Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Ministerie van Justitie en Veiligheid

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Nationale Drug Monitor

Jaarbericht 2018

2018

Nationale Drug Monitor

Jaarbericht 2018

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Ministerie van Justitie en Veiligheid

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Redactie
Mw. dr. M.W. van Laar[1]
Mw. dr. B. van Gestel[2]

Co-auteurs
Dhr. dr. A.A.N. Cruts[1]
Mw. dr. P.M. van der Pol[1]
Dhr. drs. A.P.M. Ketelaars[1]
Mw. mr. E.M.T. Beenakkers[2]
Dhr. drs. R.F. Meijer[2]
Mw. dr. E.A. Croes[1]
Mw. C.J.A. van Miltenburg, MSc[1]

Met medewerking van
Dhr. ir. J.J. van Dijk[2]
Dhr. S. Rigter[1]
Dhr. drs. R.Q. Vrolijk[1]

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

Engelse vertaling Summary
BRightWrite text & translation

Ontwerp
Canon Nederland N.V.

Productie
Trimbos-instituut

- *Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF1643*
- *Of surf naar www.wodc.nl.*

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

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

Leden van de Wetenschappelijke Raad van de NDM

Mw. dr. ir. S.W. van den Berg, RIVM
Dhr. dr. P. Blanken, PARC, Brijder
Dhr. dr. P.G.J. Greeven, GGZ Nederland, Novadic-Kentron
Dhr. drs. A.W.M van der Heijden, Openbaar Ministerie
Dhr. prof. dr. R.A. Knibbe, Universiteit Maastricht
Dhr. 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, IVO, Erasmus Universiteit Rotterdam, Universiteit Maastricht
Dhr. prof. dr. A.C.M. Spapens, Tilburg University
Dhr. D.J. Wisselink, Stg. IVZ

Waarnemers

Dhr. mr. drs. J.M.C. Annard, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dhr. V. van Beest MA, Ministerie van Justitie en Veiligheid

Disclaimer

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

© 2018, Trimbos-instituut, Utrecht & WODC, Den Haag. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut of het WODC.

Inhoud

0. Samenvatting/Summary ▶ pagina 005

1. Inleiding ▶ pagina 044

2. Wetgeving en beleid: recente ontwikkelingen ▶ pagina 053

Ontwikkelingen in gebruik: Opiumwetmiddelen, nieuwe psychoactieve stoffen, alcohol, tabak en overige middelen

3. Cannabis ▶ pagina 092

4. Cocaïne ▶ pagina 133

5. Opiaten ▶ pagina 160

6. Ecstasy ▶ pagina 182

7. Amfetamine ▶ pagina 211

8. Nieuwe psychoactieve stoffen ▶ pagina 236

9. GHB ▶ pagina 262

10. Slaap- en kalmeringsmiddelen ▶ pagina 285

11. Alcohol ▶ pagina 305

12. Tabak en rookwaren ▶ pagina 346

13. Overige middelen: lachgas, ketamine en methylfenidaat (Ritalin) ▶ pagina 383

Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

14. Illegale handel, productie en bezit van drugs ▶ pagina 410

15. Criminaliteit en overlast door alcohol- en drugsgebruikers ▶ pagina 442

16. Bijlagen ▶ pagina 454

17. Referenties ▶ pagina 493

Erratum ▶ pagina 545

0. Samenvatting/Summary

Samenvatting

0.1 Ontwikkelingen in wetgeving en beleid	▶ pagina 006
0.2 Ontwikkelingen in het gebruik van Opiumwetmiddelen	▶ pagina 010
0.3 Alcohol en tabak	▶ pagina 017
0.4 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit	▶ pagina 020
0.5 Tabel 1a, deel 1 Kerncijfers middelengebruik: Opiumwetmiddelen	▶ pagina 022
0.6 Tabel 1a, deel 2 Kerncijfers middelengebruik: Alcohol en tabak	▶ pagina 023
0.7 Tabel 1b Kerncijfers drugscriminaliteit: Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen in de periode 2007-2017	▶ pagina 024

Summary

0.1 Developments in legislation and policy	▶ pagina 025
0.2 Developments in the Use of Substances covered by the Opium Act	▶ pagina 029
0.3 Alcohol and tobacco	▶ pagina 036
0.4 Alcohol- and drug-related crime	▶ pagina 039
0.5 Table 1a, Part 1 Key Figures Substance Use: Opium Act Substances	▶ pagina 041
0.6 Table 1a, Part 2 Key Figures Substance Use: Alcohol and Tobacco	▶ pagina 042
0.7 Table 1b Key Figures Drug Crime: Opium Act Offences Submitted to the Criminal Justice System in the Period 2007-2017	▶ pagina 043

0. Samenvatting

Hieronder volgt een beschrijving van de laatste ontwikkelingen uit het Jaarbericht 2018. De tabellen 1a en 1b geven een overzicht van de laatste cijfers over het middelengebruik en de drugscriminaliteit.

0.1 Ontwikkelingen in wetgeving en beleid

Ontwikkelingen in het drugsbeleid

Nieuwe Opiumwetmiddelen

Een aantal middelen is op lijst I van de Opiumwet geplaatst. PVP, acetylfentanyl en 4-FA per 25 mei 2017, en 4-MEC; 5F-APINACA; acryloylfentanyl; butyrfentanyl; ethylon; ethyl-fenidaat; furanylfentanyl; methiopropamine (MPA); MDMB-CHMICA; pentedron; U-47700 en XLR-11 per 27 april 2018. Het middel fenazepam is per 25 mei 2017 op lijst II geplaatst.

Verruiming sluitingsbevoegdheden panden

Het wetsvoorstel tot uitbreiding van artikel 13b Opiumwet (Verruiming sluitingsbevoegdheid) is aanhangig bij de Eerste Kamer. Dit wetsvoorstel regelt dat de bevoegdheid van de burgemeester om woningen of andere panden te sluiten, ook geldt in geval van aanwezigheid van voorwerpen en stoffen die duidelijk bestemd zijn voor het bereiden of telen van drugs, zoals bepaalde apparatuur of chemicaliën. Dan is er sprake van strafbare voorbereidingshandelingen.

Medicinale cannabis

Medicinale cannabis wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar, en dat blijft voorlopig zo, omdat de werking ervan niet wetenschappelijk is bewezen. Wel is de prijs bij de apotheek verlaagd sinds 1 januari 2018. Het thuis kweken van wietplanten voor eigen medicinaal gebruik levert problematische situaties op. Het kweken van maximaal vijf wietplanten wordt niet vervolgd, maar de planten kunnen wel inbeslaggenomen worden. Dit heeft tot rechtszaken geleid. Er zijn plaatselijke initiatieven om ervoor te zorgen dat bewoners voor eigen medisch gebruik maximaal vijf planten mogen kweken. Een dergelijk initiatief is door de burgemeester van Tilburg gehonoreerd. Op Kamervragen gaf de Minister van Justitie en Veiligheid (J en V) aan dat de burgemeester wel de beleidsvrijheid heeft tot het al dan niet inzetten van het bestuurlijk instrumentarium, maar niet om expliciet toestemming te geven voor het handelen in strijd met de Opiumwet of de Aanwijzing Opiumwet.

Experiment gesloten coffeeshopketen

Er komt een experiment met op kwaliteit gecontroleerde teelt van hennep en hasjiesj en de aflevering aan en verkoop daarvan aan coffeeshops in een gesloten coffeeshopketen. Het experiment zal een looptijd hebben van vier jaar. Om spanning met internationale wetgeving te vermijden (handelingen met drugs zijn volgens internationale verdragen strafbaar, met uitzondering van gebruik van middelen voor medische of wetenschappelijke doeleinden), wordt het een beperkt experiment, met een wettelijk gewaarborgde evaluatie met een wetenschappelijk karakter. Een onafhankelijke adviescommissie, bestaande uit wetenschappers en deskundigen heeft in juni 2018 haar advies aan de regering gestuurd. Op 12 juli

2018 is het wetsvoorstel 'Wet experiment gesloten coffeeshopketen' naar de Tweede Kamer gestuurd. De randvoorwaarden van het experiment zullen in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) vastgelegd worden.

Veiligheidsrisico's voor omwonenden van illegale hennepkwekerijen

De Onderzoeksraad voor Veiligheid doet de aanbeveling aan zowel publieke als private partijen om samen te werken en maatregelen te nemen om onveilige situaties te voorkomen rond bedrijfsmatig opgezette hennepkwekerijen, ook al zijn deze illegaal. Uit onderzoek van de Onderzoeksraad is namelijk gebleken dat er grote fysieke veiligheidsrisico's zijn voor omwonenden van bedrijfsmatig opgezette hennepkwekerijen. Gevaren zijn: brand door oververhitting en kortsluiting, instortingsgevaar, aantasting van de gezondheid door water-lekkage en vergiftiging door gassen en pesticiden.

Middelenonderzoek bij geweldplegers

Om geweld onder invloed van alcohol en drugs terug te dringen, hebben opsporingsambtenaren sinds 1 januari 2017 de bevoegdheid om verdachten van geweldsdelicten te bevelen mee te werken aan een test naar het gebruik van alcohol of drugs. Als de middelentesten uitwijzen dat een verdachte het geweldsdelict onder invloed van drank of drugs heeft gepleegd, kan dat nadrukkelijker en systematischer meegewogen worden in de door de Officier van Justitie te vorderen straf en de door de rechter op te leggen straf.

Rijden onder invloed van drugs

De politie heeft sinds 1 juli 2017 de bevoegdheid de speekseltest te gebruiken om rijden onder invloed van drugs vast te kunnen stellen. In een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) zijn grenswaarden vastgelegd voor zowel alcohol als drugs in het bloed. Drie drugs waarvoor grenswaarden gelden worden ook als geneesmiddel voorgeschreven, namelijk medicinale cannabis, morfine en dexamfetamine (dit laatste wordt regelmatig aan mensen met ADHD voorgeschreven). Dit kan problemen opleveren bij verkeerscontroles.

Aan een verkeersveilige en medisch verantwoorde oplossing hiervoor wordt gewerkt, zodat personen die deze geneesmiddelen op medisch voorschrift gebruiken aan het verkeer kunnen deelnemen.
De capaciteit om drugstesten (bloedmonsters) te analyseren wordt uitgebreid, omdat in de praktijk is gebleken dat er veel meer drugstesten (bloedmonsters) naar het NFI werden gestuurd dan verwacht.

Controles op "risicovluchten" (Wijziging Luchtvaartwet)

Op Schiphol zijn er controles op vluchten uit landen van buiten de EU waarbij het risico op drugssmokkel groot is. Het gaat dan met name om door reizigers ("bolletjesslikkers") meegenomen of in het lichaam verborgen drugs. Schiphol is tot nu toe de enige luchthaven die intercontinentale vluchten ontvangt, maar dat kan veranderen. Daarom moeten sinds 1 juli luchthavens die intercontinentale vluchten ontvangen aangewezen worden als luchthaven die dat mag. Schiphol is als zodanig aangewezen. Het is sindsdien strafbaar een intercontinentale vlucht te laten landen op een niet-aangewezen luchthaven.

Bestrijding van drugscriminaliteit in het kader van georganiseerde en ondermijnende criminaliteit

Bij de bestrijding van drugscriminaliteit wordt prioriteit gegeven aan grootschalige en georganiseerde drugsproductie en -handel. Daarbij wordt in toenemende mate aandacht gegeven aan de bestrijding van de 'ondermijnende criminaliteit', dat wil zeggen criminaliteit die een bedreiging vormt voor de integriteit van onze samenleving en waarbij vaak verwevenheid van de onderwereld met de bovenwereld is. Ten behoeve van de intensivering van de aanpak van dit soort criminaliteit is een ondermijningsfonds opgezet waarin eenmalig 100 miljoen euro is gestort. Vanaf 2018 komt er structureel 5 miljoen euro beschikbaar, oplopend tot 10 miljoen vanaf 2019. Het zwaartepunt ligt daarbij op de bestrijding van de illegale drugsindustrie, en de verwevenheid met legale sectoren.

Problematiek van Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)
De problematiek van Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) heeft de aandacht van de regering. Wellicht moet er een systematiek komen die het mogelijk maakt stoffen per groep te kunnen verbieden, zoals dat in België en Duitsland het geval is. Aandacht is er ook voor precursoren, niet geregistreerde stoffen die uitsluitend voor drugsproductie worden gebruikt.

Drugsdumpingen bestreden
Bestrijding van drugsdumpingen krijgt in 2016 en 2017 voortgezette aandacht. Er zal een plan van aanpak worden opgesteld door de Minister van J en V, en die van Landbouw, Natuur en voedselkwaliteit om toezicht en handhaving op onder andere dumping van drugsafval in het buitengebied te verbeteren.

Ontwikkelingen in het tabaksbeleid

Het kabinet Rutte III (2017- 2021) maakt via het Nationaal Preventieakkoord extra geld vrij voor tabaksontmoediging en preventie van problematisch alcoholgebruik.

Tabaksproductenrichtlijn
In aanvulling op de invoering van de Europese Tabaksproductenrichtlijn (TPD) per 20 mei 2016, geldt er vanaf 1 juli 2017 ook voor elektronische sigaretten zonder nicotine een leeftijdsgrens van 18 jaar en een reclameverbod. Nieuw is dat de verpakkingen van tabaksproducten vrij moeten zijn van elementen die aantrekkelijk voor jongeren kunnen zijn. Per 1 juli 2018 zijn producenten van nieuwsoortige tabaksproducten verplicht een exemplaar van het betreffende product naar het RIVM te sturen.

Uitstalverbod
Per januari 2017 is het uitstalverbod in de Tabaks- en rookwarenwet opgenomen. Dit betekent dat alle rookwaren uit het zicht moeten verdwijnen. Er wordt naar gestreefd dit uitstalverbod per 1 januari 2020 te laten gelden voor supermarkten en voor de overige verkooppunten.

Handhaving rookverbod en leeftijdsgrens
Het rookverbod wordt voornamelijk in cafés en discotheken overtreden, maar het aantal overtredingen neemt af. Alle rookruimtes worden op termijn afgeschaft. Overtredingen van de leeftijdsgrens zijn voornamelijk bij cafetaria's en sigarettenautomaten geconstateerd.

NIX18
In 2017 maakte ruim de helft van de ouders (56%) de NIX-afspraak om niet te roken, tegen 43% in 2013. Steeds meer jongeren vinden roken onacceptabel: 38% in 2013 tegenover 53% in 2017.

Rookvrije generatie
Vanaf februari 2017 voert de Rijksoverheid de publiekscampagne 'een rookvrije start voor alle kinderen'. In 2017 heeft de Taskforce Rookvrije Start het addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen' gepubliceerd. Voor gemeentes is een stappenplan ontwikkeld om ontmoediging van tabaksgebruik op een positieve manier op de agenda te zetten.

Internationaal
Het WHO Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products (FCTC-Protocol) treedt per oktober 2018 in werking. Dit is het eerste verdrag dat de internationale smokkel van tabaksproducten wil bestrijden.

Ontwikkelingen in het alcoholbeleid

Nalevingsonderzoek
Uit het nalevingsonderzoek naar alcohol- en tabaksverkoop aan jongeren uit 2016 bleek dat de nalevingspercentages in sportkantines beduidend lager waren dan bij de andere verkoopkanalen. Daarom is er in 2017 een apart nalevingsonderzoek gedaan bij sportkantines. De nalevingspercentages van de onderzochte sportkantines variëren van 17,9% tot 25,3%.

Mengvormen van horeca en retail ('blurring')
De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) wil de DHW aanpassen om 'blurring' –het vermengen van de eigen branche met een andere- mogelijk te maken. In de Tweede Kamer is door een kamerlid het *Wetsvoorstel regulering mengformules* ingediend, waardoor gereguleerde mengformules mogelijk moeten worden.

Alcoholmarketing
Uit onderzoek blijkt dat er overtuigend wetenschappelijk bewijs is dat er een positief verband is tussen blootstelling aan alcoholmarketing en een verhoogde kans op initiatie van alcoholgebruik of binge drinken. Volwassenen zeggen met name op televisie, op websites en in folders in aanraking te komen met alcoholmarketing; 12-17-jarigen zeggen in supermarkten en op sociale media in aanraking te komen met alcoholmarketing.

NIX18
In 2017 zijn bijna alle ouders (98%) en jongeren (97%) bekend met het logo en de slogan van NIX18. De helft van de ouders vindt het in principe niet acceptabel als hun kind alcohol drinkt, maar een keertje vinden ze niet erg.

Internationaal
In juni 2018 bracht de WHO het advies 'Time to Deliver' uit over de mogelijkheden die landen hebben om op korte termijn actie te ondernemen tegen enkele belangrijke niet-overdraagbare aandoeningen en de daarmee samenhangende risicofactoren zoals roken en schadelijk alcoholgebruik.

In juli 2017 heeft het regionale Europese bureau van de WHO een discussienota gepubliceerd over de etikettering van alcoholhoudende dranken. In mei 2018 kwam de Europese Commissie met een voorstel om de structuur van de accijnzen op alcohol en alcoholhoudende dranken te hervormen.

Beleidsontwikkelingen op het gebied van preventie

In de periode 2017-2018 heeft het kabinet besloten dat er extra geld wordt vrijgemaakt voor de preventie van roken en problematisch alcoholgebruik via het Nationaal Preventieakkoord. Het bestaande Nationaal Programma Preventie (NPP) loopt door, evenals het preventiebeleid met betrekking tot uitgaansdrugs dat in 2015 een nieuwe impuls heeft gekregen. De publiekscampagnes (zoals NIX<18) richten zich de laatste jaren niet alleen op het benadrukken van de mogelijk negatieve gevolgen van het gebruik van tabak, alcohol en drugs, maar ook op denormalisering.

In 2018 is de Strategische Verkenning Cannabispreventie verschenen. Daarin wordt een samenvatting gegeven van de stand van zaken met betrekking tot cannabispreventie in Nederland en worden er aanbevelingen gedaan voor de toekomst.

Beleidsontwikkelingen op het gebied van verslavingszorg (onderdeel van de GGZ)

De Wet langdurige zorg (Wlz) is nog niet toegankelijk voor GGZ-cliënten. Het kabinet Rutte III heeft in 2018 een wetsvoorstel ingediend om de Wlz per 2021 ook toegankelijk te maken voor mensen met een psychische stoornis die hun leven lang intensieve GGZ-hulp nodig hebben.

