 2023 gebruikte ongeveer één op de vijftien (6,3%) mbo-studenten en ongeveer één op de drieëndertig (3%) hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift in het laatste jaar. Het laatste-jaar-gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 licht gedaald. Er zijn nog geen trendgegevens beschikbaar voor mbo-studenten.

Snel naar:
Mbo-studenten
Hbo- en universiteitsstudenten

Hoeveel mbo-studenten gebruiken slaap- of kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift?

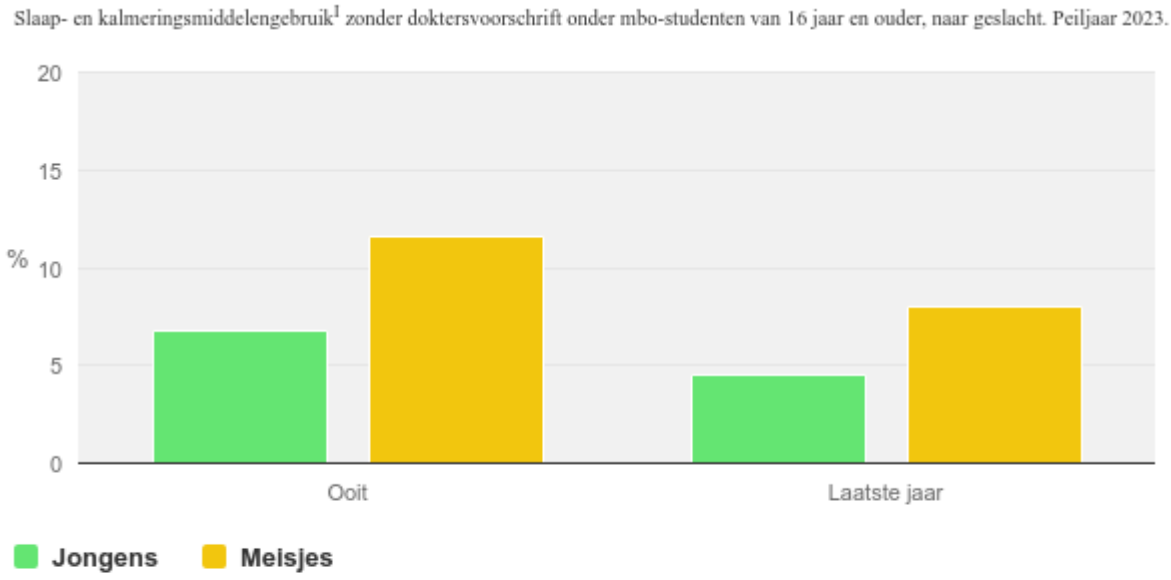
Ongeveer één op de vijftien mbo-studenten gebruikte in het laatste jaar slaap- of kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift

In 2023 had bijna één op de tien (9,2%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt zonder doktersvoorschrift, ongeveer één op de vijftien (6,3%) deed dit in het laatste jaar [1].

Bij de vraagstelling werden voorbeelden genoemd zoals oxazepam en temazepam, maar het is niet duidelijk of ook het gebruik van andere middelen zoals valeriaan en melatonine door studenten is meegenomen in het antwoord.

Meer meisjes dan jongens gebruiken slaap- of kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift

Het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift ooit in het leven was hoger onder meisjes (11,5%) dan onder jongens (6,7%). Dit geldt ook voor het gebruik in het laatste jaar [1]
.



I. Ooit, laatste jaar: ten minste één keer slaap– of kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar. Bron: Mbo–middelenmonitor, 2023

NDM

	Jongens	Meisjes
Ooit	6,7	11,5
Laatste jaar	4,5	8,0

Er zijn nog geen trendgegevens beschikbaar onder mbo-studenten

Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen is in 2023 voor het eerst uitgevraagd onder mbo-studenten waardoor er nog geen trendgegevens zijn.

Regionale gegevens over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder mbo-studenten

In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 had 7,2% van de Amsterdamse mbo-studenten van 16 jaar en ouder in het laatste jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt. 3,2% gebruikte de medicijnen op doktersrecept en 4,1% gebruikte

(ook) zonder recept [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Hoeveel studenten van het hbo en de universiteit gebruiken slaap- of kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift?

Ongeveer één op de drieëndertig hbo- en universiteitsstudenten gebruikte in het laatste jaar slaap- of kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift

In 2023 had ongeveer één op de vijfentwintig (4%) studenten van het hbo en de universiteit (wo) van 16 jaar en ouder ooit slaap- of kalmeringsmiddelen (zoals temazepam, oxazepam, Valium en Seresta) zonder doktersvoorschrift gebruikt. Ongeveer één op de drieëndertig (3%) deed dit in het laatste jaar [3].

Vanwege de lage respons (in 2023 6,5% van het totaal aantal studenten van de 24 deelnemende instellingen), geven deze cijfers een indicatie van middelengebruik, maar kunnen ze niet worden gezien als precieze schattingen van het gebruik in de totale studentenpopulatie (zie ook: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).

Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift komt in sommige groepen hbo- en universiteitsstudenten meer voor dan in andere groepen

De kans op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift in het laatste jaar onder hbo- en universiteitsstudenten was groter onder vrouwen en mensen die zich niet als man of vrouw identificeren dan onder mannen (respectievelijk 3% en 5% versus 2%) en onder internationale studenten dan onder studenten zonder migratieachtergrond (allebei afgerond 3%). Er werd ook een significant verschil gevonden tussen hbo- en universiteitsstudenten, maar dit wordt omschreven als ‘heel klein / niet betekenisvol’. Er waren geen verschillen in het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift naar leeftijd (16-21 jaar, 22-25 jaar, 26-19 jaar, 30 jaar en ouder) en onderwijsvorm (voltijd, niet-voltijd) [3].

Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift onder hbo- en universiteitsstudenten tussen 2021 en 2023 licht gedaald

Vergeleken met de eerste meting in 2021 is het percentage laatste-jaar-gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift in 2023 licht gedaald van 4% naar 3% [3].

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo-studenten

De Mbo-Middelenmonitor [1] onderzoekt het middelengebruik onder mbo-studenten. In 2023 werd dit onderzoek voor de vijfde keer uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public (nu Verian). Dit jaar werd het onderzoek alleen uitgevoerd onder mbo-studenten, terwijl eerdere metingen (in 2015, 2017, 2019 en 2021) ook hbo-studenten betrokken. In 2023 namen 4.448 mbo-studenten van 16 jaar en ouder deel aan het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 op 64 mbo-locaties. In totaal werden 6.053 studenten willekeurig benaderd door onderzoeksassistenten om een digitale vragenlijst in te vullen.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

Hbo- en universiteitsstudenten

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs [3] onderzoekt de mentale gezondheid en het middelengebruik van studenten van het hbo en de universiteit (wo) om de twee jaar. Dit onderzoek is in 2023 voor de tweede keer uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het RIVM, de GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. In 2023 vulden 32.217 hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder alle vragen over middelengebruik in. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 bij 24 onderwijsinstellingen in heel Nederland. De deelnemende onderwijsinstellingen stuurden een uitnodiging naar studenten van 16 jaar en ouder om de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd ook in het Engels aangeboden voor buitenlandse studenten. Het onderzoek heeft enkele belangrijke beperkingen, zoals een laag responspercentage van 6,5% in 2023 en de onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde groepen studenten. De data zijn wel gewogen om deze representatiever te maken, maar het is mogelijk dat de resultaten nog steeds vertekend zijn en niet volledig representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland.

Vanwege verschillen in methodes van dataverzameling zijn de resultaten van de Mbo-Middelenmonitor, de Antenne Amsterdam en de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs niet direct met elkaar te vergelijken.

Bronnen

1. K. Morren, S. Van Dorsselaer, K. Monshouwer. Factsheet: Middelengebruik onder mbo-studenten 2023. Trimbos-instituut; 2024.

2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. 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.

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

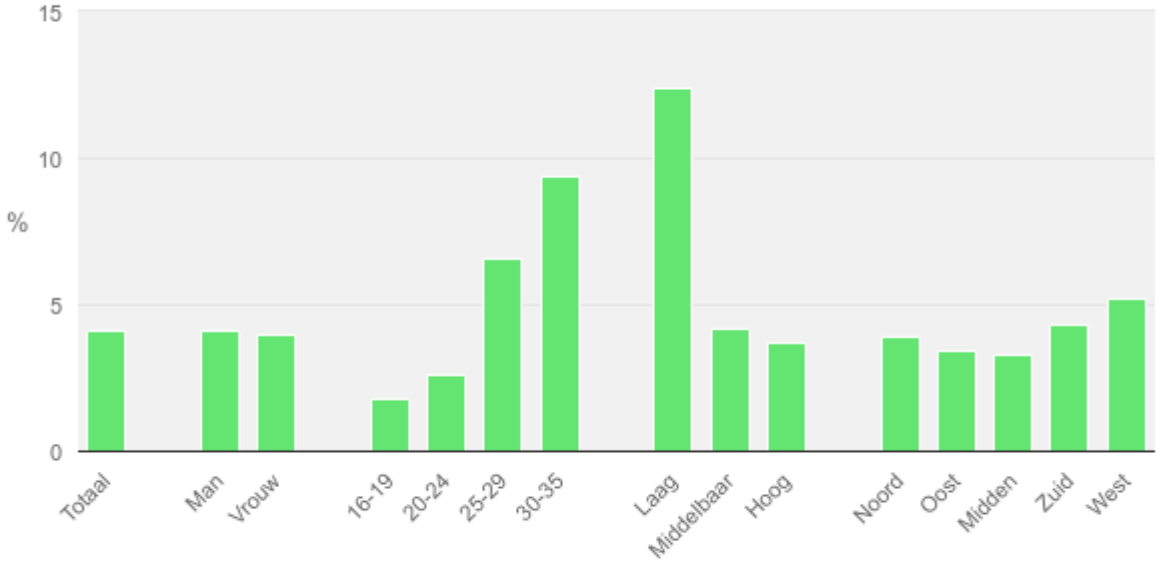
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 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

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen gebruiken slaap- en kalmeringsmiddelen?

In het kort: Er is nog weinig onderzoek gedaan naar het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder kwetsbare jongeren. Er zijn signalen dat het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zonder recept onder sommige groepen kwetsbare jongeren voorkomt.

Snel naar:
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Jongeren in de jeugdzorg
Groepen risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen ‘kwetsbare groepen jongeren’. Wij gebruiken de term ‘kwetsbare groepen jongeren’ om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg, in jeugddetentie of in het voorgezet speciaal onderwijs (vso) zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo’n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen gebruiken slaap- en kalmeringsmiddelen?

Eén op de twintig jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen gebruikte de laatste maand een medicijn zonder recept

In 2022 rapporteerde 6% van de jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) in de laatste maand medicijnen te hebben gebruikt zonder recept van de dokter [2]. Er is geen informatie beschikbaar over welke specifieke medicijnen er zijn gebruikt. In de vragenlijst zijn de volgende medicijnen als voorbeeld genoemd: benzodiazepinen (kalmerende middelen), ritalin of modafinil (AD(H)D medicatie). Er werden geen gegevens gerapporteerd over het (oneigenlijke) gebruik van medicijnen ooit in het leven.

Hoeveel jongeren in de jeugdzorg gebruiken slaap- en kalmeringsmiddelen?

Op regionaal niveau wordt onder jongeren in de jeugdzorg gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen gesignaleerd

Er zijn geen landelijke gegevens bekend over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder jongeren in de (residentiële) jeugdzorg.In een onderzoek uit 2019 onder jongeren in de brede jeugdzorg in Amsterdam werd gevonden dat 20,4% ooit slaap- of kalmeringsmiddelen had gebruikt ("valium, seresta"). Eén op de zes jongeren (16,3%) gebruikte deze middelen op recept, 7,1% (ook) zonder recept [3]. Deze jongeren worden ambulant begeleid, wonen op een leefgroep of ontvangen pleegzorg.

In 2019 is ook het gebruik onderzocht onder jongeren in de brede jeugdzorg in de Gooi- en Vechtstreek. Van deze jongeren had 31,8% ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt [4]. Meer dan één op de vijf (22,7%) jongeren gebruikte deze middelen met recept, 13,6% (ook) zonder recept. Het ging in deze onderzoeken om een kleine steekproef, waardoor deze resultaten voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

Hoe ziet het gebruik van slaap en kalmeringsmiddelen in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en waarbij minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als 'kansarme jeugd', 'probleemjeugd' of 'hangjeugd' [5].

In een derde van de onderzochte groepen risicojongeren worden medicijnen zonder recept gebruikt

In 9 van de 29 groepen was sprake van het gebruik van medicijnen zonder recept. Het gaat hier met name om methylfenidaat (Ritalin) en benzodiazepinen (zie ook: ADHD-medicatie / kwetsbare

jongeren), maar er wordt in deze gegevens geen onderscheid tussen verschillende medicijnen gemaakt. Binnen de groepen wisselt het aandeel van groepsleden dat deze middelen gebruikt, van een enkeling tot maximaal de helft van de groep.

In de meeste groepen bleef het medicijngebruik in het laatste jaar stabiel

Volgens de professionals nam het gebruik van medicijnen zonder recept in het laatste jaar in één van de negen groepen af en in één groep toe. In de overige zeven groepen bleef het gebruik voor zover bekend stabiel.

In sommige groepen risicojongeren wordt er gehandeld in medicijnen

In sommige groepen is er sprake van handel in medicijnen die via een huisarts of op de illegale markt zijn verkregen.

Slaap- en kalmeringsmiddelen worden onder risicojongeren vooral functioneel gebruikt

Volgens de jongerenwerkers gebruikten de jongeren waar zij zicht op hadden slaap- en kalmeringsmiddelen vooral tegen de stress, om te kunnen slapen of om de effecten van eerder genomen stimulerende middelen te dempen.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen is onder kwetsbare jongeren minder onderzocht dan het gebruik van andere middelen, zoals cannabis of ecstasy. Zo zijn er geen specifieke gegevens over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen binnen het praktijkonderwijs, het voortgezet speciaal onderwijs (vso) of de residentiële jeugdzorg (RJZ).

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (Justitiële Jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [2]. Aan het onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. In totaal deden 110 jongeren tussen de 14 en 24 jaar mee aan dit onderzoek.

Jongeren in de jeugdzorg

In 2019 zijn er gegevens verzameld over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen op regionaal niveau (Amsterdam en Gooi- en Vechtstreek) onder jongeren in de brede jeugdzorg [3,4]. Deze jongeren worden ambulant begeleid, wonen op een leefgroep of ontvangen pleegzorg. De steekproeven zijn relatief klein (118 jongeren in Amsterdam; 23 jongeren in de Gooi- en Vechtstreek) waardoor bevindingen voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet.

De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [5]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio's in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
2. 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.
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. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.

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 waarmee het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen goed vergeleken kan worden tussen verschillende landen.

Gegevensbronnen

Cijfers over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn lastig internationaal te vergelijken. Het EMCDDA rapporteert voor Europese landen nog niet systematisch over deze middelen. Voor landen als de Verenigde Staten [1], Canada [2] en Australië [3] 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.

Nederland, Verenigde Staten, Canada en Australië

- In Nederland had 3,6% van de mensen van 18 jaar en ouder in 2022 in het laatste jaar (ook) zonder recept slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt (zie Kerncijfers en trends volwassen bevolking).
- In 2022 had in de Verenigde Staten 1,8% van de mensen van 18 jaar en ouder in het laatste jaar misbruik gemaakt van slaap- of kalmeringsmiddelen [1]. Het ging hierbij om kalmeringsmiddelen (1,6%), sedativa (0,4%) en benzodiazepinen (1,4%).
- In Canada werd in 2019 aan een steekproef van mensen uit de algemene bevolking van 15 jaar en ouder gevraagd of ze het laatste jaar kalmeringsmiddelen hadden gebruikt om daar “high” van te worden [2]. Voor de 15-plussers samengenomen werd een percentage gevonden van 0,3% dat bevestigde “high” te willen worden van kalmeringsmiddelen, 0,4% van de mannen en 0,2% van de vrouwen. Hierbij dient wel te worden aangetekend dat het sociaal onwenselijk is om te antwoorden dat men kalmeringsmiddelen gebruikt om daar “high” van te worden. Dit zal van invloed zijn geweest op het relatief lage percentage dat werd gevonden voor Canada.
- In 2022-2023 had in Australië 1,6% van de mensen van 14 jaar en ouder in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt voor niet-medische doeleinden [3].

Bronnen

1. SAMHSA. 2022 NSDUH Detailed Tables: Publication Date: November 13, 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2022-nsduh-detailed-tables
2. CADS. Canadian Alcohol and Drugs Survey: Survey data for 2019: Date modified: 2021-12-20 [Internet]. 2021. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-alcohol-drugs-survey.html
3. AIHW. National Drug Strategy Household Survey 2022–2023: Use of illicit drugs: Last updated: 29 Feb 2024 [Internet]. 2024. Available from:

https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/national-drug-strategy-household-survey/contents/use-of-illicit-drugs

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

10.6.1 Verslavingszorg

In het kort: In 2023 werden er ruim 1.500 mensen behandeld in de verslavingszorg voor medicatieproblematiek, waarvan het merendeel (81%) voor slaap- en kalmeringsmiddelen. Dit is ongeveer 5% van het totaal aantal cliënten in behandeling in de verslavingszorg voor drugsproblematiek. Het aantal en het aandeel medicatiecliënten in de verslavingszorg steeg in de periode 2018-2023. De stijging deed zich vooral voor onder cliënten met problematiek met sedativa en benzodiazepinen.

Hoeveel mensen worden behandeld in de verslavingszorg voor slaap- en kalmeringsmiddelen?

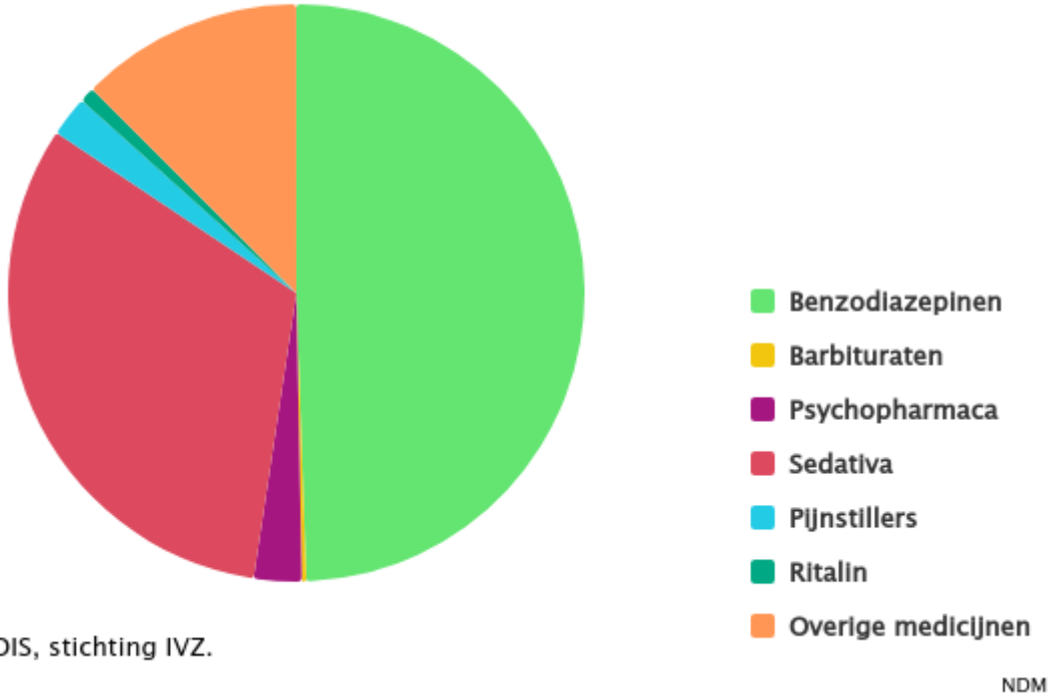
In 2023 werden 1.541 mensen behandeld in de verslavingszorg voor problematiek vanwege medicijnen, waarvan de helft voor slaap- en kalmeringsmiddelen

In 2023 werden volgens het LADIS 1.541 mensen behandeld in de verslavingszorg voor problematiek met medicijnen [1]. Dat is 2% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg (incl. gedragsverslavingen en alcohol) en 5% van het totaal aantal mensen in behandeling voor drugsproblematiek in de verslavingszorg. Het gaat hierbij alleen om mensen bij wie de medicatieproblematiek staat geregistreerd als de enige of de belangrijkste reden voor de behandeling. We noemen dit ook wel ‘primaire’ medicatiecliënten. Van de medicatiecliënten was de helft in behandeling vanwege benzodiazepinen (49%), gevolgd door sedativa (32%) en “overige medicijnen” (13%). Er waren 4 cliënten primair in behandeling voor barbituratenproblematiek.

Slaap- en kalmeringsmiddelen vallen in de gegevens van het LADIS onder de categorie medicijnen. De registratie van de specifieke middelen in deze categorie wordt nog niet bij alle instellingen even goed uitgevoerd. Zo werden er 41 gevallen geregistreerd als “psychofarmaca” en 193 als “overige medicijnen”, mogelijk zaten hier ook cliënten met slaap- en kalmeringsmiddelenproblematiek tussen. Het kan dus zijn dat het hier om een onderrapportage gaat.

Niet alle verslavingszorg instellingen leveren gegevens aan het LADIS, het genoemde aantal is dus een onderschatting van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg voor medicatieproblematiek. Volgens een ruwe schatting beslaat het LADIS 70% van de cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek [2].

Verdeling geregistreerde middelen onder cliënten in behandeling voor medicatieproblematiek. Peiljaar 2023.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

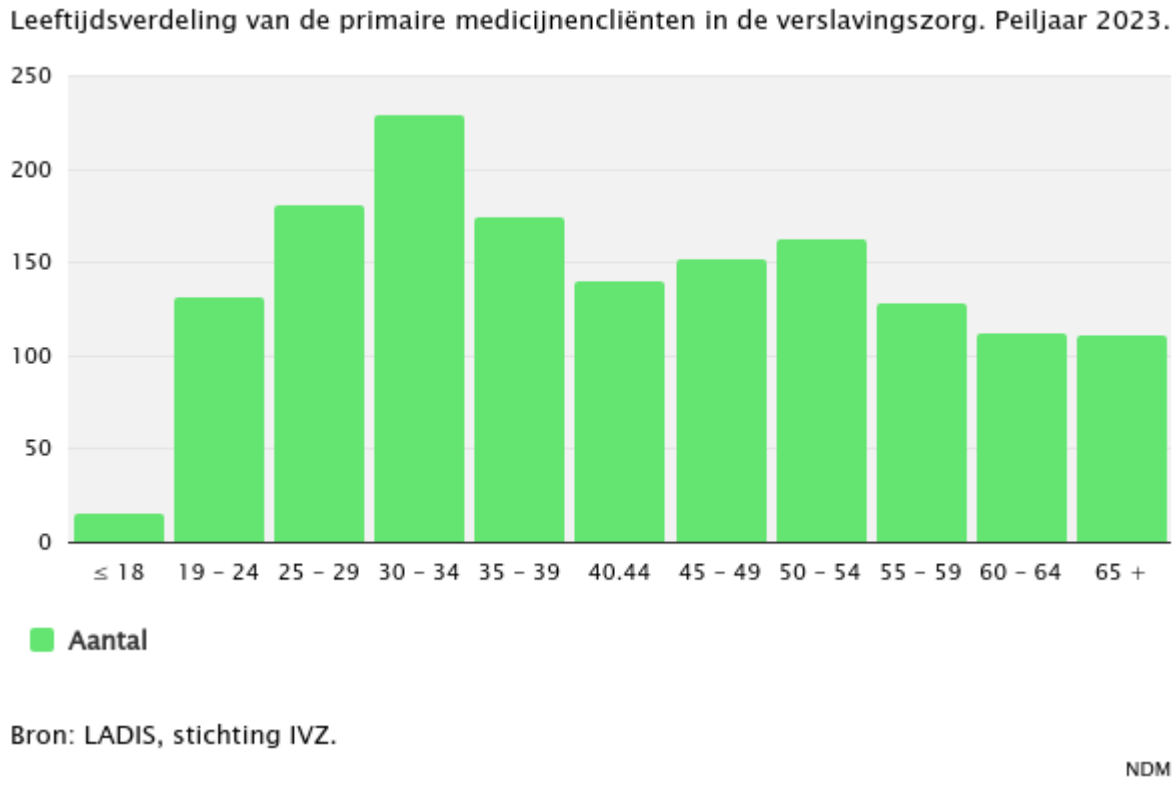
	Aantal	Percentages
Benzodiazepinen	762	49,4
Barbituraten	4	0,3
Psychopharmaca	41	2,7
Sedativa	493	32,0
Pijnstillers	35	2,3
Ritalin	13	0,8
Overige medicijnen	193	12,5

Bijna de helft van de medicatiecliënten is vrouw

In 2023 was bijna de helft (45%) van de personen in behandeling in de verslavingszorg voor medicatieproblematiek vrouw. Dit is opvallend, omdat voor bijna alle andere middelen de mannen ruim in de meerderheid zijn binnen de verslavingszorg. Dit percentage geldt voor de gehele groep medicatiecliënten, en niet alleen voor de cliënten met problematiek met slaap- en kalmeringsmiddelen.

Medicatieproblematiek komt in bijna alle leeftijdsgroepen voor

In 2023 was de gemiddelde leeftijd van primaire medicatiecliënten 43 jaar. Van de cliënten met primaire medicatieproblematiek, lijken de meeste tussen de 30 en de 34 jaar oud te zijn. Het aantal medicatiecliënten lijkt met de leeftijd wat af te nemen, maar ook nog op hogere leeftijd regelmatig voor te komen; 32% van de medicatiecliënten was 55 jaar of ouder. Slechts een klein aantal (1%) was onder de 18.



Leeftijd	Aantal
≤ 18	15
19 - 24	131

Leeftijd	Aantal
25 - 29	180
30 - 34	229
35 - 39	174
40-44	139
45 - 49	151
50 - 54	162
55 - 59	128
60 - 64	112
65 +	110

Bijna de helft van de medicatiecliënten heeft ook nog andere middelenproblematiek

In 2023 had 44% van de primaire medicatiecliënten ook nog andere verslavingsproblematiek. We noemen dit ook wel secundaire problematiek. De meest voorkomende secundaire problematiek was alcohol (15% van alle primaire medicatiecliënten), “overige middelen” (8%) en (andere) medicijnen (5%).

Medicijnen kunnen bij sommige personen zowel het primaire als secundaire probleem zijn, omdat het om verschillende soorten medicijnen kan gaan. Iemand kan bijvoorbeeld benzodiazepinen als primaire problematiek hebben en pijnstillers als secundaire problematiek.

Mogelijk hebben de medicatiecliënten in de verslavingszorg ook nog andere psychische problemen dan verslaving. Het LADIS verzamelt hier echter niet systematisch gegevens over.

Medicatiegebruik komt ook voor als nevenproblematiek. Bij de aantallen die het LADIS hierover rapporteert kan het echter ook (deels) gaan om voorgeschreven medicatie. Het onderscheid tussen voorgeschreven medicatie en problematisch middelengebruik is niet goed te maken. Daarom rapporteren we deze gegevens hier niet.

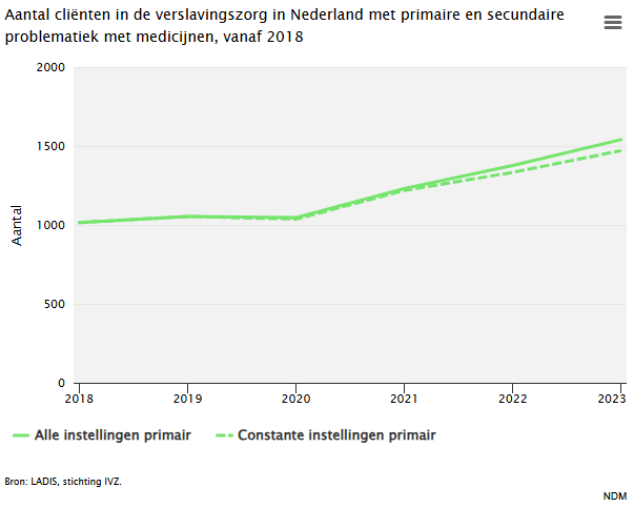
Is het aantal mensen dat wordt behandeld in de verslavingszorg voor medicatieproblematiek veranderd?

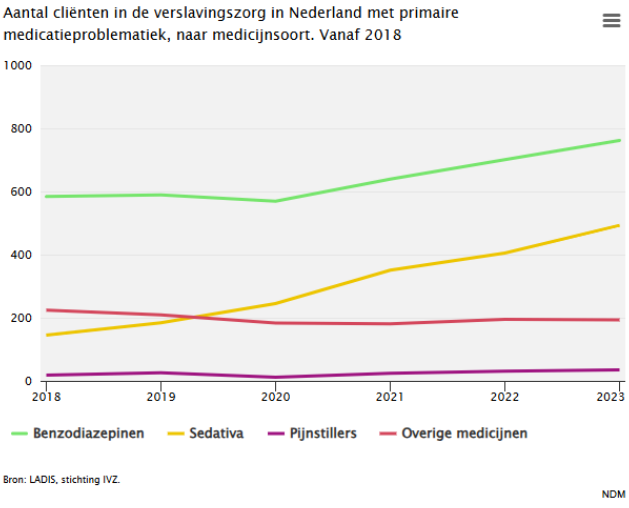
Het aantal primaire medicatiecliënten is tussen 2018 en 2023 toegenomen

Tussen 2018 en 2020 is het aantal cliënten in behandeling voor primaire medicatieproblematiek ongeveer stabiel gebleven. Tussen 2020 en 2023 was er sprake van een lichte stijging. In de loop van de jaren zijn er steeds meer instellingen bijgekomen die gegevens aanleveren. Ook als we alleen kijken naar de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd (de constante instellingen), dan neemt het aantal primaire medicatiecliënten nog steeds toe tussen 2020 en 2023.

Het aantal cliënten met primaire benzodiazepineproblematiek steeg tussen 2018 en 2019 van 584 naar 762 cliënten. Het aantal cliënten met primaire sedativaproblematiek steeg in dezelfde periode van 145 naar 493 cliënten. Het aantal cliënten met primaire problematiek met “overige medicijnen” daalde van 224 naar 193 cliënten.

Tussen 2018 en 2023 is de bevolking van Nederland gegroeid. Om hier rekening mee te houden is ook gekeken naar het aantal cliënten per 100.000 inwoners. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder nam het aantal primaire medicatiecliënten toe tussen 2018 (7) en 2023 (10). Voor deze berekeningen zijn de gegevens van de constante instellingen meegenomen.





Het aandeel medicatiecliënten in de verslavingszorg nam tussen 2018 en 2023 toe

Het aandeel cliënten met primaire medicatieproblematiek onder alle cliënten in de verslavingszorg vanwege drugs steeg in periode 2018-2023 van 3% naar 5%. Voor deze berekeningen zijn de gegevens van alle deelnemende instellingen meegenomen.

Hoe behandelt de verslavingszorg mensen met slaap- en kalmeringsmiddelenproblematiek?

De verslavingszorg is onderdeel van de gezondheidszorg. De verslavingszorg helpt mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere gedragsverslaving. De behandeling van benzodiazepineverslaving is gebaseerd op de 'Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines' [3]. Bij de behandeling van een stoornis in het gebruik van benzodiazepinen is het advies om de dosering geleidelijk af te bouwen, zonder vervanging door andere medicijnen, tenzij noodzakelijk. Eventuele aanvullende medicatie moet zorgvuldig worden overwogen en gemonitord. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is effectief voor het afbouwen van benzodiazepines, met regelmatige monitoring van terugval. Het betrekken van het sociale systeem en herstelondersteunende zorg is ook belangrijk.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het LADIS

De gegevens over het aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor medicatieproblematiek zijn afkomstig van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Verslavingszorginstellingen leveren gepseudonimiseerde gegevens over hun cliënten aan het LADIS. Tussen 2015 en 2022 konden er geen nieuwe gegevens worden verzameld in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag geregeld voor het aanleveren van deze gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Vanaf 2023 zijn er weer verschillende rapportages van het LADIS verschenen [1]. Gegevens van voor 2018 worden momenteel niet gerapporteerd, omdat deze oudere gegevens opnieuw zijn opgevraagd bij de instellingen en eventuele verschillen met de oude gegevens nog niet onderzocht zijn.

Gegevens over het aantal cliënten in behandeling kunnen informatie geven over (trends in) de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn voor trends in problematisch gebruik. Echter zoekt maar een deel van de probleemgebruikers hulp bij de verslavingszorg. Onderzoek laat zien dat mensen die professionele hulp zoeken vaak ernstigere problemen hebben dan mensen die dit (nog) niet doen. Ook hebben ze vaker last van andere bijkomende psychische problemen [4,5].

Beperkingen van het LADIS

Er zijn een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg. (Nog) niet alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het LADIS. De afgelopen jaren zijn er wel steeds meer instellingen bijgekomen. Omdat dit de trends kan beïnvloeden rapporteert het LADIS zowel de trends van alle deelnemende instellingen als uitsluitend van de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd. Mogelijk bereiken de instellingen die nog geen gegevens aanleveren een andere doelgroep dan de instellingen die wel gegevens aanleveren.

Bij sommige van de deelnemende instellingen is er sprake van onderregistratie. Ook leveren niet alle instellingen de gegevens over het type middel even specifiek aan. Zo gebruiken sommige instellingen nog verzamelcategorieën, zoals “opiaten” of “overige middelen”. Gegevens over specifieke middelen kunnen dus ‘verborgen’ zijn in deze verzamelcategorieën. Daarnaast kunnen mensen ook buiten de verslavingszorg hulp krijgen, bijvoorbeeld bij de reguliere GGZ, in de huisartsenpraktijk, bij vrijgevestigde psychologen of via anonieme eHealth. Tot slot lijkt er sprake van slechts een beperkte capaciteit in de verslavingszorg, zo is er in de afspraken met verzekeraars sprake van een behandelplafond. Wanneer het behandelplafond voortijdig wordt bereikt kunnen behandelingen niet meer worden gedeclareerd. Ook is er in de verslavingszorg een tekort aan personeel.

Er staan ook nog mensen met een hulpvraag op het gebied van middelenproblematiek op een wachtlijst voor hulp in de verslavingszorg. Hoeveel mensen dit precies zijn is niet bekend. De gemiddelde totale wachttijd (vanaf aanmelding tot start behandeling) voor een behandeling voor de diagnosegroep “Middelgerelateerd en verslaving” was volgens de NZA 15 weken in december 2023 [6].

Bronnen

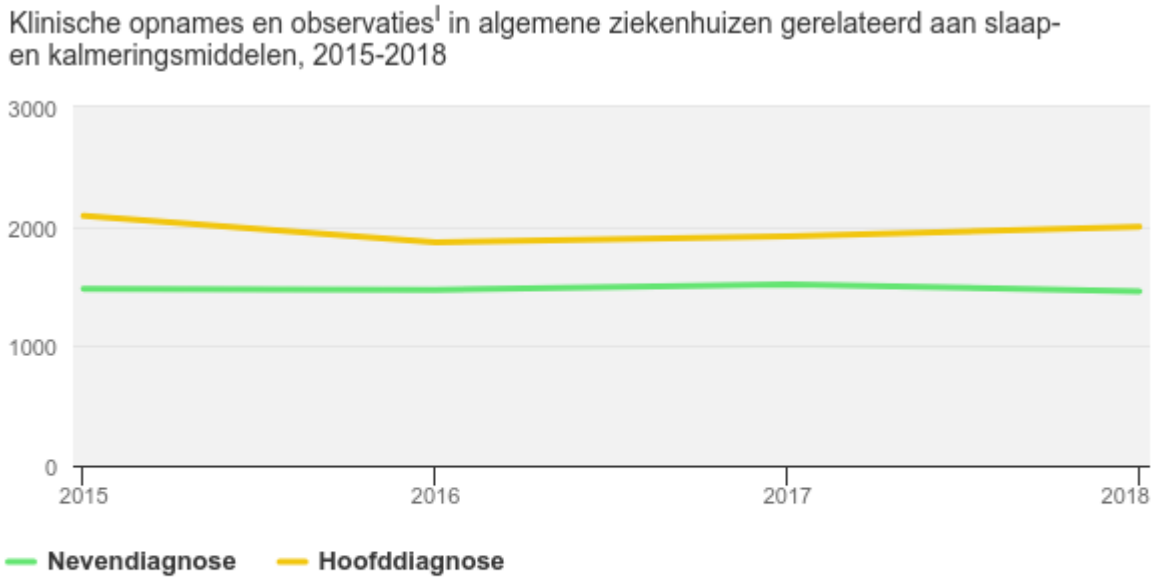
1. Wisselink DJ, Van der Slink JB, Kerssies JP. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2018 – 2023. 2024. p. 1–85.
2. Vektis.nl. Factsheet GGZ [Internet]. Gepubliceerd op: 30-05-2024. Available from: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024
3. Hendriks V, Blanken P, Croes E, Schippers 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.
4. 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.
5. Tuithof M. Drinking Distilled: onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population. Amsterdam: Univeristeit van Amsterdam; 2015.
6. Zorgautoriteit N. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/

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

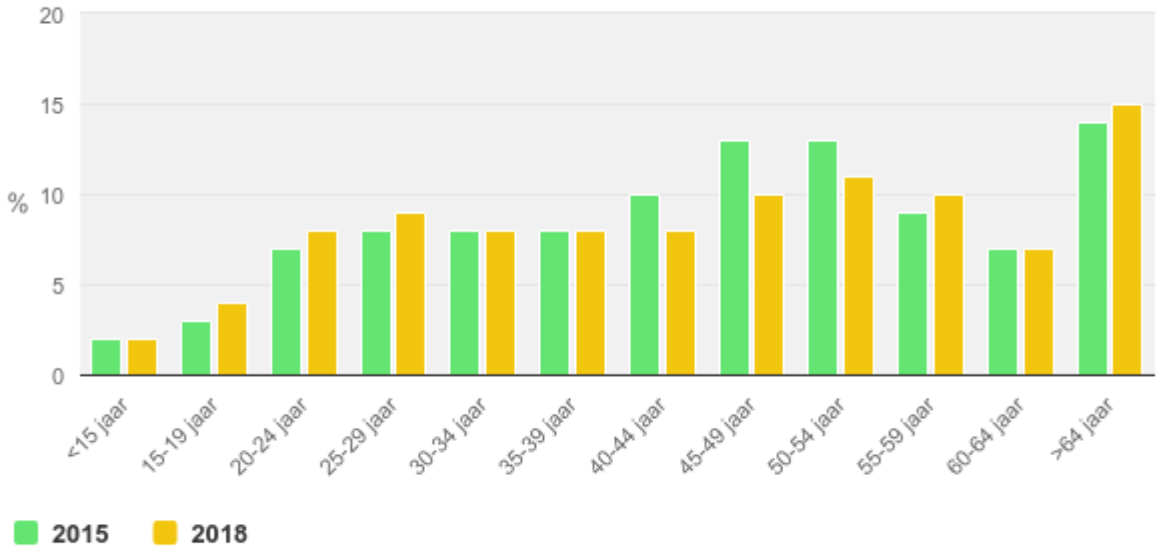
	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2015	1480	2090

	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.

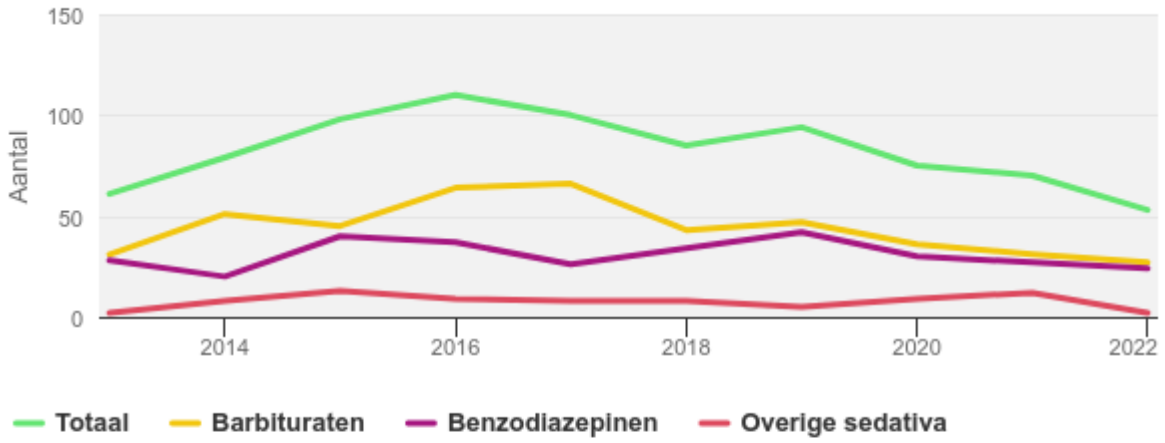
Gegevensbronnen

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

Hoe kunnen slaap- en kalmeringsmiddelen verkregen worden?

In het kort: Slaap- en kalmeringsmiddelen kunnen op verschillende manieren verkregen worden, zoals op voorschrift door een arts, middels een vervalst recept of via het internet.

Op voorschrift van een arts

De vergoeding van benzodiazepinen via de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk 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].

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. Sindsdien stijgt het bedrag weer jaarlijks en lag het in 2023 op ongeveer 20 miljoen euro [2].

Worden de slaap- of kalmeringsmiddelen niet vergoed door de zorgverzekeraar, dan kan men zelf hiervoor betalen. In 2022 ging het om 900.000 gebruikers die zelf voor deze medicijnen betaalde. In totaal komt dat neer op een bedrag van 43,2 miljoen euro [3]. Ten opzichte van 2018 is dit bedrag wat gedaald, toen was het bedrag dat men zelf betaalde nog 45,3 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].

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 2023 signaleerde het MND negen varianten van nieuwe benzodiazepinen, waarvan er twee voor het eerst werden aangetroffen (desalkylgidazepam en deschloroetizolam) [10]. Bromazolam was in 2023 de nieuwe benzodiazepine die het meest werd aangetroffen, zowel bij het NFI als bij het DIMS. Voor meer informatie over de wijze van verkrijgen van nieuwe benzodiazepinen en andere nieuwe psychoactieve stoffen, zie NPS: Aanbod en markt.

Bronnen

1. SFK. Gebruik benzodiazepines daalt gestaag, maar traag. Vol. 151, Pharmaceutisch Weekblad. 2016.
2. Zorginstituut-Nederland. GPSdatabank.nl: De vergoeding van slaap- en kalmernigsmiddelen, 2003 - 2023: Geactualiseerd op 24-12-2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.gipdatabank.nl/databank?infotype=g&label=00-totaal&tabel_g_00-totaal=R_85_ben&geg=vg&spec=&item=bijlage
3. Farmaceutische Kerngetallen S. Data en feiten 2023: Het jaar 2022 in cijfers [Internet]. 2023. Available from: https://www.sfk.nl/publicaties/data-en-feiten/data-en-feiten-2023#:sim:text=In 2023 zijn 37 artikelen,markt nog w'el kan leveren.
4. 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.
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, Oomen P, Stegemann L. Meldpunt Nieuwe Drugs (MND): Jaarrapportage 2023. Trimbos-instituut; 2024.

ADHD-medicatie

Laatste feiten en trends

Volwassenen
ADHD-medicijngebruik in het laatste jaar (2022)



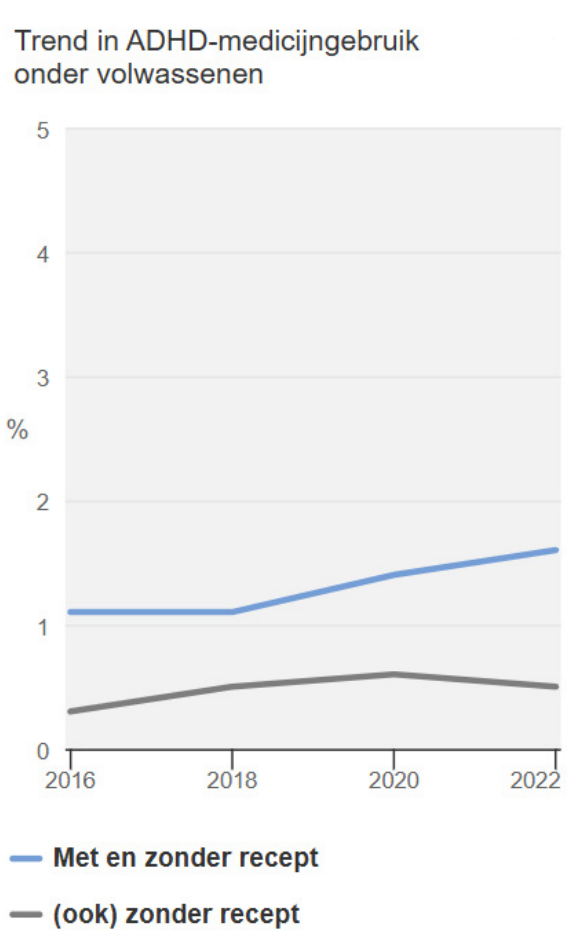
1,6% met/zonder recept
0,5% (ook) zonder recept



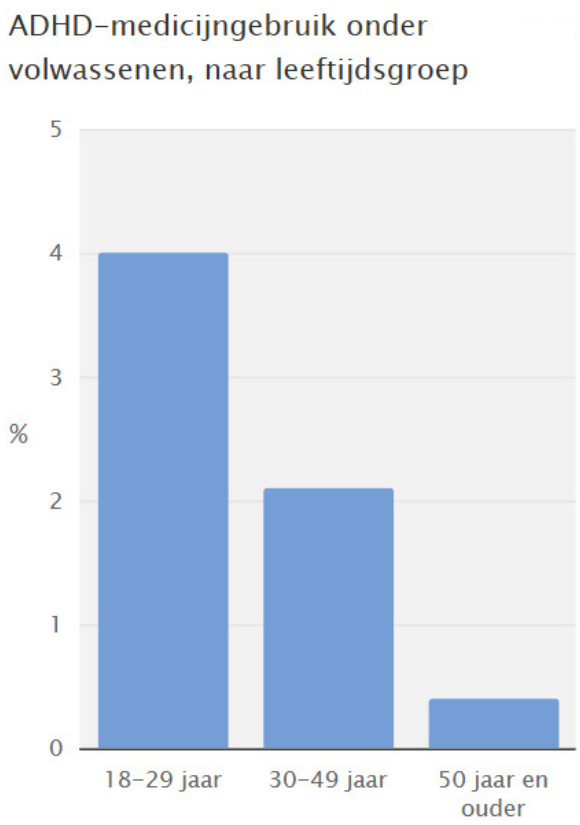
1,3% met/zonder recept
0,4% (ook) zonder recept



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.



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

- 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.

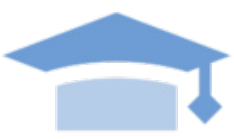
Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs
15-16 jaar
ooit (2019)



2,4% zonder recept

Studenten
≥16 jaar
laatste jaar (2023)



2,7% (mbo)
3% zonder recept (hbo & wo)

Uitgaanders
16-35 jaar
laatste jaar (2023)



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 gebruikte ongeveer één op de vijftig (2,7%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder Ritalin of Concerta zonder doktersvoorschrift in het laatste jaar, minder dan 1% gebruikte modafinil zonder doktersvoorschrift. Onder 16-18-jarige mbo-studenten is het gebruik van Ritalin, Concerta of modafinil zonder doktersvoorschrift ooit in het leven tussen 2021 en 2023 niet veranderd. In 2023 gebruikte ongeveer één op de drieëndertig (3%) hbo– en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder in het laatste jaar ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift. Het laatste-jaar-gebruik van ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift onder hbo- en universiteitsstudenten is sinds de vorige meting licht gedaald. ADHD-medicijnen worden voornamelijk gebruikt bij het studeren of tentamens, maar het is nog niet bekend of deze middelen daadwerkelijk de concentratie en prestaties verhogen bij personen zonder ADHD.
- 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 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.

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

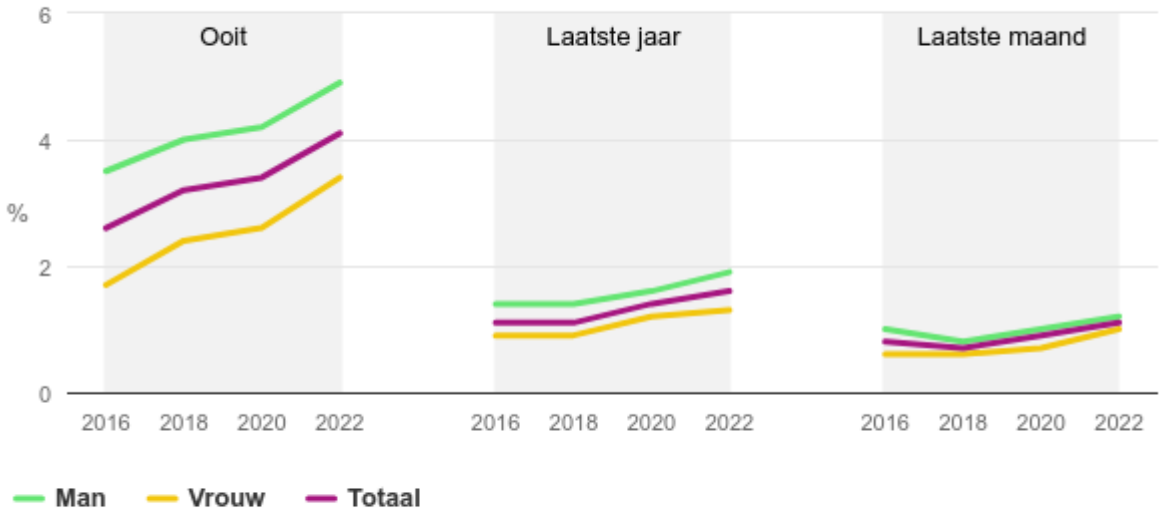
I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer ADHD-medicijnen en (ook) zonder recept gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: LSM-A Middelen-Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

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.

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.

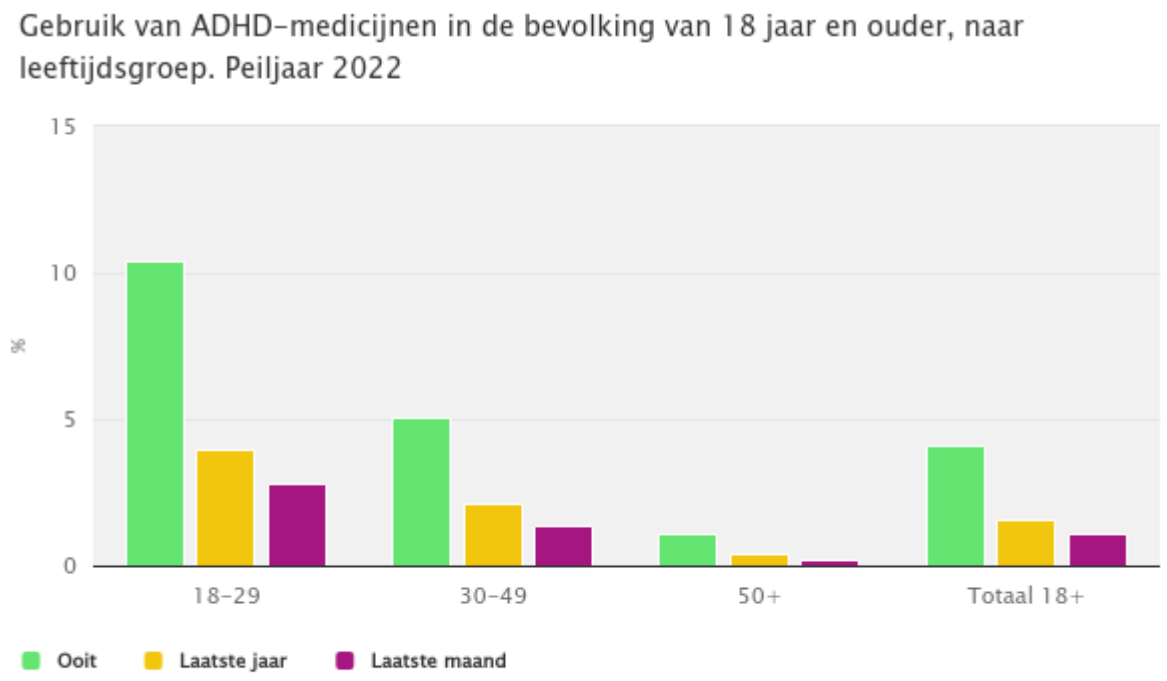
Gebruik[I] van ADHD-medicijnen onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2022.

	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 [1]. 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

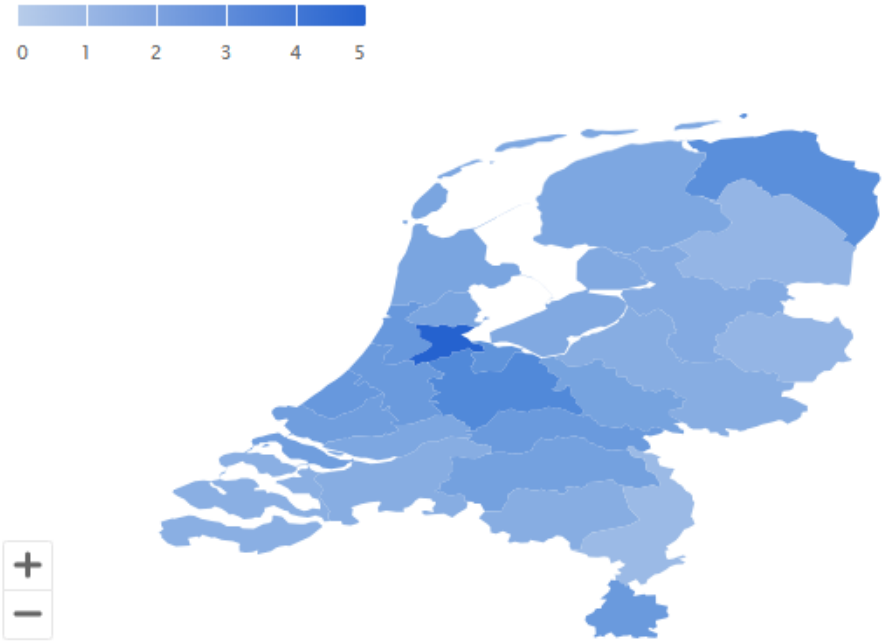
	Laatste jaar (%)
Werkenden	1,8
Niet–werkenden	2,1

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

Regionale verschillen

Uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen die werd gehouden onder 16-25-jarigen blijkt dat er regionale verschillen zijn in het gebruik van ADHD-medicatie zonder doktersrecept [2]. In 2024 werden de hoogste percentages ADHD-gebruik zonder doktersrecept in de laatste 12 maanden gevonden in GGD-regio Amsterdam (5,0%) en GGD-regio Utrecht (3,2%). ADHD-medicatie zonder doktersrecept werd het minst gebruikt in de GGD-regio Limburg Noord (0,9%) en GGD-regio's Twente en Drenthe (beide 1,1%).

ADHD–medicatiegebruik[I] zonder doktersrecept onder jongvolwassenen van 16 tot en met 25 jaar, per GGD–regio. Peiljaar 2024.



I. Laatste jaar: ten minste één keer ADHD–medicatie zonder doktersrecept gebruikt in het laatste jaar. Bron: Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024, GGD'en en RIVM.

NDM

code	value
GGD Groningen	2,9
GGD Drenthe	1,1
GGD IJsselland	1,6
GGD Twente	1,1
GGD Noord- en Oost-Gelderland	1,5

code	value
Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden	2
GGD Gelderland-Zuid	2,4
GGD Flevoland	1,7
GGD Regio Utrecht	3,2
GGD Hollands-Noorden	1,9
GGD Kennemerland	2,5
GGD Amsterdam	5
GGD Gooi en Vechtstreek	2,7
GGD Hollands-Midden	2,4
GGD Rotterdam-Rijnmond	2,2
Dienst Gezondheid & Jeugd ZHZ	1,8
GGD Zeeland	1,4
GGD West-Brabant	1,5
GGD Hart voor Brabant	2,1
GGD Brabant-Zuidoost	1,5
GGD Limburg-Noord	0,9
GGD Zuid-Limburg	2,4

code	value
GGD Haaglanden	2,5
GGD Fryslân	1,8
GGD Zaanstreek/Waterland	1,9

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

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 landelijke cijfers uit de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale cijfers beschikbaar over het gebruik van ADHD-medicijnen uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen. De meest recente gegevens komen uit 2024 [2], toen meer dan 135.000 jongvolwassenen tussen de 16 en 25 jaar de vragenlijst invulden. In tegenstelling tot 2022 werd er in 2024 geen steekproef getrokken; de vragenlijst was via een open link beschikbaar en respondenten werden vooral geworven via sociale media. De resultaten zijn gestandaardiseerd naar GGD-regio, leeftijd en gender om representativiteit te verbeteren, maar de wervingsmethode kan mogelijk leiden tot een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een slechtere (mentale) gezondheid. Deze cijfers zijn door verschillen in de vraagstelling en leeftijdsgroep niet direct vergelijkbaar met de cijfers uit de GE of de LSM-A Middelen, maar bieden wel inzicht in regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen.

Bronnen

1. Tuithof M, Blokland M, Sannen M. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Utrecht: Trimbos-instituut;
2. GGD’en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024. https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024. 2025.

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. Het totaal aantal gebruikers van alle ADHD-medicatie is van 261.000 in 2021 toegenomen naar 282.000 in 2022, een stijging van 8,0% [1].

De grootste stijging vond plaats onder gebruikers van het middel lisdexamfetamine. Onder kinderen (6 t/m 17 jaar) steeg het aantal gebruikers van dit middel met 23%, van 7.100 in 2021 naar 8.700 in 2022. Onder volwassenen (18 t/m 49 jaar) steeg het aantal gebruikers van lisdexamfetamine met 36%, van 11.000 naar 15.000.

Methylfenidaat is het meest voorgeschreven geneesmiddel bij ADHD. Tussen 2021 en 2022 bleef het aantal gebruikers van methylfenidaat onder kinderen (6 t/m 17 jaar) ongeveer gelijk. Het aantal volwassen gebruikers van methylfenidaat nam toe met 11% (van 111.000 naar 123.000). Ook het aantal volwassen gebruikers van dexamfetamine nam toe van 32.000 in 2021 naar 36.000 in 2022.

Bronnen

1. Farmaceutische Kengetallen S. Toename volwassen gebruikers ADHD-medicatie [Internet]. Pharmaceutisch Weekblad. 2023. Available from: https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2023/toename-volwassen-gebruikers-adhd-medicatie

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 ADHD-medicatiegebruik onder studenten

Hoeveel studenten gebruiken ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift?

In het kort: In 2023 gebruikte ongeveer één op de vijftig (2,7%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder Ritalin of Concerta zonder doktersvoorschrift in het laatste jaar, minder dan 1% gebruikte modafinil zonder doktersvoorschrift. Onder 16-18-jarige mbo-studenten is het gebruik van Ritalin, Concerta of modafinil zonder doktersvoorschrift ooit in het leven tussen 2021 en 2023 niet veranderd. In 2023 gebruikte ongeveer één op de drieëndertig (3%) hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder in het laatste jaar ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift. Het laatste-jaar-gebruik van ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift onder hbo- en universiteitsstudenten is sinds de vorige meting licht gedaald. ADHD-medicijnen worden voornamelijk gebruikt bij het studeren of tentamens, maar het is nog niet bekend of deze middelen daadwerkelijk de concentratie en prestaties verhogen bij personen zonder ADHD.

Snel naar:
Mbo-studenten
Hbo- en universiteitsstudenten

Hoeveel mbo-studenten gebruiken ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift?

Ongeveer één op de vijftig mbo-studenten gebruikte in het laatste jaar ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift

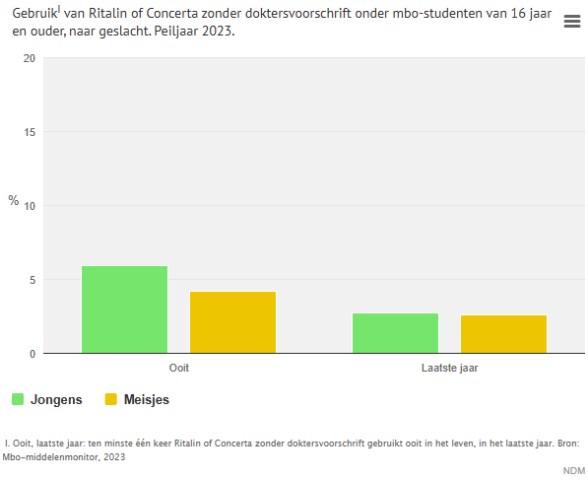
In 2023 had ongeveer één op de twintig (5,2%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit Ritalin of Concerta (ADHD-medicijnen met de werkzame stof methylfenidaat) gebruikt zonder doktersvoorschrift, ongeveer één op de vijftig (2,7%) deed dit in het laatste jaar. Minder dan 1% van de mbo-studenten heeft modafinil zonder doktersvoorschrift gebruikt (ooit, laatste jaar) [1].

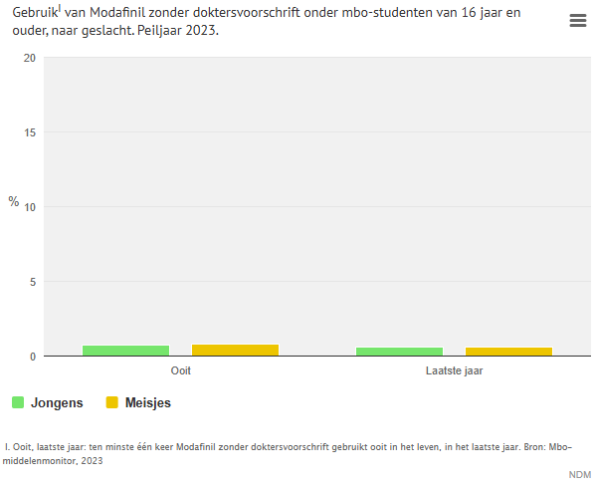
Bij de vraagstelling over ADHD-medicatie werden naast de merknamen Ritalin en Concerta ook de werkzame stoffen van ADHD-medicijnen genoemd, namelijk methylfenidaat en dexamfetamine. Het is niet duidelijk of ook het gebruik van ADHD-medicatie met andere merknamen, zoals Medikinet en Equasym, of andere soorten ADHD-medicatie door studenten is meegenomen in het antwoord.

Meer jongens dan meisjes hebben ooit Ritalin of Concerta gebruikt zonder doktersvoorschrift; modafinil verschilt niet tussen jongens en meisjes

Het gebruik van Ritalin of Concerta zonder doktersvoorschrift ooit in het leven was hoger onder jongens (5,9%) dan onder meisjes (4,2%). Het gebruik in het laatste jaar verschilde niet tussen jongens en meisjes. Voor het gebruik (ooit, laatste jaar) van modafinil zonder doktersvoorschrift

waren er geen verschillen tussen jongens en meisjes [1].





Gebruik van Ritalin, Concerta of modafinil zonder doktersvoorschrift is niet veranderd tussen 2021 en 2023

Het gebruik van Ritalin, Concerta of modafinil zonder doktersvoorschrift ooit in het leven is in 2023 onder 16-18-jarige mbo-studenten (Ritalin of Concerta 3,9%; modafinil 0,6%) niet veranderd vergeleken met de vorige meting in 2021 (Ritalin of Concerta 4,8%; modafinil 0,4%) [1].

Deze trendgegevens zijn berekend voor 16-18-jarigen en wijken daarom af van de hierboven genoemde percentages over alle mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Het gebruik in het laatste jaar is in 2023 voor het eerst uitgevraagd waardoor er geen trendgegevens zijn.

Regionale gegevens over het gebruik van ADHD-medicatie onder mbo-studenten

In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 had 6,4% van de Amsterdamse mbo-studenten van 16 jaar en ouder in het laatste jaar ADHD-medicatie, zoals Ritalin of Concerta, gebruikt. 5,3% gebruikte de medicatie op doktersvoorschrift, 1,4% gebruikte (ook) zonder recept [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Hoeveel studenten van het hbo en de universiteit gebruiken ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift?

Ongeveer één op de drieëndertig hbo- en universiteitsstudenten gebruikte in het laatste jaar ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift

In 2023 had ongeveer één op de vijfentwintig (4%) studenten van het hbo en de universiteit (wo) van 16 jaar en ouder ooit ADHD-medicatie (methylfenidaat/dexamfetamine en/of modafinil) gebruikt zonder doktersvoorschrift. Ongeveer één op de drieëndertig (3%) deed dat in het laatste jaar. Van deze studenten gebruikte 90% deze middelen bij het studeren of tentamens, 11% tijdens het uitgaan, en 10% tijdens het werk [3]. Het is echter niet bekend of ADHD-medicatie daadwerkelijk de concentratie en prestaties verhogen bij personen zonder ADHD of dat dit berust op een placebo-effect [4,5].

Vanwege de lage respons (in 2023 6,5% van het totaal aantal studenten van de 24 deelnemende

instellingen), geven deze cijfers een indicatie van middelengebruik, maar kunnen ze niet worden gezien als precieze schattingen van het gebruik in de totale studentenpopulatie (zie ook: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).

Gebruik van ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift komt in sommige groepen hbo- en universiteitsstudenten meer voor dan in andere groepen

De kans op het gebruik van ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift in het laatste jaar onder hbo- en universiteitsstudenten was groter onder 22-29-jarigen dan onder 16-21-jarigen (4% versus 3%). Er werd ook een significant verschil gevonden tussen studenten met een migratieachtergrond en studenten zonder migratieachtergrond, maar dit wordt omschreven als 'heel klein / niet betekenisvol'. Er waren geen verschillen in het gebruik van ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift naar geslacht (man, vrouw, anders), onderwijstype (hbo, wo) en opleidingsvorm (voltijd, niet-voltijd) [3].

Gebruik van ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift in het laatste jaar is onder hbo- en universiteitsstudenten licht gedaald sinds 2021

Vergeleken met de eerste meting in 2021 is het percentage laatste-jaar-gebruikers van ADHD-medicatie zonder doktersvoorschrift in 2023 gedaald van 4% naar 3%, maar het verschil tussen beide jaren wordt omschreven als 'heel klein / niet betekenisvol' [3].

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo-studenten

De Mbo-Middelenmonitor [1] onderzoekt het middelengebruik onder mbo-studenten. In 2023 werd dit onderzoek voor de vijfde keer uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public (nu Verian). Dit jaar werd het onderzoek alleen uitgevoerd onder mbo-studenten, terwijl eerdere metingen (in 2015, 2017, 2019 en 2021) ook hbo-studenten betrokken. In 2023 namen 4.448 mbo-studenten van 16 jaar en ouder deel aan het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 op 64 mbo-locaties. In totaal werden 6.053 studenten willekeurig benaderd door onderzoeksassistenten om een digitale vragenlijst in te vullen.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

Hbo- en universiteitsstudenten

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs [3] onderzoekt de mentale gezondheid en het middelengebruik van studenten van het hbo en de universiteit (wo) om de twee jaar. Dit onderzoek is in 2023 voor de tweede keer uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het RIVM, de GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. In 2023 vulden 32.217 hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder alle vragen over middelengebruik in. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 bij 24 onderwijsinstellingen in heel Nederland. De deelnemende onderwijsinstellingen stuurden een uitnodiging naar studenten van 16 jaar en ouder om de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd ook in het Engels aangeboden voor buitenlandse studenten. Het onderzoek heeft enkele belangrijke beperkingen, zoals een laag responspercentage van 6,5% in 2023 en de onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde groepen studenten. De data zijn wel gewogen om deze representatiever te maken, maar het is mogelijk dat de resultaten nog steeds vertekend zijn en niet volledig representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland.

Vanwege verschillen in methodes van dataverzameling zijn de resultaten van de Mbo-Middelenmonitor, de Antenne Amsterdam en de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs niet direct met elkaar te vergelijken.

Bronnen

1. K. Morren, S. Van Dorsselaer, K. Monshouwer. Factsheet: Middelengebruik onder mbo-studenten 2023. Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. 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.
4. Beyer C, Staunton C, Moodley K. The implications of Methylphenidate use by healthy medical students and doctors in South Africa [Internet]. Vol. 15, BMC Medical Ethics. 2014. p. 20. Available from: https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-20
5. A Roberts C, Jones A, Sumnall H, H Gage S, Montgomery C. How effective are pharmaceuticals for cognitive enhancement in healthy adults? A series of meta-analyses of cognitive performance during acute administration of modafinil, methylphenidate and D-amphetamine [Internet]. Vol. 38, European Neuropsychopharmacology. 2020. p. 40–62. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X20302145

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

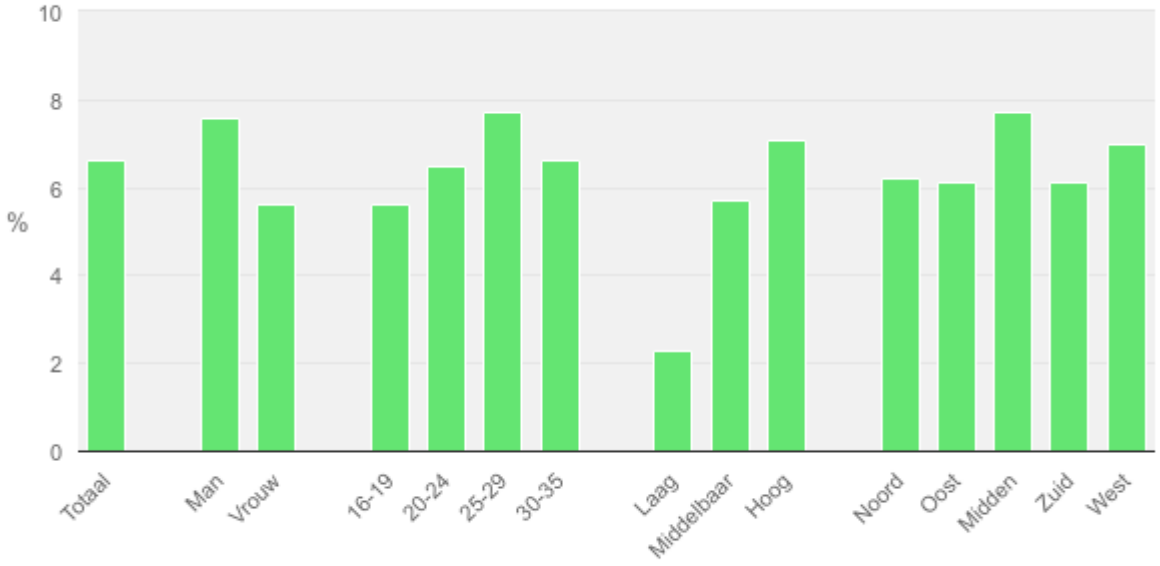
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna ‘uitgaanders’ genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 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

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen gebruiken ADHD-medicatie (zonder voorschrift)?

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.

Snel naar:
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Jongeren in de jeugdzorg
Groepen risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen ‘kwetsbare groepen jongeren’. Wij gebruiken de term ‘kwetsbare groepen jongeren’ om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg, in jeugddetentie of in het voorgezet speciaal onderwijs (vso) zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo’n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen gebruiken ADHD-medicatie?

Eén op de twintig jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen gebruikte de laatste maand een medicijn zonder recept

In 2022 rapporteerde 6% van de jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) in de laatste maand medicijnen te hebben gebruikt zonder recept van de dokter [2]. In de vragenlijst zijn de volgende medicijnen als voorbeeld genoemd: benzodiazepinen (kalmerende middelen), ritalin of modafinil (AD(H)D medicatie). Er werden geen gegevens gerapporteerd over het gebruik van medicijnen zonder recept ooit in het leven.

Hoeveel jongeren in de jeugdzorg gebruiken ADHD-medicatie?

Geen landelijke gegevens bekend over gebruik van ADHD-medicatie onder jongeren in de jeugdzorg

Er zijn geen landelijke gegevens bekend over het gebruik van ADHD-medicatie onder jongeren in de (residentiële) jeugdzorg. Wel zijn er op regionaal niveau gegevens over het gebruik van ADHD-medicatie onder jongeren in de brede jeugdzorg. Deze jongeren worden ambulant begeleid, wonen op een leefgroep of ontvangen pleegzorg. In 2019 had 21% van de jongeren in de jeugdzorg uit Amsterdam wel eens ADHD-medicijnen gebruikt. Ongeveer één op de zes jongeren had dit ooit van een arts voorgeschreven gekregen (Ritalin of Concerta, 15%). Minder jongeren gebruikten deze ADHD-medicijnen (ook) zonder voorschrift (7%) [3].

In de Gooi- en Vechtstreek was het percentage jongeren in de jeugdzorg dat in 2019 wel eens ADHD-medicijnen had gebruikt iets hoger (27%), maar niemand deed dit zonder doktersrecept [4]. Het ging in deze onderzoeken om een kleine steekproef, waardoor deze resultaten voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

Hoe ziet het gebruik van ADHD-medicatie in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als 'kansarme jeugd', ‘probleemjeugd’ of ‘hangjeugd’ [5].

In een derde van de onderzochte groepen risicojongeren worden medicijnen zonder recept gebruikt

In ongeveer een derde (9 van de 29) groepen was sprake van het oneigenlijk gebruik van medicijnen. Het gaat hier met name om methylfenidaat (Ritalin) en benzodiazepinen (zie ook: slaap- en kalmeringsmiddelen / kwetsbare jongeren), maar er wordt in deze gegevens geen onderscheid

tussen verschillende medicijnen gemaakt. Binnen de groepen wisselt het aandeel van groepsleden dat deze middelen gebruikt, van een enkeling tot maximaal de helft van de groep.

In de meeste groepen bleef het medicijngebruik in het laatste jaar stabiel

Volgens de professionals nam het gebruik van medicijnen in het laatste jaar in één van de negen groepen af en in één groep toe. In de overige zeven groepen bleef het gebruik voor zover bekend stabiel.

In sommige groepen risicojongeren wordt gehandeld in medicijnen

In sommige groepen is er sprake van handel in medicijnen die via een huisarts of op de illegale markt zijn verkregen.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het gebruik van ADHD-medicatie is onder kwetsbare jongeren minder onderzocht dan het gebruik van andere middelen, zoals cannabis of ecstasy. Zo zijn er geen specifieke gegevens over het gebruik van ADHD-medicatie binnen het praktijkonderwijs, het voortgezet speciaal onderwijs (vso) of de residentiële jeugdzorg (RJZ).

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het gebruik van medicijnen zonder recept onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (Justitiële Jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [2]. Aan het onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. 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 gemiddeld iets jonger zijn. In totaal deden 110 jongeren tussen de 14 en 24 jaar mee aan dit onderzoek.

Jongeren in de jeugdzorg

In 2019 zijn er voor het eerst gegevens verzameld over het gebruik van ADHD-medicijnen op regionaal niveau (Amsterdam en Gooi- en Vechtstreek) onder jongeren in de brede jeugdzorg . Deze jongeren worden ambulant begeleid, wonen op een leefgroep of ontvangen pleegzorg [3,4]. De steekproeven zijn relatief klein (118 jongeren in Amsterdam; 23 jongeren in de Gooi- en Vechtstreek) waardoor bevindingen voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio’s in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven

onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet.

De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [5]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio’s in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
2. 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.
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. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.

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

15.5.1 Algemene bevolking internationaal

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 mogelijk om een internationale vergelijking te maken.

Het EMCDDA verzamelt geen gestandaardiseerde gegevens over het gebruik van ADHD-medicijnen in Europese landen. 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 [1]. In 2022 had 1,3% van de volwassenen in het afgelopen jaar methylfenidaat gebruikt en 0,2% daarvan kon worden bestempeld als ‘misbruik’ (niet op of volgens voorschrift van een arts). Ter vergelijking, in Nederland had in 2022 1,6% van de volwassenen ADHD-medicijnen zoals methylfenidaat gebruikt, 0,5% van de volwassenen gebruikte ADHD-medicijnen (ook) zonder recept.

Bronnen

1. SAMHSA. 2022 NSDUH Detailed Tables: Publication Date: November 13, 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2022-nsduh-detailed-tables

15.6 Hulpvraag en incidenten

15.6.1 Verslavingszorg

In het kort: In 2023 werden slechts enkele cliënten behandeld in de verslavingszorg vanwege een stoornis in het gebruik van Ritalin.

Hoeveel mensen worden behandeld in de verslavingszorg voor ADHD-medicatie?

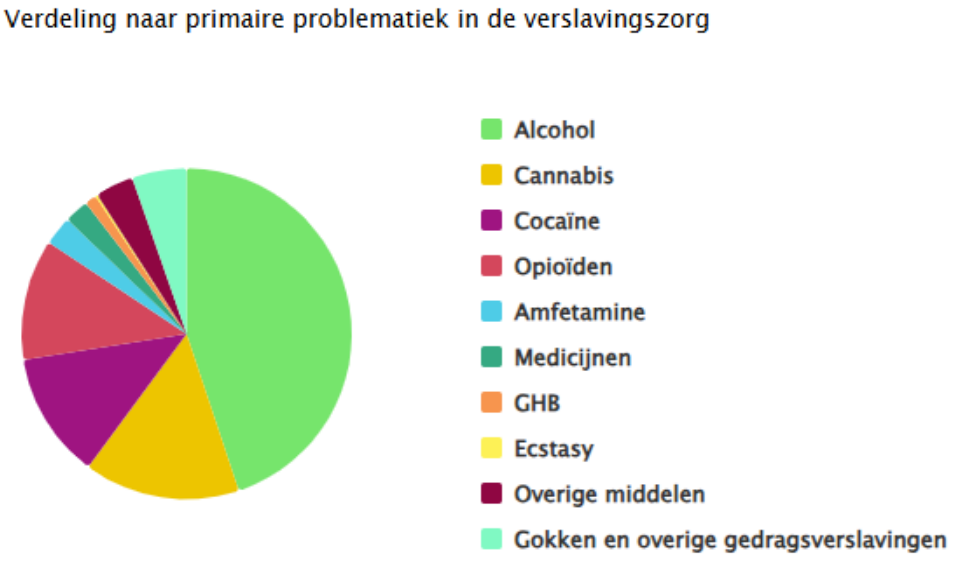
In 2023 werden slechts enkele cliënten behandeld in de verslavingszorg vanwege een stoornis in het gebruik van Ritalin

ADHD-medicijnen vallen in de gegevens van het LADIS onder de categorie medicijnen. In 2023 werden volgens het LADIS 1.541 mensen behandeld in de verslavingszorg voor problematiek met medicijnen [1]. Van deze mensen waren slechts 13 in behandeling voor primaire problematiek met Ritalin. De meerderheid was in behandeling vanwege benzodiazepinen (762), sedativa (492) en “overige medicijnen” (193). Het aantal cliënten met primaire Ritalin problematiek schommelde tussen 2018 en 2023 tussen de 4 en 13. Het gaat hierbij alleen om mensen bij wie de medicatieproblematiek staat geregistreerd als de enige of de belangrijkste reden voor de behandeling. We noemen dit ook wel ‘primaire’ medicatiecliënten.

Mogelijk sprake van enige onderrapportage

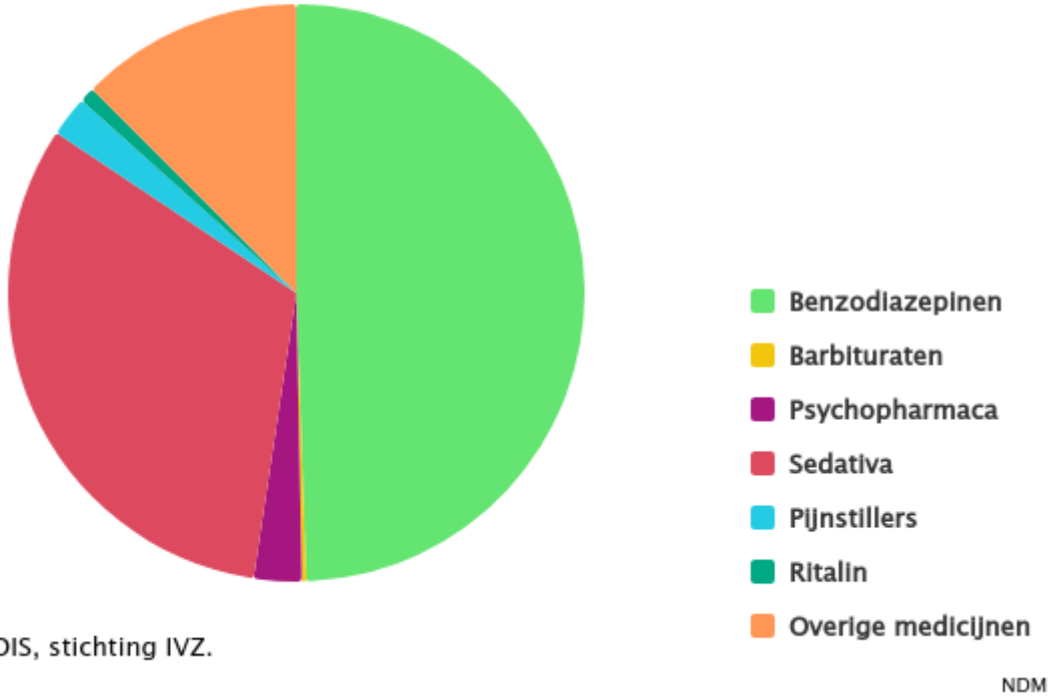
De registratie van de specifieke middelen in de verzamelcategorie medicijnen wordt mogelijk nog niet bij alle instellingen even goed uitgevoerd. Zo werden er 41 gevallen geregistreerd als psychofarmaca en 193 als “overige medicijnen”. Mogelijk zaten hier ook nog cliënten met ADHD-medicatieproblematiek tussen. Het kan dus zijn dat het hier om een onderrapportage gaat.

Niet alle verslavingszorg instellingen leveren gegevens aan het LADIS, het genoemde aantal is dus een onderschatting van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg voor medicatieproblematiek. Volgens een ruwe schatting beslaat het LADIS 70% van de cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek [2].



Percentages ten opzichte van het totaal aantal in de verslavingszorg (N = 65.215). Bron: LADIS, IVZ.

Verdeling geregistreerde middelen onder cliënten in behandeling voor medicatieproblematiek. Peiljaar 2023.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

	Aantal	Percentages
Benzodiazepinen	762	49,4
Barbituraten	4	0,3
Psychopharmaca	41	2,7
Sedativa	493	32,0
Pijnstillers	35	2,3
Ritalin	13	0,8
Overige medicijnen	193	12,5

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het LADIS

De gegevens over het aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor medicatieproblematiek zijn afkomstig van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Verslavingszorginstellingen leveren gepseudonimiseerde gegevens over hun cliënten aan het LADIS. Tussen 2015 en 2022 konden er geen nieuwe gegevens worden verzameld in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag geregeld voor het aanleveren van deze gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Vanaf 2023 zijn er weer verschillende rapportages van het LADIS verschenen [1].

Gegevens van voor 2018 worden momenteel niet gerapporteerd, omdat deze oudere gegevens opnieuw zijn opgevraagd bij de instellingen en eventuele verschillen met de oude gegevens nog niet onderzocht zijn. Gegevens over het aantal cliënten in behandeling kunnen informatie geven over (trends in) de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn voor trends in problematisch gebruik. Echter zoekt maar een deel van de probleemgebruikers hulp bij de verslavingszorg. Onderzoek laat zien dat mensen die professionele hulp zoeken vaak ernstigere problemen hebben dan mensen die dit (nog) niet doen. Ook hebben ze vaker last van andere bijkomende psychische problemen [3].

Beperkingen van het LADIS

Er zijn een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg. (Nog) niet alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het LADIS. De afgelopen jaren zijn er wel steeds meer instellingen bijgekomen. Omdat dit de trends kan beïnvloeden rapporteert het LADIS zowel de trends van alle deelnemende instellingen als uitsluitend van de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd. Mogelijk bereiken de instellingen die nog geen gegevens aanleveren een andere doelgroep dan de instellingen die wel gegevens aanleveren.

Bij sommige van de deelnemende instellingen is er sprake van onderregistratie. Ook leveren niet alle instellingen de gegevens over het type middel even specifiek aan. Zo gebruiken sommige instellingen nog verzamelcategorieën, zoals “opiaten” of “overige middelen”. Gegevens over specifieke middelen kunnen dus ‘verborgen’ zijn in deze verzamelcategorieën. Daarnaast kunnen mensen ook buiten de verslavingszorg hulp krijgen, bijvoorbeeld bij de reguliere GGZ, bij vrijgevestigde psychologen of via anonieme eHealth. Tot slot lijkt er sprake van slechts een beperkte capaciteit in de verslavingszorg, zo is er in de afspraken met verzekeraars sprake van een behandelplafond. Wanneer het behandelplafond voortijdig wordt bereikt kunnen behandelingen niet meer worden gedeclareerd. Ook is er in de verslavingszorg een tekort aan personeel. Er staan ook nog mensen met een hulpvraag op het gebied van middelenproblematiek op een wachtlijst voor hulp in de verslavingszorg. Hoeveel mensen dit precies zijn is niet bekend. De gemiddelde totale wachttijd (vanaf aanmelding tot start behandeling) voor een behandeling voor de diagnosegroep “Middelgerelateerd en verslaving” was volgens de NZA 15 weken in december 2023 [4].

Bronnen

1. Wisselink DJ, Van der Slink JB, Kerssies JP. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2018 – 2023. 2024. p. 1–85.
2. Vektis.nl. Factsheet GGZ [Internet]. Gepubliceerd op: 30-05-2024. Available from: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024
3. 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.
4. Zorgautoriteit N. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/

15.6.2 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; 2024.
2. J.J. Nugteren-van Lonkhuyzen, H.N. Mulder-Spijkerboer, A.G. Van Velzen, C.C. Visser, M.A. Dijkman, D.W. De Lange, et al. Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2022: NVIC Rapport 01/2023. 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.



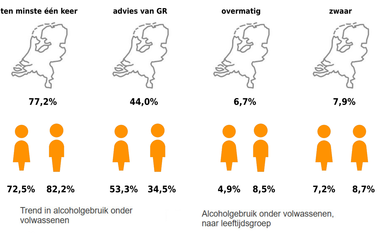
Alcohol

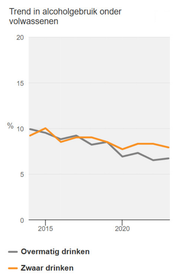
Laatste feiten en trends

Definities
- Drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad: 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.

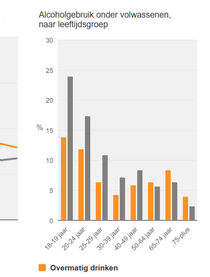
Volwassenen

Alcoholgebruik in het laatste jaar (2023)





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



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

- In 2023 had bijna acht op de tien volwassenen weleens alcohol gedronken. 44,0% hield zich aan het advies van de Gezondheidsraad. Ongeveer één op de vijftien volwassenen dronk overmatig en 7,9% was een zware drinker. Vrouwen, 50-plussers, laagopgeleiden, volwassenen met een niet-Europese herkomst en volwassenen in (zeer) sterk en weinig/niet stedelijke gebieden hielden zich het vaakst aan het advies van de Gezondheidsraad. Zwaar drinken was het hoogst onder mannen, jongvolwassenen en volwassenen met een Nederlandse of Europese herkomst. Overmatig drinken was het hoogst onder mannen, jongvolwassenen, middelbaar- en hoogopgeleiden en volwassenen met een Nederlandse herkomst.
- In 2023 is het percentage volwassenen dat zich houdt aan het advies van de Gezondheidsraad niet veranderd vergeleken met 2022. Vergeleken met 2014 is dit percentage in 2023 wel hoger. Het percentage volwassenen dat weleens alcohol drinkt is tussen 2014 en 2023 afgenomen. Ook voor het percentage volwassenen dat overmatig drinkt nam af tussen 2014 en 2023. Het percentage volwassenen dat zwaar drinkt schommelt sinds de eerste meting in 2014.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs
12-16 jaar
(2023)



34,5% laatste jaar
22,0% laatste maand
14,4% binge drinken in de laatste maand

Studenten
≥16 jaar
(2023)



73,5% laatste jaar (mbo)
85% laatste jaar (hbo & wo)

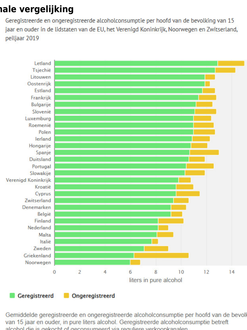
Uitgaanders
16-35 jaar
(2023)



7,2 glazen voor mannen
5,0 glazen voor vrouwen
tijdens het uitgaan

- In 2023 had 39,6% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit alcohol gedronken, 34,5% dronk in het laatste jaar alcohol en 22,0% deed dit in de laatste maand. Scholieren zijn gemiddeld 12,9 jaar als zij beginnen met drinken en gemiddeld 13,8 jaar als zij beginnen met wekelijks drinken. Alcoholgebruik neemt toe met de leeftijd. Meer scholieren met een Nederlandse herkomst drinken alcohol dan scholieren met een niet-Nederlandse herkomst. Ook zijn er regionale en lokale verschillen in het drinken van alcohol onder scholieren.
- Eén op de vijf scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) is weleens dronken geweest, 11,1% was dit in de laatste maand. Verder heeft 14,4% van de scholieren in de laatste maand 'gebinged'. Drinkende meisjes waren vaker dronken dan drinkende jongens en havo-leerlingen waren vaker dronken dan vmbo-b/k leerlingen. Dronkenschap en binge drinken nemen sterk toe met de leeftijd.
- In 2023 dronk 9,6% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ten minste maandelijks alcoholvrije dranken, 4,1% deed dit wekelijks. Meer jongens dan meisjes drinken alcoholvrije dranken. Het gebruik van alcoholvrije dranken neemt toe met leeftijd, maar daalt weer onder 16-jarigen. Er zijn geen grote verschillen in het gebruik van alcoholvrije dranken tussen schoolniveaus. Leerlingen die alcohol drinken, drinken vaker alcoholvrije dranken dan leerlingen die niet drinken.
- Het percentage scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) dat alcohol drinkt (ooit, laatste jaar, laatste maand) is in 2023 lager dan in 2021 en in 2003. Dronkenschap is tussen 2021 en 2023 ongeveer gelijk gebleven, maar in 2023 wel lager dan in 2003. Het percentage scholieren dat heeft 'gebinged' is in 2023 lager dan in 2021 en in 2003.
- Een ruime meerderheid van de studenten drinkt alcohol. In 2023 had 85% van de hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder in het laatste jaar alcohol gedronken en 73,5% van de mbo-studenten. Vergeleken met 2021 is het gebruik niet veranderd. Meer mannelijke dan vrouwelijke studenten drinken grote hoeveelheden alcohol per keer.
- 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 zijn geen duidelijke verschillen in alcoholgebruik tussen jongeren uit kwetsbare groepen en jongeren uit het regulier onderwijs. Alleen het gebruik van alcohol ooit in het leven ligt in de residentiële jeugdzorg (RJZ) een stuk 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.

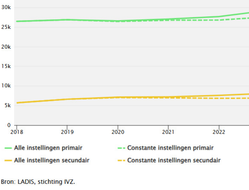
Internationale vergelijking



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



Bron: LADIS, stichting IVZ.

- In 2023 werden er meer dan 29.000 mensen behandeld in de verslavingszorg voor primaire alcoholproblematiek. Dat is bijna de helft van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg. De toename in het aantal cliënten met primaire alcoholproblematiek is in de periode 2018-2023 kan verklaard worden door een toename in het aantal deelnemende instellingen en de bevolkingsgroei.
- 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 accijnstarieven voor bier, wijn en gedestilleerd in Nederland.

11.1 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 Alcoholgebruik onder volwassenen

Hoeveel volwassenen drinken alcohol?

In het kort: In 2023 had bijna acht op de tien volwassenen weleens alcohol gedronken. 44,0% hield zich aan het advies van de Gezondheidsraad. Ongeveer één op de vijftien volwassenen dronk overmatig en 7,9% was een zware drinker. Vrouwen, 50-plussers, laagopgeleiden, volwassenen met een niet-Europese herkomst en volwassenen in (zeer) sterk en weinig/niet stedelijke gebieden hielden zich het vaakst aan het advies van de Gezondheidsraad. Zwaar drinken was het hoogst onder mannen, jongvolwassenen en volwassenen met een Nederlandse of Europese herkomst. Overmatig drinken was het hoogst onder mannen, jongvolwassenen, middelbaar- en hoogopgeleiden en volwassenen met een Nederlandse herkomst.

Snel naar:
Weleens drinken en drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad
Overmatig en zwaar drinken

Bijna acht op de tien volwassenen drinkt weleens alcohol

In 2023 had bijna acht op de tien (77,2%) Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder in het laatste jaar weleens alcohol gedronken. Dat komt neer op bijna 11 miljoen volwassenen. 44,0% van de volwassenen hield zich aan het advies van de Gezondheidsraad en dronk niet of maximaal één glas alcohol per dag. Dat komt neer op iets meer dan 6 miljoen volwassenen.

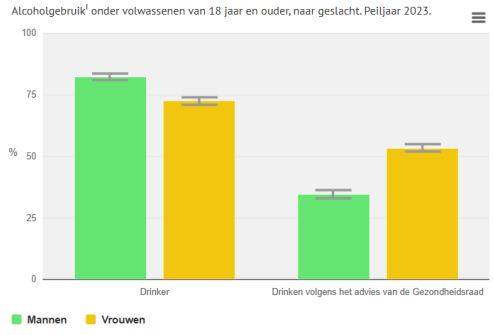
Alcoholgebruik[I] in het laatste jaar onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

	%	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Drinker	77,2	10.950.000	10.810.000-11.100.000
Drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad	44,0	6.240.000	6.070.000-6.420.000

I. Drinker: tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. Drinken volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad: geen alcohol of niet meer dan één glas per dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2023.

Meer mannen dan vrouwen drinken alcohol; vrouwen houden zich vaker aan het advies van de Gezondheidsraad

Het percentage volwassen dat in 2023 weleens alcohol dronk is hoger onder mannen (82,2%) dan onder vrouwen (72,5%). Het percentage volwassenen dat zich aan het advies van de Gezondheidsraad hield is hoger onder vrouwen (53,3%) dan onder mannen (34,5%).

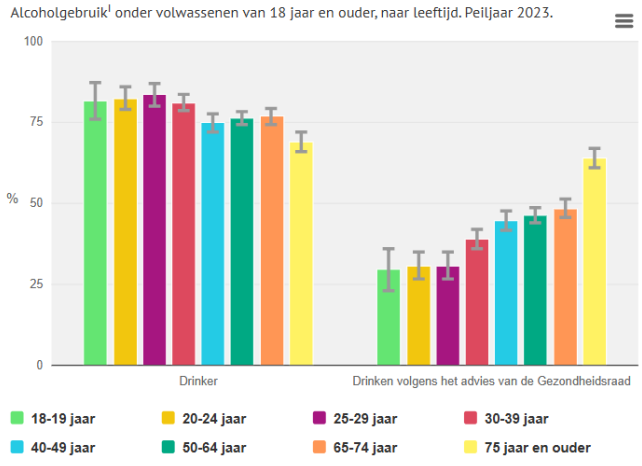


1. Drinker: tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. Drinken volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad: geen alcohol of niet meer dan één glas per dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2023.

	Mannen	Man low	Man high	Vrouwen	Vrouw low	Vrouw high
Drinker	82,2	80,8	83,5	72,5	71,0	73,9
Drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad	34,5	32,9	36,1	53,3	51,7	54,9

Alcoholgebruik komt het meest voor onder 18-39-jarigen; 50-plussers houden zich het vaakst aan het advies van de Gezondheidsraad

Het percentage volwassen dat in 2023 weleens alcohol dronk is hoger onder 18-39-jarigen dan onder de andere leeftijdsgroepen. 75+ plussers drinken het minst vaak. Het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad stijgt met de leeftijd. Ter illustratie: onder 18-29-jarigen drinkt 30,5% niet of maximaal één glas alcohol per dag, tegenover 63,9% van de 75-plussers.

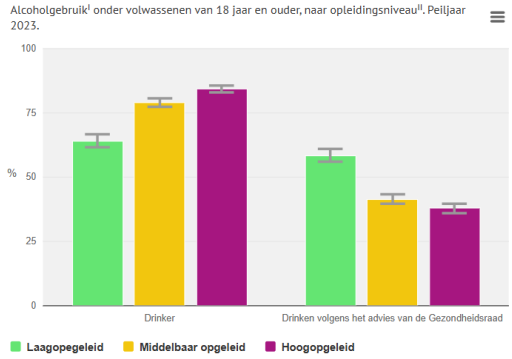


1. Drinker: tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. Drinken volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad: geen alcohol of niet meer dan één glas per dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2023.

	18-19 jaar	18-19 low	18-19 high	20-24 jaar	20-24 low	20-24 high	25-29 jaar	25-29 low	25-29 high	30-39 jaar	30-39 low	30-39 high	40-49 jaar	40-49 low	40-49 high	50-64 jaar	50-64 low	50-64 high	65-74 jaar	65-74 low	65-74 high	75 jaar en ouder	75+ low	75+ high
Drinker	81,4	75,8	87,1	82,3	78,9	85,8	83,5	80,0	86,9	81	78,4	83,6	74,8	72,0	77,6	76,2	74,2	78,2	76,7	74,3	79,2	68,8	65,8	71,7
Drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad	29,4	22,9	36,0	30,6	26,5	34,8	30,6	26,5	34,8	39	36,0	42,0	44,5	41,4	47,6	46,2	43,9	48,5	48,3	45,5	51,2	63,9	60,9	66,9

Alcoholgebruik komt het vaakst voor onder hoogopgeleiden; laagopgeleiden houden zich het vaakst aan het advies van de Gezondheidsraad

Het percentage volwassenen dat in 2023 weleens alcohol dronk is het hoogst onder hoogopgeleiden (84,1%) en het laagst onder laagopgeleiden (64,0%). Het percentage volwassenen dat zich aan het advies van de Gezondheidsraad hield was het hoogst onder laagopgeleiden (58,3%) en het laagst onder hoogopgeleiden (37,8%).

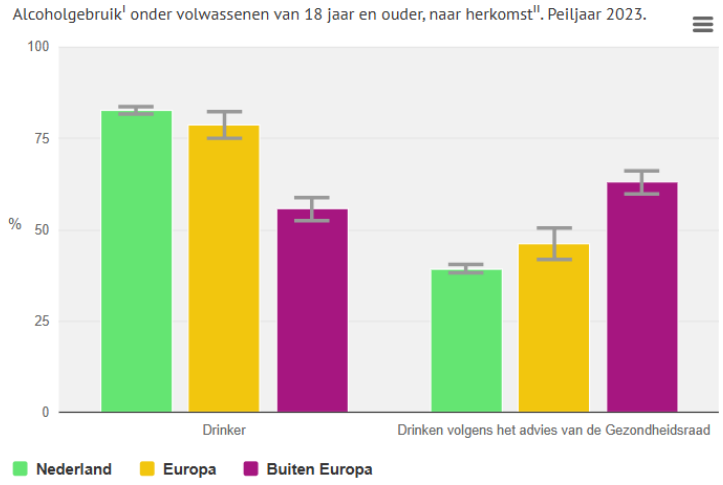


I. Drinker: tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. Drinken volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad: geen alcohol of niet meer dan één glas per dag. II. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = MBO niveau 2–4, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = 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 Trimbos-instituut, 2023.