In juli 2018 is het Onderhandelingsakkoord Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022 tussen de rijksoverheid (VWS), de zorgverzekeraars, GGZ Nederland, en beroeps- en cliëntenorganisaties afgesloten. Alle partijen gaan zich inspannen om de gewenste transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek vorm te geven.

In 2017 is Verslavingskunde Nederland (VKN) opgericht, een netwerk waarin instellingen voor verslavingszorg, cliëntenvertegenwoordigers, kenniscentra (Resultaten Scoren en Trimbos-instituut) en de brancheorganisatie GGZ Nederland samenwerken om het behandelbereik van de verslavingskunde te vergroten.

In het voorjaar van 2016 is besloten dat er in 2019 een volledig nieuwe productstructuur en bekostigingssystematiek voor de GGZ zal worden ingevoerd: het zorgclustermodel. In een advies van het Zorginstituut Nederland staat dat in de nieuwe systematiek de aard en de omvang van de psychische problemen van de cliënt centraal staan en niet de classificatie.

In 2018 is de eerste tussenevaluatie van de hervorming van de langdurige zorg door het Sociaal en Cultureel Planbureau verschenen. Acht op de tien gemeenten hebben brede sociale (wijk)teams opgericht waarbij mensen met alle ondersteuningsvragen terecht kunnen. Mensen met ernstige psychische aandoeningen, waar onder cliënten van beschermd wonen, zijn in 2016 minder tevreden over de ontvangen hulp dan in 2015.

In de periode 2012-2016 is bijna 20% aan klinische plaatsen afgebouwd. Anno 2016 telt Nederland in totaal circa 16.000 klinische GGZ-plaatsen en circa 16.500 Wmo-gefinancierde Beschermd Wonen-plaatsen voor mensen met psychische aandoeningen.

0.2 Ontwikkelingen in het gebruik van Opiumwetmiddelen

Cannabis

Ruim een kwart van de jongvolwassenen heeft in het afgelopen jaar geblowd

In 2017 hadden naar schatting 960 duizend Nederlanders van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar cannabis gebruikt (7,2% van deze leeftijdsgroep). Onder 18-19-jarigen en 20-24-jarigen is het laatste-jaar-gebruik het hoogst (23,5% en 25,9%). In (zeer) sterk stedelijke gebieden ligt het percentage gebruikers drie keer hoger dan in weinig/niet stedelijke gebieden. Het laatste-maand-gebruik ligt op 4,5%. Bijna een kwart (22,7%) van de volwassen laatste-maand-gebruikers blowt (bijna) dagelijks. Dat zijn 140.000 volwassenen.

Tussen 2016 en 2017 bleef het gebruik stabiel, maar onder 15-64-jarigen is het gebruik hoger dan in 2014. Voor de 15-34-jarige Nederlanders ligt het percentage laatste-jaar-gebruikers op 17,5%, boven het EU-gemiddelde van 14,1%.

Gebruik cannabis onder scholieren stabiel tussen 2015 en 2017, maar gedaald over langere termijn

Het percentage Nederlandse scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar dat in het afgelopen jaar cannabis heeft gebruikt, daalde van 13,1% in 2003 naar 8,2% in 2015. In 2017 bleef het gebruik op dit niveau (7,9%). Het percentage scholieren dat op zeer jonge leeftijd (14 jaar) al ervaring heeft met cannabis halveerde van 18,8% in 2003 naar 6,8% in 2017. Jongeren op het vmbo-b hebben vaker ervaring met cannabis dan jongeren van andere schoolniveaus (evenals voor ecstasy en lachgas).

Onder studenten van het MBO en HBO had in 2017 15% in de afgelopen maand cannabis gebruikt, en ruim een kwart (27%) van hen had in de afgelopen maand onder schooltijd geblowd.

Het cannabisgebruik onder Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar lag in 2015, ondanks de daling, boven het gemiddelde van hun leeftijdsgenoten in 34 Europese landen (ooitgebruik 22% in Nederland versus 16% in Europa; laatste-jaar-gebruik 20% in Nederland versus 13% in Europa).

Stabilisering hulpvraag cannabis tussen 2010 en 2015

Na een gestage toename sinds eind jaren negentig, is vanaf 2010 het aantal cannabiscliënten bij de verslavingszorg gestabiliseerd. In 2015 stonden 10.816 mensen met een primair cannabisprobleem geregistreerd. Ook het aantal cliënten met een secundair cannabisprobleem stabiliseert. In 2015 ging het om 4.501 mensen.

Geleidelijke stijging THC-gehalte nederwiet; hoogste THC-gehalte in geïmporteerde hasj

Het gemiddelde gehalte THC in nederwiet, zowel de meest verkochte als de (veronderstelde) meest sterke) bleef in 2018 op hetzelfde niveau als in 2017, maar stijgt wel geleidelijk in de afgelopen jaren. Voor de meest verkochte (populaire) nederwiet werd een toename gemeten van gemiddeld 13,5% in 2013 naar gemiddeld 16,8% in 2018. In de meest sterke wietsoort ging het om een toename van 15,3% in 2014 naar 19,5% in 2017.

Het gemiddelde THC-gehalte in geïmporteerde hasj schommelt door de jaren heen meer dan dat van nederwiet, maar is sinds 2014 wel gestegen. In 2018 werd de hoogste gemiddelde waarde sinds 1999 gemeten (23,5% versus 14,9% in 2014). In tegenstelling tot nederwiet bevat (geïmporteerde) hasj ook aanzienlijke hoeveelheden cannabidiol (CBD): 8,5% in 2018.

De gemiddelde prijs van een gram van de meest populaire nederwiet (€10,09 per gram) verschilde niet van die in de vorige meting (€10,10), maar is sinds 2006 gestegen; dit geldt ook voor de prijs per gram van de veronderstelde sterkste wiet.

Cocaïne

Signalen toename cocaïnegebruik

In 2017 had naar schatting 1,8% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt. Omgerekend naar de hele bevolking ging het (afgerond op tienduizendtallen) om ongeveer 250 duizend personen. Het percentage dat ooit cocaïne had gebruikt steeg van 4,3% in 2015 naar 5,2% in 2017.

Onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs daalde tussen 2003 en 2015 het percentage dat in het afgelopen jaar cocaïne had gebruikt van 1,5% naar 0,9%.

Cocaïnegebruik, vooral in de snuifbare poedervorm, komt relatief veel voor onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Er zijn signalen voor een toename van de populariteit van cocaïne, in bepaalde kringen uitgaanders. Volgens de Amsterdamse Antenne-monitor gaat het met name om clubgangers. In een landelijke survey in 2016 onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar had 25% in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt en 12% deed dit nog in de afgelopen maand.

De rookbare variant van cocaïne ('crack') komt veel voor onder opiaatverslaafden, maar de harddrugsscene kent ook crackgebruikers die geen opiaten consumeren. Er is geen landelijke schatting van het aantal crackgebruikers.

Geleidelijke daling cocaïnehulpvraag bij de verslavingszorg

Tussen 2006 en 2015 daalde het aantal primaire cocaïnecliënten in de verslavingszorg van 8.736 naar 7.295 cliënten en daalde het aantal secundaire cocaïnecliënten van 7.488 naar 6.138 cliënten. Voor bijna de helft (45%) van de cliënten met een primair cocaïneprobleem was roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor iets meer dan de helft (54%) snuiven. Slechts 1% injecteerde de cocaïne.

Stijging geregistreerde sterfte door cocaïne

De geregistreerde sterfte door cocaïne verdubbelde van 24 gevallen in 2013 en 2014 naar 55 gevallen in 2017. Het is nog onbekend of het hier gaat om een daadwerkelijke stijging of om wijzigingen in de detectie en de registratie. Een op de vijf geregistreerde sterftegevallen na een drugsintoxicatie in 2017 was primair toe te schrijven aan cocaïne.

Cocaïne minder vaak versneden met levamisol

De meeste cocaïnepoeders zijn versneden met andere stoffen. In 2016 en 2017 deed zich wel een opvallende daling voor in het aandeel cocaïnepoeders van consumenten dat levamisol (een antiwormenmiddel voor dieren) bevat. Het percentage cocaïnepoeders met levamisol daalde van 71% in 2015 naar 58% in 2016 en daalde verder naar 43% in 2017. Gebruik van levamisol door mensen is in verband gebracht met gevallen van ernstige bloed- en huidziekten. Ondanks de versnijdingen is de zuiverheid van de cocaïne hoog. De zuiverheid is daarbij het gehalte van cocaïne in de cocaïnepoeders. Het gemiddelde gehalte cocaïne steeg van 49,2% in 2011 naar 68,3% in 2017. De cocaïne is daarmee zeer zuiver, ook vergeleken met andere Europese landen. De consumentenprijs van cocaïne is stabiel gebleven. De mediaan (een maat voor het gemiddelde) lag van 2008 tot en met 2017 op 50 euro per gram cocaïne. Mogelijk duiden deze ontwikkelingen in de prijs en zuiverheid op een toename van de beschikbaarheid van cocaïne op de gebruikersmarkt.

Opiaten

Gestage daling aantal opiaatgebruikers in de verslavingszorg; toenemende veroudering

In de algemene bevolking komt heroïnegebruik weinig voor. In 2017 rapporteerde 0,3% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit in het leven heroïne te hebben gebruikt. Heroïne is ook niet populair onder jongeren.

Problematische gebruikers van heroïne (en andere harddrugs) zijn in bevolkingsonderzoek echter ondervertegenwoordigd. De omvang van deze problematische groep werd in 2012 via een andere methode dan bevolkingsonderzoek geschat op circa 14.000. Dat is minder dan de schatting van ongeveer 18.000 problematische opiaatgebruikers uit 2008. De ontwikkeling na 2012 is niet bekend, maar er zijn geen signalen voor een toename van nieuwe gebruikers. Bovendien duiden cijfers van de verslavingszorg op een verdere daling.

Het aantal opiaatcliënten bij de verslavingszorg daalde tussen 2006 en 2015 met 32% naar 9.093 cliënten. De groep opiaatcliënten veroudert: de gemiddelde leeftijd steeg van 42 jaar in 2006 naar 48 jaar in 2015. In 2015 was nog maar 4% van de opiaatcliënten jonger dan 30 jaar.

Geringe aanwas nieuwe gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers

Het aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers is al jaren laag. Het aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-gevallen onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners (0,0 in 2014) behoort tot de laagste in de EU-15. In 2017 werden slechts twee nieuwe gevallen geregistreerd. Het aantal bestaande besmettingen met hepatitis C in Nederland, in steden die

daar gegevens over hebben, is echter hoog. Hiv-positieve en hiv-negatieve drugsgebruikers samen (meer dan 3.400 gevallen) vormen 15% van alle chronische hepatitis C patiënten. Ook bij drugsgebruikers is een behandeling van hepatitis C met Direct Acting Antivirals (DAAs) zeer kosteneffectief.

Stijging geregistreerde sterfte door opiaten en door drugs in het algemeen

De geregistreerde sterfte door drugs in het algemeen steeg van 123 gevallen in 2014 naar 262 gevallen in 2017. De geregistreerde sterfte door opiaten steeg van 40 gevallen in 2014 naar 127 gevallen in 2017. Het aandeel van de opiaten steeg van rond de 30% in 2014 tot en met 2016 naar bijna 50% in 2017. Waarschijnlijk is het feitelijke aandeel van de opiaten hoger, aangezien zich onder de overige drugs ook opiaten zullen bevinden. De leeftijd bij overlijden neemt toe. Begin jaren negentig was nog 60% van de overleden opiaatgebruikers jonger dan 35 jaar, vergeleken met nog maar 17% in de periode van 2013 tot en met 2017.

Het is nog onbekend of het bij de stijgende aantallen gaat om een daadwerkelijke stijging, of om veranderingen in de detectie en de registratie van aan middelengebruik gerelateerde sterfgevallen. Factoren die een rol kunnen spelen voor een feitelijke stijging zijn onder meer de veroudering van de drugsgebruikers en een toename in het gebruik van medicinale opioïden zoals oxycodon en fentanyl. Daarentegen kan een detectie-effect zijn opgetreden door het verrichten van meer toxicologisch onderzoek, en kan een registratie-effect zijn opgetreden door het aanleveren van meer informatie op de elektronische doodsoorzakenformulieren.

Ecstasy

Percentage ecstasygebruikers relatief hoog

In 2017 had 2,7% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar ecstasy gebruikt. Omgerekend naar de bevolking zijn dat ongeveer 370 duizend personen. Het ecstasygebruik in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder ligt sinds 2015 ongeveer op hetzelfde niveau. In eerdere jaren (tussen 2014 en 2015 en tussen 2009 en 2014) steeg het gebruik wel.

Ecstasy is onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO de meest gebruikte harddrug: in 2017 heeft 8,4% ooit ecstasy gebruikt en dat is vergelijkbaar met 2015. In het uitgaansleven is ecstasy nog steeds veruit de belangrijkste drug.

Nederland steekt (ver) uit boven andere Europese landen in het percentage volwassenen dat het afgelopen jaar ecstasy gebruikte en behoort tot de top van Europese landen waar de inwoners ooit ervaring had met ecstasygebruik.

Hulpvraag ecstasygebruikers bij de verslavingszorg blijft beperkt

Ecstasygebruikers zoeken niet vaak hulp bij de verslavingszorg. Het aandeel ecstasycliënten van alle drugscliënten in de verslavingszorg is al jaren gering (minder dan 1%). In 2015 stonden 122 mensen met een primair ecstasyprobleem geregistreerd en 359 mensen met een secundair ecstasyprobleem.

Toename aandeel sterke ecstasypillen zet zich voort

In 2017 is de gemiddelde concentratie MDMA in ecstasypillen opnieuw gestegen en dit valt samen met steeds groter wordende tabletten. Tussen 2016 en 2017 steeg de gemiddelde concentratie MDMA van 157 mg naar 167 mg. Ook het percentage als ecstasy gekochte tabletten dat alleen MDMA-achtige stoffen bevatte steeg, namelijk van 78,1% in 2016 naar 87,6% in 2017.

De toename in het aandeel hoog gedoseerde pillen ging een aantal jaren gepaard met een toename van het aandeel matige en ernstige acute gezondheidsverstoringen, vooral op grootschalige evenementen. Die toename heeft zich echter in recente jaren niet voortgezet. Zowel het aandeel ecstasyintoxicaties als de mate van intoxicatie nam op EHBO-posten in 2017 af ten opzichte van voorgaande jaren. Mogelijk zijn ecstasygebruikers zich inmiddels bewust van de veranderde ecstasymarkt. Het lijkt erop dat 4-fluoramfetamine een deel van de ecstasymarkt heeft overgenomen.

Psychostimulantia, zoals ecstasy, lijken een ondergeschikte rol te spelen in de drugsgerelateerde sterfte, hoewel het precieze aantal sterfgevallen dat door deze middelen wordt veroorzaakt onbekend is. Volgens gegevens van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) werd MDMA in acht gevallen aangetroffen in 2015 en in vijf gevallen in 2016. Over een langere periode bezien (2006-2015), ging het in totaal om 47 gevallen waarbij gebruik van MDMA, al dan niet in combinatie met andere middelen, de primaire doodsoorzaak was. In de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS verdubbelde het aantal registraties waarin psychostimulantia een rol speelden van 14 in 2015 naar 28 in 2016, maar in 2017 vond er weer een daling plaats naar zes gevallen. Het kan daarbij gaan om ecstasy, amfetamine, en andere psychostimulantia. Bij de stijging tussen 2015 en 2016 is nog onbekend of het om een daadwerkelijke stijging ging of om veranderingen in de detectie en de registratie. Ook voor de daling in 2017 is nog onbekend of het om een daadwerkelijke daling ging of om veranderingen in de detectie en de registratie.

Amfetamine

Amfetaminegebruik in Nederland hoog

In 2017 rapporteerde 1,4% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar amfetamine te hebben gebruikt, ongeveer 190 duizend volwassenen. In de afgelopen maand had 0,5% nog amfetamine gebruikt. Er zijn signalen dat de populariteit van amfetamine in het uitgaansleven toeneemt, althans in Amsterdam.

Tussen 2003 en 2015 daalde het percentage scholieren van 12-16 jaar dat in het afgelopen jaar amfetamine had gebruikt van 1,4% naar 0,9%. Het gebruik in de afgelopen maand lag op 0,6%. Internationaal vergeleken ligt het ooitgebruik van amfetamine onder Nederlandse 15- en 16-jarigen in de middenmoot. Onder de volwassen populatie en onder jongvolwassenen hoort Nederland bij de top van de Europese landen waar de inwoners ooit en in het afgelopen jaar amfetamine gebruikten.

Signalen voor toename methamfetaminegebruik in subgroep MSM

Hoewel het gebruik van methamfetamine (een sterke variant van amfetamine) in Nederland een niche-aangelegenheid is, zijn er signalen voor een toename van het gebruik van dit middel in een kleine groep van mannen die seks hebben met mannen (MSM), in een seksuele setting (chemsex). Soms wordt het middel geïnjecteerd ('slammen'). Het gevaar van seksueel risicogedrag en overdracht van infectieziekten neemt hiermee toe. Landelijke cijfers over de omvang zijn niet beschikbaar.

Hulpvraag amfetamine gestegen in het afgelopen decennium

In 2015 werden ruim 2.500 mensen in de verslavingszorg behandeld vanwege een primair of secundair probleem met hun amfetaminegebruik. Het aantal mensen dat primair voor een amfetamineprobleem werd behandeld steeg tussen 2006 en 2014 met 67% en nam in 2015 niet verder toe. Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef echter beperkt, ondanks een stijging van 4% in 2005 naar 6% in 2015.

Amfetamine speelt ondergeschikte rol bij acute drugsincidenten

Over de periode 2009-2017 is 8% van de in totaal 33.539 geregistreerde drugsincidenten toe te schrijven aan amfetamine, of een combinatie van drugs, waaronder amfetamine. Dit aandeel schommelt licht over de jaren maar vertoont geen duidelijke trend.

Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)

'Nieuwe Psychoactieve Stoffen' (NPS) is een verzamelnaam voor stoffen die qua werking vergelijkbaar zijn met 'traditionele' illegale drugs, maar (nog) niet onder de drugswetgeving vallen en vaak worden geproduceerd om deze te omzeilen. Van de meeste NPS is nog weinig bekend over de risico's. Het gaat ook om stoffen die – vaak na enkele jaren afwezigheid – opnieuw op de drugsmarkt verschijnen.

4-FA en 2C-B de meest gebruikte NPS

Uit diverse onderzoeken blijken de middelen 4-fluoramfetamine (4-FA) en 2C-B (een 'tripmiddel' dat al sinds 1997 op lijst I van de Opiumwet staat, maar weer in opkomst lijkt te zijn) de meest gebruikte NPS. In 2016 had 0,9% van de volwassenen in Nederland in het afgelopen jaar 4-FA gebruikt (vergelijkbaar met amfetamine, maar lager dan cocaïne en ecstasy), maar onder speciale groepen zoals uitgaande jongeren is dit hoger (24,5%) in het laatste jaar. Bijna 1 op de 10 (9,5%) van deze uitgaanders gebruikte 2C-B in het afgelopen jaar. Onder schoolgaande jongeren van 15-16 jaar rapporteert 2% in 2015 ooit een NPS gebruikt te hebben; dit is onder het Europees gemiddelde in 34 landen (4%). Onder studenten van het MBO en HBO lag het percentage ooitgebruikers van 4-FA en 2C-B in 2017 vier keer lager dan voor ecstasy en twee keer lager dan voor amfetamine.

4-FA op zijn retour

Er zijn signalen voor een daling in het gebruik van 4-FA sinds waarschuwingen voor de risico's eind 2016 en plaatsing op lijst I van de Opiumwet op 25 mei 2017: een daling in het aantal als 4-FA ingeleverde samples bij het DIMS en een afname in het aantal gezondheidsincidenten geregistreerd bij het MDI. Daarnaast blijkt uit een dieptestudie naar 4-FA dat een kwart van de gebruikers was gestopt en dat een vijfde minder was gaan gebruiken, onder meer na de waarschuwing.

Minder NPS ingeleverd bij het DIMS

In 2017 deed zich een daling voor in het aantal NPS dat werd ingeleverd bij het DIMS. Die daling werd vooral door 4-FA veroorzaakt. Het aantal aangeleverde 4-FA monsters nam af na waarschuwingen voor de risico's en na het plaatsen op lijst I van de Opiumwet.

Incidenten met NPS beperkt, en voor 4-FA gedaald

De Monitor Drugsincidenten ziet, behalve voor 4-FA, weinig incidenten met NPS. Het aandeel van 4-FA-incidenten nam fors toe tussen 2012 en de eerste helft van 2017, en halveerde in de tweede helft van 2017, na het verbod. Bij een groot deel van de geregistreerde incidenten was naast 4-FA ook een andere drug gebruikt, meestal ecstasy.

NPS: een dynamische markt

6-APB wordt de afgelopen jaren met enige regelmaat bij het DIMS aangeleverd. In 2017 waren er 64 monsters, in verschillende verschijningsvormen, die 6-APB (en meestal ook 5-APB) bevatten. Ook 3-MMC werd in 2017 relatief vaak aangetroffen, 54 keer. Vaak is 3-MMC ook de drug of choice (33%), maar soms een vervangende stof in mefedron (13%) of ecstasy (15%). De Amsterdamse Antenne-monitor signaleert een toenemend gebruik in sommige netwerken, mogelijk ter vervanging van 4-FA. De nieuwe zeer potente (nieuwe) synthetische opioïden (met name fentanyl-achtigen) die in de VS en Canada voor veel slachtoffers zorgen, komen in Nederland slechts incidenteel op de gebruikersmarkt voor. Dat geldt ook voor synthetische cannabinoïden.

GHB

GHB kent uiteenlopende gebruikersgroepen

Het gebruik van gammahydroxyboterzuur (GHB) komt in de algemene bevolking en onder scholieren van het reguliere onderwijs naar verhouding weinig voor. In 2017 had 0,4% van de bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar GHB gebruikt, naar schatting 50 duizend mensen. Het gebruik in de afgelopen maand lag op 0,1%, een lager percentage dan voor ecstasy (0,8%), cocaïne (0,6%) en amfetamine (0,5%). GHB-gebruik komt weinig onder jongeren voor. Van de 12-16-jarige scholieren in het voortgezet onderwijs had 0,4% in 2015 ooit in het leven GHB gebruikt.

GHB wordt relatief vaak door uitgaande jongeren en jongvolwassenen gebruikt. Volgens een landelijke survey uit 2016 had 14% van de uitgaanders van 15-35 jaar ervaring met GHB of GBL, gamma-

butyrolacton, een van de ingrediënten van GHB. In Amsterdam wordt gesignaleerd dat het imago van GHB negatiever wordt, onder andere vanwege onderlinge kritiek op 'out gaan' en bewustwording over het verslavingsrisico, al blijft het middel een vaste plek in het uitgaansleven innemen. Wel hebben sommige clubs inmiddels een zerotolerance ingevoerd voor GHB.
Ook buiten het uitgaansleven wordt GHB gebruikt. Het wordt onder andere gebruikt door kwetsbare groepen, zoals hangjongeren en 'thuisgebruikers' die het middel samen met vrienden en kennissen in de context van 'huisfeesten' nemen, of die GHB alleen gebruiken, zodra het gebruik niet (langer) een sociale aangelegenheid is. Binnen Nederland bestaan er regionale verschillen in de prevalentie van (problematisch) gebruik, de hulpvraag en gezondheidsincidenten.

Hulpvraag GHB gering en niet verder toegenomen, maar terugval is groot
Frequent, vooral dagelijks, gebruik van GHB kan tot afhankelijkheid leiden, en bij abrupte stopzetting tot heftige en zelfs levensbedreigende onthoudingsverschijnselen. Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een primair GHB-probleem steeg van 60 cliënten in 2007 naar 837 cliënten in 2015. De meeste cliënten (78%) waren bekenden bij de verslavingszorg en stonden al eerder ingeschreven. De terugval na behandeling is groot. Binnen drie maanden na detoxificatie is 70% weer in behandeling.

Acute GHB-incidenten vaak ernstig
GHB is lastig te doseren en het risico op een overdosering is groot. Gezien de beperkte omvang van het GHB-gebruik in de bevolking, is het aantal incidenten met GHB groot. Opvallend is ook het relatief grote aandeel patiënten met een ernstige intoxicatie na GHB-gebruik. Met name de patiënten die worden behandeld door de ambulances en op de SEH's, zijn zwaar onder invloed, slechts 12% bij de ambulances en 15% op de SEH's is nog goed aanspreekbaar. Opvallend is de toename van het aandeel van matige en ernstige GHB-intoxicaties op de EHBO-posten van 34% in 2009 naar 73% in 2015. Dit aandeel daalde weer naar 65% in 2017.

Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is. In 2017 stond GHB in totaal negen keer vermeld op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS. Onbekend is echter of GHB bij deze gevallen de oorzaak was van het overlijden of een bijdragende factor. In 2016 registreerde het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) in totaal vijf gevallen waarin GHB een rol had gespeeld bij het overlijden.

GHB is goedkoop
Consumenten betaalden in 2017 doorgaans circa 35-50 euro voor een kwart liter GHB. GBL (gamma-butyrolacton, één van de ingrediënten van GHB) is in pure vorm nog sterker dan GHB. De risico's van GBL worden vergelijkbaar geacht met de risico's van GHB, maar 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.

Slaap- en kalmeringsmiddelen

Gebruik benzodiazepinen gedaald
Niet alleen alcohol en drugs kunnen tot misbruik en verslaving leiden, maar ook aan slaap- en kalmeringsmiddelen is bij chronisch gebruik dit risico verbonden. Het merendeel van de slaap- en kalmeringsmiddelen behoort tot de groep van de benzodiazepinen. In 2016 had 10,5% van de bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, meer vrouwen dan mannen, namelijk 13,4% van de vrouwen en 7,5% van de mannen. In het afgelopen jaar had 3,2% (ook) zonder recept van de dokter gebruikt, 3,7% van de vrouwen en 2,8% van de mannen.

Gegevens van verstrekkingen van benzodiazepinen van openbare apotheken wijzen op een daling in het gebruik na de inperking van de vergoeding van benzodiazepinen uit het basispakket in 2009. Het aantal

verstrekte standaard dagdoseringen daalde in 2009 met 15% (vergeleken met 2008). Tussen 2016 en 2017 vond er nog een daling plaats met bijna 2%.

Hulpvraag voor slaap- en kalmeringsmiddelen blijft beperkt
In de verslavingszorg bleef het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca tussen 2006 en 2015 beperkt (jaarlijks 2% van alle drugscliënten). Het aantal primaire en secundaire cliënten samengenomen daalde met 33% van 2.066 cliënten in 2006 naar 1.384 cliënten in 2015.

Sterfte door overdoseringen slaap- en kalmeringsmiddelen vaak suïcide
In 2017 werden 100 sterfgevallen door overdosering van dergelijke medicijnen geregistreerd, waarvan 26 gevallen door benzodiazepinen, acht gevallen door (andere) sedativa en 66 gevallen door barbituraten. Meestal ging het in deze gevallen om suïcide. Van 2008 tot en met 2012 was het verloop over de tijd grillig, zonder duidelijke trend. Tussen 2013 en 2016 verdubbelde het aantal barbituratengevallen echter van 31 naar 64, om in 2017 te stabiliseren op 66 gevallen. Ook hierbij is het nog onbekend of het bij de stijgende aantallen gaat om een daadwerkelijke stijging of om veranderingen in de detectie en de registratie.

0.3 Alcohol en tabak

Alcohol

Meerderheid volwassenen voldoet niet aan de norm van de Gezondheidsraad
Acht op de tien Nederlanders van 18 jaar en ouder drinkt wel eens alcohol en pas boven 75 jaar neemt dat aandeel af. Deze cijfers zijn al jaren stabiel. De Richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad adviseert om geen alcohol te drinken, of in ieder geval niet meer dan één glas per dag. In 2017 voldeed 40% van de volwassen Nederlanders aan die norm; vrouwen vaker dan mannen. De inwoners van Flevoland, Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid houden zich het vaakst aan de Richtlijn; in Brabant-Zuidoost en Hollands-Noorden wordt de norm uit de Richtlijn het minst vaak gevolgd.

Niet langer een daling in alcoholgebruik onder jongeren
De daling die zich tussen 2011 en 2015 voordeed in het alcoholgebruik onder scholieren van 12-16 jaar van het reguliere voortgezet onderwijs, zette zich niet voort in 2017. In dat jaar dronk een kwart van de scholieren in het regulier voortgezet onderwijs alcohol in de afgelopen maand. Ook het percentage binge drinkers onder de jongeren die de afgelopen maand gedronken hadden was in 2017 (71%) vergelijkbaar met 2015 (70%). Vergeleken met eerdere jaren is er wel sprake van een forse afname in het binge drinken onder scholieren. Alcoholgebruik neemt toe naarmate het schoolniveau lager is.
Van de MBO- en HBO-studenten van 16-18 jaar heeft 85% ooit alcohol gedronken en bijna driekwart dronk in de afgelopen maand. Van de studenten van 16-18 jaar die alcohol drinken, heeft één op de vijf meer dan 10 glazen op een weekenddag gedronken: jongens twee keer zo vaak als meisjes.
De naleving van de leeftijdsgrens bij de verkoop van alcohol is in 2017 licht verslechterd ten opzichte van 2016. De meerderheid van de aankooppogingen van jongeren slaagt.

Ongeveer 1.800 alcoholgerelateerde sterfgevallen
Het aantal patiënten (alle leeftijden) dat op een spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis wordt behandeld wegens een alcoholvergiftiging blijft stijgen. In 2017 werden daarvoor naar schatting 6.000 patiënten behandeld, naast nog eens 17.800 personen voor een letsel na een ongeval of geweld terwijl

zij onder invloed van alcohol verkeerden. Bij beide schattingen speelt onderrapportage mee, zodat de werkelijke schade omvangrijker is.
Volgens een nieuwe schattingsmethode van het RIVM zijn in 2018 ongeveer 1.800 sterfgevallen te wijten aan alcoholgebruik. In deze schatting is ook rekening gehouden met het beschermend effect van licht alcoholgebruik op enkele ziekten en sterfte. De meeste alcoholgerelateerde sterfgevallen zijn toe te wijzen aan beroertes, kanker, ziektes aan de spijsverteringsorganen en psychische stoornissen.

Tabak

Dalende trend in roken

In 2017 rookt 23,1% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder (dagelijks en niet-dagelijks) en 17,4% rookt dagelijks. Omgerekend naar de bevolking van 18 jaar en ouder zijn dit naar schatting 3,1 miljoen rokers en 2,3 miljoen dagelijkse rokers. In 2016 rookte 24,1% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder wel eens. Het percentage rokers (dagelijks en niet-dagelijks) daalde in 2017 ten opzichte van 2014, maar was niet statistisch significant lager dan in 2016.
De rookprevalentie neemt af, zowel onder laag- als hoogopgeleide volwassenen. De afname in roken is echter kleiner onder mensen met een lage opleiding dan onder mensen met een middelbaar of hoog opleidingsniveau.
Tussen 2015 en 2017 trad een verdere daling op in het percentage scholieren van 12-16 jaar dat ooit en in de afgelopen maand gerookt heeft. Het percentage dagelijkse rokers daalde van 3,1% naar 2,1% in deze periode. De daling deed zich voor op alle schoolniveaus maar er zijn nog steeds forse verschillen. Scholieren van het VMBO-b roken het meest en scholieren van het VWO het minst.
In het najaar van 2017 was de naleving van het rookverbod in discotheken en in cafés die niet onder de uitzondering vielen nog niet optimaal. Het aantal rookruimtes is licht aan het dalen. Aandacht voor de naleving blijft nodig.
Over de langere termijn bezien daalt de omzet van sigaretten en shag, met af en toe een piek omhoog door verschillende tijdelijke invloeden. In 2017 werden 16,3 miljard sigaretten en shagjes verkocht. In 2002 waren dat er 30,1 miljard.

Een op de drie volwassen rokers deed in 2017 een 'serieuze' stoppoging

In 2017 deed 41% van de rokers van 18 jaar en ouder in de afgelopen 12 maanden één of meer stoppogingen. Van de stoppers heeft 87,1% het langer dan 24 uur volgehouden om niet te roken (een 'serieuze' stoppoging). Dit betekent dat 35,7% van alle rokers van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar minimaal één keer 24 uur of langer is gestopt met roken. Dit percentage is hoger dan in 2016 (32,5%) en 2015 (32,1%), maar het verschil met 2014 (32,9%) is niet statistisch significant. Mannen en vrouwen doen even vaak een serieuze stoppoging.

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

Van de totale ziektelast kan 9,4% aan roken worden toegeschreven. Roken blijft de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte. In 2016 overleden in Nederland ongeveer 19.500 mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken. De sterfte aan longkanker blijft de belangrijkste direct aan roken gerelateerde doodsoorzaak. De werkelijke sterfte die gerelateerd is aan roken ligt hoger, omdat het effect van passief roken (meeroken) niet is verdisconteerd.

Overige middelen: lachgas, ketamine en methylfenidaat (Ritalin)

Het gebruik van lachgas, ketamine en methylfenidaat stond in afgelopen jaren in de belangstelling. Er zijn signalen voor een toenemende populariteit van deze middelen.

Lachgas – een drug voor iedereen?

Lachgas is een middel dat met name onder jongeren en jongvolwassenen gebruikt wordt. In 2016 had in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder 4,9% ooit lachgas gebruikt en 2% deed dit in het afgelopen jaar. Onder 20-24-jarigen was dit laatste-jaar-gebruik bijna zes keer hoger (11%). Onder jongeren (12-16 jaar) van het middelbaar onderwijs had in 2017 bijna één op de tien (9,4%) ervaring met lachgas; meer dan in 2015 (meisjes). Onder uitgaanders in Amsterdam had in 2017 zelfs 70,9% ervaring met lachgas en ruim de helft gebruikte in het afgelopen jaar (nummer 3 van de lijst van 'drugs').

Lachgas valt sinds 1 juli 2016 onder de Warenwet en is vrij verkrijgbaar. De gemakkelijke beschikbaarheid wordt over het algemeen gezien als een belangrijke factor in de populariteit van lachgas bij jongeren en zou eraan bijdragen dat jongeren lachgas als 'normaal' beschouwen, en veelal niet als drug. Bij recreatief gebruik van lachgas, met minder dan tien lachgasballonnen per gebeurtenis, maandelijks of minder vaak, worden geen gezondheidsnadelen op korte termijn verwacht. Het aantal bekende incidenten met lachgas, gemeld bij de Monitor Drugsincidenten, bleef beperkt tot 29 gevallen in 2017. Op langere termijn bestaat het risico op vitamine B12 tekort en neurologische aandoeningen.

Ketamine – van subcultuur naar mainstream

Ketamine is een narcosemiddel en pijnstiller, maar wordt daarnaast ook in lagere doseringen door recreatieve drugsgebruikers genomen als tripmiddel. In de algemene bevolking van 18 jaar en ouder is het gebruik van ketamine beperkt: 1,1% gebruikte het middel ooit in het leven, en 0,5% in het laatste jaar. Onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen ligt het gebruik vele malen hoger: 17,3% ooit en 12,3% in het afgelopen jaar. Uit een panelstudie, uitgevoerd in Amsterdam, kwamen signalen dat er sprake lijkt te zijn van mainstreaming: ketamine wordt toegankelijker voor een breed uitgaanspubliek. Ketaminemonsters worden steeds vaker door consumenten aangeleverd bij het DIMS. Na 4-FA is ketamine in 2017 de meest voorkomende 'NPS'. Van alle drugsmonsters die worden aangeboden bij het DIMS bevat in totaal ongeveer 4% ketamine.

Tot nu toe blijft het aantal geregistreerde gezondheidsincidenten door ketamine beperkt, maar wel wordt een toename gezien. Tussen 2009 en 2017 steeg op EHBO's het aandeel incidenten waarbij ketamine betrokken was (als enige drug of in combinatie met andere drugs): van 2,7% in 2009 naar 6,3% in 2016, met een verdere stijging naar 8,2% in 2017. Dat is evenveel als voor amfetamine. Vaak is bij deze intoxicaties sprake van een combinatie met andere drugs. Het gebruik van ketamine is niet zonder risico; er wordt steeds meer bekend over de nadelige gezondheidseffecten op korte termijn, zoals verwardheid, misselijkheid en braken, of een K-Hole (een zeer heftige ketamine ervaring waarbij verlammingsverschijnselen optreden, ook wel eens vergeleken met een bijna-dood ervaring), en risico's op de lange termijn, zoals het ontstaan van nier- en blaasproblemen.