	Laagopegeleid	Laag high	Laag low	Middelbaar opgeleid	Middelbaar low	Middelbaar high	Hoogopgeleid	Hoog low	Hoog high
Drinker	64	61,5	66,4	79	77,3	80,6	84,1	82,7	85,5
Drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad	58,3	55,9	60,8	41,3	39,4	43,2	37,8	36,0	39,6

Alcoholgebruik komt het vaakst voor onder volwassenen met een Nederlandse herkomst; volwassenen met een niet-Europese herkomst houden zich het vaakst aan het advies van de Gezondheidsraad

Het percentage volwassenen dat in 2023 weleens alcohol dronk is het hoogst onder volwassenen met een Nederlandse herkomst (82,4%) en het laagst onder mensen met een niet-Europese herkomst (55,5%). Het percentage volwassenen dat zich aan het advies van de Gezondheidsraad hield was het hoogst onder volwassenen met een niet-Europese herkomst (62,8%) en het laagst onder volwassenen met een Nederlandse herkomst (39,2%).

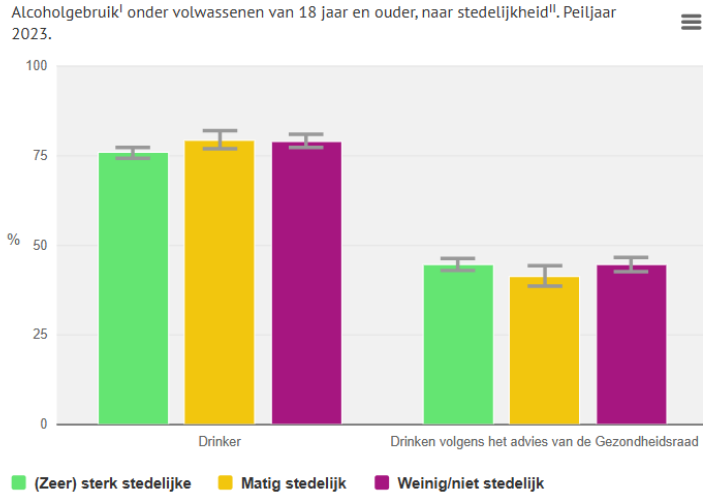


I. Drinker: tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. Drinken volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad: geen alcohol of niet meer dan één glas per dag. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst | CBS). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2023.

	Nederland	NL low	NL high	Europa	EU low	EU high	Buiten Europa	b-EU low	b-EU high
Drinker	82,4	81,4	83,4	78,6	75,0	82,1	55,5	52,3	58,6
Drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad	39,2	38,0	40,5	46,0	41,7	50,3	62,9	59,8	65,9

Alcoholgebruik komt het vaakst voor onder volwassenen in matig en weinig/niet stedelijke gebieden; geen grote verschillen in het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad

Het percentage volwassenen dat in 2023 weleens alcohol dronk is het hoogst onder volwassenen in matig (79,3%) en weinig/niet stedelijke gebieden (79,0%) en het laagst onder mensen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (75,8%). Het percentage volwassenen dat zich aan het advies van de Gezondheidsraad hield was het hoogst onder volwassenen in (zeer) sterk (44,6%) en weinig/niet stedelijke gebieden (44,5%), maar het verschil met volwassenen in matig en weinig/niet stedelijke gebieden is niet statistisch significant.



I. Drinker: tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. Drinken volgens de richtlijn 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, 2023.

	(Zeer) sterk stedelijke	Zeer low	Zeer high	Matig stedelijk	Matig low	Matig high	Weinig/niet stedelijk	Weinig low	Weinig high
Drinker	75,8	74,3	77,2	79,3	77,0	81,7	79,0	77,3	80,7
Drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad	44,6	43,0	46,2	41,3	38,5	44,1	44,5	42,4	46,5

Alcoholgebruik is hoger onder werkenden dan onder niet-werkenden

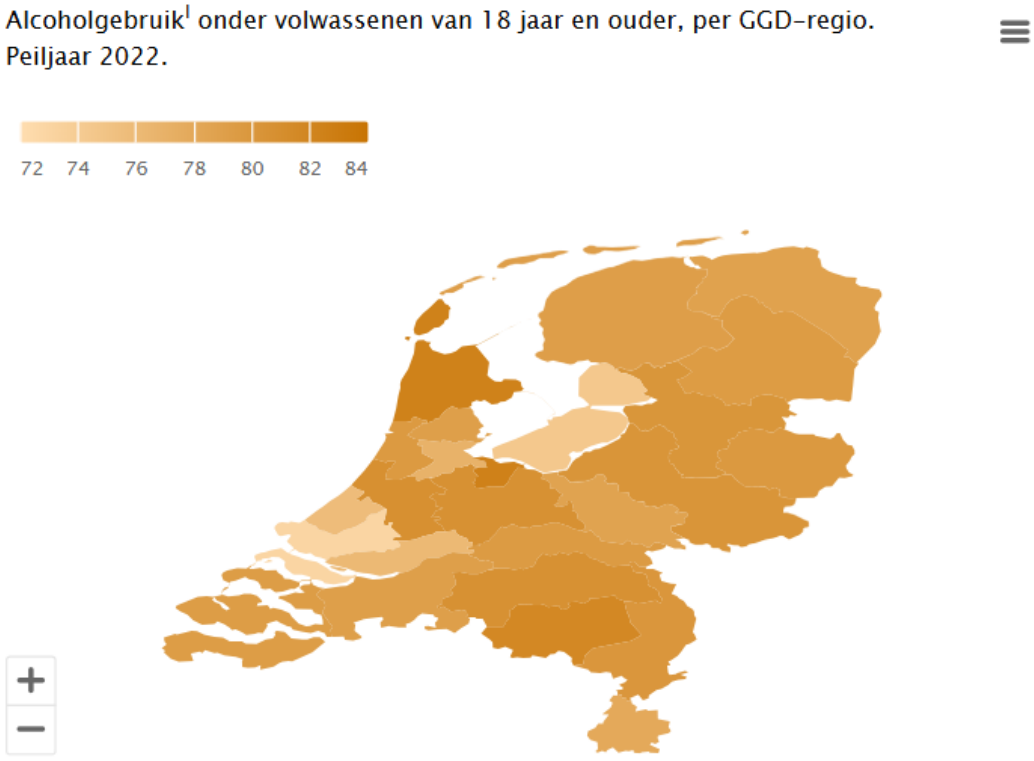
Het percentage volwassenen dat in 2022 weleens alcohol dronk was hoger onder werkenden (84,3%)

dan onder niet-werkenden (65,5%). Dit blijkt uit aanvullende analyses die zijn gepubliceerd in een aparte infographic over middelengebruik en werk [1]. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt van de LSM-A van het peiljaar 2022.

Weleens drinken en drinken volgens de het advies van de Gezondheidsraad verschilt per regio

Uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen uit 2022 blijkt dat er regionale verschillen zijn in het percentage volwassenen van 18 jaar en ouder dat zich houdt aan het advies van de Gezondheidsraad [2]. Per GGD-regio varieerde het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad van 38,3% (GGD-regio Hart voor Brabant) tot 50,5% (GGD-regio Flevoland). Het weleens drinken van alcohol varieerde van 73,0% (GGD Rotterdam-Rijnmond) tot 82,5% (GGD-regio Gooi en Vechtstreek).

Uit Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen uit 2024 blijkt dat er ook regionale verschillen zijn in het gebruik van alcohol in de leeftijdsgroep 16-25 jaar [3]. Het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad varieerde van 33,9% (GGD-regio Twente) tot 54,5% (GGD-regio Flevoland). Het weleens drinken van alcohol varieerde van 76,6% (GGD-regio Flevoland) tot 88,1% (GGD-regio Groningen).



1. Tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en ouderen 2022, CBS, GGD'en en RIVM.

Ongeveer één op de vijftien volwassenen drinkt overmatig en 7,9% is een zware drinker

In 2023 dronk ongeveer één op de vijftien (6,7%) Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder overmatig. Daarnaast dronk 7,9% van de volwassenen zwaar. Dat komt neer op 950 duizend volwassenen die overmatig dronken en 1.1 miljoen volwassenen die zwaar dronken.

Er is overlap tussen deze groepen; 4,1% van de volwassen Nederlanders (590 duizend volwassenen) dronk overmatig én zwaar. Daarnaast dronk 6,1% (870 duizend volwassenen) overmatig óf zwaar.

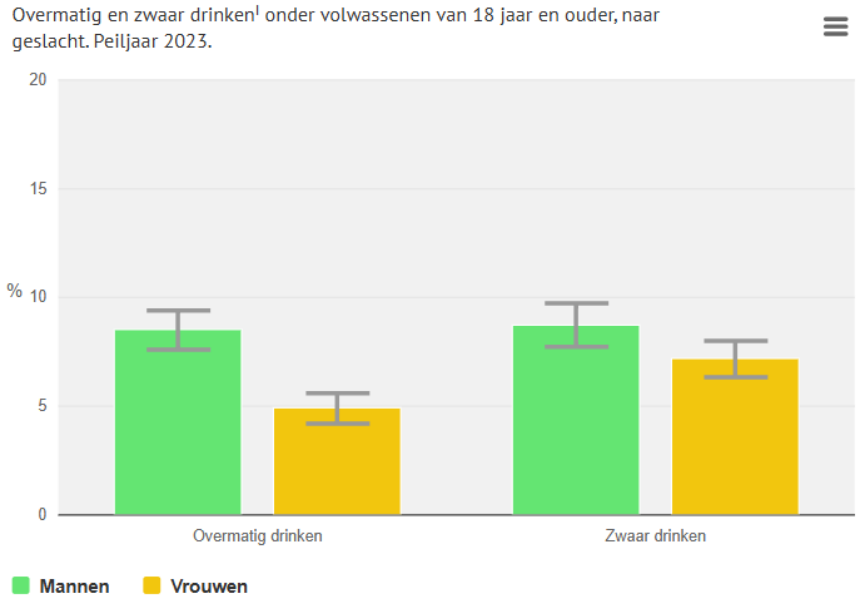
Overmatig en zwaar drinken[I] in het laatste jaar onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

	%	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Overmatig drinken	6,7	950.000	860.000-1.030.000
Zwaar drinken	7,9	1.120.000	1.030.000-1.210.000

I. 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. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2023.

Meer mannen dan vrouwen drinken overmatig of zwaar

Het percentage volwassenen dat in 2023 overmatig dronk is hoger onder mannen (8,5%) dan onder vrouwen (4,9%). Dit geldt ook voor zwaar drinken.

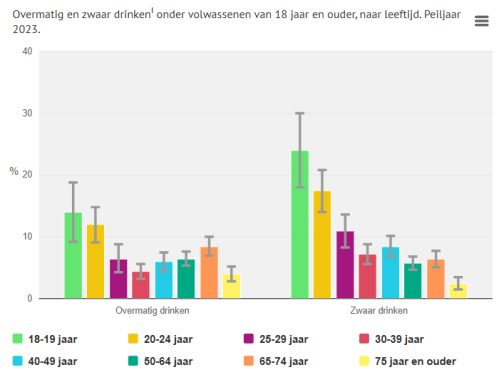


I. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Zwaar drinken: minimaal één keer per week 6 of meer glazen (mannen) of 4 of meer glazen (vrouwen) alcohol op één dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2023.

	Mannen	Man low	Man high	Vrouwen	Vrouw low	Vrouw high
Overmatig drinken	8,5	7,6	9,4	4,9	4,2	5,6
Zwaar drinken	8,7	7,7	9,7	7,2	6,3	8,0

Jongvolwassenen drinken het vaakst overmatig of zwaar

Het percentage volwassenen dat in 2023 overmatig dronk is het hoogst onder 18-29-jarigen (9,8%). Onder 30-39-jarigen neemt het overmatig drinken af, waarna het weer iets toe lijkt te nemen met het stijgen van de leeftijd. Zwaar drinken was ook het hoogst onder jongvolwassenen (15,5%), en neemt af met het stijgen van de leeftijd.

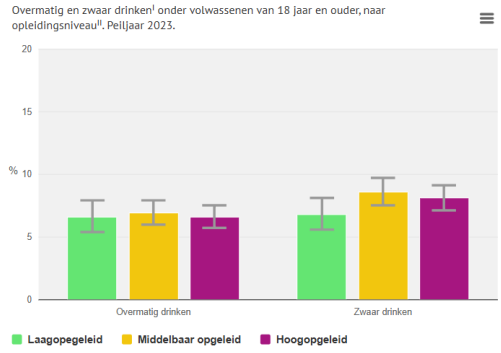


I. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Zwaar drinken: minimaal één keer per week 6 of meer glazen (mannen) of 4 of meer glazen (vrouwen) alcohol op één dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2023.

	18-19 jaar	18-19 low	18-19 high	20-24 jaar	20-24 low	20-24 high	25-29 jaar	25-29 low	25-29 high	30-39 jaar	30-39 low	30-39 high	40-49 jaar	40-49 low	40-49 high	50-64 jaar	50-64 low	50-64 high	65-74 jaar	65-74 low	65-74 high	75 jaar en ouder	75+ low	75+ high
Overmatig drinken	13,9	9,1	18,7	11,9	9,0	14,8	6,4	4,2	8,7	4,3	3,1	5,5	5,9	4,4	7,4	6,4	5,3	7,5	8,4	6,9	10,0	4	2,8	5,2
Zwaar drinken	24	18,0	30,0	17,4	14,0	20,8	10,9	8,2	13,6	7,2	5,6	8,7	8,4	6,7	10,1	5,7	4,6	6,7	6,4	5,0	7,7	2,4	1,4	3,4

Geen verschillen in overmatig drinken tussen verschillende opleidingsniveaus; zwaar drinken komt iets vaker voor onder middelbaar- en hoogopgeleiden

Er waren in 2023 geen verschillen in overmatig drinken tussen de verschillende opleidingsniveaus. Zwaar drinken lag iets hoger onder middelbaar- (8,6%) en hoogopgeleiden (8,1%) dan onder laagopgeleiden (6,8%).



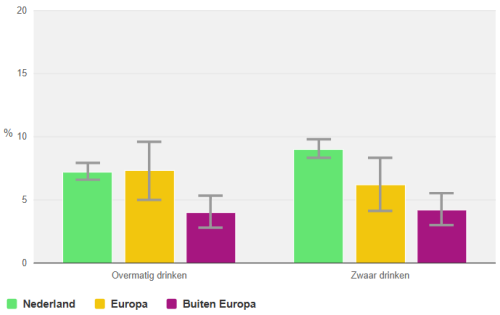
I. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Zwaar drinken: minimaal één keer per week 6 of meer glazen (mannen) of 4 of meer glazen (vrouwen) alcohol op één dag. II. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO, MBO niveau 1; Middelbaar opgeleid = 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 Trimbos-instituut, 2023.

	Laagopegeleid	Laag low	Laag high	Middelbaar opgeleid	Middelbaar low	Middelbaar high	Hoogopgeleid	Hoog low	Hoog high
Overmatig drinken	6,6	5,4	7,9	6,9	6,0	7,9	6,6	5,7	7,5
Zwaar drinken	6,8	5,6	8,1	8,6	7,5	9,7	8,1	7,1	9,1

Volwassenen met een Nederlandse of Europese herkomst drinken het vaakst overmatig; volwassenen met een Nederlandse herkomst drinken het vaakst zwaar

Het percentage volwassenen dat in 2023 overmatig dronk was het hoogst onder volwassenen met een Nederlandse (7,2%) of Europese herkomst (excl. NL) (7,3%) en het laagst onder volwassenen met een niet-Europese herkomst (4,0%). Zwaar drinken was het hoogst onder volwassenen met een Nederlandse herkomst (9,0%) en het laagst onder volwassenen met een Europese herkomst (excl. NL) (6,2%) of niet-Europese herkomst (4,2%).

Overmatig en zwaar drinken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2023.



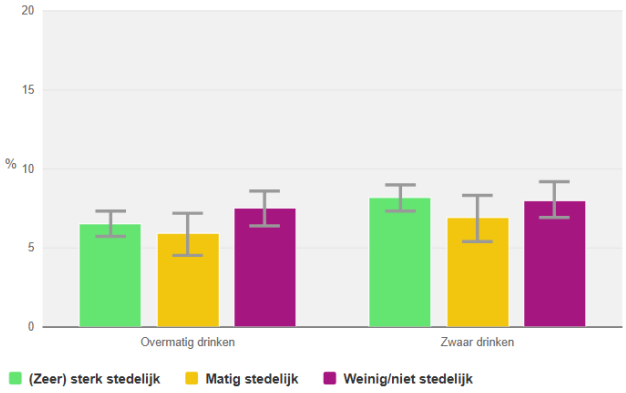
I. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Zwaar drinken: minimaal één keer per week 6 of meer glazen (mannen) of 4 of meer glazen (vrouwen) alcohol op één dag. II. Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst | CBS). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2023.

	Nederland	NL low	NL high	Europa	EU low	EU high	Buiten Europa	b-EU low	b-EU high
Overmatig drinken	7,2	6,6	7,9	7,3	5,0	9,6	4,0	2,8	5,3
Zwaar drinken	9,0	8,3	9,8	6,2	4,1	8,3	4,2	3,0	5,5

Geen verschillen in overmatig en zwaar drinken tussen verschillende stedelijkheidsniveaus

Er waren in 2023 geen duidelijke verschillen in overmatig en zwaar drinken tussen de verschillende stedelijkheidsniveaus.

Overmatig en zwaar drinken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2023.



I. 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. 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, 2023.

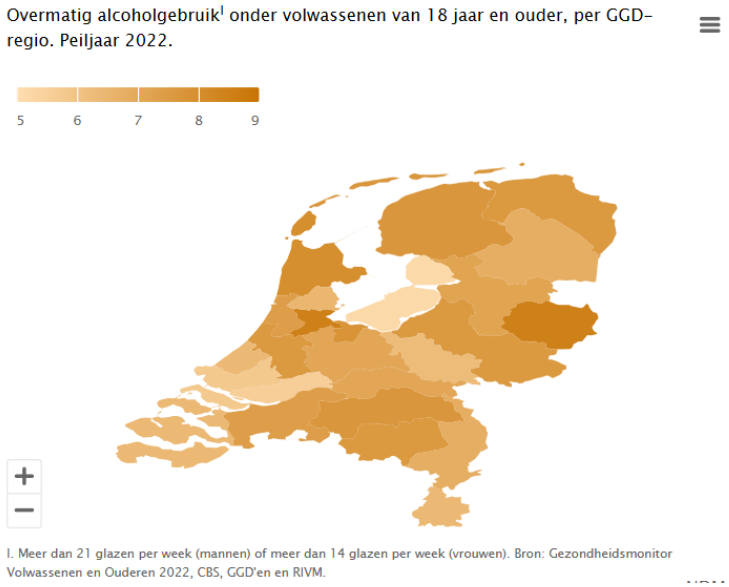
	(Zeer) sterk stedelijk	sterk low	sterk high	Matig stedelijk	matig low	matig high	Weinig/niet stedelijk	weinig low	weinig high
Overmatig drinken	6,5	5,7	7,3	5,9	4,5	7,2	7,5	6,4	8,6
Zwaar drinken	8,2	7,3	9,0	6,9	5,4	8,3	8,0	6,9	9,2

Overmatig en zwaar drinken verschilt per regio

Uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen uit 2022 blijkt dat er regionale verschillen zijn in het overmatig en zwaar drinken onder volwassenen van 18 jaar en ouder [2]. Per GGD-regio

varieerde het percentage overmatig drinkers van 5,2% (GGD-regio Flevoland) tot 8,5% (GGD-regio's Amsterdam en Twente). Zwaar drinken varieerde van 5,9% (GGD-regio Flevoland) tot 13,1% (GGD-regio Twente).

Uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen uit 2024 blijkt dat er ook regionale verschillen zijn in het gebruik van alcohol in de leeftijdsgroep 16-25 jaar [3]. Per GGD-regio varieerde het percentage zware drinkers van 13,2% (GGD-regio Flevoland) tot 29,0% (GGD-regio Twente). Overmatig drinken is niet uitgevraagd in dit onderzoek.



Meer cijfers of verdiepende informatie?

Zie het cijferdossier van het Expertisecentrum Alcohol voor meer cijfers en verdiepende informatie over alcoholgebruik.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van alcohol worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor alcoholgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen alcohol gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van alcohol wordt sinds 2014 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over alcoholgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Regionale cijfers

Naast de landelijke cijfers uit de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale cijfers over alcoholgebruik

beschikbaar uit de GGD Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen [2] en uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen [3]. De meest recente gegevens komen uit van de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen uit 2024, toen meer dan 135.000 jongvolwassenen tussen de 16 en 25 jaar de vragenlijst invulden. In tegenstelling tot 2022 werd er in 2024 geen steekproef getrokken; de vragenlijst was via een open link beschikbaar en respondenten werden vooral geworven via sociale media. De resultaten zijn gestandaardiseerd naar GGD-regio, leeftijd en gender om representativiteit te verbeteren, maar de wervingsmethode kan mogelijk leiden tot een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een slechtere (mentale) gezondheid. Deze cijfers zijn door verschillen in de vraagstelling en leeftijdsgroep niet direct vergelijkbaar met de cijfers uit de GE of de LSM-A Middelen, maar bieden wel inzicht in regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen.

Definities

- Weleens alcohol drinken: tenminste eenmaal alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden.
- Drinken volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad: niet drinken of niet meer dan één glas per dag.
- 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.

Bronnen

1. M. Tuithof, M. Blokland, A. Sannen. Alcohol, drugs, medicijnen (ADM) en werk. Werkend Nederland in 2022. Trimbos-instituut;
2. GGD’en, RIVM, CBS. Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen . https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-volwassenen-en-ouderen. 2022.
3. GGD’en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024. https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024. 2025.

11.2.2 Veranderingen in alcoholgebruik onder volwassenen

Is het alcoholgebruik onder volwassenen veranderd?

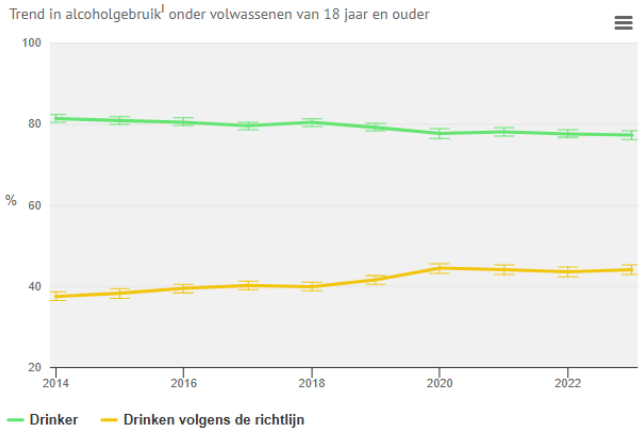
In het kort: In 2023 is het percentage volwassenen dat zich houdt aan het advies van de Gezondheidsraad niet veranderd vergeleken met 2022. Vergeleken met 2014 is dit percentage in 2023 wel hoger. Het percentage volwassenen dat weleens alcohol drinkt is tussen 2014 en 2023 afgenomen. Ook voor het percentage volwassenen dat overmatig drinkt nam af tussen 2014 en 2023. Het percentage volwassenen dat zwaar drinkt schommelt sinds de eerste meting in 2014.

Snel naar:
Weleens drinken en drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad
Overmatig en zwaar drinken

Drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad is sinds op korte termijn stabiel, maar op lange termijn gestegen

Het percentage volwassenen dat zich houdt aan het advies van de Gezondheidsraad is in 2023 niet veranderd vergeleken met de vorige meting in 2022. Dit geldt ook voor het percentage volwassenen dat weleens alcohol drinkt.

Vergeleken met de eerste meting in 2014 is het percentage volwassenen dat zich houdt aan het advies van de Gezondheidsraad in 2023 wel hoger. Deze stijging deed zich voor tussen 2014 en 2020, sindsdien bleef het percentage ongeveer gelijk. Het percentage volwassenen dat weleens drinkt is tussen 2014 en 2023 geleidelijk afgenomen.



1. Drinker: tenminste één keer alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden. Drinken volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad: geen alcohol of niet meer dan één glas per dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2023.

	Drinker	Drinker low	Drinker high	Drinken volgens de richtlijn	Richtlijn low	Richtlijn high
2014	81,3	80,4	82,3	37,4	36,3	38,6
2015	80,8	79,9	81,8	38,2	37,0	39,3
2016	80,4	79,5	81,4	39,4	38,2	40,5
2017	79,5	78,5	80,4	40,1	39,0	41,3

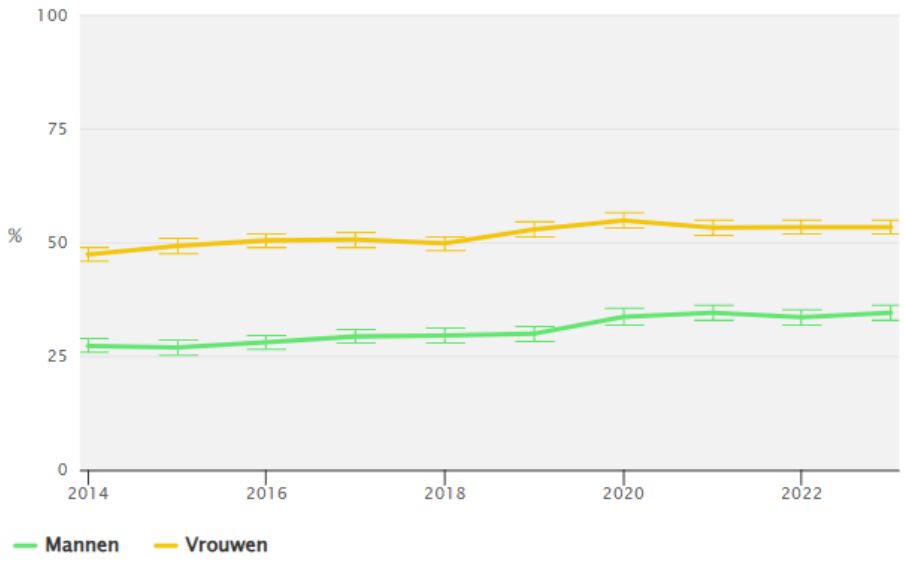
	Drinker	Drinker low	Drinker high	Drinken volgens de richtlijn	Richtlijn low	Richtlijn high
2018	80,4	79,4	81,3	39,8	38,7	40,9
2019	79,1	78,2	80,1	41,5	40,3	42,6
2020	77,6	76,4	78,7	44,4	43,1	45,6
2021	78	76,9	79,1	44	42,7	45,2
2022	77,5	76,6	78,5	43,5	42,4	44,7
2023	77,2	76,2	78,2	44	42,9	45,2

Drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad is op lange termijn afgenomen onder zowel mannen als vrouwen

Tussen 2022 en 2023 is het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad onder zowel mannen als vrouwen niet veranderd. Dit geldt ook voor het weleens drinken van alcohol.

Vergeleken met 2014 is in 2023 het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad toegenomen onder zowel mannen (van 27,2% naar 34,5%) als vrouwen (van 47,2% naar 53,3%). Het weleens drinken van alcohol daalde in deze periode onder zowel mannen als vrouwen.

Trend in het drinken volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht



1. Drinkt volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad: geen alcohol of niet meer dan één glas per dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad is op lange termijn toegenomen onder 35-plussers

Tussen 2022 en 2023 is het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad onder alle leeftijden niet veranderd. Dit geldt ook voor het weleens drinken van alcohol.

Vergeleken met 2014 is in 2023 het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad onder 35-plussers gestegen van 40,3% naar 48,3%, terwijl het weleens drinken daalde van 80,0% naar 75,5%. Het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad en het wel eens drinken van alcohol bleef onder de andere leeftijdsgroepen ongeveer gelijk in deze periode.

Drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad is op lange termijn toegenomen onder alle opleidingsniveaus

Tussen 2022 en 2023 is het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad onder alle opleidingsniveaus niet veranderd. Dit geldt ook voor het weleens drinken van alcohol.

Vergeleken met 2014 is in 2023 het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad onder alle opleidingsniveaus toegenomen. Het weleens drinken van alcohol daalde in deze periode onder alle opleidingsniveaus.

Drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad is op korte termijn stabiel onder alle herkomstgroepen

Tussen 2022 en 2023 is het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad onder alle herkomstgroepen niet veranderd. Dit geldt ook voor het weleens drinken van alcohol.

Sinds 2022 hanteert het CBS een nieuwe indeling naar herkomst, er zijn daarom geen trendgegevens beschikbaar tussen 2014 en 2022.

Drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad is op lange termijn toegenomen onder volwassenen in (zeer) sterk en weinig/niet stedelijke gebieden

Tussen 2022 en 2023 is het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad onder volwassenen in alle stedelijkheidsniveaus niet veranderd. Dit geldt ook voor het weleens drinken van alcohol.

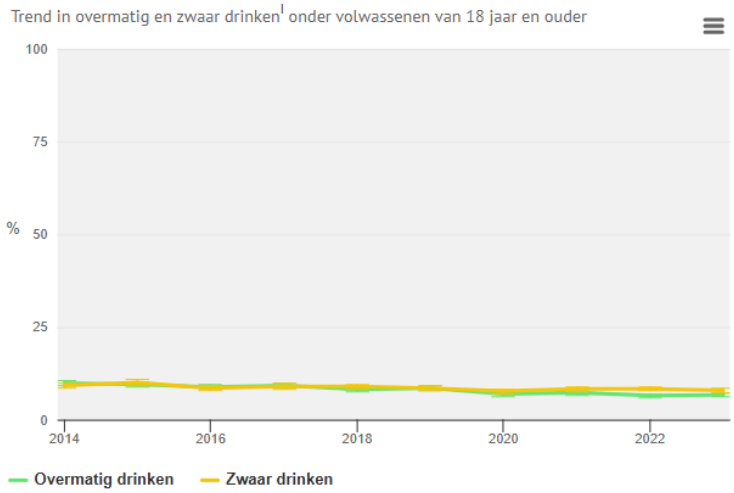
Vergeleken met 2014 is in 2023 het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad onder volwassenen in (zeer) sterk stedelijke en weinig/niet stedelijke gebieden toegenomen. Het weleens drinken van alcohol daalde in deze periode onder volwassenen in deze stedelijkheidsniveaus. Onder volwassenen in matig stedelijke gebieden bleef het drinken volgens het advies van de Gezondheidsraad en het weleens drinken van alcohol tussen 2014 en 2023 ongeveer gelijk.

Overmatig drinken is op korte termijn stabiel, maar op lange termijn gedaald; zwaar drinken schommelt

Het percentage volwassenen dat overmatig drinkt is in 2023 niet veranderd vergeleken met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting in 2014 is het percentage in 2023 wel lager. Deze daling deed zich voor tussen 2014 (9,9%) en 2020 (6,9%), sindsdien bleef het percentage

ongeveer gelijk.

Het percentage volwassenen dat zwaar drinkt schommelt sinds de eerste meting in 2014 rond de 8%.



I. 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. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2023.

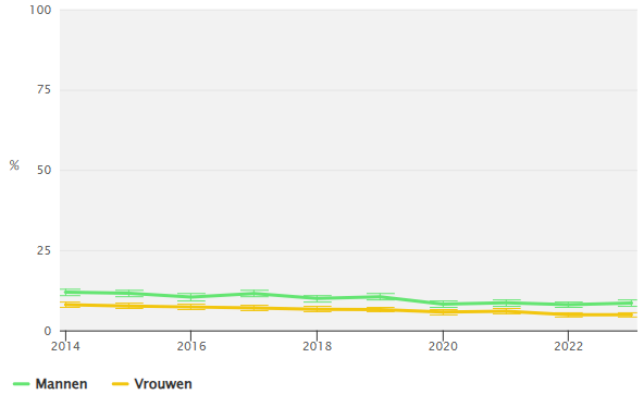
	Overmatig drinken	Overmatig low	Overmatig high	Zwaar drinken	Zwaar low	Zwaar high
2014	9,9	9,2	10,6	9,2	8,5	9,9
2015	9,5	8,8	10,2	10,0	9,2	10,7
2016	8,8	8,1	9,5	8,5	7,8	9,2
2017	9,2	8,5	9,9	9,0	8,3	9,7
2018	8,2	7,6	8,9	9,0	8,3	9,6
2019	8,5	7,8	9,1	8,5	7,9	9,2
2020	6,9	6,3	7,6	7,7	7,0	8,3
2021	7,3	6,6	7,9	8,3	7,5	9,0
2022	6,5	5,9	7,0	8,3	7,7	9,0
2023	6,7	6,1	7,3	7,9	7,3	8,6

Overmatig drinken is op lange termijn afgenomen onder zowel mannen als vrouwen, zwaar drinken is alleen afgenomen onder mannen

Tussen 2022 en 2023 is het overmatig drinken van alcohol onder zowel mannen als vrouwen niet veranderd. Dit geldt ook voor zwaar drinken onder vrouwen. Onder mannen is het zwaar drinken in 2023 (8,7%) wel lager dan in 2022 (10,1%).

Vergeleken met de eerste meting in 2014 is in 2023 het overmatig drinken lager onder zowel mannen (11,9% versus 8,5%) als vrouwen (8,1% versus 4,9%). Ook zwaar drinken is onder mannen in 2023 lager dan in 2014 (11,5%), maar onder vrouwen onveranderd.

Trend in **overmatig drinken**[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht



I. Overmatig drinken: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

Overmatig drinken is op lange termijn gedaald onder 25-plussers; zwaar drinken is gedaald onder 35-plussers

Tussen 2022 en 2023 is het overmatig drinken van alcohol onder alle leeftijden niet veranderd. Dit geldt ook voor zwaar drinken.

Vergeleken met 2014 is in 2023 het overmatig drinken van alcohol gedaald onder 25-34-jarigen (van 8,1% naar 5,3%) en onder 35-plussers (van 9,8% naar 6,1%). Zwaar drinken daalde in deze periode alleen onder 35-plussers, van 7,5% naar 5,9%. Onder 18-24-jarigen bleef het overmatig en zwaar drinken tussen 2014 en 2023 ongeveer gelijk.

Overmatig drinken is op lange termijn gedaald onder alle opleidingsniveaus; zwaar drinken is alleen onder hoogopgeleiden gedaald

Tussen 2022 en 2023 is het overmatig drinken van alcohol onder alle opleidingsniveaus niet veranderd. Zwaar drinken is alleen onder hoogopgeleiden gedaald van 9,7% naar 8,1%.

Vergeleken met 2014 is in 2023 het overmatig drinken van alcohol onder alle opleidingsniveaus gedaald. Zwaar drinken is alleen onder hoogopgeleiden gedaald, van 10,1% in 2014 naar 8,1% in 2023.

Overmatig en zwaar drinken is op korte termijn stabiel onder alle herkomstgroepen

Tussen 2022 en 2023 is het overmatig drinken van alcohol onder alle herkomstgroepen niet veranderd. Dit geldt ook voor zwaar drinken.

Sinds 2022 hanteert het CBS een nieuwe indeling naar herkomst, er zijn daarom geen trendgegevens beschikbaar tussen 2014 en 2022.

Overmatig drinken op lange termijn gedaald onder volwassenen in alle stedelijkheidsniveaus; zwaar drinken is alleen in weinig/niet stedelijke gebieden gedaald

Tussen 2022 en 2023 is het overmatig drinken van alcohol alleen onder volwassenen in weinig/niet

stedelijke gebieden gestegen van 5,8% naar 7,5%. In alle andere stedelijkheidsniveaus bleef het gelijk. Zwaar drinken bleef gelijk onder volwassenen in alle stedelijkheidsniveaus.

Vergeleken met 2014 is in 2023 het overmatig drinken van alcohol onder volwassenen in alle stedelijkheidsniveaus gedaald. Zwaar drinken is alleen onder volwassenen in weinig/niet stedelijke gebieden gedaald, van 10,1% in 2014 naar 8,0% in 2023.

Meer cijfers of verdiepende informatie?

Zie het cijferdossier van het Expertisecentrum Alcohol voor meer cijfers en verdiepende informatie over alcoholgebruik.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van drugs worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor drugsgebruik onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen drugs gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van alcohol wordt sinds 2014 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over drugsgebruik komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd. In deze vragenlijst worden ook de frequentie van gebruik en probleemgebruik, aankooplocaties, aan middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag uitgevraagd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Definities

- Weleens alcohol drinken: tenminste eenmaal alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden.
- Drinken volgens de richtlijn van de Gezondheidsraad: niet drinken of niet meer dan één glas per dag.
- 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.

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

Hoeveel vrouwen gebruiken alcohol rond de zwangerschap?

In het kort: In 2023 dronk 43,8% van de vrouwen in de vier weken vóór de zwangerschap alcohol. Ruim een kwart (26,9%) van alle zwangere vrouwen dronk alcohol (inclusief een paar slokjes) in de periode dat ze zwanger waren, maar dit nog niet wisten. Vanaf het moment dat vrouwen wisten dat ze zwanger waren, dronk 1,9% alcohol.

Alcoholgebruik in de vier weken vóór de zwangerschap

Ruim vier op de tien vrouwen dronk alcohol in de vier weken vóór de zwangerschap

In 2023 dronk 43,8% van de vrouwen in de vier weken vóór de zwangerschap alcohol. Van deze groep vrouwen, dronk 0,6% (bijna) dagelijks, 33,8% wekelijks, 48,8% dronk één tot drie keer in die vier weken en 16,8% dronk alleen slokjes. Als vrouwen drinken, dan drinken zij op een dag gemiddeld twee glazen.

Bijna de helft (49,0%) van de vrouwen met een hbo- of wo-opleiding dronk vóór de zwangerschap alcohol. Onder vrouwen met basisonderwijs/vmbo is dit duidelijk lager (34,7%). Ook onder vrouwen met een havo-, vwo-, mbo-opleiding is het percentage lager (36,2%) maar het verschil met hbo en wo is niet significant. Vrouwen zonder migratieachtergrond hebben vaker alcohol vóór de zwangerschap gedronken (50,0%) dan vrouwen met een migratieachtergrond (31,7%). Meer over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap onder verschillende groepen lees je in de factsheet monitor middelengebruik en zwangerschap.

Eén derde van de vrouwen stopt met drinken omdat ze zwanger willen worden

Van de vrouwen die ooit alcohol hebben gedronken, stopte 33,2% met drinken omdat ze zwanger wilden worden, 17,8% stopt al eerder of om een andere reden met drinken, 29,0% dronk minder vanwege de zwangerschapswens en 20,1% dronk niet minder vanwege de zwangerschapswens.

Twee derde van de partners dronk alcohol in de vier weken vóór de zwangerschap

In 2023 dronk twee derde (64,8%) van de partners alcohol in de vier weken vóór de zwangerschap. Van de vrouwen die vóór de zwangerschap alcohol dronken, dronk 90,6% van de partners in dezelfde periode.

Alcoholgebruik vóór de zwangerschap sinds 2016 stabiel

In de periode 2016-2023 schommelt het percentage vrouwen dat vóór de zwangerschap alcohol drinkt rond de 44%.

Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap

Ruim een kwart drinkt alcohol in de periode dat ze nog niet weten dat ze zwanger zijn

In 2023 had 1,9% van de vrouwen vanaf het moment dat ze wisten dat ze zwanger waren alcohol gedronken (inclusief een paar slokjes). Ruim een kwart (26,9%) dronk alcohol (inclusief een paar slokjes) in de periode dat ze zwanger waren maar dit nog niet wisten. Het grootste deel van deze vrouwen (70,6%) dronk minder dan één keer per week; 24,4% dronk één à twee dagen per week en 5,1% deed dit vaker. De meeste vrouwen (72,9%) dronken één glas of meer en 27,1% dronk enkele slokjes.

Alcoholgebruik onder vrouwen die weten dat ze zwanger zijn sinds 2016 gedaald

Vergeleken met 2016 is het percentage vrouwen dat alcohol drinkt terwijl ze weten dat ze zwanger zijn in 2023 gedaald van 4,7% naar 1,9%. Onder vrouwen die niet weten dat ze zwanger zijn is het percentage tussen 2021 en 2023 iets gestegen, maar de verandering is niet significant.

Eén op de vijf vrouwen sprak met een zorgverlener over alcoholgebruik

Ruim acht op de tien (85,0%) vrouwen verwacht dat zorgverleners tijdens de zwangerschap vragen stellen over alcohol drinken. Van de vrouwen die vóór de zwangerschap alcohol dronken, kan 20,5% zich herinneren dat ze tijdens de zwangerschap met een zorgverlener over alcoholgebruik hebben gesproken.

Alcoholgebruik tijdens de periode van borstvoeding

Kwart van de vrouwen heeft alcohol gedronken tijdens de borstvoedingsperiode

In 2023 had 25,1% van de vrouwen die borstvoeding gaven, gedurende die periode alcohol gedronken (inclusief een paar slokjes). Dit is een toename vergeleken met 2021, toen dit 18,8% was.

Drinken tijdens de borstvoedingsperiode blijft meestal beperkt tot één glas per keer

Van de vrouwen die drinken in de periode dat ze borstvoeding geven, drinkt veruit de grootste groep (94,4%) meestal één glas of minder per keer. Ook houdt bijna twee derde (64,0%) zich aan de

richtlijn om na het drinken van één glas alcohol drie uur te wachten met het geven van borstvoeding of de melk weg te gooien.

Meer over de onderzoeken op deze pagina

De gegevens over roken tijdens de zwangerschap komen uit de Monitor Middelengebruik en Zwangerschap die in 2023 voor de vierde keer in Nederland is uitgevoerd [1]. Voor dit onderzoek heeft een representatieve steekproef van 1.844 vrouwen met jonge kinderen (jonger dan 2 jaar) op het consultatiebureau een korte vragenlijst ingevuld over hun middelengebruik vóór, tijdens en na de zwangerschap. Deze methode was vergelijkbaar met de Monitor Middelengebruik en Zwangerschap uit 2016, 2018 en 2021.

1. 1.
Scheffers-van Schayck T, Ramaker V, Van Engen M, Morren K, Tuithof M. Monitor Middelengebruik en Zwangerschap 2023. Middelengebruik van vrouwen en hun partners vóór, tijdens en na de zwangerschap. Utrecht: Trimbos-instituut; 2024.

11.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

11.3.1 Alcoholgebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

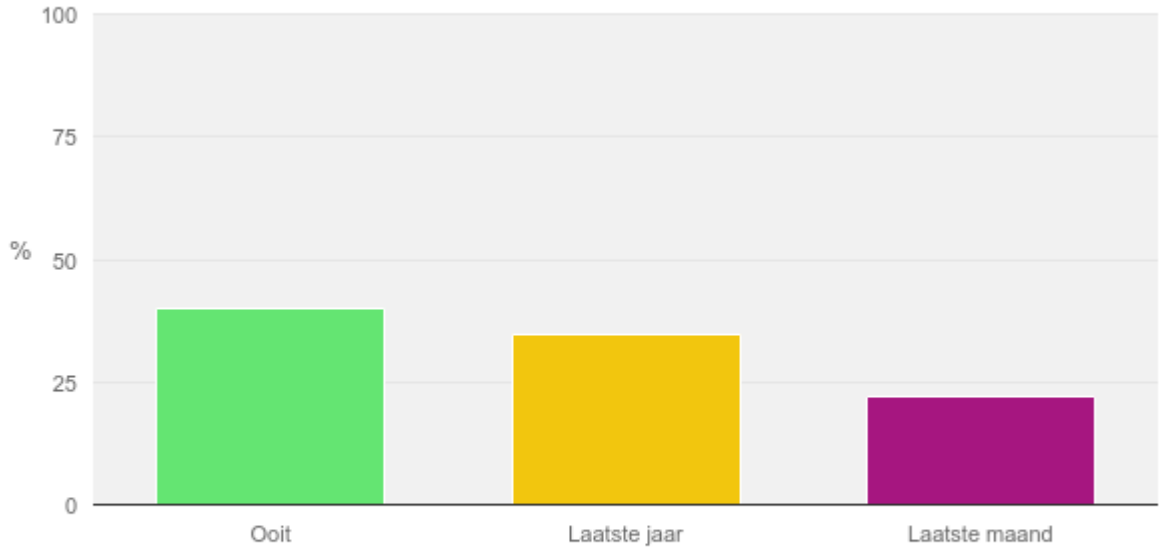
Hoeveel scholieren drinken alcohol?

In het kort: In 2023 had 39,6% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit alcohol gedronken, 34,5% dronk in het laatste jaar alcohol en 22,0% deed dit in de laatste maand. Scholieren zijn gemiddeld 12,9 jaar als zij beginnen met drinken en gemiddeld 13,8 jaar als zij beginnen met *wekelijks* drinken. Alcoholgebruik neemt toe met de leeftijd. Meer scholieren met een Nederlandse herkomst drinken alcohol dan scholieren met een niet-Nederlandse herkomst. Ook zijn er regionale en lokale verschillen in het drinken van alcohol onder scholieren.

Ruim één op de drie scholieren heeft ooit alcohol gedronken

In 2023 had 39,6% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit alcohol gedronken, 34,5% dronk in het laatste jaar alcohol en 22,0% deed dit in de laatste maand.

Alcoholgebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar. Peiljaar 2023



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer alcohol gedronken ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

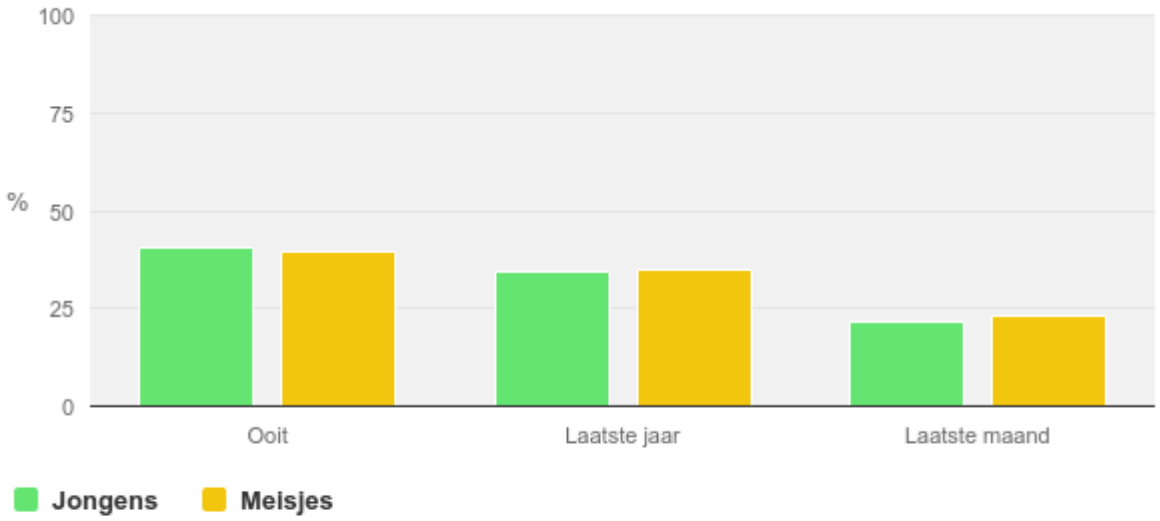
NDM

	Totaal
Ooit	39,6
Laatste jaar	34,5
Laatste maand	22

Alcoholgebruik is onder jongens en meisjes gelijk

Er zijn geen verschillen in het gebruik van alcohol tussen jongens en meisjes. Dit geldt voor het gebruik ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand.

Alcoholgebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar geslacht. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer alcohol gedronken ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

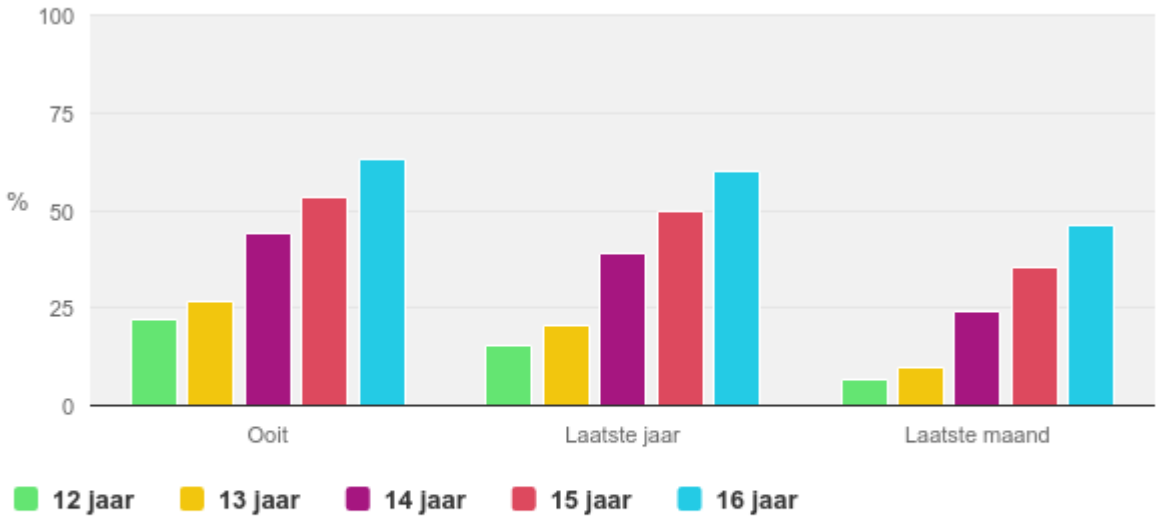
NDM

	Jongens	Meisjes
Ooit	40,1	39
Laatste jaar	34,3	34,5
Laatste maand	21,3	22,6

Alcoholgebruik neemt toe met de leeftijd

Het gebruik van alcohol gebruik neemt sterk toe met de leeftijd. Dat geldt voor het gebruik ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand.

Alcoholgebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer alcohol gedronken ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
Ooit	21,7	26,5	44	53	62,8

	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
Laatste jaar	14,9	20,5	38,9	49,4	59,7
Laatste maand	6,3	9,5	23,6	35,3	46,1

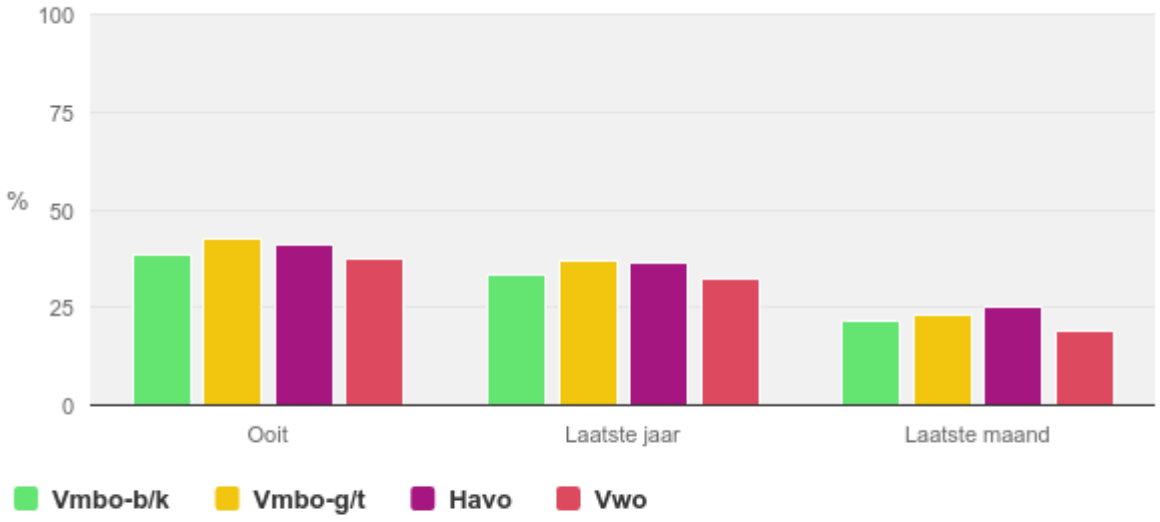
Scholieren zijn gemiddeld 12,9 jaar als zij beginnen met drinken en gemiddeld 13,8 jaar als zij beginnen met *wekelijks* drinken

Leerlingen die ooit hebben gedronken waren gemiddeld 12,9 jaar toen ze dat voor het eerst deden. Jongens beginnen iets jonger (12,8 jaar) dan meisjes (13,0 jaar). De gemiddelde leeftijd waarop scholieren voor het eerst beginnen met *wekelijks* drinken is 13,8 jaar. Jongens beginnen hiermee eerder (13,7 jaar) dan meisjes (14,0 jaar).

Er zijn weinig duidelijke verschillen in alcoholgebruik tussen schoolniveaus

Het percentage scholieren dat in de laatste maand alcohol heeft gedronken is lager onder vwo-leerlingen (18,9%) dan onder havo-leerlingen (24,7%). Tussen de andere schoolniveaus zijn er geen duidelijke verschillen in het alcoholgebruik.

Alcoholgebruik[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar schoolniveau. Peiljaar 2023.



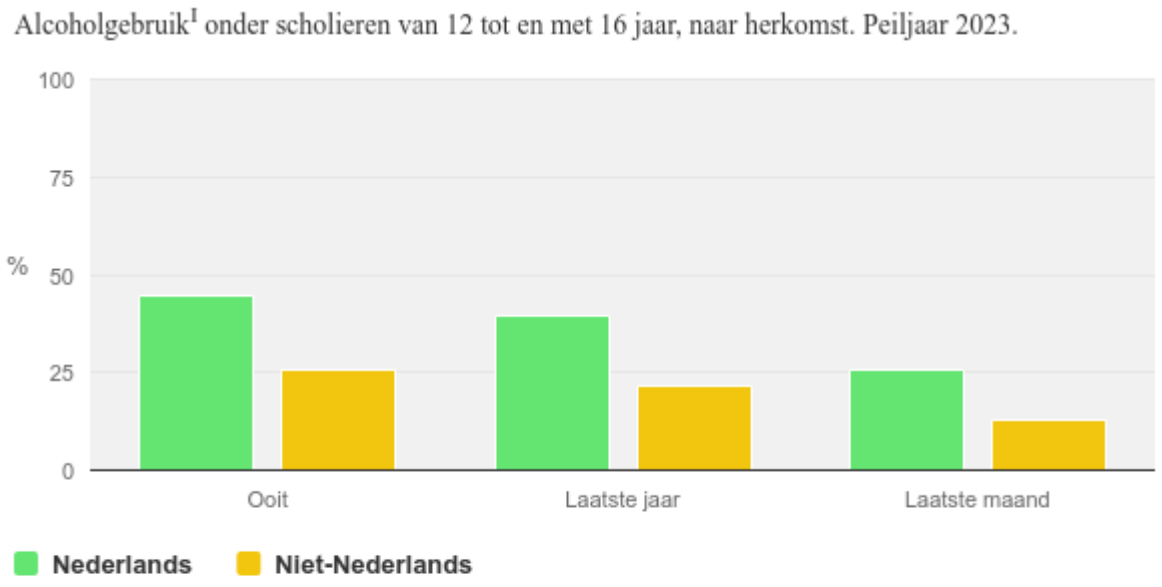
I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer alcohol gedronken ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Vmbo-b/k	Vmbo-g/t	Havo	Vwo
Ooit	38,1	42,4	40,9	37,3
Laatste jaar	33,2	36,6	36,2	32
Laatste maand	21,4	22,8	24,7	18,9

Alcoholgebruik komt het meest voor onder scholieren met een Nederlandse herkomst

Het percentage leerlingen dat alcohol heeft gedronken (ooit, laatste jaar, laatste maand) is hoger onder leerlingen met een Nederlandse herkomst dan onder leerlingen met een niet-Nederlandse herkomst.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer alcohol gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Nederlands	Niet-Nederlands
Ooit	44,4	25,6
Laatste jaar	39	21,4
Laatste maand	25,2	12,4

Alcoholgebruik verschilt per regio en per gemeente

Uit de Gezondheidsmonitor Jeugd 2023 blijkt dat er regionale en lokale verschillen zijn in het gebruik van alcohol onder scholieren (onderzoek is alleen uitgevoerd in leerjaar 2 en 4).

Per GGD (Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst)-regio varieert het percentage scholieren dat ooit en in de afgelopen 4 weken een of meer glazen alcohol heeft gedronken van respectievelijk 20,0% en 16,8% (GGD Amsterdam) tot respectievelijk 40,8% en 39,4% (GGD Twente).

Per gemeente varieert variëren deze percentages van respectievelijk 60,6% en 62,1% (Gemeente Tubbergen) tot respectievelijk 13,7% en 14,5% (Gemeente Rijswijk).

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Regionale en lokale cijfers: Gezondheidsmonitor Jeugd

Regionale en lokale cijfers over alcoholgebruik worden verzameld in de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd van de GGD'en en het RIVM. Iedere vier jaar worden gegevens verzameld over de gezondheid, het welzijn en de leefstijl van jongeren. De meest recente cijfers komen uit 2023 [2].

Hoe is de Gezondheidsmonitor Jeugd uitgevoerd?

In 2023 is de Gezondheidsmonitor Jeugd uitgevoerd in alle 25 GGD-regio's. In alle GGD-regio's werden alle middelbare scholen uitgenodigd om mee te doen. De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme digitale vragenlijst. In totaal deden 188.421 leerlingen uit leerjaar 2 en 4 van 885 scholen van het regulier voortgezet onderwijs mee.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor
2. GGD'en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jeugd 2023 [Internet]. 2024. Available from: https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50131NED/table?ts=1716872576764

11.3.2 Dronkenschap en binge drinken onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

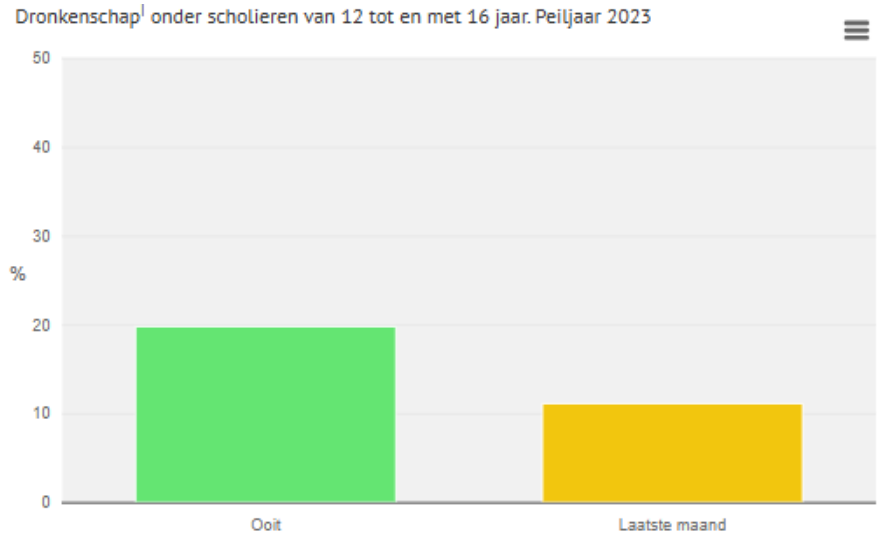
Hoeveel scholieren zijn weleens dronken geweest en hoeveel scholieren *bingen*?

In het kort: Eén op de vijf scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) is weleens dronken geweest, 11,1% was dit in de laatste maand. Verder heeft 14,4% van de scholieren in de laatste maand '*gebinged'*. Drinkende meisjes waren vaker dronken dan drinkende jongens en havo-leerlingen waren vaker dronken dan vmbo-b/k leerlingen. Dronkenschap en *binge* drinken nemen sterk toe met de leeftijd.

Eén op de vijf scholieren is ooit dronken geweest; één op de zeven scholieren heeft ooit *gebinged*

In 2023 was één op de vijf (19,7%) scholieren van 12-16 jaar weleens dronken geweest, 11,1% was dit in de laatste maand.

Verder heeft 14,4% van de scholieren van 12-16 jaar in de laatste maand 5 glazen of meer bij één gelegenheid gedronken. Dit wordt ook wel *binge* drinken genoemd. Van de scholieren die in de laatste maand alcohol hebben gedronken, heeft meer dan de helft (65,1%) '*gebinged'*.



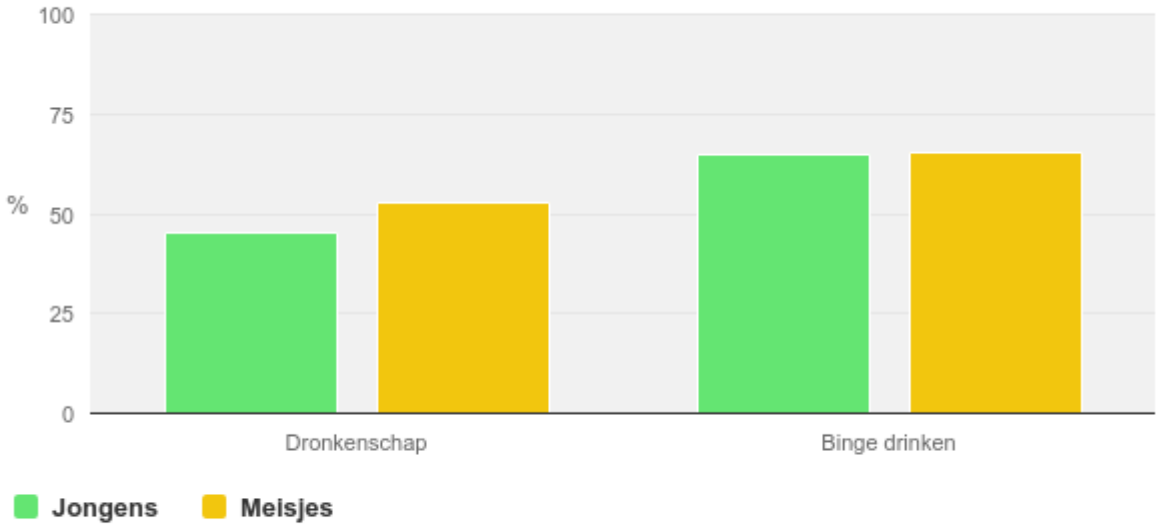
1. Ooit, laatste maand: ten minste één keer dronken geweest ooit in het leven, in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

Dronkenschop komt het meest voor onder meisjes; geen verschillen in *binge* drinken

Van de meisjes die in de laatste maand alcohol hebben gedronken, is het percentage dat dronken is geweest hoger dan onder jongens die in de laatste maand alcohol hebben gedronken (52,7% versus 44,8%). Dit is opvallend omdat er op de andere uitkomstmaten van alcoholgebruik geen verschillen tussen jongens en meisjes zijn. Ook in eerdere jaren waren er weinig verschillen in alcoholgebruik tussen jongens en meisjes.

Het percentage drinkende jongens en meisjes dat in de laatste maand heeft '*gebinged*' verschilt niet van elkaar.

Dronkenschap en *binge* drinken[I] in de laatste maand onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar die in de laatste maand alcohol hebben gedronken, naar geslacht. Peiljaar 2023.



I. *Binge* drinken: het drinken van 5 glazen of meer bij één gelegenheid. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

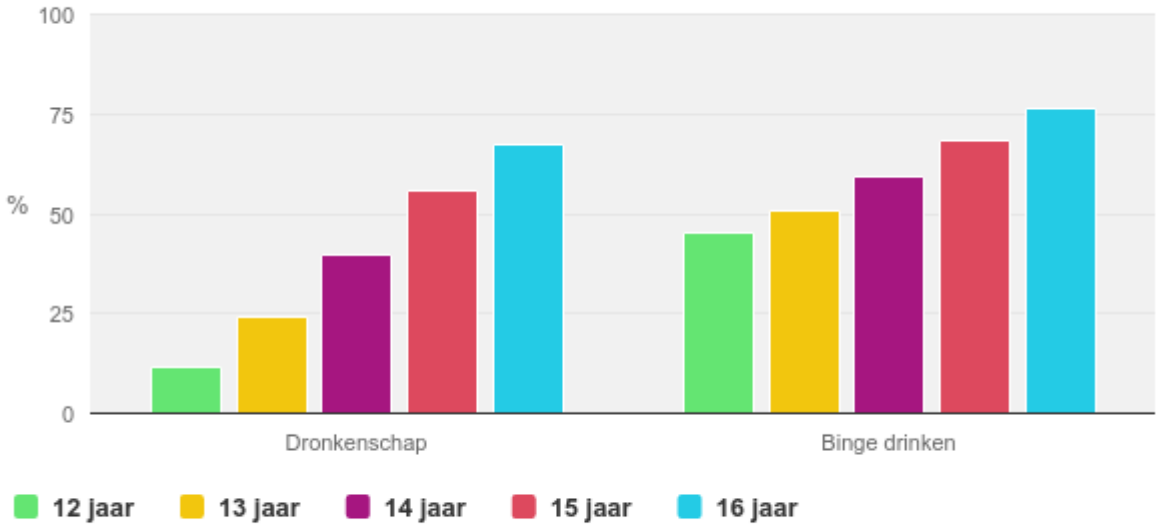
	Jongens	Meisjes
Dronkenschap	44,8	52,7
Binge drinken	64,5	65,3

Dronkenschap en *binge* drinken nemen toe met de leeftijd

Dronkenschap neemt sterk toe met de leeftijd. Ter illustratie: van de 12-jarige drinkers is 11,2% dronken geweest in de laatste maand, tegenover 67,0% van de 16-jarige drinkers.

Binge drinken neemt ook toe met de leeftijd. Ter illustratie: van de 12-jarige drinkers heeft 45,1% wel eens *gebinged* in de laatste maand, tegenover 76,1% van de 16-jarige drinkers.

Dronkenschap en *binge* drinken[I] in de laatste maand onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar die in de laatste maand alcohol hebben gedronken, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



I. *Binge* drinken: het drinken van 5 glazen of meer bij één gelegenheid. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

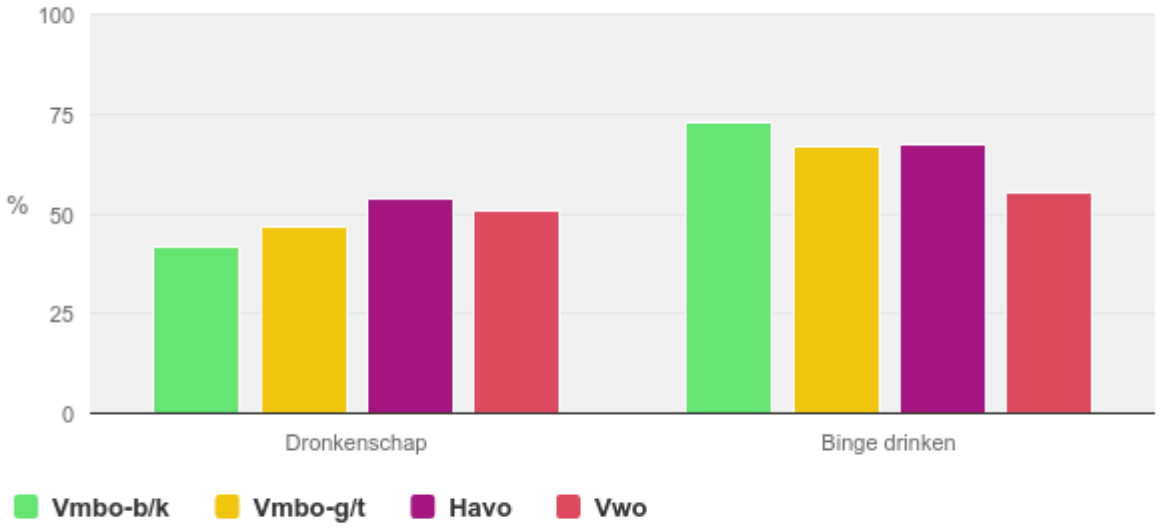
	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
Dronkenschap	11,2	24	39,2	55,7	67
Binge drinken	45,1	50,4	59,2	68,3	76,1

Dronkenschap komt meer voor onder havo-leerlingen dan onder vmbo-b/k leerlingen; geen grote verschillen in *binge* drinken tussen schoolniveaus

Het percentage drinkende scholieren dat in de laatste maand dronken is geweest, is hoger onder havo-leerlingen (13,6%) dan vmbo-b/k leerlingen (9,2%).

Er zijn geen grote opleidingsverschillen in *binge* drinken onder vmbo-b/k- (72,4%), vmbo-g/t- (66,7%) en havo-leerlingen (67,1%) die alcohol drinken. Het percentage drinkende vwo-leerlingen dat in de laatste maand heeft '*gebinged*' (54,9%) is wel lager vergeleken met de deze schoolniveaus.

Dronkenschap en *binge* drinken[I] in de laatste maand onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar die in de laatste maand alcohol hebben gedronken, naar schoolniveau. Peiljaar 2023.



I. *Binge* drinken: het drinken van 5 glazen of meer bij één gelegenheid. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Vmbo-b/k	Vmbo-g/t	Havo	Vwo
Dronkenschap	41,3	46,3	53,6	50,5
Binge drinken	72,4	66,7	67,1	54,9

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor

we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

11.3.3 Alcoholvrije dranken onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

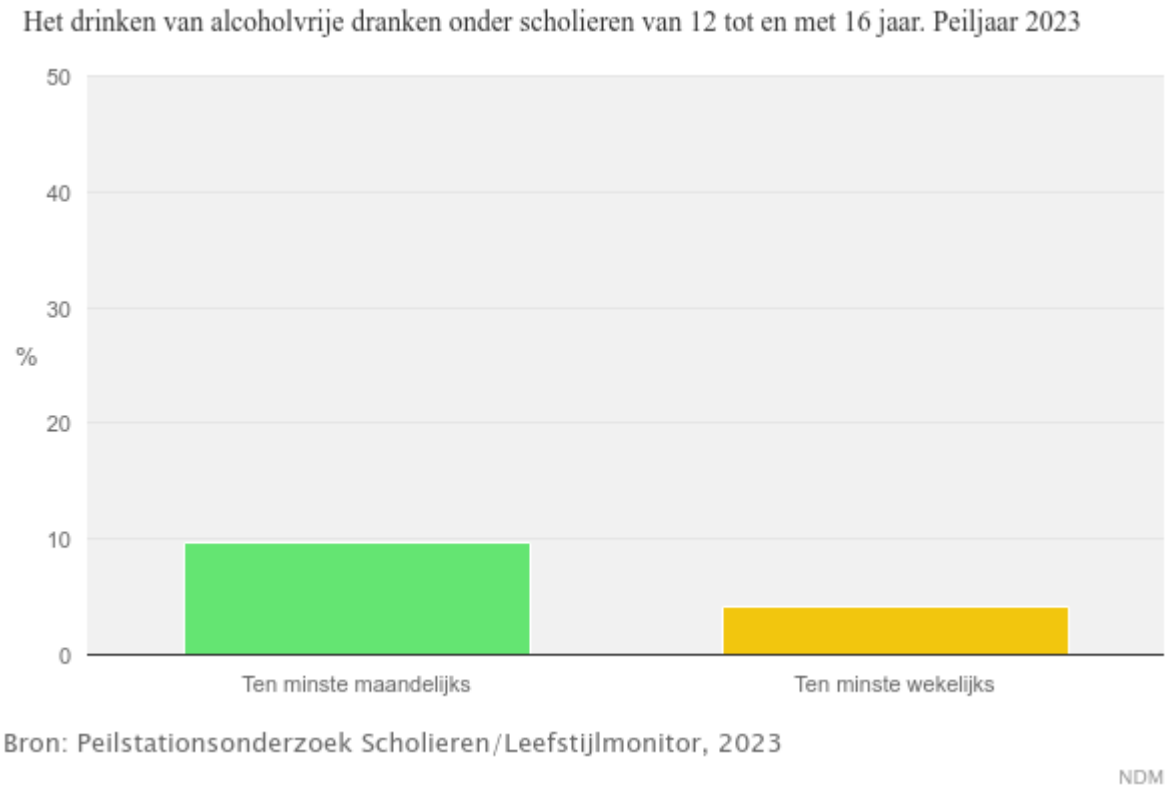
Hoeveel scholieren drinken alcoholvrije dranken?

In het kort: In 2023 dronk 9,6% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ten minste maandelijks alcoholvrije dranken, 4,1% deed dit wekelijks. Meer jongens dan meisjes drinken alcoholvrije dranken. Het gebruik van alcoholvrije dranken neemt toe met leeftijd, maar daalt weer onder 16-jarigen. Er zijn geen grote verschillen in het gebruik van alcoholvrije dranken tussen schoolniveaus. Leerlingen die alcohol drinken, drinken vaker alcoholvrije dranken dan leerlingen die niet drinken.

Door het drinken van alcoholvrije dranken zouden jongeren aan de smaak van alcohol kunnen wennen, waardoor de overstap naar alcoholhoudende varianten mogelijk kleiner wordt [1].

Ongeveer één op de tien scholieren drinkt maandelijks alcoholvrije dranken

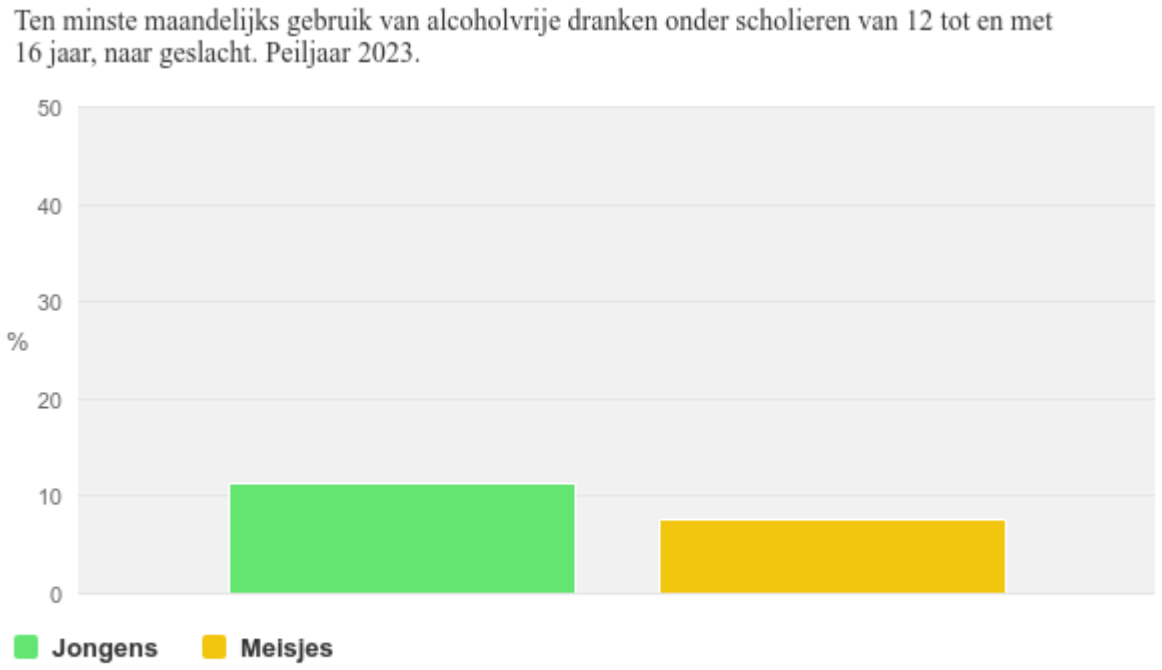
In 2023 dronk 9,6% van de scholieren van 12-16 jaar ten minste maandelijks alcoholvrije dranken, 4,1% deed dit wekelijks.



	Totaal
Ten minste maandelijks	9,6
Ten minste wekelijks	4,1

Meer jongens dan meisjes drinken alcoholvrije dranken

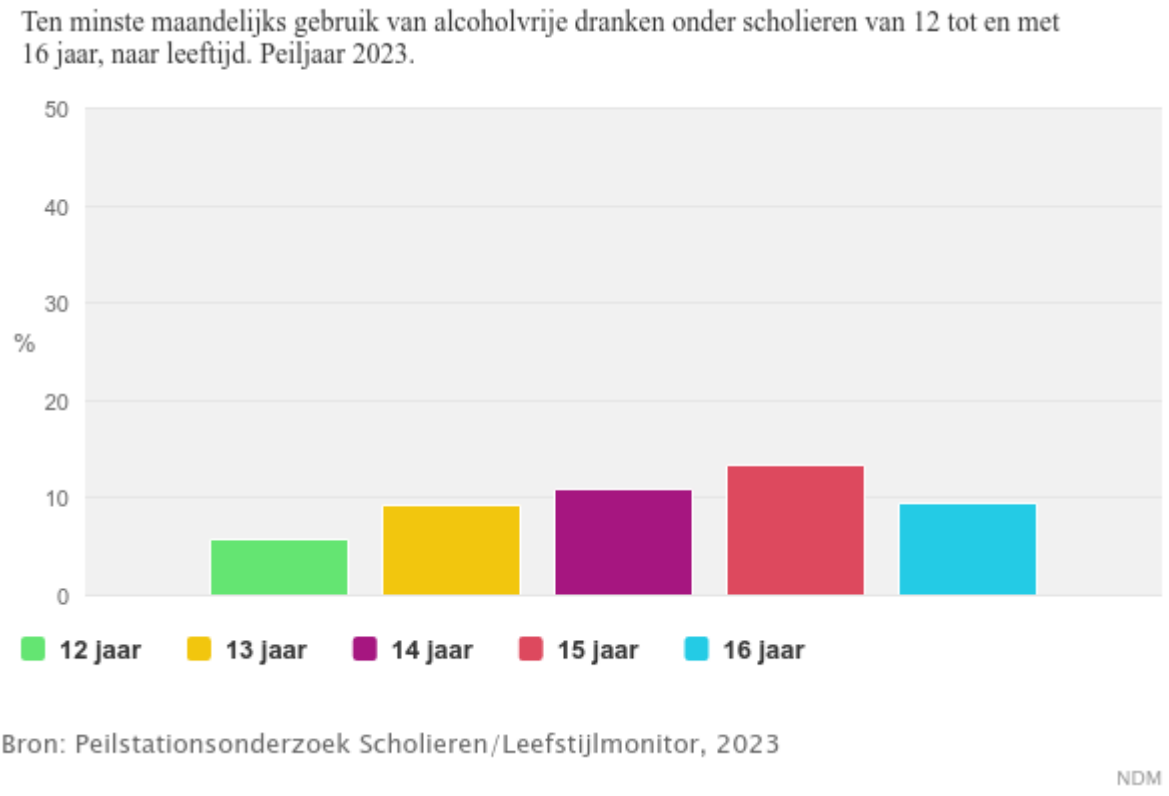
Het percentage scholieren dat maandelijks alcoholvrije dranken drinkt is hoger onder jongens (11,3%) dan onder meisjes (7,6%).



	Jongens	Meisjes
Alcoholvrije dranken	11,3	7,6

Gebruik van alcoholvrije dranken neemt toe met leeftijd, maar daalt weer onder 16-jarigen

Tussen de leeftijden van 12 tot en met 15 jaar, neemt het maandelijks gebruik van alcoholvrije dranken toe. Opvallend is dat het gebruik van alcoholvrije dranken onder 16-jarigen weer daalt. Ter illustratie: onder 12-jarigen drinkt 5.7% maandelijks alcoholvrije dranken, tegenover 13,3% van de 15-jarigen. Onder 16-jarigen drinkt 9,3% maandelijks alcoholvrije dranken.

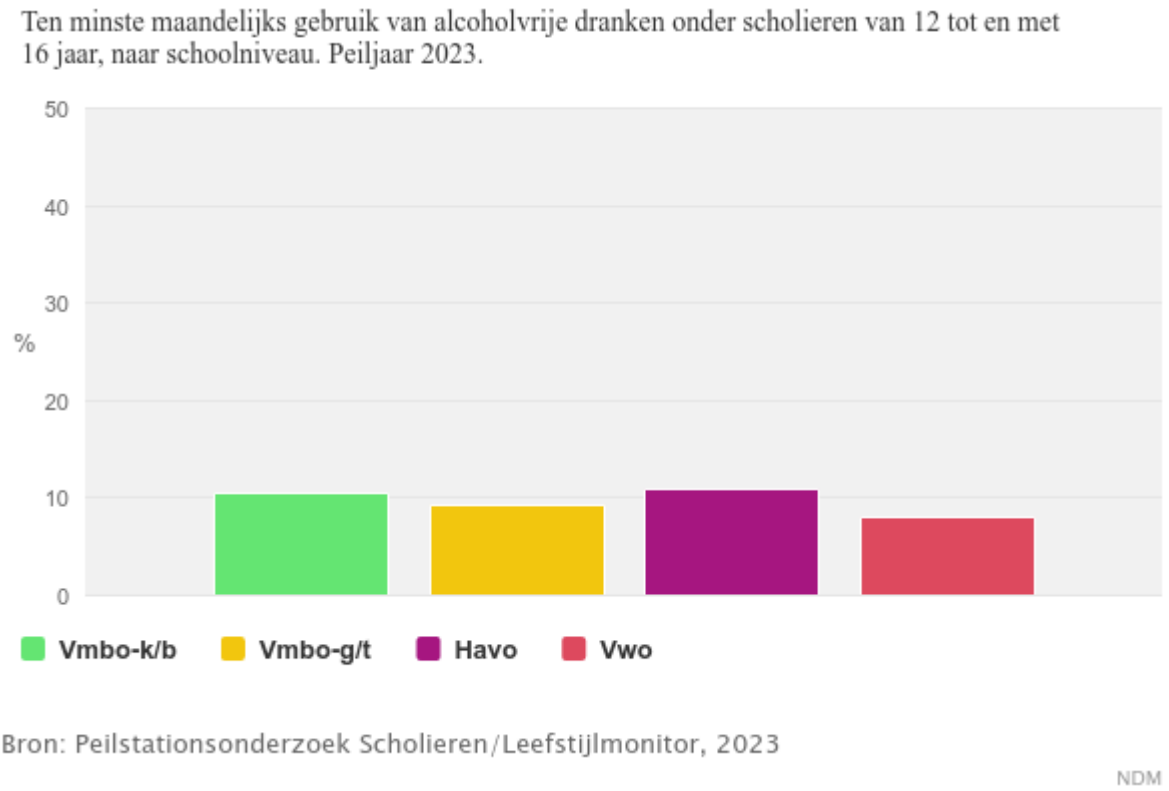


	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
Alcoholvrije dranken	5,7	9,1	10,8	13,3	9,3

Geen grote verschillen in gebruik alcoholvrije dranken tussen schoolniveaus

Er zijn geen grote verschillen in het ten minste maandelijks drinken van alcoholvrije dranken tussen de schoolniveaus (8-11%). Het percentage leerlingen dat maandelijks alcoholvrije dranken drinkt lijkt

iets lager te liggen onder vwo-leerlingen, maar alleen het verschil met havo-leerlingen is significant.

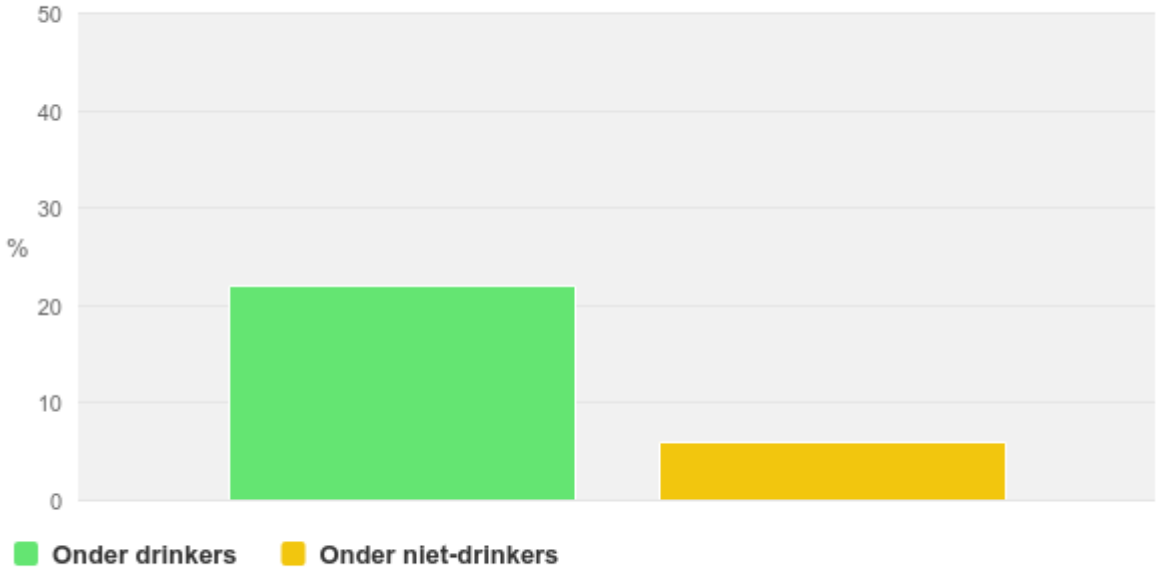


	Vmbo-k/b	Vmbo-g/t	Havo	Vwo
Alcoholvrije dranken	10,4	9,1	10,9	7,9

Leerlingen die alcohol drinken, drinken vaker alcoholvrije dranken dan leerlingen die niet drinken

Het percentage leerlingen dat maandelijks alcoholvrije dranken drinkt, ligt hoger onder leerlingen die in de laatste maand alcohol hebben gedronken (21,9%) vergeleken met leerlingen die in de laatste maand geen alcohol hebben gedronken (5,9%).

Ten minste maandelijks gebruik van alcoholvrije dranken onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar geslacht. Peiljaar 2023.



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Onder drinkers	Onder niet-drinkers
Alcoholvrije dranken	21,9	5,9

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het

Peilstationsonderzoek uit 2023 [2].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. 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
2. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

11.3.4 Veranderingen in alcoholgebruik onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

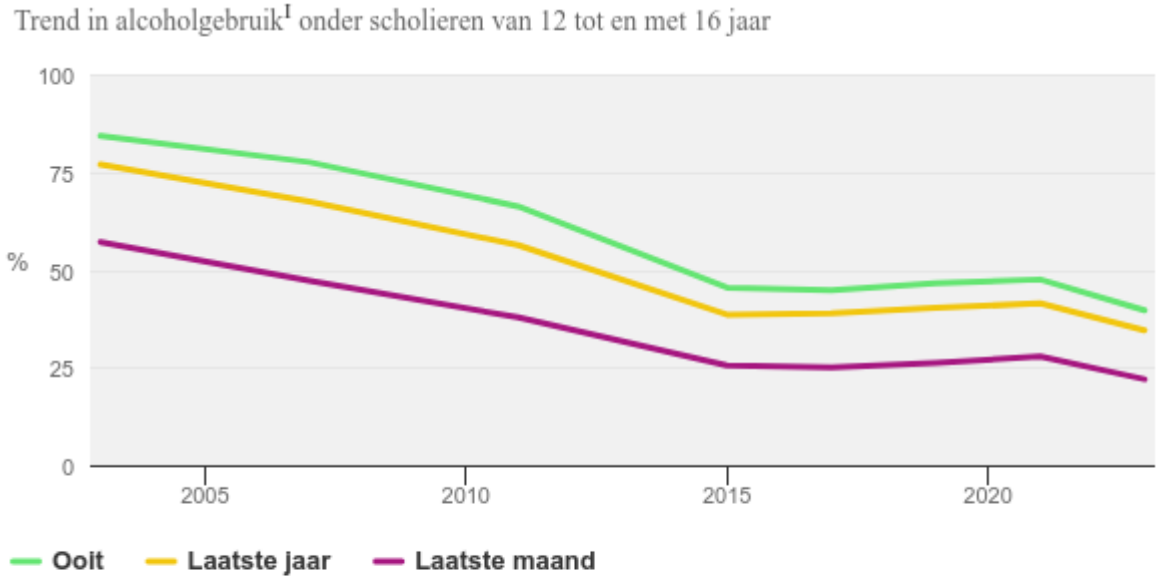
Is het alcoholgebruik, dronkenschap en *binge* drinken onder scholieren veranderd?

In het kort: Het percentage scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) dat alcohol drinkt (ooit, laatste jaar, laatste maand) is in 2023 lager dan in 2021 en in 2003. Dronkenschap is tussen 2021 en 2023 ongeveer gelijk gebleven, maar in 2023 wel lager dan in 2003. Het percentage scholieren dat heeft '*gebinged*' is in 2023 lager dan in 2021 en in 2003.

Alcoholgebruik is gedaald

Het gebruik van alcohol (ooit, laatste jaar, laatste maand) onder scholieren is in 2023 lager vergeleken met de eerste meting van 2003. Tussen 2003 en 2015 daalde het alcoholgebruik sterk. Daarna was het percentage tot 2021 stabiel, maar daalde opnieuw in 2023.

De trendgegevens van alcoholgebruik moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd vanwege een verandering in de onderzoeksmethode in 2023, lees daarover meer op de website van de ScholierenMonitor.



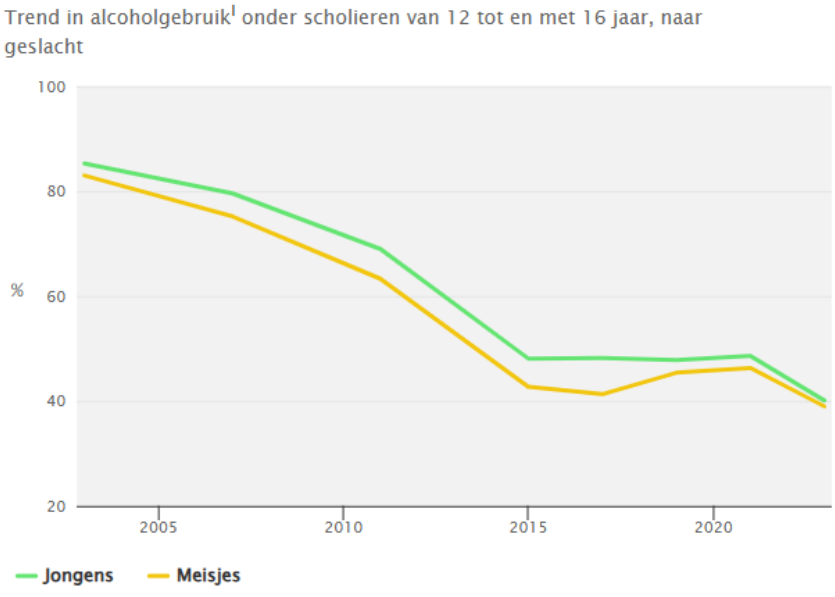
I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer alcohol gedronken ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
2003	84,2	76,9	57,1
2005			
2007	77,5	67,4	47,2
2009			
2011	66,2	56,3	37,8
2013			
2015	45,4	38,5	25,5
2017	44,8	38,8	25
2019	46,6	40,2	26,2
2021	47,5	41,4	27,8
2023	39,6	34,5	22

Alcoholgebruik is onder jongens en meisjes gedaald

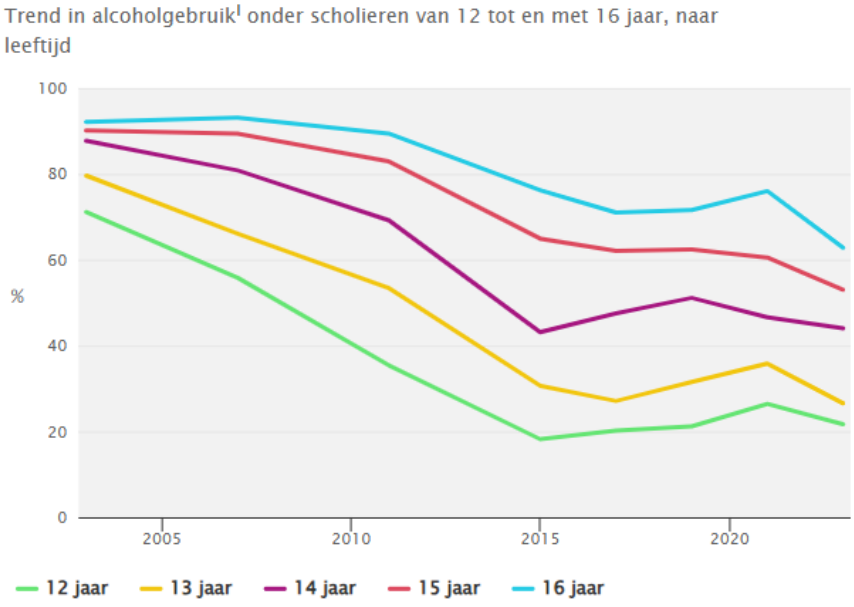
Onder zowel jongens als meisjes daalde het gebruik van alcohol tussen 2013 en 2015. Het percentage bleef tot 2021 stabiel, maar is in 2023 opnieuw gedaald.



I. Ooit: ten minste één keer alcohol gedronken ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor

Alcoholgebruik is onder alle leeftijden gedaald

Het gebruik van alcohol (ooit, laatste jaar laatste maand) is voor alle leeftijden in 2023 lager dan in 2003. Tussen 2021 en 2023 is met name een daling zichtbaar onder de 13-jarigen (ooit en laatste jaar) en onder de 16-jaren (ooit, laatste jaar, laatste maand). Juist bij deze leeftijden leek het alcoholgebruik iets hoger in 2021, dit lijkt een tijdelijke kleine toename te zijn geweest.

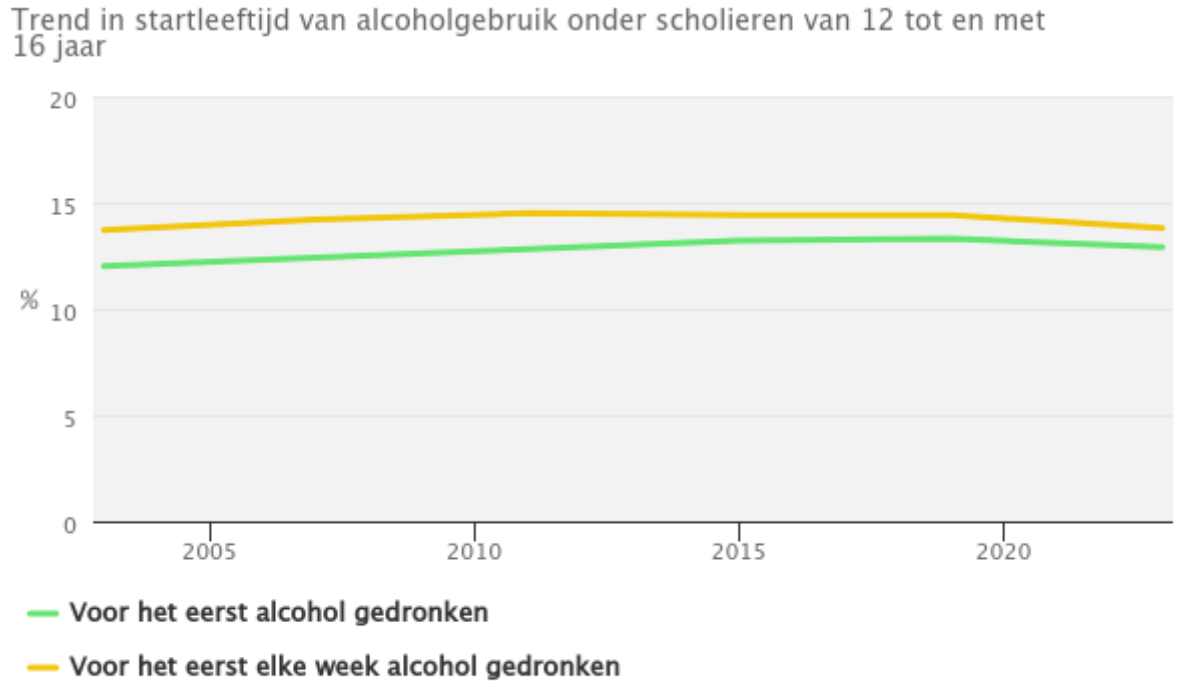


1. Ooit: ten minste één keer alcohol gedronken ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor

Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

Startleeftijd alcoholgebruik is op lange termijn gestegen; startleeftijd *wekelijks* drinken is op lange termijn niet veranderd

In 2023 is de gemiddelde leeftijd waarop scholieren voor het eerst alcohol drinken hoger dan in 2003. Tussen 2003 en 2019 nam de startleeftijd langzaam toe, maar is in 2023 weer iets gedaald. De gemiddelde leeftijd waarop scholieren voor eerst beginnen met *wekelijks* drinken is in 2023 weer terug op het niveau van 2003. In de tussenliggende jaren is deze startleeftijd wel iets hoger geweest.



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor

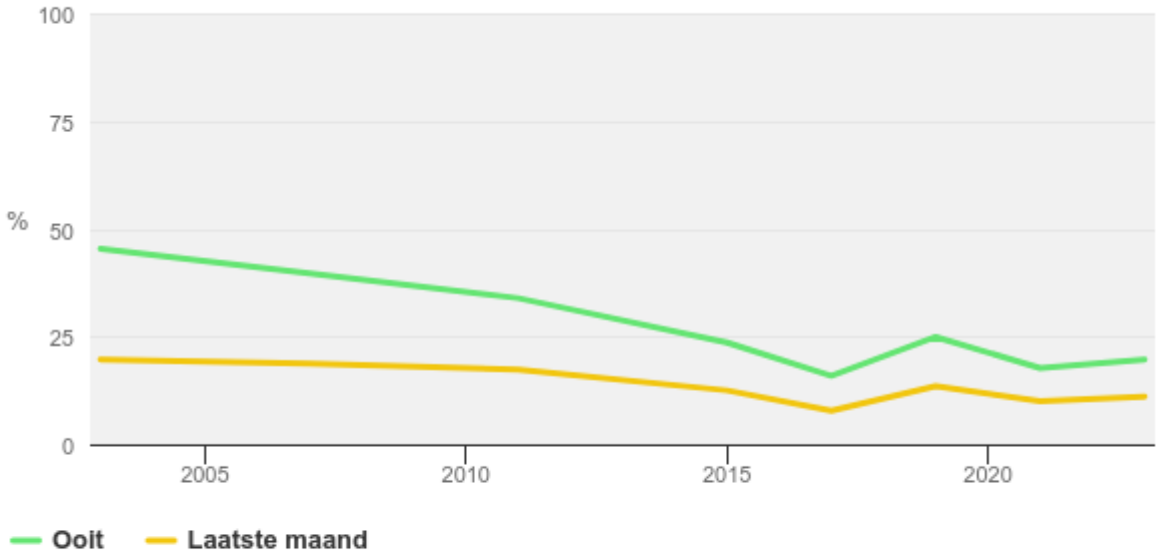
Nationale Drug Monitor, Trimbos-instituut

	Voor het eerst alcohol gedronken	Voor het eerst elke week alcohol gedronken
2003	12	13,7
2005		
2007	12,4	14,2
2009		
2011	12,8	14,5
2013		
2015	13,2	14,4
2017		
2019	13,3	14,4
2021		
2023	12,9	13,8

Dronkenschap is op lange termijn gedaald

Het percentage leerlingen dat ooit of in de laatste maand dronken is geweest, is in 2023 lager dan in 2003. Deze daling vond met name plaats tussen 2003 en 2017. Sindsdien schommelen de percentages.