Ritalin – recreatief gebruik onder jongvolwassenen voor een betere concentratie

Ritalin (methylfenidaat) en sommige andere medicijnen die worden voorgeschreven aan kinderen en jongeren met ADHD, worden ook gebruikt als zogenaamde 'recreatieve' drug, dat wil zeggen voor niet-medische doeleinden, zonder voorschrift van een arts. Met regelmaat verschijnen in de media berichten over een toename van dit 'recreatief' gebruik onder jongeren. Het onderzoek hiernaar is in Nederland echter nog zeer beperkt. Ongeveer één op de twintig volwassenen rapporteerde in 2016 ooit in het leven wel eens ADHD-medicijnen gebruikt te hebben en ongeveer 1% deed dit in het afgelopen jaar nog, waarvan ruim een kwart (0,3%) deze (ook) zonder recept gebruikte. Het ooitgebruik van 'ADHD-medicijnen' is met bijna 10% het hoogst in de groep 20-24-jarigen; bijna één op de twintig (4,6%) jongvolwassenen gebruikte deze middelen in het afgelopen jaar, waarvan de helft (ook) zonder recept (2,2%). Ritalin wordt in deze groep vooral gebruikt als prestatieverhogend middel voor studie of werk, en in mindere mate als 'recreatieve' uitgaansdrug. Ook laat onderzoek zien dat de meeste jongvolwassenen

het middel krijgen van anderen. Het middel lijkt dus verspreid te worden door diegenen die het op recept van een arts kunnen verkrijgen. Het middel wordt ook online gekocht.

0.4 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

Opiumwetdelicten

In beslag genomen drugs
In 2017 zijn minimaal 14 verschillende soorten drugs in beslag genomen. Op de lijst staan opium, heroïne, cocaïne, GHB, amfetamine, morfine, methamfetamine, ecstasy, ketamine, LSD, qat, hasjiesj en marihuana.

Synthetische drugs
In 2017 zijn 66 verschillende chemicaliën voor de productie van synthetische drugs in beslag genomen bij honderden inbeslagnames. Het aantal gemelde ontmantelde productielocaties, opslagplaatsen en afvaldumpingen van de productie van synthetische drugs neemt toe. Vooral het aantal productielocaties en afvaldumplocaties is substantieel gestegen.

Heroïne
In 2017 zijn in Nederland diverse productieplaatsen voor heroïne ontmanteld. De productie van heroïne in Nederland is een nieuw fenomeen.

Hennepteelt
Er zijn in 2017 bijna 4.700 hennepkwekerijen geruimd, minder dan in 2015 en 2016.

Drugshandel via internet
De handel in drugs via het 'dark net' op internet neemt toe, maar is beperkt vergeleken met de traditionele offline handel. Vooral cannabis, stimulantia en ecstasy worden er verhandeld. Nederlandse aanbieders bieden relatief vaak ecstasy aan.

Liquidaties gerelateerd aan georganiseerde drugshandel
Liquidaties in Nederland zijn meestal het gevolg van conflicten gerelateerd aan de handel in drugs. In 2017 vonden 31 liquidaties plaats. Het gemiddeld aantal liquidaties is vanaf het jaar 2000 niet toegenomen.

Verdachten van Opiumwetdelicten
Het aantal geregistreerde verdachten van Opiumwetdelicten daalt opnieuw, in lijn met die van het totaal aantal misdrijven: het aandeel geregistreerde Opiumwetverdachten op het totaal aantal verdachten ongeacht type misdrijf blijft constant.

Opiumwetzaken bij Openbaar Ministerie en rechter
Het aantal Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie daalt, na een jarenlange stijging. Het totaal aantal afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter blijft nagenoeg constant. De meeste Opiumwetzaken brengt het Openbaar Ministerie voor de rechter. Daar eindigt ruim één op de tien in een vrijspraak.

Hard en soft drugs
De zaken bij het OM betreffen voor de helft softdrugs en voor ruim twee op de vijf harddrugs. Het aandeel van harddrugszaken neemt voor het eerst in jaren toe, evenals het aandeel hard- en softdrugszaken. Bij de harddrugsdelicten gaat het meestal om het aanwezig hebben (bezit) van een harddrug, bij de softdrugs gaat het meestal om cannabisteelt.

Sancties
De taakstraf en de (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf zijn de meest voorkomende sancties in Opiumwetzaken. Taakstraffen worden vooral opgelegd in softdrugszaken, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vooral in harddrugszaken; dit patroon verandert niet. Voor het eerst sinds jaren stijgt het aantal personen dat gedetineerd is vanwege een Opiumwetdelict.

Criminaliteit en overlast door alcohol- en drugsgebruikers

Alcohol- en drugsgebruikers die als zodanig in het politiesysteem staan, plegen voornamelijk vermogensdelicten. Daarnaast plegen zij vooral geweldsdelicten, openbare orde delicten en Opiumwetdelicten.

In een representatieve steekproef van mannen die in 2017 gedetineerd zijn, kampt circa 12% met een ernstig alcoholprobleem. Een ernstig drugsprobleem wordt ervaren door bijna 15% van de mannelijke gedetineerden. Bij 19% van de mannelijke gedetineerden is alcoholgebruik gerelateerd aan het delictgedrag, bij 24% van de gedetineerden is drugsgebruik gerelateerd aan het delictgedrag.

Bij drugscontroles in de gevangenis is in 2016 in circa 10% van de controles drugsgebruik door gedetineerden geconstateerd.

Rijden onder invloed van alcohol is een veel voorkomend strafbaar feit, maar het aantal verdenkingen van rijden onder invloed van alcohol neemt gestaag af. In 2017 werden er ruim 25.000 personen voor geverbaliseerd, in 2016 waren dat er nog ruim 26.000 en in 2015 ruim 27.000.

Zorg voor justitiabelen
Jaarlijks verwijst justitie rond de 20.000 personen naar de verslavingsreclassering. In de periode juni 2014 tot en met maart 2017 gebruikte het grootste deel van de cliënten met drugsproblematiek cannabis (62%). Daarna volgen cocaïne (44%) en amfetamines (18%). Van de cliënten van de verslavingsreclassering gebruikte 44% meerdere soorten drugs.

Overlast door drugshandel en drugsgebruik
Ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking heeft in 2016 wel eens overlast ervaren van drugsgebruikers in de eigen buurt. Een minderheid (4%) ervaart veel drugsoverlast. Daarnaast heeft ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking in 2016 weleens overlast ervaren van dronken mensen op straat. Een minderheid (3%) ervaart hier veel overlast van. Deze cijfers zijn niet of nauwelijks veranderd ten opzichte van 2014.

0.5 Tabel 1a, deel 1 Kerncijfers middelengebruik: Opiumwetmiddelen

	Cannabis	Cocaïne	Opiaten[I]	Ecstasy	Amfetamine	GHB	Slaap- en kalmerings-middelen
GEBRUIK ALGEMENE BEVOLKING (2017)							
- Percentage laatste-maand-gebruikers 18+	4,5%	0,6%	Vrijwel geen	0,8%	0,5%	0,1%	6,4% (2016)
- Percentage laatste-jaar-gebruikers 18+	7,2%	1,8%	Vrijwel geen	2,7%	1,4%	0,4%	10,5% (2016)
- Trend in gebruik[II]	Gelijk	Toename 2014-2017 (15-64 jaar)	Gelijk	Toename 2014-2017 (15-64 jaar)	Toename 2014-2017 (15-64 jaar)	Gelijk	-
- Internationale vergelijking[III]	Gemiddeld	Boven gemiddelde	Laag	Boven gemiddelde	Boven gemiddelde	Onbekend	-
GEBRUIK JONGEREN, SCHOLIEREN (2015/2017)							
- Percentage laatste-maand-gebruikers	4,7% (2017)	0,5% (2015)	0,3% (2015)	0,4% (2017)	0,6% (2015)	0,2% (2015)	-
- Trend (2003-2015/2017)	Daling (2003-2017)	Daling (2003-2015)	Daling (2003-2015)	Daling (2003-2017)	Daling (2003-2015)	-	-
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar (2015)[IV]	Boven gemiddelde	Gemiddeld	Gemiddeld	Boven gemiddelde	Gemiddeld	Gemiddeld	Boven gemiddelde
AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS	**2007-2009**		**2012**				**2007-2009**
	29.300 (afhankelijk) 40.200 (misbruik)	Onbekend[V]	± 14.000	Onbekend	Onbekend	Onbekend	22.000 (afhankelijk) 35.000 (misbruik)
AANTAL CLIËNTEN VERSLAVINGSZORG (2015)[VI]							
- Middel als primair probleem - Middel als secundair probleem	10.816 4.501	7.295 6.138	9.093 2.053	122 359	1.794 742	837 167	581 803
- Trend (2006-2015)	Na stijging stabiel sinds 2011	Daling	Daling	Daling	Stijging	Stijging	Daling
GEREGISTREERDE STERFTE (2017)[VII]				**Psychostimulantia**			
	Vrijwel geen acute sterfte	55 (acuut)	127 (acuut)	6 (acuut)		9 (acuut)	100 (acuut)

I. Heroïne (en methadon). II. Voor de leeftijdsgroep 18+ zijn trendgegevens voor 2015 tot en met 2017 beschikbaar. Voor de leeftijdsgroep 15-64 jaar zijn er trendgegevens voor 2014 tot en met 2017 beschikbaar (zie bijlage D.2: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor). III. Ten opzichte van het gewogen gemiddelde van het ooitgebruik (15-64 jaar) in de lidstaten van de Europese Unie, voor opiaten ten opzichte van het aantal probleemgebruikers (15-64 jaar) van opiaten (EMCDDA). IV. Ten opzichte van het ongewogen gemiddelde in 34 Europese landen (ESPAD). V. In de drie grootste steden (Amsterdam, Rotterdam, en Den Haag) lijdt 0,5% aan een crackverslaving. VI. Verslavingszorg zoals anoniem geregistreerd in het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Voor de deelnemende instellingen aan het LADIS, zie bijlage D.5. VII. De definities en schattingsmethoden voor de sterfte voor drugs, alcohol en tabak verschillen, en deze categorieën zijn onderling niet vergelijkbaar. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak. Acute sterfte: primaire sterfte waarbij het overlijden plaatsvindt snel na het binnenkrijgen van een dodelijke hoeveelheid van een middel. Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie). Zie bijlage D.1 voor een toelichting.

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

	Alcohol	Tabak
GEBRUIK ALGEMENE BEVOLKING (2017)		
- Percentage laatste-jaar-gebruikers 18+	79,5%	23,1%[I]
- Trend in gebruik	Tussen 2014-2017: daling Vergelijking met eerdere jaren niet mogelijk	Tussen 2014-2017: lichte daling. Vergelijking met eerdere jaren niet mogelijk
- Internationale vergelijking	Boven gemiddelde	Beneden gemiddelde
GEBRUIK JONGEREN, SCHOLIEREN (2017)		
- Percentage laatste-maand-gebruikers, 12-16 jaar[II]	25,0%	7,8% (laatste maand[II])
- Trend (2003-2017)	Daling	Daling
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar (2015)[III]	Boven gemiddelde	Gemiddeld
AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS	**2007-2009**	**2017**
	82.400 (afhankelijk) 395.600 (misbruik)	±480.000[IV]
AANTAL CLIËNTEN VERSLAVINGSZORG (2015)		
- Middel als primair probleem - Middel als secundair probleem	29.374 4.575	809 3.136
- Trend (2006-2015)	Stabiel	Stijging
STERFTE[V]		
	1.762[V,VI]	19.587 (2016)[V,VI]

I. Weergegeven is het percentage rokers (dagelijks en niet-dagelijks) van 18 jaar en ouder volgens de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor van het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut. II. Cijfer over laatste-maand-rokers onder scholieren in 2017 uit de HBSC-studie. III. Ten opzichte van het ongewogen gemiddelde in 36 Europese landen (ESPAD). Vergelijking voor roken betreft het percentage laatste-maand-rokers (30%). IV. Gebaseerd op het percentage zware rokers (20 of meer sigaretten per dag) in de bevolking van 18 jaar en ouder in 2017 (3,6%). V. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak, in tegenstelling tot de secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie). VI. Zie bijlage D.1 voor de wijze van schatten van de sterfte gerelateerd aan alcohol en roken.

0.7 Tabel 1b Kerncijfers drugscriminaliteit: Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen in de periode 2007-2017

Fase in keten	Opsporings-onderzoeken georganiseerde ondermijnende criminaliteit drugs[I]	Aantal verdachten politie/KMar[II]	Aantal zaken OM instroom[III]	Afdoeningen rechter 1e aanleg[IV]	Gedetineerden[V]
Aantal Opiumwet[I]	**2015 en 2016**	**CBS: 2015 - 2017 HKS: t/m 2014**	**t/m 2017**	**t/m 2017**	**t/m 2017**
- Totaal	476 (2015: 341)	17.000 - CBS2017 (18.500 - CBS2016)	15.950 (2016: 18.565)	9.535 (2016: 9.480)	1.404 (2016: 1.311)
- Harddrugs	N.B.	2017 N.B. … 42% - HKS2014	7.015 (2016: 7.585)	3.950 (2016: 3.960)	N.B.
- Softdrugs	N.B.	2017 N.B. 51% - HKS2014	8.000 (2016: 10.110)	4.885 (2016: 4.885)	N.B.
- Beide	N.B.	2017 N.B. 7% - HKS2014	935 (2016: 870)	695 (2016: 630)	N.B.
- Recentste t.o.v. voorgaande jaar absoluut	2015-2016: stijging	Daling	Daling (stijging bij combinatiezaken hard- en softdrugs)	Stabiel (stijging bij combinatiezaken hard- en softdrugs)	Daling
- Globale trend in periode	N.B.	Daling tot 2011, daarna stijgend/ stabiel, opnieuw daling nà 2014	Daling tot 2010, daarna schommeling (rond 18.000) en daling in 2017: 15.950	Daling tot en met 2011, daarna stijging, recent stabilisering	Daling tot en met 2016, in 2017 stijging
% Opiumwet op totaal	N.B.	7% - CBS2017	9,2%	10,2%	18%
- Ontwikkeling	---	Constant	Stijging 2007 – 2016 (dip in 2010); Daling in 2017: 9,2	Constant	Stijging t.o.v. 2016
		(7% - 7%)	(stijging 2007 -2016: 7,1%- 9,8 %)	2007-2011 daling	2007 -2014 daling
% Opiumwet	---	Stijging tot en met 2014; daarna constant		Stijging 2012-2016/ 2017	2014 – 2016 / 2017 rond de 18%

I. Drugs als eerste aandachtsgebied. Bron: Verantwoording aanpak ondermijnende criminaliteit, 2017. II. Bron: 2007-2014 HKS (2014 voorlopig), Politie, bewerking WODC. Bron 2015 tot en met 2017, Politie, bewerking CBS. III. Bron: OMDATA / RACmin, bewerking WODC. IV. Bron: OMDATA / RACmin, bewerking WODC. V. Peildatum 30 september. Bron: J&V DJI.

0. Summary

This document contains a description of the latest developments derived from the 2018 Annual Report. Tables 1a and 1b provide an overview of the latest figures on substance use and drug crime.

0.1 Developments in legislation and policy

Developments in Drug Policy

New Opium Act substances

List I of the Opium Act contains a number of new substances. PVP, acetylfentanyl and 4-FA per 25 May 2017, and 4-MEC; 5F-APINACA; acryloylfentanil; butyrfentanyl; ethylon; ethyl-fenidate; furanylfentanyl; methiopropamine (MPA); MDMB-CHMICA; pentedrone; U-47700 and XLR-11 per 27 April 2018. Phenazepam has been added to List II per 25 May 2017.

Widening of the powers to close drug premises

A bill to extend Article 13b of the Opium Act (Widening of the powers to close drug premises) is pending at the Dutch House of Representatives. This bill arranges that the authority of mayors to shut down residential or other premises also applies if items and substances are present that are clearly intended for preparing or growing drugs, including certain equipment or chemicals. These are then considered to be punishable preparatory activities.

Medicinal cannabis

The purchase of medicinal cannabis will not be reimbursed by the health care insurer, and this will remain so for now, because its efficacy has not been scientifically proven. However, the pharmacy price has been lowered since 1 January 2018.

Growing cannabis plants at home for a person's own medicinal use leads to problematic situations. The growing of, at the maximum, five cannabis plants will not be prosecuted, however, the plants can be confiscated. This has led to court cases. There are local initiatives to ensure that residents are allowed to grow at the maximum five plants for their own medicinal use. The mayor of Tilburg honoured such an initiative. In response to parliamentary questions, the Ministry of Justice and Security stated that the mayor has the discretionary power to either use the administrative instruments or not, but does not have the freedom to explicitly give permission to contravene the Opium Act or the Opium Act Directive.

Controlled cannabis supply chain experiment

An experiment will be carried out into the quality-controlled growing of hemp and hashish and its delivery and sale to coffee shops in a controlled cannabis supply chain. The experiment will run for four years. To avoid tension with international legislation (activities with drugs are according to international treaties punishable, with the exception of the use of substances for medical or scientific purposes), the experiment will be limited, with a legally guaranteed evaluation and a scientific character. An independent

advisory committee, comprising scientists and experts, sent its advice to the government in June 2018. On 12 July 2018, the bill 'Controlled Cannabis Supply Chain Experiment' was sent to the Dutch House of Representatives. The preconditions for the experiment will be defined in a general order in council (*Algemene Maatregel van Bestuur* - AMvB).

Safety risks for people living near illegal hemp nurseries

The Dutch Safety Board recommends that both public and private parties collaborate and take measures to prevent unsafe situations occurring around commercially run hemp nurseries, even if they are illegal. This is because research carried out by the Dutch Safety Board shows that there are serious physical safety risks for people living near commercially established hemp nurseries. The risks include: fire due to overheating and short circuits, danger of collapse, impairment of health due to water leaks and gas and pesticide poisoning.

Research into substance use of violent offenders

To reduce violence being used by those under the influence of alcohol and drugs, since 1 January 2017, investigators have the authority to order people suspected of committing a violent crime to take an alcohol or drug test. If the tests reveal that a suspect committed the violent crime under the influence of alcohol or drugs, this can be more specifically and more systematically taken into account in the sentence that the public prosecutor will request and the sentence that the judge will impose.