Trend in dronkenschap[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer dronken geweest ooit in het leven, in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

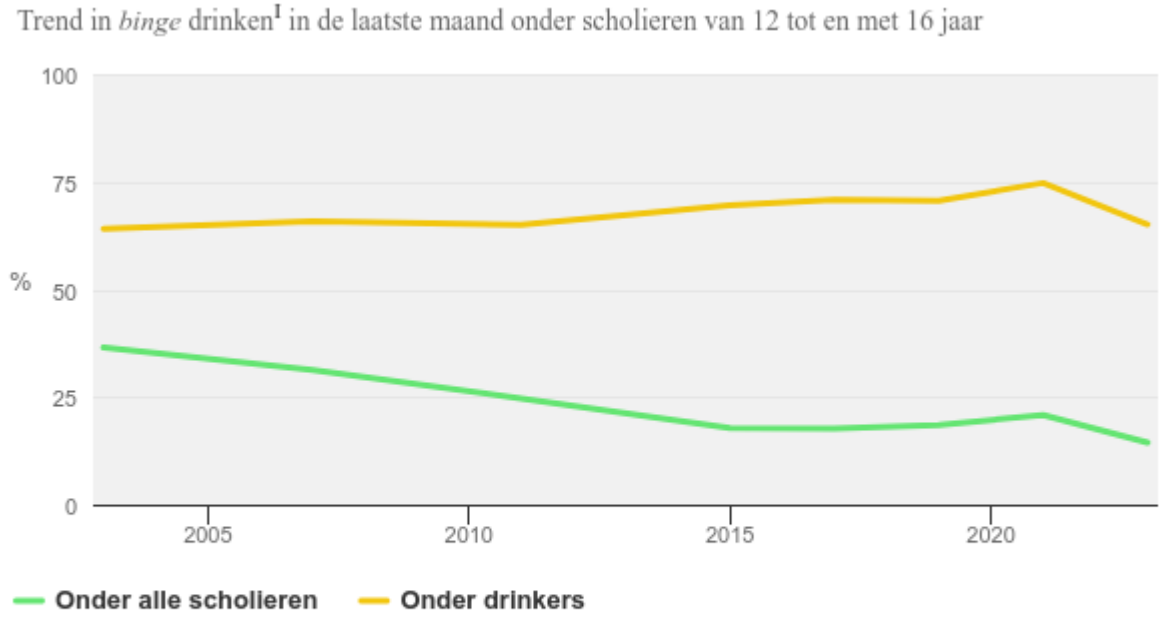
	Ooit	Laatste maand
2003	45,4	19,7
2005		
2007	39,6	18,7
2009		
2011	33,9	17,3
2013		
2015	23,6	12,5
2017	15,9	7,8

	Ooit	Laatste maand
2019	24,9	13,5
2021	17,7	10
2023	19,7	11,1

Binge drinken is op lange termijn gedaald

Het percentage scholieren dat in 2013 heeft '*gebinged*' is in 2023 lager dan in 2003. Deze daling vond met name plaats tussen 2003 en 2015. Daarna was het percentage tot 2021 stabiel, maar is in 2023 opnieuw gedaald.

Het binge drinken onder de scholieren die alcohol drinken is tussen 2003 en 2021 toegenomen, maar in 2023 weer gedaald.



I. Binge drinken: het drinken van 5 glazen of meer bij één gelegenheid. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Onder alle scholieren	Onder drinkers
2003	36,5	64,1
2005		
2007	31,3	65,8
2009		
2011	24,7	65
2013		
2015	17,8	69,5
2017	17,7	70,8
2019	18,5	70,6
2021	20,8	74,7
2023	14,4	65,1

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de

onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

11.3.5 Gebruikspatronen en locaties van alcoholgebruik en wijze van verkrijgen

Wat zijn de patronen en locaties van alcoholgebruik onder scholieren en hoe komen zij aan alcohol?

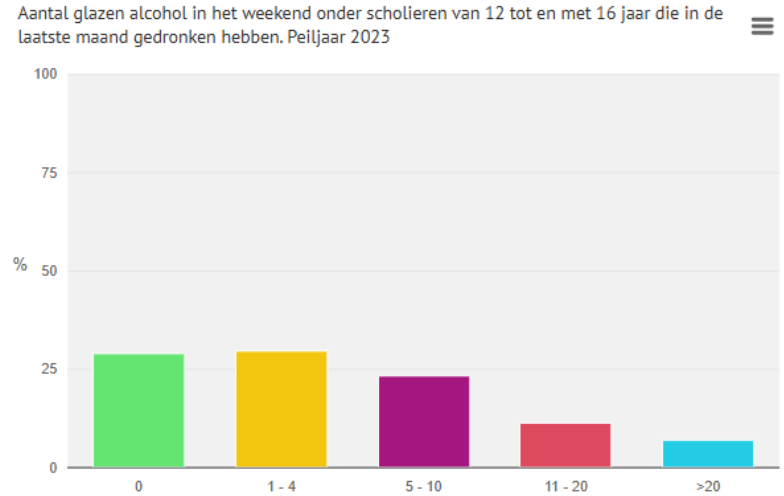
In het kort: Scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) die in de laatste maand hebben gedronken, drinken meestal in het weekend alcohol. Ruim een op de drie drinkende scholieren heeft in de laatste maand ingedronken (het drinken voor het uitgaan). Meestal wordt alcohol door scholieren bij anderen thuis gedronken, gevolgd door een hok, schuur of keet, of thuis. Alcohol wordt meestal gekregen van vrienden.

Scholieren drinken meestal in het weekend alcohol

Onder de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs die in de laatste maand alcohol hebben gedronken, vindt het grootste deel van het alcoholgebruik in het weekend plaats. Leerlingen die in de laatste maand alcohol gedronken hebben, drinken gemiddeld 6,4 glazen in het weekend. Het *totale* weekgemiddelde is 7 glazen.

Het totale aantal glazen alcohol dat in het weekend wordt gedronken, neemt toe met de leeftijd. Ter illustratie: van de 12-jarigen die in de laatste maand hebben gedronken, drinkt een derde (32,9%) in het weekend 1 tot 4 glazen en minder dan één op de tien (8,8%) drinkt 5 glazen of meer. Onder 16-jarigen drinkt een kwart (24,7%) 1 tot 4 glazen en bijna één op de zes (58,0%) drinkt 5 glazen of meer.

Vwo-leerlingen die alcohol drinken, drinker over het algemeen minder glazen dan vmbo-b/k leerlingen die alcohol drinken.



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

Ruim een op de drie drinkende scholieren heeft in de laatste maand ingedronken

Van de leerlingen die in de laatste maand alcohol hebben gedronken, heeft ruim een derde (35,9%) in de laatste maand ingedronken (het drinken van alcohol voor het uitgaan). Dit percentage is hoger onder meisjes (39,6%) dan onder jongens (32,3%).

Indrinken neemt toe met de leeftijd. Ter illustratie: van de 12-jarige drinkers heeft 14,8% in de laatste maand ingedronken, tegenover 49,2% van de 16-jarigen.

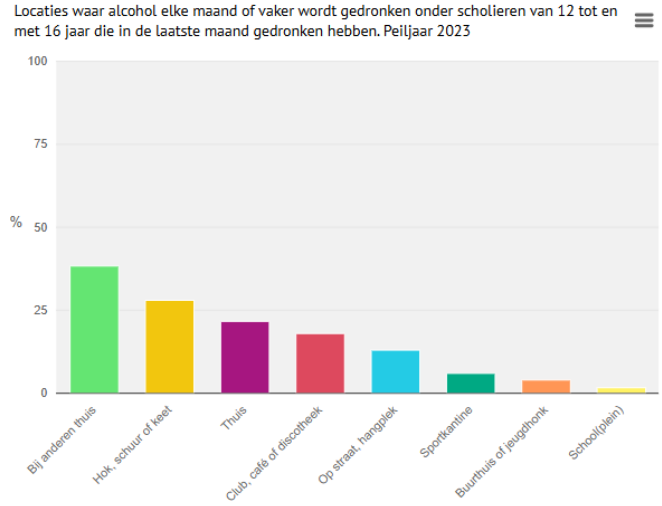
Tijdens het indrinken worden gemiddeld 4,3 glazen gedronken. Jongens drinken meer glazen (4,8 glazen) bij het indrinken dan meisjes (3,9 glazen).

Alcohol wordt meestal bij anderen thuis gedronken

Van de leerlingen die in de laatste maand alcohol hebben gedronken, vindt alcoholgebruik meestal plaats bij anderen thuis (21,6%). Daarna volgen een hok, schuur of keet (27,9%), of thuis (21,6%).

De locaties waar alcohol wordt gedronken, verschillen tussen jongens en meisjes. Alle locaties worden wat vaker genoemd door jongens dan door meisjes. Met name het percentage jongens dat ten minste maandelijks thuis (24,1%), bij anderen thuis (40,8%), in een sportkantine (8,4%) of op school (1,9%) drinkt is hoger dan onder meisjes (respectievelijk 18,5%, 35,5%, 2,9% en 0,7%).

Vergeleken met de vorige meting in 2019 is in 2023 het percentage leerlingen dat ten minste maandelijks alcohol drinkt in een club, café of discotheek afgenomen van 29,3% naar 17,7%. Er zijn geen opvallende verschillen tussen 2019 en 2023 voor de andere locaties.



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

Alcohol wordt meestal gekregen van vrienden

Van de scholieren die in de laatste maand alcohol hebben gedronken, heeft een derde (33,3%) de alcohol meestal gekregen van vrienden. Een kwart (25,1%) van de drinkende scholieren krijgt meestal alcohol van zijn of haar ouders en 7,0% koopt zelf zijn of haar alcohol.

Het percentage meisjes dat alcohol van vrienden krijgt (37,8%) is hoger dan het percentage jongens dat alcohol van vrienden krijgt (29,0%).

Vergeleken met de vorige meting in 2019 is in 2023 het percentage leerlingen dat alcohol van vrienden krijgt afgenomen van 37,5% naar 33,3%. Er zijn geen opvallende verschillen tussen 2019 en 2023 voor de andere manieren van verkrijgen.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een

aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

11.3.6 Alcoholgebruik onder studenten

Hoeveel studenten drinken alcohol?

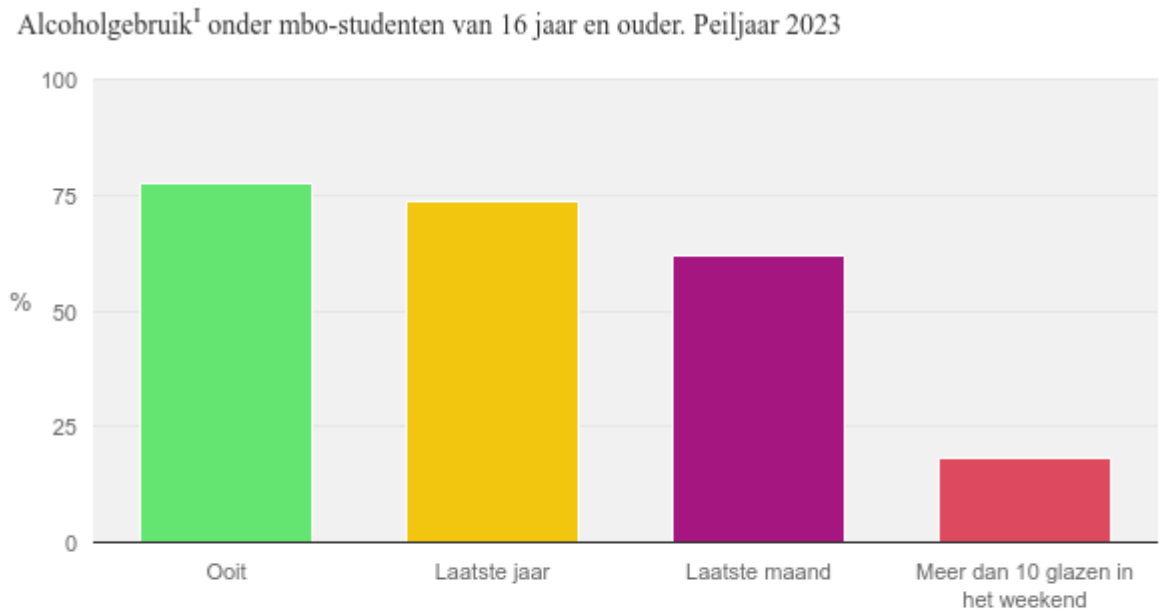
In het kort: Een ruime meerderheid van de studenten drinkt alcohol. In 2023 had 85% van de hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder in het laatste jaar alcohol gedronken en 73,5% van de mbo-studenten. Vergeleken met 2021 is het gebruik niet veranderd. Meer mannelijke dan vrouwelijke studenten drinken grote hoeveelheden alcohol per keer.

Snel naar:
Mbo-studenten
Hbo- en universiteitsstudenten

Hoeveel mbo-studenten drinken alcohol?

Ongeveer driekwart van de mbo-studenten heeft in de laatste jaar alcohol gedronken

In 2023 hadden bijna acht op de tien (77,3%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder weleens alcohol gedronken. Ongeveer driekwart (73,5%) deed dit in het laatste jaar en bijna twee derde (61,6%) dronk in de laatste maand alcohol. Van de mbo-studenten die de laatste maand alcohol hadden gedronken gaf 17,8% aan op een ‘drinkdag’ in het weekend meestal meer dan tien glazen alcohol te drinken [1].



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer alcohol gedronken ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Meer dan 10 glazen op een weekenddag is weergegeven onder de laatste maand gebruikers. Bron: Mbo–middelenmonitor, 2023

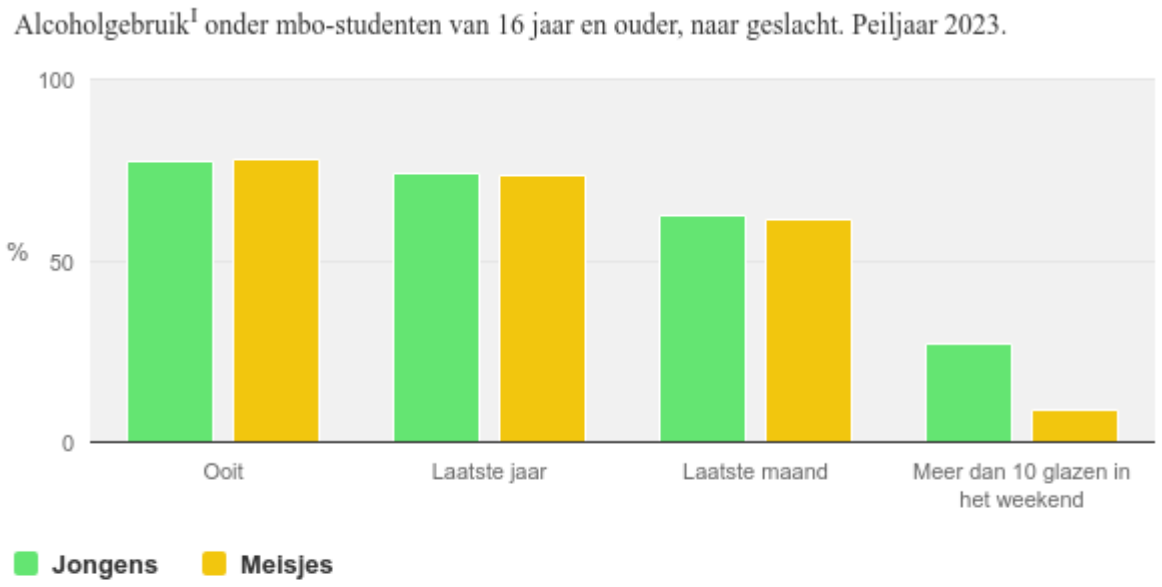
NDM

	Totaal
Ooit	77,3
Laatste jaar	73,5
Laatste maand	61,6
Meer dan 10 glazen in het weekend	17,8

Net zoveel mannen als vrouwen op drinken alcohol; vooral mannen drinken veel op een weekenddag

Er waren geen verschillen tussen mannen en vrouwen in het percentage dat ooit, in het laatste jaar of in de laatste maand alcohol heeft gedronken. Het percentage dat zegt op een ‘drinkdag’ in het weekend meestal meer dan tien glazen te drinken lag onder mannen duidelijk hoger dan onder

vrouwen (26,8% tegenover 8,3%) [1].

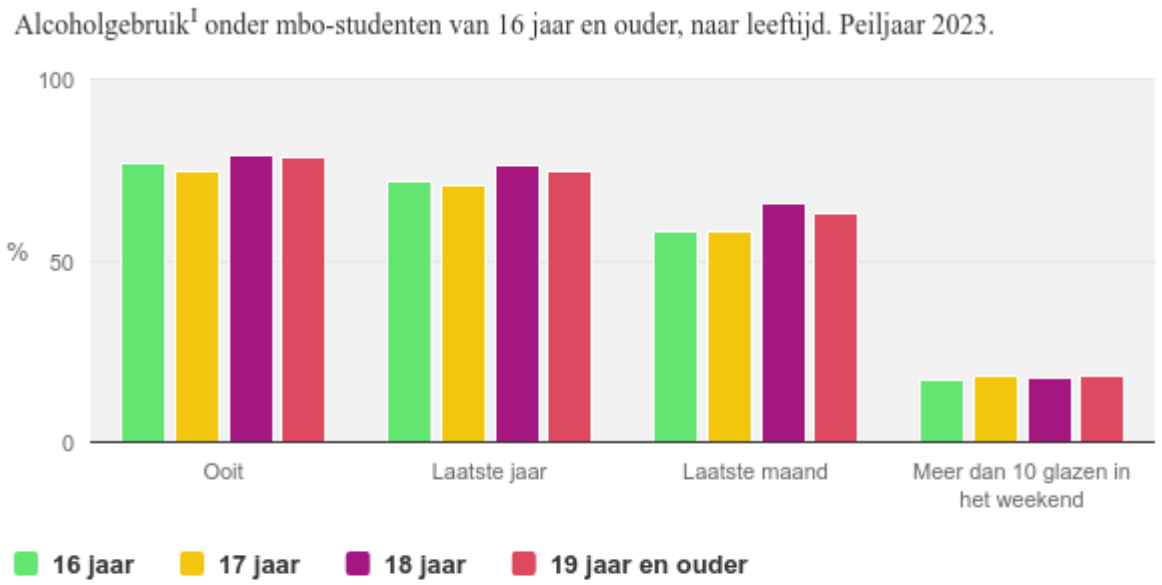


	Jongens	Meisjes
Ooit	77,0	77,4
Laatste jaar	73,5	73,4
Laatste maand	62,2	61,0
Meer dan 10 glazen in het weekend	26,8	8,3

Er zijn weinig verschillen in het drinken van alcohol tussen de leeftijden

Er waren geen duidelijke verschillen in het percentage dat ooit, in het laatste jaar of in de laatste maand alcohol heeft gedronken tussen de leeftijden. Alleen het gebruik in de laatste maand was

onder 18-jarigen hoger dan onder 17-jarigen. Het percentage laatste-maand-drinkers dat zegt op een ‘drinkdag’ in het weekend meestal meer dan tien glazen alcohol te drinken verschilde nauwelijks tussen de leeftijden (17-18%) [1].



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer alcohol gedronken ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Meer dan 10 glazen op een weekenddag is weergegeven onder de laatste maand gebruikers. Bron: Mbo-middelenmonitor, 2023

NDM

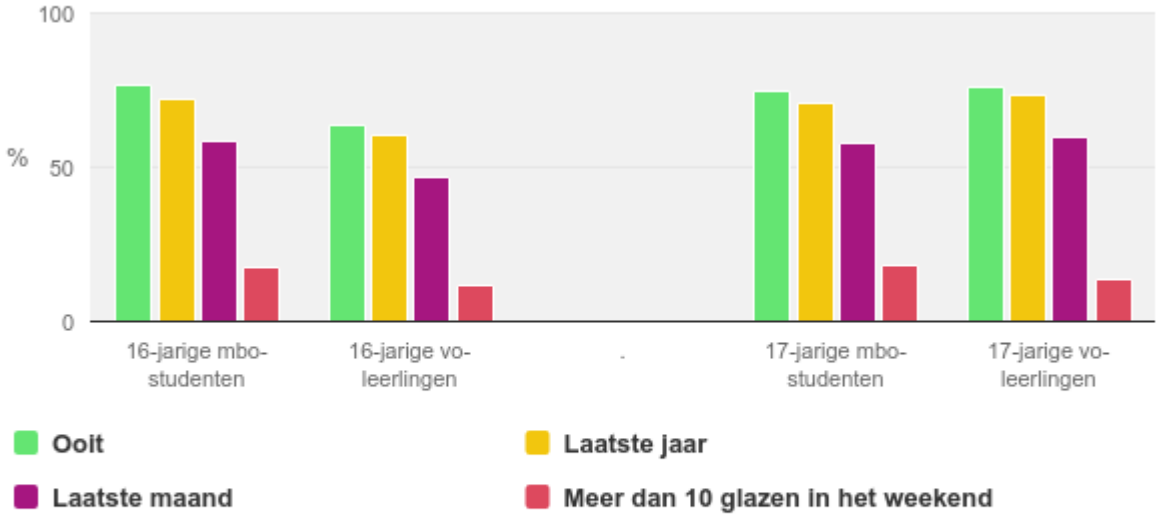
	16 jaar	17 jaar	18 jaar	19 jaar en ouder
Ooit	76,3	74,1	79,0	78,2
Laatste jaar	71,6	70,5	75,8	74,4
Laatste maand	57,8	57,5	65,2	62,9
Meer dan 10 glazen in het weekend	17,0	17,8	17,2	18,1

Alcoholgebruik is hoger onder 16-jarige mbo-studenten dan onder 16-

jarige vo-leerlingen; geen verschillen onder 17-jarigen

Het gebruik van alcohol ooit in het leven onder 16-jarige mbo-studenten was hoger dan onder leerlingen van het voortgezet onderwijs (vo) van dezelfde leeftijd. Dit geldt ook voor het gebruik in het laatste jaar, in de laatste maand en meer dan 10 glazen op een weekenddag. Er waren geen verschillen in het alcoholgebruik tussen 17-jarige mbo-studenten en 17-jarige vo-leerlingen [1].

Alcoholgebruik[I] onder 16- en 17-jarige mbo-studenten in vergelijking met leeftijdsgenoten van het voortgezet onderwijs (vo). Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer alcohol gedronken ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Meer dan 10 glazen op een weekenddag is weergegeven onder de laatste maand gebruikers. Bron: Mbo–middelenmonitor, 2023

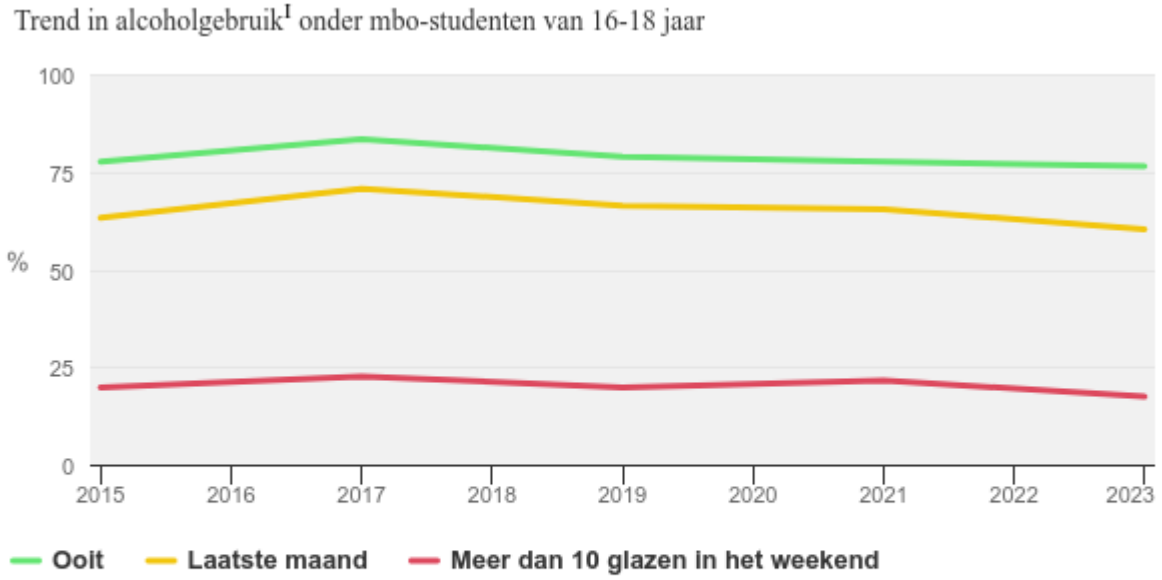
NDM

	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand	Meer dan 10 glazen in het weekend
16-jarige mbo-studenten	76,3	71,6	57,8	17,0
16-jarige vo-leerlingen	63,1	59,9	46,4	11,1
.				
17-jarige mbo-studenten	74,1	70,5	57,5	17,8
17-jarige vo-leerlingen	75,9	73,1	59,7	13,5

Alcoholgebruik onder mbo-studenten tussen 2015 en 2023 weinig veranderd

Vergeleken met de vorige meting 2021 is het percentage mbo-studenten van 16-18 jaar dat in 2023 ooit of in de laatste maand alcohol heeft gedronken niet significant veranderd. Ook vergeleken met de eerste meting 2015 is het percentage drinkers in 2023 ongeveer gelijk gebleven. Onder de drinkers in de laatste maand is het percentage studenten dat op een ‘drinkdag’ in het weekend meer dan 10 glazen drinkt in 2023 ook bijna niet veranderd vergeleken met 2015 en 2021 [1].

Deze trendgegevens zijn berekend voor 16-18-jarigen en wijken daarom af van de hierboven genoemde percentages over alle mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Het gebruik in het laatste jaar is in 2023 voor het eerst uitgevraagd waardoor er geen trendgegevens zijn.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer alcohol gedronken ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Meer dan 10 glazen op een weekenddag is weergegeven onder de laatste maand gebruikers. Bron: Mbo–middelenmonitor.

NDM

null	Ooit	Laatste maand	Meer dan 10 glazen in het weekend	Header
2015	77,6	63,2	19,8	
2017	83,3	70,7	22,6	
2019	78,9	66,3	19,8	

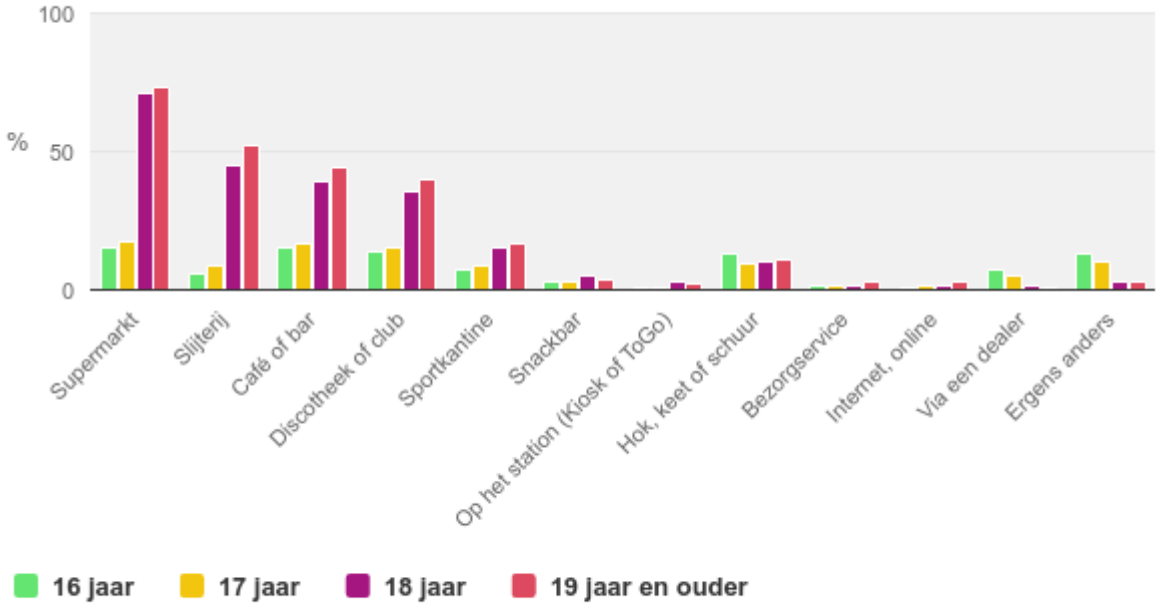
null	Ooit	Laatste maand	Meer dan 10 glazen in het weekend	Header
2021	77,6	65,4	21,5	
2023	76,4	60,3	17,4	

Bijna de helft van de 16- en 17-jarigen drinkende mbo-studenten koopt weleens zelf alcohol

Alcohol mag niet verkocht worden aan minderjarigen, toch zei bijna de helft (48,0%) van de 16-jarigen en 45,8% van de 17-jarige laatste-maand-drinkers weleens zelf alcohol te kopen. Dit is een stijging vergeleken met 2021 toen 32,2% van de 16-jarige en 41,0% van de 17-jarige laatste-maand-drinkers weleens alcohol kocht, maar de stijging onder de 17-jarigen is niet significant [1].

In 2023 werd de supermarkt vaak genoemd als plek waar mbo-studenten alcohol kochten, ongeacht hun leeftijd. Ook cafés, bars en discotheken/club werden regelmatig genoemd als verkooplocaties. Studenten van 18 jaar en ouder gaven ook aan alcohol te kopen bij slijterijen, terwijl minderjarige studenten (16 en 17 jaar) alcohol relatief vaak kochten in een hok, schuur, keet of een andere niet genoemde locatie. Er was een duidelijk verschil in het percentage minderjarige studenten dat aangaf alcohol te kopen in supermarkten, slijterijen of uitgaansgelegenheden, vergeleken met 18-plussers. Bij de andere alcoholverkooplocaties was het verschil tussen deze groepen veel minder groot [1].

Locaties waar zelf alcohol gekocht wordt onder mbo-studenten die in de laatste maand alcohol hebben gedronken, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



Bron: Mbo–middelenmonitor, 2023

NDM

	16 jaar	17 jaar	18 jaar	19 jaar en ouder
Supermarkt	14,5	16,8	70,5	72,5
Slijterij	5,7	8,4	44,3	51,5
Café of bar	14,7	16,5	38,5	43,5
Discotheek of club	13,7	14,7	35,3	39,4
Sportkantine	6,7	8,2	14,6	16,1
Snackbar	2,2	2,6	4,6	3,3
Op het station (Kiosk of ToGo)	0,2	0,7	2,3	1,8
Hok, keet of schuur	12,9	9,0	9,5	10,7

	16 jaar	17 jaar	18 jaar	19 jaar en ouder
Bezorgservice	1,0	1,4	1,2	2,5
Internet, online	0,7	0,9	1,3	2,6
Via een dealer	6,9	4,4	1,1	0,5
Ergens anders	12,5	9,6	2,7	2,3

Regionale gegevens over het alcoholgebruik onder mbo-studenten

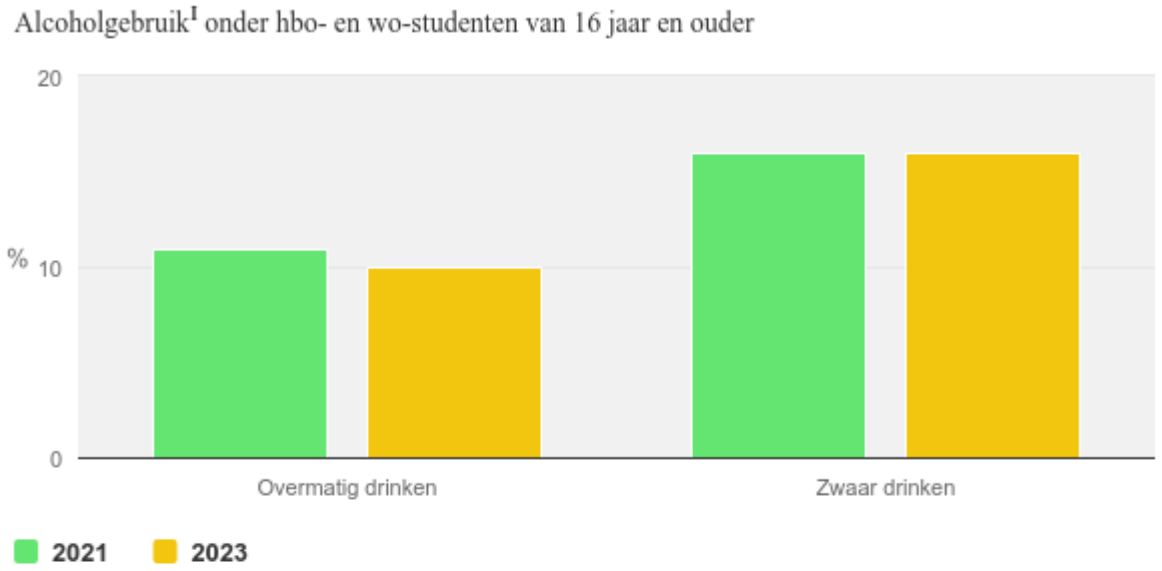
In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 had 61% van de Amsterdamse mbo-studenten van 16 jaar en ouder in het laatste jaar alcohol gedronken. 6% van de studenten dronk overmatig en 12% dronk zwaar [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Hoeveel studenten van het hbo en de universiteit drinken alcohol?

Grote meerderheid van de hbo- en universiteitsstudenten drinkt alcohol

In 2023 had 85% van de studenten van het hbo en de universiteit (wo) van 16 jaar en ouder in het laatste jaar alcohol gedronken. Een op de tien studenten (10%) dronk overmatig en ongeveer één op de zes studenten (16%) dronk zwaar [3].

Vanwege de lage respons (in 2023 6,5% van het totaal aantal studenten van de 24 deelnemende instellingen), geven deze cijfers een indicatie van middelengebruik, maar kunnen ze niet worden gezien als precieze schattingen van het gebruik in de totale studentenpopulatie (zie ook: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).



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

Overmatig en zwaar drinken komt in sommige groepen hbo- en universiteitsstudenten meer voor dan in andere groepen

De kans op overmatig en zwaar drinken is groter onder mannen dan onder vrouwen, onder 16- t/m 21-jarige studenten dan onder studenten van 26 jaar en ouder, onder studenten zonder migratieachtergrond dan onder studenten met een migratieachtergrond en onder internationale studenten en voltijdsstudenten dan onder niet-voltijdsstudenten. Er werd ook een significant verschil gevonden tussen hbo- en universiteitsstudenten, maar dit wordt omschreven als ‘heel klein / niet betekenisvol’ [3]. Zie het rapport van de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs voor de samenhang met andere sociaal-demografische kenmerken.

Geen verandering in alcoholgebruik onder hbo- en universiteitsstudenten vergeleken met 2021

Vergeleken met de vorige meting in 2021 is het percentage laatste-jaar-gebruikers van alcohol en het percentage zware drinkers onder hbo- en universiteitsstudenten in 2023 niet veranderd. Overmatig drinken is in 2023 anders gemeten dan in 2021 waardoor de cijfers niet met elkaar kunnen worden vergeleken [3].

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo-studenten

De Mbo-Middelenmonitor [1] onderzoekt het middelengebruik onder mbo-studenten. In 2023 werd dit onderzoek voor de vijfde keer uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public (nu Verian). Dit jaar werd het onderzoek alleen uitgevoerd onder mbo-studenten, terwijl eerdere metingen (in 2015, 2017, 2019 en 2021) ook hbo-studenten betrokken. In 2023 namen 4.448 mbo-studenten van 16 jaar en ouder deel aan het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 op 64 mbo-locaties. In totaal werden 6.053 studenten willekeurig benaderd door onderzoeksassistenten om een digitale vragenlijst in te vullen.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

Hbo- en universiteitsstudenten

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs [3] onderzoekt de mentale gezondheid en het middelengebruik van studenten van het hbo en de universiteit (wo) om de twee jaar. Dit onderzoek is in 2023 voor de tweede keer uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het RIVM, de GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. In 2023 vulden 32.217 hbo- en wo-studenten van 16 jaar en ouder alle vragen over middelengebruik in. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 bij 24 onderwijsinstellingen in heel Nederland. De deelnemende onderwijsinstellingen stuurden een uitnodiging naar studenten van 16 jaar en ouder om de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd ook in het Engels aangeboden voor buitenlandse studenten. Het onderzoek heeft enkele belangrijke beperkingen, zoals een laag responspercentage van 6,5% in 2023 en de onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde groepen studenten. De data zijn wel gewogen om deze representatiever te maken, maar het is mogelijk dat de resultaten nog steeds vertekend zijn en niet volledig representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland.

Vanwege verschillen in methodes van dataverzameling zijn de resultaten van de Mbo-Middelenmonitor, de Antenne Amsterdam en de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs niet direct met elkaar te vergelijken.

Bronnen

1. K. Morren, S. Van Dorsselaer, K. Monshouwer. Factsheet: Middelengebruik onder mbo-studenten 2023. Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. 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.

11.3.7 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

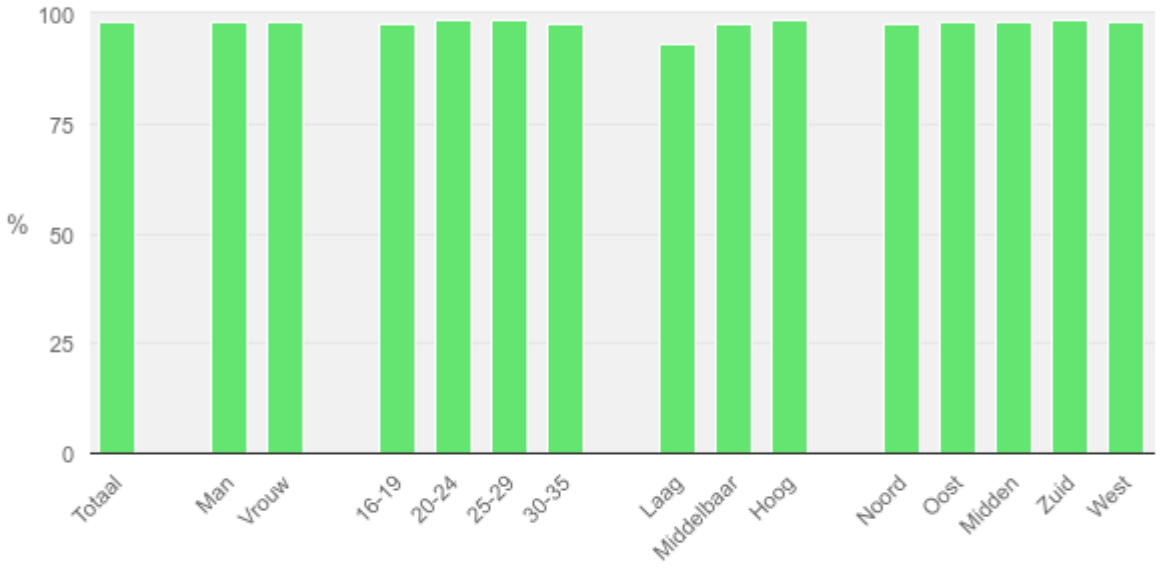
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2023 [1] is het middelengebruik in kaart gebracht van 7.012 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 16-35 jaar die in het afgelopen jaar tenminste één keer een festival of club hebben bezocht (hierna 'uitgaanders' genoemd). De gegevens werden van 19 mei tot en met 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.

11.3.8 Kwetsbare groepen

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen gebruiken alcohol?

In het kort: Er zijn geen duidelijke verschillen in alcoholgebruik tussen jongeren uit kwetsbare groepen en jongeren uit het regulier onderwijs. Alleen het gebruik van alcohol ooit in het leven ligt in de residentiële jeugdzorg (RJZ) een stuk 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.

Snel naar:
Scholieren van het praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Jongeren in de residentiële jeugdzorg
Groepen risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen ‘kwetsbare groepen jongeren’. Wij gebruiken de term ‘kwetsbare groepen jongeren’ om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg, in jeugddetentie of in het voorgezet speciaal onderwijs (vso) zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo’n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel scholieren in het praktijkonderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs gebruiken alcohol?

Scholieren van het praktijkonderwijs hebben minste ervaring met alcoholgebruik

In 2019 had bijna de helft (46%) van de scholieren in cluster 4 ooit alcohol gedronken. Een kwart (24%) deed dit in de laatste maand. Dit is hoger dan in het praktijkonderwijs (respectievelijk 30% en 17%) en vergelijkbaar met het vmbo-b (respectievelijk 50% en 29%) [2].

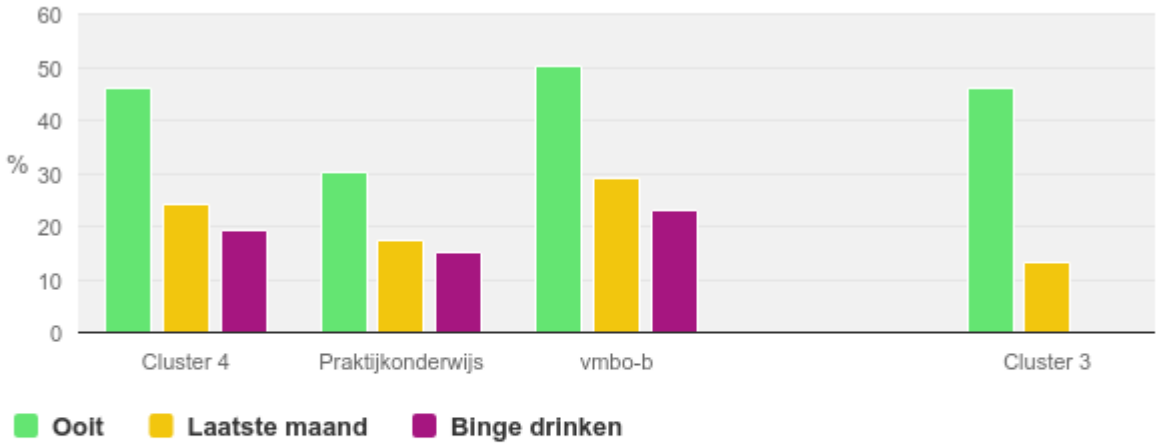
Scholieren in cluster 3 hadden ongeveer even vaak ooit alcohol gedronken als de scholieren van het

cluster 4 en het vmbo-b (46%). Zij hadden echter minder vaak in de laatste maand alcohol gedronken (13%) dan de scholieren van de andere schooltypen [3]. De vergelijking met andere schooltypen is niet getoetst op significantie vanwege verschillen in de vragenlijsten en samenstelling van de steekproeven.

Binge drinken komt onder scholieren van verschillende schooltypen ongeveer even vaak voor

Bijna één op de vijf cluster 4-scholieren (19%) had in 2019 in de laatste maand weleens 5 glazen of meer gedronken bij één gelegenheid (binge drinken). Dit percentage was iets lager in het praktijkonderwijs (15%) en wat hoger in het vmbo-b (23%), maar deze verschillen zijn niet significant. Binge drinken is in cluster 3 niet onderzocht.

Alcoholgebruik onder scholieren van verschillende schooltypen. Peiljaar 2019.



Gegevens over scholieren uit cluster 3 komen uit een ander onderzoek dan de gegevens over cluster 4 en het praktijkonderwijs. Ook de gegevens over scholieren van het vmbo–b komen uit een ander onderzoek. De methoden van dataverzameling verschillen tussen deze onderzoeken. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos–instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand	Binge drinken
Cluster 4	46	24	19
Praktijkonderwijs	30	17	15
vmbo-b	50	29	23

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand	Binge drinken
Cluster 3	46	13	

Binge-drinken komt onder laatste-maand-gebruikers relatief veel voor

Van de scholieren die in de laatste maand alcohol hadden gedronken, had een groot aandeel ervaring met binge drinken. Bijna negen op de tien alcoholgebruikers in het praktijkonderwijs (87%) deden in de laatste maand aan binge drinken. In het cluster 4-onderwijs en het vmbo-b was dit percentage iets lager (77% en 78%), maar deze verschillen zijn niet significant.

Alcoholgebruik neemt af onder scholieren van alle schooltypen

In de periode 2008 t/m 2019 daalde het gebruik van alcohol ooit in het leven, in de laatste maand en het binge drinken sterk, zowel in 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.

Cluster 3 scholen werden voor het eerst in 2019 onderzocht. Daarom zijn er geen trendgegevens voor deze groep beschikbaar.

Trendgegevens van alcoholgebruik onder scholieren van verschillende schooltypen

		Ooitgebruik	Laatste maand	Binge drinken
Cluster 4	2008	73%	41%	36%
	2019	46%*	24%*	19%*
Praktijkonderwijs	2008	61%	35%	32%
	2019	30%*	17%*	15%*
Vmbo-b	2007	73%	44%	36%
	2019	50%*	29%*	23%*

*Significant verschil met het voorgaande onderzoek. Bron: EXPLORE, Trimbos-instituut.

In cluster 3 en praktijkonderwijs drinken meer jongens dan meisjes alcohol

Onder scholieren van het praktijkonderwijs dronken in 2019 meer jongens dan meisjes alcohol. Dat geldt zowel voor het gebruik ooit in het leven (33% tegenover 26%), in de laatste maand (19% tegenover 14%) en binge drinken (17% tegenover 12%). Ook onder scholieren van cluster 3 hadden meer jongens (53%) ooit alcohol gedronken dan meisjes (33%). Ook hadden jongens uit cluster 3 vaker in de laatste maand alcohol gedronken dan meisjes (15% tegenover 8%), maar dat verschil is niet significant. Ook de verschillen tussen jongens en meisjes in de andere schooltypen (cluster 4 en vmbo-b) zijn niet significant.

Scholieren met een niet-westerse herkomst hebben de minste ervaring met alcohol

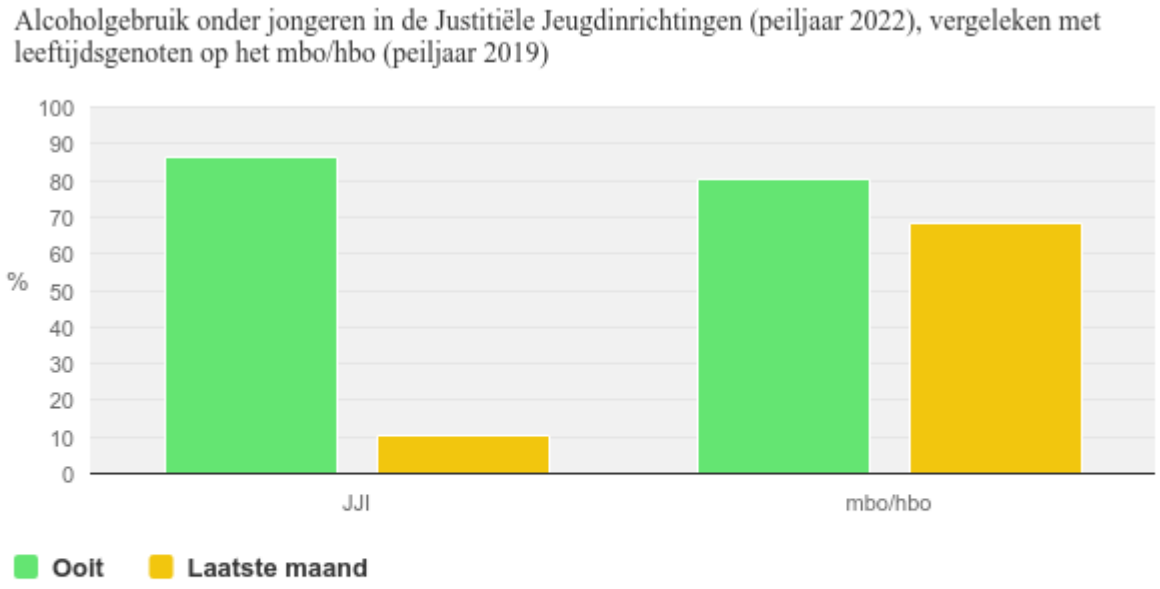
In het praktijkonderwijs, het cluster 4 onderwijs en het vmbo-b was het ooitgebruik onder jongeren met een niet-westerse herkomst in 2019 het laagst. In cluster 3 is het verschil tussen groepen met een verschillende herkomst niet onderzocht.

Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen gebruiken alcohol?

Negen op de tien jongeren in JJI dronken ooit alcohol

Bijna negen op de tien jongeren (86%) in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) hadden in 2022 ooit alcohol gedronken [4]. Eén op de tien (10%) deed dit in de laatste maand.

Het gebruik van alcohol ooit in het leven lijkt onder jongeren in de JJI iets hoger (86%) dan bij studenten van het mbo/hbo (80%). Daarentegen hadden meer studenten van het mbo/hbo in de laatste maand alcohol gedronken (68%) dan jongeren in de JJI (10%).



De cijfers van het EXPLORE-onderzoek in de JJI (2022) en de mbo/hbo monitor van 2019 zijn afkomstig uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos-instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand
JJI	86	10
mbo/hbo	80	68

Geen vergelijking mogelijk met eerdere meting

In 2009 werd het middelengebruik onder jongeren in de JJI ook al eens onderzocht. Het gaat hier echter om een ander onderzoek met een andere manier van vraagstelling. Omdat de vraagstelling naar het gebruik van alcohol tussen deze twee onderzoeken te verschillend is, kan er geen vergelijking over de tijd gemaakt worden.

Van de scholieren die in de laatste maand alcohol dronken, deed de helft dit in de inrichting

Ongeveer de helft van de jongeren in de JJI die in de laatste maand nog alcohol dronk (n=11), deed dit ook wel eens in de inrichting.

Alle jongeren die in de laatste maand hebben gedronken, deden dit al voordat zij in de inrichting werden geplaatst. Ook gaven zij bijna allemaal aan dat ze minder zijn gaan drinken sinds ze in de inrichting zitten.

Hoeveel jongeren in de residentiële jeugdzorg gebruiken alcohol?

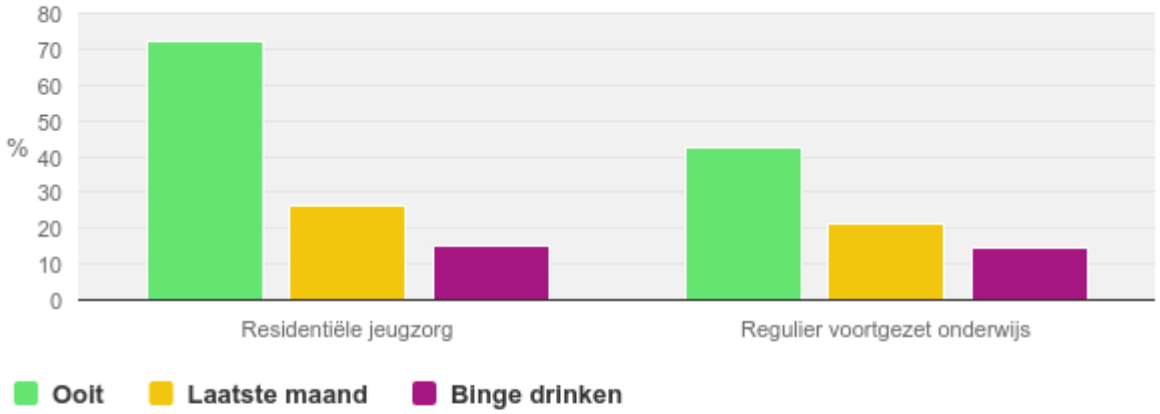
Jongeren in de jeugdzorg hebben meer ervaring met alcoholgebruik dan leeftijdsgenoten in het regulier onderwijs

Onder jongeren (leeftijd 12-25) in de RJZ had 83% in 2020 ooit alcohol gedronken en 44% deed dit in de laatste maand. Daarnaast had 30% in de laatste maand ten minste één keer vijf of meer glazen tijdens één gelegenheid gedronken (binge drinken) [5].

Er zijn geen grote verschillen in alcoholgebruik in de laatste maand en binge drinken tussen 12-15-jarige jongeren in de RJZ en in het regulier onderwijs. Het ooitgebruik van alcohol was in de RJZ wel hoger (72% versus 42%).

Jongeren in de RJZ die in de laatste maand alcohol hadden gedronken, dronken gemiddeld 6,7 glazen op een weekenddag (vrijdag, zaterdag, zondag) en 2,6 glazen op een doordeweekse dag.

Alcoholgebruik onder 12-15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg (peiljaar 2020), vergeleken met leeftijdsgenoten in het regulier voortgezet onderwijs (peiljaar 2019).



De cijfers van het EXPLORE-onderzoek in de residentiële jeugdzorg (RJZ, 2020) en uit het regulier voortgezet onderwijs (2019) zijn afkomstig zijn uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Voor de jongeren in de RJZ is voor de vergelijking alleen gekeken naar jongeren van 12 t/m 15 jaar. Bron: EXPLORE, Trimbos-instituut.

NDM

Groepen	Ooit	Laatste maand	Binge drinken
Residentiële jeugzorg	72	26	15
Regulier voortgezet onderwijs	42	21	14

Alcoholgebruik onder jongeren in de RJZ is gedaald

In de periode 2008-2020 daalde het alcoholgebruik onder jongeren in de RJZ. Onder 12-15-jarigen daalde het gebruik in de laatste maand van 57% naar 26%, onder 16- en 17-jarigen daalde het van 72% naar 49%.

Ook het binge drinken in de laatste maand onder jongeren in de residentiële jeugdzorg was in 2020 lager dan in 2008: zowel onder 12-15-jarigen (15% versus 47%) als onder 16- en 17-jarigen (35% versus 60%).

Meisjes in de RJZ hebben meer ervaring met alcohol dan jongens

Meisjes (89%) hadden vaker ooit alcohol gedronken dan jongens (76%). Ter vergelijking, in het praktijkonderwijs was het alcoholgebruik onder jongens juist hoger [2] en in het regulier voortgezet onderwijs was er geen verschil tussen jongens en meisjes [6].

Waarom gebruiken jongeren in de RJZ alcohol?

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. Coping-motieven komen voor alcohol veel minder vaak voor, in tegenstelling tot bijvoorbeeld bij cannabis.

Hoe ziet het alcoholgebruik in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als ‘kansarme jeugd’, ‘probleemjeugd’ of ‘hangjeugd’ [7].

In alle onderzochte groepen risicojongeren werd alcohol gebruikt

Alcoholgebruik bleef in twee derde van de jongerengroepen stabiel

Jongerenwerkers zien dat het gebruik van alcohol in het laatste jaar in bijna twee derde (18 van de 29) van de jongerengroepen ongeveer gelijk bleef. Bij twee groepen nam alcoholgebruik af en bij negen groepen nam het gebruik van alcohol juist toe.

Jongeren van Nederlandse afkomst uit dorpen drinken het meest

Er wordt het meeste gedronken in de jongerengroepen uit dorpen, die bijna allemaal uit jongeren van Nederlandse herkomst bestaan. Alcoholgebruik lijkt hier diep in de cultuur te zitten. In de (grote) steden bestaan jongerengroepen vaker uit jongeren van niet-westerse herkomst. Onder deze jongeren heeft alcohol over het algemeen een negatiever imago, waarbij het islamitische geloof een rol speelt. Er wordt wel gedronken, maar vaak minder en door minder jongeren in de groep. Soms wordt sterke drank gezien als een statussymbool.

Alcohol wordt vooral met cannabis gecombineerd

In kwetsbare jongerengroepen combineren jongeren alcohol vooral met cannabis. Combinatiegebruik met amfetamine, 3-MMC en cocaïne komt ook in sommige groepen voor. Hiermee kunnen jongeren “langer doordrinken of de ongewenste effecten van alcohol temperen”.

Overmatig alcoholgebruik komt regelmatig voor in kwetsbare jongerengroepen

Meerdere jongerenwerkers geven aan zich zorgen te maken over het overmatige drinkgedrag en alcoholgebruik op jonge leeftijd. Soms signaleren zij al op vroege leeftijd negatieve effecten van overmatig alcoholgebruik op lichamelijk, geestelijk en sociaal vlak.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Jongeren in praktijk- en speciaal onderwijs

Het EXPLORE-onderzoek is een landelijk onderzoek naar het middelengebruik onder jongeren in verschillende kwetsbare groepen. In 2019 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik in het praktijkonderwijs en in cluster 3 en cluster 4 van het voortgezet speciaal onderwijs (vso) onderzocht [2,3]. De gegevens van cluster 3 zijn vanwege het lagere niveau van de scholieren op een andere manier onderzocht dan in cluster 4 en het praktijkonderwijs. Dit bemoeilijkt een directe vergelijking. Cluster 4 en het praktijkonderwijs worden daarnaast vergeleken met het vmbo-b. Ook hier geldt dat het om andere onderzoeken gaat. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Dit geldt ook voor de vergelijkingen met het reguliere onderwijs in de andere EXPLORE onderzoeken.

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (Justitiële Jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [4]. Aan het onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. 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 gemiddeld iets jonger zijn.

Jongeren in de jeugdzorg

In 2020 werd in EXPLORE het middelengebruik van jongeren in de residentiële jeugdzorg (RJZ) onderzocht [5]. Het middelengebruik werd gemeten met een vragenlijst. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs. Deze vergelijking moet voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat de onderzoeken niet op dezelfde manier zijn uitgevoerd en de scholieren gemiddeld iets jonger zijn.

Steekproefkenmerken van de landelijke EXPLORE onderzoeken

Groep	Peiljaar	Leeftijd	Totale steekproef
Praktijkonderwijs	2019	12–16 jaar	1118
	2008	12–16 jaar	916
Cluster 4	2019	12–16 jaar	1032
	2008	12–16 jaar	603
Cluster 3	2019	12–16 jaar	266
Jongeren in de justitiële jeugdinrichtingen	2022	14–24 jaar	110
	2009	13–18 jaar	155
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	2020	12–17 jaar	357
	2008	12–17 jaar	531

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten. Alle jongeren- en straathoekwerkers die meededen aan dit onderzoek gaven aanvullende informatie over het alcoholgebruik in de jongerengroepen.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet.

De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [7]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio's in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
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. Rombouts M, Visser D, Onrust S, Tuithof M, Scheffers-van Schayk T, Simon J, et al. Preventie en gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen onder jongeren met een licht verstandelijke beperking in het cluster 3-onderwijs: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek 2019. Trimbos-instituut; 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. 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.
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, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.

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.

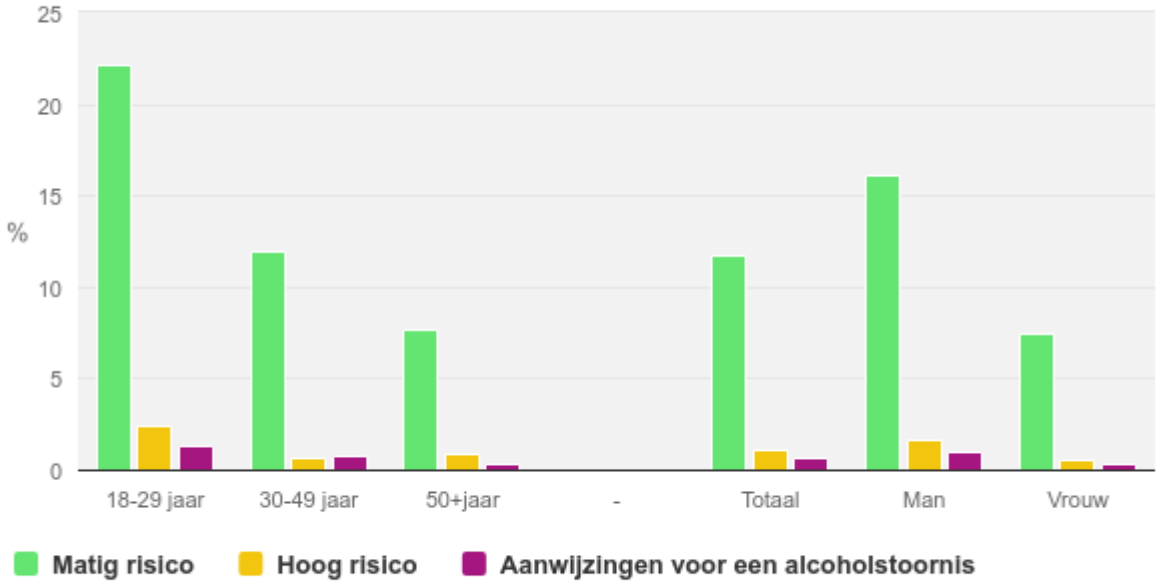
Bij problematisch alcohol gebruik staan, zoals hierboven beschreven, de gevolgen ervan centraal en niet de hoeveelheid alcohol die is gedronken. Cijfers over de gebruikspatronen, zoals overmatig en zwaar drinken worden daarom elders beschreven (§ 11.2.2). Als het gaat om jongeren onder de 18 jaar, wordt 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/Leefstijlmonitor, Trimbos-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

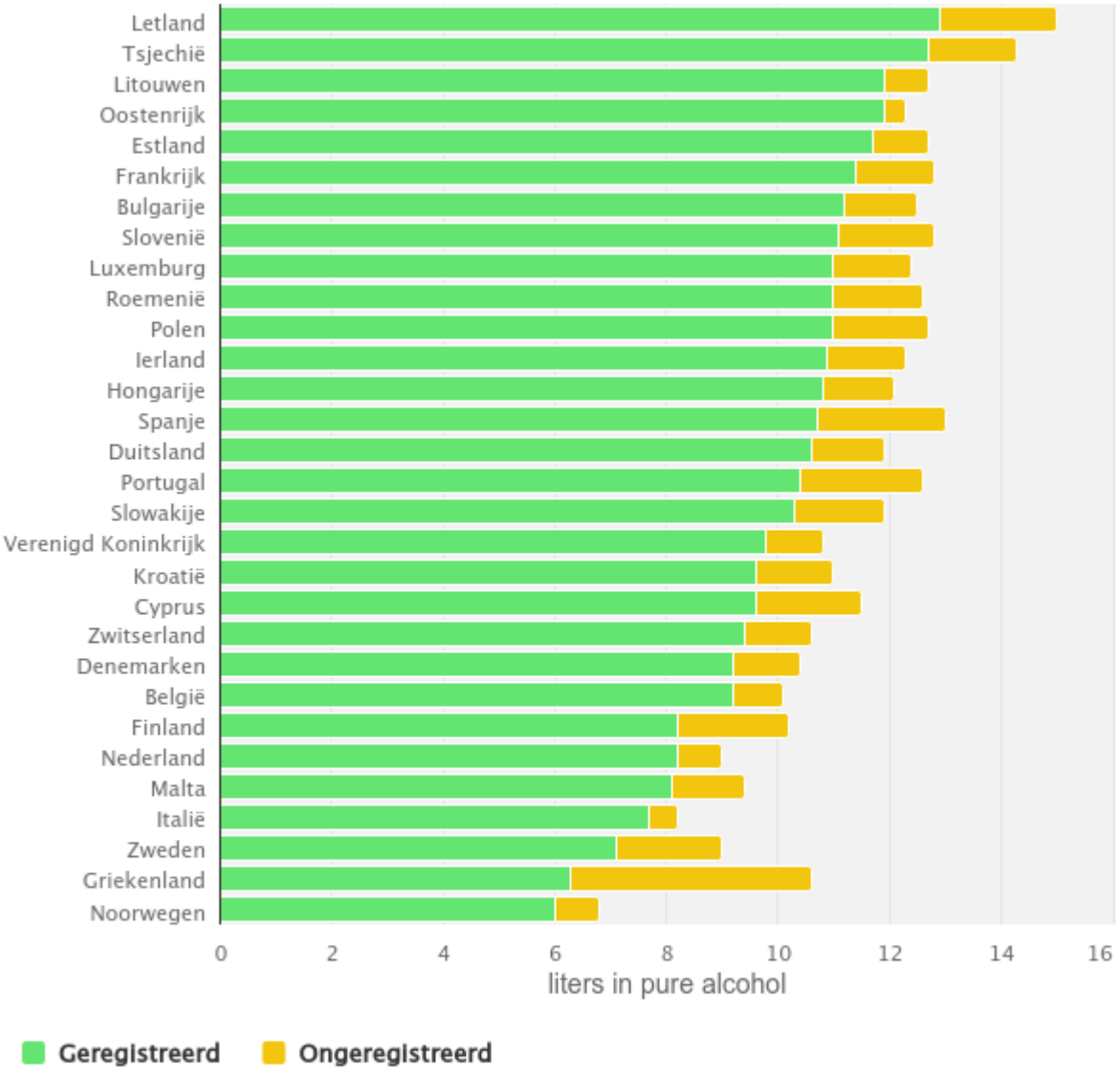
Het Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) van de WHO registreert wereldwijd gegevens over de alcoholconsumptie in liters per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder (zie § 11.2.4 voor de Nederlandse trend sinds 1960). Volgens de gegevens uit het GISAH bevindt de gemiddelde alcoholconsumptie 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	201
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[V]
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	201
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

11.6.1 Verslavingszorg

In het kort: In 2023 werden er meer dan 29.000 mensen behandeld in de verslavingszorg voor primaire alcoholproblematiek. Dat is bijna de helft van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg. Vergeleken met personen in behandeling voor verslavingsproblematiek voor andere middelen, zijn alcoholcliënten relatief oud, met een gemiddelde leeftijd van 46 jaar. Driekwart van de alcoholcliënten zijn al eens eerder behandeld in de verslavingszorg. Alcohol is de meest voorkomende secundaire problematiek bij cliënten die in behandeling zijn voor een ander middel. De toename in het aantal cliënten met primaire alcoholproblematiek is in de periode 2018-2023 kan verklaard worden door een toename in het aantal deelnemende instellingen en de bevolkingsgroei.

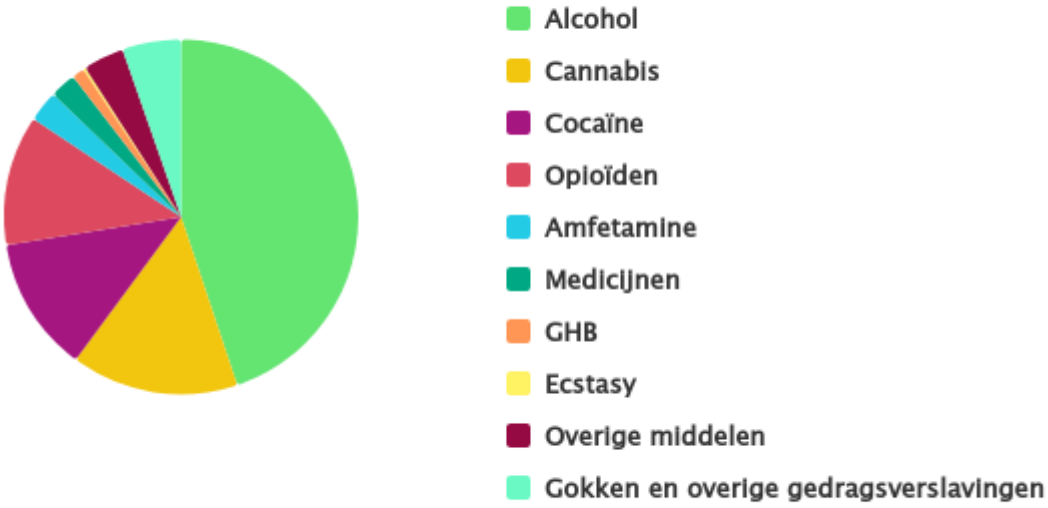
Hoeveel mensen worden behandeld in de verslavingszorg voor alcoholproblematiek?

In 2023 werden meer dan 29.000 mensen behandeld in de verslavingszorg voor primaire alcoholproblematiek

In 2023 werden volgens het LADIS 29.257 mensen behandeld in de verslavingszorg voor alcoholproblematiek [1]. Dat is 45% van het totaal aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg (inclusief gedragsverslavingen). Hiermee is alcohol de meest voorkomende problematiek binnen de verslavingszorg. Het gaat hierbij alleen om mensen bij wie de alcoholproblematiek staat geregistreerd als de enige of de belangrijkste reden voor de behandeling. We noemen dit ook wel ‘primaire’ alcoholcliënten.

Niet alle verslavingszorg instellingen leveren gegevens aan het LADIS, het genoemde aantal is dus een onderschatting van het totaal aantal cliënten in de verslavingszorg voor alcoholproblematiek. Volgens een ruwe schatting beslaat het LADIS 70% van de cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek [2].

Verdeling naar primaire problematiek in de verslavingszorg



Percentages ten opzichte van het totaal aantal in de verslavingszorg (N = 65.215). Bron: LADIS, IVZ.

NDM

	Aantal
Alcohol	29257
Cannabis	9967
Cocaïne	8046
Opioïden	7717
Amfetamine	1859
Medicijnen	1541
GHB	747
Ecstasy	137

	Aantal
Overige middelen	2437
Gokken en overige gedragsverslavingen	3507

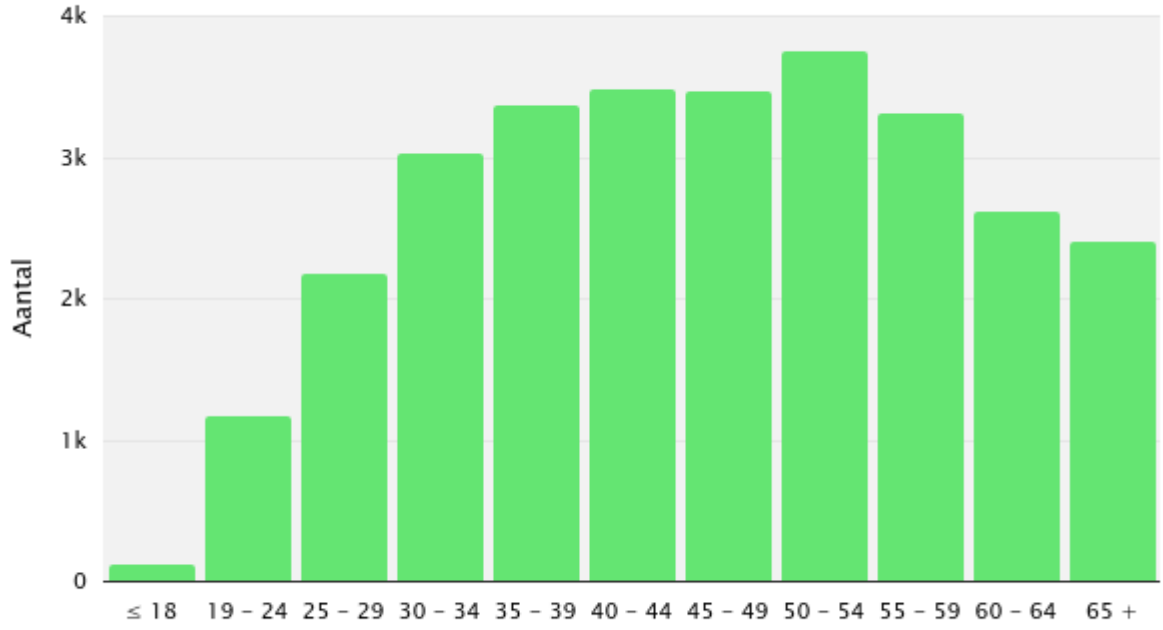
Bijna één op de drie primaire alcoholcliënten is vrouw

In 2023 was iets minder dan één op de drie cliënten met primaire alcoholproblematiek vrouw (30%), het merendeel was man (70%). In de algemene bevolking gebruiken mannen ook vaker overmatig alcohol dan vrouwen (zie: Gebruik: Volwassenen).

Cliënten met primaire alcoholproblematiek zijn relatief oud

In 2023 was de gemiddelde leeftijd van de primaire alcoholcliënten 46 jaar. Hiermee zijn de alcoholcliënten relatief oud, alleen onder de cliënten met opioïdenproblematiek is de gemiddelde leeftijd hoger. Het grootste aantal alcoholcliënten viel in de leeftijdsgroep 50 t/m 54 jaar. Bijna één derde (30%) van de cliënten met primaire alcoholproblematiek was boven de 55 jaar oud.

Leeftijdsverdeling van de primaire alcoholcliënten in de verslavingszorg. Peiljaar 2023.



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Leeftijd	Aantal	Percentage
≤ 18	108	0,4
19 - 24	1165	4,0
25 - 29	2169	7,4
30 - 34	3018	10,3
35 - 39	3362	11,5
40 - 44	3480	11,9
45 - 49	3463	11,8
50 - 54	3743	12,8

Leeftijd	Aantal	Percentage
55 - 59	3312	11,3
60 - 64	2615	8,9
65 +	2395	8,2

Driekwart van de alcoholcliënten zijn al eens eerder behandeld in de verslavingszorg

Driekwart van de cliënten met primaire alcoholproblematiek zijn al eens eerder behandeld in de verslavingszorg (74%). Voor een kwart van de alcoholcliënten (26%) ging het in 2023 om een eerste aanmelding in de verslavingszorg.

Minder dan de helft van de alcoholcliënten heeft ook nog andere middelenproblematiek

In 2023 had 44% van de primaire alcoholcliënten ook nog andere verslavingsproblematiek. We noemen dit ook wel secundaire problematiek. Onder primaire alcoholcliënten zijn “overige middelen” de meest voorkomende secundaire problematiek (19% van het totaal aantal primaire alcoholcliënten), gevolgd door cocaïne (9%) en cannabis (8%). Vermoedelijk bestond een groot deel van de problematiek met “overige middelen” uit nicotine.

Mogelijk hebben de alcoholcliënten in de verslavingszorg ook nog andere psychische problemen dan verslaving. Het LADIS verzamelt hier echter niet systematisch gegevens over.

Alcohol is de meest voorkomende secundaire problematiek

Alcohol kan ook voorkomen als secundaire problematiek bij cliënten die voor andere verslavingsproblematiek in behandeling zijn. In totaal ging het in 2023 om 8.136 secundaire alcoholcliënten. Alcohol komt daarmee het meest voor als secundaire problematiek. Voor cliënten met alcohol als secundaire problematiek was het meest voorkomende primaire middel cocaïne (33%) gevolgd door cannabis (28%).

Is het aantal mensen dat wordt behandeld in de verslavingszorg voor alcoholproblematiek veranderd?

Toename cliënten met primaire alcoholproblematiek verklaard door toename in deelnemende instellingen en bevolkingsgroei

Tussen 2018 en 2023 is het aantal cliënten in behandeling voor primaire alcoholproblematiek gestegen, van 26.415 naar 29.257 cliënten. Deze stijging is deels te verklaren door het toegenomen aantal instellingen dat gegevens aanlevert. In de loop van de jaren zijn er steeds meer instellingen bijgekomen die gegevens aanleveren aan het LADIS. Als we alleen kijken naar de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd (de constante instellingen), dan is er echter nog steeds sprake van een lichte stijging in het aantal cliënten met alcoholproblematiek, van 26.415 tot 27.590.

Tussen 2018 en 2023 is de bevolking van Nederland gegroeid. Om hier rekening mee te houden is ook gekeken naar het aantal cliënten per 100.000 inwoners. Het aantal primaire alcoholcliënten per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder bleef gelijk tussen 2018 (183) en 2023 (183). Voor deze berekeningen zijn de gegevens van de constante instellingen meegenomen.

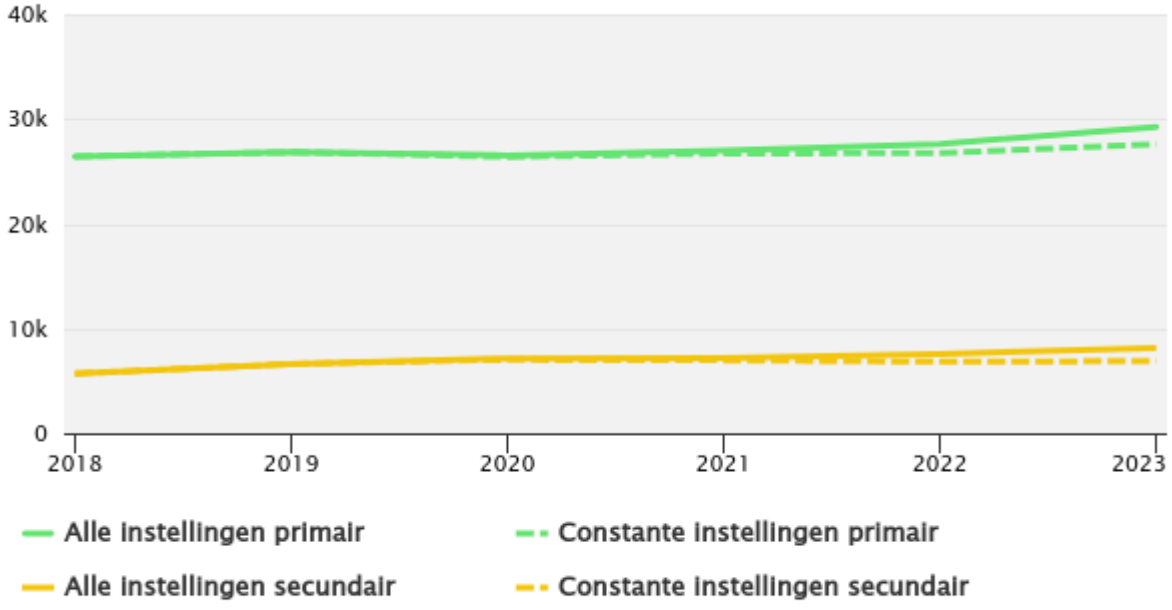
Het aandeel alcoholcliënten in de verslavingszorg is in de periode 2018-2023 stabiel

Het aandeel cliënten met primaire alcoholproblematiek onder alle cliënten in de verslavingszorg bleef ongeveer gelijk in de periode 2018-2023. Het percentage lag in deze jaren steeds tussen de 44% en 45%. Voor deze berekeningen zijn de gegevens van alle deelnemende instellingen meegenomen.

Het aantal secundaire alcoholcliënten nam in de periode 2018-2023 toe

Het aantal cliënten bij wie alcoholproblematiek speelde als secundaire problematiek is in de periode 2018-2023 toegenomen, van 5.698 naar 8.136 cliënten. Ook wanneer er alleen gekeken wordt naar het constante aantal instellingen, steeg het aantal cliënten met secundaire alcoholproblematiek, van 5.697 naar 6.887 cliënten.

Aantal cliënten in de verslavingszorg in Nederland met primaire en secundaire alcoholproblematiek, vanaf 2018



Bron: LADIS, stichting IVZ.

NDM

Jaartal	Alle instellingen primair	Constante instellingen primair	Alle instellingen secundair	Constante instellingen secundair
2018	26415	26415	5698	5697
2019	26824	26823	6609	6610
2020	26523	26385	7147	7021
2021	26987	26705	7193	6961
2022	27622	26742	7575	6829
2023	29257	27590	8136	6887

Geen duidelijke verschillen in sekse of leeftijd in de periode 2018-2023

Het aandeel mannen onder cliënten met primaire alcoholproblematiek bleef ongeveer gelijk tussen 2018 en 2023 en lag steeds tussen de 71% en 70%.

De gemiddelde leeftijd en verdeling van leeftijdsgroepen in de periode 2018-2023 onder cliënten met primaire alcoholproblematiek bleef ook grotendeels gelijk (46 of 47 jaar).

Hoe behandelt de verslavingszorg mensen met alcoholproblematiek?

De verslavingszorg is onderdeel van de gezondheidszorg. De verslavingszorg helpt mensen die een stoornis hebben in drugs-, alcohol-, of medicatiegebruik, of een gokstoornis of een andere gedragsverslaving. De behandeling van stoornissen in het gebruik van alcohol is gebaseerd op de “Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol” [3].

De richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol adviseert bij alle volwassen patiënten een medicamenteuze behandeling aan te bieden, in combinatie met een evidence-based psychologische behandeling en/of gestructureerde medische begeleiding [3]. De keuze voor het type medicatie is afhankelijk van het gekozen behandeldoel (abstinentie of gecontroleerd alcoholgebruik). Bij jongeren adviseert de richtlijn vooral een psychologische behandeling aan te bieden, en terughoudend te zijn met medicatie.

De psychologische behandeling voor stoornissen in het gebruik van alcohol kan als eerste keuze bestaan uit motiverende gespreksvoering (MGV), cognitieve gedragstherapie (CGT) of de ambulante twaalf stappen behandeling. Bij onvoldoende effect wordt geadviseerd om een van methodiek te veranderen, de behandeling te intensiveren, of gebruik te maken van de community reinforcement approach (CRA) of een klinische Minnesota behandeling, afhankelijk van de indicatie.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Het LADIS

De gegevens over het aantal mensen in behandeling in de verslavingszorg voor alcoholproblematiek zijn afkomstig van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Verslavingszorginstellingen leveren gepseudonimiseerde gegevens over hun cliënten aan het LADIS. Tussen 2015 en 2022 konden er geen nieuwe gegevens worden verzameld in verband met een aanscherping van de privacywet. Per 1 juli 2022 is de aanvullende wettelijke grondslag geregeld voor het aanleveren van deze gegevens. Hierna kon de gegevensverzameling van het LADIS weer gestart worden. Vanaf 2023 zijn er weer verschillende rapportages van het LADIS verschenen [1]. Gegevens van voor 2018 worden momenteel niet gerapporteerd, omdat deze oudere gegevens opnieuw zijn opgevraagd bij de instellingen en eventuele verschillen met de oude gegevens nog niet onderzocht zijn.

Gegevens over het aantal cliënten in behandeling kunnen informatie geven over (trends in) de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn voor trends in problematisch gebruik. Echter zoekt maar een deel van de probleemgebruikers van alcohol hulp bij de verslavingszorg. Onderzoek laat zien dat mensen die professionele hulp zoeken vaak ernstigere problemen hebben dan mensen die dit (nog) niet doen. Ook hebben ze vaker last van andere bijkomende psychische problemen [4,5].

Beperkingen van het LADIS

Er zijn een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten in de verslavingszorg. (Nog) niet alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het LADIS. De afgelopen jaren zijn er wel steeds meer instellingen bijgekomen. Omdat dit de trends kan beïnvloeden rapporteert het LADIS zowel de trends van alle deelnemende instellingen als uitsluitend van de instellingen die gedurende de gehele periode tussen 2018 en 2023 gegevens hebben aangeleverd. Mogelijk bereiken de instellingen die nog geen gegevens aanleveren een andere doelgroep dan de instellingen die wel gegevens aanleveren.

Bij sommige van de deelnemende instellingen is er sprake van onderregistratie. Ook leveren niet alle instellingen de gegevens over het type middel even specifiek aan. Zo gebruiken sommige instellingen nog verzamelcategorieën, zoals “opiaten” of “overige middelen”. Gegevens over specifieke middelen kunnen dus ‘verborgen’ zijn in deze verzamelcategorieën. Daarnaast kunnen mensen ook buiten de verslavingszorg hulp krijgen, bijvoorbeeld bij de reguliere GGZ, in de huisartsenpraktijk, bij vrijgevestigde psychologen of via anonieme eHealth. Tot slot lijkt er sprake van slechts een beperkte capaciteit in de verslavingszorg, zo is er in de afspraken met verzekeraars sprake van een behandelplafond. Wanneer het behandelplafond voortijdig wordt bereikt kunnen behandelingen niet meer worden gedeclareerd. Ook is er in de verslavingszorg een tekort aan personeel.

Er staan ook nog mensen met een hulpvraag op het gebied van middelenproblematiek op een wachtlijst voor hulp in de verslavingszorg. Hoeveel mensen dit precies zijn is niet bekend. De gemiddelde totale wachttijd (vanaf aanmelding tot start behandeling) voor een behandeling voor de diagnosegroep “Middelgerelateerd en verslaving” was volgens de NZA 15 weken in december 2023 [6].

Bronnen

1. Wisselink DJ, Van der Slink JB, Kerssies JP. LADIS: Kerncijfers Verslavingszorg 2018 – 2023. 2024. p. 1–85.
2. Vektis.nl. Factsheet GGZ [Internet]. Gepubliceerd op: 30-05-2024. Available from: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024
3. Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) N. Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. 2023. p. 337–360.
4. 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.

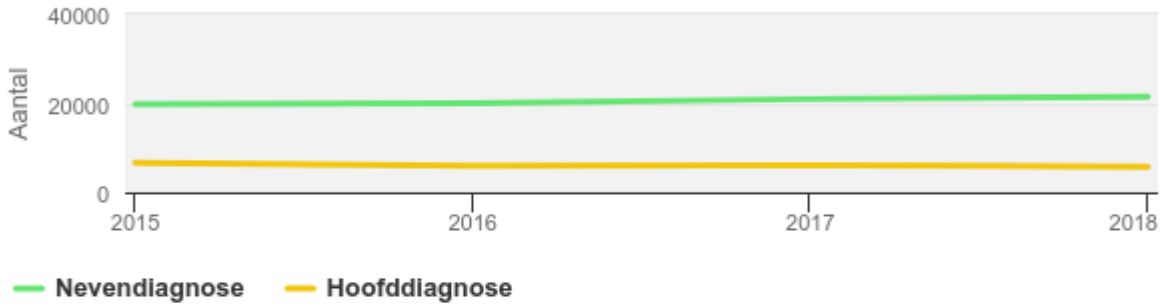
5. Tuithof M. Drinking Distilled: onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population. Amsterdam: Univeristeit van Amsterdam; 2015.
6. Zorgautoriteit N. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 - februari 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/

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).

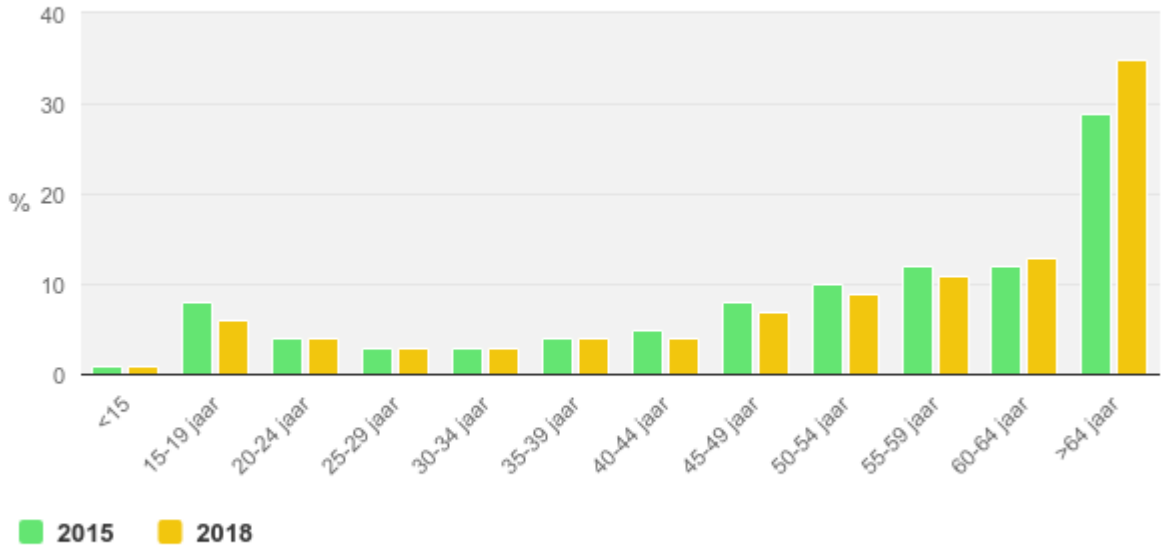
NDM

	Nevendiagnose	Hoofddiagnose
2015	19720	6615
2016	19945	6010
2017	20955	6065

Categories	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

Categories	2015	2018
<15	1	1
15-19 jaar	8	6
20-24 jaar	4	4
25-29 jaar	3	3
30-34 jaar	3	3
35-39 jaar	4	4
40-44 jaar	5	4
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.

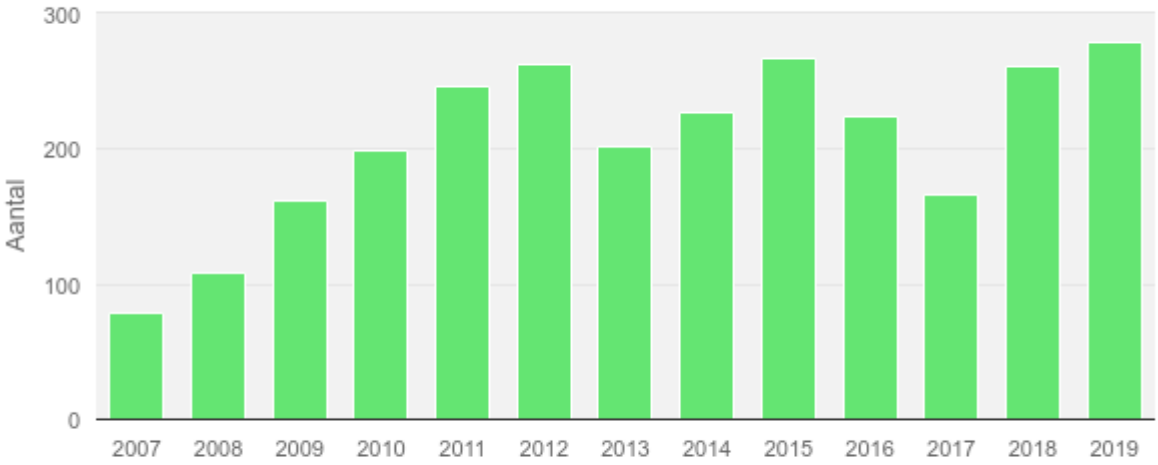
- In 2017 had 89,4% van de meldingen een Nederlandse achtergrond en 35% van de jongeren zat op het VMBO of MBO; 25% op de HAVO en 21% op het VWO. Deze verdeling is over de afgelopen jaren redelijk stabiel [2].
- In 2017 kwamen uit 81% van de ziekenhuizen meldingen. Het aantal meldingen lag toen op 860 [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

Categories	Aantal
2007	79
2008	109
2009	162
2010	199
2011	247
2012	263
2013	202
2014	227
2015	267
2016	225
2017	166
2018	261
2019	279

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.

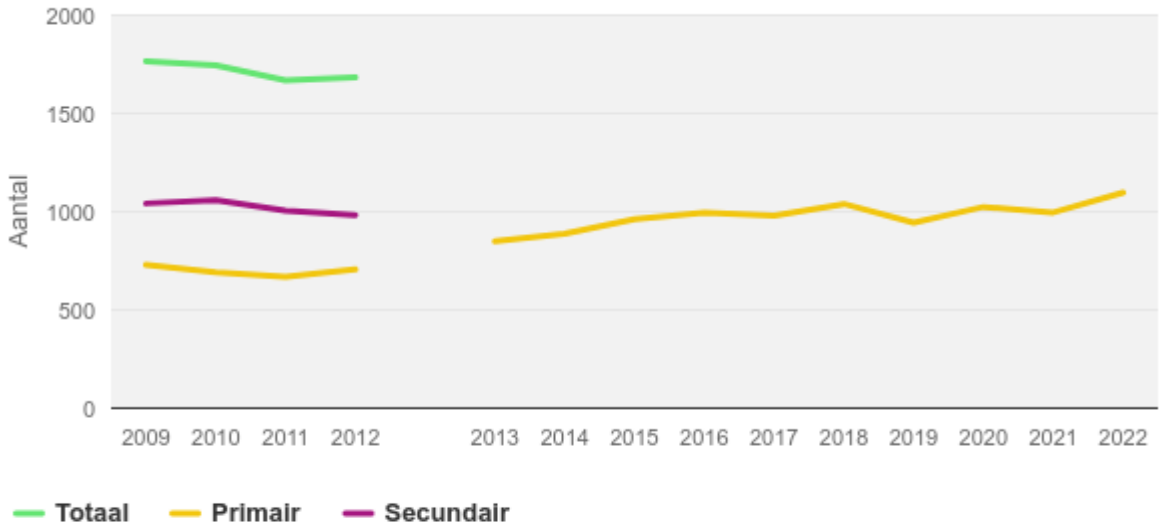
Doodsoorzakenstatistiek CBS

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



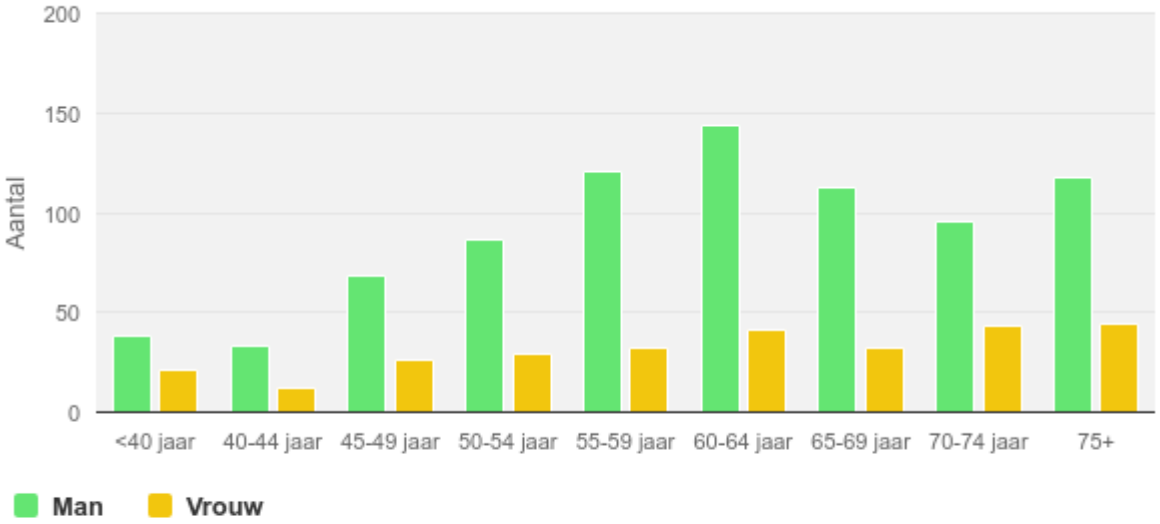
Aantal geregistreerde sterfgevallen aan alcoholgerelateerde aandoeningen. ICD-10 codes: F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45*, X65*, Y15*, T51.0-1 (* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is). Vanaf 2021 is ook K85.2 meegenomen. Voor een verklaring van de codes: 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

	Man	Vrouw
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

Laatste feiten en trends

Volwassenen
Roken in het laatste jaar (2023)



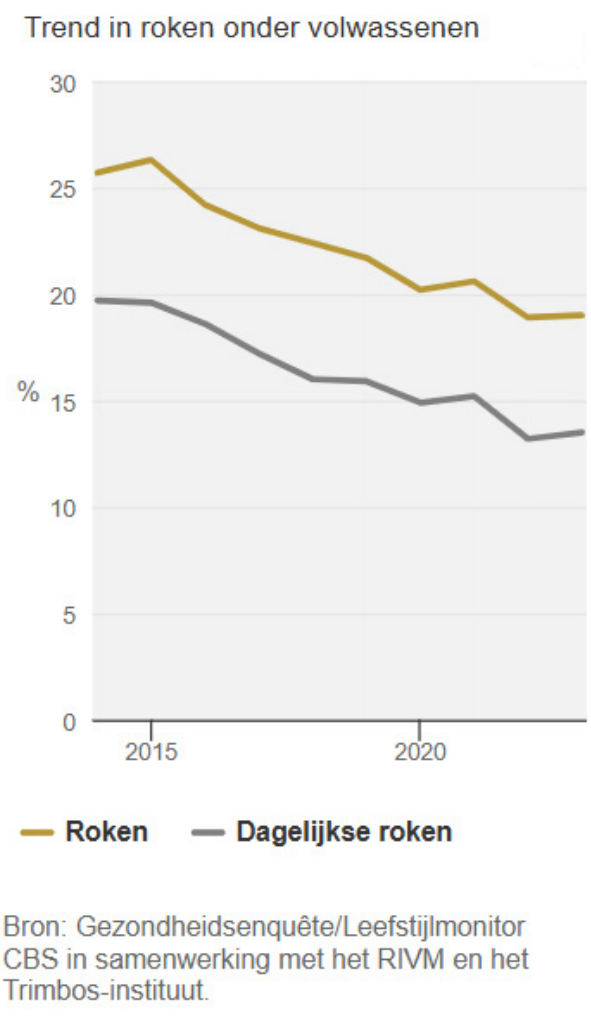




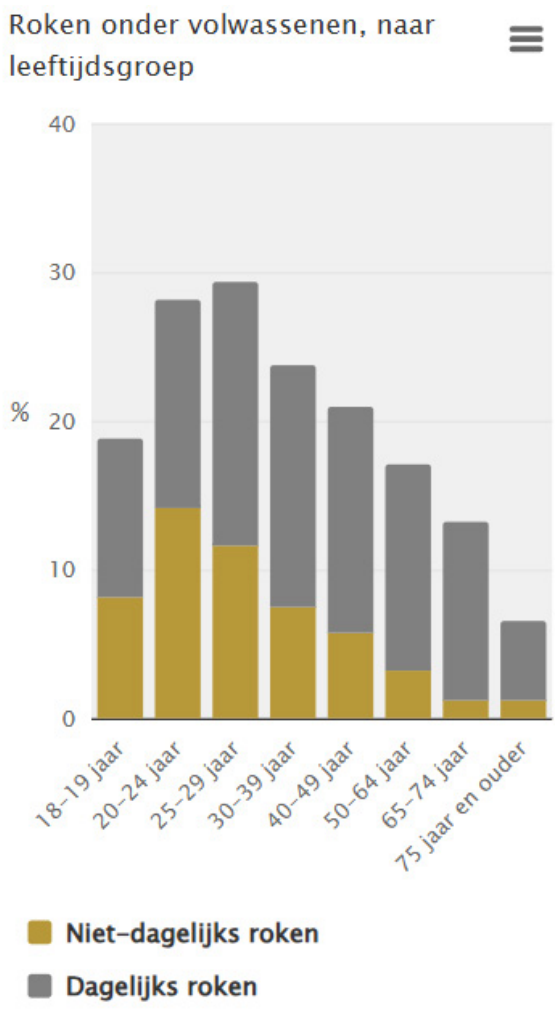
19,0% rookt wel eens
13,5% rookt dagelijks

15,4% rookt wel eens
11,1% rookt dagelijks

22,7% rookt wel eens
16,0% rookt dagelijks



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



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

- In 2023 rookte 19% van de volwassenen weleens en 13,5% rookte elke dag. Roken komt vaker voor onder mannen, laag- en middelbaar opgeleiden, volwassenen met een Europese (excl. NL) en niet-Europese herkomst en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.
- In 2023 is het percentage volwassenen dat weleens rookt niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting in 2014 is het percentage wel gedaald. De daling vond plaats onder zowel mannen als vrouwen, alle leeftijdsgroepen en alle opleidingsniveaus.
- In 2023 rookten volwassenen rokers gemiddeld 9,5 sigaretten per dag. Van alle volwassenen rookte 2,7% 20 sigaretten per dag of meer. Dit noemen we ook wel zwaar roken. Zwaar roken komt vaker voor onder mannen en laagopgeleiden.
- In 2023 gebruikte 3,9% van de volwassenen weleens een elektronische sigaret, en 0,4% gebruikte een apparaat dat tabak verhit. Het gebruik van elektronische sigaretten was het hoogst onder 18-24-jarigen en middelbaar opgeleiden. Het gebruik is gestegen ten opzichte van 2022 en 2021. Daarnaast rookte 8,1% van de niet-rokende volwassenen weleens mee met anderen, waarbij 2,7% dagelijks binnen meerookte.