Driving under the influence of drugs

Since 1 July 2017, the police have had the authority to use saliva tests to determine whether a person has been driving under the influence of drugs. An Order in Council specifies limit values for the levels of both alcohol and drugs in the blood. Three drugs for which limit values apply are also prescribed as a medicine, these are medicinal cannabis, morphine and dexamphetamine (the latter is regularly prescribed to people with ADHD). This can result in problems at traffic checks.

A solution that does not have a negative impact on road safety and is medically sound is being worked out. This will allow people who take these medicines for a medical reason to use the roads.
The capacity to analyse drug tests (blood samples) will be expanded because it was found that many more drug tests (blood samples) were being sent to the Netherlands Forensic Institute (NFI) than expected.

Checks on 'high-risk flights' (Change to the Dutch Aviation Act)

At Schiphol Airport, there are checks on flights originating from countries outside of the EU where the risk of drug smuggling is high. This in particular addresses travellers ('drug swallowers') who take or hide drugs in their bodies. Up to now, Schiphol Airport is the only airport that receives intercontinental flights, but this could change. Therefore, since 1 July, airports that receive intercontinental flights must be designated as airports that are allowed to do so. Schiphol is designated in this way. Since 1 July, it has been punishable to allow intercontinental flights to land at a non-designated airport.

Combatting drug-related crime within the context of organised crime that undermines society

When combatting drug-related crime, priority is given to large-scale and organised drug production and trade. To a greater degree, attention is given here to combatting 'crime that undermines society', that is to say criminality that is a threat to the integrity of our society and where the underworld is often interwoven in normal society. To intensify the addressing of crime that undermines society, an 'undermining fund' has been established with a once-only amount of 100 million euro. Starting in 2018, a structural sum of 5 million euro will be made available, rising to 10 million from 2019. The focus will be on combatting the illegal drug trade, and its interconnectedness with legal sectors.

The problem of New Psychoactive Substances (NPS)
The problems associated with New Psychoactive Substances (NPS) have the attention of the government. It might be necessary to create a system that makes it possible to ban substances per group, as is the case in Belgium and Germany. Attention is also being given to precursors, non-registered substances that are only used in drug production.

Counteracting drug waste dumping
In 2016 and 2017, high priority was given to counteracting drug waste dumping. The Ministry of Justice and Security will draw up a plan of approach and the Ministry of Agriculture, Nature and Food Quality will draw up a plan to improve supervision and the enforcement of legislation related to dumping drug waste in rural areas.

Developments in Tobacco Policy

By means of the National Prevention Agreement, the Rutte III government (2017 - 2021) is making additional funds available to discourage the use of tobacco and to prevent the problematic use of alcohol.

Tobacco products directive
In addition to the introduction of the European Tobacco Products Directive (TPD) on 20 May 2016, as of 1 July 2017, a minimum age limit of 18 has also been in place on the supply of nicotine-free electronic cigarettes. There is also an advertising ban. A new aspect is that tobacco product packaging must be free of elements that could be attractive to young people. As of 1 July 2018, producers of new types of tobacco products must submit an example of the new product to the RIVM.

Display ban
As of January 2017, a display ban has been included in the Tobacco and Smoking Materials Act. This means that all tobacco and smoking materials must no longer be visibly on display. The intention is for this display ban to take effect on 1 January 2020 for supermarkets and for the other points of sale.

Enforcement of smoking ban and age limit
The smoking ban is mainly violated in bars and discotheques, but there is a fall in the number of violations. All smoking areas will be abolished in the longer term. The age limit is mainly violated in cafeterias and at automatic cigarette dispensers.

NIX18
In 2017, more than half of the parents (56%) signed up to the NIX no smoking agreement, compared to 43% in 2013. Increasingly more young people consider smoking to be unacceptable: 38% in 2013 to 53% in 2017.

Smoke-free generation
Since February 2017, the central government has been running the campaign for 'a smoke-free start for all children'. In 2017, the Taskforce Smoke-free Start published the addendum 'Treatment of tobacco addiction and support for pregnant women to stop smoking'. A phased plan has been developed for municipalities, to put smoking on the agenda in a positive manner.

International
The WHO Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products (FCTC-Protocol) came into force as of October 2018. This is the first treaty that attempts to control the international smuggling of tobacco products.

Developments in Alcohol Policy

Compliance research
The compliance survey into alcohol and tobacco sales to young people from 2016 showed that the compliance percentages in sports canteens were considerably lower than in other sales channels. Therefore, in 2017, a separate compliance survey was carried out targeting sports canteens. The compliance percentages in the sports canteens investigated varied from 17.9% to 25.3%.

Hybrid forms of catering and retail ('blurring')
The Association of Municipalities of the Netherlands (VNG) wants to amend the Licensing and Catering Act (DHW) to make 'blurring' - the hybridisation of one branch with another - possible. In the House of Representatives, a member has submitted the bill *'Wetsvoorstel regulering mengformules'* the intention of which is to make it possible to have regulated mixed shopping formulas (blurring of branches).

Alcohol marketing
Research shows that there is convincing scientific proof that there is a positive correlation between exposure to alcohol marketing and an increased risk of the initiation of drinking alcohol or binge drinking. Adults say that they are exposed to alcohol marketing mainly on television, on websites and in folders; young people 12 - 17 years of age say that they are exposed to alcohol marketing in supermarkets and on social media.

NIX18
In 2017, almost all parents (98%) and young people (97%) were familiar with the NIX18 logo and slogan. Half of the parents consider, in principle, that it is unacceptable for their child to drink alcohol, although they turn a blind eye to them drinking occasionally.

International
In June 2018, the World Health Organisation (WHO) issued the report 'Time to Deliver' about the possibilities countries have to take action in the short term against several important non-communicable diseases and the corresponding risk factors including smoking and the harmful use of alcohol.
In July 2017, the regional European office of the WHO published a discussion document concerning the labelling of alcoholic beverages. In May 2018, the European Commission issued a proposal to reform the structure of excise duties on alcohol and alcoholic beverages.

Policy developments in the field of prevention

In the period 2017-2018, the government decided to make additional funding available for the prevention of smoking and problematic alcohol use via the National Prevention Agreement. The existing National Prevention Programme (NPP) continues, as does the prevention policy related to drugs used in the nightlife scene, which was given a new impulse in 2015. In recent years, the public campaigns (such as NIX<18) focused not only on emphasising the possibly negative consequences of the use of tobacco, alcohol and drugs, but also on denormalization. In 2018, the *Strategische Verkenning Cannabispreventie* (Strategic Exploration of Cannabis Prevention) was published. This document gives a summary of the current situation related to cannabis prevention in the Netherlands and recommendations for the future.

Policy developments in the field of addiction care (part of the GGZ)

The Dutch long-term care act (Wlz) is not yet accessible to clients of the Dutch Mental Health Services (*Geestelijke GezondheidsZorg* - GGZ). In 2018, the Rutte III government presented a bill to make the

Wlz also accessible by 2021 to people with a psychological disorder who will require intensive mental help during their entire life.

In July 2018, the Negotiation agreement for Mental Health Services 2019 to 2022 was concluded between the national government (Ministry of Health, Welfare and Sport), the healthcare insurers, the Dutch Association of Mental Health and Addiction Care (GGZ Nederland), and professional and client organisations. All parties will endeavour to transform the services to ensure that they provide the right care at the right place.

In 2017, the Dutch Addiction Association (DAA) was established, a network in which addiction care institutions, client representatives, knowledge centres (Scoring Results and Trimbos Institute, and the sector Association of Mental Health and Addiction Care (GGZ Nederland) work together to increase the scope of addiction care treatment.

In the spring of 2016, the decision was made to introduce a completely new product structure and funding system for mental health care in 2019: the care cluster model. The National Health Care Institute (*Zorginstituut Nederland*) recommends that the new system should focus on the nature and the scope of the psychological problems of the client and not the classification.

In 2018, the first intermediate evaluation of the reform of long-term care was issued by the Social and Cultural Planning Office (SCP). Eight out of ten municipalities have established broad social (district) teams to which people can address all of their questions regarding support. In 2016, people with severe psychological disorders, including clients living in protected living facilities, were less satisfied with the help they received in comparison to 2015.

In the period 2012-2016, almost 20% of the clinical 'beds' were phased out. In 2016, the Netherlands had in total approximately 16,000 clinical GGZ 'beds' and approximately 16,500 protected living places financed by the Social Support Act (Wmo) for people with psychological disorders.

0.2 Developments in the Use of Substances covered by the Opium Act

Cannabis

More than a quarter of young adults have smoked dope in the past year

In 2017, approximately 960 thousand Dutch people aged 18 and older had used cannabis in the past year (7.2% of this age group). Among people aged between 18-19 and 20-24, the last-year use is highest (23.5% and 25.9%). In (highly) urban areas, the percentage of users is three times higher than in less/non-urban areas. The figure for last-month (current) use is 4.5%. Almost than one quarter (22.7%) of the last-month adult users smoked dope (almost) daily. This equates to 140,000 adults.
Between 2016 and 2017, this use remained stable, but among people aged 15-64 the use is higher than in 2014. For Dutch people aged 15-34, the percentage of last-year users is 17.5%, which is higher than the EU average of 14.1%.

Cannabis use by pupils stable between 2015 and 2017, but dropped over the longer term

The percentage of Dutch secondary school pupils aged 12-16 who have used cannabis in the last year fell from 13.1% in 2003 to 8.2% in 2015. In 2017, the use remained at this level (7.9%). The percentage of pupils that had already tried cannabis at a very young age (14 years) dropped substantially from 18.8% in 2003 to 6.8% in 2017. Pupils in lower secondary school (VMBO-B) have more often tried cannabis than

pupils in other school levels (as is the case for ecstasy and nitrous oxide (laughing gas)). Among students in intermediate and higher vocational education (MBO and HBO) in 2017, 15% had used cannabis in the past month, and more than a quarter (27%) had smoked dope in school hours in the past month. Despite the fall, in 2015, the use of cannabis among Dutch pupils aged 15 and 16 was higher for their age group than the average in 34 other European countries (ever use 22% in the Netherlands compared to 16% in Europe; last-year use 20% in the Netherlands compared to 13% in Europe).

Stabilisation of cannabis-related requests for help between 2010 and 2015

After a steady rise since the late nineties, as of 2010, the number of cannabis clients in addiction care has stabilised. In 2015, 10,816 people were registered with a primary cannabis problem. The number of clients with a secondary cannabis problem is also stabilising. In 2015, the number was 4,501.

Increase in THC content in the most widely sold Dutch-grown weed; high THC content in imported hashish

The average THC content in Dutch-grown cannabis remained the same in 2018 as in 2017, but there has been an increase over the past several years. For the most widely sold Dutch-grown cannabis, there was an increase from an average of 13.5% in 2013 to an average of 16.8% in 2018. For cannabis that was purchased as the 'strongest', there was an increase from an average of 15.3% in 2014 to 19.5% in 2018.

The highest THC content was measured in imported hashish at an average of 23.5%, which was higher than in previous years (14.9% in 2014). In contrast to Dutch cannabis, imported hashish also contains considerable amounts of cannabidiol (CBD) at 8.5% in 2018.

The average price of one gram of the most popular Dutch cannabis (€10.09) did not differ in 2018 from 2017 (€10.10), but has increased since 2016; this also applies to the price per gram of the 'strongest' cannabis.

Cocaine

Indications of a rise in cocaine use

In 2017, approximately 1.8% of the Dutch population aged 18 and older had used cocaine in the past year. This equates to approximately 250 thousand people (rounded off to the nearest ten thousand). The percentage that had ever used cocaine rose from 4.3% in 2015 to 5.2% in 2017. The percentage of secondary school pupils aged 12-16 who used cocaine in the past year fell from 1.5% to 0.9% between 2003 and 2015.

The use of cocaine, especially in powder form for snorting, is still relatively common among adolescents and young adults in the nightlife scene, there are indications that the popularity of cocaine is rising, in certain groups. According to the Amsterdam Antenna (Antenne) monitor, this particularly concerns people going to clubs. In 2016, a national nightlife survey among adolescents and young adults aged 15-35 showed that 25% had used cocaine in the past year and 12% had done so in the past month. The smokeable variety of cocaine (crack) is in common use among opiate addicts, but there are also crack users in the hard-drug scene who do not use opiates. No national figures for the number of crack users are available.

Gradual fall in number of requests for cocaine-related addiction care

Between 2006 and 2015, the number of primary cocaine clients in addiction care fell from 8,736 to 7,295 while the number of secondary cocaine clients fell from 7,488 to 6,138. For almost half (45%) of the clients with a primary cocaine problem, smoking (crack) was the main method of use while slightly more than half (54%) preferred snorting. Only 1% injected cocaine.

Rise in registered cocaine-related deaths

The registered cocaine-related deaths rose from 24 in 2013 and 2014 to 55 in 2017. It is still unknown whether this was due to an actual rise or due to a change in the method of detection and registration. In 2017, one in five registered deaths related to drug intoxication was primarily attributed to cocaine.

Cocaine less often cut with levamisole

Most cocaine powder is cut with other substances. In 2016 and 2017, a striking reduction was seen in the proportion of consumer cocaine powder that contained levamisole (an animal dewormer). The percentage of cocaine powder containing levamisole fell from 71% in 2015 to 58% in 2016 and fell further to 43% in 2017. Human consumption of levamisole was linked to severe cases of haematological and skin disorders. In spite of being cut, the purity of the cocaine is high. Here, purity is understood to mean the level of cocaine in cocaine powder. The average level of cocaine rose from 49.2% in 2011 to 68.3% in 2017. This means that the cocaine is very pure, also when compared to other European countries. The consumer price of cocaine remained stable. The median (a measure for the average) was 50 euros per gram of cocaine for the period 2008 through 2017. These developments in price and purity possibly point to increased availability on the cocaine market.

Opiates

Steady fall in number of opiate users in addiction care; increased ageing

Heroin use is uncommon in the general population. In 2017, 0.3% of the population aged 18 and older reported having ever used heroin. Heroin is also unpopular among young people. However, problem heroin (and other hard drug) users are underrepresented in population studies. Based on a different method than a regular population study, in 2012, the size of this group was estimated to be 14,000, which is lower than the estimated 18,000 problematic opiate users found in 2008. How this developed after 2012 is unknown, but there are no indications of a rise in new users, moreover, the addiction care figures indicate a further fall. Between 2006 and 2015, the number of clients with an opiate problem in addiction care fell by 32% to 9,093. The group of opiate users is ageing: the average age rose from 42 in 2006 to 48 in 2015. In 2015, only 4% of opiate users were under 30 years of age.

Minor rise in new cases of HIV and Hepatitis B and C among injecting drug users

The number of new and reported cases of HIV and Hepatitis B and C among injecting drug users has been low for years. The number of newly diagnosed HIV cases among injecting drug users per million inhabitants (0.0 in 2014) is one of the lowest in the EU-15. In 2017, only two new cases were registered. However, the number of existing Hepatitis C patients in the Netherlands is high in cities that keep records of them. Together, HIV-positive and HIV-negative drug users (more than 3,400) account for 15% of all chronic Hepatitis C patients. However, Hepatitis C treatment using Direct Acting Antivirals (DAAs) is very cost effective, also for drug users.

Rise in registered opiate- and general drug-related deaths

The registered general drug-related deaths rose from 123 in 2014 to 262 in 2017. The registered opiate-related deaths rose from 40 in 2014 to 127 in 2017. The proportion of opiate-related deaths rose from 30% in 2014 -2016 to almost 50% in 2017. The probability is that the actual proportion of opiate-related deaths is higher, in view of the fact that opiates also play a role in 'other' drug-related deaths. The age at

which these people die is rising. In the early nineties, 60% of opiate users who died were younger than 35, compared to only 17% in the period from 2013 through 2017. It is still unknown whether this was due to an actual rise or due to a change in the method of detection and registration of substance-related deaths. Factors that could play a role for an actual rise include the increasing age of the drug users, and an increase in the use of medicinal opioids including oxycodone and fentanyl. However, a detection effect could have occurred because more toxicological tests were performed, and a registration effect could have occurred because more information was provided on the electronic forms used to register the cause of death.

Ecstasy

Relatively high percentage of ecstasy users

In 2017, 2.7% of the Dutch population aged 18 and older had used ecstasy in the past year. This equates to approximately 370 thousand people. Ecstasy use in the general population aged 18 and older has remained at approximately the same level since 2015. However, there had been an increase in use in the previous years (between 2014 and 2015 and between 2009 and 2014). Among students aged 16-18 studying at the intermediate and higher vocational education levels, ecstasy is the most frequently used hard drug: in 2017 8.4% of these students had ever used ecstasy and that is comparable to 2015. In the nightlife scene, ecstasy is still by far the most important drug. In the Netherlands, the percentage of adults who have taken ecstasy in the past year is (far) above that of other European countries, the percentage of inhabitants who have ever used ecstasy is one of the highest in Europe.

Addiction care requested by ecstasy users remains limited

Ecstasy users do not usually request addiction care. The proportion of ecstasy clients compared to the total number of drug clients in addiction care has been small for years (less than 1%). In 2015, 122 people were registered with a primary ecstasy problem and 359 people with a secondary ecstasy problem.

Increase in the proportion of highly potent ecstasy pills continues

In 2017, the average concentration of MDMA in ecstasy pills rose once more and this coincides with ever larger tablets. Between 2016 and 2017, the average concentration of MDMA rose from 157 mg to 167 mg. The percentage of tablets bought as ecstasy that only contained MDMA-like substances also rose, from 78.1% in 2016 to 87.6% in 2017.

The rise in the proportion of pills containing a high dose was accompanied for several years by an increase in moderate and severe acute health problems, in particular at large-scale events. However, this increase has not continued in recent years. Both the proportion of people suffering from ecstasy intoxication and the degree of intoxication seen at First Aid posts fell in 2017 when compared to previous years. Possibly, ecstasy users are now aware of the changing ecstasy market. It seems that 4-fluoramphetamine has taken over a proportion of the ecstasy market.

Psychostimulants such as ecstasy appear to play a minor role in drug-related deaths, although the exact number of deaths caused by these substances is unknown. According to data from the Netherlands Forensic Institute (NFI) related to deaths in 2015, MDMA was found in 8 cases, this was 5 cases in 2016. Over a longer period (2006-2015), the total number of deaths in which MDMA use, whether or not in combination with the use of other substances, was the primary cause of death, was 47. In the Causes of Death Statistics held by Statistics Netherlands (CBS) the number of registrations in which psychostimulants played a role doubled from 14 in 2015 to 28 in 2016, but then fell to 6 cases in 2017. These cases could concern ecstasy, amphetamine and other psychostimulants. It is still unknown whether the rise between 2015 and 2016 was due to an actual rise or due to a change in the method of detection and registration. It is also still unknown whether the drop in 2017 was due to an actual drop or due to a change in the method of detection and registration.

Amphetamine

Amphetamine use in the Netherlands is high

In 2017, 1.4% of the Dutch population of 18 years and older reported to have used amphetamine in the past year, approximately 190 thousand adults. In the past month, 0.5% had used amphetamine. There are signs that the popularity of amphetamine used in the nightlife scene is rising, in any case in Amsterdam. The percentage of secondary school pupils aged 12-16 that used amphetamine in the past year fell from 1.4% to 0.9% between 2003 and 2015. Use in the past month was 0.6%. An international comparison reveals that ever use of amphetamine by Dutch adolescents aged 15 and 16 is in the middle range. With respect to the adult population and the young adults who have ever used amphetamine and used it in the last year, the Netherlands ranks high with respect to the other European countries.

Indications of a rise in methamphetamine use in the 'men who have sex with men' (MSM) subgroup

Although the use of methamphetamine (a highly potent variety of amphetamine) in the Netherlands is a niche activity, there are indications of a rise in its use in a small group of men who have sex with men (MSM), in a sexual setting (chemsex). Sometimes the substance is injected ('slamming'). This increases the risk of hazardous sexual behaviour and the transmission of infectious diseases. However, there are no national figures concerning the scope of the problem.

Amphetamine-related requests for help rose in the past decade

In 2015, more than 2,500 people were treated by the addiction care services due to a primary or secondary amphetamine problem. The number of people that were primarily treated for an amphetamine problem between 2006 and 2014 rose by 67%, but did not rise further in 2015. However, the proportion of amphetamine-related problems in all drug-related requests for help remained small, despite a rise of 4% in 2005 to 6% in 2015.

Amphetamine plays a minor role in acute drug incidents

In the period 2009-2017, 8% of the total 33,539 registered drug-related incidents could be attributed to amphetamine, or to a combination of drugs including amphetamine. This proportion fluctuates slightly over the years, but does not show a clear trend.

New Psychoactive Substances (NPS)

'New Psychoactive Substances' (NPS) is a collective term for substances that have a similar effect as the 'traditional' illegal drugs, but which are not (yet) included in drug-related legislation and, in most cases, are produced for this purpose. Little is known yet about the risks posed by most NPS. Often they are substances that – often after disappearing for a few years - reappear on the drugs market.

4-FA and 2C-B are the most used NPS

Various studies show that the substances 4-fluoramphetamine (4-FA) and 2C-B (a 'trip' substance that has been on List I of the Opium Act since 1997, but that currently seems to becoming popular) are the most used NPS. In 2016, 0.9% of the adults in the Netherlands had used 4-FA in the past year (comparable to amphetamine, but lower than cocaine and ecstasy), but this is higher (24.5% in the last year) among special groups such as young people in the nightlife scene. Almost 1 in 10 (9.5%) of these people in the nightlife scene used 2C-B in the past year. Of secondary school pupils aged 15-16, 2% indicated that they had used NPS in 2015; this is below the European average in 34 countries (4%). Of the students in intermediate and higher education, the percentage of ever use users of 4-FA and 2C-B in 2017 was four times lower than the percentage of ever use ecstasy users and two times lower than ever use amphetamine users.

4-FA less of a hype

There are indications that there has been a fall in the use of 4-FA since risk warnings were published at the end of 2016 and its inclusion on List I of the Opium Act on 25 May 2017: a reduction in the number of supposed 4-FA samples handed in to the DIMS and a reduction in the number of health incidents registered at the MDI. In addition, an in-depth study into 4-FA shows that a quarter of the users had stopped and a fifth had started using less of the drug, among other things after the warning.

Fewer NPS handed in to the DIMS

In 2017, there was a reduction in the number of NPS that was handed in to the DIMS. This reduction was mainly caused by 4-FA. The number of 4-FA samples handed in fell after the warning issued by the Ministry of Health, Welfare and Sport and after it was put on List I of the Opium Act.

Incidents involving NPS limited, reduction for 4-FA

With the exception of 4-FA, the Monitor Drug Incidents sees few incidents involving NPS. The proportion of 4-FA incidents rose considerably between 2012 and the first half of 2017, and then halved in the second half of 2017, after the ban. In a large proportion of the registered incidents, in addition to 4-FA another drug was also used, usually ecstasy.

NPS: a dynamic market

In recent years, 6-APB has been handed in to the DIMS with some regularity. In 2017, this concerned 64 samples, in different forms, that contained 6-APB (and usually also 5-APB). Moreover, 3-MMC was relatively frequently found, 54 times. Often, 3-MMC is also the drug of choice (33%), but it is sometimes a replacement substance in mephedrone (13%) or ecstasy (15%). The Amsterdam Antenna (Antenne) monitor identifies an increasing use in some networks, possibly as a replacement for 4-FA. The new very potent (new) synthetic opioids (in particular the fentanyl-like drugs) that are causing many casualties in the US and Canada, are only found occasionally on the Netherlands user market. This is also the case for synthetic cannabinoids.

GHB

GHB used by wide range of groups

The use of gamma hydroxybutyrate (GHB) is relatively uncommon among the general population and secondary school pupils. In 2017, 0.4% of the population aged 18 and older had ever used GHB, an estimated 50 thousand people. Last-month use was 0.1%, a lower percentage than that of ecstasy (0.8%), cocaine (0.6%) and amphetamine (0.5%). The use of GHB is relatively uncommon among adolescents. In 2015, 0.4% of 12-16 year old secondary school pupils had ever used GHB.

GHB is used relatively often by adolescents and young adults who participate in the nightlife scene. According to a 2016 national survey, 14% of the population who participate in the nightlife scene aged 15-35 had tried GHB or GBL, gamma-Butyrolactone, one of the ingredients of GHB. In Amsterdam, GHB's image appears to be worsening, because of the negative connotation of 'swooning' and a growing awareness of the risk of addiction, although the substance remains firmly rooted in the nightlife scene. Some clubs have by now introduced a zero tolerance policy for GHB.

GHB is also used elsewhere than in the nightlife scene. It is, for instance, also used by vulnerable groups, such as teenage loiterers and 'home users' who use the drug together with friends at 'home parties', or who use GHB on their own, when taking the drug is not (no longer) a social affair. There are regional differences in the Netherlands in the prevalence of (problem) use, request for help and health incidents.

Few and stable requests for GHB-related help, but high risk of relapse

Frequent, especially daily, use of GHB can lead to dependency and, if use is stopped abruptly, to violent and even life-threatening withdrawal symptoms. The number of clients in addiction care with a primary GHB problem rose from 60 in 2007 to 837 in 2015. Most clients (78%) were already known to, and already registered with, the addiction care services. There is a considerable risk of relapse after treatment. Within three months after detoxification, 70% were already receiving treatment again.

Acute GHB incidents often serious

GHB is difficult to dose and the risk of overdose is high. Considering that the use of GHB is minor within the total population, the number of GHB incidents is high. It is striking that a relatively large number of patients suffer from serious intoxication after using GHB. In particular patients that are treated by ambulance personnel and in Accident and Emergency centres are heavily under the influence, only 12% of the cases treated in the ambulances and 15% in Accident and Emergency care centres are still communicative. What is striking is the increase in the proportion of moderate and serious GHB intoxications seen at first-aid posts, from 34% in 2009 to 73% in 2015. This proportion fell to 65% in 2017.

The number of GHB-related deaths is unclear. In 2017, GHB was mentioned 9 times on a cause of death certificate reported to Statistics Netherlands (CBS). It remains unknown whether GHB was the cause of death or a contributing factor. In 2016, the Netherlands Forensic Institute (NFI) registered 5 deaths in which GHB may have been involved.

GHB is cheap

Consumers paid approximately 35-50 euros for a quarter of a litre of GHB in 2017. GBL (gamma butyrolactone, one of the ingredients of GHB) in its pure form is even more potent than GHB. The risks associated with GBL are comparable to those of GHB, but the use of GBL appears as yet to be more limited. In 2016, an estimated 0.2% of the population aged 18 and older had ever used GBL.

Sedatives and Tranquillizers

Reduced use of benzodiazepines

Alcohol and drugs can lead to abuse and addiction, but the chronic use of sedatives and tranquillizers can also pose this risk. Most of the sedatives and tranquillizers are of the benzodiazepine variety. In 2016, 10.5% of the population aged 18 and older had ever used sedatives or tranquillizers, more women than men. The figures are 13.4% of the female and 7.5% of the male population. In the past year, 3.2% (3.7% of women and 2.8% of men) had used them without a doctor's prescription.

Data provided by public pharmacies regarding the issuing of benzodiazepines indicate a reduction in their use after limits were placed on the amount that would be compensated in the basic insurance package in 2009. The number of standard daily doses that were dispensed fell by 15% in 2009 (compared to 2008). Between 2016 and 2017 there was a reduction of almost 2%.

Requests for help related to sedatives and tranquillizers remains low

Between 2006 and 2015, the number of clients registered with the addiction care services with a primary problem involving benzodiazepines, barbiturates or other psychotropic drugs was low (annually 2% of all drug clients). The total number of primary and secondary clients fell by 33% from 2,066 in 2006 to 1,384 in 2015.

Suicide is often the reason for people to take fatal overdoses of sedatives and tranquillizers
In 2017, 100 fatal overdoses of these medicines were registered, 26 of which concerned benzodiazepines, 8 concerned (other) sedatives and 66 concerned barbiturates. Most of these cases were suicides. The trend over time (from 2008 through 2012) was erratic and unclear. Between 2013 and 2016, the number of barbiturate cases doubled from 31 to 64, stabilising at 66 in 2017. Here as well, it is unknown whether the rising numbers show an actual rise or whether they are due to a change in detection and registration.

0.3 Alcohol and tobacco

Alcohol

The majority of the Dutch population do not adhere to the recommendations of the Health Council of the Netherlands (Gezondheidsraad)
Eight out of ten Dutch people above 18 years of age drink alcohol occasionally; this proportion only reduces for people older than 75. These figures have been stable for many years. The Guideline for Good Nutrition of the Health Council of the Netherlands recommends drinking no alcohol or in any case no more than one glass a day. In 2017, 40% of the adult Dutch population met this standard; women more often than men. The population of the Dutch provinces of Flevoland, Rotterdam-Rijnmond and South Holland South adhere to the Guideline the most; those in Brabant Southeast and Hollands-North adhere to the Guideline standard the least.

Alcohol use by young people is no longer falling
The reduction in alcohol consumption by pupils aged 12-16 in regular secondary education that was seen in the period between 2011 and 2015 did not continue in 2017. In this year, a quarter of the pupils in regular secondary education had drunk alcohol in the previous month. The percentage of binge drinkers among young people who had drunk in the past month was comparable in 2017 (71%) to 2015 (70%). Compared to previous years, there is a considerable reduction in binge drinking among pupils. More alcohol is consumed by pupils in lower levels of education.

Among students aged 16-18 in intermediate and higher vocational education, 85% have drunk alcohol and almost three quarters of them have drunk in the past month. Of the 16-18 year old students who drink alcohol, one in five drank more than 10 glasses on a day in the weekend; boys twice as often as girls. There has been a slight fall in compliance with the age limit for the sale of alcohol in 2017 when compared to 2016. The majority of attempts by young people to buy alcohol succeed.

Approximately 1,800 alcohol-related deaths
The number of patients (of all ages) that have been treated for alcohol poisoning in an Accident and Emergency (A & E) department continues to rise. In 2017, an estimated 6,000 patients were treated for this condition, in addition to another 17,800 people who were treated for an injury after an accident or violence while being under the influence of alcohol. Both estimates are subject to under reporting, the actual harm is greater.

According to a new estimation method used by the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), in 2018, approximately 1,800 deaths occurred as a result of alcohol consumption. This estimate takes account of the protective effect of low-level alcohol consumption on a number of diseases and mortality. Most alcohol-related deaths are attributable to strokes, cancer, digestive system diseases and psychological disorders.

Tobacco

Downward trend in smoking

In 2017, 23.1% of the Dutch population aged 18 and older smoked (daily and non-daily) and 17.4% smoked daily. This means that in the population over 18 years of age, there are an estimated 3.1 million smokers and 2.3 million daily smokers. In 2016, 24.1% of the Dutch population aged 18 and older smoked some times. The percentage of smokers (daily and non-daily) fell in 2017 when compared to 2014, but this was not statistically significantly lower than in 2016. There is a reduction in the prevalence of smoking among adults with both a lower and a higher level of education. However, the reduction is less among people that have a lower level of education than among people with an intermediate or high education level.

Between 2015 and 2017, a further drop was seen in the percentage of pupils aged 12-16 who had ever smoked and had smoked in the past month. The percentage of daily smokers fell from 3.1% to 2.1% in this period. The reduction was seen in all school levels, but there are still considerable differences. Pupils attending lower secondary school (VMBO-b) smoke the most, while those attending higher secondary school (pre-university) smoke the least.

In the autumn of 2017, the compliance with the smoking ban in discotheques and in bars, which were not treated as being exceptional, was suboptimal. The number of smoking rooms is falling slightly. Attention must continue to be given to compliance. For many years, the sales of cigarettes and rolling tobacco have been falling, with an occasional peak as a result of a range of various temporary influences. In 2017, 16.3 billion cigarettes and rollies were sold. In 2002, the figure was 30.1 billion.

One in three adult smokers made a 'serious' attempt to stop smoking in 2017

In 2017, 41% of smokers aged 18 and older had made one or more attempts to stop in the past 12 months, 87.1% of whom stopped smoking for more than 24 hours (a 'serious' attempt to stop). This means that 35.7% of all Dutch smokers aged 18 and older have stopped smoking for 24 hours or longer at least once in the past year. This percentage is higher than in 2016 (32.5%) and 2015 (32.1%), but the difference with 2014 (32.9%) is not statistically significant. Men and women make the same number of 'serious' attempts to stop smoking.

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

Of all illnesses, 9.4% can be attributed to smoking. Smoking remains the number one cause of premature death. In 2016, approximately 19,500 people aged 20 and older in the Netherlands died of the immediate effects of smoking. Lung cancer is the main cause of death directly related to smoking. The actual number of smoking-related deaths is higher, because the effects of passive smoking have not been taken into account.

Other Substances: Laughing gas (Nitrous Oxide), Ketamine and Methylphenidate (Ritalin)

The use of laughing gas, ketamine and methylphenidate received attention in the past years. There are indications that these substances are becoming increasingly popular.

Laughing gas – a drug for everyone?

Laughing gas is a substance that is used in particular by young people and young adults. In 2016, 4.9% of the general population of 18 years and older had ever used laughing gas and 2% did so in the past year. Among people of 20-24, this last-year use was almost 6 times higher (11%). Among pupils (12-16) in secondary education, in 2017 almost one in ten (9.4%) had experienced laughing gas; more than in

2015 (girls). Among people in the nightlife scene in Amsterdam, in 2017 70.9% had experienced laughing gas and more than half had used it in the past year (Number 3 on the list of 'drugs').

Since 1 July 2016, laughing gas has fallen under the Dutch Commodity Act and is freely available. In general, this easy availability is seen as an important factor in the popularity of laughing gas among young people and is said to contribute to young people considering laughing gas as 'normal', and not normally as a drug. When laughing gas is used recreationally, with fewer than ten laughing gas balloons per event, every month or less frequently, no health effects are expected in the short term. The number of known incidents involving laughing gas, reported to the Monitor Drug-Related Incidents, remained limited to 29 cases in 2017. In the longer term, there is a risk of a vitamin B12 shortage and neurological disorders.

Ketamine - from subculture to mainstream

Ketamine is an anaesthetic and painkiller, but it is also used in lower doses by recreational drug users as a 'trip' substance. The use of ketamine in the general population aged 18 and older is limited: 1.1% have ever used the substance and 0.5% in the past year. Among adolescents and young adults participating in the nightlife scene, its use is much higher: 17.3% have ever used it and 12.3% in the past year. A panel study carried out in Amsterdam, points out that it seems to be becoming more mainstream: ketamine is becoming more accessible to a wide public in the nightlife scene. Ketamine samples are increasingly handed in to the DIMS by consumers. In 2017, ketamine was the most widely seen 'NPS' after 4-FA. In total, approximately 4% of all drug samples handed in to the DIMS contain ketamine.

Up to now, the number of registered ketamine-related health incidents remains low, but they are increasingly seen. Between 2009 and 2017, the proportion of ketamine-related incidents at First Aid posts rose (as the only drug or in combination with other drugs): from 2.7% in 2009 to 6.3% in 2016, with a further rise to 8.2% in 2017. This is similar to amphetamine. In these intoxications, ketamine has often been used with other drugs. The use of ketamine is not without risk; increasingly more is known about the short-term adverse health effects, including confusion, nausea and vomiting, or a K-Hole (a very fierce ketamine experience where symptoms of paralysis occur, sometimes compared to a near-death experience), and long-term risks, including kidney and bladder problems.

Ritalin: recreational use among young adults for improved concentration

Ritalin (methylphenidate) and some other medication prescribed to children and adolescents suffering from ADHD are also used as 'recreational' drugs. This means that they are taken for non-medical reasons, without a doctor's prescription. Messages regularly appear in the media about an increase in this 'recreational' use among young people. However, little research has yet been done into this in the Netherlands. In 2016, approximately one in twenty adults reported to have ever used ADHD medication with approximately 1% doing so in the past year, with more than a quarter (0.3%) using it (also) without prescription. The ever use of 'ADHD medication' at almost 10% is highest in the group aged 20-24; almost one in twenty (4.6%) of young adults used these substances in the past year, with half of them (also) using it without prescription (2.2%).

In this group, Ritalin is mostly used as a performance-enhancing substance for study or work, and to a lesser degree as 'recreational' drug in the nightlife scene. Research shows that most young adults get the substance from others. So it seems that the substance is being distributed by those who are prescribed it by a doctor. The substance is also bought online.

0.4 Alcohol- and drug-related crime

Opium Act Offences

Seized drugs
In 2017, at least 14 different types of drug were seized. These drugs include opium, heroin, cocaine, GHB, amphetamine, morphine, methadone, methamphetamine, ecstasy, ketamine, LSD, khat, hashish, and marihuana.