Jongeren en jongvolwassenen

Voortgezet onderwijs
12-16 jaar
(2023)



16,1% ooit gerookt
2,2% rookt dagelijks

Studenten
≥16 jaar
(2023)



16,0% rookt dagelijks (mbo)
6% rookt dagelijks (hbo & wo)

Uitgaanders
16-35 jaar
(2023)



58,9% laatste jaar gerookt
22,0% rookt dagelijks

- In 2023 had 16,1% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit tabak gerookt, 8,5% rookte in de laatste maand en 2,2% rookt dagelijks. Meer meisjes dan jongens en meer scholieren met een Nederlandse herkomst dan scholieren met een niet-Nederlandse herkomst roken tabak. De leeftijd waarop scholieren voor het eerst gaan roken is 13,4 jaar. Vwo-scholieren hebben minder ervaring met het roken van tabak dan scholieren van de andere schoolniveaus. Ook zijn er regionale en lokale verschillen in het roken van tabak onder scholieren.
- Een kwart van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) had in 2023 ooit een vape gebruikt, 14,3% gebruikte dit in de laatste maand en 4,0% deed dat dagelijks. Het percentage scholieren dat vapet is daarmee hoger dan het percentage scholieren dat rookt. Verder had 3,8% van de scholieren ooit snus (ook wel: nicotinezakje) gebruikt, 1,5% gebruikte dit in de laatste maand. 7,5% van de scholieren had ooit een waterpijp gebruikt, 5,1% gebruikte dit in het laatste jaar en 2,2% in de laatste maand.
- Sinds 2017 neemt het roken van tabak niet meer verder af onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar). Het gebruik van een waterpijp is in 2023 lager dan in eerder jaren. Er zijn nog geen trendgegevens beschikbaar voor het gebruik van snus en vapen.
- Eén op de vijf (20,2%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder gebruikte in 2023 dagelijks één of meerdere nicotineproducten (sigaretten, vape, nicotinezakjes of verhitte tabak). Vergeleken met 2015 is het dagelijks roken onder 16-18-jarige mbo-studenten gedaald, terwijl het dagelijks vapen is toegenomen. In 2023 rookte ruim één op de twintig (6%) hbo– en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder dagelijks sigaretten of shag. Minder studenten vapen dagelijks of regelmatig (4%) of gebruiken snus (1%). Tussen 2021 en 2023 is het dagelijks roken onder hbo- en universiteitsstudenten licht gedaald, terwijl het dagelijks of regelmatig vapen is toegenomen.
- 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%.
- In 2019 rookte 31% van de scholieren in cluster 4, 21% in het praktijkonderwijs en 22% in cluster 3 ooit. In de laatste maand rookte 19% van de cluster 4 scholieren, 13% van de praktijkonderwijs scholieren en 7% van de cluster 3 scholieren. Cluster 4 scholieren rookten gemiddeld het meeste per dag. In 2022 rookte 89% van de jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) ooit, 72% rookte in de laatste maand en 55% dagelijks. In de residentiële jeugdzorg (RJZ) rookte 72% ooit, 55% in de laatste maand en 40% dagelijks. Vapen is populair in groepen risicojongeren.

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

19.420 sterfgevallen (totaal)	**8.010 longkanker**	**5.260 COPD**	**1.030 hartfalen**	**1.020 coronaire hartziekten**
8.010	**3.280**	**2.640**	**310**	**290**
11.410	**4.730**	**2.620**	**720**	**730**

- In Nederland wordt 7,6% van de totale ziektelast veroorzaakt door roken. Mensen die roken hebben een grotere kans op o.a. kanker, hart- en vaatziekten, luchtwegaandoeningen en diabetes. Ook meeroken vergroot het risico op deze aandoeningen. In Nederland zijn naar schatting ruim 670.000 mensen chronisch ziek door roken. Roken tijdens de zwangerschap vergroot het risico op een miskraam, vroeggeboorte en ernstige gezondheidsgevolgen voor het kind. Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van e-sigaretten het risico op verschillende (ernstige) aandoeningen vergroot.
- Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte. In 2023 overleden in Nederland naar schatting 19.420 mensen aan de gevolgen van roken en 1.050 aan de gevolgen van meeroken.

12.1 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 Roken onder volwassenen

Hoeveel volwassenen roken?

In het kort: In 2023 rookte 19% van de volwassenen weleens en 13,5% rookte elke dag. Roken komt vaker voor onder mannen, laag- en middelbaar opgeleiden, volwassenen met een Europese (excl. NL) en niet-Europese herkomst en volwassenen in (zeer) sterk stedelijke gebieden.

Ongeveer een vijfde van de Nederlandse volwassenen rookt

In 2023 rookte bijna een vijfde (19,0%) van de Nederlandse volwassenen weleens. Dat komt neer op 2,7 miljoen volwassenen. Ongeveer een op de zeven volwassenen (13,5%) rookte elke dag.

In 2023 had ongeveer de helft (48,2%) van de volwassenen nog nooit gerookt. Ongeveer een derde (32,8%) van de volwassenen was ex-roker.

Roken[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2023.

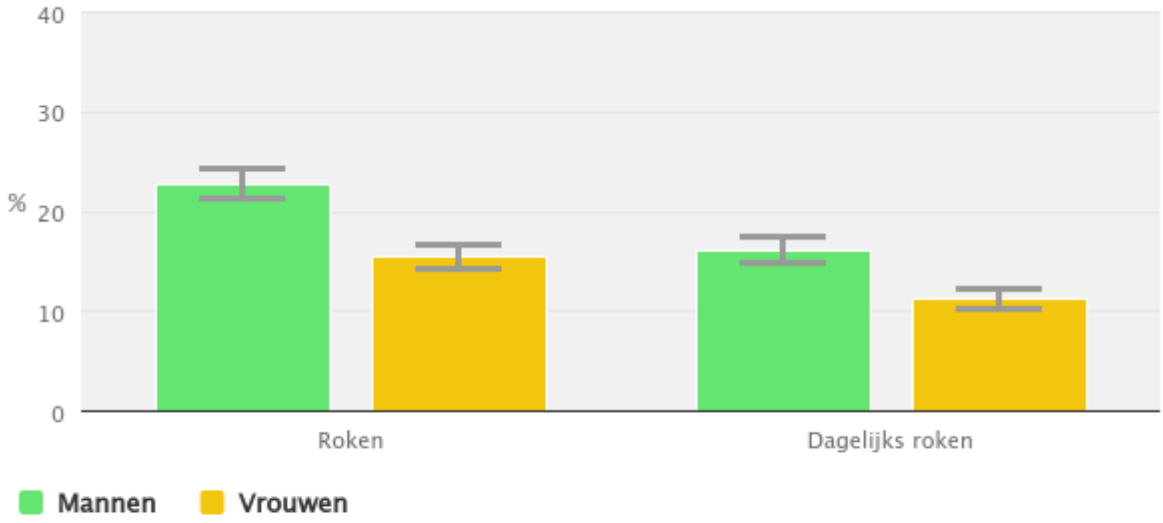
	%	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal (95% betrouwbaarheidsinterval)
Roken (dagelijks en niet-dagelijks)	19,0	2.690.000	2.550.000-2.830.000
Dagelijkse roken	13,5	1.920.000	1.800.000-2.040.000

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.

Roken komt vaker voor onder mannen dan onder vrouwen

Meer mannen dan vrouwen roken weleens. In 2023 rookte 22,7% van de mannen vergeleken met 15,4% van de vrouwen. Ook dagelijks roken komt vaker voor onder mannen dan onder vrouwen.

Roken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar geslacht. Peiljaar 2023.



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?' Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

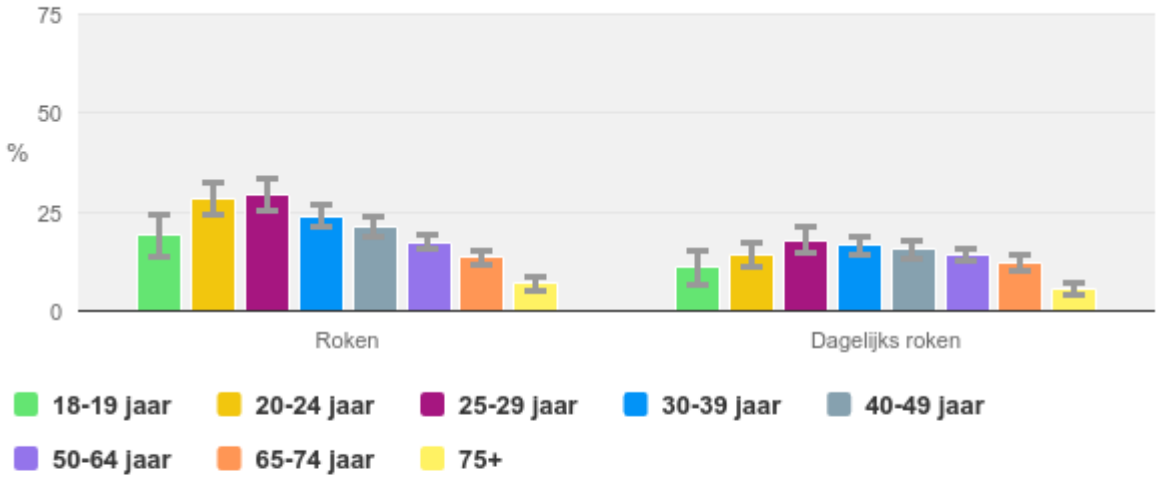
NDM

	Mannen	low Mannen	high Mannen	Vrouwen	low Vrouwen	high Vrouwen
Roken	22,7	21,2	24,2	15,4	14,2	16,6
Dagelijks roken	16,0	14,7	17,3	11,1	10,1	12,2

Ruim een kwart van de 20-29-jarigen rookt

In 2023 rookte ruim een kwart van de 20-29-jarigen weleens. Roken kwam het minst vaak voor onder 75-plussers. Ook dagelijks roken kwam het minst vaak voor onder 75-plussers.

Roken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



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.

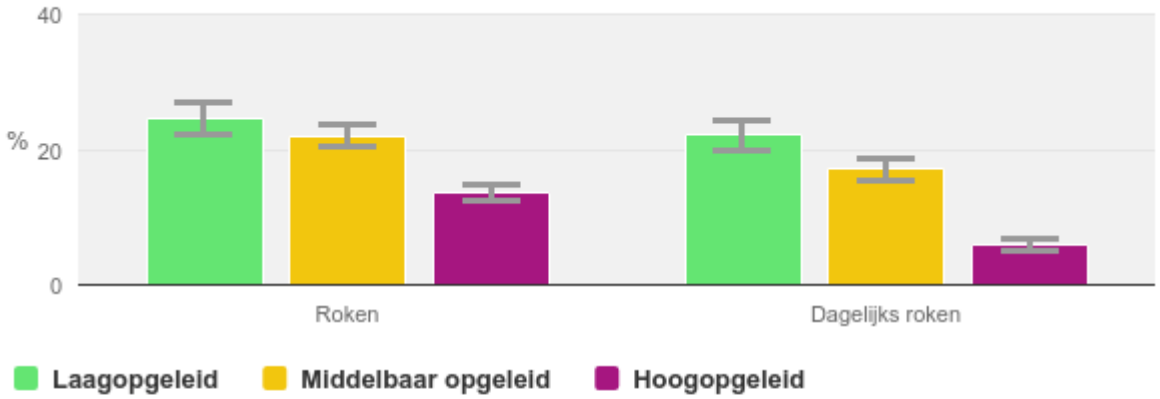
NDM

	18-19 jaar	low 18-19	high 18-19	20-24 jaar	low 20-24 jaar	high 20-24 jaar	25-29 jaar	low 25-29 jaar	high 25-29 jaar	30-39 jaar	low 30-39 jaar	high 30-39 jaar	40-49 jaar	low 40-49	high 40-49	50-64 jaar	low 50-64	high 50-64	65-74 jaar	low 65-74	high 65-74	75+	low 75+	high 75+	Header
Roken	18,8	13,2	24,3	28,1	24,1	32,2	29,3	25,2	33,4	23,8	21,1	26,5	21,0	18,4	23,6	17,1	15,4	18,8	13,2	11,2	15,1	6,6	5,0	8,2	
Dagelijks roken	10,7	6,3	15,1	14,0	10,9	17,2	17,7	14,2	21,1	16,3	13,9	18,7	15,3	12,9	17,7	13,9	12,3	15,5	12,0	10,0	13,9	5,4	3,9	6,9	

Roken komt vaker voor onder laag- en middelbaar opgeleiden

In 2023 rookte een groter deel van de laagopgeleiden (24,4%) en middelbaar opgeleiden (21,9%) dan van de hoogopgeleiden (13,5%). Het percentage volwassenen dat dagelijks rookt was het hoogst onder laagopgeleiden en het laagst onder hoogopgeleiden. Het percentage onder middelbaar opgeleiden zat daar tussenin.

Roken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2023.



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. 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

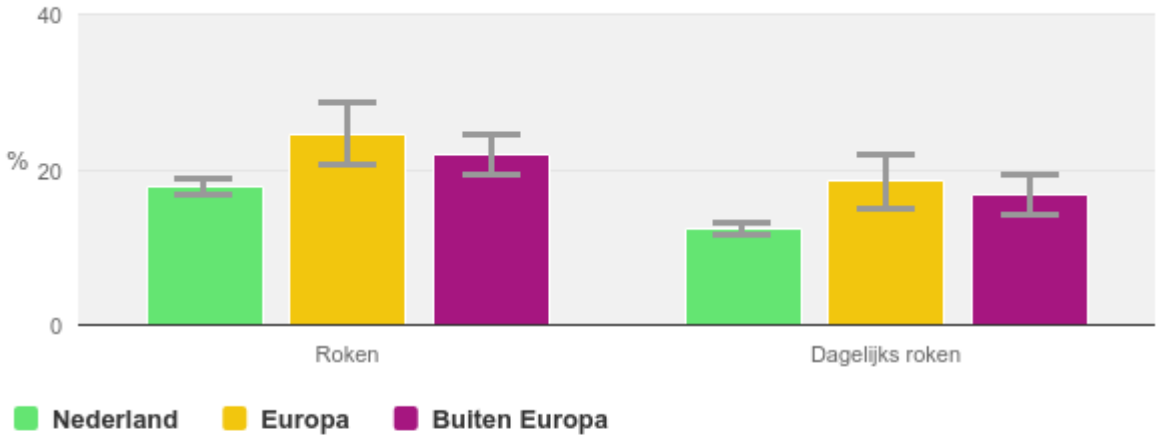
NDM

	Laagopgeleid	low Laag	high Laag	Middelbaar opgeleid	low Middelbaar	high Middelbaar	Hoogopgeleid	low Hoog	high Hoog	Header
Roken	24,4	22,2	26,7	21,9	20,3	23,6	13,5	12,2	14,8	
Dagelijks roken	22,0	19,8	24,2	16,9	15,4	18,4	5,9	5,0	6,8	

Roken komt vaker voor onder volwassenen met een Europese herkomst (excl. NL) en niet-Europese herkomst

In 2023 rookte een kleiner deel van de volwassenen met een Nederlandse herkomst (17,7%), dan van de volwassenen met een Europese herkomst (excl. NL) (24,5%) en volwassenen met een niet-Europese herkomst (21,8%). Hetzelfde geldt voor dagelijks roken.

Roken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar herkomst[II]. Peiljaar 2023.



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

NDM

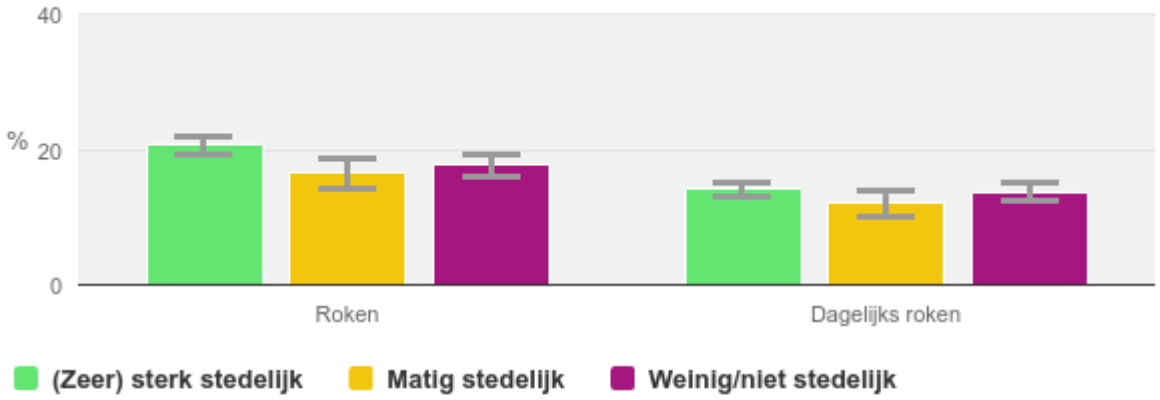
	Nederland	low Nederland	high Nederland	Europa	low Europa	high Europa	Buiten Europa	low Buiten Europa	high Buiten Europa
Roken	17,7	16,7	18,7	24,5	20,6	28,4	21,8	19,1	24,5
Dagelijks roken	12,3	11,4	13,1	18,4	14,9	21,9	16,6	14,1	19,1

Roken komt vaker voor onder volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden

In 2023 rookte een groter deel van de volwassenen die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden (20,5%), dan van de volwassenen die wonen in matig stedelijke gebieden (16,4%) en weinig/niet stedelijke gebieden (17,5%).

Het percentage volwassenen dat dagelijks rookt verschilde niet tussen volwassenen in (zeer) sterk stedelijke, matig stedelijke en weinig/niet stedelijke gebieden.

Roken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar stedelijkheid[II]. Peiljaar 2023.



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

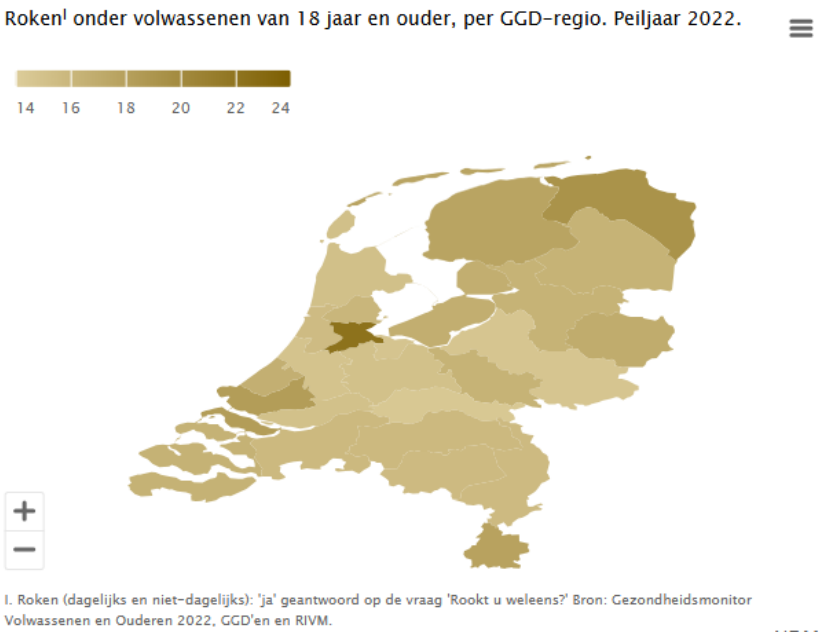
NDM

	(Zeer) sterk stedelijk	low (zeer) sterk stedelijk	high (zeer) sterk stedelijk	Matig stedelijk	low matig stedelijk	high matig stedelijk	Weinig/niet stedelijk	low weinig/niet stedelijk	high weinig/niet stedelijk
Roken	20,5	19,2	21,8	16,4	14,1	18,6	17,5	15,8	19,1
Dagelijks roken	14,0	12,8	15,1	11,9	9,9	13,8	13,6	12,2	15,1

Roken verschilt per regio

Uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen uit 2022 blijkt dat er regionale verschillen zijn in het percentage volwassenen van 18 jaar en ouder dat rookt [1]. Per GGD-regio varieerde het percentage rokers van 17,9% (GGD-regio Zuid-Limburg) tot 22,3% (GGD-regio Amsterdam).

Uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen uit 2024 blijkt dat er ook regionale verschillen zijn in het roken in de leeftijdsgroep 16-25 jaar [2]. Het percentage rokers varieerde van 23,3% (GGD-regio Brabant-Zuidoost) tot 35,2% (GGD-regio Gooi en Vechtstreek). Dagelijks roken varieerde 10,3% (GGD-regio Brabant-Zuidoost) tot 19,3% GGD-regio Zeeland).



Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van nicotineproducten worden verzameld in de Leefstijlmonitor. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor het gebruik van nicotineproducten onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen roken, vapen of andere nicotineproducten gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Roken wordt sinds 2014 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over het gebruik van nicotineproducten komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Roken kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid.

Regionale cijfers

Naast de landelijke cijfers uit de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale cijfers beschikbaar over roken uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen [1] en de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen [2]. De meest recente gegevens komen uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen uit 2024, toen meer dan 135.000 jongvolwassenen tussen de 16 en 25 jaar de vragenlijst invulden. In tegenstelling tot 2022 werd er in 2024 geen steekproef getrokken; de vragenlijst was via een open link beschikbaar en respondenten werden vooral geworven via sociale media. De resultaten zijn gestandaardiseerd naar GGD-regio, leeftijd en gender om representativiteit te verbeteren, maar de wervingsmethode kan mogelijk leiden tot een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een slechtere (mentale) gezondheid. Deze cijfers zijn door verschillen in de vraagstelling en leeftijdsgroep niet direct vergelijkbaar met de cijfers uit de GE of de LSM-A Middelen, maar bieden wel inzicht in regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen.

Bronnen

1. GGD’en, RIVM, CBS. Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen . https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-volwassenen-en-ouderen. 2022.
2. GGD’en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024. https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024. 2025.

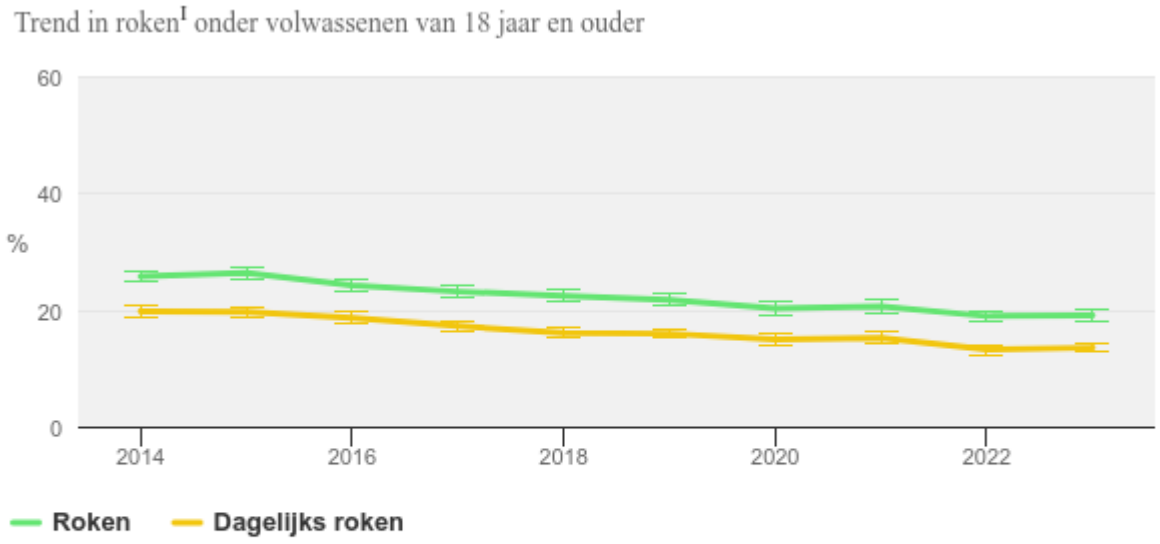
12.2.2 Veranderingen in roken onder volwassenen

Is het percentage volwassenen dat rookt veranderd?

In het kort: In 2023 is het percentage volwassenen dat weleens rookt niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting in 2014 is het percentage wel gedaald. De daling vond plaats onder zowel mannen als vrouwen, alle leeftijdsgroepen en alle opleidingsniveaus.

Roken onder volwassenen is sinds de vorige meting stabiel, op lange termijn wel gedaald

In 2023 is het percentage volwassenen dat weleens rookt niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting in 2014 is het percentage in 2023 wel lager. Hetzelfde geldt voor dagelijks roken.



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 RIVM en Trimbos-instituut, 2023.

NDM

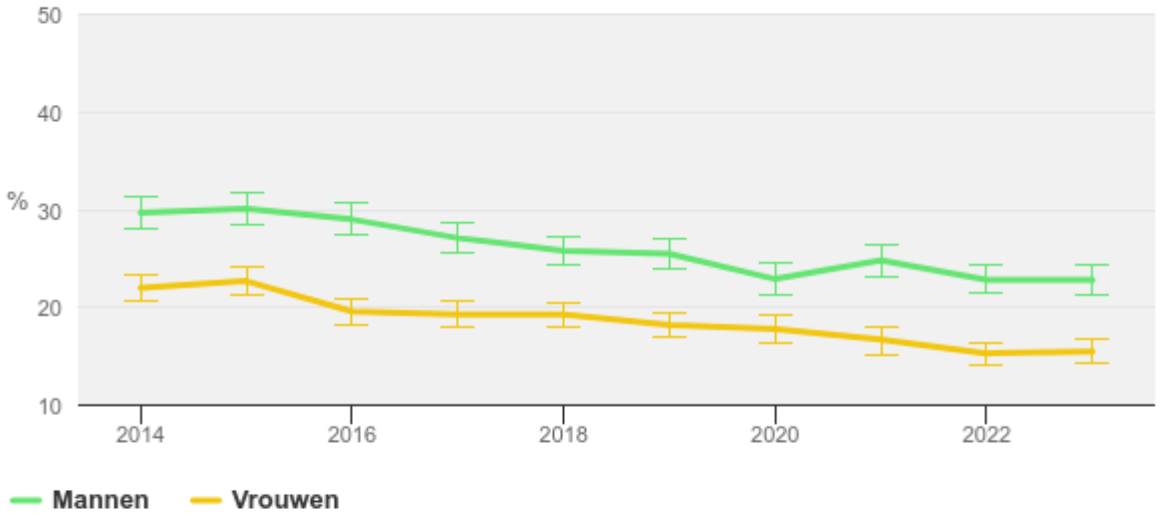
	Roken	Roken low	Roken high	Dagelijks roken	Dagelijks roken low	Dagelijks roken high
2014	25,7	24,7	26,7	19,7	18,7	20,6

	Roken	Roken low	Roken high	Dagelijks roken	Dagelijks roken low	Dagelijks roken high
2015	26,3	25,2	27,4	19,6	18,6	20,5
2016	24,2	23,1	25,2	18,6	17,7	19,6
2017	23,1	22,1	24,1	17,2	16,3	18,1
2018	22,4	21,4	23,4	16,0	15,2	16,9
2019	21,7	20,7	22,7	15,9	15,1	16,8
2020	20,2	19,1	21,3	14,9	13,9	15,8
2021	20,6	19,5	21,7	15,2	14,2	16,2
2022	18,9	18,0	19,8	13,2	12,3	14,0
2023	19,0	18,1	20,0	13,5	12,7	14,4

Roken is onder zowel mannen als vrouwen sinds de vorige meting stabiel, op lange termijn wel gedaald

In 2023 is het percentage volwassenen dat weleens rookt onder zowel mannen als vrouwen niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting in 2014 is het percentage in 2023 wel lager onder zowel mannen als vrouwen.

Trend in roken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder



I. Roken (dagelijks en niet-dagelijks): 'ja' geantwoord op de vraag 'Rookt u weleens?' Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met RIVM en Trimbos-instituut, 2023.

NDM

	Mannen	Mannen low	Mannen high	Vrouwen	Vrouwen low	Vrouwen high
2014	29,6	28,0	31,2	21,9	20,5	23,3
2015	30,0	28,4	31,7	22,6	21,2	24,0
2016	28,9	27,3	30,6	19,5	18,2	20,8
2017	27,0	25,5	28,5	19,2	17,9	20,5
2018	25,7	24,2	27,1	19,2	17,9	20,4
2019	25,4	23,9	26,9	18,1	16,9	19,4
2020	22,8	21,2	24,4	17,7	16,2	19,1
2021	24,7	23,0	26,3	16,6	15,1	18,0

	Mannen	Mannen low	Mannen high	Vrouwen	Vrouwen low	Vrouwen high
2022	22,7	21,3	24,2	15,2	14,0	16,3
2023	22,7	21,2	24,2	15,4	14,2	16,6

Roken is onder alle leeftijdsgroepen sinds de vorige meting stabiel, op lange termijn wel gedaald

In 2023 is het percentage volwassenen dat weleens rookt onder alle leeftijdsgroepen (18-24 jaar, 25-34 jaar en ≥35 jaar) niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting 2014 is het percentage wel gedaald onder alle leeftijdsgroepen.

Roken is onder alle opleidingsniveaus sinds de vorige meting stabiel, op lange termijn wel gedaald

In 2023 is het percentage volwassenen dat weleens rookt onder alle opleidingsniveaus (laag, middelbaar en hoog) niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting 2014 is het percentage wel gedaald onder alle opleidingsniveaus.

Roken is sinds vorige meting stabiel onder alle herkomstgroepen

In 2023 is het percentage volwassenen dat weleens rookt onder alle herkomstgroepen niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Sinds 2022 hanteert het CBS een nieuwe indeling naar herkomst, er zijn daarom geen trendgegevens beschikbaar tussen 2014 en 2022.

Roken is onder volwassenen in alle stedelijkheidsniveaus sinds de vorige meting stabiel, op lange termijn wel gedaald

In 2023 is het percentage volwassenen dat weleens rookt onder alle stedelijkheidsniveaus niet veranderd in vergelijking met de vorige meting in 2022. Vergeleken met de eerste meting in 2014 is het percentage wel gedaald onder alle stedelijkheidsniveaus.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van nicotineproducten worden verzameld in de Leefstijlmonitor.. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor het gebruik van nicotineproducten onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen roken, vapen of andere nicotineproducten gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Roken wordt sinds 2014 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over het gebruik van nicotineproducten komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Roken kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid.

12.2.3 Gebruikspatronen

Hoeveel roken volwassen rokers?

In het kort: In 2023 rookten volwassenen rokers gemiddeld 9,5 sigaretten per dag. Van alle volwassenen rookte 2,7% 20 sigaretten per dag of meer. Dit noemen we ook wel zwaar roken. Zwaar roken komt vaker voor onder mannen en laagopgeleiden.

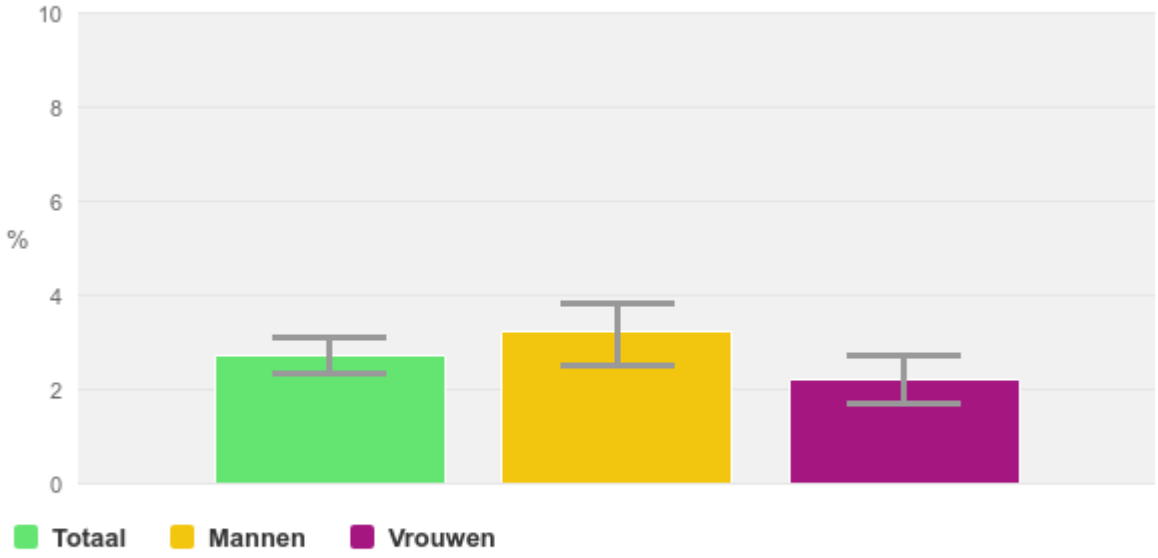
Rokers roken gemiddeld bijna 10 sigaretten per dag

In 2023 rookten volwassen rokers gemiddeld 9,5 sigaretten per dag. Mannen rookten gemiddeld 9,9 sigaretten per dag en vrouwen rookten gemiddeld 9,0 sigaretten per dag.

Ruim een op de veertig volwassenen rookt zwaar

In 2023 rookte 2,7% van de volwassenen 20 sigaretten per dag of meer. We noemen dit ook wel zwaar roken. Zwaar roken komt meer voor onder mannen dan onder vrouwen.

Zwaar roken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, totaal en naar geslacht. Peiljaar 2023.



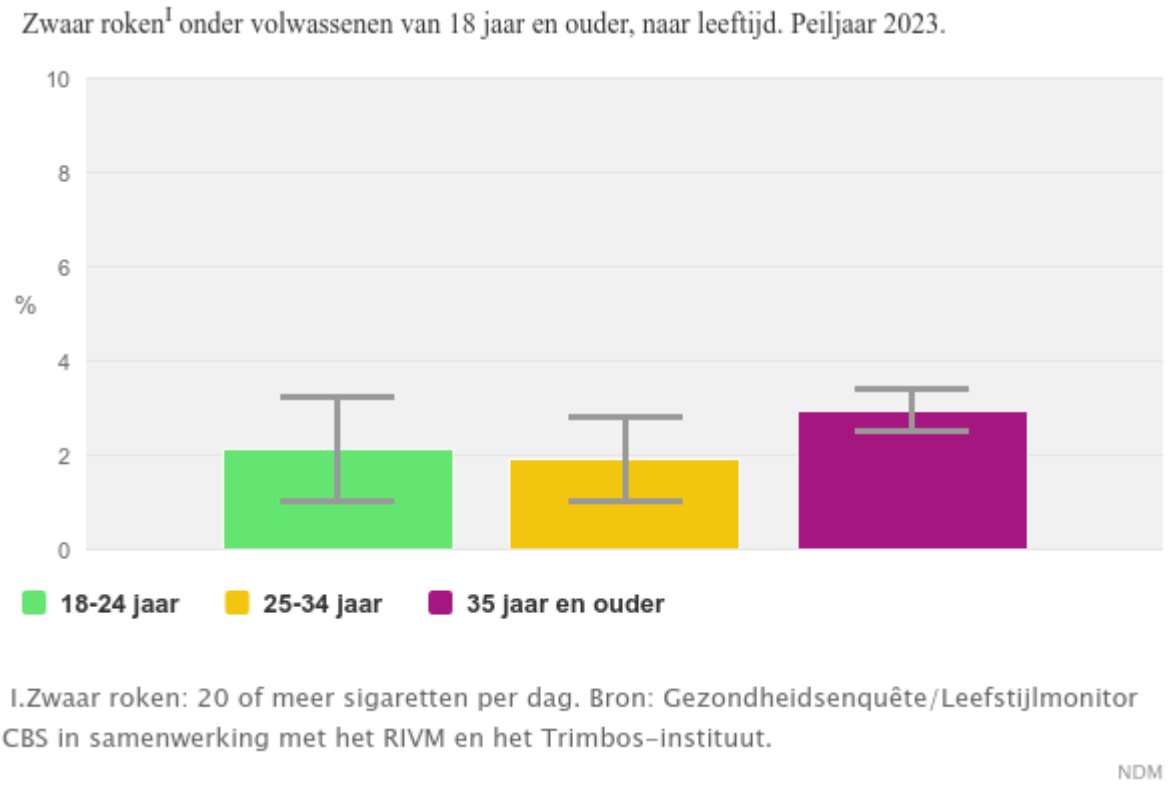
I.Zwaar roken: 20 of meer sigaretten per dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos–instituut.

NDM

	Totaal	Totaal low	Totaal high	Mannen	Mannen low	Mannen high	Vrouwen	Vrouwen low	Vrouwen high
Zwaar roken	2,7	2,3	3,1	3,2	2,5	3,8	2,2	1,7	2,7

Geen verschil in zwaar roken tussen leeftijdsgroepen

Er is geen verschil in het percentage volwassenen dat zwaar rookt tussen 18-24-jarigen, 25-34-jarigen en 35-plussers.



I.Zwaar roken: 20 of meer sigaretten per dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

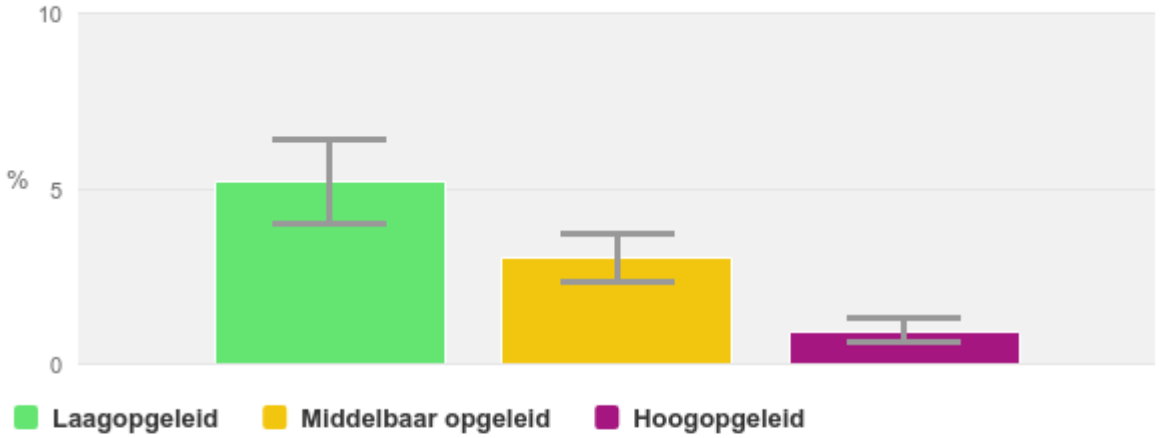
NDM

	18-24 jaar	18-24 jaar low	18-24 jaar high	25-34 jaar	25-34 jaar low	25-34 jaar high	35 jaar en ouder	35 jaar en ouder low	35 jaar en ouder high
Zwaar roken	2,1	1,0	3,2	1,9	1,0	2,8	2,9	2,5	3,4

Zwaar roken komt het vaakst voor onder laagopgeleiden

Zwaar roken komt het vaakst voor onder laagopgeleiden (5,2%) en het minst vaak onder hoogopgeleiden (0,9%). Het percentage onder middelbaar opgeleiden (3,0%) zit daar tussenin.

Zwaar roken[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2023.



I.Zwaar roken: 20 of meer sigaretten 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 het RIVM en het Trimbos-instituut.

NDM

	Laagopgeleid	Laagopgeleid low	Laagopgeleid high	Middelbaar opgeleid	Middelbaar opgeleid low	Middelbaar opgeleid high	Hoogopgeleid	Hoogopgeleid low	Hoogopgeleid high
Zwaar roken	5,2	4,0	6,4	3,0	2,3	3,7	0,9	0,6	1,3

Meer over zwaar roken lees je in de factsheet Kerncijfers roken 2023.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van nicotineproducten worden verzameld in de Leefstijlmonitor.. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor het gebruik van nicotineproducten onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen roken, vapen of andere nicotineproducten gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Roken wordt sinds 2014 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over het gebruik van nicotineproducten komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Roken kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en stedelijkheid.

12.2.4 Elektronische sigaret, verhitte tabak en meeroken

Hoeveel volwassenen gebruiken een elektronische sigaret (vape)?

In het kort: In 2023 gebruikte 3,9% van de volwassenen weleens een elektronische sigaret, en 0,4% gebruikte een apparaat dat tabak verhit. Het gebruik van elektronische sigaretten was het hoogst onder 18-24-jarigen en middelbaar opgeleiden. Het gebruik is gestegen ten opzichte van 2022 en 2021. Daarnaast rookte 8,1% van de niet-rokende volwassenen weleens mee met anderen, waarbij 2,7% dagelijks binnen meerookte.

Snel naar:
Elektronische sigaret en verhitte tabak
Meeroken

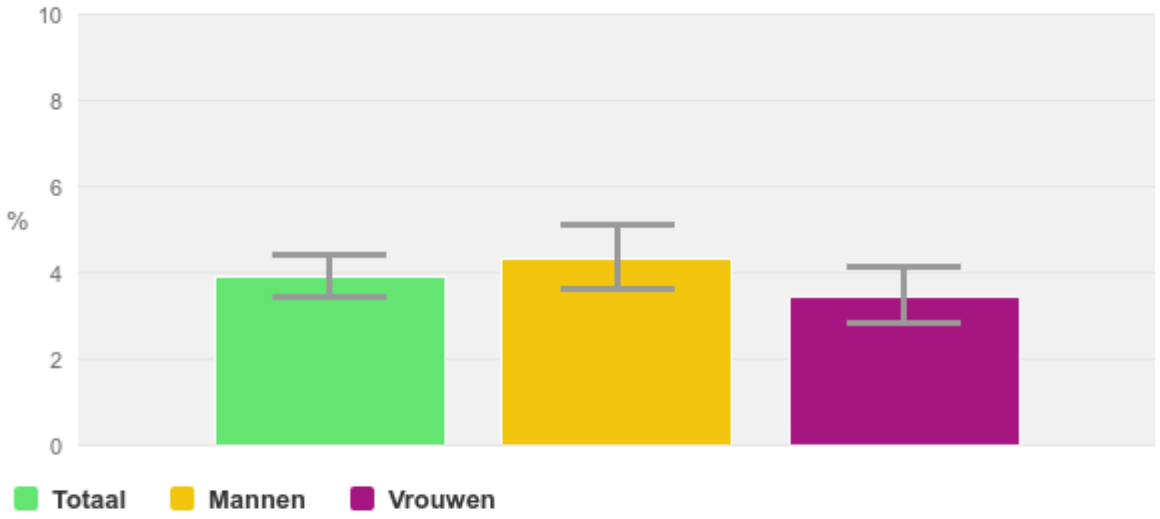
Ongeveer een op de 25 volwassenen gebruikt weleens een elektronische sigaret

In 2023 gebruikte 3,9% van de volwassenen weleens een elektronische sigaret (vape). Slechts een klein deel van de volwassenen (0,4%) gaf aan weleens een apparaat te gebruiken dat tabak verhit.

Geen verschil in het gebruik van een elektronische sigaret tussen mannen en vrouwen

Er is geen verschil in het percentage volwassenen dat wel eens een elektronische sigaret gebruikte tussen mannen en vrouwen.

Gebruik van een elektronische sigaret (vape)[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, totaal en naar geslacht. Peiljaar 2023.



I.Gebruik van een elektronische 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.

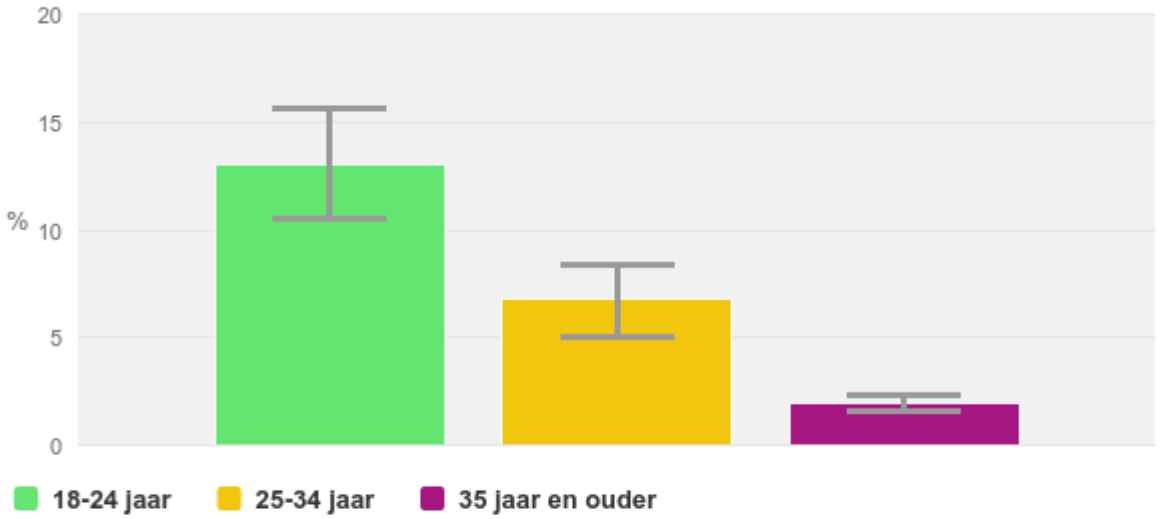
NDM

	Totaal	Totaal low	Totaal high	Mannen	Mannen low	Mannen high	Vrouwen	Vrouwen low	Vrouwen high
Gebruik van een elektronische sigaret (vape)	3,9	3,4	4,4	4,3	3,6	5,1	3,4	2,8	4,1

Gebruik van een elektronische sigaret komt het vaakst voor onder 18-24-jarigen

In 2023 kwam het gebruik van een elektronische sigaret het vaakst voor onder 18-24-jarigen (13,0%) en het minst vaak onder 35-plussers (1,9%). Het gebruik onder 25-34-jarigen (6,7%) zat daar tussenin.

Gebruik van een elektronische sigaret (vape)[1] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



I.Gebruik van een elektronische 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.

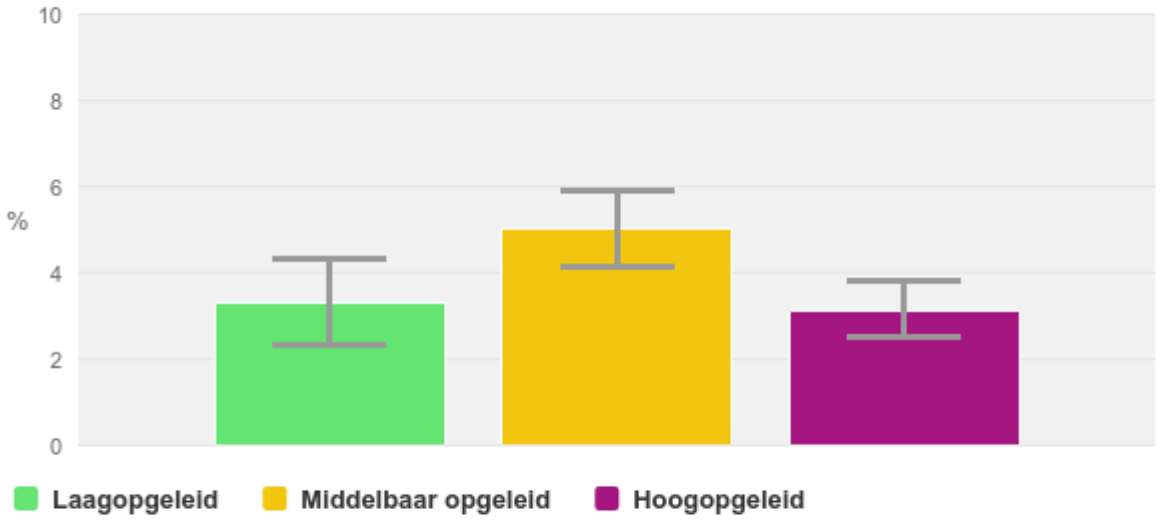
NDM

	18-24 jaar	18-24 jaar low	18-24 jaar high	25-34 jaar	25-34 jaar low	25-34 jaar high	35 jaar en ouder	35 jaar en ouder low	35 jaar en ouder high
Gebruik van een elektronische sigaret (vape)	13,0	10,5	15,6	6,7	5,0	8,3	1,9	1,5	2,3

Gebruik van een elektronische sigaret komt het vaakst voor onder middelbaar opgeleiden

In 2023 kwam het gebruik van een elektronische sigaret vaker voor onder middelbaar opgeleiden (5,0%) dan onder laagopgeleiden (3,3%) en hoogopgeleiden (3,1%).

Gebruik van een elektronische sigaret (vape)[I] onder volwassenen van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau[II]. Peiljaar 2023.



I.Gebruik van een elektronische 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.

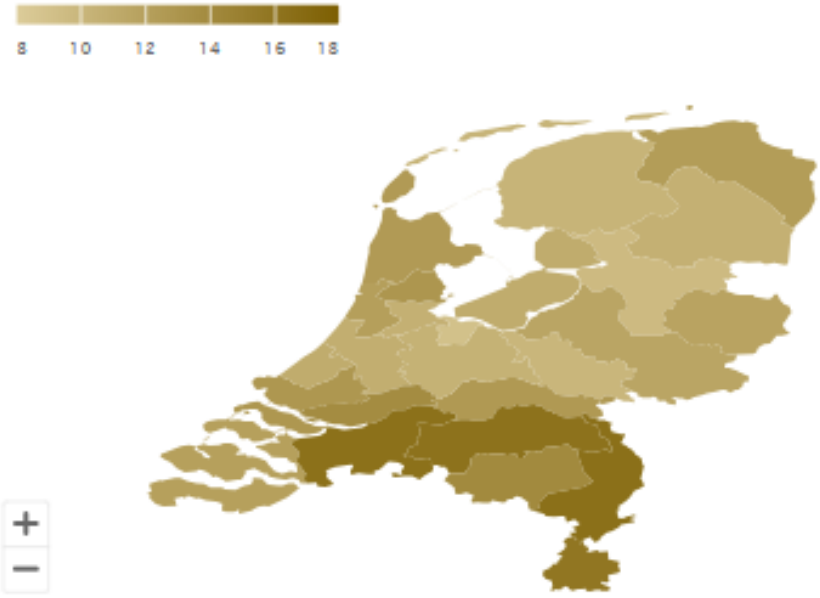
NDM

	Laagopgeleid	Laagopgeleid low	Laagopgeleid high	Middelbaar opgeleid	Middelbaar opgeleid low	Middelbaar opgeleid high	Hoogopgeleid	Hoogopgeleid low	Hoogopgeleid high
Gebruik van een elektronische sigaret (vape)	3,3	2,3	4,3	5,0	4,1	5,9	3,1	2,5	3,8

Gebruik van een elektronische sigaret verschilt per regio

Uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen uit 2024 blijkt dat er regionale verschillen zijn in het gebruik van een elektronische sigaret in de leeftijdsgroep 16-25 jaar [1]. Het gebruik van een elektronische sigaret varieerde van 9,1% (GGD-regio Gooi en Vechtstreek) tot 16,5% (GGD-regio Limburg-Noord).

Gebruik van een elektronische sigaret[1] onder jongvolwassenen van 16 tot en met 25 jaar, per GGD-regio. Peiljaar 2024.



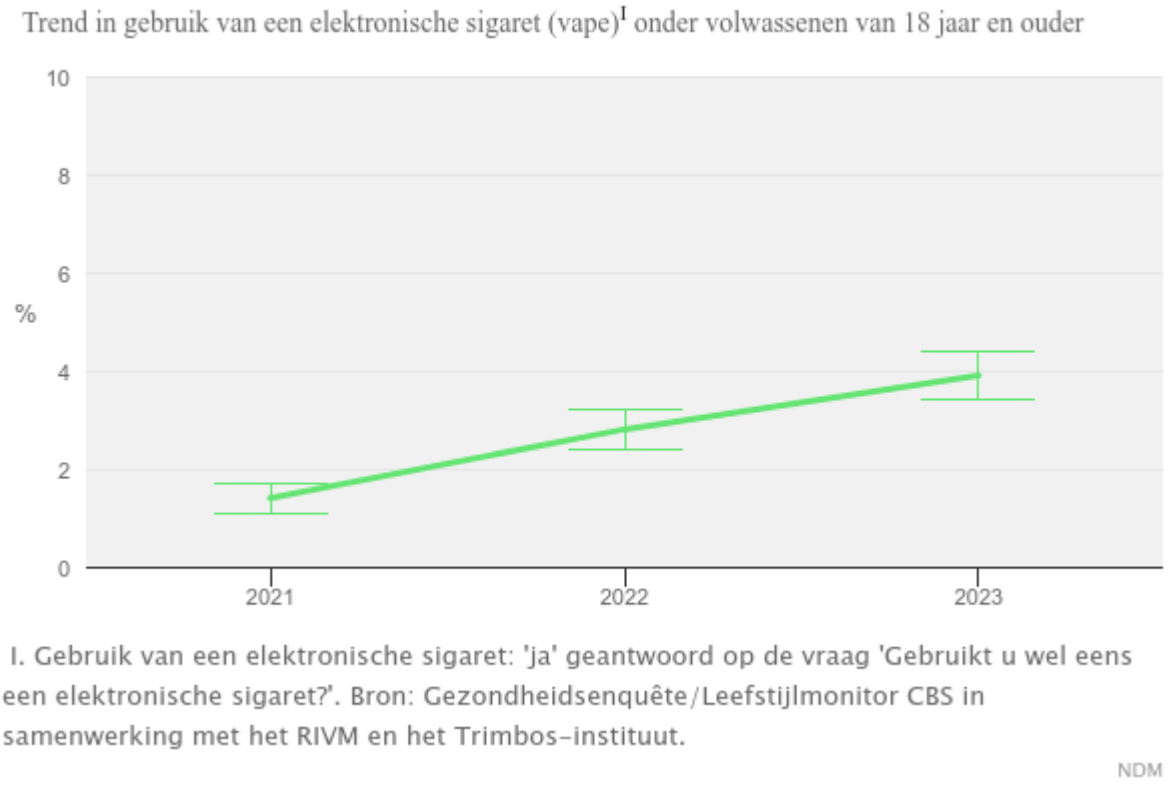
1. Elektronische sigaret: 'ja' geantwoord op de vraag 'Vape je weleens (e-sigaret)?' Bron: Gezondheidsmonitor jongvolwassenen 2024, GGD'en en RIVM.

code	value
1	12,4
2	10,6
3	9,7
4	11,8
5	11,6
6	10,1
7	12,7
8	11

code	value
9	10,5
10	12,6
11	12,2
12	10,6
13	9,1
14	10,8
15	12,9
16	13,9
17	12,1
18	16,4
19	16,3
20	14,1
21	16,5
22	15,9
23	11
24	10,3
25	13

Gebruik van een elektronische sigaret gestegen

In 2023 is het gebruik van een elektronische sigaret gestegen in vergelijking met zowel de vorige meting in 2022 als de eerste meting in 2021.



	Gebruik elektronische sigaret (vape)	Gebruik elektronische sigaret (vape) low	Gebruik elektronische sigaret (vape) high
2021	1,4	1,1	1,7
2022	2,8	2,4	3,2
2023	3,9	3,4	4,4

Meer over het gebruik van de elektronische sigaret (vape) lees je in de factsheet Kerncijfers roken 2023.

Hoeveel volwassenen roken weleens mee met anderen?

Bijna een op de 12 volwassen niet-rokers rookt weleens mee met anderen

In 2023 rookte 8,1% van de volwassenen die zelf niet roken weleens mee met anderen. Dat betekent dat zij binnen (in een gebouw of huis) werden blootgesteld aan de tabaksrook van anderen. Van alle niet-rokers rookte 2,7% elke dag binnen mee met anderen.

Meer over meeroken lees je in de factsheet Kerncijfers roken 2023.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Landelijke cijfers

Landelijke cijfers over het gebruik van nicotineproducten worden verzameld in de Leefstijlmonitor.. De Leefstijlmonitor bestaat uit meerdere bronnen.

De hoofdbron voor het gebruik van nicotineproducten onder volwassenen (18+) is de Gezondheidsenquête (GE). Dit is een vragenlijst waarmee we gegevens verzamelen over hoeveel mensen roken, vapen of andere nicotineproducten gebruiken. De vragenlijst wordt ieder jaar herhaald. Het gebruik van een elektronische sigaret wordt sinds 2021 op vergelijkbare wijze uitgevraagd in de vragenlijst van de GE.

Verdiepende gegevens over het gebruik van nicotineproducten komen uit de Aanvullende Module Middelen (LSM-A Middelen). De LSM-A Middelen is een aparte dieptestudie die sinds 2016 om de twee jaar wordt uitgevoerd.

De GE en LSM-A zijn twee losstaande onderzoeken. Beide onderzoeken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar opgezet. Maar er zijn wel verschillen tussen de twee onderzoeken, zoals de manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, steekproeftrekking en beloningen. Hierdoor kunnen sommige cijfers uit de GE verschillen van de cijfers uit de LSM-A. Lees daarover meer op deze pagina.

Het gebruik van een elektronische sigaret kan worden uitgesplitst naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.

Regionale cijfers

Naast de landelijke cijfers uit de Leefstijlmonitor zijn er ook regionale cijfers beschikbaar over het gebruik van een elektronische sigaret uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen. De meest recente gegevens komen uit 2024 [2], toen meer dan 135.000 jongvolwassenen tussen de 16 en 25 jaar de vragenlijst invulden. In tegenstelling tot 2022 werd er in 2024 geen steekproef getrokken; de vragenlijst was via een open link beschikbaar en respondenten werden vooral geworven via sociale media. De resultaten zijn gestandaardiseerd naar GGD-regio, leeftijd en gender om representativiteit te verbeteren, maar de wervingsmethode kan mogelijk leiden tot een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen met een slechtere (mentale) gezondheid. Deze cijfers zijn door verschillen in de vraagstelling en leeftijdsgroep niet direct vergelijkbaar met de cijfers uit de GE of de LSM-A Middelen,

maar bieden wel inzicht in regionale verschillen in middelengebruik onder 16-25-jarigen.

Bronnen

1. GGD’en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024. https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024. 2025.

12.2.5 Speciale groepen in de algemene bevolking

In het kort: In 2023 rookte 6,3% van de zwangere vrouwen op enig moment tijdens de zwangerschap, 2,5% rookte gedurende de hele zwangerschap. Van alle vrouwen die in de vier weken vóór de zwangerschap rookten, is 78,1% gestopt tijdens de zwangerschap en tot het einde van de zwangerschap gestopt gebleven. Slecht een klein deel van de zwangere vrouwen maakte gebruik van stoppen-met-roken ondersteuning. Verschillende internationale onderzoeken laten zien dat het percentage rokers hoger is onder mensen met een psychische stoornis. Bijna de helft van de Nederlanders met een depressie rookt. De relatie tussen roken en depressie is ingewikkeld.

Hoeveel vrouwen roken rond de zwangerschap?

Ongeveer een op de veertig vrouwen rookt gedurende de hele zwangerschap

In 2023 rookte van alle zwangere vrouwen ruim een op de tien (12,8%) in de vier weken vóór de zwangerschap. Bijna driekwart (72,4%) van de vrouwen die voor of tijdens het eerste trimester rookte, stopte na een positieve zwangerschapstest met roken. Van alle zwangere vrouwen rookte 6,3% op enig moment tijdens de zwangerschap. Ongeveer een op de veertig vrouwen (2,5%) rookte gedurende de hele zwangerschap, dat betekent tijdens alle trimesters.

In 2023 kwam het roken vóór, tijdens of na de zwangerschap het vaakst voor onder 16-24-jarigen, vrouwen met een basisonderwijs/vmbo opleiding en onder vrouwen zonder partner. Meer over roken tijdens de zwangerschap onder verschillende groepen lees je in de factsheet monitor middelengebruik en zwangerschap.

Percentage vrouwen dat tijdens de zwangerschap rookt is gedaald

Vergeleken met de eerste meting in 2016, rookten in 2023 minder vrouwen vóór, gedurende de (hele) zwangerschap en na de zwangerschap. Vergeleken met de vorige meting uit 2021 is alleen het roken gedurende de hele zwangerschap gedaald. In 2023 rookte bijna één op de vijf vrouwen (18,9%) die vóór de zwangerschap rookte, gedurende de hele zwangerschap. In 2021 was dit nog 33,5%. Er lijkt in 2021 echter sprake te zijn geweest van een tijdelijke toename, mogelijk kwam dit door de coronapandemie.

Groot deel van de vrouwen stopt tijdens de zwangerschap met roken

Van alle vrouwen in 2023 die in de vier weken vóór de zwangerschap rookten, is 78,1% gestopt tijdens de zwangerschap. Deze vrouwen zijn tot en met het einde van de zwangerschap gestopt gebleven. Van alle vrouwen in 2023 die op enig moment tijdens de zwangerschap rookten, deed de ruime meerderheid (95,0%) dit in het eerste trimester. Tijdens het tweede trimester daalde dit naar 48,7% en tijdens het derde trimester naar 45,5%. Dit laat zien dat het veel vrouwen lukt om tijdens de zwangerschap te stoppen met roken.

Meer over stoppen met roken tijdens de zwangerschap lees je in de factsheet monitor middelengebruik en zwangerschap.

Ongeveer een kwart van de partners rookt voor, tijdens of na de zwangerschap

In 2023 gaf ongeveer een kwart van de zwangere vrouwen aan dat hun partner voor (24,1%), tijdens (23,5%) of na (20,4%) de zwangerschap rookt. Vergeleken met de eerste meting in 2016 is het percentage partners dat voor of na de zwangerschap rookt in 2023 gedaald. Het percentage partners dat tijdens de zwangerschap rookt is ongeveer gelijk gebleven. Vergeleken met de vorige meting in 2021 is het percentage partners dat voor, na of tijdens de zwangerschap rookt ongeveer gelijk bleven.

Meer over het roken onder partners lees je in de factsheet monitor middelengebruik en zwangerschap.

Grote meerderheid vrouwen verwacht dat zorgverlener roken tijdens de zwangerschap bespreekt

In 2023 verwachte bijna negen van de tien zwangere vrouwen (85,8%) dat zorgverleners roken tijdens de zwangerschap bespreken. Van alle vrouwen die op enig moment tijdens de zwangerschap rookten, herinnerde ongeveer de helft (46,6%) zich een gesprek met een hulpverlener over stoppen met roken.

Weinig vrouwen maken gebruik van stoppen-met-roken ondersteuning tijdens zwangerschap

In 2023 maakte 5,2% van de vrouwen die vóór of tijdens hun zwangerschap rookten en een stoppoging deden, gebruik van stoppen-met-roken ondersteuning. Aangezien het echter een groot deel van de vrouwen lukt om tijdens de zwangerschap te stoppen hoeft dit lage percentage niet erg te zijn. Blijkbaar lukt het een groot deel van de vrouwen om zonder ondersteuning te stoppen.

Hoeveel mensen met een psychische stoornis roken?

Percentage rokers is hoger onder mensen met een psychische stoornis

Verschillende internationale onderzoeken tonen aan dat het percentage rokers hoger is onder mensen met een psychische stoornis [1–4]. Roken is een belangrijke reden waarom de levensverwachting van mensen met een psychische stoornis korter is [4].

Bijna de helft van de Nederlanders met een depressie rookt

Naar schatting rookt bijna de helft (46%) van de Nederlanders van 18-64 jaar met een depressie. Dit blijkt uit de NEMESIS studie uit 2007-2009 [5]. Dat zijn ongeveer 1,5 keer zoveel rokers als in de algemene bevolking van 18-64 jaar in dezelfde periode (32%). Omgekeerd blijkt ook dat onder rokers

een depressieve stoornis vaker voorkomt. Rokers hebben twee keer zo vaak 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 komt door de gevolgen van roken.

Relatie tussen roken en depressie is ingewikkeld

De relatie tussen roken en depressie is ingewikkeld [5]. 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. Mensen met een depressie zijn ook minder succesvol in het stoppen met roken dan mensen zonder een depressie. Er zijn géén aanwijzingen dat stoppen of minderen met roken een depressie erger maakt. Integendeel, het risico op een depressie lijkt juist af te nemen door te stoppen of te minderen met roken.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

De gegevens over roken tijdens de zwangerschap komen uit de Monitor Middelengebruik en Zwangerschap die in 2023 voor de vierde keer in Nederland is uitgevoerd [6]. Voor dit onderzoek heeft een representatieve steekproef van 1.844 vrouwen met jonge kinderen (jonger dan 2 jaar) op het consultatiebureau een korte vragenlijst ingevuld over hun middelengebruik vóór, tijdens en na de zwangerschap. Deze methode was vergelijkbaar met de Monitor Middelengebruik en Zwangerschap uit 2016, 2018 en 2021.

Bronnen

1. 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.
2. Fornaro M, Carvalho AF, De Prisco M, Mondin AM, Billeci M, Selby P, et al. The prevalence, odds, predictors, and management of tobacco use disorder or nicotine dependence among people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. Vol. 132, Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2022. p. 289–303.
3. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. Vol. 76, Schizophrenia research. 2005. p. 135–157.
4. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, Mental Illness, and Public Health. Vol. 38, Annual Review of Public Health. 2017. p. 165–185.
5. Monshouwer K, Blankers M, Van der Meer R, Van Laar MW. Factsheet: Roken en depressie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
6. Scheffers-van Schayck T, Ramaker V, Van Engen M, Morren K, Tuithof M. Monitor Middelengebruik en Zwangerschap 2023. Middelengebruik van vrouwen en hun partners vóór, tijdens en na de zwangerschap. Utrecht: Trimbos-instituut; 2024.

12.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

12.3.1 Roken onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

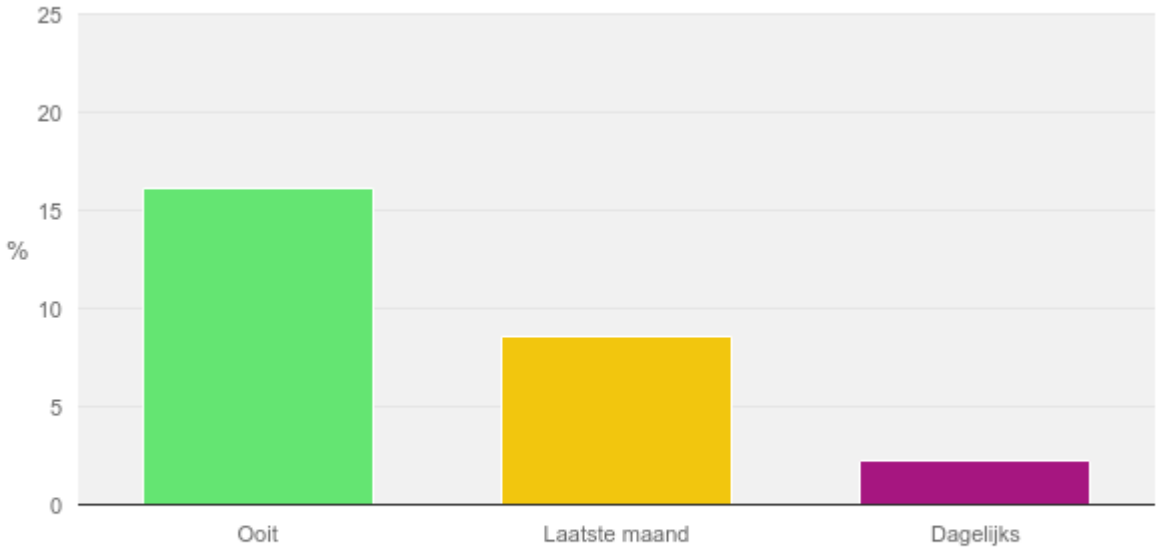
Hoeveel scholieren roken tabak?

In het kort: In 2023 had 16,1% van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) ooit tabak gerookt, 8,5% rookte in de laatste maand en 2,2% rookt dagelijks. Meer meisjes dan jongens en meer scholieren met een Nederlandse herkomst dan scholieren met een niet-Nederlandse herkomst roken tabak. De leeftijd waarop scholieren voor het eerst gaan roken is 13,4 jaar. Vwo-scholieren hebben minder ervaring met het roken van tabak dan scholieren van de andere schoolniveaus. Ook zijn er regionale en lokale verschillen in het roken van tabak onder scholieren.

Ongeveer één op de zes scholieren heeft ooit gerookt

In 2023 had 16,1% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit tabak gerookt, 8,5% rookte in de laatste maand en 2,2% rookte dagelijks.

Roken[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar. Peiljaar 2023



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer tabak gerookt ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks = elke dag roken. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

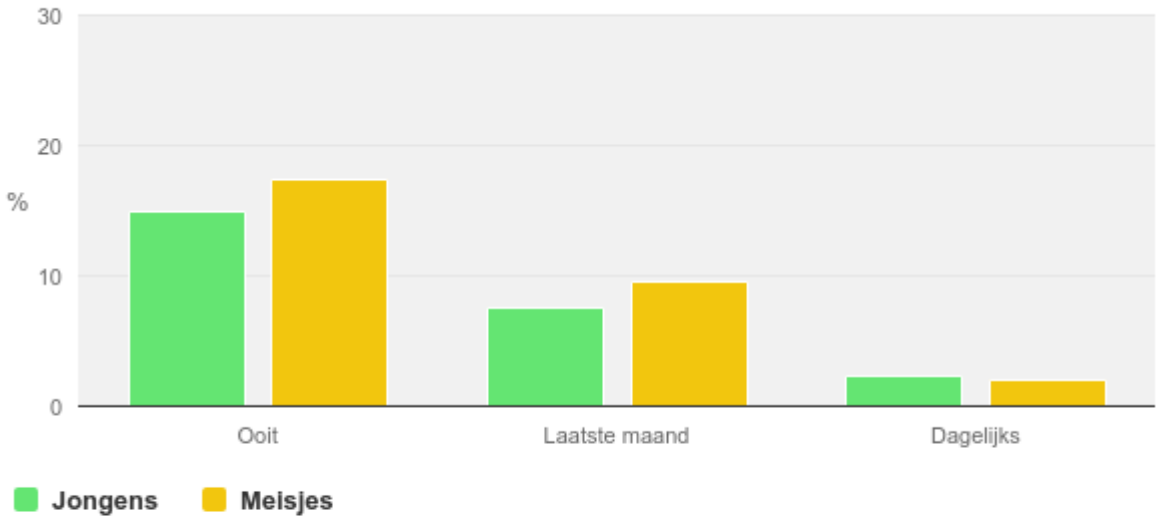
NDM

	Totaal
Ooit	16,1
Laatste maand	8,5
Dagelijks	2,2

Meer meisjes dan jongens roken

Meer meisjes dan jongens hebben ooit of in de laatste maand gerookt. Dagelijks roken verschilt niet tussen jongens en meisjes.

Roken[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar geslacht. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer tabak gerookt ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks = elke dag roken. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

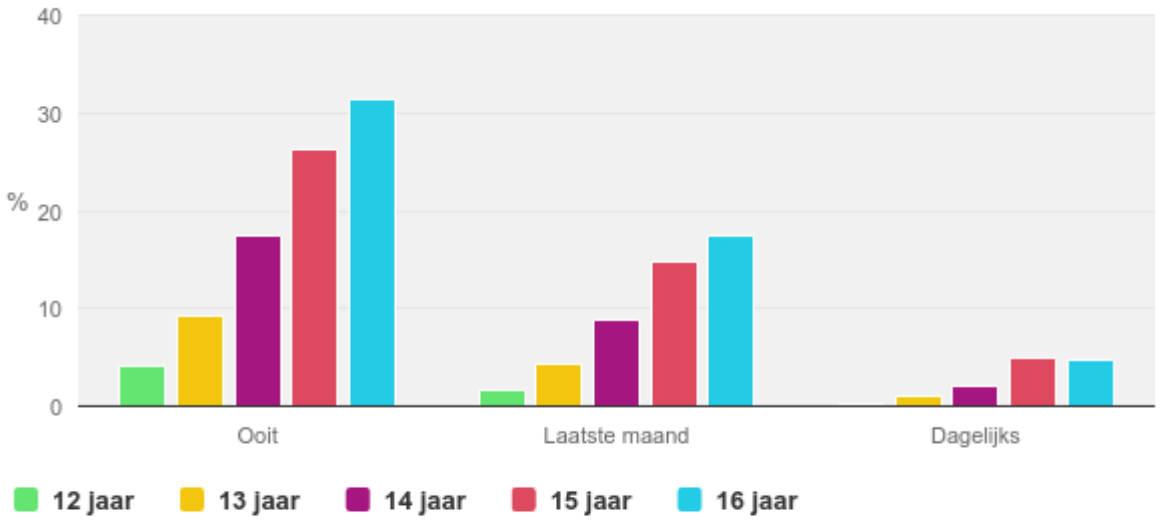
NDM

	Jongens	Meisjes
Ooit	14,9	17,3
Laatste maand	7,4	9,4
Dagelijks	2,3	2,0

Roken neemt toe met de leeftijd

Het roken van tabak neemt sterk toe met de leeftijd. Ter illustratie: onder 12-jarigen heeft 3,9% ooit tabak gerookt, vergeleken met 31,3% van de 16-jarigen.

Roken[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer tabak gerookt ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks = elke dag roken. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
Ooit	3,9	9,1	17,3	26,2	31,3
Laatste maand	1,6	4,2	8,7	14,6	17,4
Dagelijks	0,1	1,0	1,9	4,8	4,7

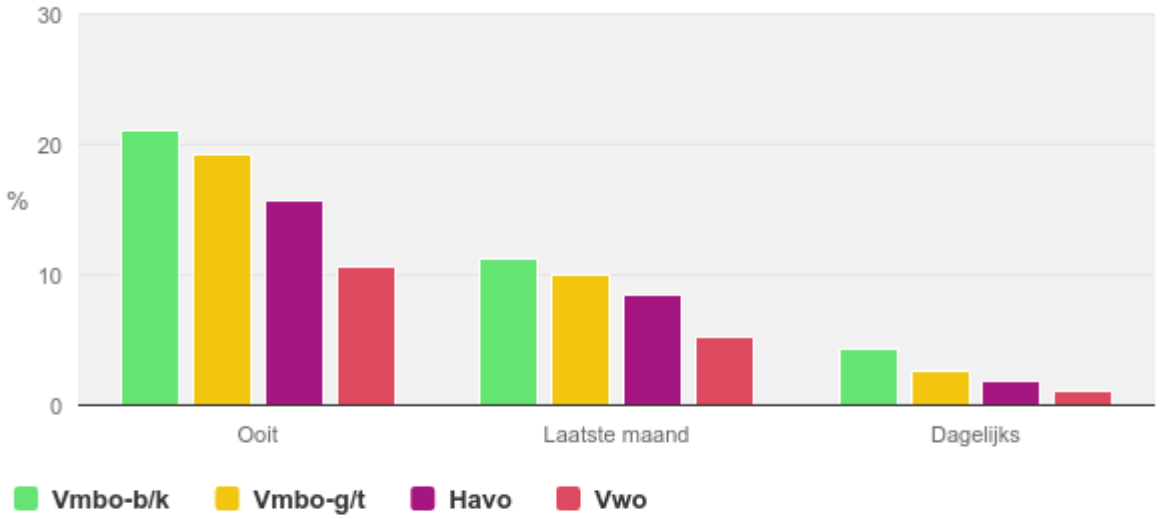
Scholieren beginnen op 13,4-jarige leeftijd met roken; dagelijks roken begint op 13,6-jarige leeftijd

De gemiddelde leeftijd waarop scholieren voor het eerst roken is 13,4 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop scholieren beginnen met dagelijks roken is 13,6 jaar.

Roken komt het minst voor onder vwo-scholieren

Het percentage schollieren dat ooit heeft gerookt is het laagst onder vwo-leerlingen (10,5%) vergeleken met de andere schoolniveaus (16-21%). Ook het percentage scholieren dat in de laatste maand heeft gerookt is het laagst onder vwo-leerlingen. Dagelijks roken is het laagst onder vwo-scholieren, maar alleen het verschil met vmbo-b/k is significant.

Roken[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar schoolniveau. Peiljaar 2023.



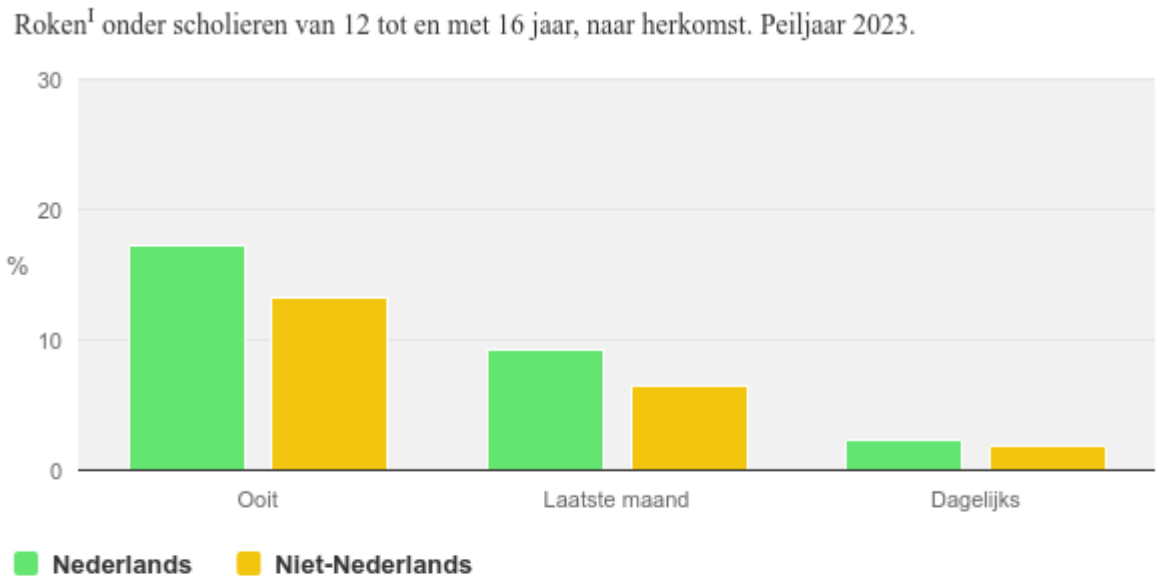
I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer tabak gerookt ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks = elke dag roken. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Vmbo-b/k	Vmbo-g/t	Havo	Vwo
Ooit	21,0	19,2	15,6	10,5
Laatste maand	11,1	10,0	8,4	5,1
Dagelijks	4,3	2,6	1,7	1,0

Roken komst het meest voor onder leerlingen met een Nederlandse herkomst

Het percentage scholieren dat ooit of in de laatste maand heeft gerookt is hoger onder leerlingen dan met een Nederlandse herkomst dan onder leerlingen met een niet-Nederlandse herkomst. Dagelijks roken verschilt niet naar herkomst.



	Nederlands	Niet-Nederlands
Ooit	17,1	13,2
Laatste maand	9,1	6,4
Dagelijks	2,3	1,8

Roken verschilt per regio en per gemeente

Volgens de Gezondheidsmonitor Jeugd 2023 zijn er regionale en lokale verschillen in het roken van tabak onder scholieren (onderzoek is alleen uitgevoerd in leerjaar 2 en 4).

Per GGD (Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst)-regio varieert het percentage wekelijks roken van sigaretten of shag van 3,2% (GGD Brabant-Zuidoost) tot 9,2% (GGD Gooi en Vechtstreek). Per gemeente varieert het percentage jongeren dat minstens één keer per week

sigaretten of shag rookt van 1,2% (gemeente Oss) tot 16,5% (gemeente Staphorst).

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Regionale en lokale cijfers: Gezondheidsmonitor Jeugd

Regionale en lokale cijfers over alcoholgebruik worden verzameld in de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd van de GGD'en en het RIVM. Iedere vier jaar worden gegevens verzameld over de gezondheid, het welzijn en de leefstijl van jongeren. De meest recente cijfers komen uit 2023 [2].

Hoe is de Gezondheidsmonitor Jeugd uitgevoerd?

In 2023 is de Gezondheidsmonitor Jeugd uitgevoerd in alle 25 GGD-regio's. In alle GGD-regio's werden alle middelbare scholen uitgenodigd om mee te doen. De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme digitale vragenlijst. In totaal deden 188.421 leerlingen uit leerjaar 2 en 4 van 885 scholen van het regulier voortgezet onderwijs mee.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor
2. GGD'en, RIVM. Gezondheidsmonitor Jeugd 2023 [Internet]. 2024. Available from: https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50131NED/table?ts=1716872576764

12.3.2 Gebruik van een vape, snus en waterpijp onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

Hoeveel scholieren gebruiken een vape, snus of een waterpijp?

In het kort: Een kwart van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) had in 2023 ooit een vape gebruikt, 14,3% gebruikte dit in de laatste maand en 4,0% deed dat dagelijks. Het percentage scholieren dat vapet is daarmee hoger dan het percentage scholieren dat rookt. Verder had 3,8% van de scholieren ooit snus (ook wel: nicotinezakje) gebruikt, 1,5% gebruikte dit in de laatste maand. 7,5% van de scholieren had ooit een waterpijp gebruikt, 5,1% gebruikte dit in het laatste jaar en 2,2% in de laatste maand.

Kwart van de scholieren heeft ooit een vape gebruikt

In 2023 had een kwart van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit een vape (of e-sigaret) gebruikt, 14,3% gebruikte dit in de laatste maand en 4,0% deed dat dagelijks. Wat opvalt, is dat het percentage scholieren dat vapet hoger is dan het percentage scholieren dat rookt.

Overlap roken en vapen

In 2023 zei 3,8% van de 12-16-jarige scholieren dagelijks te roken of te vapen, 1,2% rookt én vapet dagelijks Dit betekent dat 5,0% van de leerlingen dagelijks rookt en/of vapet. Van de scholieren die dagelijks een vape gebruiken, rookt bijna één op de drie (30,0%) ook dagelijks tabak.

Van *alle* scholieren heeft 8,7% in de laatste maand tabak gerookt óf gevaped, 7,0% deed dit allebei. Dit betekent dat bijna één op de zes (15,7%) scholieren in de laatste maand tabak heeft gerookt en/of gevaped.

In het Peilstationsonderzoek is niet uitgevraagd of de leerlingen eerst vapes of sigaretten hebben gebruikt.

Ongeveer één op de vijfentwintig scholieren heeft ooit snus gebruikt

In 2023 had 3,8% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit snus (ook wel: nicotinezakje) gebruikt, 1,5% gebruikte dit in de laatste maand.

Overlap roken en snus

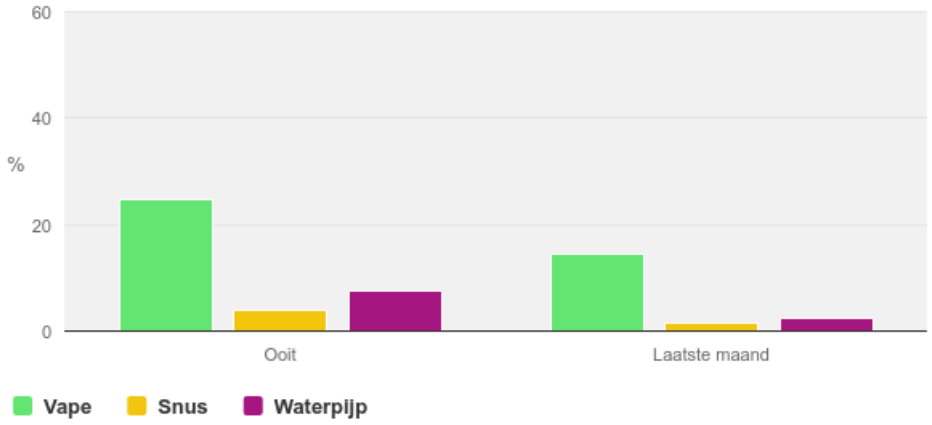
Van de scholieren die in de laatste maand snus hebben gebruikt, hebben twee op de drie (66,4%) ook sigaretten gerookt. Van *alle* scholieren heeft 7,9% in de laatste maand tabak gerookt óf snus gebruikt, 1,0% deed dit allebei.

In de ScholierenMonitor is niet uitgevraagd of de leerlingen eerst snus of sigaretten hebben gebruikt. Wel is bekend dat het gebruik van snus kan leiden tot een nicotineverslaving.

Ongeveer één op de dertien scholieren heeft ooit een waterpijp gebruikt

In 2023 had 7,5% van de 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ooit een waterpijp gebruikt, 5,1% gebruikte dit in het laatste jaar en 2,2% in de laatste maand.

Gebruik[I] van vape, snus en waterpijp onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar herkomst. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer vape/snus/waterpijp gebrbuikt ooit in het leven, in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Vape	Snus	Waterpijp
Ooit	24,6	3,8	7,5
Laatste maand	14,3	1,5	2,2

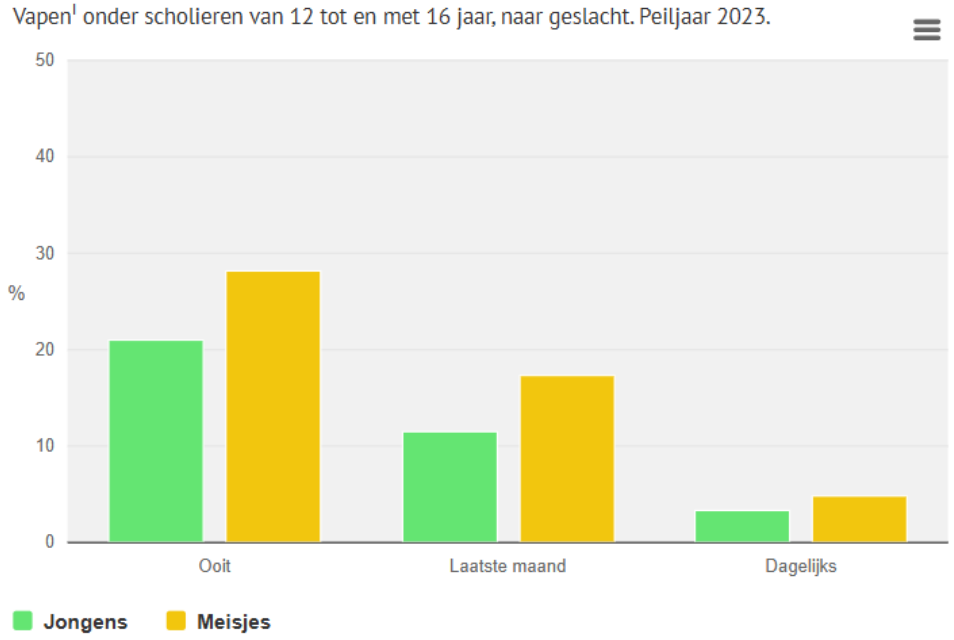
Meer jongens dan meisjes hebben een vape gebruikt; snus en waterpijp worden door meer jongens dan meisjes gebruikt

Meer meisjes (28,1%) dan jongens (21,0%) hebben ooit een vape gebruikt. Dit geldt ook voor het gebruik in de laatste maand en dagelijks vapen.

Meer jongens (4,4%) dan meisjes (3,1%) hebben ooit snus gebruikt.

Meer jongens dan meisjes hebben ooit en in het laatste jaar een waterpijp gebruikt. Voor het laatste-maand-gebruik zijn de verschillen tussen jongens en meisjes niet significant.

Vapen[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar geslacht. Peiljaar 2023.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gevapet ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks = elke dag vapen. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

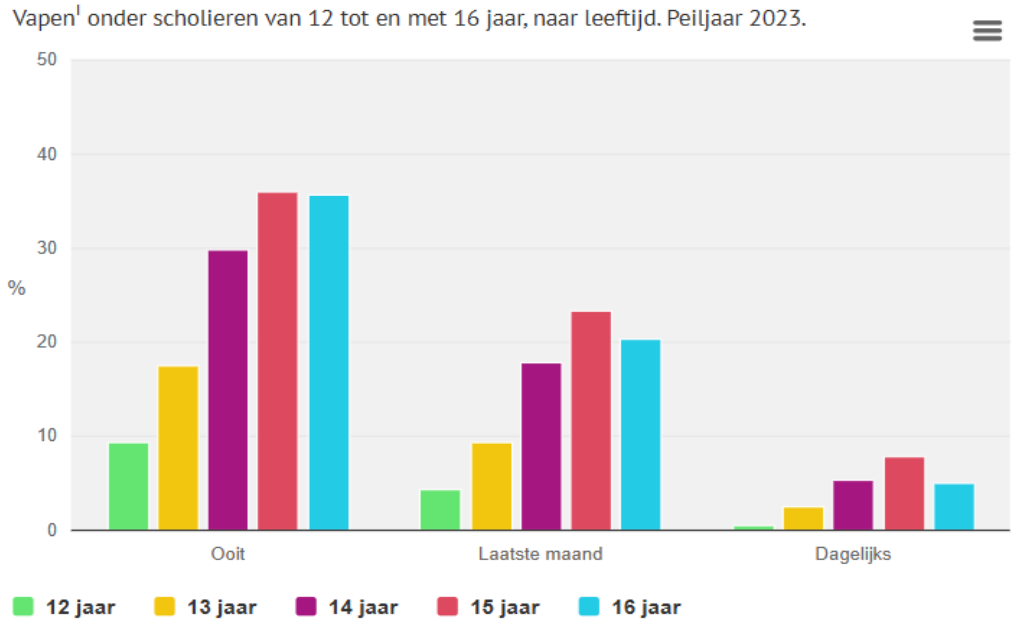
Gebruik van een vape, snus of waterpijp neemt toe met de leeftijd

Het ooit- en laatste-maand-gebruik van een vape neemt tussen 12 en 15 jaar toe met de leeftijd, van 9,3% naar 36,0%. Onder 15- en 16-jarigen liggen deze percentages op een vergelijkbaar niveau. Ook het dagelijks vapen neemt tussen 12 en 15 jaar toe met de leeftijd, maar het verschil tussen 14- en 15-jarigen is niet significant.

Het gebruik van snus neemt geleidelijk toe met de leeftijd, maar niet alle verschillen tussen de leeftijden zijn significant. Ter illustratie: onder 12-jarigen heeft 1,3% ooit snus gebruikt, tegenover 8,2% van de 16-jarigen.

Het ooit- en laatste-jaar-gebruik van een waterpijp neemt geleidelijk toe met de leeftijd, maar niet alle verschillen tussen de leeftijden zijn significant. Ter illustratie: onder 12-jarigen heeft 3,2% ooit een waterpijp gebruikt, tegenover 15,3% van de 16-jarigen. Voor het laatste-maand-gebruik zijn de verschillen tussen de leeftijdsgroepen klein; alleen het gebruik onder 12-jarigen verschilt significant van 14-, 15- en 16-jarigen.

Vapen[1] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



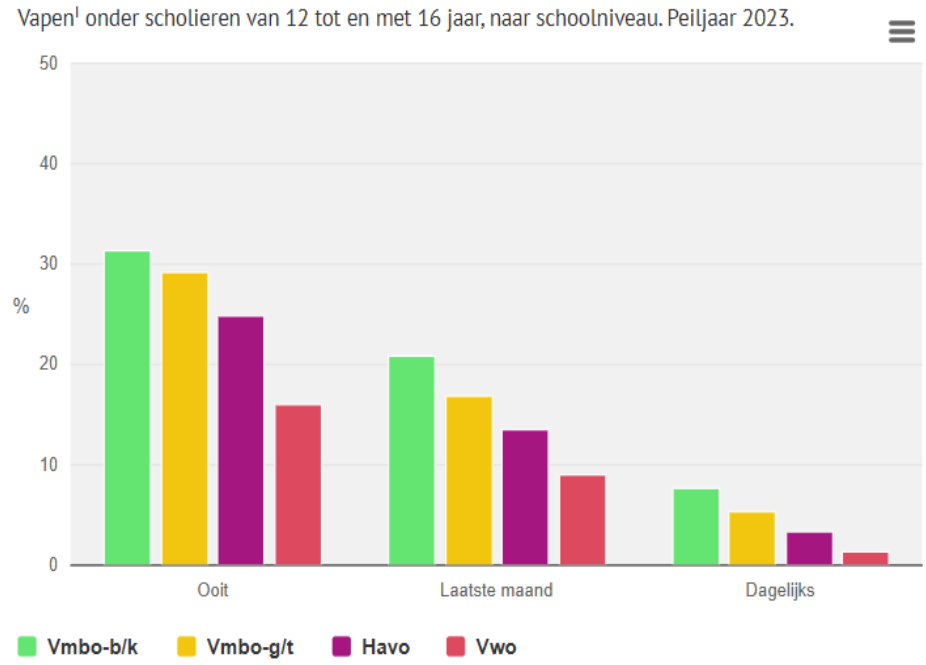
1. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gevapet ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks = elke dag vapen. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

Gebruik van een vape, snus of waterpijp komt het minst voor onder vwo-leerlingen

Het percentage leerlingen dat ooit een vape heeft gebruikt is lager op het vwo (15,9%) dan onder vmbo- en havo-leerlingen (25-31%). Ook het laatste-maand-gebruik en dagelijks gebruik is het laagst onder vwo-leerlingen. Het gebruik van een vape (ooit, laatste maand en dagelijks) is het hoogst op het vmbo-b/k, maar verschilt niet significant van vmbo-g/t.

Het percentage leerlingen dat ooit snus heeft gebruikt is het laagst op het vwo (1,9%) vergeleken met andere schoolniveaus (4-5%). De andere schoolniveaus verschillen onderling niet van elkaar.

Het percentage leerlingen dat een waterpijp heeft gebruikt (ooit, laatste jaar, laatste maand) is het laagst op het vwo vergeleken met de andere schoolniveaus. Alleen tussen havo- en vwo-leerlingen is het verschil in laatste-maand-gebruik niet significant.



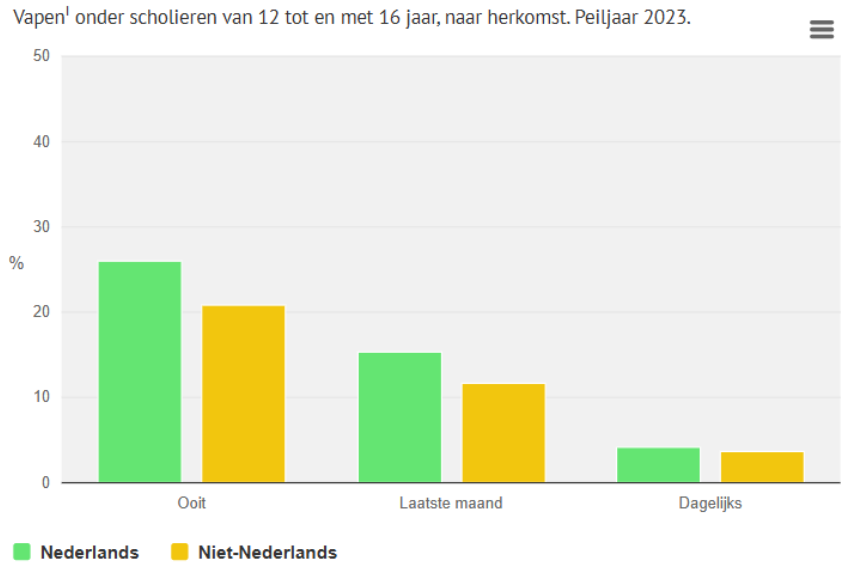
1. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gevapet ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks = elke dag vapen. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

Vapen is hoger onder leerlingen met een Nederlandse herkomst; waterpijp en snus worden door meer leerlingen met een niet-Nederlandse herkomst gebruikt

Het percentage leerlingen dat ooit een vape heeft gebruikt is hoger onder leerlingen met een Nederlandse herkomst (25,9%) dan onder leerlingen met een niet-Nederlandse herkomst (20,8%). Dit geldt ook voor het vapen in de laatste maand. Er zijn geen verschillen het in dagelijks vapen naar herkomst.

Het percentage leerlingen dat ooit snus heeft gebruikt is onder leerlingen met een niet-Nederlandse herkomst (4,9%) hoger dan onder leerlingen met een Nederlandse herkomst (3,3%).

Het percentage leerlingen dat een waterpijp heeft gebruikt (ooit, laatste jaar, laatste maand) is hoger onder leerlingen met een niet-Nederlandse herkomst dan onder leerlingen met een Nederlandse herkomst.



1. Ooit, laatste maand: ten minste één keer gevapet ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks = elke dag vapen. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

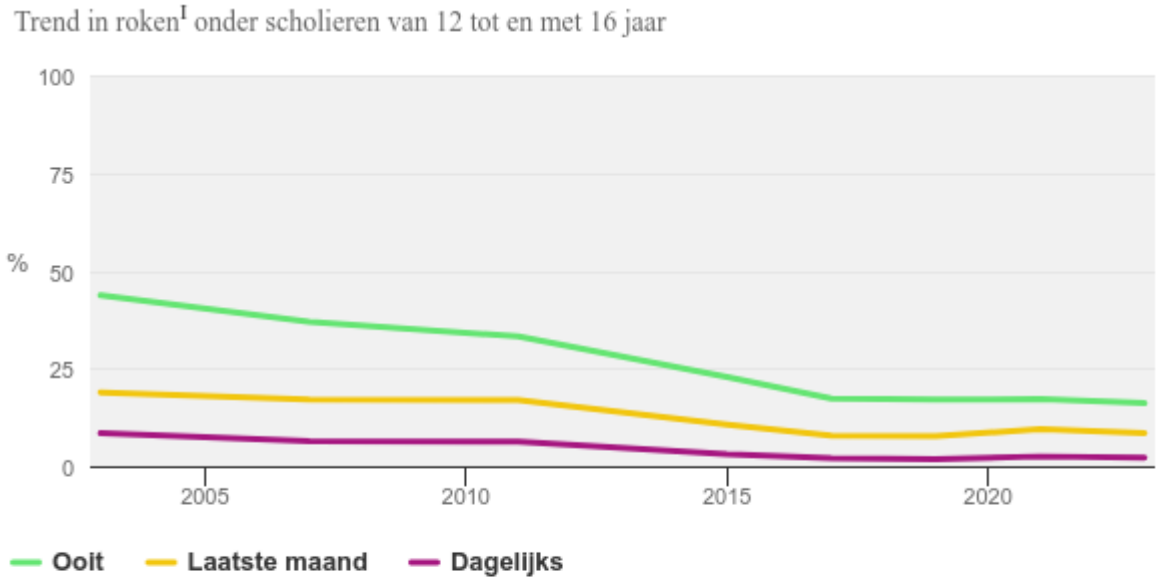
12.3.3 Veranderingen in het roken onder scholieren regulier voortgezet onderwijs

Is het roken van tabak, het gebruik van een vape, snus en een waterpijp onder scholieren veranderd?

In het kort: Sinds 2017 neemt het roken van tabak niet meer verder af onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar). Het gebruik van een waterpijp is in 2023 lager dan in eerder jaren. Er zijn nog geen trendgegevens beschikbaar voor het gebruik van snus en vapen.