Synthetic drugs
In 2017, at least 66 different types of chemicals used in the production of synthetic drugs were seized during hundreds of raids.
The number of production sites, warehouses and dumping sites related to the manufacture of synthetic drugs that have been reported as being dismantled or cleaned up has been rising. In particular, there was a substantial rise in the number of production sites and waste dumping sites.

Heroin
In 2017, various heroin production sites have been dismantled in the Netherlands. The production of heroin in the Netherlands is a new phenomenon.

Hemp cultivation
In 2017, almost 4,700 hemp nurseries were destroyed, less than in 2015 and 2016.

Online drug trafficking
Online drug trafficking via the 'dark net' is on the rise, but is limited when compared to the traditional offline trade. Mainly cannabis, stimulants and ecstasy are sold via this channel. Dutch suppliers supply ecstasy relatively frequently.

Contract killings related to organised drug trafficking
Contract killings in the Netherlands are usually the result of conflicts related to drug trafficking. In 2017, there were 31 contract killings. The average number of contract killings has not risen since 2000.

Suspects of Opium Act offences
The number of registered suspects of Opium Act offences is once more falling, in line with that of the total number of crimes: the proportion of registered suspects of all suspects remains constant.

Opium Act cases submitted to the Public Prosecution Service and the courts
The number of cases related to the Opium Act submitted to the Public Prosecution Service is falling, after years of it rising. The total number of Opium Act cases dealt with by the courts remains more or less constant. The Public Prosecution Service refers most Opium Act cases to court. More than one in ten results in acquittal.

Hard drugs and soft drugs
The cases with the Public Prosecution Service concern in half of the cases soft drugs and, for more than two in five, hard drugs. The proportion of hard drug cases is increasing for the first time in years, as is the proportion of hard and soft drug cases. Hard drug cases usually concern the possession of a hard drug; soft drug cases usually concern drug production (cannabis cultivation).

Sanctions

Community service orders and (in part) unconditional custodial sentences are the most common sanctions imposed for Opium Act cases. Community service orders are mostly imposed in soft drug cases, unconditional custodial sentences are mostly imposed in hard drug cases, this pattern does not change. For the first time in years, there is a rise in the number of people in prison for an Opium Act offence.

Crimes Committed and Nuisance Caused by Alcohol and Drug Users

People registered in police files as alcohol and drug users, have mostly committed property offences. In addition, they have mainly committed violent, public order and Opium Act offences.

In a representative sample of men in prison in 2017, approximately 12% have a serious alcohol problem. Almost 15% of the male prisoners have a serious drug problem. For 19% of the male prisoners alcohol use is related to the criminal behaviour, for 24% of the prisoners drug use is related to the criminal behaviour.

During drug checks in the prison in 2016, approximately 10% of the checks revealed drug use by prisoners.

Driving under the influence of alcohol is a frequent punishable offence, but there is a steady fall in the number of people suspected of driving under the influence of alcohol. In 2017, about 25,000 people were booked for this offence, in 2016 this figure was more than 26,000 and in 2015 more than 27,000.

Care for litigants

The judiciary refers around 20,000 people to the addiction probation services annually. In the period June 2014 through March 2017, the majority of clients with drug-related problems used cannabis (62%). This is followed by cocaine (44%) and amphetamine (18%). Of the addiction probation service clients, 44% used multiple drugs.

Nuisance due to drug trafficking and use

In 2016, approximately 25% of the Dutch population were affected by nuisance caused by drug use in their own neighbourhoods. A minority (4%) were seriously disturbed by drug use. In addition, in 2016, approximately 25% of the Dutch population experienced some form of nuisance caused by drunken people in the street. A minority (3%) were seriously affected. These figures have hardly changed when compared to 2014.

0.5 Table 1a, Part 1 Key Figures Substance Use: Opium Act Substances

	Cannabis	Cocaine	Opiates[I]	Ecstasy	Amfetamine	GHB	Sedatives and tranquillizers
USE IN GENERAL POPULATION (2017)							
- Percentage last-month users, 18+	4.5%	0.6%	Hardly none	0.8%	0.5%	0.1%	6.4% (2016)
- Percentage last-year users, 18+	7.2%	1.8%	Hardly none	2.7%	1.4%	0.4%	10.5% (2016)
- Trend in use[II]	The same	Rise 2014-2017 (aged 15-64)	The same	Rise 2014-2017 (aged 15-64)	Rise 2014-2017 (aged 15-64)	The same	-
- International comparison[III]	Average	Above average	Low	Above average	Above average	Unknown	-
ADOLESCENT, PUPIL USE (2015/2017)							
- Percentage of last-month users	4.7% (2017)	0.5% (2015)	0.3% (2015)	0.4% (2017)	0.6% (2015)	0.2% (2015)	-
- Trend (2003-2015/2017)	Fall (2003-2017)	Fall (2003-2015)	Fall (2003-2015)	Fall (2003-2017)	Fall (2003-2015)	-	-
- International comparison, 15/16 age range (2015)[IV]	Above average	Average	Average	Above average	Average	Average	Above average
NUMBER OF PROBLEM USERS	**2007-2009**		**2012**				**2007-2009**
	29,300 (dependency) 40,200– (abuse)	Unknown[V]	± 14,000	Unknown	Unknown	Unknown	22,000 (dependency) 35,000 (abuse)
NUMBER OF ADDICTION CARE CLIENTS (2015)[VI]							
- Substance as primary problem	10,816 4,501	7,295 6,138	9,093 2,053	122 359	1,794 742	837 167	581 803
- Trend (2006-2015)	After rise, stable since 2011	Fall	Fall	Fall	Rise	Rise	Fall
REGISTERED DEATHS (2017)[VII]				**Psychostimulants**			
	Hardly no acute deaths	55 (acute)	127 (acute)	6 (acute)	9 (acute)	100 (acute)	

I. Heroin (and methadone). II. For the age range 18+ there are trend data available for 2015 to 2017. For the age range 15-64 there are trend data available for 2014 to 2017 (see Appendix D.2: Health Survey/Lifestyle Monitor). III. Compared to the weighted average of 'ever use' (15-64 years) in the member states of the European Union, for opiates with respect to the number of problem users (15-64 years) of the drugs (EMCDDA). IV. Compared to the unweighted average in 34 European countries (ESPAD). V. In the 3 largest Dutch cities (Amsterdam, Rotterdam, and The Hague), 0.5% are addicted to crack. VI. Addiction care as registered anonymously in the National Alcohol and Drugs Information System (LADIS). For an overview of all institutions participating in LADIS, see Appendix D.5. VII. The definitions and methods used to estimate drug-, alcohol- and tobacco-related deaths differ and these categories cannot be compared. Primary cause of death: substance as primary (underlying) cause of death. Acute death: primary deaths where the person dies rapidly after taking a deadly amount of a substance. Secondary cause of death: substance as secondary cause of death (contributing factor or complication). See explanation in Appendix D.1.

0.6 Table 1a, Part 2 Key Figures Substance Use: Alcohol and Tobacco

	Alcohol	Tobacco
USE IN GENERAL POPULATION (2017)		
- Percentage last-year users, 18+	79.5%	23.1%[I]
- Trend in use	Between 2014-2017: fall, comparison with previous years not possible	Between 2014-2017: slight fall. Comparison with previous years not possible
- International comparison	Above average	Below average
ADOLESCENT, PUPIL USE (2017)		
- Percentage last-month users, aged 12-16[II]	25.0%	7.8% (last month[II])
- Trend (2003-2017)	Fall	Fall
- International comparison, aged 15/16 (2015)[III]	Above average	Average
NUMBER OF PROBLEM USERS	**2007-2009**	**2017**
	82,400 (dependent) 395,600 (abuse)	±480,000[IV]
NUMBER OF ADDICTION CARE CLIENTS (2015)		
- Substance as primary problem - Substance as secondary problem	29,374 4,575	809 3,136
- Trend (2006-2015)	Stable	Rise
DEATHS[V]		
	1,762 [V, VI]	19,587 (2016) [V, VI]

I. This is the percentage of smokers (daily and non-daily) aged 18 and older according to the Statistics Netherlands (CBS) Health Survey/ Lifestyle Monitor in collaboration with RIVM and Trimbos Institute. II. Figure of last-month smoking among pupils in 2017 from the HBSC study. III. Compared to the unweighted average in 36 European countries (ESPAD). The comparison for smoking concerns the percentage of last-month smokers (30%). IV. Based on the percentage of heavy smokers (20 cigarettes or more per day) in the population aged 18 and older in 2017 (3.6%). V. Primary cause of death: substance as primary (underlying) cause of death, in contrast to secondary cause of death: substance as secondary cause of death (contributing factor or complication). VI. See Appendix D.1 for the method used to estimate alcohol and smoking-related mortality.

0.7 Table 1b Key Figures Drug Crime: Opium Act Offences Submitted to the Criminal Justice System in the Period 2007-2017

Phase in the system	Criminal investigations into organised drug crime that undermines society[I]	Number of suspects Police/ RNLM [II]	New Public Prosecution cases [III]	Settlements by judge 1st ruling [IV]	Detainees [V]
Number of Opium Act [I]	**2015 and 2016**	**CBS: 2015 - 2017 HKS: through to 2014**	**through to 2017**	**through to 2017**	**through to 2017**
- Total	476 (2015: 341)	17,000 – CBS2017 18,500 – CBS2016	15,950 (2016: 18,565)	9,535 (2016: 9,480)	1,404 (2016: 1,311)
- Hard drugs	Unknown	2017 N.B. … 42% - HKS2014	7,015 (2016: 7,585)	3,950 (2016: 3,960)	Unknown
- Soft drugs	Unknown	2017 Unknown 51% - HKS2014	8,000 (2016: 10,110)	4,885 (2016: 4,885)	Unknown
- Both	Unknown	2017 Unknown 7% - HKS2014	935 (2016: 870)	695 (2016: 630)	Unknown
- **Most recent compared to previous year absolute**	2015-2016: Rise	Fall	Fall (rise in combination cases hard drugs and soft drugs)	Stable (rise in combination cases hard drugs and soft drugs)	Fall
- **Global trend in period**	Unknown	Falling up to 2011, then rising/stable, falling after 2014	Falling up to 2010, then fluctuation (around 18,000) and falling in 2017: 15,950	Falling up to and including 2011, then rising, recent stabilisation	Falling up to and including 2016, in 2017 rising
% Opium Act on total	Unknown	7% - CBS2017	9.2%	10.2%	18%
- Development	---	Constant	Rise 2007 – 2016 (Dip in 2010); Fall in 2017 9.2	Constant	Rise when compared to 2016
% Opium Act	---	7% – 7% Rise up to and including 2014; constant after that	(rise 2007 -2016: 7.1% – 9.8%	2007-2011: fall Rise 2012-2016/ 2017	2007 -2014 fall 2014 – 2016 / 2017 around 18%

I. Drugs as first area to address. Source: Justification for addressing crime that undermines society, 2017 II. Source: 2007-2014 HKS (2014 preliminary), Police, processing WODC. Source 2015 through 2017, Police, processed by CBS. III. Source: OMDATA / RACmin, processed by WODC. IV. Source: OMDATA / RACmin, processed by WODC. V. Reference date 30 September. Source: J&V DJI.

1. Inleiding

1.1 De Nationale Drug Monitor	▶ pagina 045
1.2 Samenwerkingsverband	▶ pagina 046
1.3 Jaarbericht 2018	▶ pagina 046

1. Inleiding

1.1 De Nationale Drug Monitor

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

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

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

De NDM behartigt de volgende functies:

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

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

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

Het idee achter deze vijf kernindicatoren is dat de drugssituatie in een land ernstiger is naarmate er méér drugsgebruik voorkomt in de algemene bevolking, er méér problematische drugsgebruikers en verslaafden zijn, er méér een beroep wordt gedaan op de hulpverlening en er méér ziekte en sterfte voorkomt in relatie tot drugsgebruik. Trends in deze indicatoren kunnen echter door meer factoren worden beïnvloed dan alleen de drugsproblematiek. Voor een nadere toelichting verwijzen we naar het Jaarbericht 2015 (zie ook bijlage D).

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

1.2 Samenwerkingsverband

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

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

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

1.3 Jaarbericht 2018

Dit Jaarbericht 2018 geeft een overzicht van de ontwikkelingen rondom drugs, alcohol, tabak, slaap- en kalmeringsmiddelen en de drugsgerelateerde criminaliteit. Drugs, alcohol, tabak en slaap- en kalmeringsmiddelen zijn zogenaamde 'psychotrope' middelen die op diverse manieren de gemoedstoestand van de gebruiker kunnen beïnvloeden.

Deze psychotrope middelen vallen onder verschillende wet- en regelgevingen. Drugs en slaap- en kalmeringsmiddelen vallen onder de Opiumwet en daarmee samenhangende wetten, zoals de Geneesmiddelenwet. Daarnaast zijn er de zogenaamde 'Nieuwe Pyschoactieve Stoffen' (NPS). Dit zijn stoffen met vergelijkbare effecten en risico's als de bestaande illegale drugs, maar ze vallen niet onder het regiem van de Opiumwet.[1] Vaak worden zij geproduceerd om de drugswetgeving te omzeilen.

1 De meeste NPS werden gereguleerd onder de Geneesmiddelenwet. Na een arrest van het Europese Hof van Justitie op 10 juli 2014 vallen deze middelen in beginsel echter niet meer onder de Geneesmiddelenwet, maar onder de Warenwet. Dat is omdat middelen zonder 'therapeutische werking' niet als geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet kunnen worden geclassificeerd. Middelen die een werkzame stof van een geneesmiddel zijn (zoals ketamine) vormen hierop een uitzondering.

Alcohol valt onder de Drank- en Horecawet en tabak valt onder de Tabakswet. Voor de opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten door het Openbaar Ministerie bestaan landelijke regels in de vorm van de Aanwijzing Opiumwet. Naast de landelijke wet- en regelgevingen zijn er ook nog regelingen op gemeentelijk niveau, met name de Algemene Plaatselijke Verordening (APV). De handhaving van wet- en regelgeving kan plaatsvinden langs verschillende kanalen. Handhaving van de gedoogcriteria voor coffeeshops bijvoorbeeld kan zowel bestuurlijk als strafrechtelijk plaatsvinden.

In hoofdstuk 2 van dit Jaarbericht wordt een overzicht gegeven van de recente ontwikkelingen in wetgeving en beleid, eerst voor de wettelijke kaders van opiumwetmiddelen (§ 2.1), daarna voor de wettelijke kaders voor het reguleren van alcohol en tabak (§ 2.2), de beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening (§ 2.3), gevolgd door het beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit (§ 2.4). De wettelijke kaders worden behandeld voor de Opiumwetmiddelen, de slaap- en kalmeringsmiddelen en voor alcohol en tabak. Bij de ontwikkelingen in preventie en hulpverlening worden de verschillende middelen gezamenlijk behandeld. Dit NDM Jaarbericht geeft een overzicht van de beleidsontwikkelingen tot 1 juli 2018.

De hoofdstukken 3 tot en met 7 en 9 tot en met 10 geven een overzicht van de ontwikkelingen in het gebruik van Opiumwetmiddelen: cannabis (hoofdstuk 3), cocaïne (hoofdstuk 4), de opiaten en opioïden (hoofdstuk 5), ecstasy (hoofdstuk 6), amfetamine (hoofdstuk 7), GHB (hoofdstuk 9) en de slaap- en kalmeringsmiddelen (hoofdstuk 10). Hoofdstuk 8 behandelt de Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS). Hoofdstuk 11 behandelt het gebruik van alcohol en hoofdstuk 12 het gebruik van tabak en rookwaren. Bij het gebruik van de middelen gaat het om cijfers over gebruik in de algemene bevolking (paragraaf 2 in de middelenhoofdstukken), gebruik onder jongeren en speciale groepen (paragraaf 3 in de middelenhoofdstukken), problematisch gebruik (paragraaf 4 in de middelenhoofdstukken), internationale vergelijking in gebruik (paragraaf 5 in de middelenhoofdstukken), hulpvraag en incidenten (paragraaf 6 in de middelenhoofdstukken), ziekte en sterfte (paragraaf 7 in de middelenhoofdstukken) en aanbod en markt (paragraaf 8 in de middelenhoofdstukken). Voor de internationale vergelijkingen ligt de nadruk op vergelijkingen met de EU-15 lidstaten (en Noorwegen), de EU-28, en een aantal andere westerse landen, vooral de Verenigde Staten (en voor drugs ook Australië en Canada). Per hoofdstuk kan de vergelijking wisselen, afhankelijk van de bronnen en beschikbare gegevens. Voor een aantal 'overige' middelen (lachgas, ketamine en 'ritalin') die niet in de hoofdstukken 3 tot en met 12 aan bod zijn gekomen, maar waarvoor signalen zijn dat het gebruik is toegenomen, zijn kerngegevens opgenomen in hoofdstuk 13.

In de afgelopen jaren zijn de drugsmarkten sterk in beweging, met name vanwege de opkomst van tal van Nieuwe Psychoactieve Stoffen, maar ook vanwege een toename in het gebruik van psychofarmaca, die mogelijk (ook) voor recreatieve doeleinden worden gebruikt. Tabel 1.3.1 laat zien in welk hoofdstuk van dit NDM Jaarbericht 2018 gegevens over een bepaald middel worden opgenomen. De tabel is ingedeeld naar de primaire werking van een middel: dempend, stimulerend, of hallucinogeen.

Ten slotte behandelt dit NDM Jaarbericht de aan alcohol en drugs gerelateerde criminaliteit. Hoofdstuk 14 beschrijft trends in de handel, de productie en het bezit van illegale drugs en hoofdstuk 15 geeft een overzicht van delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers en de interventies die daarbij zijn toegepast.