Roken is op lange termijn gedaald, maar sinds 2017 neemt het roken niet meer af

Het ooitgebruik van tabak onder scholieren is in 2023 niet veranderd vergeleken met 2019 en 2021. Vergeleken met de eerste meting in 2003 is het roken (ooit) in 2023 wel gedaald, deze daling heeft vooral plaatsgevonden tussen 2003 en 2017. Ook het roken in de laatste maand en het dagelijks roken is in 2023 lager dan in 2003, deze dalingen hebben vooral plaatsgevonden tussen 2011 en 2015.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer tabak gerookt ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks = elke dag roken. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Ooit	Laatste maand	Dagelijks
2003	43,7	18,9	8,4
2005			
2007	36,9	17,1	6,4
2009			
2011	33,2	16,9	6,3
2013			
2015	22,8	10,6	3,1
2017	17,3	7,8	2,1
2019	17,0	7,7	1,8
2021	17,2	9,5	2,5
2023	16,1	8,5	2,2

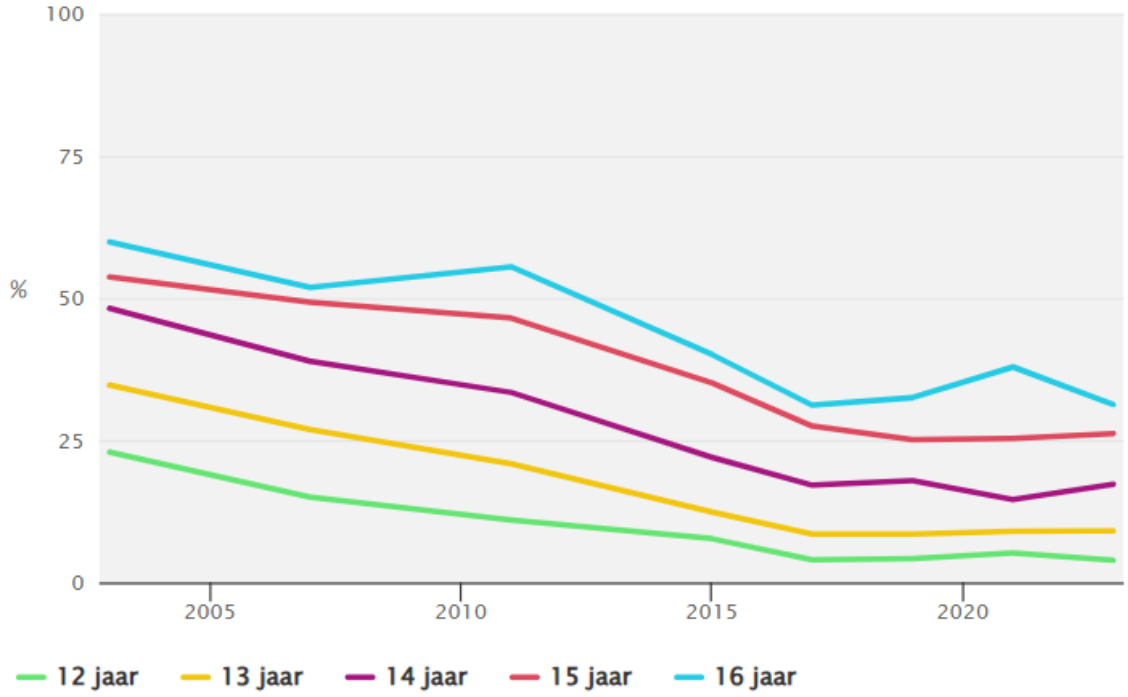
Roken is onder jongens en meisjes op lange termijn gedaald

Onder zowel jongens als meisjes is het roken van tabak in 2023 lager dan in 2003.

Roken is onder alle leeftijden gedaald

Het roken ooit in het leven en in de laatste maand is in 2023 onder alle leeftijden lager dan in 2003. Sinds 2017 lijkt het percentage scholieren dat rookt niet meer te dalen, alleen in 2021 was er een tijdelijke toename in roken onder 16-jarigen.

Trend in roken[I] onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar, naar leeftijd



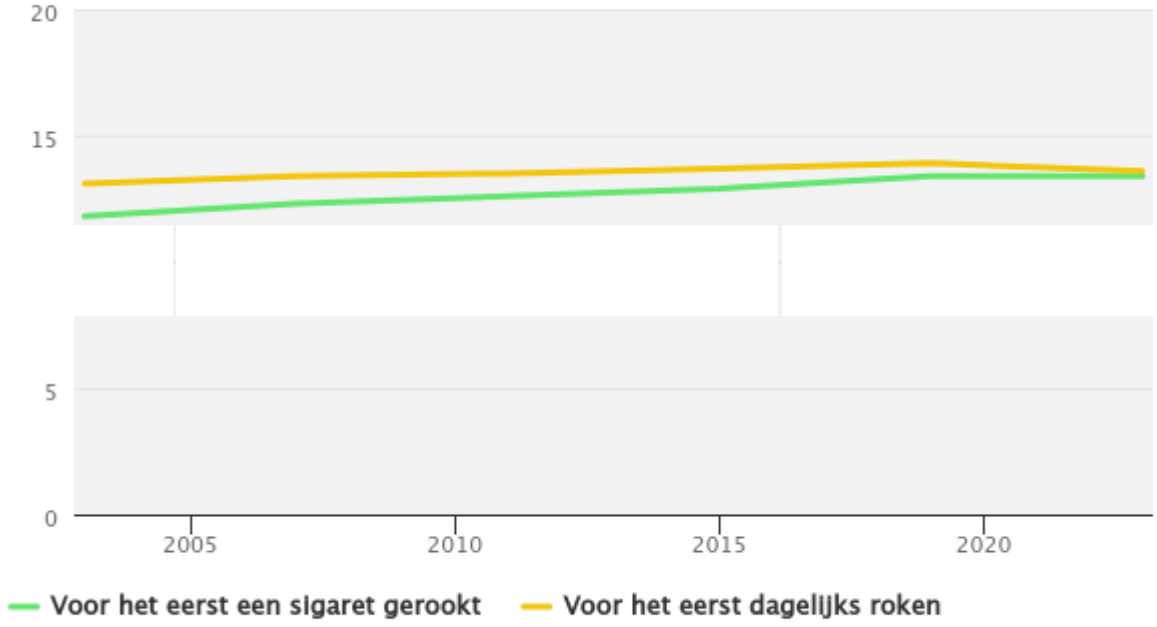
I. Ooit: ten minste één keer tabak gerookt ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor

De startleeftijd van roken nam op lange termijn toe

Tussen 2003 en 2023 nam de gemiddelde startleeftijd toe: in 2023 zijn scholieren gemiddeld anderhalf jaar ouder als zij beginnen met roken dan in 2003. Deze stijging heeft vooral plaatsgevonden tussen 2003 en 2019. De gemiddelde startleeftijd verschilt in 2023 niet van 2019.

De gemiddelde startleeftijd van dagelijks roken ligt in 2023 hoger dan in 2003. Tussen 2019 en 2023 is de startleeftijd van dagelijks roken niet veranderd.

Trend in startleeftijd van roken onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar



Startleeftijd: voor het eerst gerookt. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor

	Voor het eerst een sigaret gerookt	Voor het eerst dagelijks roken
2003	11,8	13,1
2007	12,3	13,4
2011	12,6	13,5
2015	12,9	13,7
2019	13,4	13,9
2023	13,4	13,6

Geen trendgegevens beschikbaar voor vapen

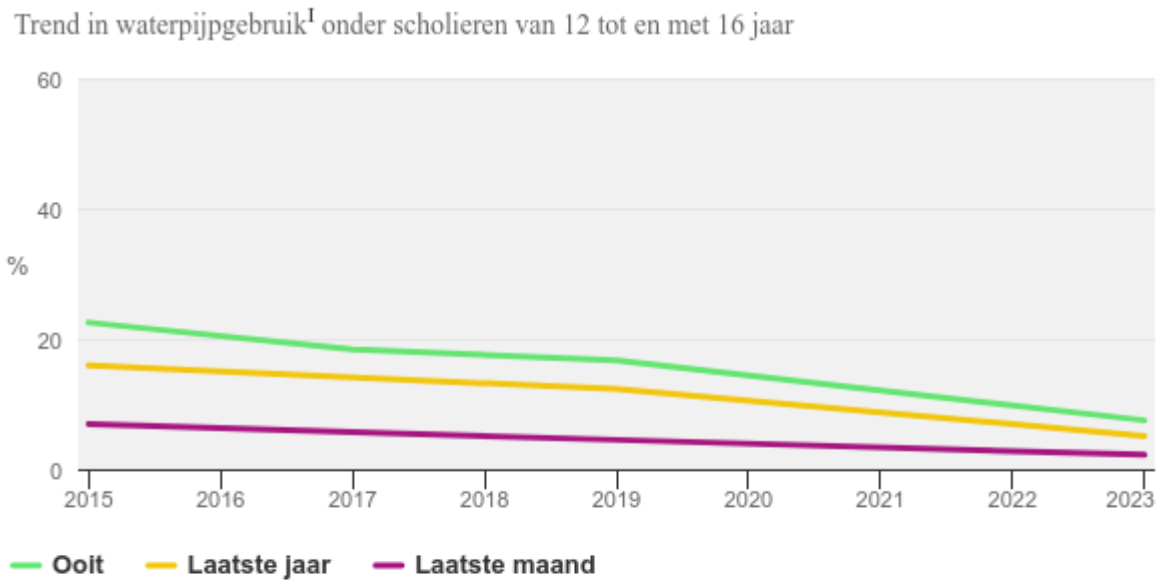
In de ScholierenMonitor is voor vapen geen vergelijking met eerdere jaren gemaakt omdat de vraagstelling naar vapen in 2023 te veel verschilt van eerdere jaren.

Geen trendgegevens beschikbaar voor snus

In de ScholierenMonitor is in 2023 voor het eerst gevraagd naar het gebruik van snus. Er is daarom geen vergelijking met eerdere jaren mogelijk.

Gebruik van een waterpijp is op lange termijn gedaald

Het ooitgebruik van een waterpijp onder scholieren is in 2023 lager dan in eerdere jaren. Ook het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van de waterpijp nam af tussen 2015 en 2023. Deze dalingen vonden vooral plaats tussen 2019 en 2023.



I. Ooit, laatste jaar, laatste maand: ten minste één keer een waterpijp gebruikt ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor

NDM

	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand
2015	22,5	15,9	6,9
2017	18,4		5,7
2019	16,7	12,3	4,5
2021			
2023	7,5	5,1	2,2

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

12.3.4 Gebruikspatronen, wijze van verkrijgen en intentie om te beginnen en stoppen met roken

Hoe vaak roken scholieren, hoe komen zij aan tabak en willen zij beginnen of stoppen met roken?

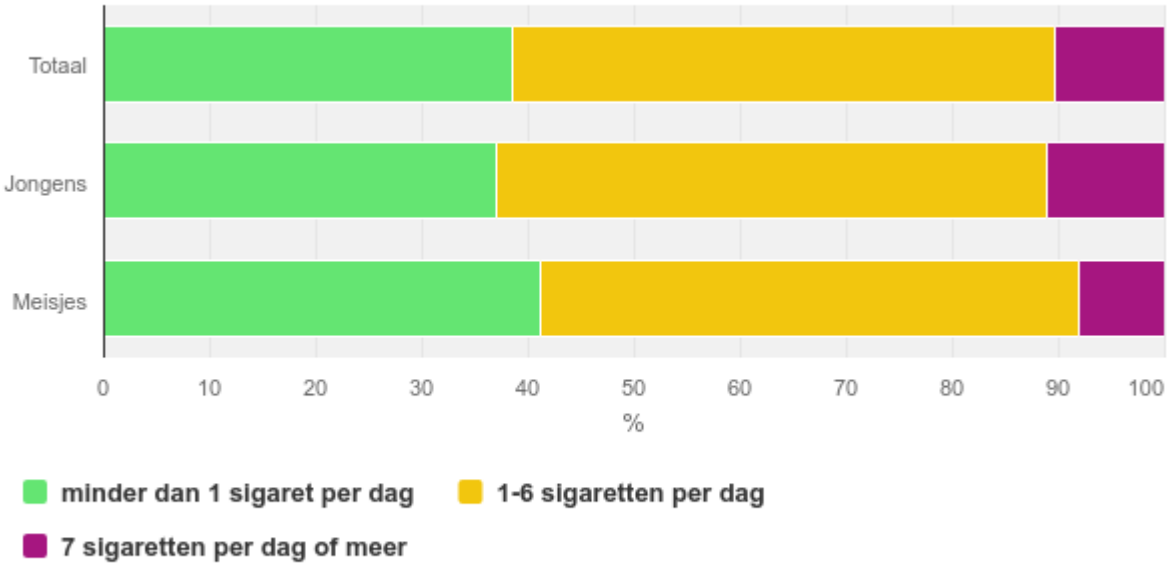
In het kort: Ongeveer de helft van de scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (12-16 jaar) die in de laatste maand tabak hebben gerookt, rookt tussen de 1 en 6 sigaretten per dag. Van de scholieren die in de laatste maand tabak hebben gerookt, koopt één op de vijf meestal zelf sigaretten/shag. Van de scholieren die in de laatste maand een vape hebben gebruikt, koopt minder dan de helft nooit *zelf* vapes. Een kwart koopt meestal online (bijvoorbeeld via Snapchat). De meeste scholieren hebben geen intentie om tabak te gaan roken of te gaan vapen. Eén op de drie scholieren die roken zegt hier binnen 6 maanden mee te willen stoppen.

Helft van de laatste-maand-rokers rookt tussen de 1 en 6 sigaretten per dag

Van de scholieren die in de laatste maand tabak hebben gerookt, heeft ruim één op de drie (38,6%) gemiddeld minder dan één sigaret per dag gerookt. Ongeveer de helft (51,1%) rookte gemiddeld 1-6 sigaretten per dag en één op de tien (10,4%) rookte 7 sigaretten of meer.

Scholieren die dagelijks roken, roken gemiddeld 5,3 sigaretten per dag.

Aantal sigaretten per dag onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar die in de laatste maand tabak hebben gerookt, totaal en naar geslacht. Peiljaar 2023



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

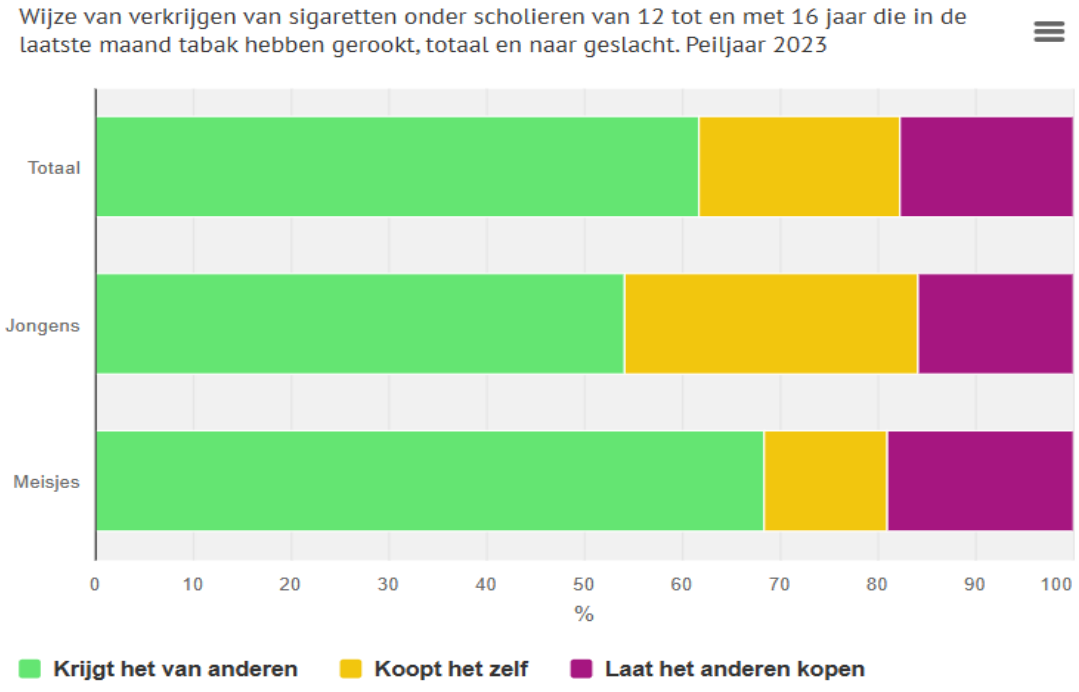
	minder dan 1 sigaret per dag	1-6 sigaretten per dag	7 sigaretten per dag of meer
Totaal	38,6	51,1	10,4
Jongens	37,0	51,9	11,1
Meisjes	41,2	50,7	8,1

Eén op de vijf laatste-maand-rokers koopt meestal zelf sigaretten/shag

Van de scholieren die in de laatste maand tabak hebben gerookt, koopt één op vijf (20,6%) meestal *zelf* sigaretten/shag. Dit percentage ligt hoger onder jongens dan onder meisjes. Drie op de vijf (61,8%) krijgt het meestal van anderen en één op de vijf (20,6%) laat het meestal kopen door anderen.

Scholieren die meestal zelf tabak kopen, doen dit meestal in de supermarkt (30,5%) en de tabakswinkel (30,4%). Daarna volgen de benzinepomp, online en de tijdschriftenwinkel.

Tabak mag niet worden verkocht aan personen onder de 18 jaar.



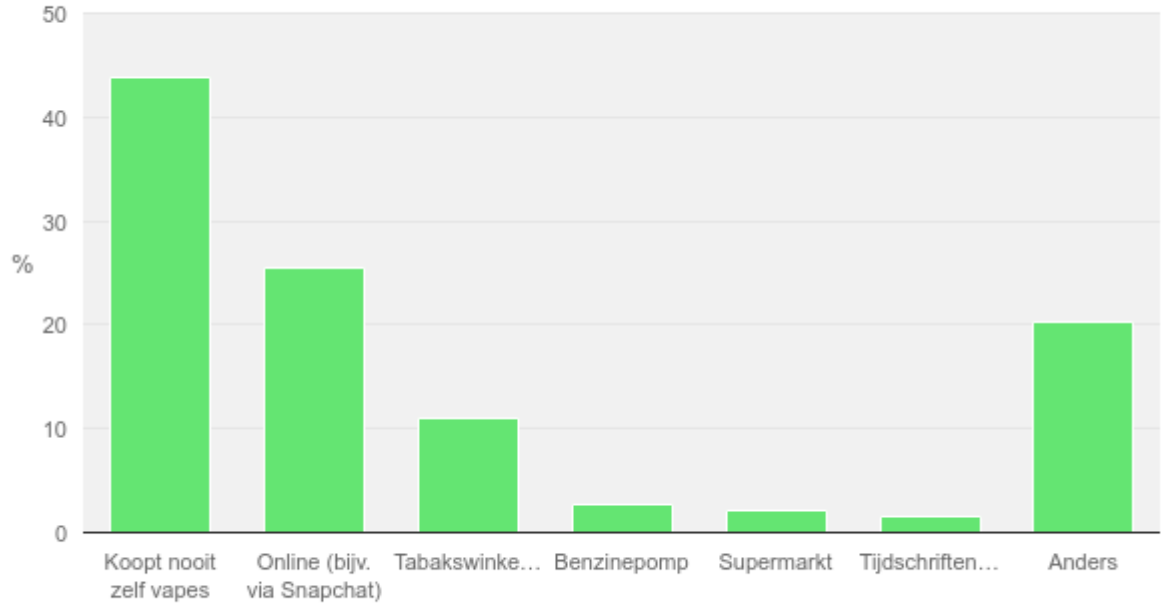
Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

Meer dan de helft van de laatste-maand-vapers koopt zelf vapes

Van de scholieren die in de laatste maand een vape hebben gebruikt, koopt minder dan de helft (43,8%) nooit *zelf* vapes. Een kwart (25,3%) koopt meestal online (bijvoorbeeld via Snapchat). Daarna volgen een tabakswinkel/vapeshop, benzinepomp, supermarkt en tijdschriftenwinkel. Eén op de vijf (20,2%) laatste-maand-gebruikers komt op een andere manier aan vapes; meestal via een dealer of vrienden en familie.

Vapes mogen niet worden verkocht aan personen onder de 18 jaar.

Locaties waar scholieren van 12 tot en met 16 jaar die in de laatste maand een vape hebben gebruikt deze kopen. Peiljaar 2023



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, 2023

NDM

	Totaal
Koopt nooit zelf vapes	43,8
Online (bijv. via Snapchat)	25,3
Tabakswinkel/vapeshop	10,9
Benzinepomp	2,6
Supermarkt	2,0
Tijdschriftenwinkel	1,5
Anders	20,2

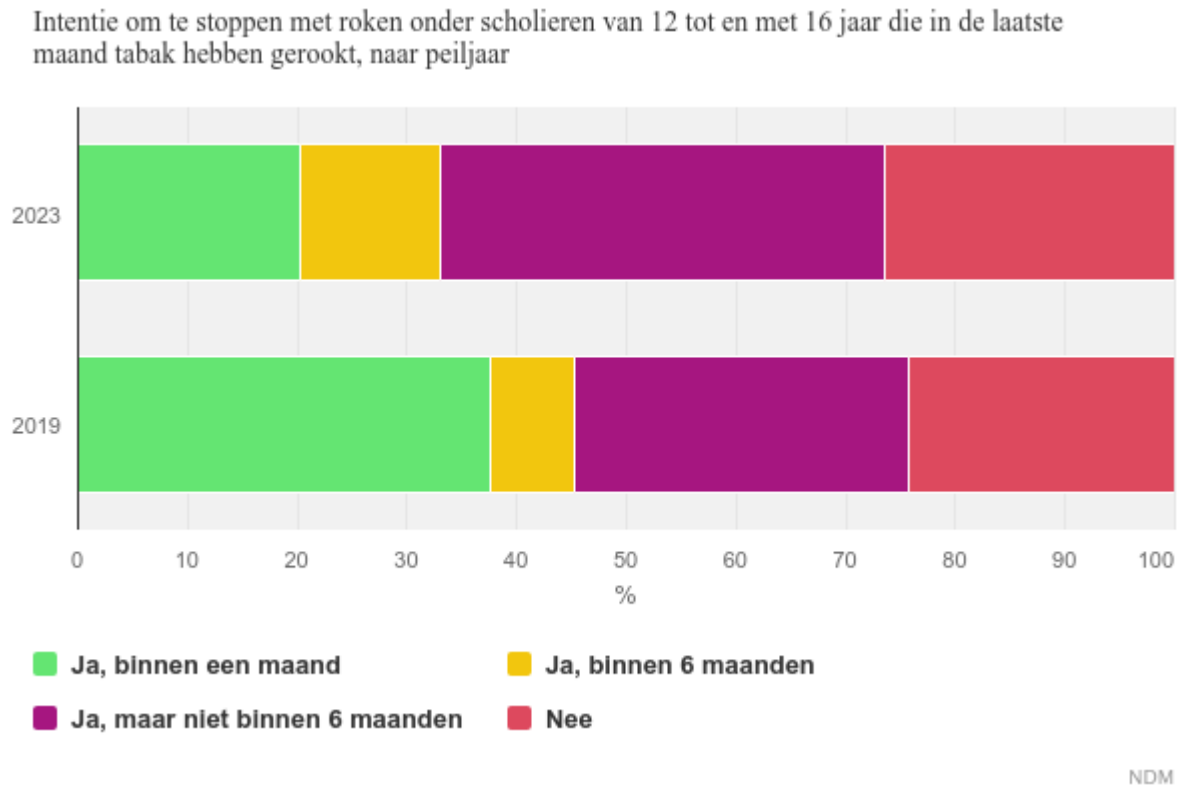
Meerderheid van de scholieren heeft geen intentie om in de toekomst te gaan roken en/of te gaan vapen

Van de scholieren die nog nooit tabak gerookt hebben, wil de meerderheid dat in de toekomst ook zeker niet (60,3%) of waarschijnlijk niet (15,7%) gaan doen. Een kleine groep denkt in de toekomst wel tabak te gaan roken: 7,5% misschien en 0,9% zeker.

Van de scholieren die nog nooit een vape hebben gebruikt, wil de meerderheid dat in de toekomst ook zeker niet (65,8%) of waarschijnlijk niet (14,4%) gaan doen. Een kleine groep denkt in de toekomst wel te gaan vapen: 4,7% misschien en 0,6% zeker.

Eén op de drie laatste-maand-rokers wil binnen 6 maanden stoppen met roken

Van de scholieren die in de laatste maand hebben gerookt, is één op vijf (20,4%) binnen één maand van plan om te stoppen met roken en 12,7% wil dit binnen zes maanden doen. Twee op de vijf (40,6%) zijn ooit van plan te stoppen, maar niet binnen zes maanden. Ruim een kwart (26,4%) is niet van plan om te stoppen met roken. Het percentage leerlingen dat wil stoppen met roken is in 2023 niet veranderd ten opzichte van 2019. In 2023 zijn er echter minder scholieren van plan dat binnen 1 maand te doen.



joints per keer	Ja, binnen een maand	Ja, binnen 6 maanden	Ja, maar niet binnen 6 maanden	Nee
2023	20,4	12,7	40,6	26,4
2019	37,7	7,7	30,5	24,1

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Kerncijfers jongeren: Leefstijlmonitor

Cijfers over middelengebruik worden gerapporteerd op de website ScholierenMonitor. De cijfers zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek dat elke vier jaar wordt herhaald. Daarnaast zijn voor een aantal kerngegevens cijfers gebruikt van het HBSC-onderzoek uit 2017 en 2021. Beide onderzoeken zijn onderdeel van de Leefstijlmonitor en leveren landelijk representatieve cijfers voor 12-16-jarige scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo). De HBSC-studie en het Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af. Sinds 2017 worden de onderzoeksmethoden en analyses van beide studies zo goed mogelijk op elkaar afgestemd, waardoor we de kerncijfers over de jaren heen goed met elkaar kunnen vergelijken. Deze kerncijfers worden daarnaast om de vier jaar aangevuld met verdiepende gegevens over middelengebruik die zijn uitgevraagd in het Peilstationsonderzoek. De meest recente cijfers komen uit het Peilstationsonderzoek uit 2023 [1].

Hoe is het Peilstationsonderzoek onderzoek uitgevoerd?

De gegevens zijn verzameld met behulp van een anonieme vragenlijst (sinds 2015 digitaal). De vragenlijst is klassikaal afgenomen. In totaal deden 6.974 scholieren (12 t/m 16 jaar) uit alle leerjaren van het vmbo, havo en vwo mee.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de

resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Bronnen

1. Rombouts M, Morren K, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Monshouwer K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor

12.3.5 Roken onder studenten

Hoeveel studenten gebruiken nicotineproducten?

In het kort: Eén op de vijf (20,2%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder gebruikte in 2023 dagelijks één of meerdere nicotineproducten (sigaretten, vape, nicotinezakjes of verhitte tabak). Vergeleken met 2015 is het dagelijks roken onder 16-18-jarige mbo-studenten gedaald, terwijl het dagelijks vapen is toegenomen. In 2023 rookte ruim één op de twintig (6%) hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder dagelijks sigaretten of shag. Minder studenten vapen dagelijks of regelmatig (4%) of gebruiken snus (1%). Tussen 2021 en 2023 is het dagelijks roken onder hbo- en universiteitsstudenten licht gedaald, terwijl het dagelijks of regelmatig vapen is toegenomen.

Snel naar:
Mbo-studenten
Hbo- en universiteitsstudenten

Hoeveel mbo-studenten gebruiken nicotineproducten?

Eén op de vijf mbo-studenten gebruikt dagelijks één of meerdere nicotineproducten

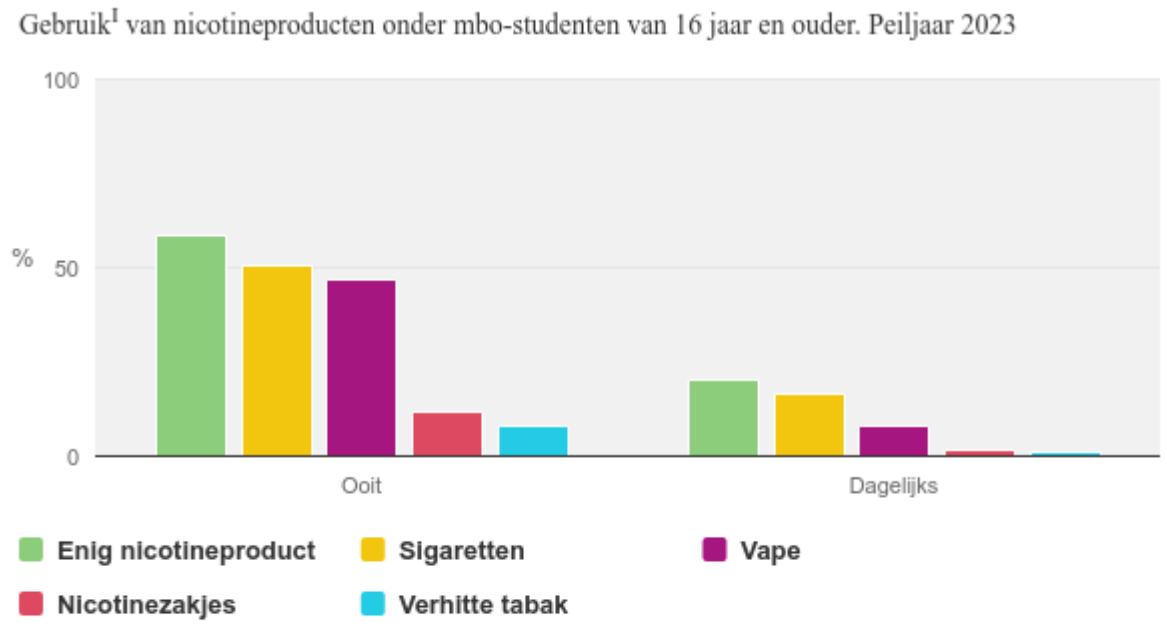
In 2023 gebruikte bijna zes op de tien (58,0%) mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit één of meerdere nicotineproducten (sigaretten, vape/e-sigaret, nicotinezakjes of verhitte tabak), één op de vijf (20,2%) deed dit dagelijks [1].

Meer dan helft (50,5%) van de mbo-studenten had in 2023 ooit sigaretten gerookt, bijna één derde (31,5%) had in de laatste maand gerookt en één op de zes (16,0%) rookte dagelijks. Van de studenten die dagelijks roken, gebruikte meer dan de helft (50,1%) ook dagelijks een vape.

Bijna de helft (46,5%) van de mbo-studenten had in 2023 ooit een vape gebruikt, en kwart (24,4%) had in de laatste maand gevapet en 7,7% vapete dagelijks. Van de mbo-studenten die dagelijks vapen, rookte bijna een kwart (24,3%) ook dagelijks sigaretten.

Ongeveer één op de negen (11,6%) de mbo-studenten had in 2023 ooit nicotinezakjes gebruikt en 1,2% deed dit dagelijks.

Eén op de dertien (7,7%) mbo-studenten had in 2023 ooit verhitte tabak gebruikt en 0,9% deed dit dagelijks.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer een nicotineproduct gebruikt ooit in het leven. Dagelijks: iedere dag een nicotineproduct gebruikt. Bron: Mbo–middelenmonitor, 2023

NDM

	Enig nicotineproduct	Sigaretten	Vape	Nicotinezakjes	Verhitte tabak
Ooit	58,0	50,5	46,5	11,6	7,7
Dagelijks	20,2	16,0	7,7	1,2	0,9

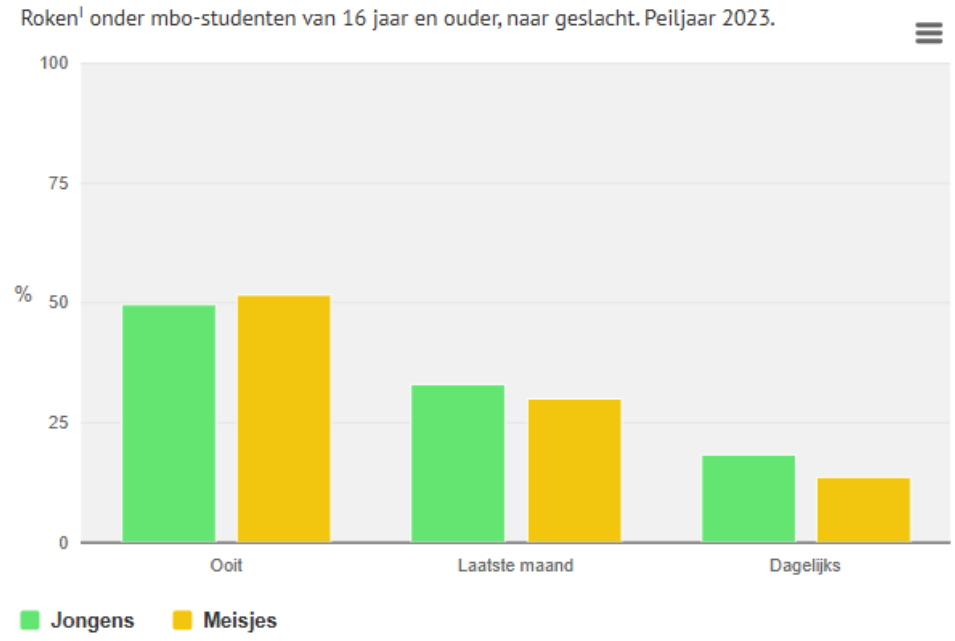
Jongens roken vaker dagelijks sigaretten dan meisjes; meisjes vapen vaker dan jongens

Het percentage mbo-studenten dat dagelijks sigaretten rookt was hoger onder jongens (18,2%) dan onder meisjes (13,6%). Er waren geen verschillen tussen jongens en meisjes in het percentage dat ooit of in de laatste maand had gerookt [1].

Het percentage mbo-studenten dat dagelijks vapet was hoger onder meisjes (8,7%) dan onder jongens (6,7%). Dit geldt ook voor het vapen ooit in het leven en in de laatste maand.

Het percentage mbo-studenten dat dagelijks nicotinezakjes gebruikt was hoger onder jongens (1,9%) dan onder meisjes (0,5%). Dit geldt ook voor het gebruik ooit in het leven.

Het percentage mbo-studenten dat dagelijks verhitte tabak gebruikt verschilde niet tussen jongens en meisjes. Dit geldt ook voor het gebruik ooit in het leven.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer sigaretten gerookt ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks: iedere dag een sigaret gerookt. Bron: Mbo-middelenmonitor, 2023

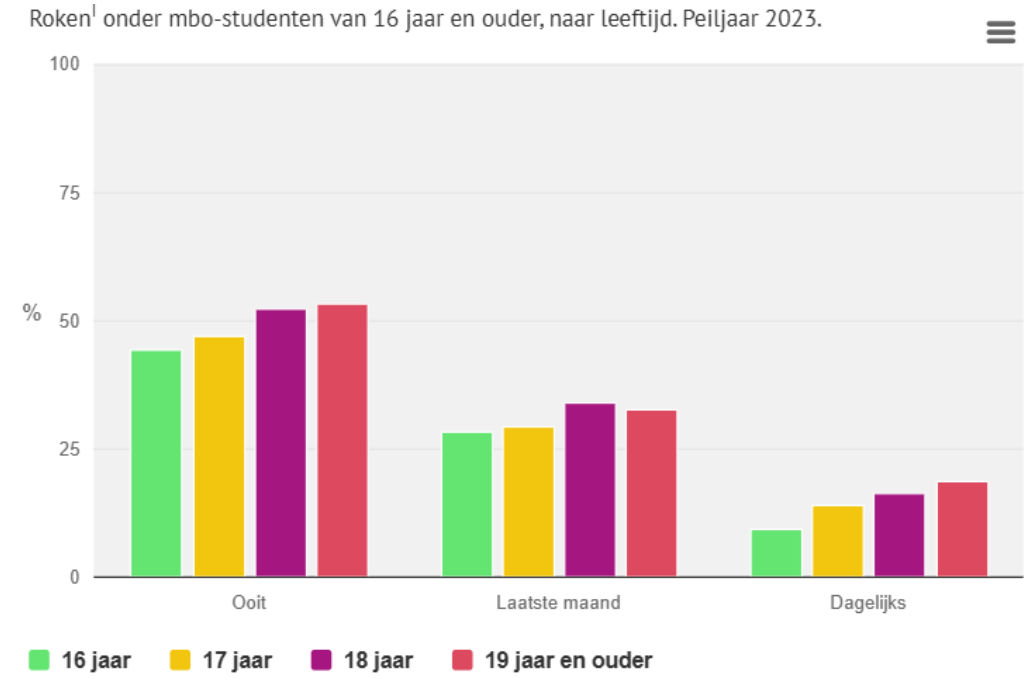
Mbo-studenten van 18 jaar en ouder roken vaker dan 16-jarigen; geen duidelijke verschillen in het gebruik vape en van nicotinezakjes.

Het percentage mbo-studenten dat ooit heeft gerookt en dagelijks rookt was lager onder 16-jarigen dan onder studenten van 18 jaar en ouder [1].

Er waren geen duidelijke verschillen te zien in het gebruik van een vape (ooit, in de laatste maand, dagelijks) tussen de verschillende leeftijden.

Er waren geen verschillen in het gebruik van nicotinezakjes tussen de verschillende leeftijden.

Het percentage mbo-studenten dat dagelijks verhitte tabak gebruikt verschilde niet tussen de verschillende leeftijden. Dit geldt ook voor het gebruikt ooit in het leven.

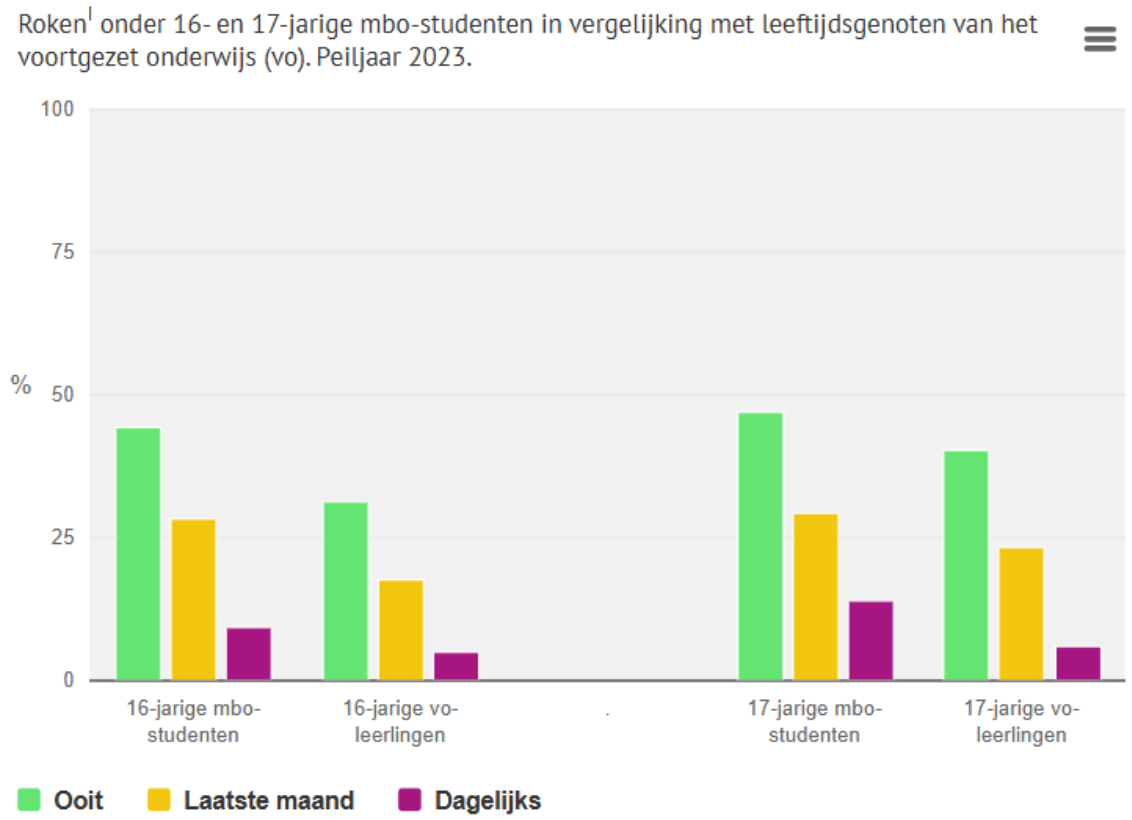


I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer sigaretten gerookt ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks: iedere dag een sigaret gerookt. Bron: Mbo-middelenmonitor, 2023

Roken en vapen is hoger onder 16-jarige mbo-studenten dan onder vo-leerlingen van dezelfde leeftijd; 17-jarige mbo-studenten roken en vapen vaker dagelijks dan vo-leerlingen van dezelfde leeftijd

Het roken van sigaretten ooit in het leven was onder 16-jarige mbo-studenten hoger dan onder leerlingen van het voortgezet onderwijs van dezelfde leeftijd. Dit geldt ook voor het roken in de laatste maand en dagelijks roken. Ook het vapen (ooit, laatste maand, dagelijks) was onder 16-jarige mbo-studenten hoger dan onder leerlingen van het voortgezet onderwijs van dezelfde leeftijd [1].

Er waren geen verschillen in het roken of vapen ooit in het leven of in de laatste maand tussen 17-jarige mbo-studenten en 17-jarige leerlingen van het voortgezet onderwijs. Dagelijks roken en dagelijks vapen was onder 17-jarige mbo-studenten wel hoger dan onder leeftijdsgenoten van het voortgezet onderwijs.



I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer sigaretten gerookt ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks: iedere dag sigaretten gerookt. Bron: Mbo-middelenmonitor, 2023

Drie op de zeven dagelijkse rokers heeft een serieuze stoppoging ondernomen

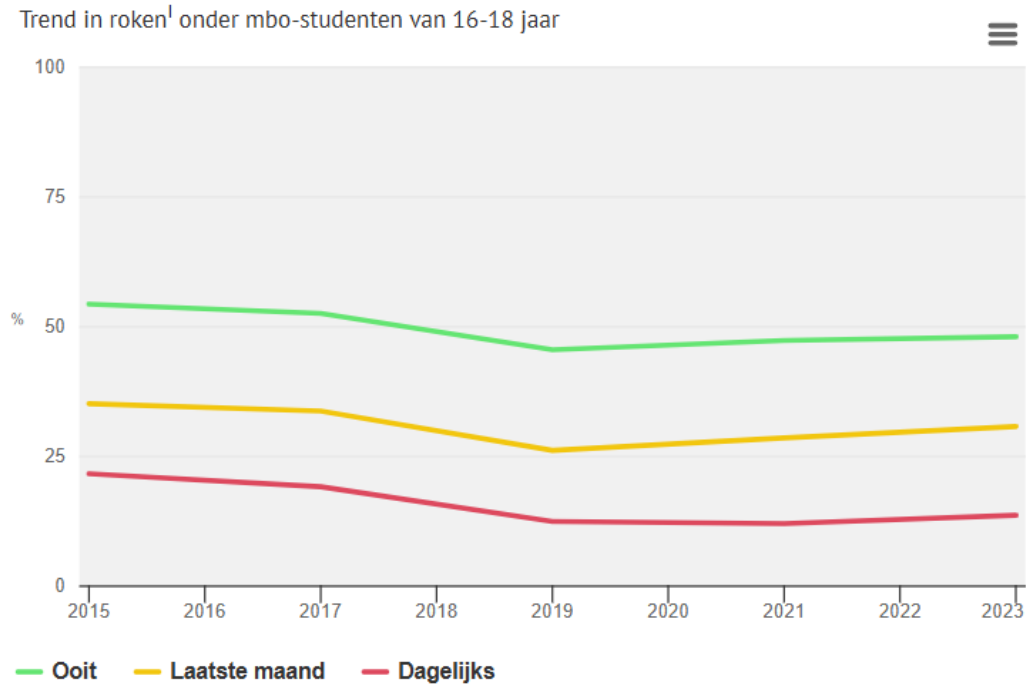
Van de mbo-studenten die ten minste één keer per week roken, had in 2023 de helft (50,3%) weleens een stoppoging ondernomen. Onder de dagelijkse rokers was dit 48,7%. Bijna negen op de tien (88,1%) dagelijkse rokers die een stoppoging hadden ondernomen, heeft de stoppoging 24 uur of langer volgehouden, dit wordt ook wel een ‘serieuze’ stoppoging genoemd. Dit betekent dat van *alle* dagelijkse rokers drie op de zeven (42,9%) een serieuze stoppoging heeft ondernomen [1].

Dagelijks roken tussen 2015 en 2023 gedaald; dagelijks vapen gestegen

Vergeleken met de vorige meting in 2021 is het percentage rokers (ooit, laatste maand, dagelijks) onder mbo-studenten van 16-18 jaar in 2023 niet significant veranderd. Ook vergeleken met de eerste meting 2015 is het percentage rokers ooit in het leven en in de laatste maand in 2023 ongeveer gelijk gebleven. Het percentage mbo-studenten dat dagelijks rookt is tussen 2015 en 2023 gedaald van 21,5% naar 13,5%. Deze daling deed zich alleen voor onder 17-jarigen (2015: 20,3%; 2023: 13,8%) en 18-jarigen (2015: 26,5%; 2023: 16,2%) [1].

Tussen 2021 en 2023 is het percentage mbo-studenten van 16 t/m 18 jaar dat ooit heeft gevapet gestegen van 39,1% naar 46,9%. Het percentage mbo-studenten dat dagelijks vapet is gestegen van 1,2% in 2021 naar 8,1% in 2023. Vergeleken met 2015 is het percentage mbo-studenten dat ooit heeft gevapet in 2023 ongeveer gelijk gebleven. Het dagelijks vapen is in deze periode gestegen van 0,5% naar 8,1%.

Deze trendgegevens zijn berekend voor 16-18-jarigen en wijken daarom af van de hierboven genoemde percentages over alle mbo-studenten van 16 jaar en ouder. Het gebruik van een vape in de laatste maand is voor het eerst uitgevraagd in 2023, daarom zijn er nog geen trendgegevens beschikbaar voor vapen in de laatste maand.



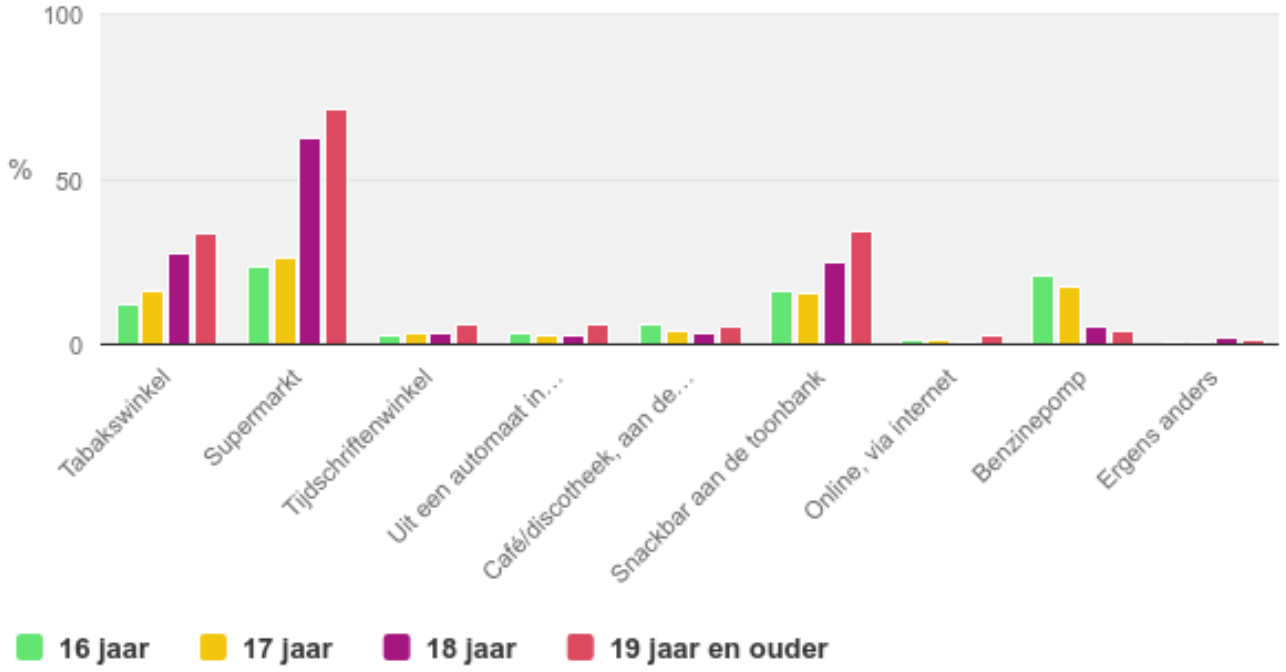
I. Ooit, laatste maand: ten minste één keer sigaretten gerookt ooit in het leven, in de laatste maand. Dagelijks: iedere dag sigaretten gerookt. Bron: Mbo–middelenmonitor.

Meer dan de helft van de 16- en 17-jarigen rokende mbo-studenten koopt weleens zelf sigaretten

Sigaretten mogen niet verkocht worden aan minderjarigen, toch zei meer dan de helft van de 16-jarige (55,3%) en 17-jarige (55,4%) mbo-studenten die in de laatste maand hebben gerookt, weleens zelf sigaretten te kopen. Dit is een stijging vergeleken met 2021 toen 38,0% van de 16-jarige en 44,1% van de 17-jarige rokers weleens sigaretten kocht [1].

In 2023 werden de supermarkt, benzinepomp en snackbar vaak genoemd als plekken waar minderjarige (16 en 17 jaar) mbo-studenten sigaretten kochten. Studenten van 18 jaar en ouder kochten ook het vaakst sigaretten bij de supermarkt, gevolgd door een tabakswinkel en de snackbar.

Locaties waar zelf sigaretten gekocht worden onder mbo-studenten die in de laatste maand hebben gerookt, naar leeftijd. Peiljaar 2023.



Bron: Mbo–middelenmonitor, 2023

NDM

	16 jaar	17 jaar	18 jaar	19 jaar en ouder
Tabakswinkel	11,8	15,9	27,5	33,4
Supermarkt	23,2	25,7	61,8	70,6
Tijdschriftenwinkel	2,4	2,8	3,1	5,5
Uit een automaat in café/discotheek of snackbar	2,8	2,6	2,2	5,6
Café/discotheek, aan de bar	5,6	3,4	3,0	5,3
Snackbar aan de toonbank	15,7	15,3	24,4	33,9
Online, via internet	1,3	1,3	0,3	2,6
Benzinepomp	20,7	16,8	4,7	3,5
Ergens anders	0,3	0,5	1,4	0,9

Regionale gegevens over het roken onder mbo-studenten

In 2021 is vragenlijstonderzoek gedaan onder mbo-studenten in Amsterdam. In 2021 had 43,2% van de Amsterdamse mbo-studenten van 16 jaar en ouder ooit gerookt. Bijna een derde (31,1%) rookte in het laatste jaar en 23,7% in de laatste maand. Ruim één op de tien (11,8%) rookte dagelijks [2]. Zie: Antenne Amsterdam 2021.

Hoeveel studenten van het hbo en de universiteit gebruiken nicotineproducten?

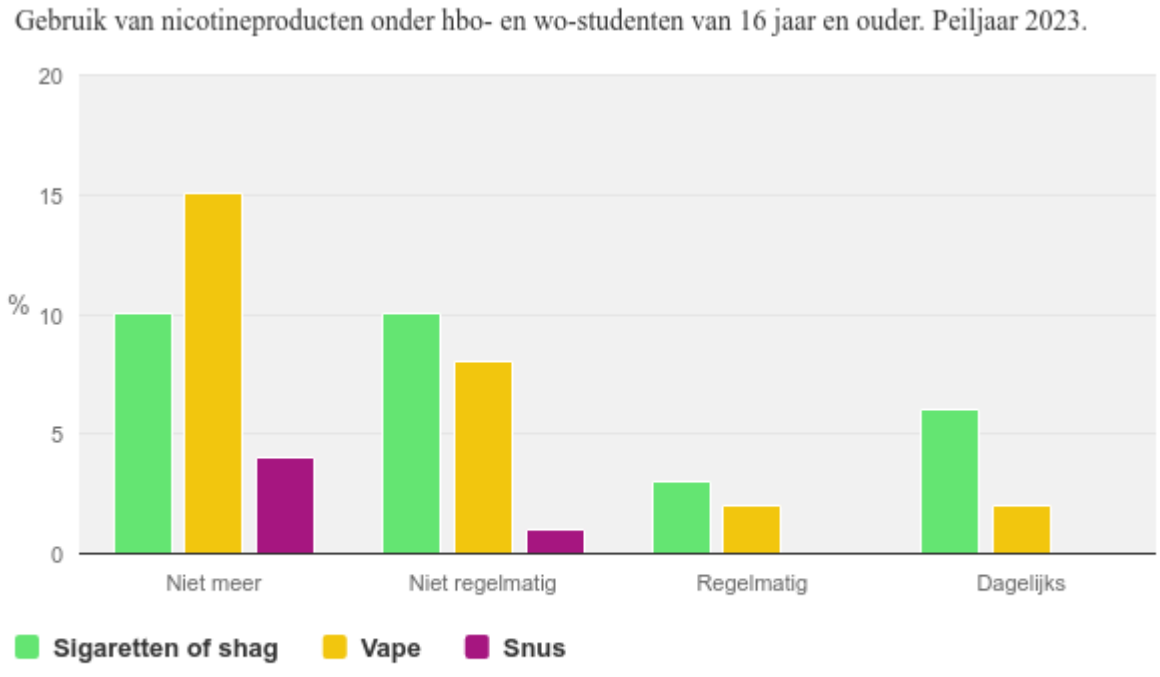
Ruim één op de twintig hbo- en universiteitsstudenten rookt dagelijks; minder studenten vapen of gebruiken snus

In 2023 gaf ruim één op de twintig (6%) studenten van het hbo en de universiteit (wo) van 16 jaar en ouder aan dagelijks sigaretten of shag te roken. 3% rookte regelmatig maar niet elke dag en 10% rookte niet regelmatig. Eén op de tien (10%) had ooit gerookt, maar nu niet meer [3].

Eén op de vijfentwintig (4%) studenten van het hbo en de universiteit van 16 jaar en ouder gaf aan dagelijks of regelmatig te vapen. 8% vapete niet regelmatig en ongeveer één op de zeven (15%) had ooit gevapet, maar nu niet meer.

Eén op de honderd (1%) studenten van het hbo en de universiteit van 16 jaar en ouder gaf aan snus te gebruiken, variërend van onregelmatig tot elke dag. Eén op de vijfentwintig (4%) had ooit snus gebruikt, maar nu niet meer.

Vanwege de lage respons (in 2023 6,5% van het totaal aantal studenten van de 24 deelnemende instellingen), geven deze cijfers een indicatie van middelengebruik, maar kunnen ze niet worden gezien als precieze schattingen van het gebruik in de totale studentenpopulatie (zie ook: Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina).



	Sigaretten of shag	Vape	Snus
Niet meer	10	15	4
Niet regelmatig	10	8	1
Regelmatig	3	2	<1
Dagelijks	6	2	<1

Dagelijks roken en dagelijks of regelmatig vapen komt in sommige groepen hbo- en universiteitsstudenten meer voor dan in andere groepen

De kans op dagelijks roken onder hbo- en universiteitsstudenten was groter onder 22-25-jarigen, 26-29-jarigen en 30-plussers dan onder 16-21-jarigen (respectievelijk 8%, 10% en 8% versus 4%), onder internationale studenten dan onder studenten zonder migratieachtergrond (10% versus 5%), onder studenten van het wo dan onder studenten van het hbo (5% versus 7%). Er werden ook significante verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen en tussen studenten met een migratieachtergrond en studenten zonder migratieachtergrond, maar deze worden omschreven als ‘heel klein / niet betekenisvol’. Er waren geen verschillen in dagelijks roken naar opleidingsvorm (voltijd, niet-voltijd) [3].

De kans op dagelijks of regelmatig vapen onder hbo- en universiteitsstudenten was groter onder 16-21-jarigen dan onder 30-plussers (4% versus 2%), onder studenten met een migratieachtergrond en internationale studenten dan onder studenten zonder migratieachtergrond (respectievelijk 4% en 8% versus 3%) en onder hbo-studenten dan onder universiteitsstudenten (5% versus 3%). Er waren geen verschillen in dagelijks of regelmatig vapen naar geslacht (man, vrouw, anders) en opleidingsvorm (voltijd, niet-voltijd).

Dagelijks roken onder hbo- en universiteitsstudenten is tussen 2021 en 2023 licht gedaald; dagelijks of regelmatig vapen is toegenomen

Vergeleken met de eerste meting in 2021 is het percentage hbo- en universiteitsstudenten dag dagelijks rookt in 2023 licht gedaald (van 8% naar 6%), maar dit verschil wordt omschreven als ‘heel klein / niet betekenisvol’. Dagelijks of regelmatig vapen is in deze periode toegenomen van 1% naar 4% [3].

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Mbo-studenten

De Mbo-Middelenmonitor [1] onderzoekt het middelengebruik onder mbo-studenten. In 2023 werd dit onderzoek voor de vijfde keer uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in samenwerking met Kantar Public (nu Verian). Dit jaar werd het onderzoek alleen uitgevoerd onder mbo-studenten, terwijl eerdere metingen (in 2015, 2017, 2019 en 2021) ook hbo-studenten betrokken. In 2023 namen 4.448 mbo-studenten van 16 jaar en ouder deel aan het onderzoek. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 op 64 mbo-locaties. In totaal werden 6.053 studenten willekeurig benaderd door onderzoeksassistenten om een digitale vragenlijst in te vullen.

Er zijn ook regionale gegevens over middelengebruik onder mbo-studenten. Deze gegevens komen uit de Antenne Amsterdam uit 2021 [2]. De dataverzameling voor het onderzoek werd uitgevoerd op acht mbo-scholen in Amsterdam, waarbij veldwerkers studenten tijdens pauzes vroegen om deel te nemen aan een anonieme online vragenlijst over middelengebruik. De deelnemers vulden de vragenlijst in via hun eigen telefoon. Vanwege COVID-19-maatregelen werd de dataverzameling vertraagd, maar extra veldwerk werd verricht om het aantal ingevulde vragenlijsten te verhogen. Uiteindelijk vulden 1.174 studenten de vragenlijst in, wat ongeveer 6% van de studentenpopulatie

van de deelnemende scholen vertegenwoordigt. Om de representativiteit te waarborgen, werd een weging toegepast.

Hbo- en universiteitsstudenten

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs [3] onderzoekt de mentale gezondheid en het middelengebruik van studenten van het hbo en de universiteit (wo) om de twee jaar. Dit onderzoek is in 2023 voor de tweede keer uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het RIVM, de GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. In 2023 vulden 32.217 hbo- en universiteitsstudenten van 16 jaar en ouder alle vragen over middelengebruik in. De dataverzameling vond plaats in het najaar van 2023 bij 24 onderwijsinstellingen in heel Nederland. De deelnemende onderwijsinstellingen stuurden een uitnodiging naar studenten van 16 jaar en ouder om de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd ook in het Engels aangeboden voor buitenlandse studenten. Het onderzoek heeft enkele belangrijke beperkingen, zoals een laag responspercentage van 6,5% in 2023 en de onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde groepen studenten. De data zijn wel gewogen om deze representatiever te maken, maar het is mogelijk dat de resultaten nog steeds vertekend zijn en niet volledig representatief voor de totale studentenpopulatie in Nederland.

Vanwege verschillen in methodes van dataverzameling zijn de resultaten van de Mbo-Middelenmonitor, de Antenne Amsterdam en de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs niet direct met elkaar te vergelijken.

Bronnen

1. K. Morren, S. Van Dorsselaer, K. Monshouwer. Factsheet: Middelengebruik onder mbo-studenten 2023. Trimbos-instituut; 2024.
2. Benschop A, Nabben T. Antenne Amsterdam 2021: Trends in gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere drugs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2022.
3. 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.

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).

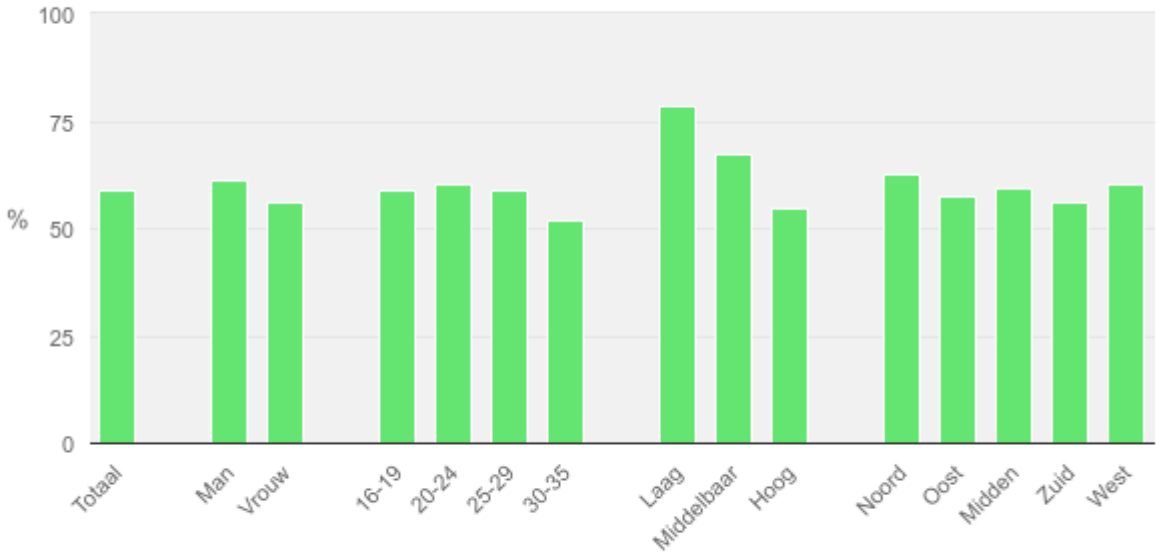
Uitgaanders in Nederland

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

Hoeveel jongeren uit kwetsbare groepen roken?

In het kort: Jongeren in de jeugdzorg, in Justitiële Jeugdinrichtingen en in cluster 4 van het voortgezet speciaal onderwijs (vso) gebruiken vaker cannabis dan leeftijdsgenoten in het regulier onderwijs. Jongeren in het praktijkonderwijs of jongeren in cluster 3 van het vso gebruiken juist wat minder vaak cannabis dan leeftijdsgenoten uit het regulier onderwijs. In groepen risicojongeren komt het gebruik van cannabis ook veel voor. Jongerenwerkers zien in deze groepen veel dagelijks en problematisch cannabisgebruik.

Snel naar:
Scholieren van het praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs
Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen
Jongeren in de residentiële jeugdzorg
Groepen risicojongeren

Wat verstaan we onder kwetsbare groepen jongeren?

Op deze pagina bespreken we een aantal onderzoeken over het middelengebruik binnen ‘kwetsbare groepen jongeren’. Wij gebruiken de term ‘kwetsbare groepen jongeren’ om aan te duiden dat het hier gaat om groepen jongeren die een grotere kans hebben op problemen met en door middelengebruik [1]. Dit komt door een opeenstapeling van verschillende risicofactoren binnen deze groepen. Omgevingsfactoren spelen hierbij de belangrijkste rol, vaak in wisselwerking met persoonlijke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen in de gezinssituatie, schoolgerelateerde problemen of gedragsproblemen. Jongeren in de jeugdzorg, in jeugddetentie of in het voorgezet speciaal onderwijs (vso) zijn voorbeelden van groepen waarin vaak zo’n opeenstapeling van risicofactoren speelt.

Hoeveel scholieren in het praktijkonderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs roken?

Percentage rokers onder cluster 4 scholieren hoger dan in andere onderwijstypes

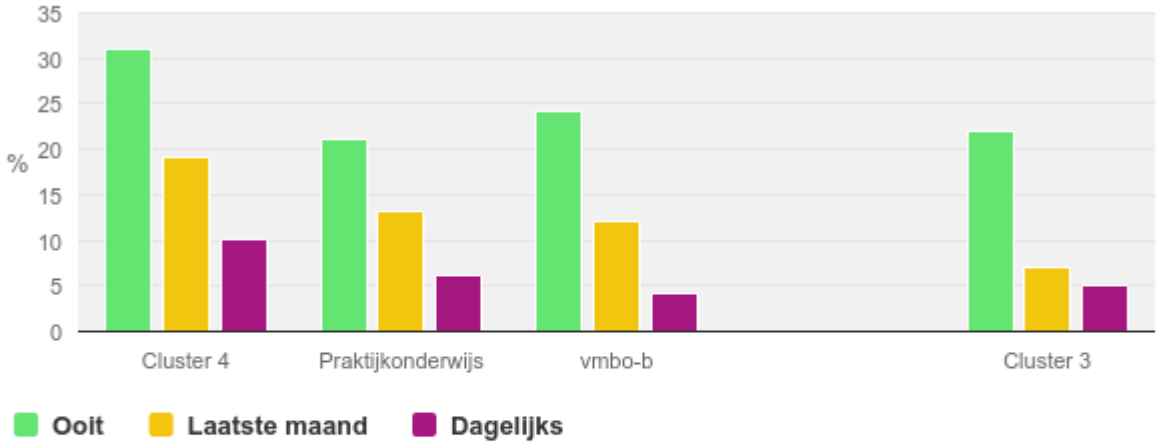
Onder scholieren van het cluster 4 onderwijs had in 2019 één op de drie ooit gerookt (31%) [2]. Dit percentage is lager onder scholieren van het praktijkonderwijs, daar had ongeveer één op de vijf ooit gerookt (21%). Op het vmbo-b had 24% van de scholieren ooit gerookt.

In het cluster 4 onderwijs had 19% van de scholieren in de laatste maand gerookt. Dit is wat hoger dan in het praktijkonderwijs (13%) en op het vmbo-b (12%), maar de verschillen tussen deze drie

schooltypen zijn niet significant.

Eén op de tien cluster 4 scholieren (10%) rookte dagelijks een sigaret. Dit is hoger dan het percentage dagelijkse rokers onder vmbo-b scholieren (4%). In het praktijkonderwijs rookte 6% van de leerlingen dagelijks. Onder cluster 3 scholieren heeft 22% ooit gerookt, 7% deed dit in de laatste maand en 5% rookte dagelijks [3].

Tabakgebruik onder scholieren van verschillende schooltypen. Peiljaar 2019.



Gegevens over scholieren uit cluster 3 komen uit een ander onderzoek dan de gegevens over cluster 4 en het praktijkonderwijs. Ook de gegevens over scholieren van het vmbo-b komen uit een ander onderzoek. De methoden van dataverzameling verschillen tussen deze onderzoeken. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos-instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand	Dagelijks
Cluster 4	31	19	10
Praktijkonderwijs	21	13	6
vmbo-b	24	12	4
Cluster 3	22	7	5

Rokers in het cluster 4 onderwijs roken gemiddeld de meeste sigaretten

Cluster 4 scholieren rookten gemiddeld het meeste aantal sigaretten per dag vergeleken met scholieren in het praktijkonderwijs en VMBO-b. Van de cluster 4 scholieren rookte meer dan een kwart (27%) meer dan 10 sigaretten per dag vergeleken met 17% in het vmbo-b en 15% in het praktijkonderwijs. Het ging hier om scholieren die in de laatste maand hadden gerookt. Onder de scholieren van het cluster 4 onderwijs die dagelijks rookten, lag het gemiddelde op 8,8 sigaretten per dag. Ook dit is hoger dan in het praktijkonderwijs (5,3) en vmbo-b (5,2).

Roken neemt af onder scholieren van alle schooltypen

In 2019 rookten er minder scholieren dan in 2008. Dit geldt voor zowel scholieren van cluster 4 onderwijs en het praktijkonderwijs, en voor zowel het roken ooit in het leven, maandelijks roken en dagelijks roken. Ook onder vmbo-b scholieren is het roken gedaald in 2019 ten opzichte van 2007.

Cluster 3 scholen werden voor het eerst in 2019 onderzocht. Daarom zijn er geen trendgegevens voor deze groep beschikbaar.

Trendgegevens van tabaksgebruik onder scholieren van verschillende schooltypen

Onderwijstype	Jaar	Ooit	Laatste maand	Dagelijks
Cluster 4	2008	61%	43%	32%
	2019	31%*	19%*	10%*
Praktijkonderwijs	2008	47%	26%	14%
	2019	21%*	13%*	6%*
Vmbo-b	2007	46%	23%	11%
	2019	24%*	12%*	4%*

*Significant verschil met het voorgaande onderzoek. Bron: EXPLORE, Trimbos-instituut.

In het cluster 4 onderwijs roken meer meisjes dan jongens

Meisjes in het cluster 4 onderwijs hebben vaker ooit (43%) en in de laatste maand gerookt (26%) dan jongens in cluster 4 (ooit: 29%, maand: 17%). Ook het dagelijks roken komt bij meisjes in het cluster 4 onderwijs vaker voor (15%) dan bij jongens (9%). In de andere onderwijstypen zijn er geen (significante) verschillen tussen jongens en meisjes.

In het cluster 4 en praktijkonderwijs zijn er geen verschillen in roken naar herkomst

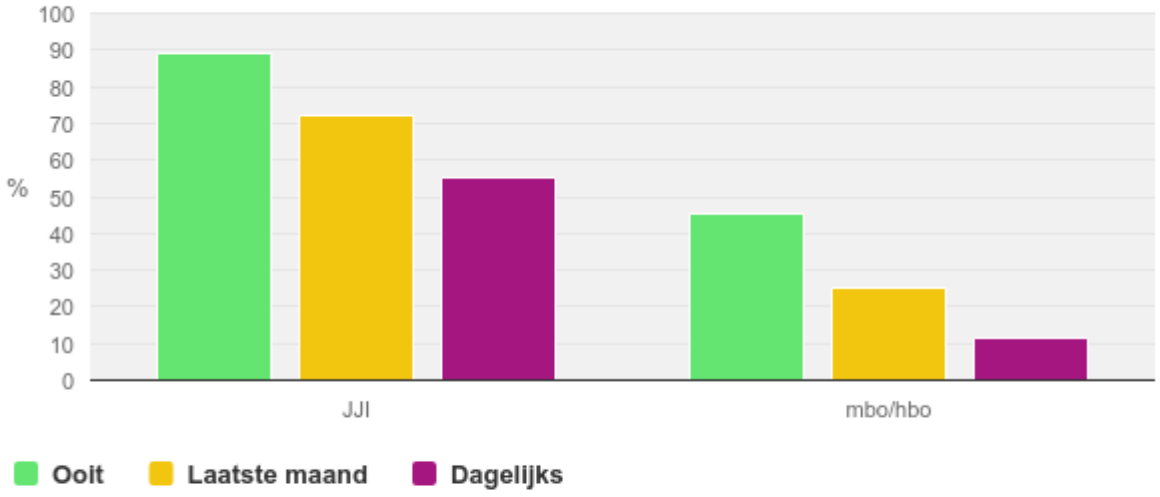
In het cluster 4 onderwijs en praktijkonderwijs zijn de verschillen naar herkomst klein en niet significant. In het vmbo-b zijn wel significante verschillen te zien: leerlingen met een westerse migratieachtergrond hebben vaker ervaring met het roken van een sigaret (34%) dan scholieren met een Nederlandse herkomst (26%) of een niet-westerse herkomst (14%).

Hoeveel jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen roken?

In 2022 hadden negen op de tien jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) ooit gerookt (89%) [4]. Ruim zeven op de tien (72%) rookten in de laatste maand en meer dan de helft (55%) rookte dagelijks. Jongeren die in de JJI verblijven roken duidelijk vaker dan leeftijdsgenoten op het mbo/hbo (ooit: 45%; laatste maand: 25% en dagelijks: 11%) [5].

De jongeren in de JJI die in de laatste maand hebben gerookt (n = 79) rookten gemiddeld 8,6 sigaretten per dag. De dagelijkse rokers (n = 60) rookten gemiddeld 9,9 sigaretten per dag.

Tabaksgebruik onder jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen (peiljaar 2022), vergeleken met leeftijdsgenoten op het mbo/hbo. Peiljaar 2019.



De cijfers van het EXPLORE–onderzoek in de JJI (2022) en de mbo/hbo monitor van 2019 zijn afkomstig uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Bron: EXPLORE, Trimbos–instituut.

NDM

Onderwijstypen	Ooit	Laatste maand	Dagelijks
JJI	89	72	55
mbo/hbo	45	25	11

Aantal rokers lijkt licht te dalen onder jongeren in de JJI

Het percentage jongeren in de JJI dat ooit in het leven heeft gerookt, was in 2022 (89%) iets lager vergeleken met 2009 (93%). Dit geldt ook voor het roken in de laatste maand (2022: 72% vs. 2009: 81%). Deze verschillen zijn niet getoetst op significantie. Daarnaast komen de gegevens uit verschillende studies waardoor alleen voorzichtige conclusies getrokken kunnen worden uit deze vergelijking.

Jongeren rookten bijna altijd al vóór ze in de JJI werden geplaatst

Van de jongeren die in de laatste maand hebben gerookt (n=79), 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.

Veel jongeren in de JJI roken om met stress en verveling om te gaan

Onderzoekers vroegen ook naar de redenen om te roken onder jongeren in de JJI. Zij gaven vooral aan dat zij rookten ‘tegen de verveling’ (75%) en ‘om minder stress hebben’ (66%). Maar ook ‘omdat het gevoel lekker is’ (60%) kwam vaak voor als reden om te roken.

Hoeveel jongeren in de residentiële jeugdzorg roken?

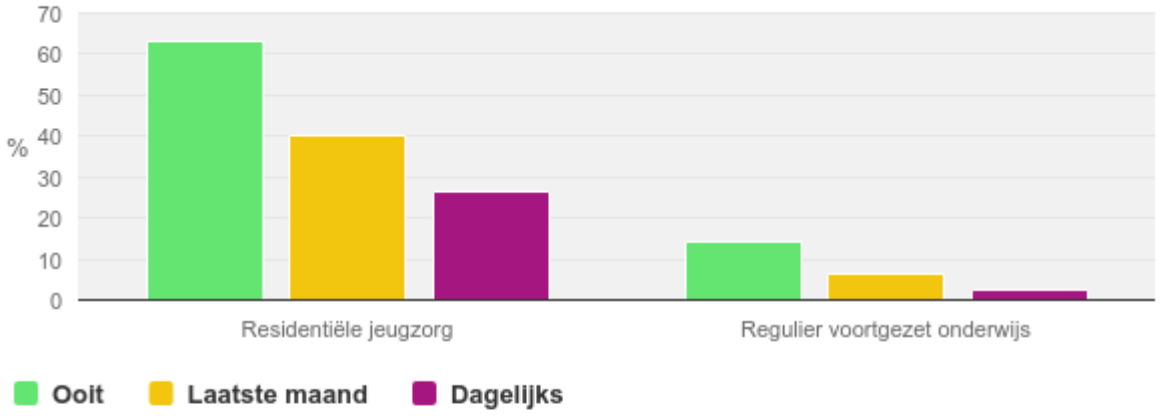
Vier op de tien jongeren in de RJZ roken dagelijks

Van alle jongeren (leeftijd: 12 t/m 25) in de residentiële jeugdzorg (RJZ) heeft in 2020 72% ooit in het leven gerookt en 55% rookte in de laatste maand [6]. Vier op de tien (40%) rookten dagelijks.

Jongeren in de RJZ (12- t/m 15-jarigen) hadden in 2020 vaker ooit gerookt (63%) dan hun leeftijdsgenoten in het reguliere voortgezet onderwijs (14%) in 2019. Ook hadden de jongeren in de RJZ vaker in de laatste maand gerookt (40% versus 6%) en waren zij vaker dagelijkse rokers (26% versus 2%). Deze vergelijking is alleen gemaakt voor de 12- t/m 15-jarigen omdat de groep 16- t/m 17-jarige scholieren uit het landelijk scholierenonderzoek niet representatief is voor de algemene populatie (een deel van hen is al van school/naar andere opleidingen).

De jongeren in de RJZ die in de laatste maand hadden gerookt, rookten gemiddeld 9,6 sigaretten per dag. De dagelijkse rokers rookten gemiddeld 11,1 sigaretten per dag.

Tabaksgebruik onder 12-15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg (peiljaar 2020), vergeleken met leeftijdsgenoten in het regulier voortgezet onderwijs (peiljaar 2019)



De cijfers van het EXPLORE-onderzoek in de residentiële jeugdzorg (RJZ, 2020) en uit het regulier voortgezet onderwijs (2019) zijn afkomstig zijn uit verschillende studies. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Voor de jongeren in de RJZ is voor de vergelijking alleen gekeken naar jongeren van 12 t/m 15 jaar. Bron: EXPLORE, Trimbos-instituut.

NDM

Groepen	Ooit	Laatste maand	Dagelijks
Residentiële jeugzorg	63	40	26
Regulier voortgezet onderwijs	14	6	2

Meer dan de helft van de jongeren in de RJZ gebruikte ooit een e-sigaret of waterpijp

Meer dan zes op de tien jongeren in de RJZ (63%) heeft ooit een e-sigaret/vape gebruikt. Het gebruik van een e-sigaret/vape in de laatste maand is niet uitgevraagd in dit onderzoek. Ruim de helft van de jongeren (54%) gebruikte ooit een waterpijp 16% gebruikte een waterpijp in de laatste maand.

Aantal rokers neemt af onder jongeren in de RJZ

Tussen 2008 en 2020 daalde het aantal rokers onder jongeren in de RJZ. De daling was vooral sterk onder jongeren van 12-15 jaar. Het gebruik ooit in het leven daalde van 82% naar 63% voor de

jongeren van 12 t/m 15 jaar en van 85% naar 77% voor de jongeren van 16 t/m 17 jaar.

Ook het roken in de laatste maand en het dagelijks roken daalde significant tussen 2008 en 2020 voor beide leeftijdsgroepen.

Meisjes in de RJZ hebben vaker ooit gerookt dan jongens

Meisjes in de RJZ hadden vaker ooit in het leven gerookt (77%) dan jongens (66%). De verschillen tussen jongens en meisjes waren voor het roken in de laatste maand en dagelijks roken niet significant.

Acht op de tien jongeren in de RJZ roken ook in de instelling

Van de rokers zegt acht op de tien (81%) weleens in de instelling te roken. Vergeleken met andere middelen zoals cannabis (47%) en alcohol (27%) is dit percentage relatief hoog.

Jongeren in de RJZ roken vaak om stress of verveling tegen te gaan

Onderzoekers vroegen de jongeren in de RJZ waarom zij rookten. “Om minder stress te hebben” (84%) en “tegen de verveling” (72%) waren de meest voorkomende antwoorden. Dit noemen we ook wel coping-motieven. Met coping bedoelen we de manier waarop mensen met stress en problemen omgaan. Daarnaast werden ook vaak “omdat het gevoel lekker is” en “omdat het gezellig is” genoemd. Maar deze redenen werden voor andere middelen, zoals cannabis of lachgas, vaker genoemd dan voor roken.

Hoe ziet het gebruik van tabaksproducten in groepen risicojongeren eruit?

Wie vallen er onder groepen risicojongeren?

Een groep risicojongeren is volgens de Antenne Regiomonitor een jongeren- en/of vriendengroep waarbij er al sprake is van middelengebruik en minimaal één van de volgende drie problemen speelt:

- Problematisch of overmatig drugsgebruik;
- Meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep);
- Overlast of criminaliteit.

De problemen hoeven niet bij alle jongeren in de jongerengroep voor te komen. Deze jongerengroepen worden soms ook wel aangeduid als ‘kansarme jeugd’, ‘probleemjeugd’ of ‘hangjeugd’ [7].

Tabaksgebruik komt voor in bijna alle groepen risicojongeren

Tabaksgebruik komt volgens de jongerenwerkers in bijna alle (28 van de 29) kwetsbare

jongerengroepen voor. In meer dan de helft van deze groepen (17 van de 28) gebruikt een grote meerderheid tot iedereen van de groepsleden tabaksproducten. In drie jongerengroepen gebruikt de helft of minder van de groepsleden. Het gaat hier om gebruik van sigaretten, maar ook om bijvoorbeeld e-sigaretten en snus.

Gebruik van tabaksproducten in de meeste groepen stabiel gebleven of toegenomen

Volgens de jongerenwerkers is het tabaksgebruik in de meeste groepen (16 van de 28) stabiel gebleven in het laatste jaar. In elf groepen is het gebruik toegenomen en in één groep is het afgenomen.

Vapegebruik is populair onder risicojongeren

Volgens de jongerenwerkers is de populariteit van het gebruik van elektronische sigaretten (vapes) onder de risicojongeren snel toegenomen. Het gebruik van vapes komt voor onder jongeren in zowel dorpen als steden, verspreid door het hele land. Er vindt ook veel straatverkoop plaats. Hoeveel de jongeren vapen wisselt, maar meerdere jongerenwerkers geven aan dat het gebruik overmatig is. Jongeren lijken de gezondheidsrisico's van het gebruik van de vape vaak te onderschatten.

Snus vooral populair onder jongeren van niet-westerse herkomst

Snus wordt in dit onderzoek vooral gebruikt door risicojongeren van niet-westerse herkomst. Het gebruik van snus is onzichtbaar. Omdat snus langere tijd onder de bovenlip wordt gehouden kan je niet goed zien of iemand snus aan het gebruiken is. Volgens de jongerenwerkers gebruiken jongeren het daardoor in heel veel verschillende situaties. Sommigen gebruiken bijvoorbeeld ook snus tijdens de lessen op school. De jongerenwerkers zien veel dagelijks gebruik van snus bij de jongeren.

Meer informatie over de onderzoeken op deze pagina

Jongeren in praktijk- en speciaal onderwijs

Het EXPLORE-onderzoek is een landelijk onderzoek naar het middelengebruik onder jongeren in verschillende kwetsbare groepen. In 2019 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik in het praktijkonderwijs en in cluster 3 en cluster 4 van het voortgezet speciaal onderwijs (vso) onderzocht [2,3]. De gegevens van cluster 3 zijn vanwege het lagere niveau van de scholieren op een andere manier onderzocht dan in cluster 4 en het praktijkonderwijs. Dit bemoeilijkt een directe vergelijking. Cluster 4 en het praktijkonderwijs worden daarnaast vergeleken met het vmbo-b. Ook hier geldt dat het om andere onderzoeken gaat. De cijfers geven daarom alleen een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Dit geldt ook voor de vergelijkingen met het reguliere onderwijs in de andere EXPLORE onderzoeken.

Jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI)

In 2022 werd in EXPLORE met een vragenlijst het middelengebruik onder jongeren die in een instelling voor jeugddetentie (Justitiële Jeugdinrichting, JJI) verblijven onderzocht [4]. Aan het

onderzoek deden alleen jongens mee omdat de groep meisjes in de JJI klein is. Onderzoekers konden daardoor de privacy van de meisjes onvoldoende beschermen. 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 gemiddeld iets jonger zijn.

Jongeren in de jeugdzorg

In 2020 werd in EXPLORE het middelengebruik van jongeren in de residentiële jeugdzorg (RJZ) onderzocht [6]. Het middelengebruik werd gemeten met een vragenlijst. Om de cijfers in perspectief te plaatsen is een vergelijking gemaakt met het gebruik onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs. Deze vergelijking moet voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat de onderzoeken niet op dezelfde manier zijn uitgevoerd en de scholieren gemiddeld iets jonger zijn.

Steekproefkenmerken van de landelijke EXPLORE onderzoeken

Groep	Peiljaar	Leeftijd	Totale steekproef
Praktijkonderwijs	2019	12–16 jaar	1118
	2008	12–16 jaar	916
Cluster 4	2019	12–16 jaar	1032
	2008	12–16 jaar	603
Cluster 3	2019	12–16 jaar	266
Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen	2022	14–24 jaar	110
	2009	13–18 jaar	155
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	2020	12–17 jaar	357
	2008	12–17 jaar	531

Groepen risicojongeren

De Antenne Regiomonitor onderzoekt het middelengebruik onder groepen risicojongeren in verschillende regio's in Nederland. Dit gebeurt door middel van interviews met jongeren- en straathoekwerkers. Daarmee is de Antenne Regiomonitor een kwalitatief onderzoek. Het gaat hier dus niet om het gebruik van individuele jongeren, maar over de inschatting van de jongerenwerkers over het gebruik binnen de groep. Dat is anders dan bij de andere op deze pagina beschreven onderzoeken, waarbij het middelengebruik bij de jongeren zelf is gemeten met vragenlijsten. In dit onderzoek is breed gekeken naar nicotinegebruik, inclusief e-sigaretten (vapes) en snus). Drie jongerenwerkers hebben aanvullende vragen beantwoord over het gebruik van e-sigaretten. Drie andere jongerenwerkers hebben aanvullende vragen beantwoord over snus-gebruik.

De Antenne Regiomonitor ziet groepen risicojongeren als vrienden- of hanggroepen bij wie er al sprake is van middelengebruik en die bij jongerenwerkers in beeld zijn. Binnen deze groepen speelt minstens één van de volgende problemen: Er moet sprake zijn van óf problematisch drugsgebruik; óf meervoudige problematiek in de omgeving van de jongeren (bijvoorbeeld binnen de familie, schoolsituatie of vriendengroep); óf overlast en criminaliteit.

De Antenne Regiomonitor heeft een paar beperkingen. De onderzochte jongerengroepen vormen geen representatieve steekproef voor alle jongerengroepen in de regio. Ook zijn er soms sterke verschillen tussen en binnen de jongerengroepen. Tenslotte onderzoekt de Antenne Regiomonitor bij verschillende metingen andere groepen. Dit maakt dat generalisaties of directe vergelijkingen met andere groepen of eerdere metingen niet goed mogelijk zijn. Een sterk punt van de Antenne Regiomonitor is dat dit onderzoek jongeren in risicogroepen bereikt. Andere onderzoeken bereiken deze jongeren vaak niet.

De laatste meting van de Antenne Regiomonitor was in 2023 [7]. Hierin beschreven jongerenwerkers in totaal 29 groepen risicojongeren uit verschillende regio's in Nederland. Het aantal jongeren in een groep varieerde van 10 tot 350 personen (meerderheid leeftijd 16 t/m 28 jaar). Gemiddeld zaten er ongeveer 20 jongeren in een jongerengroep.

Bronnen

1. Möhle M, Spronk D, Bilderbeek B, van Iperen P. Tool Middelenpreventie voor kwetsbare groepen [Internet]. Trimbos-instituut; 2024. Available from: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/03/AF2161-factsheet-middelenpreventie-voor-kwetsbare-groepen.pdf
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. Rombouts M, Visser D, Onrust S, Tuithof M, Scheffers-van Schayk T, Simon J, et al. Preventie en gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen onder jongeren met een licht verstandelijke beperking in het cluster 3-onderwijs: Kerngegevens uit het EXPLORE-onderzoek

2019. Trimbos-instituut; 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. 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.
6. 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.
7. Nabben T, Boekholt M, Benschop A. Antenne Nederland: Regiomonitor drugs en risicojongeren 2022-2023. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2024 p. 126.

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

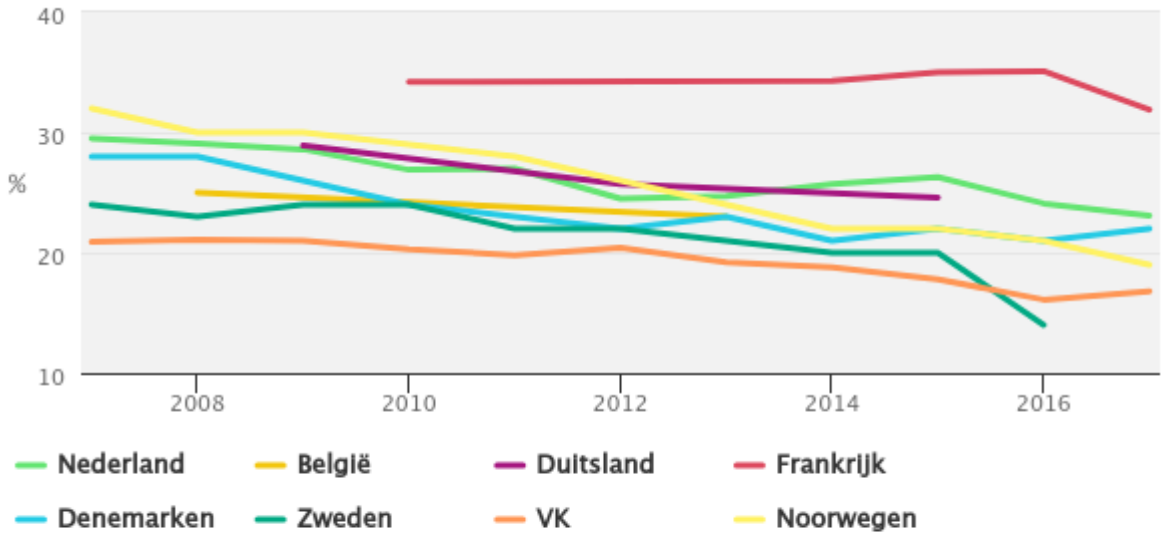
Op Europees niveau zijn er twee onderzoeken die het percentage rokers in de algemene bevolking op een uniforme manier monitoren, namelijk de Eurobarometer en de European Health Interview Survey (EHIS). De Eurobarometer is een survey die in opdracht van de Europese Commissie in 2006, 2009, 2012, 2014, 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 (%)					Noo (%)
	2009	**2012**	**2014**	**2017**	2020	**2009**	**2012**	**2014**	**2017**	2020	**200**
Griekenland	42	42	38	37	42	14	16	18	19	17	44
Frankrijk	33	28	32	36	28	26	24	22	22	26	41
Spanje	35	33	29	28	24	21	22	19	22	31	44
Oostenrijk	34	33	26	28	25	23	20	17	19	19	43
Portugal	23	23	25	26	21	13	15	12	14	15	64
Duitsland	25	26	27	25	24	26	26	22	21	21	44
Italië	26	24	21	24	23	16	13	16	14	16	57
Luxemburg	25	27	21	21	23	22	22	22	22	27	53
Finland	21	25	19	20	15	27	22	24	29	29	52
België	30	27	25	19	21	21	20	19	24	24	49
Denemarken	29	26	23	19	16	31	31	30	33	31	40
Ierland	31	29	21	19	18	20	19	19	18	34	49
Nederland	24	24	23	19	12	33	31	31	32	29	43
Verenigd Koninkrijk	28	27	22	17	12	25	26	19	22	31	47
Zweden	16	13	11	7	7	31	30	35	41	33	53

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 (%)					Dage (%)
	2003	**2007**	**2011**	**2015**	**2019**	**2003**	**2007**	**2011**	**2015**	**2019**	**2003**
Italië	64	61	59	58	55	38	37	36	37	32	22
Polen	67	56	56	55	50	31	21	29	25	22	21
Oostenrijk	80	75	-	53	48	49	45	-	28	23	36
Frankrijk	68	60	63	55	45	33	30	38	26	22	23
Duitsland	77	69	61	-	45	45	33	33	-	20	33
Denemarken	64	-	51	39	42	30	-	24	19	22	19
Spanje	59	46	35	37	41	27	26	19	22	21	26
Finland	70	60	60	47	39	38	30	34	22	17	25
Portugal	62	52	43	37	34	28	19	29	19	14	21
Griekenland	50	45	45	39	32	28	22	21	19	15	19
Nederland	57	46	52	39	31	31	30	29	21	15	22
Zweden	60	51	48	33	26	23	21	21	13	11	11
Noorwegen	62	46	37	28	25	28	19	14	10	10	19
België	61	47	47	31	-	32	23	26	15	-	22
Verenigd Koninkrijk	58	52	47	-	-	29	22	23	-	-	19
Verenigde Staten	-	35	30	-	-	-	14	12	-	-	-
Gemiddelde[1]	64	51	50	40	41	33	27	25	21	20	23

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[l]

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	201
Varenicline	112.000	47.000	56.000	40.000	37.000	43.000	56.000	52.000	47.0
Bupropion (ZYBAN)	17.500	7.000	7.000	5.000	4.200	4.300	4.600	4.400	5.3

Aantal gebruikers. l. 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

Ziekte

In het kort: Mensen die roken hebben een grotere kans op o.a. kanker, hart- en vaatziekten, luchtwegaandoeningen en diabetes. Ook meeroken vergroot het risico op deze aandoeningen. In Nederland zijn naar schatting ruim 670.000 mensen chronisch ziek door roken. Roken tijdens de zwangerschap vergroot het risico op een miskraam, vroeggeboorte en ernstige gezondheidsgevolgen voor het kind. Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van e-sigaretten het risico op verschillende (ernstige) aandoeningen vergroot.

In Nederland wordt 7,6% van de totale ziektelast veroorzaakt door roken

In 2022 kwam 7,6% van de totale ziektelast in Nederland door roken [1,2]. De ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die door ziekten wordt veroorzaakt. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's (Disability-Adjusted Life-Years). De DALY is opgebouwd uit 1) de jaren geleefd met ziekte en 2) de jaren verloren door vroegtijdige sterfte. In 2022 werd in Nederland 7,6% van het totaal aantal DALY's veroorzaakt door roken.

Mensen die roken hebben een grotere kans op kanker, hart- en vaatziekten, luchtwegaandoeningen en diabetes

Onderzoek toont aan dat mensen die roken een grotere kans hebben op kanker [3]. De meest voorkomende kankersoorten die ontstaan door roken zijn longkanker, hoofd-halskanker, slokdarmkanker en blaaskanker. Daarnaast is roken een grote risicofactor voor het ontstaan van hart- en vaatziekten, zoals een hartinfarct of een beroerte [3]. Mensen die roken hebben ook een groter risico op luchtwegaandoeningen zoals COPD en astma en op het ontwikkelen van diabetes type 2 [3]. Tot slot hebben rokers een grote kans op allerlei andere aandoeningen, waaronder ook psychische aandoeningen, voor meer informatie zie: www.vzinfo.nl/roken/gevolgen

In Nederland zijn naar schatting ruim 670.000 mensen chronisch ziek door roken

In 2022 hadden naar schatting 672.000 mensen in Nederland een chronische ziekte veroorzaakt door roken [3]. Het gaat hierbij dus met name om ziektes zoals kanker, hart- en vaatziekten, luchtwegaandoeningen en diabetes. De meest voorkomende chronische ziekte die wordt veroorzaakt door roken is COPD. In 2022 hadden naar schatting 378.390 mensen COPD door roken.

Ook mensen die meeroken hebben een grotere kans op longkanker, hart- en vaatziekten, luchtwegaandoeningen en diabetes

'Meeroken' is het inademen van tabaksrook uit de omgeving door mensen die zelf niet roken. Wanneer iemand vaak meerookt vergroot dit de kans op het ontwikkelen van longkanker en verschillende andere soorten kanker [3]. Ook vergroot meeroken het risico op hart- en vaatziekten,

luchtwegaandoeningen zoals COPD en astma, en diabetes type 2 [3].

Roken tijdens de zwangerschap vergroot het risico op een miskraam, vroeggeboorte en ernstige gezondheidsgevolgen voor het kind

Roken vóór de zwangerschap kan leiden tot verminderde vruchtbaarheid bij zowel mannen als vrouwen [3]. Daarnaast kan roken vóór de zwangerschap negatieve gevolgen hebben voor de zwangerschap en de gezondheid van zowel moeder als kind [3]. Vrouwen die tijdens de zwangerschap roken hebben een groter risico op een miskraam, vroeggeboorte en afwijkingen aan de placenta. Roken tijdens de zwangerschap vergroot ook het risico op ernstige gezondheidsgevolgen voor het kind, voor meer informatie zie: www.vzinfo.nl/roken/gevolgen

Lees hier hoeveel vrouwen rond de zwangerschap roken in Nederland.

Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van e-sigaretten het risico op kanker, hart- en vaatziekten, luchtwegaandoeningen en diabetes vergroot

Er zijn nog geen onderzoeksresultaten over de lange termijn effecten van e-sigaretten op de gezondheid, omdat e-sigaretten nog niet zo lang bestaan. Er zijn echter wel aanwijzingen dat het gebruik van e-sigaretten het risico op kanker vergroot [3]. Ook wordt het gebruik van e-sigaretten in verband gebracht met een verhoogd risico op hart en vaatzieken, luchtwegaandoeningen zoals COPD en astma, en diabetes type-2 [3].

Bronnen

1. VZinfo. Roken | Ziektelast [Internet]. 2024. Available from: https://www.vzinfo.nl/roken/ziektelast
2. VZinfo. Roken | Ziektelastcijfers [Internet]. 2024. Available from: https://www.vzinfo.nl/roken/ziektelastcijfers
3. VZinfo. Roken | Gevolgen [Internet]. 2024. Available from: https://www.vzinfo.nl/roken/gevolgen#gezondheidsgevolgen

12.6.2 Sterfte

Hoeveel mensen sterven in Nederland aan de gevolgen van roken?

In het kort: Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte. In 2023 overleden in Nederland naar schatting 19.420 mensen aan de gevolgen van roken en 1.050 aan de gevolgen van meeroken.

In 2023 overleden 19.420 mensen in Nederland aan de gevolgen van roken

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte. In 2023 overleden naar schatting 19.420 mensen in Nederland als gevolg van een ziekte veroorzaakt door roken [1]. Er zijn per ziekte grote verschillen in het percentage sterfgevallen dat kan worden toegeschreven aan roken. Bij strottenhoofdkanker 82%, longkanker (81%) en COPD (78%) zijn deze percentages het hoogst.

In 2023 overleden 1.050 mensen in Nederland aan de gevolgen van meeroken

‘Meeroken’ is het inademen van tabaksrook uit de omgeving door mensen die zelf niet roken. In 2023 overleden naar schatting 1.050 mensen als gevolg van een ziekte veroorzaakt door meeroken [1]. Deze mensen overleden met name aan longkanker, COPD en diabetes.

Stoppen met roken verkleint de kans op voortijdige sterfte door roken

Als iemand stopt met roken verkleint dit de kans op voortijdige sterfte door roken [1]. Hoe eerder iemand stopt, hoe meer het risico op voortijdige sterfte daalt. Maar ook mensen die op latere leeftijd nog stoppen met roken verkleinen het risico op voortijdige sterfte.

Sterfgevallen onder mannen en vrouwen die toe te wijzen zijn aan roken, voor 16 'aan roken gerelateerde aandoeningen'. Peiljaar 2023

	Aan roken gerelateerde sterfte			% van de totale sterfte dat het gevolg is van roken
Aandoening	Mannen	Vrouwen	Totaal	
Longkanker	4.730	3.280	8.010	81%
COPD	2.620	2.640	5.260	78%
Hartfalen	720	310	1.030	13%
Coronaire hartziekten	730	290	1.020	13%
Slokdarmkanker	730	220	950	47%
Beroerte	330	180	510	6%
COVID-19	330	130	460	15%
Dikkedarmkanker	250	170	430	10%
Alvleesklierkanker	230	180	410	13%
Blaaskanker	240	90	330	25%
Borstkanker	0	230	230	7%
Lip-, mondholte- en speekselklierkanker	120	90	210	54%
Strottenhoofdkanker	140	50	190	82%
Diabetes	100	60	160	6%
Nierkanker	100	40	140	16%
Maagkanker	60	30	90	8%
Totaal (16 oorzaken)	11.410	8.010	19.420	12%
Totale sterfte in Nederland	83.919	85.602	169.521	

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 2022; PAR = Populatie Attributief Risico. Bronnen: CBS, RIVM.

Bronnen

1. VZinfo. Roken | Gevolgen | Sterfte [Internet]. 2024. Available from: https://www.vzinfo.nl/roken/gevolgen/sterfte

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

Wetgeving, beleid en preventie

2.0 Over wetgeving en beleid

In het onderdeel Wetgeving en Eeleid wordt primair over recente ontwikkelingen gerapporteerd. De hoofdlijnen van wetgeving en Eeleid ten aanzien van alcohol, drugs en taEak 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 bij 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]. Daarnaast komen er regelmatig nieuwe psychoactieve stoffen (NPS) bij. Zodra een NPS na een risicobeoordeling onder de Opiumwet is gebracht, verschijnen er steeds weer nieuwe, nog legale, varianten op de markt. Deze varianten lijken qua effect sterk op de al verboden middelen, maar zijn door kleine verschillen in de chemische samenstelling nog wel legaal. Omdat aannemelijk is dat deze middelen vergelijkbare gezondheidsrisico’s zullen hebben, is in 2022 een wetsvoorstel ingediend waarin is voorgesteld om bepaalde groepen stoffen strafbaar te stellen. Het gaat om groepen stoffen waarvan de chemische structuur is afgeleid van middelen die al op lijst I van de Opiumwet zijn geplaatst na een uitgebreide risicobeoordeling. Vanwege de chemische verwantschap kan, worden aangenomen dat deze groepen stoffen zij vergelijkbare (ernstige) gezondheidsrisico’s met zich meebrengen als hun vertegenwoordigers op lijst I [4]. Begin 2024 heeft de Tweede Kamer het wetsvoorstel aangenomen, waarna het aan de Eerste Kamer is aangeboden [5] . Voor meer informatie over NPS, zie 2.1.2. Daarnaast regelt de Wet voorkoming misbruik chemicaliën (Wvmc) dat bepaalde chemische stoffen niet worden misbruikt om illegale drugs te produceren [6]. Voor meer informatie over de Wvmc, zie §2.1.5. 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 [7]. 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 sommige slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepines en barbituraten). Op basis van internationale risicobeoordelingen en besluitvorming van de Verenigde Naties (VN) en het European Union Drug Agency (EUDA) (voor 2 juli 2024 bekend als het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) of besluitvorming op nationaal niveau kunnen NPS aan een van de lijsten van de Opiumwet worden toegevoegd.

- Per 28 oktober 2021 is 3-MMC (3-methylmethcathinon) op lijst II van de Opiumwet geplaatst [8] . Dit gebeurde niet vanwege 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 [9]. 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 is 3-MMC op 10 april 2024 verplaatst van lijst II naar lijst I van de Opiumwet [10].
- 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 [9]. 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 [8]. Deze stoffen zijn op de lijst geplaatst vanwege hun ernstige gezondheidsrisico's en sociale risico's.
- Daarnaast zijn, ook vanwege hun ernstige gezondheidsrisico's en sociale risico's, op 10 april 2024 de middelen 2-methyl-AP-237, etazeen, etonitazepyn, protonitazeen, ADB-BUTINACA en α-PHiP toegevoegd aan lijst I [10].

In 2024 is het rapport 'Totaalrapportage 'Motie van Nispen'' verschenen. Deze rapportage is opgesteld naar aanleiding van een motie vanuit de Tweede Kamer waarin de regering werd opgeroepen om een onderzoek in te stellen naar de huidige omgang met typen drugs en om te onderzoeken of de huidige indeling van de Opiumwet, met drugs in twee lijsten, nog wel wetenschappelijk te rechtvaardigen is. De belangrijkste conclusies uit dit rapport zijn [11]:

- In 2011 is de huidige systematiek van de Opiumwet met het gebruik van de twee lijsten uitvoerig onderzocht. De belangrijkste conclusie toentertijd was dat er geen overwegende voordelen waren van het wijzigen van de systematiek met de twee lijsten in de Opiumwet. Het CAM en de risicobeoordelingscommissie zijn van mening dat het niet zinvol is om een dergelijk

onderzoek nogmaals te doen, omdat zij verwachten dat de uitkomsten vergelijkbaar zullen zijn. De opzet van de Opiumwet behoeft dus geen wijziging.
- Enkele middelen die zijn opgenomen in de Opiumwet zijn geselecteerd voor een lichte herbeoordeling. In een lichte herbeoordeling wordt opnieuw getoetst of deze middelen het advies zouden krijgen om opgenomen te worden in de Opiumwet. Het is een lichte vorm, omdat er geen volledige risicobeoordeling wordt gedaan. Een werkgroep vanuit de risicobeoordelingscommissie heeft deze herbeoordeling op zich genomen. De middelen die zijn herbeoordeeld zijn: LSD, MDMA/ecstasy, oxycodon, cannabis, GHB en 3-MMC.
- Van de meeste herbeoordeelde middelen is vastgesteld dat hun plaatsing op lijst I of II van de Opiumwet gerechtvaardigd is. Voor MDMA en LSD is er de overweging om een volledige risicobeoordeling te doen.
- De Staatssecretaris van Jeugd, Preventie en Sport heeft in beantwoording op Kamervragen over de voorgenomen volledige risicobeoordeling van LSD en MDMA, laten weten dat hij het CAM niet zal vragen om extra onderzoek te doen naar LSD. Hierin volgt hij de conclusie van het CAM, die luidt dat een dergelijk onderzoek niet urgent is. Op een eventuele volledige risicobeoordeling van MDMA zal de Staatssecretaris terugkomen, in reactie op het rapport van de Staatscommissie MDMA [12].

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, bijvoorbeeld door deze locaties (tijdelijk) te sluiten. In 2007 is de Wet Damocles uitgebreid, zodat artikel 13b Opiumwet niet alleen betrekking had op publiek-toegankelijke locaties, maar ook op woningen [13]. 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 [14] . 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 [15].
- Uit een onderzoek van de Rijksuniversiteit Groningen uit 2021 blijkt dat burgemeesters bij het nemen van een besluit ingaan op de argumenten die de belanghebbende heeft aangedragen in de zienswijze. Burgemeesters bieden echter niet altijd voldoende maatwerk. Opvallend is dat weinig burgemeesters 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 of in een ernstig geval zou een (tijdelijke) sluiting plaats kunnen vinden [15]
- 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 [15].
- Op verschillende manieren zijn stappen genomen om te voorkomen dat burgemeesters de

sluitingsbevoegdheid te ruim en te hard toepassen [15,16]. 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) [17,18]. 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 [15].

- 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 [19].
- 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, zo concluderen onderzoekers van de Rijksuniversiteit Groningen. In een onderzoek in het kader van het onderzoeksprogramma Politie en Wetenschap naar de bestuurlijke rapportage binnen de Wet Damocles adviseren onderzoekers van onder andere de Rijksuniversiteit Groningen om een landelijk, uniform format voor de bestuurlijke rapportage te ontwikkelen, waarbij aansluiting wordt gezocht bij het rechterlijke beoordelingskader van artikel 13b Opiumwet-besluiten [20].

In een verkennend onderzoek van Pro Facto uit 2023 zijn de mogelijkheden voor het monitoren van de gevolgen van de toepassing van de Wet Damocles onderzocht. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen de gevolgen voor bewoners, ondernemers, omwonenden en verhuurders en eigenaren van een pand, wanneer op grond van de Wet Damocles een maatregel wordt opgelegd [21].

- In het onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen de beoogde en onbedoelde gevolgen van de toepassing van de Wet Damocles. Onder de beoogde gevolgen voor bewoners en ondernemers wordt verstaan dat met de toepassing van de Wet Damocles (door het opleggen van een waarschuwing, last onder dwangsom of de sluiting van een pand) de overtreding van de Opiumwet wordt beëindigd en herhaling wordt voorkomen. De beoogde gevolgen van de toepassing van de Wet Damocles voor omwonenden zijn dat de openbare orde en veiligheid in de buurt worden hersteld, eventuele overlast verdwijnt en het woon- en leefklimaat wordt verbeterd [21].
- De toepassing van de Wet Damocles kan ook onbedoelde gevolgen hebben voor betrokkenen. Daarbij geldt dat sluiting van een pand omvangrijker en verstrekkender gevolgen kan hebben dan het opleggen van een waarschuwing of last onder dwangsom. Voor bewoners kan de sluiting van een pand een ontwrichtend effect hebben op hun leven. De sluiting van een pand kan leiden tot ontbinding van het huurcontract, tijdelijk of voor onbepaalde tijd geen huisvesting hebben en hogere kosten (in verband met bijvoorbeeld verhuizingen of juridische procedures). Voor ondernemers betekent de sluiting van een pand mogelijk de staking van bedrijfsvoering, verlies van inkomsten en verlies van vergunningen. Verhuurders kunnen te

maken krijgen met verlies aan inkomsten uit huur door huurderving en kosten die gepaard gaan met de sluiting. De sluiting van een pand geeft verhuurders echter ook de mogelijkheid om een huurcontract buitenrechtelijk te ontbinden. Voor de omwonenden kan de sluiting van een pand leiden tot een toename van de veiligheidsbeleving, doordat de overlast verdwijnt en orde wordt hersteld. De sluiting van een pand kan, vooral wanneer omwonenden geen overlast ervaarden, ook leiden tot een afname van de veiligheidsbeleving doordat omwonenden ineens geconfronteerd worden met het feit dat er drugsactiviteiten bij hen in de buurt plaatsvonden. De sluiting van een pand kan tevens leiden tot imagoschade aan de buurt [21].

- Over de beschikbare databronnen voor de monitoring is geconcludeerd dat bij gemeenten, woningcorporaties en andere (branche)organisaties mogelijk gegevens beschikbaar zijn die (indirect) zicht kunnen bieden op bepaalde gevolgen van de toepassing van de Wet Damocles. Daarbij geldt echter dat naar verwachting de meeste informatie die inzicht kan bieden in de gevolgen van de toepassing van de Wet Damocles op dit moment niet systematisch wordt geregistreerd. De informatie is daarnaast versnipperd over verschillende bronnen. De (verwachte) beschikbare informatie is met name kwalitatief van aard [21].
- Over de haalbaarheid van en mogelijkheden voor een landelijke, periodieke monitoring van de gevolgen van de toepassing van de Wet Damocles is geconcludeerd dat het opzetten van een dergelijke monitor zeer ingewikkeld is en daardoor niet of nauwelijks uitvoerbaar zal zijn. De redenen hiervoor zijn dat de benodigde informatie niet systematisch wordt bijgehouden, de informatie sterk versnipperd is over verschillende informatiebronnen en de meeste informatie beschikbaar is bij de betrokkenen zelf en niet bij instanties [21].
- In een beleidsreactie van 27 juni 2024 heeft de Minister van JenV aangegeven het advies van de onderzoekers op te volgen en geen periodieke monitor in te stellen. Wel wordt het WODC gevraagd verdiepend onderzoek te doen naar de toepassing van artikel 13b Opiumwet. Een dergelijk onderzoek kan een vergelijkbaar inzicht verschaffen als een periodieke monitor en is beter uitvoerbaar. Het onderzoek is in het najaar van 2024 van start gegaan [22].

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 [23]. 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 [24].

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. E.K. 36159-A. 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: Eerste Kamer der Staten-Generaal; 2024.
6. 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
7. T.K.35830-VI-1. Departementaal jaarverslag 2020 Justitie en Veiligheid (VI): Ontvangen 19 mei 2021. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
8. 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.
9. 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.
10. Stb-90. Besluit van 10 april 2024, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing van enkele stoffen op deze lijst en verplaatsing van het middel 3-MMC van lijst II naar lijst I. Den Haag: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; 2024.
11. CAM. Totaalrapportage “Motie Van Nispen.” Bilthoven: CAM; 2024.
12. Sport M van Volksgezondheid Welzijn en. Kamervragen over een voorgenomen volledige risicobeoordeling van LSD en MDMA. Kenmerk: 3927343-1069378-VGP. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2024.
13. 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.
14. T.K. 34763-2. Wijziging van de Opiumwet (verruiming sluitingsbevoegdheid). Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2017.
15. Bruijn L. M, Vols M. Onderzoek toepassing artikel 13b Opiumwet. Rijksuniversiteit Groningen, Centrum voor openbare orde en veiligheid; 2021.
16. 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.
17. 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.
18. 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.

19. T.K. 24077-503. Drugbeleid; Brief regering; opvolging toezeggingen en moties drugsbeleid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
20. 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.
21. Winter H, Boxum C, Beukers M, Cazemier J, Bartlema C. Mogelijkheden voor het monitoren van de gevolgen van de toepassing van de Wet Damocles. Groningen; 2023.
22. T.K. 24763-21. Beleidsreactie op het onderzoek van het WODC naar de mogelijkheden voor het monitoren van de gevolgen van de toepassing van de Wet Damocles. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2024.
23. Stc. 49836, 2020. Richtlijn voor strafvordering voorbereiding/bevordering synthetische drugs (2020R002). Den Haag: Rijksoverheid ; 2020.
24. 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 werking 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. Door kleine structurele veranderingen in de chemische structuur ten opzichte van reeds verboden middelen of de scheikundige samenstelling daarvan, vallen nieuwe drugs regelmatig niet onder de Opiumwet. Zodra een individuele NPS op grond van een risicobeoordeling onder controle is gebracht, verschijnt er vaak snel weer een nieuwe variant op de markt met naar verwachting vergelijkbare of zelfs grotere gezondheidsrisico's. Om deze ontwikkeling te stoppen is een wetsvoorstel ontwikkeld voor een generiek verbod op bepaalde veel voorkomende stofgroepen NPS, door middel van toevoeging van lijst IA aan de bestaande lijsten I en II van de Opiumwet. De voorgestelde lijst IA bevat de volgende stofgroepen: 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].

Het wetsvoorstel is in juli 2022 aangeboden aan de Tweede Kamer. In december 2023 heeft de Tweede Kamer dit wetsvoorstel behandeld. Nadat een meerderheid van de Tweede Kamer met de wetswijziging instemde, is de aangepaste wetswijziging in januari 2024 naar de Eerste Kamer gestuurd [2]. Bij de behandeling in de Tweede Kamer zijn twee moties aangenomen:

- De eerste motie heeft betrekking op onlineshops die NPS aanbieden. De motie verzoekt de regering om in kaart te brengen op welke schaal deze websites NPS aanbieden en welke voorwaarden aan klanten gesteld worden met betrekking tot de aankoop van NPS. Daarnaast wordt de regering in de motie verzocht om te onderzoeken hoe snel deze websites uit de lucht gehaald kunnen worden [3].
- De tweede motie ziet op de implementatie van de gewijzigde Opiumwet. In de motie wordt de regering verzocht om de wetswijziging gepaard te laten gaan met brede communicatie en voorlichting over alle drugs. Deze voorlichting zou gericht moeten zijn op alle doelgroepen en in het bijzonder op kwetsbare doelgroepen [4].

Nadat een meerderheid van de Tweede Kamer met de wetswijziging instemde, is de aangepaste wetswijziging in januari 2024 naar de Eerste Kamer gestuurd [5,6] Na twee schriftelijke vragenrondes aan de betrokken ministeries heeft de Eerste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in oktober 2024 nog een aantal deskundigen geconsulteerd voor de beantwoording van enkele vragen. Op 28 januari 2025 heeft een meerderheid van de Eerste Kamer met de wetswijziging ingestemd [7]. De nieuwe wet treedt in werking op 1 juli 2025.

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. E.K. 36159-A. 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: Eerste Kamer der Staten-Generaal; 2024.
3. T.K. 36159-15. 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: Motie van het lid Krul. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
4. T.K. 36159-16. 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: Motie van het lid Tielen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
5. 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.
6. E.K. 36159-A. 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: Eerste Kamer der Staten-Generaal; 2024.
7. Rijksoverheid. Eerste Kamer stemt voor designerdrugsverbod. https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2025/01/28/eerste-kamer-stemt-voor-designerdrugsverbod. 2025.

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 Openbaar Ministerie (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 zogenaamde AHOJGI-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 ervoor kiezen om niet alle AHOJGI-criteria te handhaven. Daarnaast kunnen gemeenten aanvullende vestigingscriteria vastleggen in het lokale coffeeshopbeleid, specifiek gericht op de lokale situatie.

Het beleid dat gemeenten voeren, is in 2022 nauwelijks veranderd ten opzichte van de vorige meting over 2020. Dit blijkt uit een tweejaarlijkse monitor over het aantal coffeeshops en gemeenten die een coffeeshopbeleid voeren [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 (waarbij meestal een 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 handhaving van de AHOJGI-criteria opgenomen in hun lokale

coffeeshopbeleid. In de praktijk blijkt dat eind 2022 de handhaving van 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. Voor het A-(Geen Affichering) en G-(Hoeveelheden per transactie kleiner dan 5 Gram) is dat in bijna alle coffeeshopgemeenten het geval. 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 Experiment gesloten coffeeshopketen [7]. De benodigde wetswijziging is in maart 2024 door de Tweede Kamer verworpen, waardoor Amsterdam-Oost geen onderdeel wordt van het Experiment gesloten coffeeshopketen [8]. 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

- Met de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Wet Bibob) wordt de integriteit van de overheid beschermd, doordat het middels een screeningsbevoegdheid voorkomt dat overheden criminaliteit faciliteren. Met toepassing van de wet zijn overheden bevoegd om overheidsopdrachten, vastgoedtransacties en beschikkingen zoals vergunningen en subsidies aan personen of bedrijven te weigeren of in te trekken als blijkt dat er een 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. De Wet Bibob is ook van toepassing op vergunningen voor coffeeshops. 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 weigeren hem de vergunning te verlenen of een reeds verleende vergunning intrekken.

- Gemeenten doen altijd eerst eigen Bibob-onderzoek, maar kunnen zich vervolgens over de mate van gevaar dat een vergunning misbruikt wordt voor criminele doeleinden laten adviseren door het Landelijk Bureau Bibob (LBB). Dankzij verschillende wetswijzigingen kunnen gemeenten zelf steeds meer (politie- en justitiële) informatie opvragen over de betrokkene (lees: de vergunningsaanvrager) en zijn zakelijke relaties [9,10]. Met zakelijke relaties kunnen bijvoorbeeld personen worden bedoeld die direct of indirect leidinggeven aan de aanvrager, vermogen verschaffen of hebben verschaft of direct of indirect zeggenschap hebben of hebben gehad op de aanvrager (zoals aandeelhouders). Ook andere zakelijke samenwerkingsverbanden vallen binnen het bereik.
- 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 [11].
- In 2024 en 2025 wordt de Wet Bibob geëvalueerd in opdracht van het WODC, de resultaten van deze evaluatie worden in 2025 verwacht.

Experiment gesloten coffeeshopketen

De aanloop naar de start van het Experiment gesloten coffeeshopketen, dat in het regeerakkoord van oktober 2017 was opgenomen en volgens het Coalitieakkoord van december 2021 werd voortgezet, neemt 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 [12]).

- 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 bestaat uit vijf fases [13]. De vijf fases van het experiment zijn: 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 kwantiteit, kwaliteit en diversiteit van de door de aangewezen telers geteelde cannabis voldoende is om de deelnemende coffeeshops volledig en permanent te kunnen voorzien. Als begonnen zou worden terwijl nog niet aan deze eisen is voldaan, is er het risico dat de coffeeshops onvoldoende in voorraad hebben en/of dat consumenten niet tevreden zijn, met het risico dat zij zich tot illegale markten zullen wenden. Tot slot volgt de afbouwfase

waarin wordt teruggekeerd naar de situatie zoals deze was voor de aanvang van het experiment, waarmee voldaan wordt aan de gedoogcriteria van het huidige beleid, tenzij het kabinet anders besluit. De afbouwfase is bedoeld om te voorkomen dat na de experimenteerfase meteen in strijd met de wet wordt gehandeld [7,14].
- Een onafhankelijke commissie, bestaande uit wetenschappers en deskundigen onder voorzitterschap van professor Knottnerus heeft de regering geadviseerd over het opzetten van het experiment [15,16].

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 [17]. Het besluit en de ministeriële regeling zijn in 2022 gewijzigd, wegens enkele gebleken onduidelijkheden, vooral van technische aard [18,19].

- Tien gemeenten nemen deel aan het experiment, namelijk Arnhem, Almere, Breda, Groningen, Heerlen, Voorne aan Zee, Maastricht, Nijmegen, Tilburg en Zaanstad [15]. In het Coalitieakkoord 2021-2025 werd voorgesteld dit uit te breiden met een grote stad [20].
- 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 [21,22]. In juni 2023 gaven de ministers van VWS en JenV aan stadsdeel Oost toe te willen voegen aan het landelijk Experiment gesloten coffeeshopketen. In dit stadsdeel zijn tien coffeeshops gevestigd [23,24]. De wetswijziging om deelname van het Amsterdamse stadsdeel Oost als elfde gemeente mogelijk te maken is in maart 2024 echter door de Tweede Kamer verworpen [24].
- In het kader van het experiment 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 [25]. 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 [21,26].
- 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 kon in twee gemeenten, Breda en Tilburg, eerder begonnen worden met de levering van cannabis aan coffeeshops, terwijl coffeeshops ook nog mochten inkopen bij hun oude leveranciers. Het doel van deze aanloopfase was om de geslotenheid van de keten en alle processen en systemen in de keten op kleine schaal te testen, zodat de start in alle tien gemeenten soepeler zou verlopen. Er werd gestreefd naar een aanloopfase met een beperkte duur (maximaal zes

maanden), zodat daarna de overgangsfase in alle andere gemeenten kon starten [18]. Op 15 december 2023 is de aanloopfase van start gegaan [27,28].

- In de aanloopfase zijn ervaringen opgedaan en lessen getrokken die worden meegenomen in de overgangs- en experimenteerfase. Dat betreft het volgende [29]:
    - In de aanloopfase is gebleken dat een van de vooraf gestelde voorwaarden, namelijk een maximale hadelsvoorraad van de gereguleerde producten (500 gram per coffeeshop), praktisch niet uitvoerbaar is. Er is tijdens de aanloopfase besloten deze beperking op te heffen. De burgemeesters kregen vanaf 15 maart 2024 toestemming om de toegestane handelsvoorraad van maximaal een weekvoorraad aan te houden, zoals ook geldt tijdens de overgangsfase en experimenteerfase. Op grond van de regelgeving van het Experiment kunnen de burgemeesters nadere regels stellen ten aanzien van de maximale toegestane handelsvoorraad.
    - Er wordt middels een track & trace-systeem toezicht gehouden door inspecteurs van de Inspectie Justitie en Veiligheid (IJenV), de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA) en de gemeenten. Tijdens de aanloopfaseheeft er drie keer een storing plaatsgevonden en bleek dat de afwezigheid van een koppeling met het kassasysteem kan leiden tot fouten in registratie. De ervaringen met het track & trace-systeem hebben ertoe geleid dat het systeem is geüpdatet en verbeterd, en dat de uitleg over het systeem is verduidelijkt.
    - Er zijn enkele aandachtspunten geformuleerd door de politie met betrekking tot de eis dat de levering van cannabisproducten uitsluitend via beveiligd vervoer plaatsvindt. Deze aandachtspunten hebben betrekking op de praktische uitvoering van de vergunningverlening door Dienst Justis, de toepassing van de gestelde eisen aan beveiligd vervoer en het toezicht hierop.
    - In de aanloopfase is het belang van contact tussen de verschillende deelnemers van het experiment gebleken. Het gaat om contact tussen partijen als coffeeshophouders, telers, inspectie en gemeente. Zij moeten regelmatig communiceren over problemen die zich voordoen en gezamenlijk naar oplossingen zoeken. Op dit contact zal daarom ingezet blijven worden gedurende het experiment.
- Op 17 juni 2024 is de overgangsfase van start gegaan [29]. In de overgangsfase mogen de coffeeshops van de tien gemeenten die deelnemen aan het experiment starten met de verkoop van gereguleerde cannabisproducten; de gedoogde voorraad kan geleidelijk worden vervangen door de gereguleerde producten. Deze overgangsfase zal niet (zoals eerder gecommuniceerd) zes weken maar drie maanden duren, zodat er voldoende tijd is om de kwantiteit, kwaliteit en diversiteit van de geproduceerde producten te optimaliseren voordat de experimenteerfase van start gaat [28].
- Op 5 augustus 2024 is de overgangsfase nogmaals verlengd. Een voorwaarde om te starten met de experimenteerfase is het aanwezig zijn van voldoende kwaliteit, kwantiteit en diversiteit van hennep en hasjiesj om alle deelnemende coffeeshops te bevoorraden. Op de beoogde startdatum (16 september 2024) zou dat nog niet het geval zijn geweest. Er wordt gewacht tot zowel de kwaliteit, de kwantiteit als de diversiteit voldoende is bij alle telers. Dit om te voorkomen dat er een tekort aan gereguleerde cannabis(producten) is tijdens de experimenteerfase, waarin coffeeshops enkel nog gereguleerde producten mogen verkopen. Er werd naar gestreefd om in november 2024 te communiceren of alle telers kunnen zorgen voor voldoende voorraad bij de coffeeshops en indien mogelijk een nieuwe startdatum voor de experimenteerfase te communiceren. In november 2024 is hier echter geen nieuwe informatie

over gepubliceerd [28,30].

Van september 2021 tot april 2022 vond een voormeting plaats. 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 [31]. De Tweede Kamer is op 31 mei 2023 geïnformeerd over het rapport van de voormeting [31].

In het verlengde van het vooronderzoek is in 2024 over de nulmeting van het Experiment gesloten coffeeshopketen gerapporteerd [32]. In de nulmeting is de situatie voorafgaand aan het experiment rondom coffeeshops, bezoekers en de illegale cannabismarkt in tien zogenoemde 'interventiegemeenten' vergeleken met negen vergelijkbare gemeenten. De interventiegemeenten nemen deel aan het Experiment gesloten coffeeshopketen en de negen vergelijkingsgemeenten niet. De nulmeting legt de basis voor vervolgmetingen waarmee de ontwikkelingen in de twee groepen gemeenten kunnen worden gevolgd. De belangrijkste bevindingen uit de nulmeting over de situatie voorafgaand aan de start van het Experiment gesloten coffeeshopketen (najaar 2022) zijn [32]:

- De situatie in de interventiegemeenten is over het algemeen vergelijkbaar met de situatie in de vergelijkingsgemeenten [32].
- Bezoekers van coffeeshops zijn in de gedoogsituatie overwegend tevreden met het aanbod, de prijs en de gebruikerservaring van illegaal geproduceerde cannabis die wordt verkocht in coffeeshops. In de directe omgeving van coffeeshops wordt weinig overlast ervaren van de (bezoekers van) coffeeshops [32].
- De belangrijkste redenen om cannabis buiten de coffeeshop te kopen, zijn de prijs en de prijs-kwaliteitverhouding. Andere redenen zijn de mogelijkheid om grotere hoeveelheden te kopen en de service van een bezorgdienst. De kwaliteit van illegaal gekochte cannabis werd zowel in interventiegemeenten als in vergelijkingsgemeenten als goed beoordeeld. In interventiegemeenten werd meer via vrienden gekocht dan in de vergelijkingsgemeenten [32].

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. Door vele wijzigingen in de planning zal ook de rapportage over het eerste experimenteerjaar later gepubliceerd worden dan de initiële planning. Ook was het innemen van een kabinetsstandpunt in 2024 een opgave uit het coalitieakkoord van 2021. Het is aan het nieuwe kabinet dat in 2024 is geïnstalleerd om een standpunt in te nemen op een nader te bepalen moment.

De voorlichting van consumenten is ook onderdeel van het experiment. Voorafgaand aan het Experiment gesloten coffeeshopketen (in 2020) heeft het Trimbos-instituut een advies uitgebracht over het voorkomen van een eventuele stijging van cannabisgebruik ten tijde van het experiment [33]. Op basis van het advies is een aantal preventieve instrumenten gevormd [34]. 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 [25]. Ook is voorlichtingsmateriaal over het experiment voor allerlei doelgroepen ontwikkeld en worden online zelfhulpinterventies voor verschillende doelgroepen met verschillende problematiek geïmplementeerd. Daarnaast is er een bijsluiter ontwikkeld over het gebruik van cannabis. Hierin worden onder andere de negatieve gevolgen van gebruik uitgelegd en worden tips om deze negatieve gevolgen te minimaliseren gegeven. Ook wordt er informatie gegeven over het gebruik van cannabis, over het experiment Gesloten Coffeeshopketen en wordt er verwezen naar kanalen waar hulp en advies kan worden ingewonnen [35].

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; 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. T.K. 47-14-1. Stemming Wijziging van de Wet experiment gesloten coffeeshopketen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2024.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Rijksoverheid. Experiment gesloten coffeeshopketen (wietexperiment) [Internet]. 2022. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/experiment-gesloten-coffeeshopketen-wietexperiment
13. Rijksoverheid. Fasering wietexperiment [Internet]. Available from: https://www.inspectie-jenv.nl/toezichtgebieden/wet-experiment-gesloten-coffeeshopketen/fasering-wietexperiment
14. 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.
15. T.K.34997-29. Bijlage: Tweede rapportage van de adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
16. Experiment gesloten cannabisketen A. Een experiment met een gesloten cannabisketen. Den Haag: Adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen; 2018.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Concept-verslag van een commissiedebat 22 februari 2023, commissie drugbeleid . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
22. T.K. 24077-506. Drugbeleid; Brief regering; Stand van zaken Experiment Gesloten Coffeeshopketen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
23. Amsterdam G. Amsterdam schuift stadsdeel Oost naar voren voor landelijk wietexperiment . https://www.amsterdam.nl/nieuws/nieuwsoverzicht/wietexperiment/#:~:text=Amsterdam%20draagt%20stadsdeel%20Oost%2C%20dat,gedoogbeleid%20voor%20cannabis%20kan%20vervangen. 2023.
24. TK 47 2023-2024. Wijziging Wet experiment gesloten coffeeshopketen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2024.
25. T.K. 34997-489. Voortgang experiment gesloten coffeeshopketen; Brief regering . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
26. 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.

27. T.K. 3695108-1053528-VGP. Kamerbrief: Startdatum aanloopfase Experiment gesloten coffeeshopketen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
28. Volksgezondheid W en S Ministerie van. Brief regering: Startdatum overgangsfase Experiment gesloten coffeeshopketen. Kenmerk: 3790812-1063159-VGP. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal. 2024.
29. T.K. 24077-545. Kamerbrief stand van zaken Experiment gesloten coffeeshopketen en coffeeshopbeleid. . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2024.
30. Sport kenmerk: 3900256-1068663-VGP M van Volksgezondheid Welzijn en. Brief regering: Ontwikkelingen Experiment gesloten coffeeshopketen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2024.
31. Mennes R, Hoorens S, van Laar M, Monshouwer K, Olthof M, Oomen P, et al. Onderzoek experiment gesloten coffeeshopketen: Rapportage voormeting 2021. Rotterdam; 2023.
32. Mennes R, Hoorens S, Van Laar M, Monshouwer K, Andree R, Oomen P, et al. Onderzoek Experiment gesloten coffeeshopketen. Rapportage nulmeting 2022. Breuer&Intraval, RAND Europe, Trimbos-instituut; 2024.
33. Möhle M, Spronk D, Van Leeuwen L. Advies preventieaanpak Experiment gesloten coffeeshopketen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
34. T.K.24077-472. Drugbeleid; Brief regering; Stand van zaken Experiment gesloten coffeeshopketen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
35. Rijksoverheid. Bijsluiter Cannabis. 2023.

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 zijn niet geregistreerd als geneesmiddel, maar vallen onder de Opiumwet en zijn alleen op recept af te halen bij de apotheek. Deze producten worden niet vergoed door de zorgverzekering, dus de patiënt moet deze zelf betalen, hoewel er in het verleden zorgverzekeraars zijn geweest die uit coulance in individuele gevallen wel tot vergoeding overgingen. Op grond van het advies van het Zorginstituut Nederland dat stelde dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs was voor pijnreductie of verbetering van kwaliteit van leven, is hierin geen verandering gekomen [4] Een kleine groep patiënten komt wél in aanmerking voor een vergoeding van een geneesmiddel op basis van extracten verkregen uit 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 [5]. 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 [6,7]. 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 [7,8]. 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 [9]. Naast dit onderzoek lopen er nog vier andere onderzoeken naar de effecten van medicinale cannabis bij verschillende soorten patiënten [10]. 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 aangeven cannabis te gebruiken om medicinale redenen, doet dit zonder doktersrecept. Zij kopen de cannabis in de coffeeshop of telen het zelf, zie hiervoor ook §3.2.4. 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 [11].
- 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.

Evaluatie BMC

- Cannabis is door de Commissie voor verdovende middelen van de Verenigde Naties (CND) geschrapt van lijst IV van het Verdrag van 1961 inzake verdovende middelen (waar stoffen op staan die zeer verslavend zijn en weinig of geen medische waarde hebben). Daardoor kan wetenschappelijk onderzoek naar het therapeutische effect van cannabis vergemakkelijkt worden. Cannabis blijft wel op lijst I van het Verdrag staan [12].
- Het ministerie van VWS heeft aangekondigd de rol en taken van het Bureau voor Medicinale Cannabis (BMC) te gaan herzien. Dit is nu verboden. Allereerst door een andere invulling te

geven aan de wettelijke taken van het 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 ministerie van VWS is momenteel bezig met de juridische en beleidsmatige uitwerking van deze herziene rol van het BMC [13].

- Het BMC is in 2021 met het oog hierop geëvalueerd. De eerste taak van het BMC is het voorzien van medicinale cannabis van goede, constante kwaliteit aan apotheken voor verstrekking aan patiënten. Dit loopt goed, zij het dat niet alle patiënten bereikt worden. Oorzaken hiervoor zijn mogelijk een aanbod dat onvoldoende gevarieerd is of een lage bereidheid van artsen om medicinale cannabis voor te schrijven. Het uitvoeren van de tweede taak, het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek naar de geneeskundige werking van medicinale cannabis, komt sinds 2018 beter op gang [14].
- 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.
- 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 [10]. 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 [8]. Het bezit en het telen van cannabisplanten voor eigen medicinaal gebruik blijft dan ook wettelijk verboden [15].
- Bovenstaande aspecten zijn duidelijk geworden naar aanleiding van pogingen van een patiëntenvereniging om op gemeentelijk niveau (via de burgemeester) kweek van medicinale cannabis voor eigen gebruik toe te staan, onder strikte voorwaarden. Er zou bij gemeenten een stijgende behoefte zijn aan het versoepelen van regels [15]. De burgemeester kan wel met de politie en het Openbaar Ministerie (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 [15]. Het beleid dienaangaande wordt lokaal bepaald en dat betekent dat gemeenten er verschillend mee om kunnen gaan. Zo is bijvoorbeeld in de gemeente Tilburg door de lokale driehoek besloten dat onder strikte voorwaarden afgezien kan worden van handhaving bij thuisteelt van vijf planten of minder [1].
- Overigens zijn er in de loop der jaren gevallen geweest waarin de strafrechter heeft geoordeeld dat het kweken van wietplanten voor eigen medicinaal gebruik niet werd bestraft, omdat er sprake was van een uitzonderlijke situatie waarin het beroep op overmacht in noodtoestand, een rechtvaardigingsgrond die de wederrechtelijkheid van de gedraging doet vervallen, slaagde.
- De Minister van VWS heeft onderzocht of het mogelijk is om 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 [16].
- 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. Zo kunnen inhoudsstoffen per plant en per oogst verschillen en daardoor niet goed gedoseerd worden, zoals het geval is bij een geneesmiddel [1].

Therapeutisch gebruik van MDMA

In het Coalitieakkoord 2021-2025 is opgenomen dat een Staatscommissie Ecstasy (MDMA) ingesteld wordt. Deze Staatscommissie is gevraagd om de status van ecstasy (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 is de commissie gevraagd 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) [17]. In maart 2023 informeerde de Minister van VWS de Tweede Kamer dat de Staatscommissie MDMA is ingesteld [18]. In januari 2024 is besloten de instellingsduur met drie maanden te verlengen en uiterlijk 30 april 2024 advies uit te brengen [19]. Na een verlenging van de instellingsduur is op 6 juni 2024 het rapport ‘MDMA Voorbij de extase’ van

de Staatscommissie MDMA verschenen. De belangrijkste conclusies van het onderzoek en adviezen die hieruit voortvloeien zijn [20]:

- De Staatscommissie concludeert op basis van de huidige beschikbare kennis dat het verslavingsgevaar van MDMA laag is. Ook de schadelijkheid lijkt, zeker in relatie tot andere middelen, relatief laag te zijn. Hierbij wordt erop gewezen dat er nog te weinig onderzoek is gedaan naar zeldzame complicaties, zoals het gebruik in een warme omgeving of het gebruik in combinatie met andere middelen. Ook is er nog te weinig onderzoek gedaan naar het aantal MDMA-gerelateerde sterfgevallen.
- De Staatscommissie adviseert om de plaatsing van MDMA op Lijst I van de Opiumwet te handhaven. Hoewel de gezondheidseffecten in vergelijking met de andere middelen op Lijst I niet ernstig zijn, adviseert de Staatscommissie MDMA niet te verplaatsen van Lijst I naar Lijst II. De reden hiervoor is dat plaatsing op lijst I van de Opiumwet het enige wettelijke kader is dat de opsporingsinstanties voldoende mogelijkheden biedt om drugscriminaliteit tegen te gaan.
- Uit een recent klinisch onderzoek blijkt dat MDMA-ondersteunde therapie (assisted therapy in het Engels) (MDMA-AT) een veilige en zeer effectieve behandeling is voor PTSS. In de Verenigde Staten en Australië worden stappen ondernomen om MDMA-AT aan te bieden. In de Europese Unie is dit nog niet het geval. De Staatscommissie adviseert om de toepassing van MDMA-AT bij PTSS-klachten zo snel mogelijk te faciliteren.
- De Staatscommissie wijst erop dat er in toenemende mate belangstelling is voor MDMA-AT. Omdat er nog geen wettelijke kaders zijn die de toepassing van MDMA-AT mogelijk maken, leidt dit tot ongekwalificeerde aanbieders van MDMA-AT en hierop geïnspireerde therapieën. De Staatscommissie adviseert de overheid dan ook om beleid te maken op aanbieders van psychedelica-ondersteunde therapie. Zo kan de potentiële doelgroep veilig gebruikmaken van een dergelijke therapie, waarbij ze zich bewust zijn van mogelijke gezondheidsrisico's. Om verder onderzoek te doen naar de therapeutische toepassing van psychedelica hebben het Ministerie van VWS en ZonMw 2,6 miljoen euro beschikbaar gesteld. Het ZonMw-programma Goed Gebruik Geneesmiddelen zal invulling en uitvoering geven aan de besteding van deze onderzoeksgelden.

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. 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.
6. 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.
7. T.K.29477-532. Geneesmiddelenbeleid: Brief regering: Voortgangsbrief geneesmiddelenbeleid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
8. 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.
9. T.K. 29477-776. Geneesmiddelenbeleid; verslag van een commissiedebat gehouden op 9 juni 2022 over geneesmiddelenbeleid/hulpmiddelenbeleid/pakketbeheer. Den Haag: Tweede Kamer; 2022.
10. T.K. 29477-813. Geneesmiddelenbeleid: Verslag van een schriftelijk overleg. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
11. Europese Unie H van Justitie van de. CDB Uitspraken Hof van Justitie van de Europese Unie op InfoCuria [Internet]. 2022. Available from: https://curia.europa.eu/juris/documents.jsf?num=C-663/18
12. T.K.26150-191. Algemene Vergadering der Verenigde Naties; Brief regering; Reactie op verzoek commissie inzake Reactie op voorstel voor een besluit van de raad over de toevoeging van een stof aan tabel I bij het Verdrag van de VN tegen de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
13. T.K. 29477-755. Geneesmiddelenbeleid; Brief regering; Beleidsinzet Medicinale Cannabis. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
14. Blokzijl L, De Groot E., Van Dijke T. Evaluatie Bureau voor medicinale cannabis. Utrecht: Bureau Berenschot; 2021.
15. T.K.Aanhangsel-1554. Antwoord op vragen van het lid Bergkamp over het bericht dat wietolie zo populair is dat gemeenten soepeler regels overwegen. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2018.
16. T.K.Aanhangsel-357. Antwoord op vragen van het lid Kuiken over de inbeslagname van twee wietplanten voor medicinale cannabis. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
17. T.K. 24077-500. Drugsbeleid: Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag; Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
18. T.K. 24077-512. Drugsbeleid: Kamerbrief over instelling Staatscommissie MDMA. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
19. Stc-2610. Besluit van 11 januari 2024, nr. 2024000013, houdende wijziging van het Instellingsbesluit Staatscommissie MDMA in verband met een verlenging van de instellingsduur. 2024.
20. MDMA S. MDMA. Voorbij de extase. Den Haag; 2024.

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 per 1 april 2023 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 momenteel moeilijk worden aangetoond, omdat lachgas, met de beschikbare detectiemiddelen, 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].
- Begin 2024 is een onderzoek van TNO, Maastricht Universitair Medisch Centrum en Leiden Universiteit Medisch Centrum gepubliceerd, waaruit blijkt dat recreatief lachgasgebruik tot minstens 60 minuten na het inhaleren meetbaar is in adem en bloed. Ook bevestigt het onderzoek dat het lachgasgebruik de rijvaardigheid dusdanig beïnvloedt dat deelname aan het verkeer onverantwoord is. Verder blijkt uit het onderzoek dat het ontwikkelen van een betrouwbaar instrument om lachgasgebruik te meten, technisch haalbaar is [7].
- Het inwerkingtreden van het verbod op lachgas 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 preventiemateriaal opgesteld voor jongeren om hen te wijzen op de risico’s van het gebruik van lachgas [8]. Er zijn allerlei informatieproducten ontwikkeld (flyer, factsheet, video, website) gericht op speciale doelgroepen, zoals ouders en docenten, uitgaanders, professionals, maar ook op het algemene publiek. Voor gemeenten, handhavers, en preventieprofessionals heeft het Trimbos-instituut daarnaast een handreiking opgesteld. Extra aandacht is uitgegaan naar het ontwikkelen van voorlichtings- en preventiemateriaal voor twee specifieke aandachtsgebieden: lachgasgebruik onder jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond en lachgasgebruik in het verkeer. Zie ook Trimbos.nl | Lachgas.
- Tussen 2019 en 2023 is het lachgasgebruik in Nederland gedaald. Recentere gegevens over lachgasgebruik in Nederland (en de eventuele invloed van het verbod op lachgas) zijn niet beschikbaar. Zie ook Trimbos.nl | Lachgas.
- In 2023 heeft de Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat de Tweede Kamer geïnformeerd over de kabinetsinzet met betrekking tot het probleem van weggegooide lachgasflessen. Deze cilinders veroorzaken soms explosies in afvalovens. In april 2024

bevestigde de Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat aan de Tweede Kamer dat het Rijk de afvalverwerkers niet zou compenseren voor de geleden schade. Wel zou in een pilot worden onderzocht hoe lachgascilinders door de afvalverwerkers tijdig in het afval kunnen worden gedetecteerd om explosies te voorkomen. In 2023 heeft de Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat de Tweede Kamer geïnformeerd over de kabinetsinzet met betrekking tot het probleem van weggegooide lachgasflessen. Deze cilinders veroorzaken soms explosies in afvalovens. In april 2024 bevestigde de Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat aan de Tweede Kamer dat het Rijk de afvalverwerkers niet zou compenseren voor de geleden schade. Wel zou in een pilot worden onderzocht hoe lachgascilinders door de afvalverwerkers tijdig in het afval kunnen worden gedetecteerd om explosies te voorkomen [9].

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. Jiménez D, Vinckenbosch F, Ramaekers J. Recreatief Lachgasgebruik. Aantoonbaarheid in bloed, speeksel en uitgeademde lucht en effecten op de rijvaardigheden. Den Haag: TNO; 2024.
8. T.K.24077-465. Drugbeleid: Brief regering: Lachgas voorlichting en preventie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
9. II 2023/2024 30872-297 K. Brief van de Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat: Aanvullende kabinetsinzet lachggasproblematiek in de afvalketen en terugkoppeling gesprekken met de afvalsector. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.

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 Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum (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, ondermijnende 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 veiligheids- en handhavingsplan 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 [4]:

- *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 december 2023 heeft het Ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) in een beleidsreactie verslag gedaan van de acties die ze ondernemen of ondernomen hebben naar aanleiding van het onderzoek [9].
- Ten aanzien van de eerste katalysator wijst het Ministerie van JenV erop dat het terugdringen van drugsgebruik in zijn totaliteit nog steeds prioriteit heeft. Daarom werkt het Ministerie van JenV samen met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Trimbos-instituut eraan om gerichte en bewezen interventies in te zetten onder (specifieke) groepen drugsgebruikers [9].
- Met betrekking tot de tweede katalysator wijst het Ministerie van JenV erop dat in juni 2022 de Ministeriële Commissie Aanpak Ondermijning is gestart. Deze commissie wordt bijgestaan door een ambtelijke commissie die interdepartementale vraagstukken bespreekt en agendeert bij de Ministeriële Commissie. De inrichting van een nieuwe commissie waarin verschillende beleidsterreinen samenkomen, wordt daarom niet noodzakelijk geacht. Verder stelt het Ministerie van JenV dat de Rijksoverheid sinds het voorjaar van 2023 werkt met een Beleidskompas voor het maken van beleid. Een onderdeel van het Beleidskompas is dat beleidsmakers de verwachte gevolgen van beleidskeuzes onderzoeken. Het Ministerie van JenV volgt het advies uit het onderzoek van 2023 niet op om een onafhankelijk gremium in te stellen dat de criminaliteitsrisico's van nieuw beleid onderzoekt. Het Ministerie van JenV zet wel in op het vergroten van bewustzijn bij beleidsmakers [9].

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 [10]. 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 [10]:

- 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 [10].
- 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 [10].
- 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) [10].

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) [11]. De plannen voor het brede offensief zijn neergelegd in een Contourenplan en verder uitgewerkt in een brief aan de Tweede Kamer in juni 2020 [12–14]. 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 [14]. 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 [15,16]. Er zijn projecten die zich richten op criminele geldstromen, en projecten die zich richten op het transport en logistieke knooppunten, zoals de (lucht)havens [17]. Er zijn bijvoorbeeld integrale plannen uitgewerkt voor de aanpak van uithalers (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 [18]. Er zijn ook projecten die zich richten op het vergroten van de weerbaarheid van ondernemers, onder wie boeren, tegen drugscriminaliteit [19].
- In 2020 is het MIT feitelijk opgericht; een geïntegreerd landelijk team voor de bestrijding van

ondermijnende georganiseerde misdaad. Sinds 1 juli 2022 is het MIT echter gestopt en is het samenwerkingsverband Nationale Samenwerking tegen Ondermijnende Criminaliteit (NSOC) met een andere koers verdergegaan. NSOC is 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 is de nieuwe werkwijze geëvalueerd [20,21].

- In 2023 is het samenwerkingsverband NSOC geëvalueerd [22]. Daarbij zijn de uitvoering van het actieplan van NSOC, het potentieel van NSOC en concrete leerpunten voor het vergroten van de effectiviteit van NSOC inzichtelijk gemaakt. Uit de evaluatie blijkt dat inmiddels belangrijke stappen zijn gezet in de multidisciplinaire samenwerking en dat de eerste resultaten zichtbaar zijn. In de evaluatie is ook gewezen op het belang van een werkbaar juridisch kader voor een efficiëntere en effectievere gegevensdeling binnen NSOC en het verduidelijken van de positionering van NSOC ten opzichte van andere organisaties en samenwerkingsverbanden die zich bezighouden met de aanpak van ondermijning [22]. Naar aanleiding van de evaluatie had de Minister van JenV in maart 2024 besloten om NSOC ten minste twee jaar voort te zetten [23]. Enkele maanden later werd echter besloten NSOC, op initiatief van een motie vanuit de Tweede Kamer, af te bouwen. De Minister van JenV heeft aangekondigd dat het samenwerkingsverband NSOC uiterlijk eind 2024 eindigt. De NSOC-gelden blijven bestemd voor de ontwikkeling van de multidisciplinaire aanpak van ondermijnende criminaliteit.
- 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 [24]. Dit betreft vooral uitgaansdrugs. Het terugdringen van drugsgebruik is één van de speerpunten van de kabinetsbrede aanpak [20,25].
- De preventieve aanpak van het Ministerie van JenV 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 [14,26]. 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 [17,20].
- In 2022 startten vijftien gemeenten met deze preventieve aanpak. Eind 2022 is dit aantal uitgebreid tot 23 gemeenten. Het programma loopt 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 [27].

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 [28]. Er zijn bijvoorbeeld extra camera's en fysieke barrières geplaatst en er is een biometrische toegangscontrole ingevoerd [20]. 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 [7,20]. De aandacht richt zich vooral op de invoer van cocaïne vanuit Latijns-Amerika. Zo worden bijvoorbeeld extra liaison officers in bron- en transitlanden gestationeerd en loopt er een samenwerking tussen de havens van Hamburg, Rotterdam en Antwerpen en de betrokken overheidsdiensten op het gebied van grootschalige cocaïnesmokkel.
- De ministers van Justitie van België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland en Spanje hebben in oktober 2022 een gezamenlijke verklaring getekend om samen te werken om de internationale handel in illegale drugs, zoals de handel in cocaïne van Latijns-Amerika naar Europa, te verstoren. Een van de focuspunten is 'weerbare logistieke knooppunten'.
- 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 [29].
- De Douane heeft in 2022 tevens extra capaciteit gekregen voor de aanpak van ondermijnende criminaliteit. Dit is onder andere ingezet voor 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) [30].
- In het jaarplan voor 2024 stelt de Douane dat zij zich blijft inzetten voor het opwerpen van barrières in bron- en transitlanden voor verdovende middelen. Daarnaast gaat de Douane in 2024 ook inzetten op het versterken van toezicht op *mainports* en andere toegangspoorten in Nederland. Zo wordt er bijvoorbeeld gewerkt aan een plan om alle hoog-risico zeecontainers in de haven van Rotterdam in een apart compartiment op de containerterminals te laten plaatsen. Daarnaast wordt onderzocht of het mogelijk is om de aanzegtermijn te verkorten, om bij te dragen aan het verstoren van criminele samenwerkingsverbanden [31].

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 [32].
- 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, en zijn de al eerder genoemde projecten in gemeenten, naar het voorkomen dat jongeren in de criminaliteit terecht komen, onderzocht [17,33]. 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 [14].
- 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 [34]. 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 [20]. 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. Dit was ook al gebleken uit een overzichtsstudie naar het beleid inzake georganiseerde drugscriminaliteit in de jaren 1995-2020 [35]: er zijn wel cijfers, maar de interpretatie daarvan is lastig omdat de context vaak ontbreekt. Uit het onderzoek bleek ook dat het beleid in die tijd versnipperd was over verschillende instanties en afdelingen [35,36].
- 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 [37]. 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 speciale 'Ondermijningswetgeving' ingevoerd. 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 [11]. Hier worden enkele voorbeelden

genoemd:

- De '*Wet herwaardering strafbaarstelling actuele delictsvormen*' is per 1 januari 2020 in werking getreden [38]. 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 [39,40]. 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).
- In november 2023 is een wetsvoorstel ingediend om de wet 'Versterking strafrechtelijke aanpak ondermijnende criminaliteit' te wijzigen [41]. De wijzigingen bestaan uit veranderingen in de bestraffingsmogelijkheden van enkele delicten, verhoging van boetecategorieën en verruimingen in de mogelijkheden om de ontnemingsmaatregel hoofdelijk op te leggen. Daarnaast introduceert het wetsvoorstel het opzettelijk toerusten, inrichten of voorhanden hebben van een vervoersmiddel met een (verborgen) ruimte die is bestemd om de opsporing van strafbare feiten te beletten of moeilijker te maken. Het wetsvoorstel voorziet tevens in wijzigingen van de wettelijke regelingen met als doel om de mogelijkheden tot wraking van rechters beperken. Het wetsvoorstel ziet tot slot op het creëren van een bevoegdheid voor banken om financiële transacties tijdelijk aan te houden als er (kortgezegd) aanwijzingen zijn dat de transactie verband kan houden met witwassen of financiering van terrorisme. Dit wetsvoorstel is in februari 2024 behandeld door de vaste commissie voor Justitie en Veiligheid [41].
- In maart 2024 heeft de staatssecretaris van Financiën (Toeslagen en Douane) een wetsvoorstel aangekondigd waarmee de mogelijkheden voor het delen van gegevens van de Douane met de politie, de Koninklijke Marechaussee, de FIOD en de Financial Intelligence Unit – Nederland (FIU-NL) worden uitgebreid in het kader van bestrijding van ondermijnende criminaliteit. Onder de huidige wetgeving kan de Douane alleen gegevens delen met andere instanties als er een concreet vermoeden is van een strafbaar feit. Met de Wet gegevensverstrekking douane voor uitvoering politie- of toezichtstaken wordt het in verschillende gevallen mogelijk voor de Douane om in de toezichtfase, wanneer er nog geen (redelijk vermoeden van een) strafbaar feit is, douanegegevens te verstrekken aan de bovenstaande partijen. Het wetsvoorstel is tot eind april 2024 in internetconsultatie en zal daarna aan de Tweede Kamer worden verzonden [42,43]. In september 2024 heeft de Raad van State geadviseerd over dit wetsvoorstel. In dit advies wordt gewezen op de inbreuk op de privacy die deze wet veroorzaakt. De Raad van State stelt dat het daarom van belang is dat de noodzaak en de proportionaliteit van het delen

van gegevens goed worden uitgelegd. Er moet daarbij onder andere meer aandacht worden besteed aan de mogelijkheden die de Douane reeds tot haar beschikking heeft bij het delen van gegevens. De Raad van State adviseert om rekening te houden met de toelichting van noodzaak en proportionaliteit voordat het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer wordt ingediend.

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 [44]. 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 voortgezet crimineel handelen tijdens detentie heeft de Minister van Rechtsbescherming in juni 2023 een wetsvoorstel ingediend voor een wijziging van de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) . 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. In juni 2023 heeft de Raad van State een advies over het wetsvoorstel uitgebracht. 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). In maart 2024 zijn amendementen aangenomen. Deze amendementen gaan over het houden van audiovisueel en audiotoezicht op gedetineerden en hun advocaat [45]. Daarin is ook het wetsvoorstel van eind 2023, om de Pbw te wijzigen om de communicatiemogelijkheden van gedetineerden in Extra Beveiligde Inrichtingen en Afdelingen Intensief Toezicht te beperken, opgenomen [46]. Na het onderbrengen van de amendementen is een spoedadvies gevraagd aan de Raad van State door de Minister van Rechtsbescherming, om na te gaan of het geamendeerde wetsvoorstel in strijd is met de grondrechten. In april 2024 heeft de Raad van State een advies uitgebracht waarin geconcludeerd wordt dat het wetsvoorstel in strijd is met de grondrechten en het Europees recht [47]. Vanwege het belang van de invoering van de maatregelen tegen voortgezet crimineel handelen in detentie heeft de Minister voor Rechtsbescherming met spoed het wetsvoorstel in overeenstemming gebracht met de grondrechten en het Europese recht. Dit wijzigingsvoorstel zal binnenkort naar de Kamer gaan.

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 [48]

.

- 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) [48].
- 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 [48].
- 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 . In maart 2024 zijn amendementen aangenomen. Deze amendementen gaan over het houden van audiovisueel en audiotoezicht op gedetineerden en hun advocaat. Daarin is ook het wetsvoorstel van eind 2023, om de Pbw te wijzigen om de communicatiemogelijkheden van gedetineerden in Extra Beveiligde Inrichtingen en Afdelingen Intensief Toezicht te beperken, opgenomen. Na het onderbrengen van de amendementen is een spoedadvies gevraagd aan de Raad van State door de minister van Rechtsbescherming, om na te gaan of het geamendeerde wetsvoorstel in strijd is met de grondrechten. In april 2024 heeft de Raad van State een advies uitgebracht waarin geconcludeerd wordt dat het wetsvoorstel in strijd is met de grondrechten en het Europees recht [48].

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 [49]. 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 focust zich op 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 [50]. 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 [52].
- Er was 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). Hiervoor is onderzocht welke stappen door criminelen worden gezet voor de distributie van drugs per post, welke dienstverleners en gelegenheden dit vervoer mogelijk maken en welke signalen wijzen op criminele activiteit. Eind 2023 is het Europese barrièremodel 'synthetische drugs vervoeren via post- en koeriersbedrijven' verschenen [51,52].

- 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 [52].
- Om de drugssmokkel per post beter tegen te kunnen gaan is het niet alleen nodig om drugs te onderscheppen, maar ook de verzenders op te sporen en te vervolgen. Daarom is ter verbetering van de bestrijding van drugssmokkel per post op 14 februari 2024 het Hit and Run Postteam (HARP) opgericht. Het HARP is een samenwerking tussen de Douane, de politie en het OM. Het doel van de samenwerking is om de gezamenlijke informatiepositie te versterken waardoor criminele verzendingen van drugs beter kunnen worden opgespoord. Het HARP is sinds februari 2024 actief. In het eerste half jaar van 2024 zijn aanzienlijk minder drugs in uitgaande post gevonden, in vergelijking met het eerste half jaar van 2023. Het is volgens de Douane waarschijnlijk dat wordt uitgeweken naar andere landen vanwege de structurele en intensieve controles door het HARP.

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. T.K. 29911-433. Beleidsreactie op rapport 'Onbedoeld Ondermijnen.' Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2024.
10. Peters LJJ. Hoofdlijnen van bestrijding van maffiacriminaliteit in Italië. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2023.
11. T.K.29911-180. Bestrijding georganiseerde criminaliteit: Brief Regering: Actie-agenda aanpak ondermijning. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2017.
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.29911-256. Bestrijding georganiseerde criminaliteit: Brief regering: Contouren breed offensief tegen georganiseerde ondermijnende criminaliteit, najaarsnota. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
14. 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.
15. 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.
16. T.K.29911-292. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Voortgang aanpak ondermijnende criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
17. T.K. 29911-375. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Onderzoeksdrieluik naar ingroei- en rekruterings-mechanismen van jongeren in de georganiseerde criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
18. T.K.29911-309. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Extra ondersteuning logistieke knooppunten. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
19. 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.
20. T.K. 29911-379. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Najaarsbrief georganiseerde, ondermijnende criminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
21. 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.
22. Bastiaansen C, Kuin M, Bleeker Y. Evaluatie Actieplan NSOC. Amsterdam: Regioplan; 2023.
23. Veiligheid M van Justitie en. Kamerbrief: Evaluatie Nationale Samenwerking tegen Ondermijnende Criminaliteit. Kenmerk 5218167 [Internet]. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-justitie-en-veiligheid/nieuws/2024/03/15/samenwerkingsverband-nsoc-in-aanpak-georganiseerde-misdaad-gecontinueerd

24. 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.
25. 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.
26. T.K.24077-456. Drugbeleid: Brief regering: Voortgangsbrief drugspreventie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2019.
27. TK 28741-86. Jeugdcriminaliteit; Brief regering; Brede preventieaanpak (georganiseerde en ondermijnende) jeugdcriminaliteit. Den Haag: Tweede Kamer der Staten Generaal; 2022.
28. T.K. 24077-504. Drugbeleid; Brief regering; Plan van aanpak drugssmokkel via mainports. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
29. Rijksoverheid. Toespraak staatssecretaris de Vries bij presentatie drugscijfers Antwerpen [Internet]. 2023. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2023/01/10/toespraak-staatssecretaris-aukje-de-vries-bij-presentatie-drugscijfers-antwerpen-op-10-januari-2023
30. Douane. Jaarrapportage Douane 2022. Den Haag: Ministerie van Financiën; 2023.
31. Douane. Jaarplan 2024. Den Haag: Ministerie van Financiën; 2024.
32. 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.
33. T.K.29911-315. Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Themastudie georganiseerde criminaliteit en Nationale Veiligheid . Den Haag:Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
34. Abraham, M. Nauta, O. Hofstra, D. Pluijm, M. . Indicatoren drugscriminaliteit: Verkenningsstudie naar een monitor drugscriminaliteit en daarop gerichte overheidsinterventies. Amsterdam: DSP; 2022.
35. 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.
36. T.K.29911-329. Reactie op het rapport 25 jaar bestrijding drugscriminaliteit; Bijlage bij kamerstuk . Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2021.
37. T.K. 29911-380. Bestrijding georganiseerde criminaliteit: Brief van de Minister van Veiligheid en Justitie. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2022.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. T.K. 36463-2. Wijziging van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering en

enige andere wetten in verband met verdere versterking van de strafrechtelijke aanpak van ondermijnende criminaliteit (versterking strafrechtelijke aanpak ondermijnende criminaliteit II). Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2023.
42. Rijksoverheid. Nieuwsbericht: Douane moet gegevens kunnen delen in strijd tegen ondermijnende criminaliteit [Internet]. 2024. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2024/03/28/douane-moet-gegevens-kunnen-delen-in-strijd-tegen-ondermijnende-criminaliteit
43. Ministerie van Financiën. Wetsvoorstel Wet gegevensverstrekking douane voor uitvoering politie- of toezichtstaken [Internet]. 2024. Available from: https://www.internetconsultatie.nl/wetgegevensverstrekkingdouanepolitieoftoezichtstaken/b1
44. 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.
45. Kamer der Staten-Generaal T. Wijziging van de Penitentiaire beginselenwet in verband met aanvullende maatregelen tegen georganiseerde criminaliteit tijdens detentie [Internet]. Available from: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/stemmingsuitslagen/detail?id=2024P03952&did=2024P03952
46. Kamer der Staten-Generaal T. Voorstel van wet van het lid Ellian tot wijziging van de Penitentiaire beginselenwet in verband met de toevoeging van een regeling ter aanscherping van het regime in extra beveiligde inrichtingen en afdelingen intensief toezicht (Wet Aanscherping EBI- en AIT-regime) [Internet]. 2024. Available from: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?cfg=wetsvoorsteldetails&qry=wetsvoorstel%3A36457#wetgevingsproces.
47. Raad van State. Nota van wijziging inzake de wijziging van de Penitentiaire beginselenwet in verband met aanvullende maatregelen tegen georganiseerde criminaliteit tijdens detentie. Kenmerk W16.24.00063/II [Internet]. Available from: https://www.raadvanstate.nl/adviezen/@142806/w16-24-00063-ii/
48. Struijk S, Meijer S, Verrest P, Calderoni F. Vergelijkend onderzoek Italiaans 41-bis detentieregime. Den Haag: WODC; 2023.
49. Douane. Douane - Drugsvangsten 1e helft 2022. 2022.
50. T.K.31934-35. Douane; Brief regering; Stand van zaken Douane. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2020.
51. Veiligheid C voor Criminaiteitspreventie en. Drugsvervoer via post en koeriers tegengaan met Europees barrièremodel. 2023.
52. 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.
53. Politie. Douane, politie en OM bundelen krachten in strijd tegen drugszendingen per post. 2024.
54. T.K. 31934-77. Douane: Brief van de Staatssecretaris van Financiën. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal. 2023.

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 in het eerste kwartaal van 2023 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

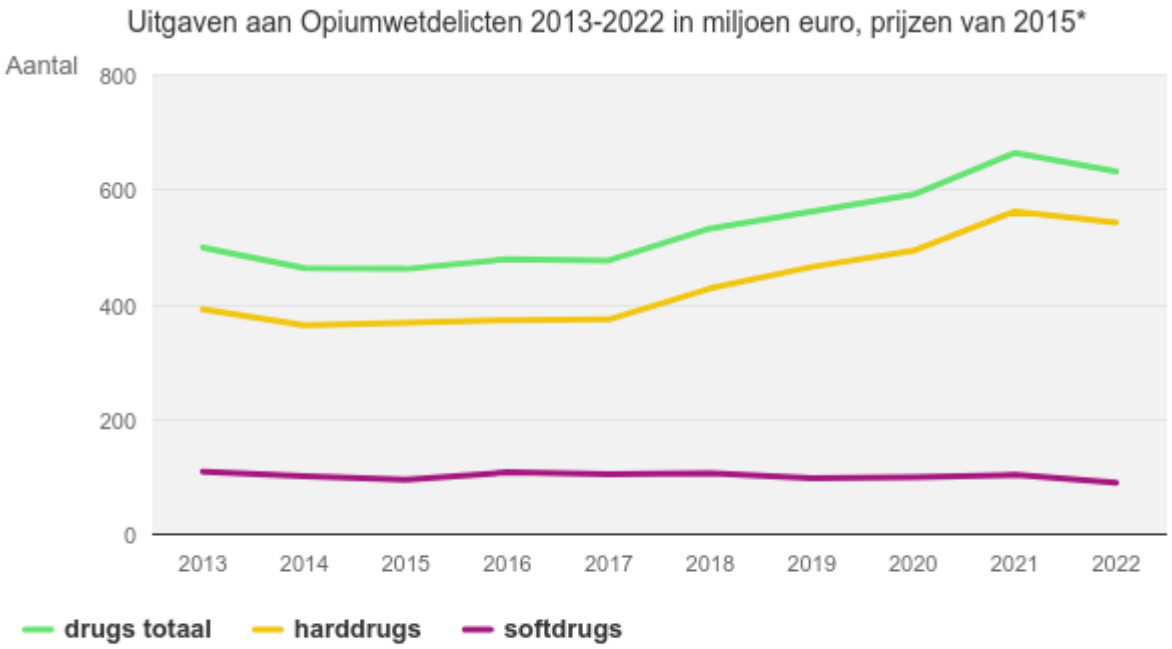
1. T.K. 24077-503. Drugbeleid; Brief regering; opvolging toezeggingen en moties drugsbeleid. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal ; 2022.
2. E.K.35564-C. Wijziging van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering en enige andere wetten in verband met versterking van de strafrechtelijke 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 2022. Cijfers over 2023 zijn nog niet beschikbaar.

In 2022 is in totaal 630,4 miljoen euro uitgegeven aan de bestrijding van Opiumwetdelicten [1]. Dit omvat de uitgaven voor alle activiteiten (preventie, opsporing, vervolging, berechting, tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen, rechtsbijstand en slachtofferondersteuning) die tot doel hebben ondermijnende criminaliteit, overlast en verloedering in relatie tot Opiumwetdelicten (smokkel, handel, productie en bezit van drugs) te bestraffen en in de toekomst te voorkomen. Zowel activiteiten van de overheid (Rijk, provincies, gemeenten, Douane) als van de particuliere sector (particulieren en bedrijven 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 (OM) 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 2022. Deze delicten zijn hiermee een kleine kostenpost in vergelijking met vermogensmisdrijven (37%), vernieling en misdrijven tegen de openbare orde (17%) en gewelds- en seksuele misdrijven (23%). De bestrijding van verkeersmisdrijven (8%) kostte iets meer dan die van drugsmisdrijven.
- Bij de Opiumwetdelicten is steviger ingezet en geprioriteerd op de bestrijding van harddrugsmisdrijven dan de bestrijding van softdrugsmisdrijven (86% tegenover 14%).
- 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). In 2022 was er voor het eerst sinds 2018 weer sprake van een daling. De totale uitgaven voor Opiumwetdelicten en ook die voor harddrugsmisdrijven zijn in de periode 2012 tot en met 2017 gedaald, maar stegen tussen 2018 en 2021. De uitgaven voor het bestrijden van softdrugsmisdrijven dalen sinds 2016.



*Cijfers 2022 zijn voorlopig. Bron: Criminaliteit en Rechtshandhaving 2023. Ontwikkelingen en samenhangen. ed. D.E.G. Moolenaar. Den Haag, WODC/CBS/Rvdr; 2024

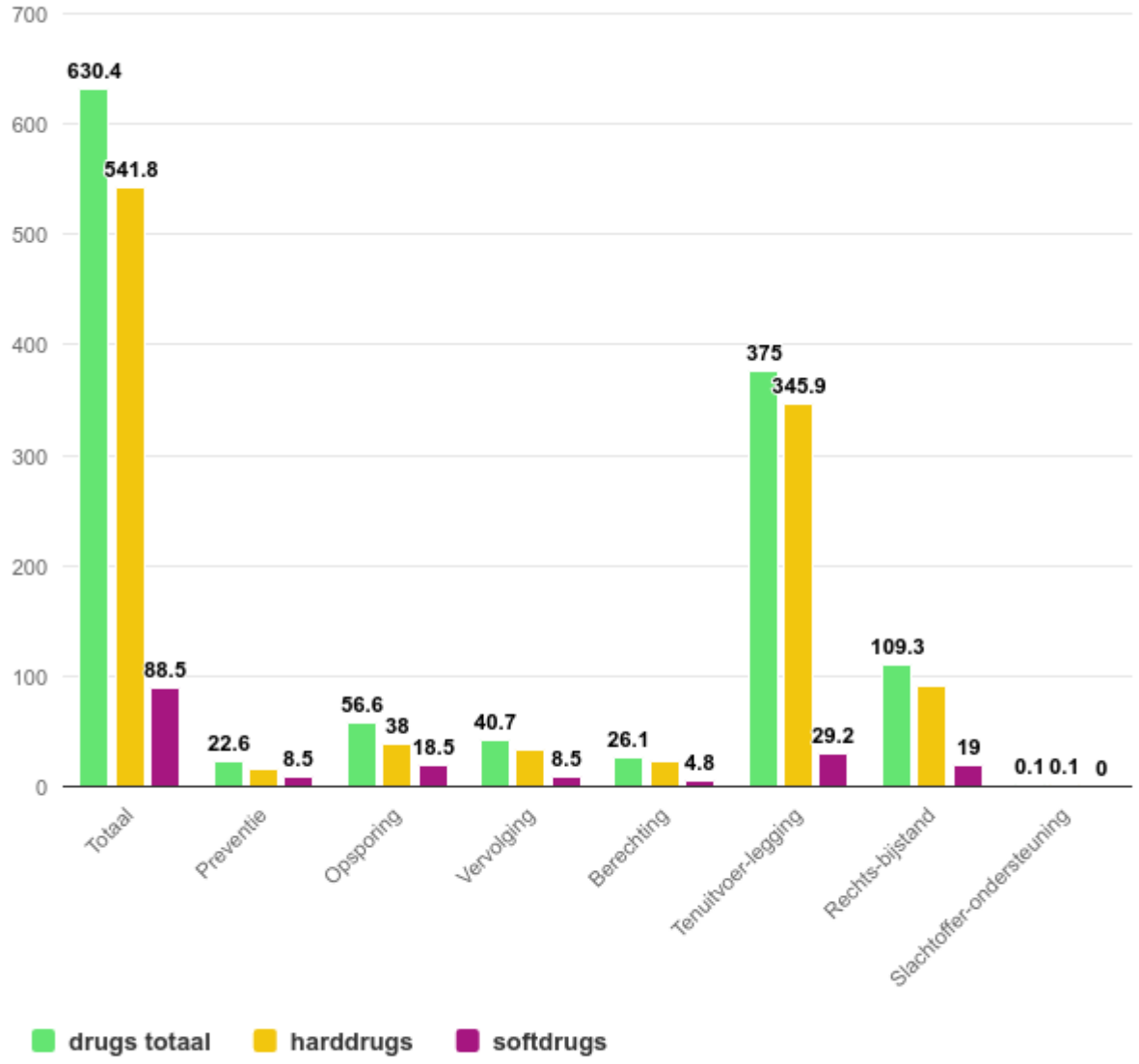
NDM

	drugs totaal	harddrugs	softdrugs
2013	498	390,3	107,8
2014	462,1	362,3	99,8
2015	460,7	366,9	93,8
2016	477,9	371,6	106,3
2017	475,4	372,6	102,7
2018	531,3	426,8	104,5
2019	560,5	464,2	96,3

	drugs totaal	harddrugs	softdrugs
2020	590,2	492,4	97,9
2021	662,8	560,9	101,8
2020	630,4	541,8	88,5

- Bij de Opiumwetdelicten is het meeste geld uitgegeven aan de tenuitvoerlegging van straffen voor harddrugsmisdrijven (zie onderstaande figuur). Dit aandeel nam in de jaren voor 2022 steeds verder 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% van de totale kosten van tenuitvoerlegging uit en staan bij deze kostenposten op de derde plaats na gewelds- en seksuele misdrijven (40%) en vermogensmisdrijven (28%).
- 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.

Uitgaven in miljoen euro voor Opiumwetdelicten, naar activiteit, nominaal, 2022[I]



I Cijfers 2022 zijn voorlopig. Bron: Criminaliteit en Rechtshandhaving 2023. Ontwikkelingen en samenhangen. ed. D.E.G. Moolenaar. Den Haag, WODC/CBS/Rvdr; 2024.

NDM

	drugs totaal	harddrugs	softdrugs
Totaal	630,4	541,8	88,5
Preventie	22,6	14,4	8,5
Opsporing	56,6	38	18,5

	drugs totaal	harddrugs	softdrugs
Vervolging	40,7	32,2	8,5
Berechting	26,1	21,2	4,8
Tenuitvoer-legging	375	345,9	29,2
Rechts-bijstand	109,3	90,4	19
Slachtoffer-ondersteuning	0,1	0,1	0

Bronnen

1. Moolenaar DEG. Criminaliteit en Rechtshandhaving 2023. Ontwikkelingen en samenhangen. ed. Den Haag: WODC/CBS/RvdR; 2024.

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][2]. 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, 2022 en 2023 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: Rijksoverheid; 2019 p.

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

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 2023 van 341 in 2015 naar 893 gestarte of lopende opsporingsonderzoeken in 2023. Van deze strafrechtelijke onderzoeken waren er 63 naar grootschalige hennepteelt, 515 naar cocaïne of heroïne en 315 naar synthetische drugs (§ 16.2).
- Liquidaties in Nederland waren meestal het gevolg van conflicten gerelateerd aan drugshandel, waaronder handel in cocaïne. In 2022 vonden er 11 liquidaties plaats. Dit is een lichte stijging ten opzichte van 2021, toen er 8 liquidaties plaatsvonden. Tussen 2012 en 2017 schommelde het aantal geregistreerde liquidaties tussen 21 (in 2012) en 38 (in 2014). Sinds 2017 is er een dalende trend (§ 16.2).

Handel, inbeslagnames van drugs en ontmanteling

- Er zijn in 2023 in totaal 1.230 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 vanaf 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 2024, is aanzienlijk lager in vergelijking met de eerste helft van 2023. In de eerste helft van 2024 nam de Douane minder kilo's cocaïne in beslag dan in de eerste helft van 2023. Het aantal kilo's cocaïne dat in beslag genomen is op vliegvelden in de eerste helft van 2024 is vergelijkbaar met het aantal kilo's in de eerste helft van 2023 (§ 16.3).
- In 2023 is in totaal bijna 63.000 kilo (pre-)precursoren voor de productie van synthetische drugs in beslag genomen. Dit is bijna drie keer zo veel als in 2022 (§ 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 2023 steeg, net als in 2022, 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 (§ 16.4).
- Het aantal door de politie geregistreerde softdrugsincidenten voor bezit en handel steeg in

2023 naar het hoogste aantal incidenten sinds 2014. Dit staat haaks op de algehele dalende trend die in de geregistreerde incidenten waar te nemen was in de periode 2014-2022, met uitzondering van een piek in 2019 en 2020 (§ 16.4).
- In 2023 nam het aantal door de politie geregistreerde verdachten van Opiumwetmisdrijven toe ten opzichte van 2022. Sinds 2014 is dit aantal relatief stabiel. Het aantal geregistreerde Opiumwetmisdrijven steeg in 2023 in vergelijking met 2022 (§ 16.4).

Vervolging en afdoening Opiumwetdelicten

- De totale instroom van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie (OM) is in 2023 gestegen. De instroom van het totaal aantal strafrechtzaken is daarentegen gedaald. Hierdoor is het aandeel Opiumwetzaken in 2023, ten opzichte van de totale instroom van zaken, gestegen in vergelijking met 2022 (§ 16.5).
- De instroom van het aantal softdrugsdelicten bij het OM daalde in 2023 ten opzichte van de instroom in 2022. Het aantal harddrugsdelicten en het aantal gecombineerde zaken, met hard- én softdrugsdelicten, steeg daarentegen in 2023 ten opzichte van 2022 (§ 16.5).
- Het relatieve aandeel van softdrugszaken in de instroom van Opiumwetdelicten bij het OM nam in 2023 af (naar 33%), ten gunste van het aandeel harddrugszaken. Daarmee was de categorie harddrugszaken met 56% voor het zesde achtereenvolgende jaar de grootste. Het aandeel van de ingestroomde gecombineerde hard- en softdrugszaken bleef in 2023 gelijk ten opzichte van het aandeel in 2022(met 10%) (§ 16.5).
- Bij zowel softdrugsdelicten als harddrugsdelicten ging het meestal om ‘het aanwezig hebben’ (bezit) van drugs. Bij softdrugsdelicten is het de eerste keer in jaren dat de categorie ‘aanwezig hebben’ de grootste is. In voorgaande jaren ging het bij softdrugsdelicten meestal om vervaardiging (lees: cannabisteelt). Bij harddrugsdelicten is het aandeel van delicten rondom handel in 2023 net als in 2022 gedaald (van 39% in 2022 naar 37% in 2023). Bij softdrugsdelicten was er een lichte stijging van het aandeel delicten rondom handel (§ 16.5).
- De helft van de Opiumwetzaken bracht het OM in 2023 voor de rechter. Dat is een stijging ten opzichte van het aandeel in 2022 (§ 16.5).
- In 2023 steeg het totaal aantal afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter in vergelijking met 2022 (§ 16.5).
- Het aandeel vrijspraken in Opiumwetzaken door de rechter in eerste aanleg toonde in 2023 een daling. Het aandeel vrijspraken daalde licht bij softdrugszaken. Bij harddrugs- en gecombineerde hard- en softdrugszaken bleef het aandeel vrijspraken vrijwel gelijk (§ 16.5).
- Net als in 2022 waren in 2023 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 2023 was iets meer dan een op de vijf gedetineerden gedetineerd vanwege een Opiumwetdelict. Dat is een lichte stijging in vergelijking met het aandeel in de vijf jaren ervoor (§ 16.5).

Recidive van Opiumwetdelinquenten

- De meest recente cijfers over recidive van Opiumwetdelinquenten gaan over daders die in 2020 voor een Opiumwetdelict zijn vervolgd. Ongeveer 11% van de Opiumwetovertreders uit 2020 kwam binnen twee jaar opnieuw in aanraking met de politie vanwege een drugsdelict.

Van de Opiumwetovertreders die in 2018 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, 3-MMC (sinds 11 april 2024) en andere drugs. Bij softdrugs gaat het niet alleen om cannabis, maar bijvoorbeeld ook om qat, hallucinogene paddenstoelen 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 2014-2023. Het komt echter voor dat er nog geen cijfers over 2023 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 Datacentrum (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 2023, 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' [1–4].

Een meer uitgebreide toelichting op de gegevensverzameling is opgenomen in bijlage B10.

Bronnen

1. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.
2. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
3. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2023;
4. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken 2024. 2024.

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 steeg in 2023 ten opzichte van 2022: van 786 naar 893. Het aantal strafrechtelijke onderzoeken naar csv's met drugs als eerste aandachtspunt steeg sterk in de periode tussen 2015 en 2023: van 341 tot 893 [1–5].
- 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, 2022 en 2023 is daar bij het OM veel tijd en capaciteit in geïnvesteerd [2,5]. 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 [6]. 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 2023 ging het in 63 van de 893 strafrechtelijke onderzoeken naar csv's met drugs als eerste aandachtspunt om een onderzoek naar grootschalige hennepteelt; in 2022 waren dat 79 van de 786 strafrechtelijke onderzoeken. Het aandeel onderzoeken naar grootschalige hennepteelt, ten opzichte van het totaal aantal strafrechtelijke onderzoeken naar csv's met drugs als eerste aandachtspunt, is in 2015-2023 afgenomen: van 34% in 2015 naar 7% in 2023 [1–3,5].
- 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 2023. In 2023 ging het om 515 strafrechtelijke onderzoeken. In 2022 ging het om 394 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 58% in 2023 [1–3,5].
- In 2023 zijn 315 strafrechtelijke onderzoeken naar csv's omtrent synthetische drugs uitgevoerd. Dat is vergelijkbaar met 2022, toen het om 313 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 2015-2023 rond de 38% [1–3,5].
- Experts wezen tijdens de duidingssessie in 2021 op de door de politie gekraakte Pretty Good Privacy-servers (PGP-servers), zoals 'EncroChat', die onder meer bijgedragen hebben aan de opsporing van synthetische drugslabs, als mogelijke verklaring voor de stijging in 2020. EncroChat was een bedrijf dat een versleutelde PGP-berichtendienst leverde, die door criminelen werd gebruikt [6]. De berichten op de gekraakte PGP-servers bevatten naast informatie over synthetische drugslabs, ook informatie over cocaïnehandel [7]. 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, 2015-2023, in aantal en percentage van het jaartotaal

Aandachtsgebied	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Grootschalige hennepteelt	115 (34%)	118 (25%)	124 (24%)	122 (21%)	125 (20%)	121 (19%)	110 (15%)	79 (10%)	63 (7%)
Cocaïne & heroïne	125 (37%)	184 (39%)	217 (42%)	252 (44%)	250 (41%)	248 (38%)	324 (43%)	394 (50%)	515 (58%)
Synthetische drugs	101 (30%)	174 (37%)	173 (34%)	204 (35%)	238 (39%)	282 (43%)	312 (42%)	313 (40%)	315 (35%)
Totaal	341 (100%)	476 (100%)	514 (100%)	578 (100%)	613 (100%)	651 (100%)	746 (100%)	786 (100%)	893 (100%)

Bron: OM, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024; bewerking Regioplan 2024.

- In 2023 zijn in totaal 616 personen veroordeeld tot een vrijheidsstraf, voortkomend uit de onderzoeken naar georganiseerde handel in en/of productie van drugs [1–3,5]. Het aantal personen veroordeeld tot een gevangenisstraf is gestegen in 2023 ten opzichte van 2022, toen 490 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.
- De stijging in 2023 wordt voornamelijk veroorzaakt door een stijging in het aantal vrijheidsstraffen van meer dan twee jaar. In 2023 ging het om 366 veroordelingen, in 2022 om 259 veroordelingen, een stijging van meer dan 40%. Het aantal veroordelingen tot een vrijheidsstraf korter dan 2 jaar, voortkomende uit onderzoek naar georganiseerde handel in en/of productie van drugs, steeg in 2023 ook ten opzichte van 2022, van 231 veroordelingen naar 250 [2,3,5].
- In de duidingssessie in 2024 gingen de experts in op een mogelijke verklaring voor de stijging van het aantal personen dat veroordeeld is voor een gevangenisstraf in 2023. Zij noemden als mogelijke verklaring dat strafzaken steeds groter worden qua omvang, met relatief veel verdachten per zaak. Ook komt het mogelijk door de toename in het aantal strafzaken rondom cocaïnehandel, waar nu de focus op ligt en waar relatief hogere straffen voor worden opgelegd: er staat bijvoorbeeld een hogere (maximale) straf op de invoer van cocaïne dan op hennepteelt. Ook is er een stijging van het aandeel personen die zijn veroordeeld tot een gevangenisstraf van twee jaar of meer. Uit de duidingssessie in 2024 bleek dat een mogelijke verklaring hiervoor is dat de strafzaken steeds vaker complex en internationaal van aard zijn. Ook gaat het vaak om grote hoeveelheden drugs en gaan ze gepaard met geweld. Door de omvang en complexiteit zijn de straffen ook vaak hoger. De strafvorderingsrichtlijnen van het

OM en de oriëntatiepunten voor rechters zijn onveranderd [8].

- 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 [9–11]. 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 [12].

Aantal personen veroordeeld tot een vrijheidsstraf, voortkomend uit onderzoek naar georganiseerde handel in en/of productie van drugs, 2015-2023, in aantal

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Personen veroordeeld tot vrijheidsstraffen	119	275	302	393	423	330	406	490	616
Veroordelingen tot gevangenisstraf 2 jaar of meer	43	106	132	154	188	170	207	259	366

Bron: OM, 2021, 2022, 2023, 2024; bewerking Regioplan 2024.

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. OM. Jaarbericht 2023. Den Haag: OM; 2024.
6. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.
7. 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.
8. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken 2024. 2024.
9. Kamerstukken II, 2952497 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/06/25/tk-contouren-aanpak-achterstanden-strafrechtketen
10. 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
11. 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
12. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.

16.2.2 Liquidaties

Snel naar:

- De achtergrond van liquidaties
- Het aantal liquidaties
- Slachtoffers en uitvoerders 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 zijn (beknopte) updates van de aantallen voor de jaren 2021 en 2022 verschenen [3,4]. Deze studies zijn gebaseerd op interviews met politie- en justitiefunctionarissen, gegevens uit opsporingsdossiers van de politie en openbronnenonderzoek, zoals het bestuderen van berichten uit de media. 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. Een incident wordt als liquidatie aangemerkt als het aan alle onderstaande voorwaarden voldoet:

- Het gaat om een incident met minstens één dodelijk slachtoffer
- De *modus operandi* wijst op een vooraf geplande doelgerichte moord
- Het doelwit en/of de dader kan ik verband gebracht worden met georganiseerde criminaliteit

Per liquidatie kunnen meerdere slachtoffers vallen [5,6].

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].
- Ook uit onderzoek van de politie uit 2024, waarin liquidaties in de periode 2016 t/m 2021 zijn bestudeerd, blijkt dat meer dan de helft van de liquidaties afrekeningen in de eigen criminele organisatie, of personen gelieerd aan de eigen organisatie, betreft. Verder blijkt uit dit onderzoek dat vier van de vijf liquidaties in Nederland aan cocaïnehandel gerelateerd zijn [7].
- 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].
- Uit onderzoek naar liquidaties in de periode 2016 t/m 2021 blijkt dat het gebruik van volautomatische vuurwapens zich beperkt tot de Randstad. Er is geen toe- of afname in het gebruik van volautomatische wapens waargenomen [7].
- Bijna de helft van de liquidaties in de periode 2016 t/m 2021 had een hoog risico voor omstanders. Er is sprake van een hoog risico als de liquidatie plaatsvindt op een locatie waar meerdere personen aanwezig zijn en er meerdere keren wordt geschoten waarbij de aanwezige personen het risico lopen geraakt te worden, of zijn geraakt. Het gebruik van volautomatische wapens leidt niet per definitie tot een hoog risico voor omstanders. Een hoog risico voor omstanders komt even vaak voor bij liquidaties uitgevoerd met volautomatische wapens als met andere vuurwapens [7].
- 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 [8].
- 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].

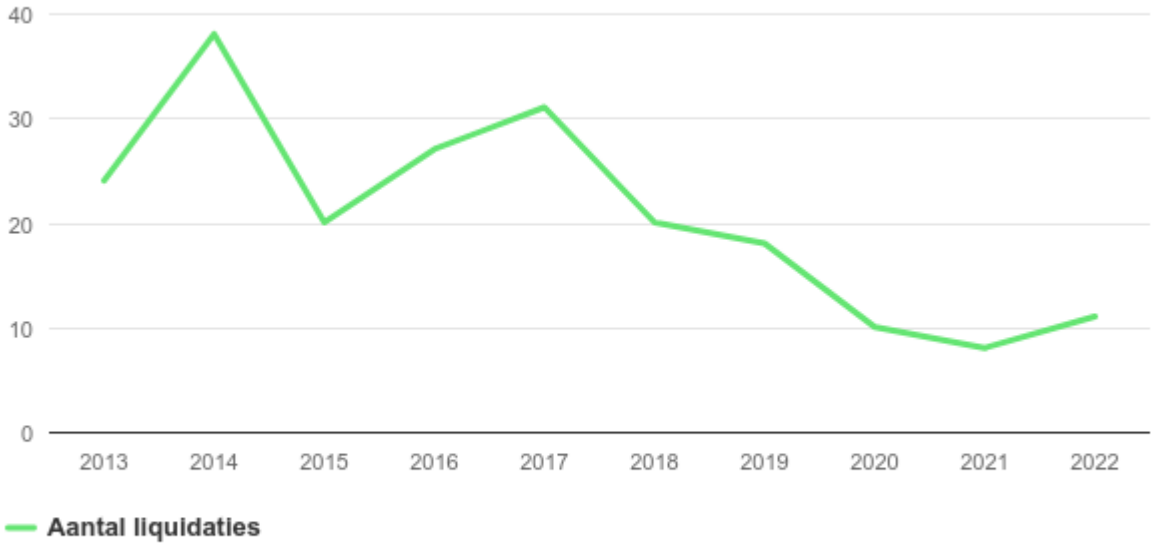
Het aantal liquidaties

- In 2022 zijn elf liquidaties gepleegd. In 2021 waren dat er acht. Voor het eerst sinds 2017 stijgt het aantal liquidaties licht. Op de lange termijn is er echter nog steeds sprake van een dalende trend [4].
- De daling van het aantal liquidaties na 2017 kan mogelijk worden verklaard door het relatief grote aantal aanhoudingen van criminele kopstukken en andere sleutelfiguren. Daarnaast is het mogelijk 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 hebben gehouden in de jaren erna. 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].

- Liquidaties van Nederlanders in het buitenland die gerelateerd waren aan georganiseerde criminaliteit in Nederland, zijn ook meegeteld in de cijfers. In 2022 vonden twee liquidaties van Nederlanders in het buitenland plaats. Voor zover bekend zijn in 2021 en 2020 geen Nederlanders slachtoffer geworden van liquidaties in het buitenland [4,6].
- Binnen Nederland vonden in 2022 de meeste liquidaties in de provincie Zuid-Holland plaats. Van het totaal aantal liquidaties dat vanaf 2013 is gepleegd, vonden de meeste liquidaties plaats in de provincie Noord-Holland, gevolgd door de provincies Zuid-Holland en Noord-Brabant [4].
- 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), 2013-2022



I. Aantal liquidaties, soms vallen bij één liquidatie meerdere slachtoffers. Bron: WODC (Meijer, Liebregts & van Gestel, 2023).

NDM

Jaar	Aantal liquidaties
2012	21

Jaar	Aantal liquidaties
2013	24
2014	38
2015	20
2016	27
2017	31
2018	20
2019	18
2020	10
2021	8
2022	11

Slachtoffers en uitvoerders van liquidaties

- In de periode 2013-2022 zijn in totaal 207 liquidaties gepleegd [1,3,4,6]. 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, 2021 en 2022 was er geen sprake van een meervoudige moord [3,4,6] .
- 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 [6].
- Vanaf 2013 werd bijna elk jaar bij minimaal één liquidatie een verkeerde persoon door de schutter(s) voor het beoogde doelwit aangezien. In 2022 vond er geen zogenoemde ‘vergismoord’ plaats. In 2021 was dit er één en in 2020 is bij twee moorden op de verkeerde

persoon geschoten. Voor zover bekend zijn in 2019 geen vergismoorden gepleegd. In 2018 ging het om twee vergismoorden en in 2017 ging het om één [3,6]. Deze vergismoorden wijzen op een grove en slordige werkwijze van de schutters [4].
- 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 [6]. In 2020 en 2021 is de leeftijdsverdeling van slachtoffers vrijwel niet veranderd ten opzichte van de jaren daarvoor [3].

De politie heeft onderzoek gedaan naar liquidaties in de periode 2016 t/m 2021. Bij 40 van de 57 liquidaties in deze periode is de schutter geïdentificeerd. In totaal zijn 56 schutters geïdentificeerd voor deze 40 liquidaties. Op basis van dit onderzoek zijn enkele kenmerken van de uitvoerders van liquidaties geïdentificeerd [7]:

- man
- gemiddeld 29 jaar
- eerder in beeld bij politie
- afwisselend in beeld en uit beeld bij politie
- geboren in Nederland, met veelal een Antilliaanse/Nederlandse afkomst, gevolgd door een Marokkaans/Nederlandse en Surinaams/Nederlandse afkomst.

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. Meijer R, Liebregts N, Van Gestel B. Factsheet 2023-6: Update Liquidaties 2022. Den Haag; 2023.
5. Van Gestel B, Kouwenberg RF. Update liquidaties 2019: Factsheet 2019-3. Den Haag: WODC; 2019.
6. Van Gestel B, Kouwenberg RF. Update liquidaties 2020: Factsheet 2020. Den Haag: WODC; 2020.
7. Adjiembaks S, Boerman F, Roks R, Stoffers E. Ontwikkelingen & achtergronden van schutters en andere betrokkenen. Den Haag; 2024.
8. OM. Jaarbericht 2021. 2022.

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 Union Drugs Agency (EUDA) (voor 2 juli 2024 het EMCDDA) en Europol concludeerden in 2022 dat de rol van Europa in de internationale drugsmarkt verandert [1–4]. 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. Uit het European Drug Report van 2024 van het EUDA blijkt dat de extractie van cocaïne uit dragermaterialen in Nederland heeft doorgezet. Dit blijkt uit de stijging van inbeslagnames van bepaalde chemicaliën die worden gebruikt voor het omzetten van het tussenproduct uit de dragermaterialen in cocaïne hydrochloride en de toename van het aantal extractielocaties. Ook werd in 2022 gerapporteerd over 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 EUDA 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 [5]. 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 [5].

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 [6]:

- 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 [7]. Over een lange periode is in Nederland de ontwikkeling van criminele netwerken bevorderd, onder andere door het maatschappelijk klimaat. In Nederland staan zowel burgers als de overheid relatief mild tegenover drugsgebruik. Ook de reputatie die het Nederlandse maatschappelijk klimaat heeft in andere landen, heeft mogelijk bijgedragen aan de ontwikkeling van de vestiging van criminele netwerken in Nederland. 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 [7].

Een studie van het EUDA en Europol uit 2024 wijst erop dat de Europese drugsmarkt bestendig is tegen wereldwijde crises en economische en geopolitieke veranderingen. Voorbeelden hiervan zijn de coronapandemie, de opkomst van de Taliban in Afghanistan en de oorlog van Rusland tegen Oekraïne. Criminele netwerken passen zich snel aan en veranderen smokkelroutes en de methoden waarop zij drugs vervoeren en aanbieden[4]. Een analyse van het EUDA 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 [8]. Het EUDA 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 [2,9]. De smokkelroutes zijn beschreven in het EU Drug Report 2020 dat werd opgesteld door het EUDA [10] en in het EU Drug Markets Impact of COVID-19-rapport dat is opgesteld door het EUDA samen met Europol [11]. 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 [12]. 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 [5]. 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 [12]. 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 [13]. 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 [5]. 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 [14].
- 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 [9,15–17].
- 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 [18]. 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 [19]. 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 [9]. 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 [8].
- 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 [20].

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 [5]. Heroïne is echter de drug die het meest wordt aangetroffen bij gevallen van fatale overdoseringen, met grote verschillen tussen de Europese landen [21].
- 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 [5].
- Nederland is voor de heroïnehandel een belangrijk doorvoerland [12]. 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 [5,22,23]. Deze aanvoerroute werd niet belemmerd tijdens de coronacrisis [24].
- Tussen 2018 en 2021 hebben 987 inbeslagnames plaatsgevonden waarin heroïne bestemd voor een EU-lidstaat onderschept is in de post. Van deze inbeslagnames kwamen 630 postzendingen uit Nederland. Dit onderstreept de positie van Nederland als doorvoerland [25].
- 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 [5].
- 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 [5].
- 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 [5].
- 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 [5].
- 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 [5].

Synthetische drugs

Over ‘de wereld van de synthetische drugs in Nederland’ is in 2018 een studie uitgekomen [15]. 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 [5].
- Omdat de productie van amfetaminen voornamelijk in Nederland en België plaatsvond in combinatie met het vrije verkeer van goederen in het Schengengebied, is de mogelijkheid tot inbeslagname van amfetaminen beperkt. Veel van de inbeslagnames zijn kleinere hoeveelheden die bij dealers en gebruikers worden aangetroffen. Grotere inbeslagnames zijn vaak het resultaat van samenwerkingen tussen overheden of opsporingsinstanties van meerdere landen in Europa [26].

- 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 [5]. Binnen Europa is ook Polen een belangrijk herkomstland voor (pre)precursoren van synthetische drugs [26].
- 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 [5].
- 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 [5].
- 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) [5].
- 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 [5].
- Sinds 2022 is er in Europa een nieuwe markt voor semi-synthetische cannabinoïden ontstaan. Deze stoffen worden gemaakt van cannabidiol (CBD), gewonnen uit hennep met een laag THC-gehalte. Waar deze stoffen aanvankelijk vooral uit de Verenigde Staten kwamen, zijn er nu aanwijzingen dat ze ook in Europa worden geproduceerd. Tegelijkertijd nam het aantal nieuwe synthetische cannabinoïden op de markt sterk toe in 2021 en 2022, waarschijnlijk als reactie op de strengere controles die China in 2021 invoerde. Om deze beperkingen te omzeilen, brachten producenten snel nieuwe cannabinoïden uit verschillende chemische groepen op de markt. Synthetische cannabinoïden kunnen een aanzienlijk vergiftigingsrisico met zich meebrengen, vanwege hun krachtige werking en de grote variatie in de hoeveelheid cannabinoïde die in de producten kan voorkomen [27].
- Verder zijn er aanwijzingen dat synthetische opioïden steeds vaker op nationale drugmarkten verschijnen, en er zijn zorgen dat ze ook in Europa meer verspreid zullen raken. Sinds 2018 is er een afname van fentanylderivaten in Europa, in hun plaats zijn de even krachtige nitazene-opioïden gekomen [27].

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 [5,13].

- Een groot 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 [28]. 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 [29].
- Ondanks dat hennep ook in Nederland werd geproduceerd, exporteerden criminelen uit verschillende landen hennep naar Nederland. Het ging bijvoorbeeld om België, Spanje en Albanië, maar ook om landen buiten Europa zoals Canada, de Verenigde Staten en Marokko [28,29].
- 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 [5,30].
- 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 [16].
- 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 [11]. Over het algemeen leek de online (ver)koop van drugs zowel via het ‘dark net’ als via ‘encrypted messenger services’, zoals 'Encrochat', te verlopen [16]. 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 [17,31–34].
- 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 [11] . 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.
- Uit een onderzoek van het Trimbos-instituut uit 2022 blijkt dat WhatsApp de meest gebruikte app onder jongvolwassenen is om in contact te komen met drugverkopers. Andere berichtenapps en sociale media worden minder vaak genoemd voor het kopen van drugs. Het gebruik van darknet-marktplaatsen voor drugsaankopen lijkt in Nederland beperkt tot een

kleine minderheid [35].

- 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 [5].
- 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 [5].
- 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 [36]. Volgens de politie ging veel drugs per post naar andere landen in Europa (inclusief het Verenigd Koninkrijk), de Verenigde Staten, Canada, Azië en Australië [36,37]. 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 [38].
- In de afgelopen jaren is het aantal inbeslaggenomen drugs in postpakketten sterk gestegen. In 2023 nam de Douane bijna 13.500 brieven en postpakketten in beslag. Voor meer informatie over de inbeslagname van drugs in uitgaande brieven en postpakketten, zie §16.3.2.

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 [39,40]. 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 [41,42]. 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 [43].

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. EMCDDA, Europol. EU Drug Markets Analysis: Key insights for policy and practice. Luxembourg; 2024.
5. Chessa, T.van Mantgem, J.Vermeulen I. Fenomeenbeeld drugs 2021: “De narcostand van Nederland.” Zoetermeer; 2022.
6. 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
7. Spapens T, van de Mheen D, Kuipers E, Blatter I, Bourdoud L, Dijcks V. Het vestigingsklimaat voor drugscriminaliteit in Nederland. 2022.
8. EMCDDA, Europol. EU Drug Market: Cocaine. 2022.
9. 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.
10. Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction E. European Drug Report 2020: trends and developments. Luxembourg: Publications office of the European Union; 2020.
11. EMCDDA-Europol. EU Drug Markets: Impact of COVID-19. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
12. 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
13. EMCDDA-Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
14. UNODC. Drugs Monitoring Platform. 2022.
15. 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
16. EMCDDA. Impact of COVID-19 on drug markets, use, harms and drug services in the community and prisons. Luxembourg; 2021 p. 1–38.
17. 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
18. 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.
19. 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.
20. Mehlbaum Shanna. Zuiver op de graat? Over de betrokkenheid van de visserij bij maritieme drugssmokkel. SDU Uitgevers B.V; 2022.
21. EMCDDA. Frequently asked questions (FAQ): drug overdose deaths in Europe. 2022.
22. Boerman F, Grapendaal M, Nieuwenhuis F, Stoffers E. Nationaal dreigingsbeeld 2017: Georganiseerde criminaliteit. Driebergen; 2017.
23. Europol. Serious and Organised Crime Threat Assessment. 2021.
24. UNODC . COVID-19 and the drug supply chain: from production and trafficking to use: Research brief. Vienna: UNODC; 2020.
25. EMCDDA, Europol. EU Drug Market: Heroin and other opioids - In-depth analysis. Luxembourg; 2024.

26. EMCDDA, Europol. EU Drug Market: Amphetamine - Trafficking and supply. Luxembourg; 2024.
27. EUDA & Europol. Europe's changing role in expanding cocaine and methamphetamine markets . https://www.euda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/new-psychoactive-substances/key-findings-and-threat-assessment_en. 2024.
28. EMCDDA, Europol. EU Drug Market: Cannabis - Trafficking and supply. Luxembourg; 2024.
29. 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
30. Nations Office On Drugs U, Crime. World Drug Report 2020: 1- Executive Summary, Impact of COVID-19, Policy Implications. Vienna, Austria: UNODC; 2020.
31. 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
32. 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
33. 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
34. Politie. Aanhouding verdachte #EncroChat [Internet]. 2021. Available from: https://www.politie.nl/nieuws/2021/maart/12/04-aanhouding-verdachte-encrochat.html
35. Trimbos-instituut. Inzicht in online drugsverkoop en preventie. https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/inzicht-in-online-drugsverkoop-en-preventie/. 2023.
36. 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
37. 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
38. Grapperhaus F. Antwoorden Kamervragen over internationale drugshandel per post (2020Z12693). 2020.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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.

43. 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 2019[I]

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

I. 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 heft van 2024 [2]. Het aantal kilo's drugs dat door de Douane in de eerste helft van 2024 in beslag is genomen, is lager dan in de eerste helft van 2023 [2].

- In de eerste helft van 2024 is door de Douane in Nederland ongeveer 17.000 kilo cocaïne in beslag genomen. In de eerste helft van 2023 was dit 29.700 kilo [2,3]
- Het overgrote deel van de cocaïne werd in de eerste helft van 2024 in de zeehavens in beslag genomen: 16.050 kilo van de in totaal 17.083 kilo in beslag genomen cocaïne [2]. In de eerste helft van 2023 ging het om ruim 28.800 kilo maritieme vangst van de in totaal ruim 29.700 kilo [3]. De sterke daling van het aantal inbeslaggenomen kilo's cocaïne is volgens de Douane het

gevolg van de barrières die zij hebben opgeworpen tegen drugssmokkel. De barrières maken de Nederlandse zeehavens minder aantrekkelijk voor criminele netwerken om verdovende middelen te smokkelen. Daarvoor werkt de Douane bijvoorbeeld samen met landen in Latijns-Amerika en met België, en met het Nederlandse bedrijfsleven. Ook in sommige andere zeehavens in Noord-Europa is minder cocaïne in beslag genomen [2].

- Experts in de duidingssessie van 2024 geven aan dat de daling in het aantal vangsten en het aantal inbeslaggenomen kilo's cocaïne meerdere oorzaken kan hebben. Een van die oorzaken zijn de hierboven genoemde barrières die de Douane in de havens heeft opgeworpen. Een andere reden voor de daling van inbeslaggenomen cocaïne is dat er mogelijk gebruik wordt gemaakt van andere smokkelroutes. Dit zou het gevolg kunnen zijn van de opgeworpen barrières. In meerdere havens in Noordwest-Europa is een voorzichtige dalende trend zichtbaar, terwijl er juist een stijgende trend lijkt te zijn in de meer zuidelijk gelegen havens in Europa [4].
- Het aantal kilo's cocaïne dat in beslag genomen is op vliegvelden in de eerste helft van 2024, is vergelijkbaar met het aantal kilo's in de eerste helft van 2023, ongeveer 700 kilo [2,3]. De hoeveelheid cocaïne die op vliegvelden in beslag is genomen verdubbelde van 1.300 kilo in 2022 naar 2.250 kilo in 2023. Op de luchthavens is in 2023 ingezet op een betere samenwerking met ondernemers. Door het uitwisselen van informatie met ondernemers krijgt de Douane een beter beeld van potentieel risicovolle zendingen [5].
- 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 [3].
- De Nederlandse Douane is in de afgelopen jaren steeds nauwer gaan samenwerken met de Belgische Douane [6]. Deze intensievere samenwerking werd noodzakelijk geacht, omdat criminelen de havens van Antwerpen en Rotterdam beschouwen als één werkgebied. Een voorbeeld van deze samenwerking is het Nederlandse duikteam dat ook actief is in Antwerpen [5]. België en Nederland hebben ook gezamenlijk afspraken gemaakt met de Braziliaanse Douane, omdat Brazilië voor Nederland een belangrijk uitvoerland 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 die onderweg was naar Nederland. De samenwerking tussen de landen wordt daarom ook doorgezet en verder ontwikkeld [7,8].
- In 2023 is veel minder heroïne in beslag genomen: 19 kilo in 2023 en 2.611 kilo in het jaar daarvoor [5].
- 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 [9].
- In de eerste helft van 2024 zijn ongeveer 6.300 brieven en pakketten met (voornamelijk) synthetische drugs in beslag genomen. Dit is aanzienlijk minder dan in de eerste helft van 2023, toen er 9.000 keer drugs werd gevonden in uitgaande post. Om drugssmokkel via de post tegen te gaan is begin 2024 het Hit and Run Postteam (HARP) opgericht. Het team richt zich op het opsporen en vervolgen van de verzenders van de postpakketten met drugs. Het HARP-team is een samenwerkingsverband tussen de politie, het Openbaar Ministerie (OM) en de Douane. Hun doel is het versterken van de samenwerking tussen deze partijen en het

verbeteren van de informatiepositie om zo de drugszendingen op te kunnen sporen Dankzij de intensieve controles van het HARP is het volgens de Douane waarschijnlijk dat de verzenders van drugs per post de post vanuit andere landen verzenden [2,10].

Omvang en aantal inbeslagnames Douane naar type drug, 2016-eerste helft van 2024

	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		Eerste helft 2024
	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo	Aantal	Kilo
Cocaïne	15.581	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	59.116	-	17.083
-waarvan maritiem	14.154	79	9.328	65	20.074	99	38.406	127	25.599	77	69.479	166	50.044	162	56.858	-	16.050
Heroïne	437	40	830	66	296	110	625	25	105	88	1.734	2.128	2.611	2.369	19	-	367
Ecstasy/MDMA	144	183	830	164	472	344	426	489	519	2.284	259	4.755	363	7.000	377	-	190
Amfetamine	22	16	108	4	1	5	2	11	34	248	19	671	32	1.385	25	-	20
Methamfetamine	29	15	9	20	6	15	550	11	17	6	20	17	82	55	474	-	38
Marihuana	1.299	110	2.852	90	322	125	583	231	514	393	734	2.439	5.492	4.381	3.832	-	828
Hasj	250	58	716	68	3.910	93	299	101	1.010	106	172	123	293	1.161	253	-	116
Qat	3.738	233	6.371	383	3.331	177	2.080	108	9.137	629	2.887	258	3.265	56	684	-	1.120
LSD	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	4	-	6	-	37	-	2

Bron: Douane, 2021, 2022, 2023, 2024; bewerking Regioplan.

Inbeslagnames in België

- De Nederlandse en Belgische Douane werken steeds intensiever samen om drugssmokkel tegen te gaan [7]. De Nederlandse Staatssecretaris Toeslagen en Douane en de Belgische Minister van Financiën presenteerden samen de cijfers over inbeslagnames van drugs in Nederland en België in het jaar 2023. In 2023 is in België 116.000 kilo drugs in beslag genomen

[5]. Dat is meer dan in 2022, toen er 109.000 kilo in beslag werd genomen. 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 [11,12].

- 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 [13].
- 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 [14].

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. 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 [15].

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 [15].

- Op basis van informatie die de FIOD hierover heeft bereikt, blijkt dat in Nederland in 2023 in totaal ongeveer 370.000 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 2022 ging het nog om ruim 141.000 kilo. In 2021 is ongeveer 175.000 kilo drugsgerelateerde chemicaliën in beslag genomen [15,16].
- 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 2023 is bij inbeslagnames in totaal bijna 63.000 kilo pre-precursoren door de politie, de FIOD en de Douane in beslag genomen (voor zover bij de FIOD bekend). Dit is bijna drie keer zo veel als in 2022 [15,16].
- 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 bereikt. Dit leek op basis van informatie van de politie, de Douane en de FIOD ook in 2023 het geval [17].
- Ten tijde van de coronapandemie zagen de opsporingsinstanties dat minder zendingen werden onderschept, maar dat de productie van synthetische drugs niet afnam. De (internationale) coronamaatregelen leken hieraan niets te hebben veranderd . 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 [18,19].

Nieuwe pre-precursoren

- Regelmatig verschijnen nieuwe pre-precursoren op de illegale markt en lijken internationaal gereguleerde pre-precursoren geleidelijk in onbruik te raken [15].
- In 2023 zijn twee nieuwe stoffen aangetroffen: BMK ethyl glycidaat en 2 chloor-1-fenyl propaan. Beide stoffen worden gebruikt voor de productie van BMK, een precursor voor methamfetamine en amfetamine [16].
- In voorgaande jaren zijn de volgende stoffen voor het eerst aangetroffen:
    - In 2022: diethyl (phenylacetyl) propanedioate (DEPAPD). Dit is een, inmiddels geregistreerde, pre-precursor voor BMK, waarmee amfetamine kan worden geproduceerd [15].
    - In 2021: methyl 3-oxo-2-(3,4-methylenedioxyphenyl) butanoate (MAMDPA) en 3,4-MDP-2-P ethyl glycidaat (PMK ethyl glycidaat). Dit zijn, inmiddels geregistreerde, pre-precursoren voor PMK, waarmee MDMA/ecstasy kan worden geproduceerd [15].
    - In 2020: ethyl 3-oxo-2-phenyl butanoate (EAPA). Dit is een, inmiddels geregistreerde, pre-precursor voor BMK, waarmee amfetamine kan worden geproduceerd [15].
- Naast de bovenstaande stoffen zijn de afgelopen jaren ook de onderstaande pre-precursoren aangetroffen: alpha-fenylaceto-acetonitril (APAAN), alpha-fenylacetoacetamide (APAA) en methyl 3-oxo-2-phenyl butanoate (MAPA). Dit zijn, inmiddels geregistreerde, pre-precursoren voor BMK. In 2023 zijn, voor zover bij de FIOD bekend, geen APAAN BMK en APAA in beslag

genomen. Het aantal inbeslagnames en de totale hoeveelheid in beslag genomen MAPA is in 2023 relatief klein vergeleken met de jaarlijkse inbeslagnames in de periode 2017 t/m 2022 [15,16].

- PMK-glycidaat, natriumzout van PMK-glycidezuur en PMK-ethyl glycidaat zijn geregistreerde precursoren voor PMK, waarmee MDMA/ecstasy geproduceerd kan worden. In 2023 is, voor zover bij de FIOD bekend, ruim 28.000 kilo PMK-ethyl glycidaat in beslag genomen en heeft één (relatief kleine) inbeslagname van PMK-glycidaat plaatsgevonden. Over 2023 zijn bij de FIOD geen gegevens bekend over inbeslagnames van natriumzout van PMK-glycidezuur [15,16].

Hoeveelheden en aantallen van in Nederland in beslag genomen pre-precursoren voor de productie van synthetische drugs[I,II], 2017-2023

Stof[II]	2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	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	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	26	3
EAPA	-	-	-	-	-	-	150	1	85	2	-	-	-	-
MAMDPA	-	-	-	-	-	-	-	-	4.464	6	17	2	66	2
DEPAPD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	2	54	1
Natriumenolaat van DEPAPD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1	-	-
PMK ethyl glycidate	-	-	-	-	-	-	-	-	350	1	7.527	20	28.200	43
PMK glycidaat	5.810	9	3.374	9	2.395	5	475	3	1.000	1	-	-	50	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	2.773	2
BMK glycidezuur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.355	26	15.667	35
Natriumzout van BMK glycidezuur	1.625	3	2.066	7	4.897	7	1.140	9	848	9	3.626	8	16.021	31
Totaal	20.023	43	29.606	54	19.610	57	8.314	50	13.108	47	21.113	72	62.858	118

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, 2023.

Pre-precursoren voor heroïne

- Bij de conversie van morfine naar heroïne wordt de stof azijnzuuranhydride gebruikt. Azijnzuuranhydride is een geregistreerde stof met vele legale toepassingen. In 2023 is, in twee vangsten, 740 liter azijnzuuranhydride in beslag genomen [16]. 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 [15]. De illegale vervaardiging van heroïne werd vóór het jaar 2017 in Nederland niet eerder op deze schaal gezien . Cijfers van de FIOD tonen aan dat inbeslagnames van azijnzuuranhydride zijn gedaald na een piek in 2018 [11].
- 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 [11,15].
- 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 [20,21].

Pre-precursoren voor methamfetamine

- Op basis van signalen die de FIOD daarover hebben bereikt, lijkt in 2023 de productie van methamfetamine in Nederland waarbij methamfetamine (vanuit poedervorm) gekristalliseerd en/of hergekristalliseerd is, weer toegenomen te zijn ten opzichte van 2022 [15,16]. Het merendeel van de methamfetamine geproduceerd in Nederland werd (voor zover bekend op basis van gegevens over 2021) 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 [15].
- Naast reeds genoemde precursoren wordt bij de productie van methamfetamine van wijnsteenzuur gebruikgemaakt. De hoeveelheid in beslag genomen wijnsteenzuur (een niet-geregistreerde stof) is in 2023, na een dip in 2022 en 2021, weer toegenomen maar is niet op het niveau van het piekjaar 2020 [15,16]. De toename van de in beslag genomen hoeveelheid wijnsteenzuur in 2020 is mogelijk te verklaren door de gekraakte PGP-servers, zoals ‘EncroChat’, die bijgedragen hebben aan de opsporing en ontmanteling van methamfetaminelabs [22].
- Naast wijnsteenzuur worden ook de stoffen methylthioglycolaat (MTG) en 2,2-azobis-(2-

isobutylnitril) (AIBN) en dimyristyl peroxydicarbonate (MYPC) in de productie van methamfetamine gebruikt [16]. Voor zover bij de FIOD bekend worden deze stoffen sinds 2020 in beslag genomen [15,16].

- 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). Na 2020 is, voor zover bij de FIOD bekend, de omvang van in Nederland inbeslaggenomen (pseudo)efedrine, rode fosfor, jodium en hypofosforigzuur afgenomen [15,16]
- 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 [15,16].

Totale omvang en aantallen van in Nederland in beslag genomen stoffen die te relateren zijn aan de productie van methamfetamine[I, II, III], 2017-2023

	2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	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	Totale hoeveelheid (kg)	Aantal inbeslagnames
Totaal	970	8	9.742	28	361	10	16.225	46	9.851	23	1.887	17	10.793	36

I. In de tabel zijn de inbeslagnames van MTG, MTG, AIBN, MYCP, (Pseudo)efedrine, Rode fosfor, Wijnsteenzuur, Jodium en Hypofosforigzuur opgenomen. Cijfers zijn gebaseerd op informatie die de FIOD heeft bereikt en zijn mogelijk niet compleet. II. Informatie over lege verpakkingen die bij de Nederlandse productielocaties zijn aangetroffen zijn niet opgenomen in de bovenstaande cijfers. III. (Pseudo)efedrine is geregistreerd (categorie1). Bron: FIOD, het Centraal Punt Precursoren: PICS substance statistics, 2020, 2021, 2022, 2023.

Bronnen

1. Politie. Informatierapport inbeslagname drugs 2019. Den Haag; 2020.
2. Douane. Barrières in de havens helpen: Douane onderschept minder drugs in eerste halfjaar 2024. 2024.
3. Douane. Douane onderschept meer drugs in eerste halfjaar 2023. 2023.
4. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken 2024. 2024.
5. Douane. Douane onderschept fors meer cocaïne in 2023. 2024.

6. Douane. Betere samenwerking leidt tot flinke toename cocaïnevangsten. 2024.
7. Rijksoverheid. Meer samenwerking Nederlandse en Belgische douane bij aanpak drugssmokkel. 2023.
8. Douane. Douanes Nederland en België bezoeken Zuid-Amerika. 2023.
9. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2023;
10. Politie. Douane, politie en OM bundelen krachten in strijd tegen drugszendingen per post. 2024.
11. Chessa, T.van Mantgem, J.Vermeulen I. Fenomeenbeeld drugs 2021: “De narcostand van Nederland.” Zoetermeer; 2022.
12. Boerman F, Grapendaal M, Nieuwenhuis F, Stoffers E. Nationaal dreigingsbeeld 2017: georganiseerde criminaliteit. Driebergen: Politie, Dienst Landelijke informatieorganisatie; 2017.
13. EMCDDA. European Drug report 2023. 2023.
14. EMCDDA. European Drug Report: Trends and Developments. 2022.
15. FIOD . Het Centraal Punt Precursoren: PICS substance statistics. ; 2022 p. .
16. FIOD. het Centraal Punt Precursoren: PICS substance statistics. 2023.
17. FIOD. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2024.
18. Taale H, Olde Kalter M, De Bruin R, Barnas B. Achtergrondrapportage “Monitor mobiliteit tijdens COVID-19.” 2020.
19. Taale H, Olde Kalter M, Smit R, Barnas B, Evers C. Monitor Mobiliteit & Vervoer, nr 12. Den Haag; 2022.
20. 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
21. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D, Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
22. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.

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

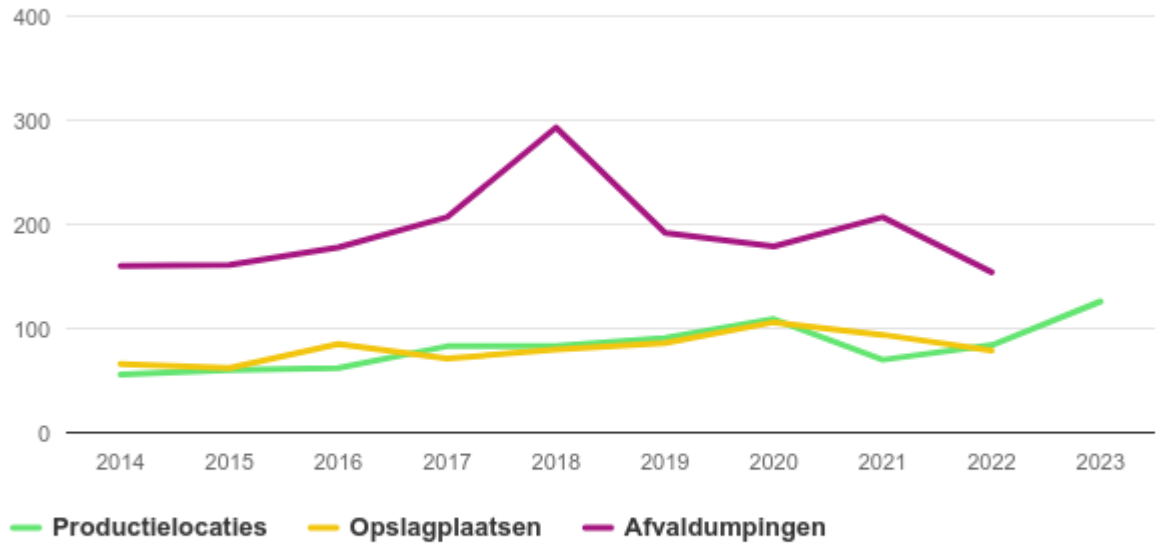
Onderzoek van Europol uit 2021 laat zien dat in de huidige Europese drugsmarkt in Nederland de meeste productielocaties van MDMA worden ontmanteld [1]. Daarnaast blijkt uit het jaarlijkse rapport van de United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) dat, in de periode 2016-2020, Nederland wereldwijd 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 2023 zijn 125 productielocaties van synthetische drugs ontmanteld. Dit is een stijging ten opzichte van 2022 van ongeveer 50%. Het is het hoogste aantal ontmantelde productielocaties van synthetische drugs ooit in Nederland. De meeste productielocaties werden ontdekt in de provincies Noord-Brabant, Zuid-Holland en Limburg [3,6].
- 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 2023 gestegen naar 191. In 2022 werden er 155 afvaldumpingen aangetroffen. De meeste meldingen van drugsafvaldumpingen in 2023 waren afkomstig uit de provincie Noord-Brabant; daarna volgen Zuid-Holland, Gelderland en Limburg. Bij de cijfers moet aangetekend worden dat niet alle dumpingen bij de LFO worden gemeld [5,6,9]. In de periode 2017 tot en met 2020 is meer dan een miljoen liter/kilo drugsafval aangetroffen [7].

Aantal aan de Landelijke Eenheid gemelde ontmantelde productie- en opslaglocaties en afvaldumplocaties voor de productie van synthetische drugs, 2014-2023, in aantallen



Bron: Nationale Politie, Cluster Synthetische Drugs, ERISSP Landelijk overzicht Synthetische Drugs 2020; Nationaal Overzicht Drugslocaties 2022, 2023, 2021: Cannabis, Synthetische Drugs, Heroïne en Cocaïne (Nationale Politie, 2023, 2022). Bewerking Regioplan.

NDM

	Productielocaties	Opslagplaatsen	Afvaldumpingen
2013	33	46	105

	Productielocaties	Opslagplaatsen	Afvaldumpingen
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
2023	125		

- 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].
- In 2023 is het aantal ontmantelde ‘combinatie-labs’ sterk gestegen. In 2023 zijn er 21 locaties aangetroffen waar meerdere soorten drugs worden geproduceerd, tegenover negen in 2022. De meest voorkomende combinatie was MDMA, amfetamine en methamfetamine. Voor deze drugs zijn namelijk dezelfde grondstoffen en hardware nodig. De stijging in het aantal combinatielabs is een indicatie dat criminele organisaties in staat zijn om snel te reageren op veranderingen in de vraag [6].

Cocaïnewasserijen, methamfetamine- en heroïnelabs

Cocaïne

In 2023 zijn 21 productielocaties voor cocaïne ontmanteld. Dit betrof locaties waar de productie van cocaïne plaatsvond, zoals extractie (uitwassen), kristallisatie of verpakken [2,[4,6,9]. In vergelijking met 2022 is het aantal cocaïne-productielocaties in 2023 gestegen; toen werden namelijk zeventien productielocaties ontmanteld. In de jaren daarvoor zijn de cijfers wisselend, er is geen duidelijke trend zichtbaar. De productielocaties werden in 2023, net als in 2022, voornamelijk aangetroffen in de provincie Zuid-Holland [2,[4,6,9].

- In 2023 werden door de politie tien locaties aangetroffen waar alleen de versnijding van cocaïne plaatsvond. In 2022 waren dat drie versnijdingslocaties [6,9].
- 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 [2,9]. Gegevens over 2023 zijn niet beschikbaar.
- 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 [2,10].

Methamfetamine

- In 2023 zijn 29 locaties aangetroffen waar (vermoedelijk) sprake was van de productie van methamfetamine. Dit is een stijging ten opzichte van 2022; toen werden vijftien productielocaties aangetroffen [6,9,11].
- 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 2024 blijkt dat de sterke stijging van het aantal methamfetaminelabs meerdere oorzaken zou kunnen hebben. Een mogelijke verklaring voor de toename van het aantal methamfetaminelabs in het algemeen is dat methamfetamine aanzienlijk duurder en winstgevender is voor criminelen dan andere drugs. Hierdoor verschuift de markt, wat leidt tot een groei in de productie en in het verlengde daarvan ook een toename in het aantal ontmantelde labs. Daarnaast is in het najaar van 2023 de wetgeving in China aangescherpt. Sinds eind 2023 vallen ook nieuwe designerprecursoren onder de Chinese wetgeving. Omdat veel van de precursoren die in Nederland worden aangetroffen afkomstig zijn uit China, zou dit kunnen leiden tot een verschuiving naar gebruik van andere, nog niet gereguleerde stoffen in het productieproces van diverse synthetische drugs. Tot slot zou de stijging ook kunnen komen doordat er vanuit de Verenigde Staten meer kennis over de productie van methamfetamine naar Europa is overgebracht. Er wordt dus mogelijk meer geproduceerd in Nederland [12].
- 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 [13].
- 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 [5,8,14]. Op basis van bovenstaande informatie van de politie over 2021 en 2022 lijkt dit beeld echter inmiddels achterhaald.

Heroïne

- Er zijn tien heroïnelabs ontmanteld in Nederland in 2023. In 2022 waren dit er twee. Een productielocatie betreft hier een locatie waar de activiteiten plaatsvinden met betrekking tot productie van heroïne, zoals synthese, kristallisatie, versnijden of verpakken. In 2023 werden er echter alleen locaties ontdekt waar het versnijden en/of het persen van blokken heroïne plaatsvond [3,6,9].
- 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 [3,9].
- 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 2017-2023

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aantal ontmantelingen	5	7	9	32	15	15	29

Bron: Nationale Politie (2023), Nationale Politie (2021), Nationale Politie (2022). Nationaal Overzicht Drugslocaties 2023: Cannabis, Synthetische drugs, Heroïne en Cocaïne. Den Haag: Nationale Politie. Nationaal Overzicht Drugslocaties 2022, Nationale Politie. Nationaal Overzicht Drugslocaties 2021: Cannabis, Synthetische Drugs, Heroïne en Cocaïne. Den Haag:

Geruimde hennepkwekerijen

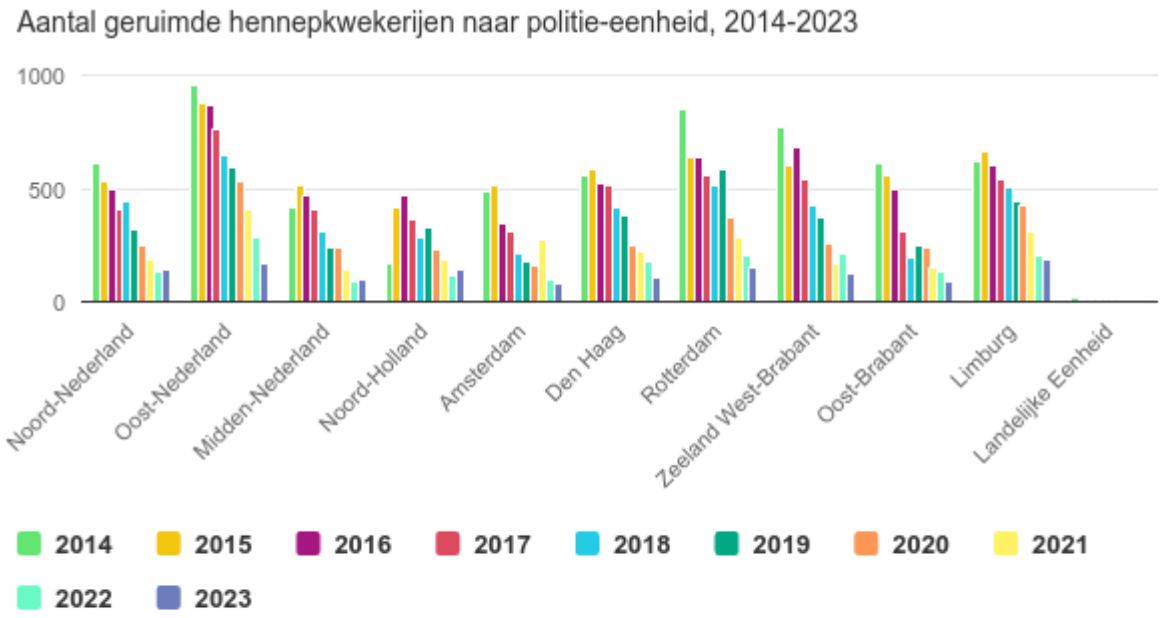
De cijfers over de aantallen geruimde hennepkwekerijen zijn afkomstig van alle tien regionale politie-eenheden en van de Landelijke Eenheid van de politie [4].

- In 2023 zijn er 1.230 hennepkwekerijen geruimd. Dat zijn er ruim 350 minder dan in 2022, toen 1.604 hennepkwekerijen werden ontmanteld. De afname van het totaal aantal opgerolde hennepkwekerijen in 2023 is een voortzetting van de dalende trend sinds 2014. In de politie-eenheid Oost-Nederland werd in 2023 de grootste daling waargenomen ten opzichte van 2022. In de politie-eenheden Noord-Nederland, Midden-Nederland en Noord-Holland is het aantal ontmantelde hennepkwekerijen gestegen ten opzichte van 2022 [4–6].
- 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]. Ook uit de uitgaven aan Opiumwetdelicten blijkt dat harddrugs prioriteit krijgen boven softdrugs, zie hiervoor ook §2.1.7.3. 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 van 2017 tot 2020 stabiel is gebleven, wat doet vermoeden dat het daadwerkelijke aantal hennepkwekerijen toen nog niet afnam [7]. Uit informatie van de politie van 2023 blijkt dat er signalen zijn dat hennep uit het buitenland geïmporteerd wordt waarmee ook de Nederlandse gebruikersmarkt wordt bediend. Dit is een van de mogelijke verklaringen voor het afnemen van het aantal ontmantelde hennepkwekerijen [6].
- De meeste hennepkwekerijen zijn in 2023 ontmanteld in de politie-eenheid Limburg. In de politie-eenheden Oost-Brabant en Amsterdam werden de minste kwekerijen geruimd [6].

Aantal geruimde hennepkwekerijen, 2014-2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aantal	6.006	5.856	5.538	4.670	3.913	3.635	2.894	2.285	1.604	1.230

Bron: Nationale Politie, Landelijke Eenheid, Dienst Landelijke Informatieorganisatie (2021, 2022, 2023 en 2024)



Bron: Nationale Politie, Landelijke Eenheid, Dienst Landelijke Informatieorganisatie (Nationale Politie, 2021, 2022). Nationaal overzicht drugslocaties 2022 en 2023, (Nationale Politie, 2023, 2024). Bewerking Regioplan.

NDM

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Noord-Nederland	607	524	488	404	436	313	246	184	131	136
Oost-Nederland	950	871	866	761	640	587	527	406	278	160
Midden-Nederland	413	513	463	405	306	236	231	139	87	92
Noord-Holland	162	412	461	357	281	325	226	177	107	133
Amsterdam	486	512	342	309	206	176	158	268	93	74
Den Haag	556	576	516	510	414	374	240	216	170	104
Rotterdam	842	629	634	550	507	576	363	279	198	149
Zeeland West-Brabant	763	598	673	532	424	365	249	164	209	117
Oost-Brabant	606	551	487	301	193	245	233	146	129	86

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Limburg	612	662	600	538	502	437	419	304	201	177
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 [15]. 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 [13].

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 [11]. 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 [16]. Welk aandeel van het aantal meldingen vanaf 2021 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 2023. 2024.
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. Politie. Nationaal Overzicht Drugslocaties 2022. 2023.
10. EMCDDA, Europol. EU Drug Market: Cocaine. 2022.
11. Politie . Informatierapport cocaïnewasserijen, methamfetamine- en heroïnelabs 2020. Nationale Politie; 2021 p.
12. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken 2024. 2024.
13. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken 2022. 2023.
14. EMCDDA, Europol. EU Drug Market: Methamphetamine -. 2022.
15. Monitoring Centre for Drugs E, Addiction D, Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
16. 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.

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]. Zie voor meer informatie ook § 2.1.

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 2023 steeg zowel het aantal geregistreerde harddrugsincidenten als het aantal softdrugsincidenten. Het aantal geregistreerde drugsincidenten is op het hoogste niveau sinds 2014.
- In 2023 steeg het aantal geregistreerde softdrugsincidenten van 3.857 in 2022 naar 5.399.
- Het aantal geregistreerde softdrugsincidenten is sinds 2014 niet meer zo hoog geweest. Vanaf 2014 is een dalende trend te zien. In 2019 en 2020 steeg het aantal geregistreerde softdrugsincidenten ook, maar het ging toen om minder sterke toenames dan in 2023 [2].
- Het aantal geregistreerde harddrugsincidenten steeg in 2023 ten opzichte van 2022. In 2023 werden 9.359 harddrugsincidenten geregistreerd, in 2022 waren dat er 8.201.
- Het aantal geregistreerde harddrugsincidenten fluctueerde in de jaren 2018-2022. Er zijn zowel behoorlijke stijgingen als dalingen in de trend. Het aantal geregistreerde harddrugsincidenten in 2023 is het hoogste van de afgelopen tien jaar.
- De experts in de duidingssessie van 2024 geven aan dat een waarschijnlijke reden voor deze sterke stijging de plaatsing van lachgas op lijst II van de Opiumwet is en gebruik hiervan dus onder softdrugsincidenten valt. Sinds begin 2023 is het gebruik van lachgas verboden gesteld. Informatie vanuit de strafrechtketen over de productie van harddrugs wijst op een mogelijke reden voor de stijging van harddrugsincidenten. De productie van harddrugs lijkt namelijk sterk toegenomen sinds 2020. Dit zou mogelijk kunnen doorwerken in het aantal harddrugsgerelateerde incidenten. Daarnaast zijn er in 2023 ook nieuwe stoffen toegevoegd aan Lijst I van de Opiumwet, waaronder de stof 3-CMC. Tot slot noemen de experts ook nog de toenemende capaciteit en de investering in de aanpak van georganiseerde drugscriminaliteit die is gedaan vanaf 2020/2021 als mogelijke reden voor de totale stijging van het aantal geregistreerde drugsincidenten [3].

In 2023 steeg het aantal meldingen bij Meld Misdaad Anoniem over drugsgerelateerde delicten zoals de productie en handel van harddrugs, hennepkwekerijen en internationale drugssmokkel van 10.241 meldingen in 2022 naar een recordhoogte van 20.328 meldingen in 2023. In de jaren hiervoor daalde het aantal meldingen over drugsgerelateerde delicten bij Meld Misdaad Anoniem [4–6].

Geregistreerde soft- en harddrugsincidenten bij de politie, 2014-2023, in aantallen

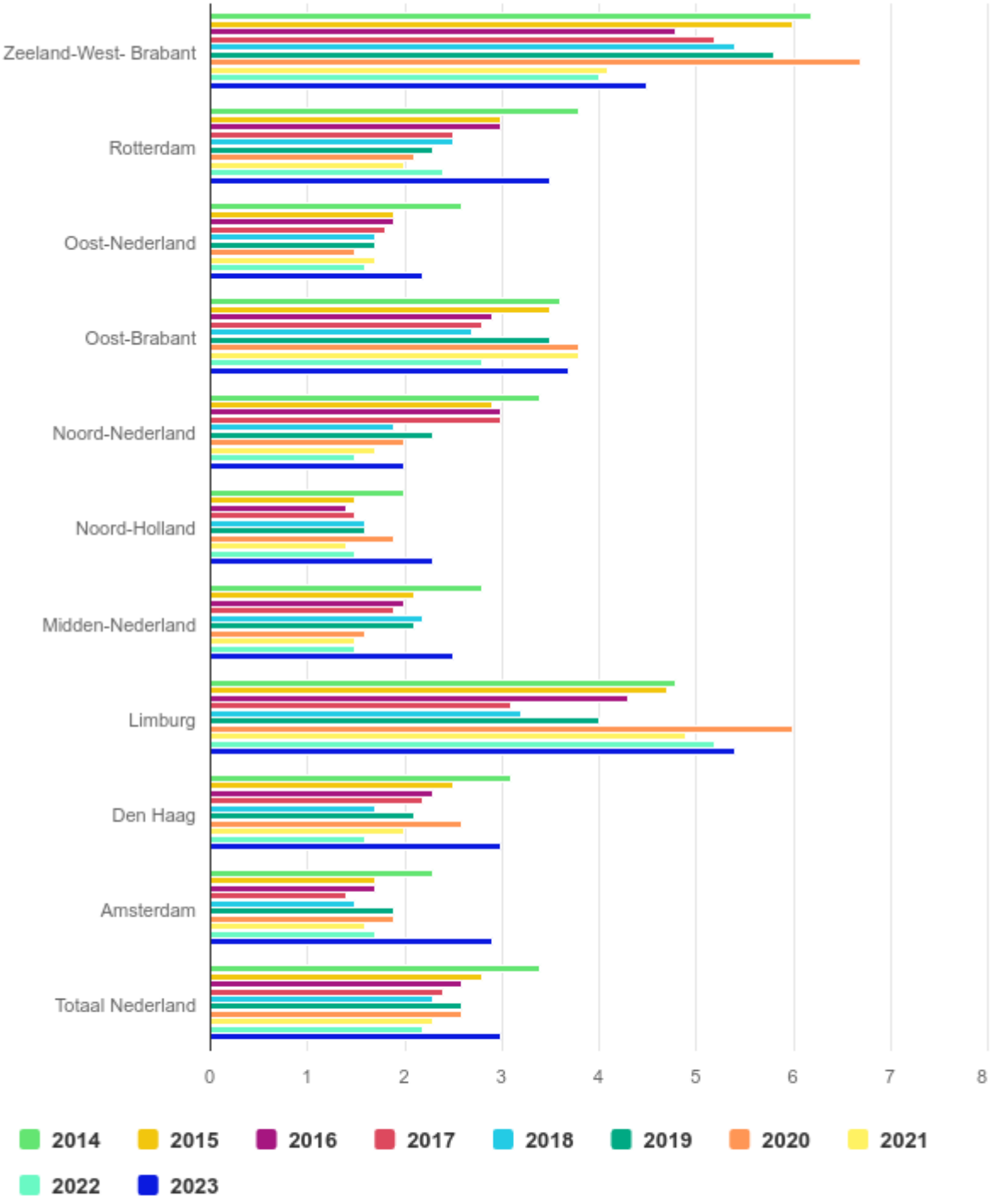
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Geregistreerde softdrugsincidenten	5.663	4.788	4.463	4.162	4.031	4.445	4.518	4.011	3.857	5.399
Geregistreerde harddrugsincidenten	8.587	8.424	8.164	7.942	7.999	8.720	7.963	7.167	8.201	9.359

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, maart 2024).

Regionale ontwikkeling door de politie geregistreerde incidenten

In 2023 was er in alle politie-eenheden sprake van een stijging van het aantal geregistreerde softdrugsincidenten per 10.000 inwoners ten opzichte van 2022. De grootste toenames deden zich voor in de politie-eenheden Den Haag en Amsterdam. Het aantal geregistreerde softdrugsincidenten per 10.000 inwoners is in 2023 in heel Nederland gestegen van 2,2 naar 3,0 incidenten.

Geregistreerde softdrugsincidenten per politie-eenheid[I], 2014-2023, in aantallen (per 10.000 inwoners)



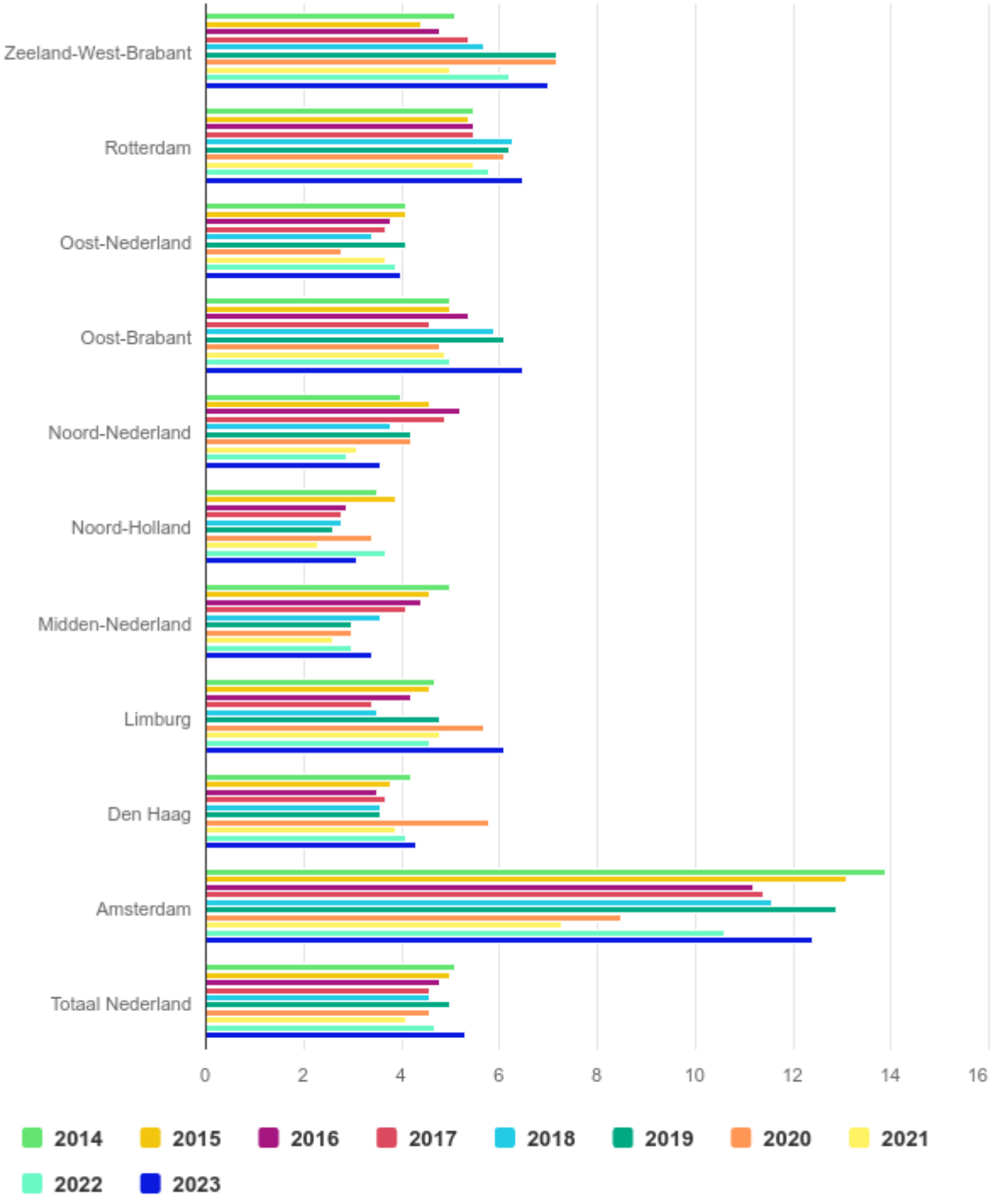
I. In Mennes et al. (2020) is de eenheid Oost-Nederland opgedeeld in twee regio's (niet-grens en grens). Omdat niet inzichtelijk is welke gemeenten in welke regio ondergebracht zijn, is hierboven gekozen om een gemiddelde van deze twee regio's weer te geven voor 2014-2018. Bron: cijfers over 2014-2018 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, maart 2024). Bewerking Regioplan.

NDM

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Zeeland-West-Brabant	6.2	6	4.8	5.2	5.4	5.8	6.7	4.1	4	4.5
Rotterdam	3.8	3	3	2.5	2.5	2.3	2.1	2	2.4	3.5
Oost-Nederland	2.6	1.9	1.9	1.8	1.7	1.7	1.5	1.7	1.6	2.2
Oost-Brabant	3.6	3.5	2.9	2.8	2.7	3.5	3.8	3.8	2.8	3.7
Noord-Nederland	3.4	2.9	3	3	1.9	2.3	2	1.7	1.5	2
Noord-Holland	2	1.5	1.4	1.5	1.6	1.6	1.9	1.4	1.5	2.3
Midden-Nederland	2.8	2.1	2	1.9	2.2	2.1	1.6	1.5	1.5	2.5
Limburg	4.8	4.7	4.3	3.1	3.2	4	6	4.9	5.2	5.4
Den Haag	3.1	2.5	2.3	2.2	1.7	2.1	2.6	2	1.6	3
Amsterdam	2.3	1.7	1.7	1.4	1.5	1.9	1.9	1.6	1.7	2.9
Totaal Nederland	3.4	2.8	2.6	2.4	2.3	2.6	2.6	2.3	2.2	3

Op regionaal niveau zien we dat in alle politie-eenheden het aantal geregistreerde harddrugsincidenten per 10.000 inwoners in 2023 toenam, behalve in de politie-eenheid Noord-Holland waar sprake was van een daling. De toename was het grootst in de politie-eenheid Amsterdam, gevolgd door de eenheid Limburg. Ten opzichte van 2022 is het aantal geregistreerde harddrugsincidenten voor heel Nederland in 2023 gestegen: van 4,7 naar 5,3 incidenten per 10.000 inwoners.

Geregistreerde harddrugsincidenten per politie-eenheid[I], 2014-2023, 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, maart 2024). Bewerking Regioplan.

NDM

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Zeeland-West-Brabant	5.1	4.4	4.8	5.4	5.7	7.2	7.2	5	6.2	7
Rotterdam	5.5	5.4	5.5	5.5	6.3	6.2	6.1	5.5	5.8	6.5
Oost-Nederland	4.1	4.1	3.8	3.7	3.4	4.1	2.8	3.7	3.9	4
Oost-Brabant	5	5	5.4	4.6	5.9	6.1	4.8	4.9	5	6.5
Noord-Nederland	4	4.6	5.2	4.9	3.8	4.2	4.2	3.1	2.9	3.6
Noord-Holland	3.5	3.9	2.9	2.8	2.8	2.6	3.4	2.3	3.7	3.1
Midden-Nederland	5	4.6	4.4	4.1	3.6	3	3	2.6	3	3.4
Limburg	4.7	4.6	4.2	3.4	3.5	4.8	5.7	4.8	4.6	6.1
Den Haag	4.2	3.8	3.5	3.7	3.6	3.6	5.8	3.9	4.1	4.3
Amsterdam	13.9	13.1	11.2	11.4	11.6	12.9	8.5	7.3	10.6	12.4
Totaal Nederland	5.1	5	4.8	4.6	4.6	5	4.6	4.1	4.7	5.3

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 [7].

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. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken 2024. 2024.
4. Meld. Misdaad. Anoniem. Anonieme tips voor tweede jaar op rij uitzonderlijk hoog, veel tips over geweldplegers en relschoppers. 2022.
5. Misdaad Anoniem M. Anonieme tips terug op niveau voor coronapandemie. 2023.
6. Misdaad Anoniem M. Recordaantal anonieme tips over gezochte personen en drugshandel. 2024.
7. 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 2023 is gestegen ten opzichte van 2022. Het gaat om ruwweg 18.000 verdachten van Opiumwetdelicten in 2023. Het totaal aantal verdachten van misdrijven – dus niet alleen

Opiumwetdelicten – daalde daarentegen in 2023 ten opzichte van 2022. In 2023 waren er ongeveer 259.000 verdachten van misdrijven tegenover ongeveer 264.000 verdachten in 2022 [2–4].

- Het aandeel geregistreerde verdachten van een Opiumwetdelict binnen het totaal van alle geregistreerde verdachten van misdrijven lag in 2023 op bijna 7%. Dat past in een langere trend die vanaf 2014 te zien is: sinds 2014 schommelde het percentage rond 7% met uitzondering van 2022, toen het percentage daalde naar 6% [3]. Mogelijk is de trend van vanaf juli 2018 vertekend door gewijzigde registratievoorschriften bij de politie, waardoor vanaf dat moment meerdere delicten niet meer in één registratie – van het zwaarste feit – mogen worden vastgelegd. Deze delicten worden sindsdien apart van elkaar geregistreerd [2,4].
- 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 [5]. Dit wijst erop dat de ontwikkelingen van het aantal verdachten van Opiumwetdelicten sinds 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, 2014-2023, in absolute aantallen en percentage[I,II]

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% Opiumwetverdachten	6,9	6,8	6,6	6,7	7,0	7,3	7,0	6,8	6,0	6,9
Opiumwetverdachten (afgerond, *1.000)	23	21	18	17	18	20	19	16	16	18
Totaal verdachten misdrijven (afgerond, *1.000)	327	302	279	258	259	276	264	244	264	259

I. Geregistreerde verdachten misdrijven, in duizendtallen. II. Voorlopige cijfers over 2022 en 2023. Bron: CBS Statline (2024), bewerking Regioplan.

- Het aantal geregistreerde Opiumwetmisdrijven steeg in 2023 ten opzichte van 2022. In 2023 zijn ongeveer 14.000 Opiumwetmisdrijven geregistreerd en in 2022 waren dat er ruwweg

12.000 [4].
- Het totaal aantal geregistreerde misdrijven daalde in 2023 ten opzichte van 2022 (zie tabel hieronder) [3,4].
- Het aandeel Opiumwetdelicten binnen het totaal aantal misdrijven steeg ook in 2023 in vergelijking met 2022 [4].
- 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 [6].
- 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 [7]. 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, 2014-2023, in absolute aantallen en %[I,II]

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% Opiumwetmisdrijven	1,6	1,5	1,4	1,5	1,7	1,8	1,6	1,6	1,6	1,8
Opiumwetmisdrijven (afgerond, *1.000)	16	15	13	13	13	15	13	12	12	14
Totaal misdrijven (afgerond, *1.000)	1.026	979	930	833	786	822	813	758	809	807

I. Geregistreerde misdrijven, in duizendtallen. II. Voorlopige cijfers voor 2022 en 2023. Bron: CBS Statline (2024), 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. CBS. Geregistreerde criminaliteit; soort, misdrijf, regio. 2024.
5. Moolenaar D, Choenni S. Effect van COVID-19 op de strafrechtketen. Memorandum 2021-3 [Internet]. Den Haag; 2021. Available from: www.wodc.nl.
6. 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).
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. 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

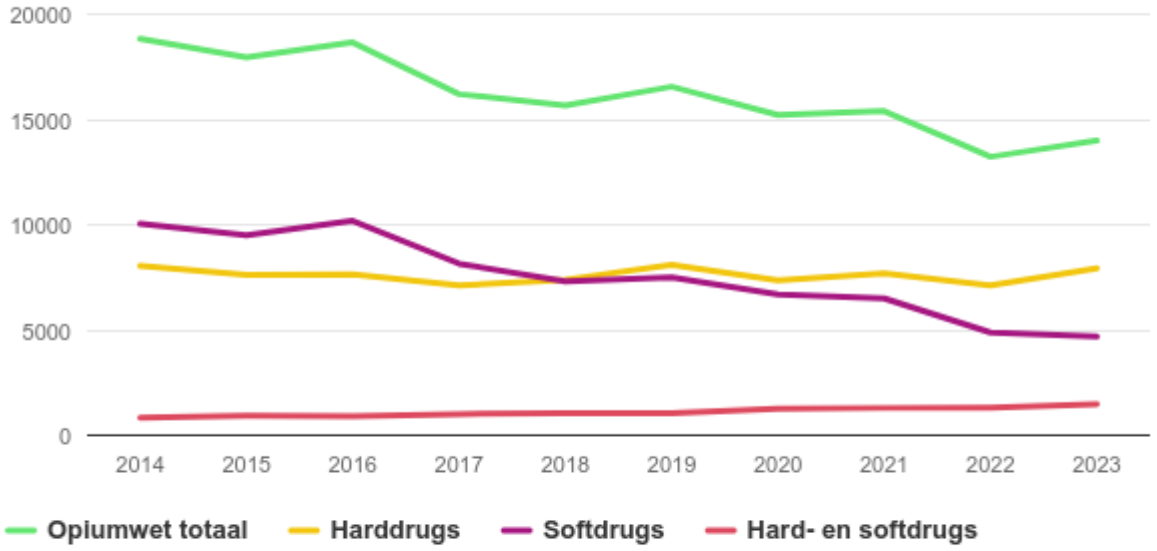
Opiumwetdelicten worden conform de beleidsregels in de Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie (OM) vervolgd (zie www.om.nl).

- In 2023 steeg de instroom van Opiumwetzaken bij het OM in vergelijking met 2022. De instroom van het totaal aantal strafrechtzaken bij het OM daalde daarentegen in 2023 [1–4]. Het aandeel Opiumwetzaken in het totaal aantal ingestroomde strafrechtzaken bij het OM steeg daardoor licht in 2023 van 7% naar 8%. In de periode 2014-2021 was dit aandeel relatief stabiel rond 10% [1,4].
- In 2023 daalde, in lijn met de dalende trend vanaf 2016, het aantal ingestroomde softdrugsdelicten ten opzichte van het jaar daarvoor. Ook het aandeel ingestroomde softdrugszaken op het totaal van de bij het OM ingestroomde Opiumwetzaken daalde in 2023 wederom. In 2023 was 33% van de Opiumwetzaken een softdrugszaak, in 2022 was dit nog 37%.
- Het aantal ingestroomde harddrugsdelicten steeg in 2023. Het aandeel harddrugszaken in de instroom steeg in 2023 ten opzichte van 2022 (van 54% naar 57%). Sinds 2018 is de categorie harddrugszaken het grootst.
- Het aantal ingestroomde gecombineerde hard- en softdrugszaken steeg in 2023 in vergelijking met 2022. Het aandeel ingestroomde gecombineerde hard- en softdrugszaken bleef gelijk ten opzichte van 2022 met 10%.
- Uit de duidingssessie in 2024 bleek dat de lichte stijging van de instroom van Opiumwetdelicten tussen 2022 en 2023 onder andere veroorzaakt zou kunnen worden door de stijging van cocaïne-gerelateerde zaken en de toename in het aantal opgerolde drugslabs. Ook zou het kunnen dat de coronajaren nog van invloed zijn op de huidige cijfers: het opstarten van onderzoeken kost tijd, en tijdens de coronaperiode zijn er minder nieuwe zaken in gang gezet [5]
- 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 georganiseerde ondermijnende criminaliteit [6]. Als gevolg van de versteviging van de aanpak van ondermijning, zoals beschreven in het Coalitieakkoord 2021-2025 wordt de nadruk gelegd op zwaardere Opiumwetzaken [7]. Deze zaken kosten meer capaciteit, waardoor het aantal ingestroomde Opiumwetdelicten daalt, maar waardoor de aard van de ingestroomde zaken

mogelijk zwaarder is. Deze relatief zware Opiumwetzaken 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 Opiumwetzaken.

- In 2021 daalde het aantal ingestroomde softdrugsgerelateerde zaken. 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.[8]
- 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; [9]). 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 [1,9]. 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, 2014-2023, 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
2014	18780	7990	9995	790
2015	17905	7570	9455	870
2016	18615	7605	10135	865
2017	16155	7065	8100	960
2018	15610	7345	7255	1005
2019	16510	8050	7445	1000
2020	15170	7300	6650	1220
2021	15355	7650	6455	1250

Jaar	Opiumwet totaal	Harddrugs	Softdrugs	Hard- en softdrugs
2022	13180	7075	4835	1260
2023	13950	7890	4635	1425

Aandeel Opiumwetzaken op totale instroom OM, 2014-2023, in %[I]

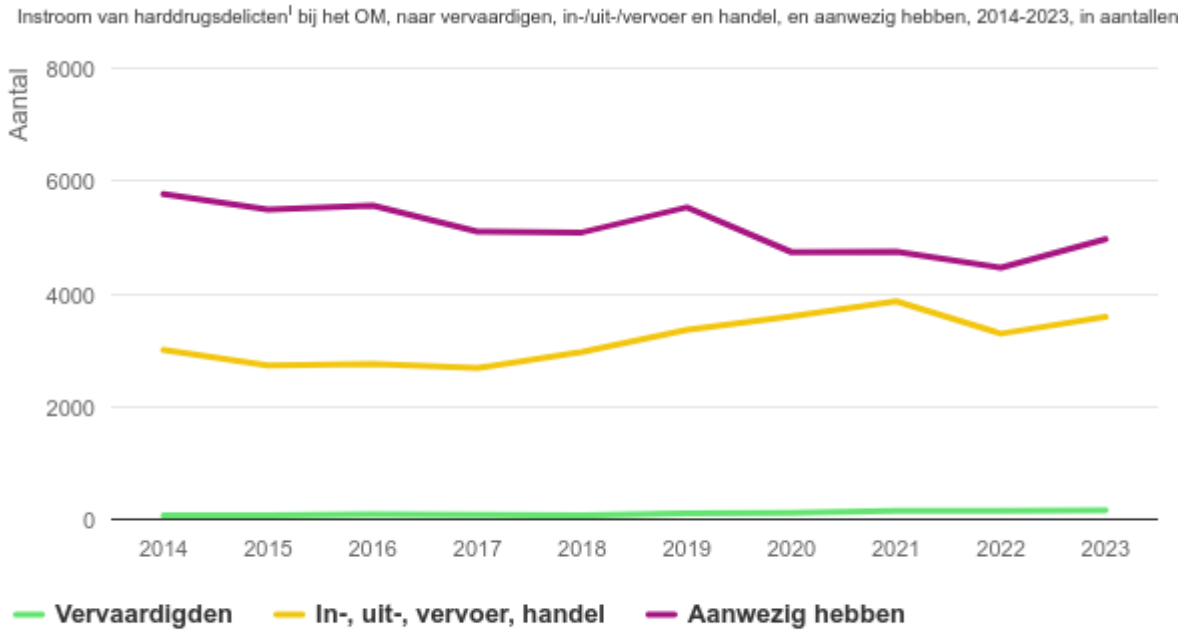
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% Opiumwet	8,9	9,4	9,8	9,3	9,1	8,7	8,6	9,0	7,0	7,8
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	211	190	189	174	171	190	177	169	184	178

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 2023 had 52% 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 2023 vergelijkbaar met 2022
- Voor het tweede jaar op rij is het aandeel ‘in-, uit- en vervoer en handel’ van harddrugsdelicten gedaald, van 39% in 2022 naar 37% in 2023. In de periode 2016-2020 steeg het aandeel ‘in-, uit- en vervoer en handel’.
- Experts in de duidingssessie van 2021 wezen erop dat de coronapandemie mogelijk van invloed is geweest op de relatief sterke daling van het ‘aanwezig hebben’ van harddrugs 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 [10].
- Het absolute aantal harddrugsdelicten dat betrekking heeft op ‘in-, uit- en vervoer en handel’ is in 2023 wel gestegen 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 2023 was dat gelijk aan het aandeel in 2022: 1,5% van de harddrugsdelicten betrof de productie van harddrugs.
- Bij de categorie gecombineerde hard- en softdrugsdelicten is het aandeel productie groter (7% in 2023), 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 [10].



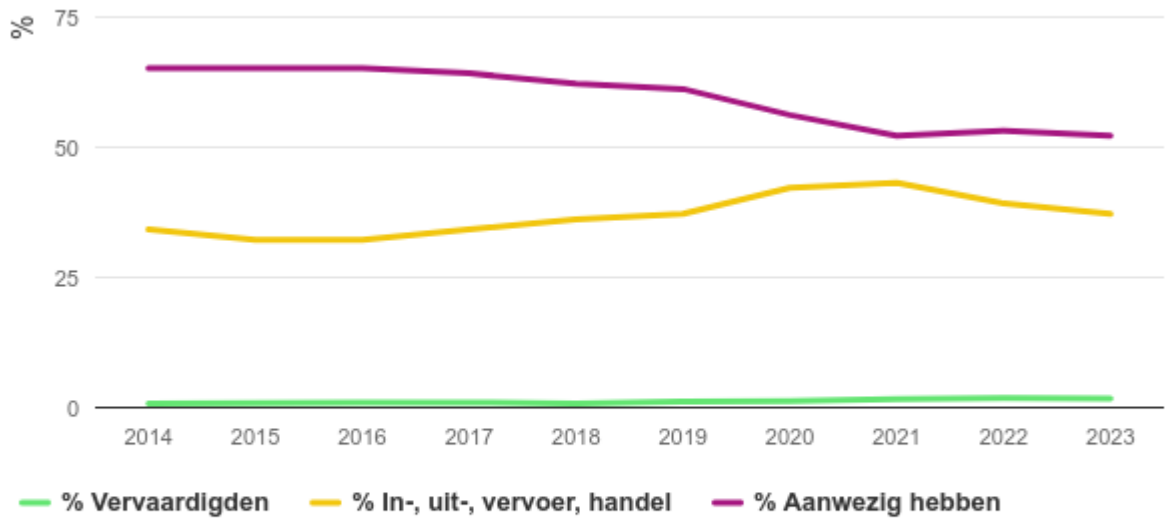
I. In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC/Regioplan.

NDM

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
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
2023	140	3570	4950

Instroom van harddrugsdelicten[I,II] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, en aanwezig hebben, 2014-2023, 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
2014	0.6	34	65

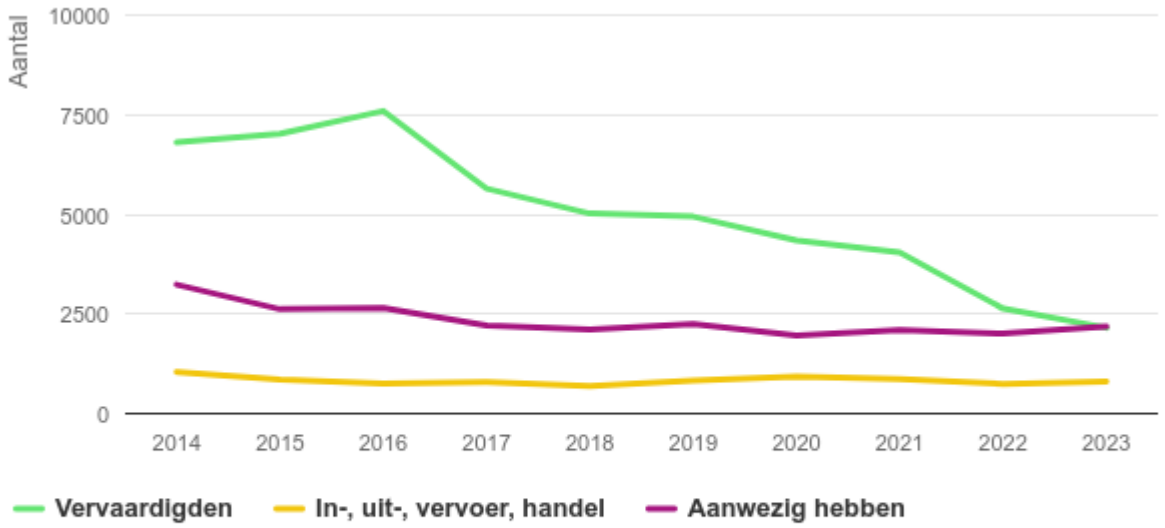
Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2015	0.7	32	65
2016	0.8	32	65
2017	0.8	34	64
2018	0.6	36	62
2019	1	37	61
2020	1.1	42	56
2021	1.4	43	52
2022	1.6	39	53
2023	1.5	37	52

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 2023 had het grootste deel van de softdrugsdelicten betrekking op de categorie ‘aanwezig hebben’ (42%). Dit is een stijging ten opzichte van 2022; toen betrof het aandeel ingestroomde Opiumwetdelicten met betrekking tot softdrugs in de categorie ‘aanwezig hebben’ 37%. 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 2023 betrof 15% van de softdrugsdelicten de categorie ‘in- uit- en vervoer en handel’ van softdrugs. Dit is een lichte stijging ten opzichte van 2022; toen betrof het aandeel in de categorie ‘in- uit- en vervoer en handel’ 13%. Hiermee zet de licht stijgende trend die 2016 is ingezet door.
- In 2023 had 41% van de softdrugsdelicten betrekking op de delictscategorie ‘vervaardigen’

tegenover 48% in 2022. 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, 2014-2023, in aantallen

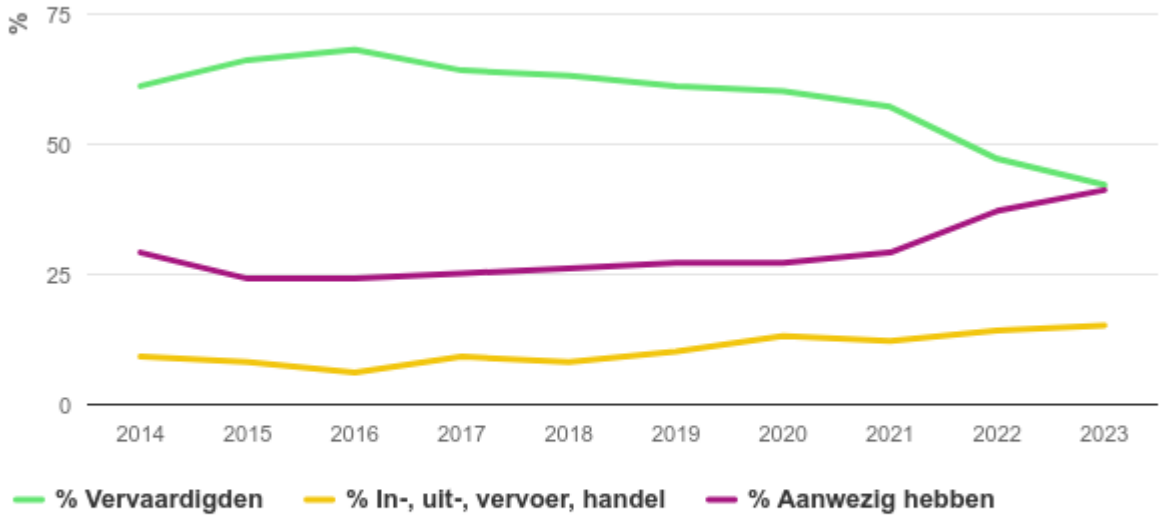


I In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten. II In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten, daardoor tellen de aantallen op tot een hoger aantal dan in het voorgaande figuur 'Opiumwetzaken ingestroomd bij het OM, naar soft- en harddrugs'. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
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	4325	905	1940
2021	4020	845	2070
2022	2610	705	1980
2023	2130	775	2155

Instroom van softdrugsdelicten[I,II] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, aanwezig hebben, 2014-2023 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

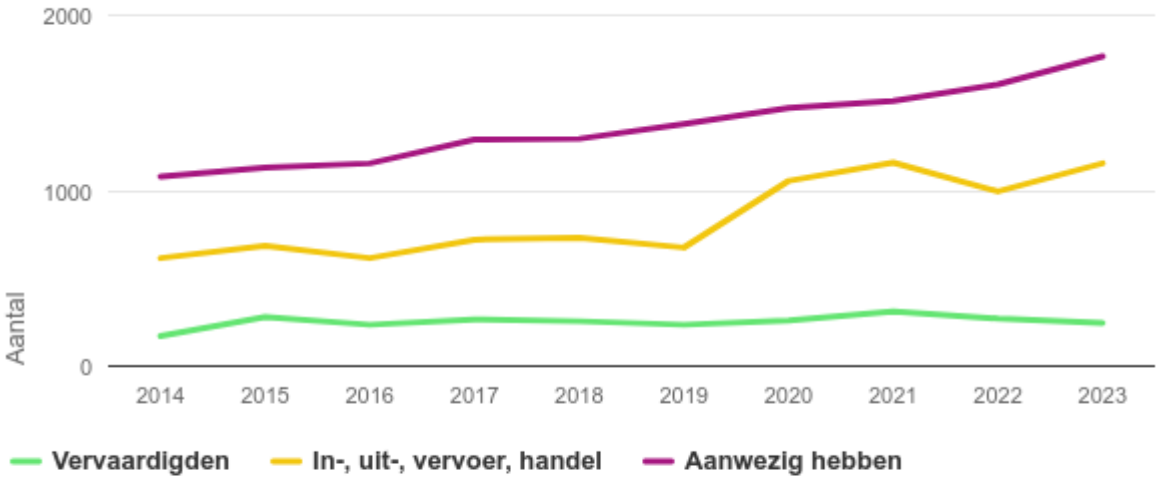
Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2014	61	9	29
2015	66	8	24
2016	68	6	24

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
2023	42	15	41

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 52% in 2023 ‘aanwezig hebben’. Dit aandeel is ten opzichte van 2022 ongeveer gelijk gebleven (in 2022 ging het om 53%).
- In 2023 betrof de categorie ‘in-, uit- en vervoer en handel’ 34% van de gecombineerde drugsmisdrijven. Dit is vergelijkbaar met het jaar daarvoor, toen het om 33% ging.
- In 2023 had 7% van de delicten betrekking op het vervaardigen van drugs. Dit is een lichte daling ten opzichte van 2022, toen ongeveer 9% 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, 2014-2023, in aantal



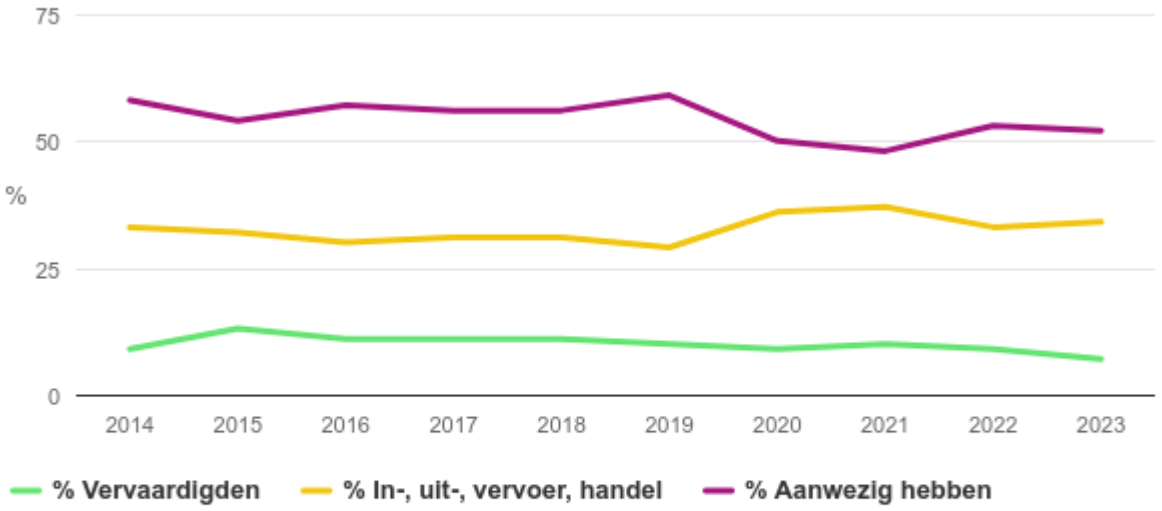
I In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten. II. In één Opiumwetzaak kan sprake zijn van meerdere Opiumwetdelicten, daardoor tellen de aantallen op tot een hoger aantal dan in het voorgaande figuur 'Opiumwetzaken ingestroomd bij het OM, naar hard- en softdrugs'.
Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
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	255	1050	1465
2021	305	1155	1505

Jaar	Vervaardigden	In-, uit-, vervoer, handel	Aanwezig hebben
2022	265	990	1600
2023	240	1150	1760

Instroom van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten[I,II] bij het OM, naar vervaardigen, in-/uit-/vervoer en handel, en aanwezig hebben, 2014-2023, 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
2014	9	33	58
2015	13	32	54
2016	11	30	57
2017	11	31	56

Jaar	% Vervaardigden	% In-, uit-, vervoer, handel	% Aanwezig hebben
2018	11	31	56
2019	10	29	59
2020	9	36	50
2021	10	37	48
2022	9	33	53
2023	7	34	52

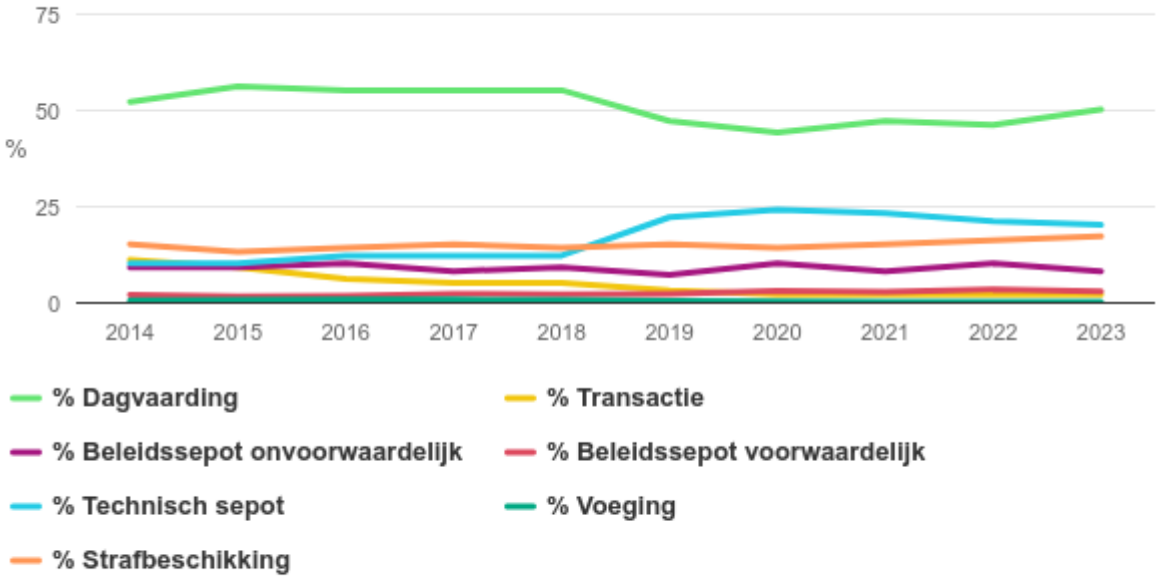
Bronnen

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 2024. 2024.
6. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken NDM. 2023.
7. II 35788-77. K. Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst, Coalitieakkoord 2021-2025 VVD, D66, CDA en Christenunie. Den Haag; 2021.
8. . Notitie opbrengsten groepsgesprekken. Regioplan; 2022 p. 1–6.
9. 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).
10. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. Regioplan; 2021 p. 1–6.

16.5.2. Beslissingen door het OM in Opiumwetzaken

- In 2023 werd, vergelijkbaar met voorgaande jaren, de 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 steeg in 2023 (van 46% in 2022 naar 50% in 2023).
- 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 1,8% in 2023. Dit is vergelijkbaar met de percentages in 2022, 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 OM maakt onderscheid tussen beleidssepots en technische sepots. Als naar aanleiding van het onderzoek blijkt dat er niet vervolgd kan worden of dat een veroordeling niet haalbaar is, dan volgt een technisch sepot. Als vervolging technisch wel mogelijk is, maar het op andere gronden onwenselijk is om te vervolgen, dan volgt een beleidssepot.
- Het aandeel beleidssepots is in 2023 gedaald naar 10%, ten opzichte van 13% in 2022. De afname van het aandeel beleidssepots in 2023 wordt veroorzaakt door zowel een daling in onvoorwaardelijke beleidssepots als een daling in voorwaardelijke beleidssepots.
- In 2023 is het aandeel technische sepots met 20% iets gedaald ten opzichte van 2022, toen het aandeel technische sepots 21% 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 is met 17% in 2023 ongeveer vergelijkbaar met 2022 (16%). Sinds 2014 schommelt het aandeel strafbeschikkingen rond de 14%.

Afdoening OM in Opiumwetzaken[I], 2014-2023, in %



I De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC

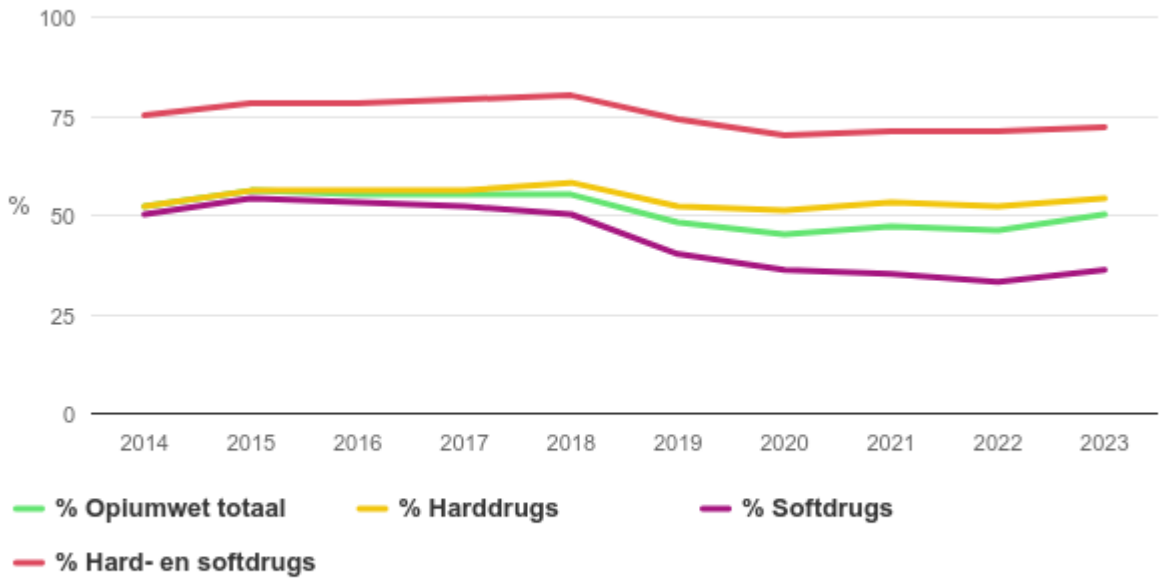
NDM

	% Dagvaarding	% Transactie	% Beleidssepot onvoorwaardelijk	% Beleidssepot voorwaardelijk	% Technisch sepot	% Voeging	% Strafbeschikking
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
2023	50	2	8	2.7	20		17

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 36% in 2023. Het aandeel dagvaardingen in softdrugszaken steeg in 2023 wel ten opzichte van 2022, namelijk van 33% naar 36%.
- Het aandeel dagvaardingen was in 2023 opnieuw het hoogst bij zaken met een combinatie van hard- en softdrugs (72%). Dit is vergelijkbaar met de jaren 2019-2022, maarr 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], 2014-2023, 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
2014	52	52	50	75

Jaar	% Opiumwet totaal	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
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
2022	46	52	33	71
2023	50	54	36	72

- Bij softdrugszaken was er in 2023 een afname zichtbaar van het aantal technische sepots. Het aantal technische sepots bij harddrugszaken en gecombineerde hard- en softdrugszaken nam daarentegen toe. Technische sepots kwamen in 2023, net als de tien jaar daarvoor, het meest voor in softdrugszaken (25%). In 2023 was dit aandeel bij harddrugszaken 20% en bij zaken met hard- en softdrugs 10%.
- Het aandeel strafbeschikkingen van het OM was in 2023 het hoogste bij softdrugszaken (21%). Dat was 19% in 2022. Bij harddrugszaken was in 2023 het aandeel 15% (14% in 2022). In 2023 was bij gecombineerde drugszaken het aandeel strafbeschikkingen 12%, net als in 2022 en 2021.
- Het aandeel beleidssepots – voorwaardelijke plus onvoorwaardelijke – was ook in 2023 het hoogst bij softdrugszaken (15%), gevolgd door harddrugszaken (8%). Bij gecombineerde drugszaken was dit het laagst (5%).

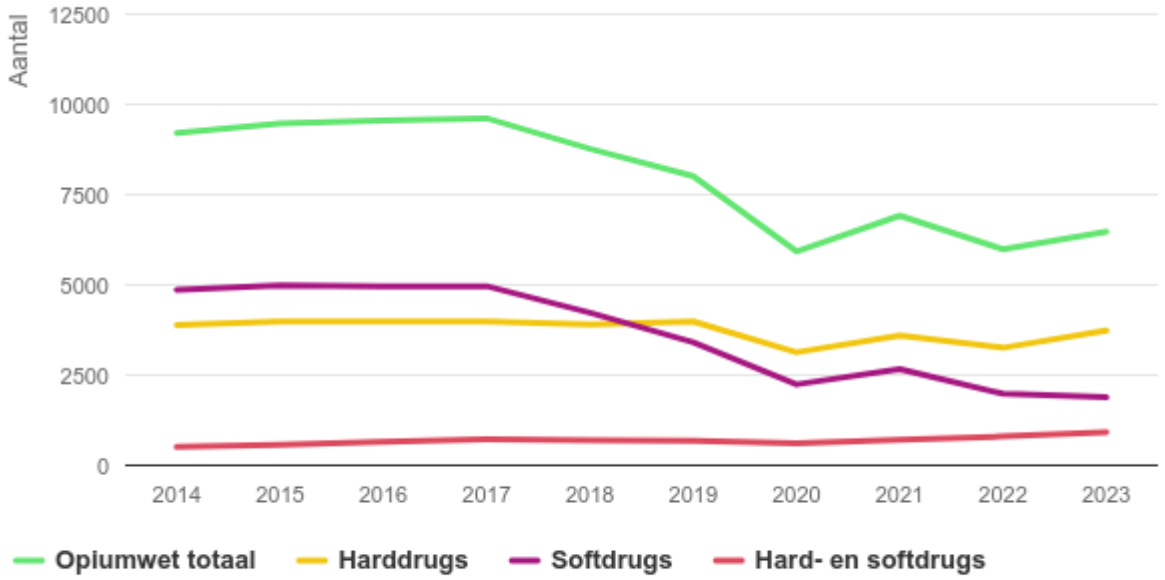
Bronnen

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. Kamerstukken II, 2952497 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/06/25/tk-contouren-aanpak-achterstanden-strafrechtketen
3. Kamerstukken II, 3026347 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2020/09/18/tk-vervolg-aanpak-corona-achterstanden-strafrechtketen/tk-vervolg-aanpak-corona-achterstanden-strafrechtketen.pdf
4. Tijdelijke algemene regeling zaaksbehandeling Rechtspraak. Preambule. [Internet]. 2021. Available from: https://www.rechtspraak.nl/coronavirus-(COVID-19)/Paginas/COVID-19-tijdelijke-algemene-regeling-zaaksbehandeling-Rechtspraak.aspx#urgentezaken
5. Regioplan . Notitie opbrengsten groepsgesprekken. ; 2022 p. 1–6.
6. OM . Jaarbericht 2019. Den Haag: OM; 2020.
7. Meijer RF, Van den Braak SW, Choenni R. Criminaliteit en rechtshandhaving 2019: Ontwikkelingen en samenhangen. Den Haag: WODC; 2020 p. (Cahier 2020-16).

16.5.3. Afdoening door de rechter in eerste aanleg in Opiumwetzaken

- Het aantal afdoeningen van het totaal aan misdrijfzaken door de rechter (in eerste aanleg) steeg in 2023 ten opzichte van 2022 met 6% [1]. 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 [2,4]. Daardoor is de voorraad strafzaken voor behandeling op zitting snel opgelopen. In reactie hierop heeft het Openbaar Ministerie (OM) meer zaken zelfstandig afgedaan [2,5–7].
- Het totaal aantal afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter (in eerste aanleg) steeg in 2023 met 8% ten opzichte van 2022. Vanaf 2018 is er een dalende trend ingezet; ondanks de stijging is het aantal afdoeningen van Opiumwetzaken nog fors lager dan in de periode 2014-2018.
- De stijging van het totaal aantal Opiumwetzaken in 2023 dat door de rechter in eerste aanleg is afgedaan, werd veroorzaakt door een toename in het aantal harddrugszaken en gecombineerde hard- en softdrugszaken. Het aantal softdrugszaken dat door de rechter is afgedaan in eerste aanleg daalde in 2023 met 5% ten opzichte van 2022. De dalende trend die is ingezet in 2018, zet zich met deze lichte daling voort. Het aantal harddrugszaken steeg in 2023 met 15% ten opzichte van 2022. In 2023 steeg het aantal combinatiezaken ook met 15%.
- In 2023 daalde het aandeel softdrugszaken in het totaal aantal Opiumwetzaken dat door de rechter in eerste aanleg is afgedaan ten opzichte van 2022: van 33% naar 29%. 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 2023 is het aandeel harddrugszaken van 54% naar 57% gestegen. Het aandeel van de gecombineerde hard- en softdrugszaken is in 2023 licht gestegen ten opzichte van 2022: van 13% naar 14%.

Door de rechter afgedane Opiumwetzaken in eerste aanleg, naar hard- en softdrugs, 2014-2023[I], in aantallen



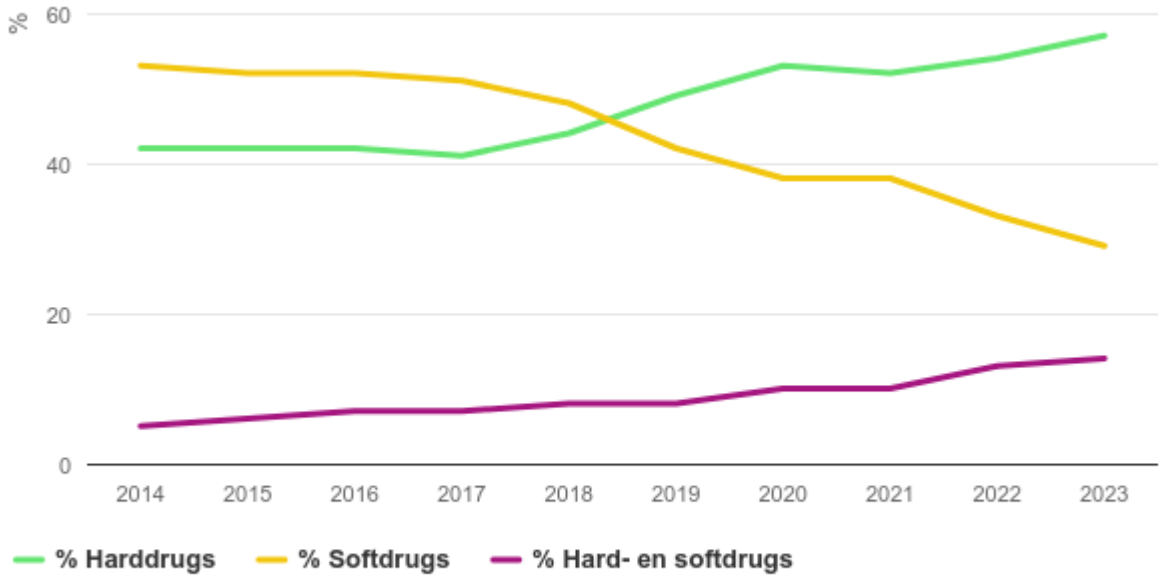
I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	Opiumwet totaal	Harddrugs	Softdrugs	Hard- en softdrugs
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
2021	6890	3570	2635	685

	Opiumwet totaal	Harddrugs	Softdrugs	Hard- en softdrugs
2022	5960	3230	1955	775
2023	6450	3705	1855	890

Door de rechter afgedane Opiumwetzaken in eerste aanleg, naar hard- en softdrugs, 2014-2023[I], in %



I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
2014	42	53	5
2015	42	52	6
2016	42	52	7
2017	41	51	7

	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
2018	44	48	8
2019	49	42	8
2020	53	38	10
2021	52	38	10
2022	54	33	13
2023	57	29	14

- In 2023 bleef het percentage Opiumwetzaken vrijwel gelijk met 8,8% 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 stagneren.

Aandeel (%) van door de rechter afgedane Opiumwetzaken[I,II], 2014-2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% Opiumwet	9,0	8,9	10,0	10,3	9,9	9,3	8,9	9,9	8,6	8,8
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	102	106	95	93	88	85	66	70	70	74

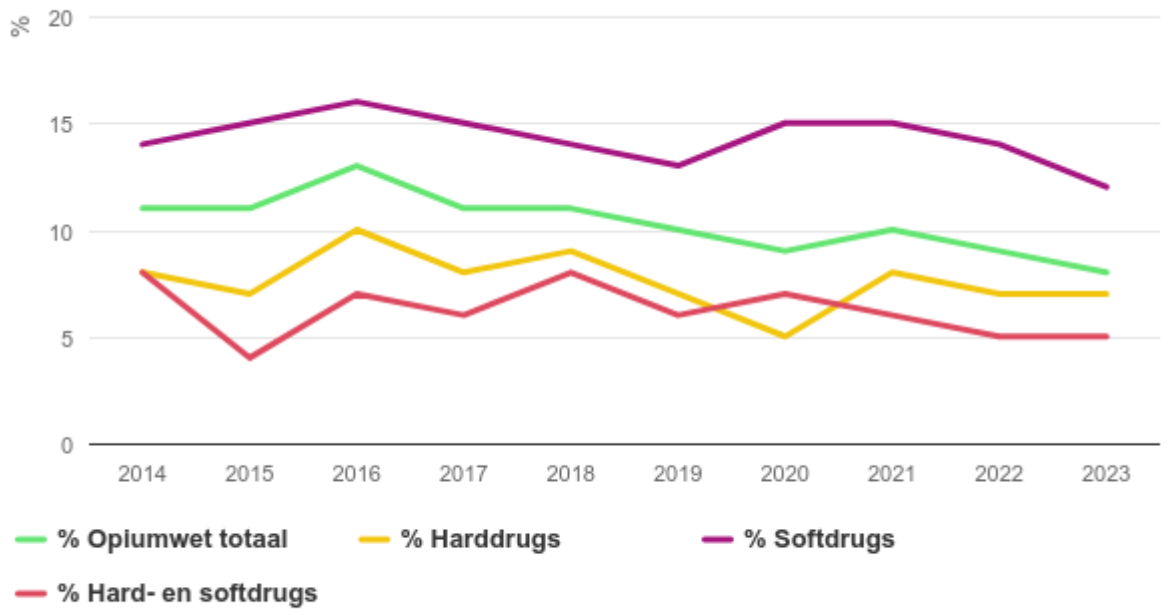
I. Zaken totaal in duizendtallen. II. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC/Regioplan.

- Het aandeel vrijspraken in Opiumwetzaken door de rechter in eerste aanleg daalde in 2023 naar 8%. 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 [3].

- In de afgelopen tien jaar was het aandeel vrijspraken bij softdrugszaken hoger dan bij harddrugszaken. In 2023 bleef het aandeel vrijspraken bij harddrugszaken vrijwel gelijk ten opzichte van 2022, ongeveer 7%. Het aandeel vrijspraken bij softdrugszaken is licht gedaald, van 14% in 2022 naar 12% in 2023. Het aandeel vrijspraken bij gecombineerde hard- en softdrugszaken bleef ook vrijwel gelijk, ongeveer 5%.

Aandeel vrijspraak[I] in eerste aanleg naar soort Opiumwetdelict, 2014-2023



I. Inclusief ontslagen van rechtsvervolging. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	% Opiumwet totaal	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
2014	11	8	14	8
2015	11	7	15	4
2016	13	10	16	7
2017	11	8	15	6
2018	11	9	14	8

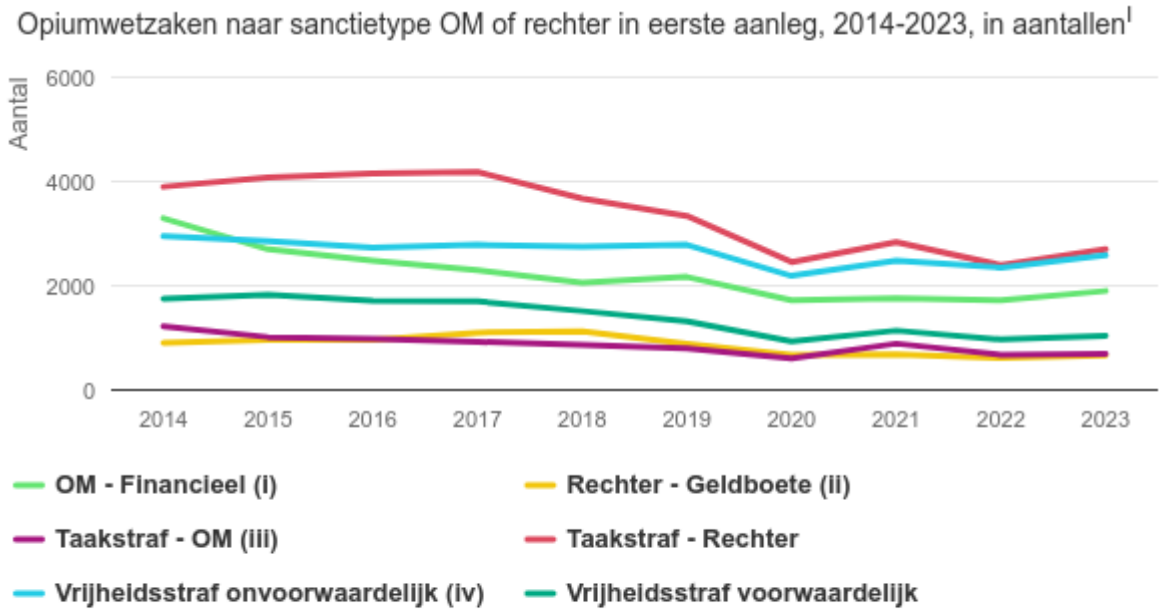
	% Opiumwet totaal	% Harddrugs	% Softdrugs	% Hard- en softdrugs
2019	10	7	13	6
2020	9	5	15	7
2021	10	8	15	6
2022	9	7	14	5
2023	8	7	12	5

Bronnen

1. OM. Jaarbericht 2023. Den Haag: OM; 2024.
2. 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).
3. Meijer RF, Moolenaar DEG, Choenni R, van den Braak SW. Criminaliteit en rechtshandhaving 2021: Ontwikkelingen en samenhangen. Den Haag; 2022.
4. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.
5. Kamerstukken II, 2952497 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/06/25/tk-contouren-aanpak-achterstanden-strafrechtketen
6. 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
7. 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 2023 het vaakst taakstraffen opgelegd (51%). Iets minder vaak (44%) werden er (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd door de rechter. Daarna volgden voorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd door de rechter (18%). Dit beeld is onveranderd ten opzichte van de voorgaande vijf jaren.
- Het aandeel zaken waarin het OM besloot tot een taakstraf, was 5% in 2023. Sinds 2013 schommelt dit percentage rond 5%. Het aandeel zaken waarin de rechter een taakstraf oplegde, was 46% in 2023.
- Het aandeel zaken waarin de rechter een (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf oplegde, is in 2023 onveranderd ten opzichte van 2022: het percentage bleef 44%. Het aandeel zaken waarin de rechter een geheel voorwaardelijke vrijheidsstraf oplegde, is in 2023 ook gelijk gebleven met 18%. Dit aandeel schommelt sinds 2013 rond 20%.
- In 2023 was het aandeel zaken waarin het OM besloot tot een financiële sanctie 13%. Het aandeel zaken waarin de rechter in 2023 een geldboete oplegde, was 11%.

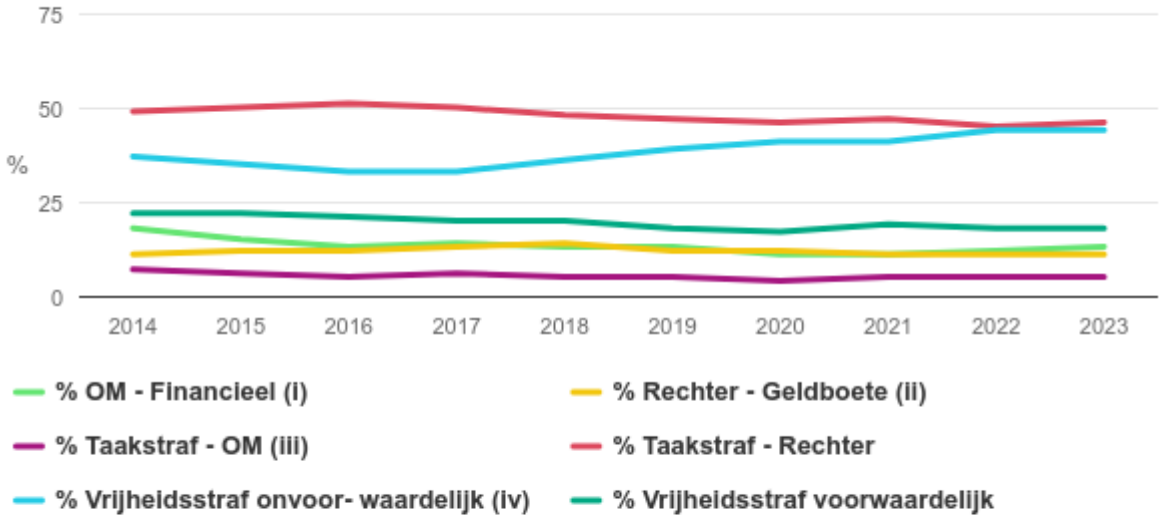


i. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). ii. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk; iii. Taakstraf - OM (transactie en -strafbeschikking); iv. Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
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
2022	1700	595	655	2375	2330	950
2023	1880	645	675	2680	2565	1020

Opiumwetzaken naar sanctietype OM of rechter in eerste aanleg, 2014-2023, 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.

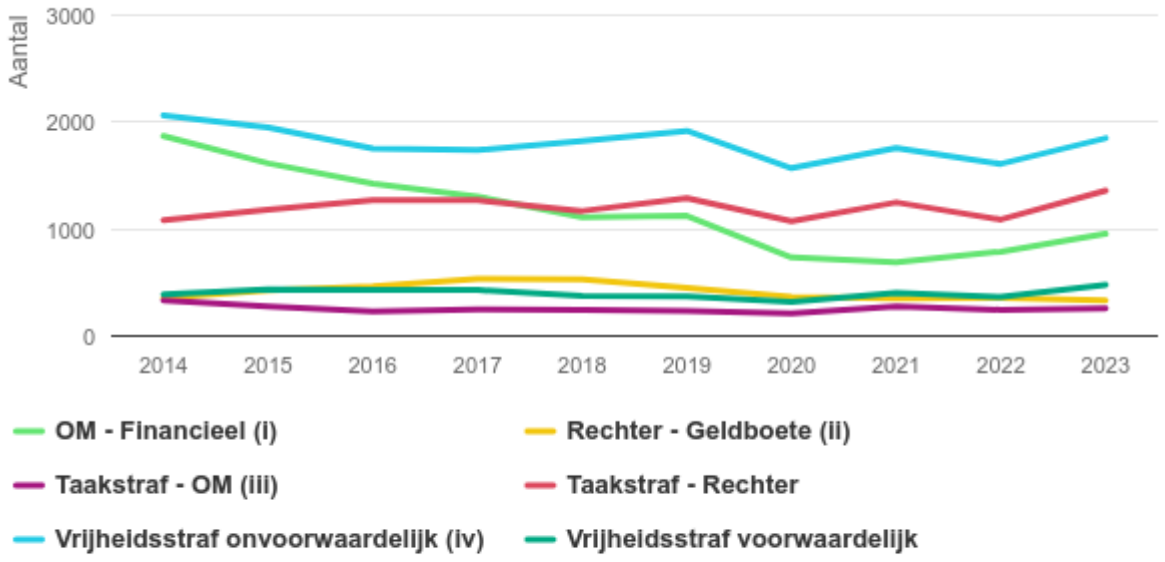
NDM

	% OM - Financieel (i)	% Rechter - Geldboete (ii)	% Taakstraf - OM (iii)	% Taakstraf - Rechter	% Vrijheidsstraf onvoor- waardelijk (iv)	% Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2014	18	11	7	49	37	22
2015	15	12	6	50	35	22
2016	13	12	5	51	33	21
2017	14	13	6	50	33	20
2018	13	14	5	48	36	20
2019	13	12	5	47	39	18
2020	11	12	4	46	41	17

	% OM - Financieel (i)	% Rechter - Geldboete (ii)	% Taakstraf - OM (iii)	% Taakstraf - Rechter	% Vrijheidsstraf onvoor-waardelijk (iv)	% Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2021	11	11	5	47	41	19
2022	12	11	5	45	44	18
2023	13	11	5	46	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 2023 werden in softdrugszaken het vaakst taakstraffen opgelegd door de rechter; dit gebeurde in 945 zaken. In harddrugszaken werden in 2023 het vaakst (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en taakstraffen door de rechter opgelegd, respectievelijk 1.840 en 1.350 keer.
- Voorwaardelijke vrijheidsstraffen werden in softdrugszaken in 2023 minder opgelegd dan in 2022. In 2023 ging het om 410 voorwaardelijke vrijheidsstraffen; in 2022 waren dit er 470. In harddrugszaken zijn er vaker voorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd, 470 in 2023 tegenover 355 in 2022.
- Bij hard- en softdrugszaken was er ook in 2023 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 (430 keer), gevolgd door taakstraffen opgelegd door de rechter (385 keer).

Type sanctie in eerste aanleg in harddrugszaken, 2014-2023, absolute aantallen



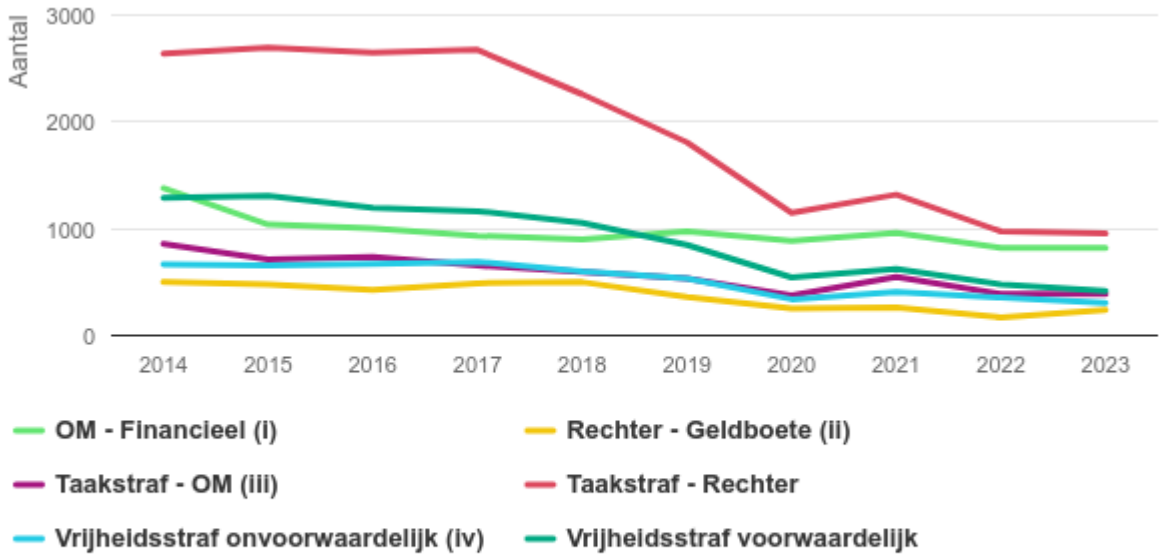
i. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). ii. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk. iii. Taakstraf-OM (transactie en strafbeschikking). iv. Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
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
2021	680	340	265	1240	1750	395

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2022	780	345	235	1080	1600	355
2023	945	325	250	1350	1840	470

Type sanctie in eerste aanleg in softdrugszaken, 2014-2023, absolute aantallen

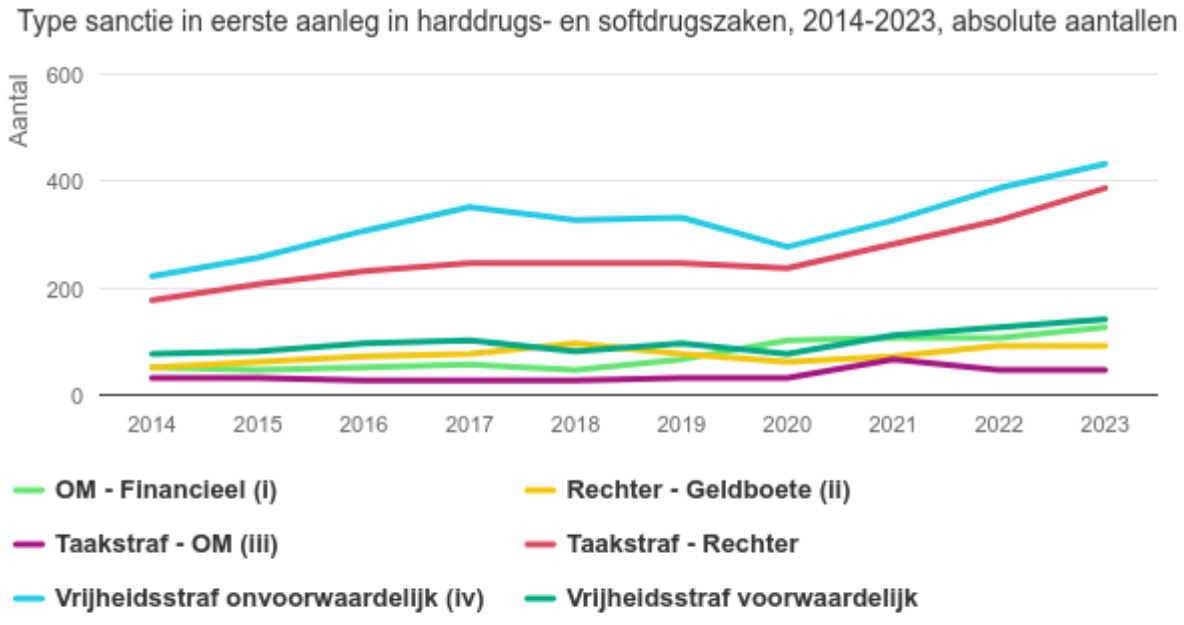


i. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). ii. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk. iii. Taakstraf-OM (transactie en strafbeschikking). iv. Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

NDM

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
2014	1370	490	850	2630	655	1280
2015	1030	470	705	2685	645	1300
2016	995	415	725	2640	660	1185

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
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
2023	810	230	380	945	295	410



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.

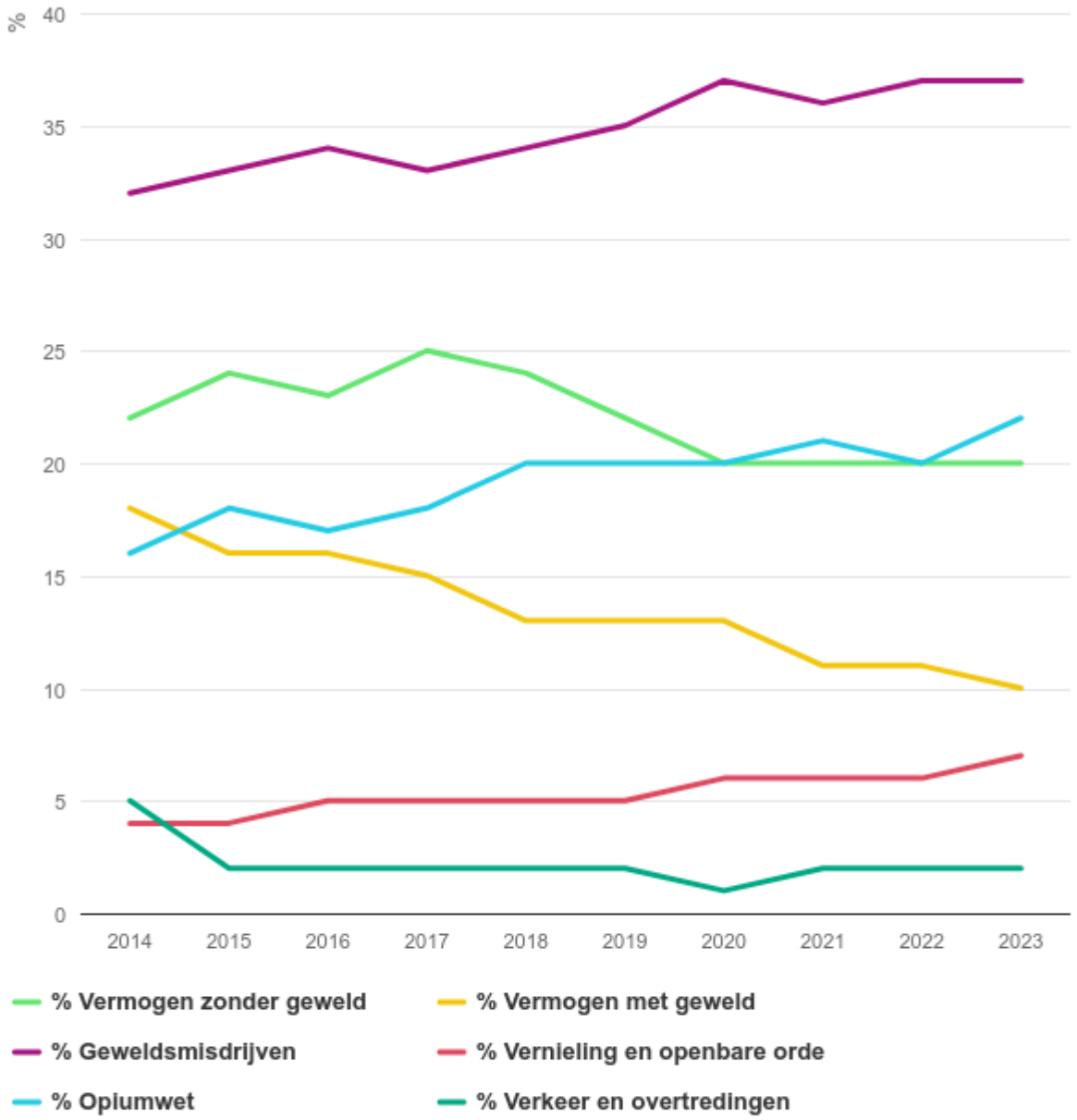
NDM

	OM - Financieel (i)	Rechter - Geldboete (ii)	Taakstraf - OM (iii)	Taakstraf - Rechter	Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	Vrijheidsstraf voorwaardelijk
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
2023	125	90	45	385	430	140

16.5.5. Opiumwetdelinquenten in de Nederlandse gevangenissen

- Van de 8.397 personen die op 30 september 2023 gedetineerd waren, was 22% gedetineerd vanwege een Opiumwetdelict. Dit is een lichte stijging ten opzichte van de jaren 2018-2022. In die jaren was 20% gedetineerd vanwege een Opiumwetdelict [1].
- Het absolute aantal personen dat gedetineerd was vanwege een Opiumwetdelict was in 2022 ongeveer 1.820. Dit is een stijging ten opzichte van 2022, toen ongeveer 1.630 personen gedetineerd waren vanwege een Opiumwetdelict [1].

Aandeel[1] Opiumwetdelinquenten onder populatie in het gevangeniswezen (in %) vergeleken met zes andere delictgroepen, peildatum 30 september, 2014-2023



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 2023. (Moolenaar, 2024).

NDM

	% Vermogen zonder geweld	% Vermogen met geweld	% Geweldsmisdrijven	% Vernieling en openbare orde	% Opiumwet	% Verkeer en overtredingen
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
2023	20	10	27	7	22	2

Bronnen

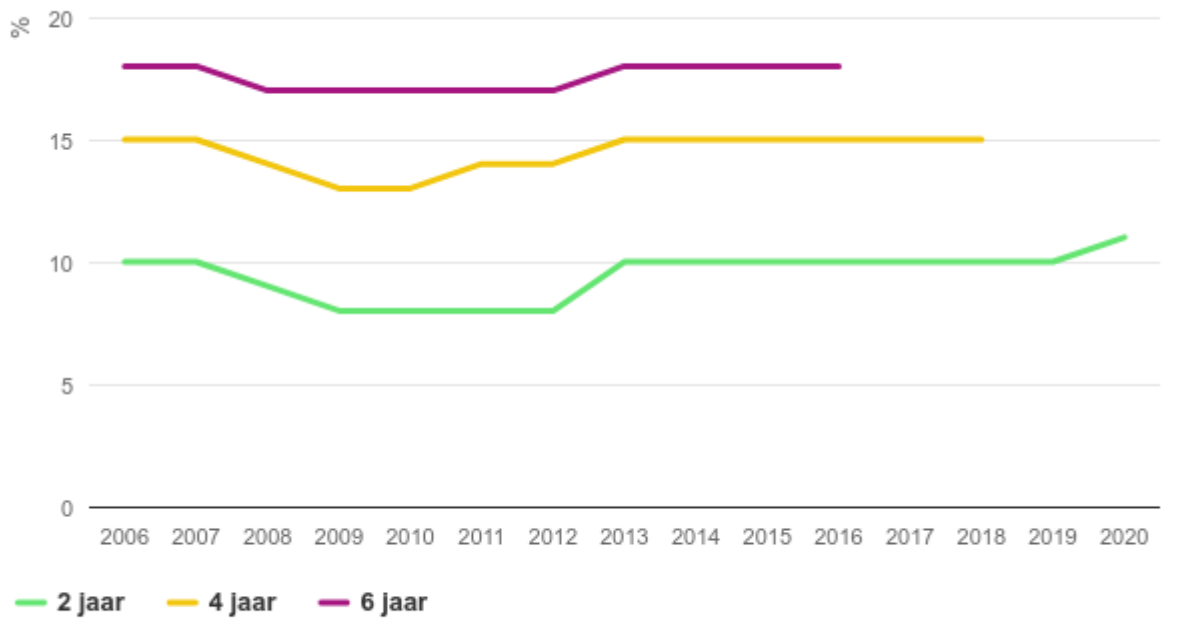
1. Moolenaar DEG. Cahier 2024-19. Criminaliteit en Rechtshandhaving 2023. Ontwikkelingen en samenhangen. 2024.

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 2006-2020 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 2020 (of eerder) zijn berecht, is tot en met 2022 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 2020 werd zo'n 11% 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 2006 en dat deze in 2013 weer een lichte stijging lieten zien, waarna de recidive stabiliseerde.

Speciale recidive van daders van Opiumwetdelicten (harddrugs en softdrugs), 2006-2020, in %



Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

NDM

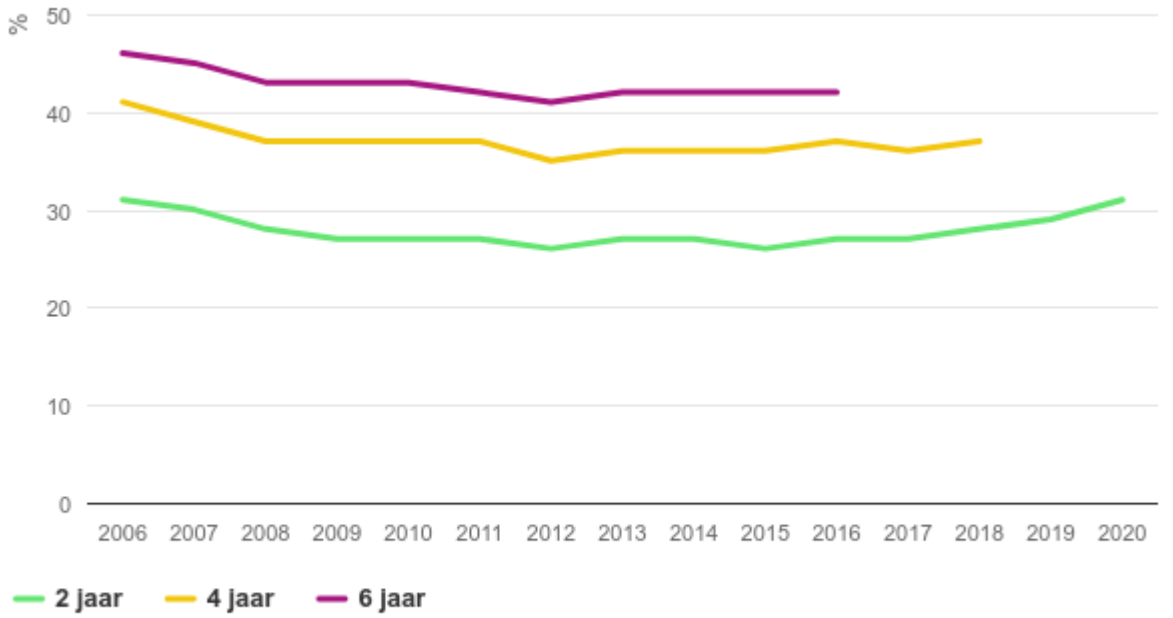
	2 jaar	4 jaar	6 jaar
2006	10	15	18
2007	10	15	18
2008	9	14	17
2009	8	13	17
2010	8	13	17
2011	8	14	17
2012	8	14	17
2013	10	15	18
2014	10	15	18
2015	10	15	18
2016	10	15	18
2017	10	15	
2018	10	15	
2019	10		
2020	11		

- Van daders van wie in de periode 2006-2020 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 2006 pleegde bijna een derde (31%) van de daders binnen twee jaar opnieuw een delict. In 2020 was dat percentage hetzelfde.
- Het percentage daders van Opiumwetdelicten dat binnen vier jaar een nieuw delict pleegde, liep vanaf 2006 terug, van 40% naar 37% in de groep uit 2018.
- Bijna de helft van de daders van Opiumwetdelicten uit 2005 pleegde binnen zes jaar na het uitgangsdelict opnieuw een delict (46%). Dat percentage daalde eveneens in de onderzochte periode. Onder de groep uit 2016 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, waarna de recidive binnen twee, vier en zes jaar vanaf 2008 stabiliseert. De afgelopen drie jaren is er een lichte stijging van de algemene tweejarige recidive.

Algemene recidive van daders van Opiumwetdelicten (harddrugs en softdrugs), 2006-2020, in %



Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

NDM

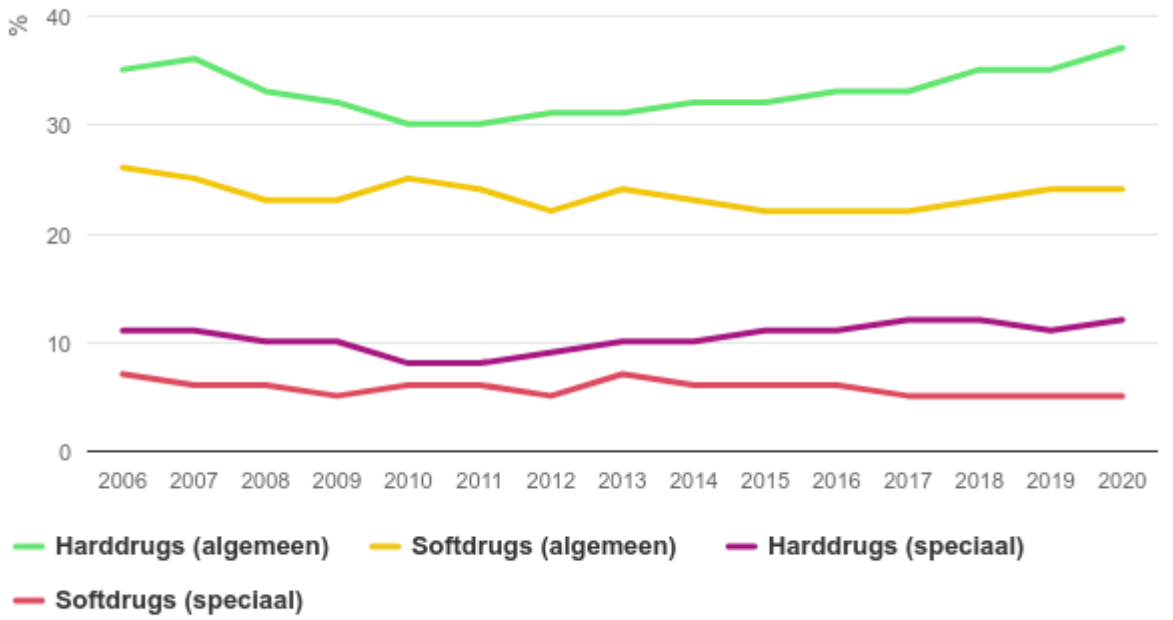
	2 jaar	4 jaar	6 jaar
2006	31	41	46
2007	30	39	45

	2 jaar	4 jaar	6 jaar
2008	28	37	43
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	42
2017	27	36	
2018	28	37	
2019	29		
2020	31		

- 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 2006 en 2011 daalden. Vanaf 2012 begonnen deze weer te stijgen. De zesjarige recidive lijkt in de periode 2006-2011 licht te dalen en daarna enigszins te stijgen.
- De algemene en speciale tweejarige recidive van daders van softdrugsdelicten daalden tussen 2006 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 2006-2020 rond de 40% en de speciale zesjarige recidive schommelde sinds 2006 rond 12%.

Tweejarige (algemene en speciale) recidive uitsplitst naar harddrugs en softdrugs-delinquenten, 2006-2020, in %



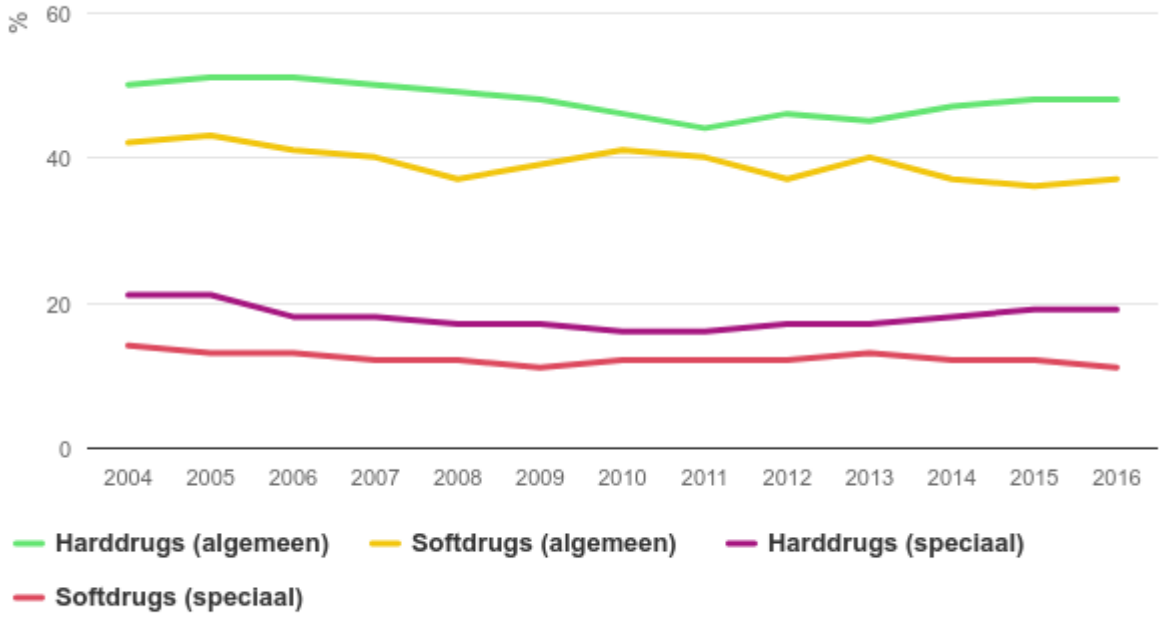
Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

NDM

	Harddrugs (algemeen)	Softdrugs (algemeen)	Harddrugs (speciaal)	Softdrugs (speciaal)
2006	35	26	11	7
2007	36	25	11	6
2008	33	23	10	6
2009	32	23	10	5

	Harddrugs (algemeen)	Softdrugs (algemeen)	Harddrugs (speciaal)	Softdrugs (speciaal)
2010	30	25	8	6
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
2020	37	24	12	5

Zesjarige (algemene en speciale) recidive, uitgesplitst naar harddrugs en softdrugs delinquenten, 2004-2016, 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	36	19	12
2016	48	37	19	11

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 enigszins in 2023 (753 personen) ten opzichte van 2022 (740 personen). De groep verdachten met de gevarenclassificatie ‘harddrugsgebruiker’ is in 2023 (3.801 personen) iets afgenomen ten opzichte van 2022 (3.877 personen) (§ 17.2).
- Verdachten die in 2023 bij de politie werden geregistreerd met de gevarenclassificatie ‘alcoholgebruiker’, ‘harddrugsgebruiker’ of ‘alcohol- en drugsgebruiker’, pleegden net als in 2022 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 2023. Ook het aandeel geweldsdelicten bleef in 2023 stabiel bij verdachten met de gevarenclassificatie ‘alcoholist’, ‘harddrugsgebruiker’ en ‘alcohol- en drugsgebruiker’ (§ 17.2).
- In de periode vanaf de invoering van de Wet middelenonderzoek bij geweldplegers per 1 juli 2017 tot en met 2023 is het aantal middelenonderzoeken in geweldszaken toegenomen: van 125 in 2017 tot 632 in 2023. In de periode 2019-2023 bestond de meerderheid van de onderzoeken uit tests naar drugsgebruik of een combinatie van alcohol en drugs. Het aandeel gecombineerde alcohol- en drugstests is in die periode toegenomen van 49% in 2019 tot 58% in 2023. Het aandeel drugsonderzoeken is over het algemeen afgenomen van 46% in 2019 tot 39% in 2023. Het aandeel drugsonderzoeken was in 2023 vergelijkbaar met 2022 (§ 17.2).
- De politie maakte in 2023 ruim 17.000 keer een proces-verbaal op vanwege rijden onder invloed van drugs. In 2021 ging het om ruim 13.000 processen-verbaal (§ 17.2).
- In 2023 waren er 39.595 door de politie registreerde verdachten voor rijden onder invloed (zoals beschreven in artikel 8 Wegenverkeerswet). Met uitzondering van een daling in 2019 en 2020 steeg het aantal verdachten in de periode 2017-2023 (§ 17.2).
- In 2023 werden 9.615 zaken afgedaan voor het rijden onder invloed van alcohol en/of drugs. In 2022 ging het om 7.835 zaken. In de 9.615 afgedane misdrijfzaken in 2023 vonden 9.230 schuldverklaringen plaats, wat neerkomt op ongeveer 96% van de zaken (§ 17.2).
- Het aantal (gecombineerde alcohol- en) drugsonderzoeken vanwege een verdenking van rijden onder invloed is fors toegenomen tussen 2015 en 2023. Het aantal drugsonderzoeken steeg van 1.246 in 2015 naar 16.945 in 2023 (§ 17.2).
- In 2023 steeg het aantal opgelegde maatregelen door het Centraal Bureau voor de uitgifte van Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) rondom alcohol en verkeer ten opzichte van 2022: van ruim 8.000 in 2022 tot ongeveer 11.000 in 2023 (§ 17.2).
- Het CBR startte in 2023 3.982 keer een onderzoek naar de rijgeschiktheid van personen wegens mogelijk problematisch alcoholgebruik. In 2022 ging het nog om 4.370 rijgeschiktheidsonderzoeken (§ 17.2).
- In 2023 besloot het CBR 3.113 keer om een onderzoek te starten naar de rijgeschiktheid van personen wegens mogelijk problematisch drugsgebruik. Dit is veel minder vaak dan in 2022, toen het om 5.139 onderzoeken ging (§ 17.2).
- Het aantal onderzoeken wegens mogelijk problematisch alcohol- én drugsgebruik daalde flink

in 2023 ten opzichte van 2022: van 130 in 2022 naar 61 in 2023 (§ 17.2).

Middelengebruik en overlast

- Na een daling tussen 2020 en 2021 steeg het aantal door de politie geregistreerde overlastincidenten door alcohol en/of drugs van 56.028 in 2022 naar 59.430 in 2023. 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 2023 steeg het aantal door de politie geregistreerde overlastincidenten door alcohol en/of drugs per 10.000 inwoners: van 32 in 2022 naar 33 in 2023. Het aantal geregistreerde overlastincidenten door alcohol en/of drugs (per 10.000 inwoners) steeg in 2023 in alle provincies, Utrecht en Drenthe. De stijging was het sterkst in de provincies Groningen, Zuid-Holland en Zeeland (§ 17.3).

Middelengebruik justitiabelen

- In 2023 had ongeveer de helft van de volwassen justitiabelen een probleem met alcohol en/of drugs. In 2023 ontving 34% van de gedetineerdenpopulatie forensische zorg voor verslavingsproblematiek. In 2022 betrof dit ongeveer 36% (§ 17.4).
- In 2023 is bij circa 6% van de urinecontroles in gevangenissen drugsgebruik geconstateerd. In absolute zin is het aantal positieve testen in 2023 (41.268) gestegen in vergelijking met 2022 (37.032). 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 2023 (40.959) meer adviezen uit dan in 2022 (38.326). Het aantal uitgevoerde werkstraffen was in 2023 (28.989) vergelijkbaar met 2022 (28.202) (§ 17.4).
- In 2023 stonden 27.437 cliënten onder reclasseringstoezicht, waarvan ongeveer 10% vanwege een drugsgerelateerd delict. Het aantal cliënten onder toezicht in 2023 was vergelijkbaar met 2022, net als het aandeel toezichten vanwege een drugsgerelateerd delict (10%) (§ 17.4).
- Het aantal justitiabelen met de verblijfstitel ‘Inrichting stelselmatige daders’ (ISD) is in 2023 (501) licht afgenomen in vergelijking met 2022 (525). Het percentage justitiabelen dat buiten de penitentiaire inrichting zorg ontving, is licht afgenomen in 2023 (29%) ten opzichte van 2022 (33%) (§ 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.

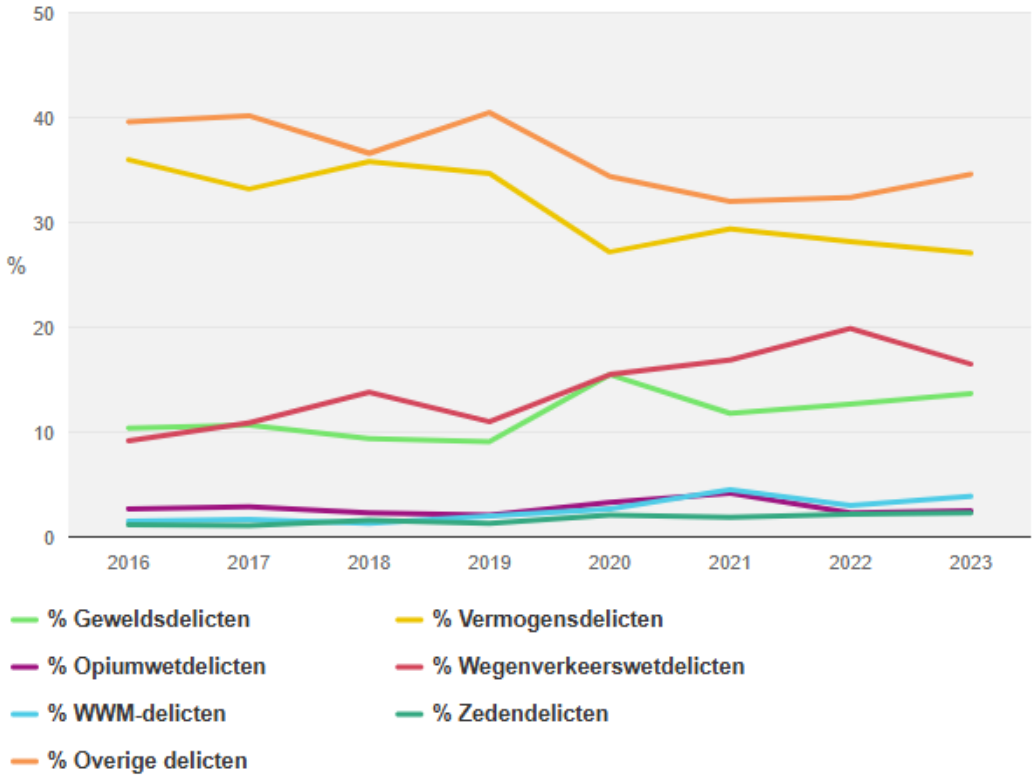
17.2 Middelengebruik en strafbaar gedrag

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 2016-2023.

- Het totaal aantal verdachten met de gevarenclassificaties ‘alcoholist’, ‘harddrugsgebruiker’ en ‘alcohol- en harddrugsgebruiker’ daalde tussen 2016 en 2023 met 28%.
- In 2023 kwamen 753 verdachten voor met de gevarenclassificatie ‘alcoholist’. In 2022 waren dat er 740. Het aantal verdachten met deze classificatie stijgt sinds 2021, na een daling in de periode 2016 t/m 2020. In 2023 ging het, net als in de voorgaande jaren, vooral om mannen tussen de 26 en 65 jaar.
- In 2023 werd 27% van de verdachten met de gevarenclassificatie ‘alcoholist’ verdacht van vermogensmisdrijven. Daarnaast werd 16% van de verdachten met deze gevarenclassificatie verdacht van verkeersdelicten en 14% van geweldsdelicten. Dit beeld is grotendeels vergelijkbaar met 2022. In 2023 is, net als in 2022, circa 2% van de als alcoholist geclassificeerde verdachten verdacht van een Opiumwetdelict (zie bijlage B11).
- De groep verdachten met de gevarenclassificatie ‘harddrugsgebruiker’ bestond in 2023 uit 3.801 personen, merendeels mannen in de leeftijdscategorie 26 tot 65 jaar. In 2022 ging het om 3.877 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 2023 vooral van vermogensmisdrijven (33%) verdacht. Het aandeel verdachten met deze gevarenclassificatie bleef ten opzichte van 2022 stabiel in 2023 voor vermogensdelicten, geweldsdelicten, Opiumwetdelicten en verkeersdelicten.
- Verdachten kunnen ook de gevarenclassificatie ‘alcohol- en drugsgebruiker’ krijgen. In 2023 bestond deze groep uit 594 personen. Dat is een lichte daling ten opzichte van 2022 toen 639 verdachten met deze gevarenclassificatie werden geregistreerd. Tussen 2016 en 2021 daalde het aantal verdachten met deze gevarenclassificatie, in 2023 zet deze trend verder door. In 2016 ging het om bijna 950 verdachten.
- Ook verdachten met de classificatie ‘alcohol- en drugsgebruiker’ werden in 2023 vooral verdacht van vermogensdelicten (34%), geweldsdelicten (13%) en verkeersdelicten (13%). 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, 2016-2023[I], in %

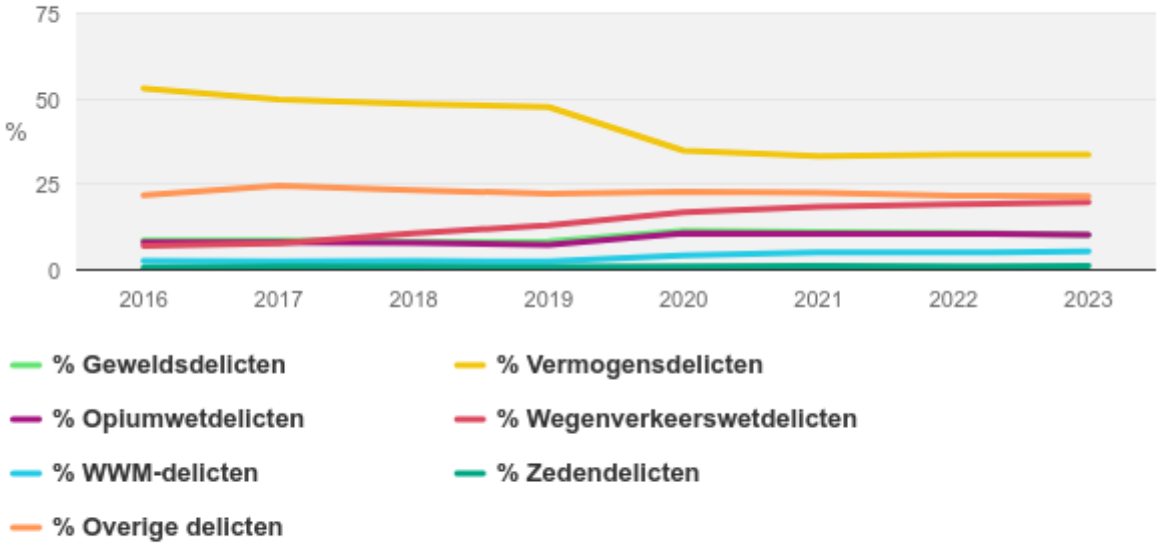


I. Meer dan één type delict mogelijk. Bron: BVH, Nationale Politie (augustus 2020, september 2021, maart 2022, april 2023, april 2024), bewerking Regioplan.

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
2023	13,6	27,0	2,4	16,4	3,8	2,2	34,5

Type delict waarvan als 'harddrugsgebruiker' geclassificeerde personen bij de politie worden verdacht, 2016-2023[I], in %



I. Meer dan één type delict mogelijk. Bron: BVH, Nationale Politie (augustus 2020, september 2021, maart 2022, april 2023, april, 2024), 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
2023	10,0	33,4	10,0	19,5	5,1	0,9	21,2

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 de drugs amfetamine, methamfetamine en cocaïne 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 geweldsmisdrijven (waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan) kan de politie een speekseltest afnemen, waarna bij een positieve uitslag een bloedonderzoek volgt om het drugsgebruik aan te tonen. Alcoholonderzoek kan daarnaast plaatsvinden middels een ademanalyse door de politie.

De bloedonderzoeken zijn de afgelopen jaren uitgevoerd door externe laboratoria. Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) coördineert deze uitbesteding en registreert het aantal bloedonderzoeken in het kader van de WMG. Incidenten waarin uitsluitend een ademanalyse door de politie is uitgevoerd, zijn niet in de registraties van het NFI opgenomen.

- Uit registraties van het NFI blijkt dat in 2023 door het NFI in totaal 632 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 steeg het totale aantal uitgevoerde onderzoeken (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 2019-2023 bestond de overgrote meerderheid van de onderzoeken van het NFI uit onderzoeken naar drugsgebruik of een combinatie van alcohol en drugs. Het aandeel gecombineerde alcohol- en drugstests is in die periode toegenomen van 49% in 2019 tot 58% in 2023. Het aandeel drugsonderzoeken is afgenomen van 46% in 2019 tot 39% in 2023. Het aandeel onderzoeken naar uitsluitend alcohol van het NFI is relatief klein: 5% in 2019 en 3% in 2023. Bij een vermoeden van alcohol kan immers ook een ademanalyse door de politie worden uitgevoerd en deze cijfers zijn niet opgenomen in de registraties van het NFI.
- 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 in het kader van de Wet middelenonderzoek bij geweldsplegers, 2017–2023

	2017 (tweede helft)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal aantal onderzoeken	125	477	555	537	683	692	632

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 en drugs in het spel is, zijn beperkt data beschikbaar:

- Het aantal geregistreerde dodelijke slachtoffers van verkeersongelukken waarbij alcohol of drugs in het spel was, is in de periode 2016-2023 sterk toegenomen. In 2022 zijn 61 mensen overleden bij een ongeluk dat was veroorzaakt door een bestuurder onder invloed van alcohol of drugs. In 2016 waren dit er nog 13. Met uitzondering van de jaren 2020 en 2021 is het aantal dodelijke slachtoffers sinds 2016 elk jaar toegenomen. Deze jaren waren vanwege de coronapandemie verkeersluw [8].
- De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) verwacht dat het werkelijke aantal (dodelijke) verkeersongelukken 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 [9].

Rijden onder invloed van alcohol en drugs

In 2017 is de Wegenverkeerswet 1994 (WVW 1994) uitgebreid. De WVW 1994 verbiedt het rijden onder invloed van stoffen die de rijvaardigheid kunnen verminderen. De uitbreiding van deze wet maakt het mogelijk voor wetshandhavers om bij bestuurders van voertuigen speekseltests en Psychomotorische tests (PMT) op drugs uit te voeren. Een positieve uitslag op de speekseltest of PMT leidt tot een bloedonderzoek, waarbij een overschrijding van de grenswaarde een strafbaar feit vormt. De Wet drugs in het verkeer (artikel 8 WVW 1994) is in 2023 geëvalueerd door DSP-groep in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum (WODC) [10].

- Uit de evaluatie blijkt dat de inzet van de speekseltests als preselectiemiddel voor bloedonderzoek sinds medio 2017 flink is toegenomen. Zo zijn er in 2022 14.471 speekseltests uitgevoerd die resulteerden in een positieve uitslag. Dit is een aanzienlijke toename ten opzichte van 2018 toen het 2.973 tests betrof. Het werkelijke aantal gebruikte speekseltests is waarschijnlijk veel groter, omdat niet elke test leidt tot een positieve uitslag. Ongeveer 3% à 4% van de bestuurders weigert een speekseltest. Dit percentage is sinds de ingebruikname van speekseltests medio 2017 tot en met 2022 stabiel gebleven [10].
- De PMT wordt minder frequent gebruikt dan de speekseltests als preselectiemiddel voor bloedonderzoek. Tijdens de laatste regionale Rijden Onder Invloed (ROI) controles van 2023 is de PMT gemiddeld 6 keer gebruikt, terwijl de speekseltest gemiddeld 11 keer is ingezet. De afname en uitslag van de PMT worden door de politie niet standaard geregistreerd. De PMT

wordt voornamelijk ingezet als preselectiemiddel wanneer de speekseltest geweigerd wordt, de speekseltest een negatief resultaat geeft of mislukt en er toch een verdenking is [10].
- Het aantal aanvragen voor bloedonderzoek is de afgelopen jaren aanzienlijk toegenomen: van 1.153 in 2017 tot 16.467 in 2022. In 2021 resulteerde 62% (6.581) van de bloedonderzoeken in een positieve uitkomst waarbij drugs in het bloed werden aangetroffen. Dit percentage bleef ongeveer gelijk aan de voorgaande jaren [10].
- De aangetroffen stoffen in het bloedonderzoek zijn voornamelijk cannabis (71% van de positieve uitslagen in 2021), amfetamine-achtigen (31% in 2021) en cocaïne (15% in 2021). GHB wordt minder vaak aangetroffen, namelijk in 7% van de gevallen in 2021. Bij ongeveer driekwart van de bloedonderzoeken gaat het om enkelvoudig drugsgebruik, terwijl in de overige onderzoeken twee of meer drugs worden aangetroffen [10].
- De voornaamste uitdagingen die politiemedewerkers in de praktijk ervaren bij het opsporen en vervolgen van rijden onder invloed van drugs, hebben te maken met een gebrek aan kennis en bekendheid over hoe dit aan te pakken. Zo heerst er bijvoorbeeld onduidelijkheid bij politiemedewerkers over wanneer speekseltests moeten worden toegepast en is het gebruik van speekseltests bij verkeersongevallen nog geen standaardprocedure. Verder is er aanzienlijke variatie tussen politie-eenheden, -teams en zelfs binnen deze teams in de frequentie van speekseltest- en bloedonderzoekaanvragen. Daarnaast wordt tijdens politieopleidingen slechts beperkte aandacht besteed aan drugs in het verkeer. Een andere grote uitdaging in de praktijk met betrekking tot de aanpak van drugs in het verkeer is de beperkte capaciteit bij de betrokken ketenpartners [10].

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 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 [11].

- 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% [11].
- 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 [11].
- 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 [11].
- 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%) [11].
- 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

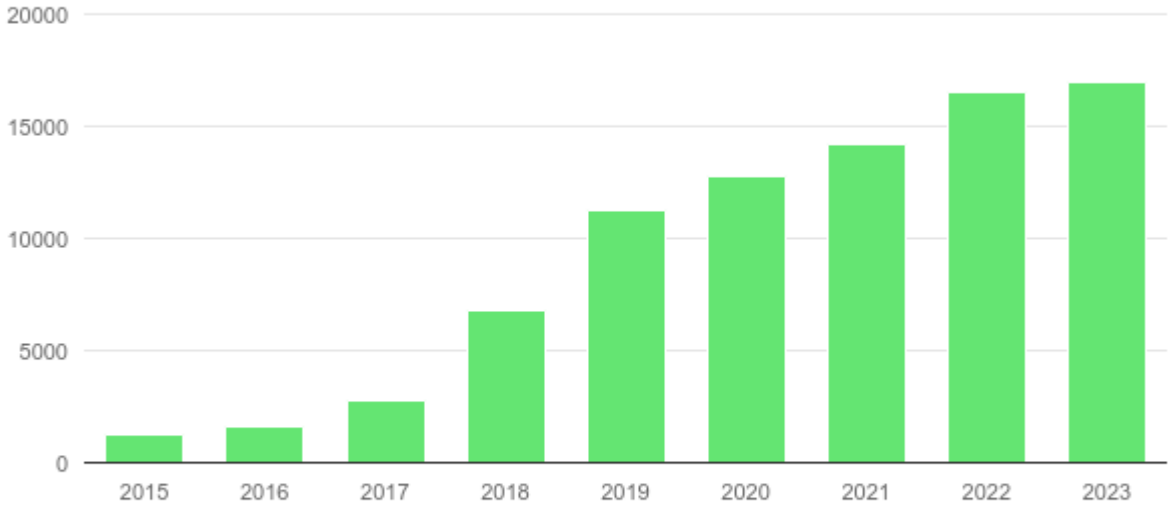
waren er dertien verkeersdoden door bestuurders onder invloed van alcohol en/of drugs [8].

Over het aantal registraties en onderzoeken naar rijden onder invloed van alcohol en drugs is het volgende bekend:

- De politie maakte in 2023 tegen ruim 22.000 bestuurders een proces-verbaal op vanwege rijden onder invloed van alcohol [12].
- In 2023 maakte de politie ruim 17.000 keer proces-verbaal op vanwege rijden onder invloed van drugs (al dan niet in combinatie met alcohol) [12]. Hiermee zet de stijgende trend van de afgelopen jaren door. In 2021 ging het om 13.147 proces-verbalen en 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) [13]. 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 [14]. 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 [14]. Het SWOV heeft geen recente cijfers van het aantal bestuurders dat onder invloed van drugs reed: het meest recente onderzoek komt uit 2011 [15] .
- Voor meer informatie over lachgas in het verkeer verwijzen we naar § 13.6.2.
- In een deel van de gevallen waarin de politie proces-verbaal opmaakte vanwege rijden onder invloed, zijn in de periode 2015-2023 (gecombineerde) alcohol- en drugsonderzoeken aangevraagd. Hoe groot dit aandeel was, is niet bekend.
- Sinds 2018 zijn de (gecombineerde) alcohol- en drugsonderzoeken uitbesteed aan enkele geaccrediteerde laboratoria (in binnen- en buitenland). Het NFI coördineert deze uitbesteding en registreert cijfers over het aantal uitgevoerde onderzoeken vanwege rijden onder invloed.
- 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 sinds de invoering van de nieuwe wetgeving in 2017. Bij (gecombineerde) drugsonderzoeken gaat het om morfine, cocaïne, THC, GHB, amfetamine, methamfetamine, MDMA, MDEA en MDA [16].
- In 2023 zijn in totaal 16.945 drugsonderzoeken wegens rijden onder invloed uitgevoerd. Dat aantal is vergelijkbaar met 2022. Hierin zijn zowel onderzoeken wegens uitsluitend drugs als een combinatie van drugs en alcohol opgenomen.
- In 2023 schommelde het aantal drugsonderzoeken enigszins per kwartaal. In het eerste kwartaal ging het om ongeveer 3.800 drugsonderzoeken en in het laatste kwartaal om ongeveer 2.400 drugsonderzoeken. In 2022 schommelde het aantal drugsonderzoeken per kwartaal minder sterk (tussen ongeveer 3.200 in het laatste kwartaal en bijna 2.900 in het derde kwartaal).
- Naast de drugsonderzoeken zijn alcoholonderzoeken (op basis van bloedonderzoek) 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: 5% in 2023 en 6% in 2022. In 2023 was het aantal alcoholonderzoeken (op basis van bloedonderzoek) gelijkmatig verspreid over het jaar (ruim 200 per kwartaal). In 2022 schommelde het aantal enigszins tussen ruim 300 in het tweede kwartaal en krap 250 in het laatste kwartaal.
- 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 [17] Het NFI schat, in hetzelfde onderzoek, dat ongeveer 90% van de bloedonderzoeken naar drugs positief was [17].

Aantal drugsonderzoeken wegens rijden onder invloed door het NFI[I], 2015-2023



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 registreren 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
2018	6722
2019	11210
2020	12702
2021	14125

	aantal drugsonderzoeken verkeer
2022	16467
2023	16945

- 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 2023 nam het CBR 3.982 keer het besluit om een onderzoek te starten naar de rijgeschiktheid van personen wegens mogelijk problematisch alcoholgebruik. Dit is een lichte afname ten opzichte van 2022 (4.370) [18]. In de periode 2018 t/m 2021 nam het aantal onderzoeken naar de rijgeschiktheid van individuen wegens mogelijk problematisch alcoholgebruik af. In 2019, 2020 en 2021 ging het om een aantal van respectievelijk 3.750, 3.150 en 3.010 [19].
- In 2023 nam het CBR 3.113 keer het besluit om een onderzoek te starten naar de rijgeschiktheid van personen wegens mogelijk problematisch drugsgebruik. Dit is een forse daling ten opzichte van 2022, waar het aantal onderzoeken aanzienlijk hoger lag (5.139). Ook vergeleken met de jaren 2017-2021 waren de cijfers in 2022 hoger (3.893 in 2021, 4.158 in 2020, 3.600 in 2019) [18].
- In 2023 zijn daarnaast 61 onderzoeken uitgevoerd wegens mogelijk problematisch alcohol- én drugsgebruik. Dit aantal is aanzienlijk lager dan in 2022, toen 130 onderzoeken plaatsvonden. In 2021 zijn 88 onderzoeken uitgevoerd, terwijl er in 2020 slechts 5 onderzoeken waren [18,19] . 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 [20].
- Uit de duidingssessies in 2024 blijkt dat de daling van het aantal rijgeschiktheidsonderzoeken wegens problematisch drugsgebruik mogelijk te verklaren is door de inwerkingtreding van een nieuwe maatregel op 1 april 2023. Hierbij krijgen 'first offenders' die met drugs worden gepakt in eerste instantie alleen een educatieve maatregel drugs opgelegd, in plaats van doorverwezen te worden naar een onderzoek [21].

Verdachten van rijden onder invloed, maatregelen en straffen

- In 2023 registreerde de politie 39.595 verdachten van rijden onder invloed van alcohol en/of drugs. In 2022 waren dit nog 38.985 verdachten. Dit is een forse stijging ten opzichte van 2021 toen de politie 30.390 verdachten van rijden onder invloed van alcohol en/of drugs registreerde. Voor zowel 2023 als 2022 gaat het om voorlopige cijfers [22]. 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 [22,23].
- Uit de duidingssessies in 2021 blijkt dat de trendbreuk in 2020 mogelijk samenhangt met de coronamaatregelen [20].

Aandeel (%) geregistreerde verdachten rijden onder invloed[l], 2014-2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% rijden onder invloed	64	62	62	63	65	67	63	62	65	68
Rijden onder invloed (afgerond, *1000)	31	27	26	25	28	32	29	30	39	40
Totaal aantal verkeersmisdrijven (afgerond, *1.000)	49	43	42	40	44	48	46	49	60	59

I. Aantallen door de politie geregistreerde verdachten van misdrijven in duizendtallen. Cijfers voor 2022 en 2023 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 2023 steeg het aantal beslissingen van het OM in misdrijfzaken rond rijden onder invloed ten opzichte van 2022. Na een daling in de jaren voorafgaand aan 2022, was er vanaf dat jaar een aanzienlijke stijging zichtbaar, waarbij het aantal beslissingen in 2022 bijna verdubbelde ten opzichte van 2021 [24] .
- Het aantal strafbeschikkingen is in 2023 sterk gestegen ten opzichte van 2022: van 14.065 naar 18.615 strafbeschikkingen. Het OM heeft echter in 2023 minder vaak een transactie aangeboden dan in 2022: 10 in 2023 en 55 in 2022. Het aantal keer dat het OM een onvoorwaardelijk beleidssepot heeft opgelegd voor rijden onder invloed is in 2023 sterk toegenomen ten opzichte van 2022: 2.260 in 2023 en 1.725 in 2022 [24].

Strafrechtelijke afhandeling van misdrijfzaken vanwege rijden onder invloed, 2019–2023

	2019	2020	2021	2022	2023
Aantal beslissingen	19.225	15.880	14.665	32.570	36.750
Strafbeschikking	5.310	5.950	6.375	14.065	18.615
Transactie	145	65	85	55	10
Onvoorwaardelijk beleidssepot	260	375	630	1.725	2.260

Bron: Moolenaar (2024).

- In 2023 werden door de rechter in eerste aanleg 9.615 zaken afgedaan voor het rijden onder invloed van alcohol en/of drugs. In 2022 betrof dit nog 7.835 zaken [24].
- In de 9.615 afgedane misdrijfzaken in 2023 vonden 9.230 schuldigverklaringen plaats. Dat is ongeveer 96% van de zaken [24].

Aantal afgedane misdrijfzaken rijden onder invloed door de rechter in eerste aanleg, 2014-2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aantal zaken	11.330	11.190	7.805	9.310	9.860	10.870	8.685	6.600	7.835	9.615

Bron: Moolenaar (2024).

- Bestuurlijke maatregelen voor rijden onder invloed van alcohol en/of drugs worden door het CBR opgelegd.
- Sinds 2018, met uitzondering van de jaren 2020 en 2021, stijgt het aantal meldingen dat het CBR ontvangt van de politie in verband met alcohol- en/of drugsovertredingen, gevaarlijk rijgedrag of een vermoeden van ongeschiktheid om te rijden als gevolg van een medische aandoening.
- 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 [25]. In de duidingssessies van zowel 2023 als 2022 bleek tevens dat de daling van het aantal meldingen in 2021 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 [19,25]. 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 [26].

- Het CBR kan naast het starten van een rijgeschiktheidsonderzoek drie soorten cursussen/maatregelen opleggen: de licht educatieve maatregel alcohol en verkeer (LEMA), de educatieve maatregel alcohol en verkeer (EMA) en de Educatieve Maatregel Drugs (EMD). De EMD is een nieuwe maatregel die per 1 april 2023 is ingevoerd. Bij de LEMA of EMA krijgen personen die zijn aangehouden met een te hoog alcoholpromillage in hun bloed, een cursus over alcohol en verkeer opgelegd. Deze cursussen focussen zich dus specifiek op alcoholgebruik in het verkeer. De EMD richt zich specifiek op drugsgebruik in het verkeer. Deze maatregel is geïntroduceerd als aanvulling op het onderzoek naar rijgeschiktheid bij drugsgebruik en is gericht op het voorkomen van herhaling door gedragsverandering. Deze maatregel kan worden opgelegd aan bestuurders die voor het eerst zijn aangehouden voor rijden onder invloed van drugs. Bestuurders die in de afgelopen vijf jaar al eerder zijn betrapt op drugsmisbruik in het verkeer, moeten eerst een rijgeschiktheidsonderzoek ondergaan. Als zij daarbij geschikt worden bevonden, kan alsnog de EMD-cursus worden opgelegd.
- Na een dalende trend sinds 2018 nam in 2022 en 2023 het aantal opgelegde maatregelen door het CBR sterk toe: van ruim 8.000 in 2022 tot ongeveer 11.000 in 2023.
- Het aantal opgelegde LEMA steeg ook in 2023: van 1.791 in 2022 naar 3.210 opgelegde maatregelen in 2023.
- Het aantal opgelegde EMA daalde in 2023: van 6.412 in 2022 naar 5.766 opgelegde maatregelen in 2023.
- De EMD, die per 1 april 2023 opgelegd kan worden, is 2.182 keer opgelegd in 2023.
- In 2023 is het totale aantal opgelegde cursussen (EMA of LEMA, exclusief EMD) aanzienlijk hoger (8.976) dan in voorgaande jaren. In 2022 zijn ongeveer 8.200 cursussen (EMA of LEMA) opgelegd [18].
- Uit de duidingssessie in 2023 bleek dat het aantal bestuurlijke maatregelen in 2022 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 [20,25].
- 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 [26].

Bestuurlijke maatregelen voor rijden onder invloed opgelegd door het CBR, 2018–2023

	2018	2019	2020*	2021	2022	2023
Aantal mededelingen*	22.350	25.000	24.350	23.090**	28.540**	30.850**
Cursussen (EMA)	6.867	6.788	5.505	4.163	6.412	5.766
Korte curssusen (LEMA)	2.199	2.185	1.456	1.200	1.791	3.210
Cursus EMD	-	-	-	-	-	2.182
Onderzoek naar rijgeschiktheid (alcohol en/of drugs)	3.660	3.750	3.150	6.991	9.639	7.156

* 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 [27].

- 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 [27].
- 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 [27].
- 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 [27].
- 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 [27].

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: [28]

- 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 [28].
- 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 [28].
- 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) [28].

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. 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-toegenomen
9. SWOV. Factsheet “Rijden onder invloed van alcohol.” Den Haag: SWOV; 2023.
10. Abraham M, Hofstra D, Bos D. Geen nacht zonder [Art.] 8: Evaluatie wet drugs in het verkeer. Amsterdam: DSP-groep; 2023.
11. VeiligheidNL. Middelengebruik in het verkeer: Een analyse van data verzameld op SEH-afdelingen. Amsterdam; 2022.
12. Rijksoverheid. Steviger maatregelen tegen geweld en rijden onder invloed [Internet]. 2024. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2024/06/21/steviger-maatregelen-tegen-geweld-en-rijden-onder-invloed#:~:text=Rijden%20onder%20invloed%20levert%20een,eventueel%20in%20combinatie%20met%20alcohol.
13. 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
14. 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
15. SWOV. Factsheet “Drugs en geneesmiddelen.” Den Haag: SWOV; 2020.
16. Overheid.nl. Besluit alcohol, drugs en geneesmiddelen in het verkeer [Internet]. 2022. Available from: https://wetten.overheid.nl/BWBR0039687/2022-07-01
17. Abraham, M., Nauta, O., &Van Aalst, M. Evaluatie DIV. 2019.
18. CBR. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2024.
19. CBR. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2023.
20. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.
21. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2024.
22. CBS. Geregistreerde criminaliteit; soort misdrijf, regio [Internet]. 2023. Available from: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83648NED/table?fromstatweb
23. CBS. Geregistreerde criminaliteit; soort misdrijf, regio [Internet]. 2021. Available from:

https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83648NED/table?dl=53AC6
24. Moolenaar D. Criminaliteit en Rechtshandhaving 2023. Den Haag; 2024.
25. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken NDM. 2023.
26. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
27. Blom M, Boschman SE, Weijters G. Differentiële effectiviteit maatregelen alcohol en verkeer. Den Haag; 2022.
28. 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 2023.

- Van overlast door ‘drugsgebruik of drugshandel’ en ‘dronken mensen op straat’ had respectievelijk 11% en 14% van de respondenten in 2023 wel eens last in de eigen buurt. Dit percentage is voor beide vormen van overlast lager dan in 2021, toen 19% wel eens overlast had door ‘drugsgebruik of drugshandel’ en 22% door ‘dronken mensen op straat’ [1,2].
- In 2023 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 2014-2021 [1,2].
- Uit de duidingssessies in 2024 blijkt dat de daling van het percentage overlast door ‘drugsgebruik of drugshandel’ mogelijk te verklaren is door het verbod op lachgas. Lachgas was een van de meest aangetroffen drugs in de openbare ruimte, maar het gebruik ervan is, mogelijk als gevolg van het verbod, de afgelopen jaren afgenomen [3].

Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat 'wel eens' of 'veel' alcohol- of drugsgerelateerde overlast in de eigen buurt ervaart, 2014-2023[I], in %

	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2019 (%)	2021 (%)	2023 (%)
Overlast van drugsgebruik of drugshandel komt wel eens voor	24	25	24	24	24	19	11
Veel overlast van drugsgebruik of drugshandel	4	4	4	4	4	3	3
Overlast van dronken mensen op straat komt wel eens voor	27	27	26	26	26	22	14
Veel overlast van dronken mensen op straat	3	3	3	3	3	3	3

I. Gegevens over het jaar 2018, 2020 en 2022 ontbreken omdat de Veiligheidsmonitor sinds 2017 tweejaarlijks wordt uitgevoerd.
Bron: Veiligheidsmonitor CBS (CBS, 2020, 2022, 2024).

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' [4].

- In 2023 werden bij de politie 59.430 overlastincidenten door alcohol en drugs geregistreerd. Dit is een stijging ten opzichte van 2022. Toen ging het om 56.028 overlastincidenten. Met uitzondering van een daling in het aantal overlastincidenten tussen 2020 en 2021 vertonen de cijfers een stijgende trend vanaf 2013 [5].
- 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 [6]. 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 [7]. 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 [7].
- 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 [7].

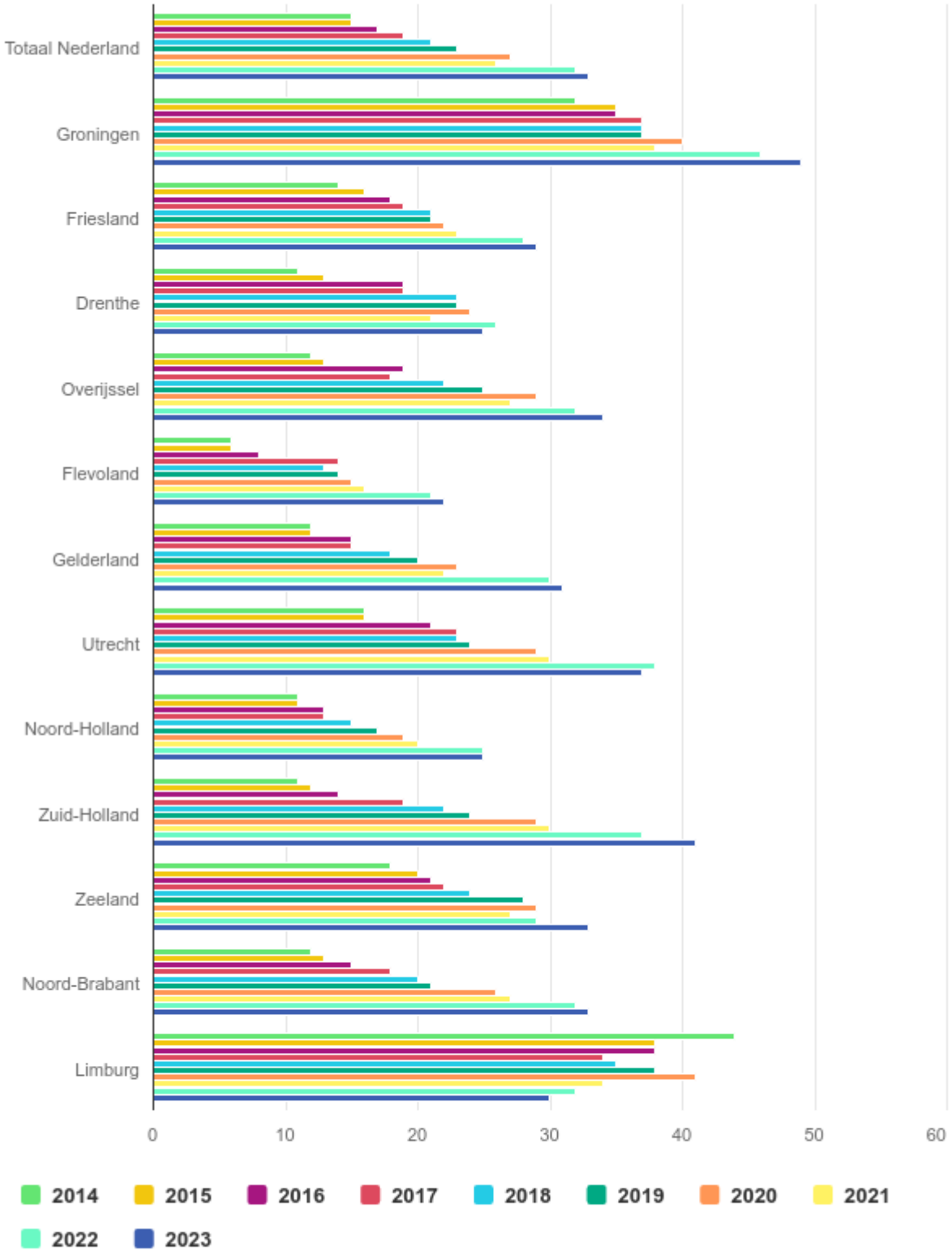
Totaal aantal geregistreerde incidenten van overlast door alcohol en drugs, 2014-2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aantal incidenten	25.163	25.689	29.708	32.429	36.807	40.161	46.274	46.011	56.028	59.430

Bron: Data.politie.nl (2024).

- Het aantal geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs in heel Nederland lag in 2023 op 33 per 10.000 inwoners, terwijl dit aantal 32 incidenten per 10.000 inwoners in 2022 betrof. In 2014 waren het 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 2022 en 2023 het grootst in de provincies Groningen, Zuid-Holland en Zeeland. Alleen in de provincies Utrecht en Drenthe daalde het aantal geregistreerde alcohol- en drugsgerelateerde overlastincidenten in 2023.

Geregistreerde overlastincidenten door alcohol en drugs, per provincie, 2014-2023, in aantallen (per 10.000 inwoners)



Bron: het aantal incidenten is afkomstig van data.politie.nl (2024). Gegevens over inwoneraantallen zijn afkomstig van CBS Statline (2024). Bewerking Regioplan.

NDM

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal Nederland	15	15	17	19	21	23	27	26	32	33
Groningen	32	35	35	37	37	37	40	38	46	49
Friesland	14	16	18	19	21	21	22	23	28	29
Drenthe	11	13	19	19	23	23	24	21	26	25
Overijssel	12	13	19	18	22	25	29	27	32	34
Flevoland	6	6	8	14	13	14	15	16	21	22
Gelderland	12	12	15	15	18	20	23	22	30	31
Utrecht	16	16	21	23	23	24	29	30	38	37
Noord-Holland	11	11	13	13	15	17	19	20	25	25
Zuid-Holland	11	12	14	19	22	24	29	30	37	41
Zeeland	18	20	21	22	24	28	29	27	29	33
Noord-Brabant	12	13	15	18	20	21	26	27	32	33
Limburg	44	38	38	34	35	38	41	34	32	30

Bronnen

1. CBS . Veiligheidsmonitor 2019. Den Haag: CBS; 2020 p.
2. CBS. Veiligheidsmonitor 2021. Den Haag; 2021.
3. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2024.
4. Politie. Geregistreerde overlast; soort overlast, gemeentelijke indeling 2022 [Internet]. 2022.

Available from: https://data.politie.nl/#/Politie/nl/dataset/47021NED/table?ts=1650387811612
5. Politie. Geregistreerde overlast; soort overlast, gemeentelijke indeling 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://data.politie.nl/#/Politie/nl/dataset/47021NED/table?ts=1681893074031
6. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
7. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2021.

17.3.2. Overlast gerelateerd aan coffeeshops

In het kader van het Experiment Gesloten Coffeeshopketen is een nulmeting uitgevoerd waarin de situatie in 2022 inzichtelijk is gemaakt. In deze nulmeting 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 tien vergelijkingsgemeenten waar het reguliere beleid blijft gelden [1,2]. Over het coffeeshopbeleid in deze gemeenten trokken de onderzoekers tijdens de nulmeting de volgende conclusies:

- Over het algemeen waren mensen die in de directe omgeving van de coffeeshops woonden of werkten, in zowel de interventie- als vergelijkingsgemeenten, tevreden over wonen/werken in hun buurt. Ze voelden zich veilig. Overlast in de directe omgeving van de coffeeshop kwam voornamelijk voor in de vorm van verkeersoverlast, geluidsoverlast en overlast van rondhangende personen [2].
- Op basis van politieregistraties van bezit, handel en vervaardiging van soft- of harddrugs zien de onderzoekers zowel in de interventie- en vergelijkingsgemeenten als in andere Nederlandse gemeenten een lichte daling van het aantal geregistreerde soft- en/of harddrugsgerelateerde incidenten. Verder merken de onderzoekers op dat het aantal incidenten in interventiegemeenten structureel hoger ligt dan in vergelijkingsgemeenten. Daarnaast constateren de onderzoekers dat zowel in de interventie- als de vergelijkingsgemeenten meer overlastincidenten in verband met alcohol en drugs werden geregistreerd dan in andere Nederlandse gemeenten. Dit kan worden verklaard door de centrumfunctie die de interventie- en vergelijkingsgemeenten vervullen. Met andere woorden: bezoekers van coffeeshops komen niet alleen uit de desbetreffende gemeenten, maar ook uit omliggende gemeenten [1,2].

In de periode 2014-2018 is overlast in relatie tot coffeeshops met periodiek onderzoek in kaart gebracht [3–5]. 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 [3–5]. 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 [4]. Dit is vergelijkbaar met de situatie in 2017 [5]. Als de overlast is toegenomen in 2018 ten opzichte van 2017, dan ging het vooral om grote steden [4].
- Als er overlast was rondom de coffeeshops, kwam dat voornamelijk door verkeersopstoppingen, parkeerproblemen en rondhangende mensen [3,4]. 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 [4,5]. 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 [1]. 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 [1].
- 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 [1].

Bronnen

1. 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.
2. Mennes R, Hoorens S, van Laar M, Monshouwer K, Andree R, Oomen P, et al. Onderzoek experiment gesloten coffeeshopketen: Rapportage nulmeting 2022. Rotterdam: Breuer & Intraval; 2024.
3. Mennes R, Schoonbeek I, Van Der Molen J, Bieleman B. Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid: Meting 2017. Groningen-Rotterdam/Den Haag; 2018.
4. Mennes R, Schoonbeek I, Pieper R, Bieleman B. Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid: Meting 2018. Groningen-Rotterdam/Den Haag; 2020.
5. Mennes R, Snippe J, Sijtstra M, Bieleman B. Lokaal bekeken: verdiepingsstudie monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid meting 2016/17. Groningen- Rotterdam: Intraval; 2017.

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 (alle mensen die bij DJI zijn ingesloten) 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 2023 had 34% van de gedetineerdenpopulatie binnen de FZ verslavingsproblematiek tegenover 36% in 2022 [1]. Dit is iets hoger dan in 2021 (30%), 2020 (33%) en 2019 (30%) [2–4].
- 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 2023 [1,3–5].

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 [5]. 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 [5]. 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 [5].
- 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 [5].
- 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 [5].
- 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) [5]. 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 2023 blijkt dat in de gehele volwassen gevangenispopulatie gemiddeld de helft van de gedetineerden problemen heeft met alcohol en/of drugs [6].

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 [7].

Drugsgebruik tijdens detentie

- Door DJI is sinds 2019 een registratie van vondsten van smokkelwaar bijgehouden. Zie ook § 2.1.6.

- In 2023 steeg het aantal keren dat contrabande (verboden spullen zoals drugs of wapens) werd binnengesmokkeld sterk: van 2.564 in 2022 naar 3.229 in 2023. Net zoals in 2022 bestond het grootste deel van de aangetroffen smokkelwaar uit drugs, namelijk 67% in 2022 en 74% in 2023 [8].
- 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 [9]. Eind december 2022 is een landelijke dekking van deze dronedetectiesystemen gerealiseerd [10]. 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 [11].

- 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 [11].
- 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 [11].

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 2023 bij circa 6% van de urinecontroles drugsgebruik bij gedetineerden is vastgesteld. Het gaat hierbij om 41.268 gevallen. In 2023 zijn in totaal 732.694 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 [12].
- In absolute zin is het aantal positieve testen in 2023 hoger dan in 2022, toen het om 37.032 gevallen ging. Het aandeel positieve urinetesten is in 2023 met 5,6% wel iets lager dan in 2022 (6,2%). Dit is vrijwel gelijk aan het percentage van 5,5% dat is gemeten in 2021. Dat is het laagste percentage sinds de vanaf 2014 gevolgde metingen [12].
- 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 2016-2018 lag het aandeel positieve urinecontroles iets hoger (rond 9%) [12].

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 [13]. 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 [13]:

- 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 de duidingssessie van 2024 wezen experts van DJI en het Trimbos-instituut erop dat de afname van het aantal positieve urinecontroles sinds 2019 mogelijk te verklaren is door zowel de opkomst van synthetische cannabinoïden, die in urine beperkt te detecteren zijn, als het feit dat sinds 2019 het binnenbrengen van contrabande in de gevangenis strafbaar is geworden. Daarnaast is de inzet van drugshonden vergroot en zijn drugscontroles frequenter geworden. Hierdoor is het mogelijk dat personen terughoudender zijn geworden in het meenemen van contrabande. Een andere relevante ontwikkeling is de invoering van de Wet straffen en beschermen per 1 juli 2021. Deze wet heeft de consequenties van drugsgebruik voor gedetineerden vergroot; vrijheden kunnen sindsdien tijdelijk worden stopgezet. Dit kan invloed hebben op het vervolgtraject van gedetineerden, waardoor gedetineerden er mogelijk voor kiezen om drugsgebruik te vermijden of om synthetische stoffen te gebruiken die niet in urine aantoonbaar zijn, om zo de gevolgen te vermijden. Al deze ontwikkelingen kunnen van invloed zijn op het aantal positieve urinetests [14].

In 2022 voerde het Trimbos Instituut een kwalitatieve, verkennende studie uit naar het middelengebruik binnen de PI Ter Apel [15]. 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 [15].
- 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 [15].

- 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 [15].

Bronnen

1. DJI. Infographic forensische zorg 2023 [Internet]. 2024. Available from: https://www.dji.nl/documenten/publicaties/2023/06/07/infographic-forensische-zorg
2. DJI. Infographic forensische zorg 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://dji.nl/binaries/70558-JenV_DJI_infosheet_forensische_zorg_v3_HR_tcm41-366847.pdf
3. DJI. Infographic forensische zorg 2021 [Internet]. 2022. Available from: https://www.dji.nl/documenten/publicaties/2020/07/27/infographic-forensische-zorg
4. DJI. Infographic forensische zorg 2022 [Internet]. 2023. Available from: https://www.dji.nl/over-dji/documenten/publicaties/2023/06/07/infographic-forensische-zorg
5. Appelman J, Dirkzwager A, Van der Laan P. Kenmerken van justitiabelen, een systematisch literatuuronderzoek. Amsterdam; 2021.
6. DJI. Infosheet gevangeniswezen 2023 [Internet]. 2024. Available from: https://www.dji.nl/documenten/publicaties/2023/05/30/infographic-gevangeniswezen
7. 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.
8. DJI. Cijfers contrabande gevangeniswezen [Internet]. 2023. Available from: https://www.dji.nl/justitiabelen/onderwerpen/contrabande/cijfers-contrabande-gevangeniswezen
9. DJI. Aanpak van smokkelwaar via drones [Internet]. 2022. Available from: https://www.dji.nl/actueel/nieuws/2022/05/16/aanpak-van-smokkelwaar-via-drones.
10. DJI. Jaarverslag 2022. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen; 2022.
11. 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;
12. DJI. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2024.
13. DJI. Infographic forensische zorg 2019 [Internet]. 2019. Available from: www.forensischezorg.nl › files › %09infographic_forensische_zorg_2019
14. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2024.
15. 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 2023 bracht de reclassering 40.959 adviezen uit. Dat is ongeveer vergelijkbaar met het aantal adviezen in 2022 [5][6].
- In 2023 stonden 27.437 (unieke) cliënten onder toezicht van de reclassering. In 2022 ging het om 27.809 (unieke) cliënten. Het aantal (unieke) cliënten dat onder toezicht van de reclassering staat, daalt sinds 2018. Toen stonden 32.387 (unieke) cliënten onder reclasseringstoezicht [5,7–10].
- Daarnaast begeleidt de reclassering cliënten bij het uitvoeren van een werkstraf en houdt zij toezicht op het verloop ervan. In 2023 zijn 28.989 werkstraffen uitgevoerd, wat vergelijkbaar is met het aantal werkstraffen in 2022 (28.202) [5,6]. 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 is uitgevoerd (34.207 in 2019) [7–10].
- 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 [11].
- 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 [12]. Daarna is de uitvoering van werkstraffen geleidelijk weer opgestart [1,2].
- In 2023 was van ruim 13.719 (35%) van de ingestroomde (unieke) toezichten en werkstraffen het motief bekend: bij 17% van deze cliënten was een verslaving en/of verlangen naar verslavende middelen (‘behoeftebevrediging’) de aanleiding voor het delict [6]. Dit is vergelijkbaar met 2022 (17%) [5].
- 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 [13]. Recentere informatie is hierover niet beschikbaar.

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 [14].

Ten opzichte van 2022 is het aantal cliënten dat een Alcoholmeter droeg, in 2023 nagenoeg gelijk gebleven. In 2023 droegen 115 cliënten een Alcoholmeter, terwijl het in 2022 om 120 cliënten ging. In de periode 2017-2021 steeg het aantal cliënten dat een Alcoholmeter droeg gestaag [7–9]. De cijfers betreffen geen unieke cliënten; enkele cliënten hebben meerdere keren (met tussenpozen) een Alcoholmeter gedragen [7,8]. Daarnaast bevatten deze aantallen zowel cliënten bij wie de Alcoholmeter in 2023 is aangesloten als cliënten bij wie de Alcoholmeter in 2022 is aangesloten en nog steeds gedragen wordt in 2023 [5,6].

Om tijdens een reclasseringstoezicht te werken aan psychische en middelengerelateerde problematiek leidt de reclassering cliënten toe naar de forensische zorg. Een toeleiding naar zorg heeft echter niet per definitie een relatie met middelengerelateerde problematiek. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg maar ook begeleid wonen, dagbesteding of hulp bij bijvoorbeeld schulden, 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 2023 zijn door de reclassering ongeveer 11.940 toeleidingen naar zorg gedaan [6]. In 2022 ging het om ongeveer 11.800 toeleidingen naar zorg [5]. Deze aantallen zijn lager dan het aantal toeleidingen in de periode 2017-2020 [8–10].
- Het aantal toeleidingen naar zorg betreft zowel toeleidingen naar klinische zorg als naar ambulante zorg. In 2023 betrof het aandeel toeleidingen naar klinische zorg ongeveer 18% [6]. In 2022 betrof het aandeel toeleidingen naar klinische zorg ongeveer 19% [5]. Dit is vergelijkbaar met het aandeel in de periode 2017-2019.
- 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 2023 is aan 762 cliënten de Leefstijltraining 24/7 opgelegd [6]. Dit is iets hoger dan in 2022 toen 725 cliënten de Leefstijltraining 24/7 kregen opgelegd [5].
- De training Alcohol en Geweld is gericht op de wisselwerking tussen agressie en alcohol. In 2023 is deze training aan 143 cliënten opgelegd en in 2022 aan 117 cliënten [5,6]. Vanaf 2018 t/m 2021 daalde het aantal cliënten dat deze training jaarlijks opgelegd heeft gekregen. In 2018 ging het nog om 214 cliënten en in 2021 om 99 cliënten [7–10].

Cliëntpopulatie (verslavings)reclassering

Van de cliënten die in 2023 onder toezicht stonden bij de drie reclasseringsorganisaties, is bekend welk type hoofd delict zij gepleegd hebben en hiervoor een reclasseringstoezicht opgelegd gekregen hebben, of waarvan zij verdacht worden en in het kader van een schorsing onder toezicht zijn komen

te staan. In 2023 betrof het in ongeveer 41% van de cliënten agressie tegen personen. In 2022 betrof dit aandeel 43% van de cliënten. In 2023 is 27% veroordeeld voor een vermogensdelict (met of zonder geweld) voorafgaand aan reclasseringstoezicht, in 2022 was dit 26%. Ongeveer 10% van de cliënten stond in 2023 en 2022 onder reclasseringstoezicht na een delict dat met drugs te maken had. Net als in 2022 stond in 2023 ongeveer 2% van de cliënten onder toezicht na een veroordeling voor een verkeersdelict [5,6].

Van de 27.437 (unieke) cliënten die in 2023 onder toezicht van de reclassering stonden, is bij ruim 97% (minimaal) één keer de RISC, het risicotaxatie- en adviesinstrument van de 3RO ingezet. Dit aantal is vergelijkbaar met 2022 (95%). De RISC is het ondersteunende instrumentarium voor het gestructureerde professionele oordeel dat reclasseringswerkers gebruiken bij het maken van risico inschattingen. Er wordt onder andere op verschillende leefgebieden in kaart gebracht of er bij een cliënt sprake is van risico's. Hieronder vallen ook alcohol- en/of drugsproblematiek. Voor zowel alcohol- als drugsproblematiek 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 [15]. Voor het jaar 2023 blijkt uit de ingevulde instrumenten dat [6]:

- bij 33% 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 43% van deze cliënten bekend is dat ze 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 28% van deze cliënten nu of in het verleden sprake is (geweest) van alcoholmisbruik en bij 39% van drugsmisbruik.
- Deze data over het jaar 2023 kunnen enigszins afwijken ten opzichte van voorgaande jaren: de percentages zijn hoger. Dit komt door een verandering in de methodologie: in tegenstelling tot eerdere jaren, waarbij de meest recente RISC als uitgangspunt diende, zijn de data over 2023 gebaseerd op de meest relevante RISC. Indien dat meerdere RISC's waren, is de meest recente gebruikt.

In 2021 heeft de Vrije Universiteit (VU) de validiteit en betrouwbaarheid van de RISC onderzocht. De resultaten van dit onderzoek waren positief [15].

Inrichting voor stelselmatige daders (ISD)

- Uit registraties van DJI blijkt dat in 2023 gemiddeld 501 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 2023 gemiddeld 145 justitiabelen (29%) deel aan zorgtrajecten buiten de penitentiaire inrichting [16].
- In 2022 hadden gemiddeld 525 justitiabelen de verblijfstitel ISD, waarvan gemiddeld 174 justitiabelen (33%) deelnamen aan zorgtrajecten buiten de penitentiaire inrichting [17].
- 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 [18]. Uit de duidingssessie in 2023 bleek dat de daling van het aantal ISD'ers sinds 2020 mogelijk samenhangt met de coronapandemie [11]. 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 2023 (29%) lager dan in 2022 (33%) en 2021 (39%) [17]. Uit de duidingssessie in 2023 bleek dat deze daling mogelijk ook met de coronapandemie samenhangt [11]. 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) [16,18].
- 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 2023 uit detentie stroomden, deed 53% dat vanuit een zorginstelling. In 2022 deed 60% dat en in 2021 was dat 66%. In de periode 2017-2020 schommelde dit aandeel tussen 58% in 2020 en 68% in 2018 [16–19]. 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 [20]. 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 [20].
- 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 [20].
- 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 [20].
- 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 [20].

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-pl

aats-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. 2023.
6. RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2024.
7. 3RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2022.
8. 3RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2021.
9. 3RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2020.
10. 3RO . Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2019;
11. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken NDM. 2023.
12. 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.
13. Verweij S, Weijters G. Recidive tijdens en na reclasseringstoezicht. Cahier 2020-20 [Internet]. Den Haag; 2020. Available from: www.wodc.nl
14. Rijksoverheid.nl. Kamerstukken II, 2874759 [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/05/18/tk-evaluatie-tweede-%09pilotjaar-alcoholmeter
15. Van den Berg C, Bruggeman M, Houston R, Joosten A, Harte JM. Validatiestudie risico- en beschermende factoren van de RISC. Amsterdam: Vrije Universiteit ; 2021.
16. DJI. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2024.
17. DJI. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2023.
18. DJI. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2022.
19. DJI. Mailwisseling met Regioplan Beleidsonderzoek inzake NDM. 2021.
20. Tollenaar N, Beerthuizen MGCJ, Drieschner KH, Van der Laan AM. Effectiviteit van de ISD-maatregel: 2e replicatie: Cahier 2019-19. Den Haag: WODC; 2019.

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 (LSM) Jeugd 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

Middel	Peiljaar							
	2003	2007	2011	2015	2017	2019	2021	2023
Cannabis								
Cocaïne								
Ecstasy								
Amfetamine								
Paddo's								
Lachgas								
Alcohol								
Tabak								

Peilstationsonderzoek Scholieren: peiljaren 2003, 2007, 2011, 2015, 2019, 2023. 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]. Sinds 2007 worden ook bij ouders gegevens verzameld over hun opvoedgedrag en hun gedachten over middelengebruik door hun kind en jongeren in het algemeen.

In de peiling van 2023 werd in het Peilstationsonderzoek Scholieren gevraagd naar het gebruik van alcohol, tabak, cannabis, lachgas, ecstasy, cocaïne, paddo's, amfetamine, 3-MMC, ketamine, LSD en GHB.

Methodewijzigingen 2023

In 2023 is de dataverzameling van het Peilstationsonderzoek in het voortgezet onderwijs op enkele onderdelen anders uitgevoerd dan in eerdere jaren. Zo vond voor leerjaar 2 en 4 een samenwerking plaats met de GGD: in de klassen die meededen met de Gezondheidsmonitor (GM) Jeugd, kreeg één willekeurige leerling per twee klassen de vragenlijst van het Peilstationsonderzoek. De andere leerlingen kregen de vragenlijst van de GM Jeugd. De vragenlijstafname in leerjaar 2 en 4 vond plaats onder begeleiding van de leerkracht, er was géén getrainde onderzoeksassistent aanwezig. Daarnaast was het in 2023 voor het eerst mogelijk om de vragenlijst op een smartphone in te vullen. Om deze reden is een aantal vragen op een andere manier weergegeven in de vragenlijst. Het is moeilijk in te schatten in welke mate de methodeveranderingen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Met name het relatief grote aantal missende gegevens in leerjaar 2 en 4 kan van invloed zijn geweest op de schattingen van het middelengebruik. Vergelijkingen tussen 2023 en eerdere jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Meer informatie over het onderzoek en de onderzoeksmethode is te vinden in op de website van de ScholierenMonitor.

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. De politie registreert (strafrechtelijke) incidenten die te maken hebben met de Opiumwet in het registratiesysteem.

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 Datacentrum (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 (§16.5) 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 de jaren 2021 tot en met 2024 groepsgesprekken (en aanvullende interviews) – zogeheten duidingssessies – met inhoudelijke experts georganiseerd. Daarin is gezamenlijk de context van gesignaleerde cijfermatige ontwikkelingen in de verzamelde data over de jaren 2020 tot en met 2023 verkend en zijn mogelijke verklaringen besproken om de ontwikkelingen te duiden.

- In 2024 hebben ter zake deskundige medewerkers van de Douane, het WODC, het Trimbos-instituut, het OM en de FIOD input geleverd. Daarnaast heeft de politie in een interview input geleverd [4].
- 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 [5].
- 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 [6].
- 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 [7].

De gespreksverslagen van deze groepsgesprekken zijn opgenomen in notities over deze zogenoemde ‘duidingssessies’ [4–7].

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. 2024.
5. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2023;
6. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.
7. 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, 2016-2023, in %’ en ‘Type delict waarvan als ‘harddrugsgebruiker’ geclassificeerde personen bij de politie worden verdacht, 2016-2023, 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 2023 een aanzienlijk aandeel: 35% van de ‘alcoholisten’, 21% van de ‘harddrugsgebruikers’ en 30% van de ‘alcohol- en drugsgebruikers’.

Duidingssessies

In aanvulling op de bovenstaande informatiebronnen zijn voor het opstellen van dit hoofdstuk in de jaren 2021 tot en met 2024 groepsgesprekken (en aanvullende interviews) – zogeheten duidingssessies – met inhoudelijke experts georganiseerd. Daarin is gezamenlijk de context van gesignaleerde cijfermatige ontwikkelingen in de verzamelde data over de jaren 2020 tot en met 2023 verkend en zijn mogelijke verklaringen besproken om de ontwikkelingen te duiden.

- In 2024 hebben deskundigen van de SVG, DJI, het CBR en het Trimbos-instituut input geleverd. Daarnaast heeft de politie in een interview input geleverd [1].
- In 2023 hebben deskundige medewerkers van de SVG, DJI en het CBR tijdens (uitsluitend) individuele interviews input geleverd [2].
- In 2022 hebben ter zake deskundige medewerkers van de SVG, DJI, de politie, het CBR en een wetenschapper van Avans Hogeschool input geleverd [3].
- Aan het groepsgesprek in 2021 hebben ter zake deskundige medewerkers van de SVG, DJI, het CBR en een wetenschapper van Avans Hogeschool deelgenomen [4].

De gespreksverslagen van deze groepsgesprekken zijn opgenomen in notities over deze duidingssessies [1–4].

Bronnen

1. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2024.
2. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken NDM. 2023.
3. Regioplan. Notitie opbrengsten groepsgesprekken. 2022.

4. 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/

E. Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes

- Verklaring van ICD-9 codes
- Verklaring van ICD-10 codes

Verklaring van ICD-9 codes

- Term
  Definitie
- 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

- 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.

D. Verklaring van begrippen

- **cijfers**
- 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**
- Advies van de Gezondheidsraad Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag.
- 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.
- (bijna) dagelijks gebruik 20 dagen of meer in de laatste maand
- 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 Het drinken van 5 glazen of meer bij één gelegenheid. Binge drinken wordt in verband gebracht met verschillende medische aandoeningen. En het vergroot het risico op ongevallen, onafhankelijk van de totale dagelijkse alcoholconsumptie. 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.
- 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.
- Cluster 3 Cluster 3 is een schooltype binnen het voortgezet speciaal onderwijs. Onder cluster 3 vallen scholen bedoeld voor jongeren met een lichamelijke handicap, een langdurige ziekte en/of een licht verstandelijke beperking (LVB).
- Cluster 4 Cluster 4 is een schooltype binnen het voortgezet speciaal onderwijs. Onder cluster 4 vallen scholen bedoeld voor jongeren met psychische stoornissen en gedragsproblemen.
- Concerta Concerta is de merknaam van een medicijn dat wordt voorgeschreven bij ADHD. De werkzame stof is methylfenidaat.

- **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 Vastgesteld op basis van het geboorteland van de ouders en van de persoon zelf (zie: Nieuwe indeling bevolking naar herkomst | 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.

- **j**
- Justitiële jeugdinrichtingen Jongeren kunnen in een justitiële jeugdinrichtingen (JJI) komen wanneer ze een strafbaar feit hebben gepleegd en de (kinder)rechter hier een straf of maatregel voor oplegt. Jongeren kunnen ook preventief in een JJI worden geplaatst totdat er een uitspraak is gedaan over hun rechtszaak. Het doel van de JJI is het verminderen van recidive door opvoeding en behandeling.

- **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**
- Mediane Mediaan: de middelste waarneming wanneer deze worden gerangschikt van laag naar hoog.
- 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.
- Modafinil Modafinil is een medicijn dat de aandacht verbetert en slaperigheid voorkomt.

- **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.
- Nicotinezakjes Nicotinezakjes bevatten een poeder, nicotine in verschillende hoeveelheden en een toegevoegde smaak. Het zakje is doorlaatbaar voor speeksel en opgeloste stoffen. Het wordt bij gebruik tussen wang en tandvlees geplaatst. In Nederland worden nicotinezakjes ook vaak “snus” genoemd. Dit is onterecht omdat nicotinezakjes in tegenstelling tot snus geen tabak bevatten en het dus een ander product betreft.
- 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.

- Opleidingsniveau Laagopgeleid = basisonderwijs, lbo, mavo, vmbo, mbo niveau 1. Middelbaar opgeleid = mbo niveau 2-4, havo, vwo. Hoogopgeleid = hbo, universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: hoogst gevolgde opleiding. Vanaf 25 jaar: hoogst voltooide opleiding.
- 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.
- Oxazepam Oxazepam is een kalmerend medicijn (benzodiazepine).

- **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)).
- praktijkonderwijs Het praktijkonderwijs is een schoolsoort in het reguliere voortgezet onderwijs. Op deze scholen zitten scholieren die een leerachterstand hebben en beter kunnen leren door praktijkervaring.
- 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.
- Residentiële jeugdzorg De residentiële jeugdzorg (RJZ) is een vorm van jeugdzorg waarbij kinderen en jongeren buiten hun eigen gezin verblijven, bijvoorbeeld in een instelling, gezinshuis of een behandelgroep.
- 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.

- **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.
- Seresta Seresta is de merknaam van het medicijn dat de werkzame stof oxazepam bevat. Oxazepam is een kalmerend medicijn (benzodiazepine).
- Significant Significant betekent dat het heel waarschijnlijk is dat er in de bevolking ook echt een verschil is. De kans dat het verschil per toeval is gevonden, is dan namelijk kleiner dan 5%.
- Snus Nicotinezakjes worden in Nederland meestal snus genoemd. Voor de leesbaarheid doen wij dat hier ook. Het gaat daarbij echter niet om de Zweedse snus die tabak bevat. Zweedse snus is in Nederland verboden.
- 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.
- Standaarddeviatie De standaarddeviatie zegt iets over de spreiding van de data. Het geeft aan hoezeer de geobserveerde waardes afwijken van het gemiddelde. Als de standaarddeviatie klein is, liggen de meeste waardes dicht bij het gemiddelde. Als de standaarddeviatie groot is, zijn de waardes meer verspreid.
- 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.
- Stedelijkheid Gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent. (Zeer) sterk stedelijk = 1.500 of meer adressen. Matig

stedelijk = 1.000-1.500 adressen. Weinig/niet stedelijk = minder dan 1.000 adressen.
- 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).
- Temazepam Temazepam is een kalmerend medicijn (benzodiazepine).
- 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 dat enkele jaren geleden op de markt is gebracht en waarvan het gebruik in de bevolking zeer laag is. Verhitte tabak wordt niet verbrand zoals bij sigaretten, maar verhit door middel van een kleine elektronische warmtestaaf of via inductie.
- 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.
- Voortgezet speciaal onderwijs Het voortgezet speciaal onderwijs (vso) is er voor scholieren die specialistische ondersteuning nodig hebben die het regulier onderwijs niet kan bieden. Het vso bestaat uit verschillende clusters.
- 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.

C. Drugsgebruik in enkele overige EU-lidstaten

Gebruik van cannabis, cocaïne, ecstasy, amfetamine en LSD onder de algemene bevolking[I] van enkele overige lidstaten van de Europese Unie

			Cannabis		Cocaïne		Ecstasy		Amfeta
Lidstaat	Jaar	Leeftijd (jaar)[I]	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Ooit (%)
Tsjechië	2021	15-64	25,9	8,1	1,4	0,2	4,6	0,6	1,8
Estland	2018	16 - 64	24,5	6,6	5,0	1,0	5,4	1,0	6,1
Kroatië	2019	15 - 64	22,9	10,2	4,8	1,8	4,2	1,2	4,6
Slovenië	2018	15 - 64	20,7	5,9	2,7	0,8	2,9	0,5	2,3
Slowakije	2019	15 - 64	17,0	3,8	0,9	0,1	3,1	0,5	0,9
Letland	2020	15 - 64	15,0	3,9	2,7	1,3	1,9	0,7	1,8
Cyprus	2019	15 - 64	14,1	4,0	1,8	0,5	1,2	0,3	0,4
Litouwen	2021	15-64	13,7	4,3	1,8	0,6	1,8	0,4	1,4
Polen	2018	15 - 64	12,1	3,8	0,7	0,3	1,0	0,3	2,4
Bulgarije	2020	15 - 64	8,7	2,4	2,0	0,6	1,3	0,2	2,1
Roemenië	2019	15 - 64	6,1	3,5	1,6	0,5	1,0	0,5	0,2
Hongarije	2019	18 - 64	6,1	1,3	1,7	0,3	2,5	0,6	1,5
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. I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard (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.

F. Verklaring van afkortingen en tekens

- F1. Verklaring van afkortingen
- F2. Verklaring van tekens

F1. Verklaring van afkortingen

- **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
- CBD Cannabidiol (CBD) is een niet-psychoactieve cannabinoïde in cannabis.
- CBN Cannabinol (CBN) is een degradatieproduct van THC. Cannabinol heeft een (zeer) licht psychoactieve werking, veel minder dan THC.
- 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
- EUDA Drugsagentschap van de Europese Unie (voorheen het EMCDDA)
- 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
- FT-IR Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie
- FTIRFourier-Transform-Infraroodspectroscopie

- **g**
- GB-GGZGeneralistische Basis GGZ
- GBAGemeentelijke Basisadministratie
- GBLGamma-butyrolacton
- GC-MS gaschromatografie-massaspectrometrie
- 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 beroepsonderwijs
- 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 Jeugdinrichtingen
- 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
- LC-DAD vloeistofchromatografie (liquid chromatography)
- (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 beroepsonderwijs
- 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-3 Regionaal Expertise Centrum, school voor speciaal onderwijs (leerlingen met een licht verstandelijke beperking).
- REC-4Regionaal Expertise Centrum, school voor speciaal onderwijs (leerlingen met psychische stoornissen en/of gedragsproblemen).
- 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
- RJZ Residentiële jeugdzorg
- 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
- SD Standaarddeviatie. De standaarddeviatie zegt iets over de spreiding van de data. Het geeft aan hoezeer de geobserveerde waardes afwijken van het gemiddelde. Als de standaarddeviatie klein is, liggen de meeste waardes dicht bij het gemiddelde. Als de standaarddeviatie groot is, zijn de waardes meer verspreid.
- 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-b/k Vmbo-basisberoepsgerichte en/of kaderberoepsgerichte leerweg
- Vmbo-g/t Vmbo-gemengde en/of theoretische leerweg
- vmbo-pvoorbereidend middelbaar beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg
- vmbo-tvoorbereidend middelbaar beroepsonderwijs – theoretische leerweg
- VNVerenigde Naties
- VNGVereniging van Nederlandse Gemeenten
- VPNVerslavingspreventie Nederland
- vso Het voortgezet speciaal onderwijs (vso) is er voor scholieren die specialistische ondersteuning nodig hebben die het regulier onderwijs niet kan bieden. Het vso bestaat uit verschillende clusters.
- 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 Datacentrum
- 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

- 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