Tabel 1.3.1 Hoofdstukindeling voor het NDM Jaarbericht 2018 naar de primaire werking van de verschillende middelen

Primaire werking	Middel	Hoofdstuk in het NDM Jaarbericht
Dempend/verdovend	Cannabis (hasj, wiet)	Hoofdstuk 3
	Synthetische cannabinoïden	Hoofdstuk 8
	Opiaten en opioïden (heroïne, methadon, morfine, buprenorfine, fentanyl, fentanyl-achtigen, tramadol, oxycodon)	Hoofdstuk 5 en 8
	Lachgas	Hoofdstuk 13
	Ketamine	Hoofdstuk 13
	GHB/GBL	Hoofdstuk 9
	Slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen, barbituraten, psychofarmaca)	Hoofdstuk 10
	Alcohol	Hoofdstuk 11
Stimulerend	Cocaïne (snuifcocaïne, crack)	Hoofdstuk 4
	Ecstasy (MDMA, MDA, MDEA, MBDB)	Hoofdstuk 6
	Amfetamine (amfetamine, methamfetamine)	Hoofdstuk 7
	Synthetische cathinonen	Hoofdstuk 8
	Ritalin (methylfenidaat)	Hoofdstuk 13
	4-FA	Hoofdstuk 8
	Mefedron	Hoofdstuk 8
	6-APB	Hoofdstuk 8
	Nicotine (tabak en andere rookwaren)	Hoofdstuk 12
Hallucinogeen	Tryptaminen	Hoofdstuk 8
	Methoxetamine (MXE)	Hoofdstuk 8
	2C-B	Hoofdstuk 8
	LSD	Hoofdstuk 8, bijlage D.2
	Hallucinogene paddenstoelen (paddo's)	Bijlage D.2

Bijlage A geeft een overzicht van verklaringen van de meest voorkomende termen en begrippen in dit Jaarbericht. Bijlage D geeft achtergrondinformatie voor een aantal primaire bronnen: de Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor, een aantal jeugdstudies (Peilstationsonderzoek, ESPAD, HBSC), de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ), het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS), de Monitor Drugsincidenten (MDI) en de Doodsoorzakenstatistiek.

Leeftijdsgroepen middelengebruik

Conform de kerncijfers voor het beleid van de Staat van Volksgezondheid en Zorg (Staat van V en Z; zie: www.staatvenz.nl), zullen gegevens over het middelengebruik in de algemene bevolking standaard

worden weergegeven voor de leeftijdsgroep 18 jaar en ouder. In voorgaande Jaarberichten rapporteerden wij voor drugs voor de bevolking van 15-64 jaar, en voor alcohol en roken voor de bevolking van 12 jaar en ouder. Voor jongeren zullen kerncijfers voor scholieren van het voortgezet onderwijs in de leeftijdsgroep van 12-16 jaar worden gepresenteerd. Als aanvulling hierop zijn gegevens opgenomen van het middelengebruik onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO, afkomstig van een landelijke peiling, die in 2015 en 2017 is uitgevoerd (Tuithof et al., 2018).

Monitoringperikelen: trendbreuken en lacunes

In de afgelopen jaren hebben zich voor een aantal registratie- en monitoringsystemen wijzigingen voorgedaan in de methoden van gegevensverzameling en/of -verwerking. Hoewel niet elke methodenwijziging een trendbreuk teweeg hoeft te brengen, is voor een aantal bronnen uit nadere analyses gebleken dat cijfers voor en na de methodeverandering niet vergelijkbaar zijn, en het derhalve niet mogelijk is om uitspraken over trends te doen, of slechts over een beperkt aantal jaren. Voor sommige bronnen spelen andere kwesties, zoals de registratie van de hulpvraag in de verslavingszorg, waardoor gegevens tijdelijk niet beschikbaar zijn. In bijlage D wordt voor een aantal kernbronnen een toelichting gegeven op deze methodologische haken en ogen. Wij zullen dit ook expliciet benoemen in de betreffende paragrafen.

Een korte toelichting:

- Middelengebruik in de bevolking: in 2014 vond een 'herontwerp' plaats van de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Een analyse liet zien dat deze wijzigingen vermoedelijk tot wijzigingen in gebruikscijfers voor alcohol, roken en drugs hebben geleid (zie bijlage D.2). Voor het middelengebruik in de algemene bevolking zijn vergelijkbare trendcijfers beschikbaar vanaf 2015 voor 18+; voor drugs zijn vanaf 2014 trendgegevens beschikbaar voor 15-64-jarigen, de standaard voor het EMCDDA (zie bijlage D2 voor een toelichting).
- Ook is in afgelopen jaren geconstateerd dat recente landelijke gegevens over middelengebruik onder jongeren in hoog-risico settings ontbreken, met uitzondering van het uitgaansleven. Deze lacune zal worden opgevuld. Eind 2019 zal het Trimbos-instituut (weer) landelijk onderzoek doen naar het middelengebruik onder jongeren in het praktijkonderwijs (PrO), in het speciaal onderwijs (REC-3 en REC-4) en in de residentiële jeugdzorg (RJZ) en justitiële jeugdinrichtingen (JJI). De uitkomsten hiervan komen in 2020 beschikbaar.
- De hulpvraag in de verslavingszorg: vanwege aanscherping van de privacywetgeving zijn tijdelijk geen gegevens beschikbaar vanuit het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Er is nieuwe wet- en regelgeving in voorbereiding om dit mogelijk te maken. In medio 2019 zal deze naar verwachting van kracht gaan en kunnen nieuwe gegevens met terugwerkende kracht worden aangeleverd, in ieder geval vanaf 2015 (http://www.ladis.eu/nl/over-ladis/kerncijfers, september 2017).
- Sterfgevallen door drugs- en alcoholgebruik: wijzigingen in de registratie en 'detectie' van aan middelen gerelateerde sterfgevallen zijn mogelijk van invloed op de trends in geregistreerde sterfte op basis van de Doodsoorzakenstatistiek. Voor alcohol is voor het eerst een schattingsmodel ontwikkeld op basis van populatie attributief risico's (PAR), die de proportie van de sterfte aan een bepaalde aandoening aangeeft, die toegewezen kan worden aan alcoholgebruik (zie bijlage D.1). Voor de sterfte door tabak (roken) is deze schattingsmethode al jaren gangbaar. Deze schattingen zijn veel 'omvattender' dan alleen de directe, acute sterfte die wordt gehanteerd op basis van de definitie van het EMCDDA voor de drugssterfte, en zijn derhalve onvergelijkbaar.

Ook op het terrein van politie en justitie kampt het Jaarbericht met enkele lacunes in informatie:

- Zo zijn er over 2016 slechts beperkte landelijke cijfers beschikbaar gekomen over hoeveelheden in beslag genomen drugs. Hierdoor kan geen volledig beeld gegeven worden van het totale aantal in beslaggenomen drugs in Nederland.

- Landelijke cijfers over in beslag genomen (pre-)precursoren, ontmantelde productielocaties en geruimde hennepkwekerijen zijn er wel, maar het is niet duidelijk in hoeverre die een volledig beeld geven.
- Over drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem is weinig bekend; niemand weet hoeveel drugsgebruikers er binnenkomen en hoe vaak behandeling aangewezen zou zijn met het oog op het voorkomen van recidive.

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

Innovatie in monitoring: 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. Op de website van het EMCDDA kunnen de resultaten van deze analyses worden gevolgd voor bijna 60 steden in 19 Europese landen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018a).

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 (Been et al., 2016; Löve et al., 2018; Sodré et al., 2017). 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, omdat mensen hun drugsgebruik niet durven of willen toegeven. Ook kunnen met rioolwateranalyses snelle ontwikkelingen op de markten worden gemonitord, zoals voor de NPS, waarbij gebruikers geregeld middelen consumeren waarbij zij zelf niet precies weten om welke middelen het gaat (Ort et al., 2018). In Nederland, waar via het DIMS continu een actueel beeld van de drugsmarkt op gebruikersniveau wordt verkregen (zie o.a. § 6.8, § 8.8), zal dat minder urgent zijn.

Maar er zijn ook nadelen verbonden aan monitoring via rioolwateranalyses (Tran, 2018). 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 (Ort et al., 2018). 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 (Ort et al., 2014).

Vooralsnog, en in afwachting van nieuwe wetenschappelijke inzichten, zijn deze knelpunten ten aanzien van de betrouwbaarheid en interpretatie van gegevens over rioolwateranalyses reden om deze niet structureel in de drugshoofdstukken van dit NDM Jaarbericht 2018 te rapporteren. De verwachting is dat, op termijn, de klassieke methode van de vragenlijsten en de innovatieve methode van de rioolwateranalyse elkaar zullen gaan aanvullen (Zuccato et al., 2016). In het kader hieronder staan in grote lijnen de resultaten vermeld van de studie die werd uitgevoerd in 2017.

Rioolwateranalyses naar drugsgebruik

In een grootschalige Europese studie van het Europees netwerk SCORE (Sewage analysis CORe group — Europe) werden in 2017 monsters uit rioolwaterzuiveringsinstallaties verzameld en vervolgens chemisch geanalyseerd. Het EMCDDA analyseerde gegevens van bijna 60 steden in 19 landen van de Europese Unie (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018a). Er werden vergelijkingen gemaakt met jaarlijkse peilingen vanaf 2011. Deze, en andere studies, laten in het algemeen kenmerkende temporele en geografische patronen zien: hogere 'loads' van stimulantia, zoals amfetamine en cocaïne, in het weekend, dan doordeweeks, en verschillen tussen steden, zoals ook verwacht zou worden op grond van prevalentieonderzoek.

- Cocaïne: Voor de gemiddelde dagelijkse cocaïne load (of 'vracht' in mg per 1.000 inwoners per dag), stond Barcelona van 59 steden op de eerste plaats, gevolgd door Zürich en Antwerpen-Zuid. Amsterdam stond op de zevende plaats met ongeveer drie kwart van de load van Barcelona. Eindhoven stond op de veertiende plaats met ongeveer vier tiende van de load van Barcelona. Utrecht stond op de 26e plaats met ongeveer drie tiende van de load van Barcelona.
- MDMA: Amsterdam stond op de eerste plaats voor de gemiddelde dagelijkse MDMA load, gevolgd door Eindhoven en Antwerpen-Zuid. Eindhoven lag daarbij op ongeveer zeven tiende van de load van Amsterdam. Met name voor Eindhoven kan het daarbij ook gaan om dumpingen van MDMA in het riool. Bovendien is Eindhoven een stad waar veel forenzen en uitgaanders komen, waardoor de MDMA load niet alleen afkomstig zal zijn van de inwoners van Eindhoven, maar naar alle waarschijnlijkheid ook van deze forenzen en uitgaanders. Hetzelfde geldt natuurlijk ook voor Amsterdam. Utrecht stond op de vijfde plaats met ongeveer een kwart van de load van Amsterdam.
- Amfetamine: Voor amfetamine was de gemiddelde load het hoogst in Eindhoven, gevolgd door Antwerpen-Zuid en Saarbrücken. In Eindhoven kan het daarbij ook gaan om dumpingen van amfetamine in het riool, net als hierboven het geval was voor MDMA. Amsterdam stond op de elfde plaats met ongeveer de helft van de load van Eindhoven. Utrecht kwam op de zestiende plaats met ongeveer drie tiende van de load van Eindhoven. Methamfetamine werd nauwelijks in Nederlandse steden aangetroffen. Wel stond Amsterdam voor methamfetamine op de 25e plaats met ongeveer een twintigste van de load van de koploper voor methamfetamine, de Duitse stad Chemnitz.
- Trend 2011-2017: Jaarlijkse monitoringgegevens van 2011 tot en met 2017 laten zien dat de hoogste MDMA loads consistent werden gevonden in Belgische en Nederlandse steden, en dat in de meeste steden de loads in 2017 hoger lagen dan in 2011. Mogelijk is dit het gevolg van een toename van de beschikbaarheid van MDMA en een toegenomen sterkte (zuiverheid) van ecstasy. Zowel in 2011 als in 2017 werd de hoogste MDMA load gevonden in Amsterdam. In deze periode verdrievoudigde de Amsterdamse MDMA load van 77,2 naar 230,3 mg per 1.000 inwoners per dag. In Eindhoven vond er in dezelfde periode meer dan een verdubbeling plaats, namelijk van 66,7 naar 165,1 mg per 1.000 inwoners per dag. In Zagreb, een voorbeeld van een stad met een lagere score, werd de load bijna tien keer zo hoog. Hier steeg de MDMA load tussen 2011 en 2017 van 3,3 naar 32,6 mg per 1.000 inwoners per dag.

Middel-gebonden indeling

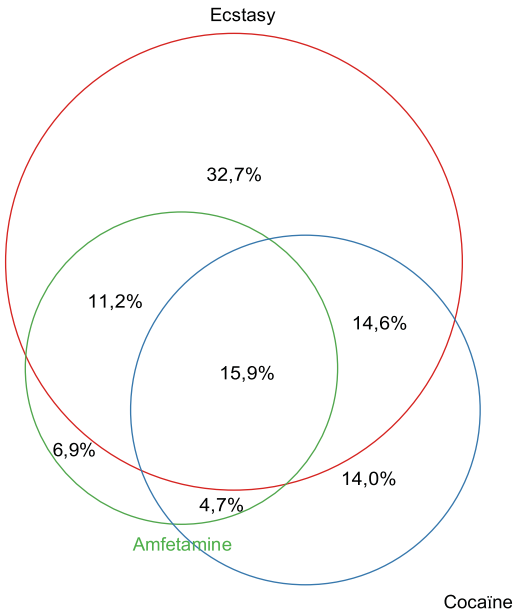
Tot slot nog een kanttekening bij de indeling. De hoofdstukken 3 tot en met 13 van het Jaarbericht zijn ingedeeld per middel. Deze indeling sluit aan bij de gegevensbehoefte en laat zien dat de risico's van het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen voor de (volks)gezondheid en maatschappij verschillen. Een methodiek waarbij deze risico's direct zijn vergeleken is toegepast in een recente Europese studie (Van Amsterdam et al., 2015). Een panel van experts beoordeelde de acute en chronische lichamelijke schade (toxiciteit), afhankelijkheid en sociale schade voor 18 illegale drugs, alcohol en tabak, op basis van hun wetenschappelijke expertise en de literatuur. Heroïne en crack bleken samen met alcohol relatief het meest schadelijk te zijn (Van Amsterdam et al., 2015).

De hoofdstukindeling per middel gaat echter voorbij aan het feit dat mensen vaak meer dan één middel al dan niet gelijktijdig – gebruiken en dat gezondheidsrisico's ook sterk samenhangen met het al dan

niet gecombineerd gebruik van middelen. In een aantal paragrafen wordt hier wel naar verwezen, maar de lezer dient hier op bedacht te zijn. Ter illustratie wordt in figuur 1.3.1 de overlap in het gebruik van cocaïne, ecstasy en amfetamine nader toegelicht op basis van gegevens uit de Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor 2017.

In 2017 gebruikte 96,3% van de volwassen Nederlanders géén cocaïne, amfetamine of ecstasy in het afgelopen jaar. Figuur 1.3.1 geeft de mate van overlap weer onder de overige 3,7% van de volwassen Nederlanders die in het afgelopen jaar wél cocaïne, amfetamine, of ecstasy hadden gebruikt. Van deze groep had 15,9% alle drie de middelen gebruikt. Een derde had alleen ecstasy gebruikt (32,7%), 14,0% had alleen cocaïne gebruikt en 6,9% had alleen amfetamine gebruikt. De rest van de gebruikers had ecstasy en amfetamine gebruikt (11,2%), had ecstasy en cocaïne gebruikt (14,6%), of had amfetamine en cocaïne gebruikt (4,7%).

Figuur 1.3.1 Overlap in laatste-jaar-gebruik (%) van cocaïne, ecstasy en amfetamine onder mensen van 18 jaar en ouder die tenminste één van deze middelen in het afgelopen jaar gebruikten. Peiljaar 2017[1]



1. 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, 2017.

Statistische significantie

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

2. Wetgeving en beleid: recente ontwikkelingen

2.1	Wettelijke kaders: Opiumwetmiddelen	▶ pagina 054
2.2	Wettelijke kaders voor het reguleren van alcohol en tabak	▶ pagina 064
2.3	Beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening	▶ pagina 077
2.4	Beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit	▶ pagina 087

2. Wetgeving en beleid: recente ontwikkelingen

De hoofdlijnen van wetgeving en beleid ten aanzien van alcohol, drugs en tabak zijn uitgebreid beschreven in het NDM Jaarbericht 2012. In dit hoofdstuk van het Jaarbericht 2018 wordt primair informatie gerapporteerd die beschikbaar is gekomen in 2017 en tot medio 2018.

2.1 Wettelijke kaders: Opiumwetmiddelen

Het Nederlandse drugsbeleid streeft naar bescherming van de volksgezondheid en wil de schade van het gebruik van drugs voor het individu, zijn directe omgeving en de maatschappij zo klein mogelijk houden. Daarnaast wordt de met drugs samenhangende criminaliteit en overlast bestreden.

2.1.1 De Opiumwet

De Opiumwet is de belangrijkste wet in het drugsbeleid. De wet stelt import en export, productie, teelt, vervoer, aanwezig hebben van en handel in bepaalde middelen, die worden beschouwd als een risico voor de volksgezondheid, strafbaar. De verboden middelen staan op lijsten bij de Opiumwet. Nederland hanteert twee lijsten. Op lijst I staan de middelen die een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid met zich meebrengen, de 'harddrugs'. Het gaat bijvoorbeeld om heroïne, cocaïne, amfetamine, LSD, ecstasy en GHB. Op lijst II staan de andere middelen, zoals cannabis, paddo's, qat en slaap- en kalmeringsmiddelen, de 'softdrugs'.

- Per 25 mei 2017 zijn de volgende middelen op lijst I van de Opiumwet geplaatst: α-PVP, acetylfentanyl en 4-fluoramfetamine (4-FA); het middel fenazepam is op lijst II geplaatst (Stb.2017-206., 2017).
- Per 27 april 2018 zijn de middelen 4-MEC; 5F-APINACA; acryloylfentanyl; butyrfentanyl; ethylon; ethyl-fenidaat; furanylfentanyl; methiopropamine (MPA); MDMB-CHMICA; pentedron; U-47700 en XLR-11 op lijst I van de Opiumwet geplaatst. De stoffen acryloylfentanyl, MDMB-CHMICA en furanylfentanyl zijn op lijst I geplaatst om uitvoering te geven aan Uitvoeringsbesluiten van de EU. De stoffen U-47700; butyrfen-tanyl; 4-MEC; ethylon; pentedron; ethylfenidaat; methiopropamine; MDMB-CHMICA; 5F-APINACA en XLR-11 zijn toegevoegd om uitvoering te geven aan een aantal besluiten van de Commissie voor Verdovende Middelen van de Verenigde Naties (T.K.34885-1, 2018) (Stb.2018-110, 2018). De meeste genoemde middelen worden in Nederland niet of zelden op de Nederlandse gebruikersmarkt aangetroffen (zie hoofdstuk 8).
- Een wetsvoorstel tot uitbreiding van artikel 13b Opiumwet (Verruiming sluitingsbevoegdheid) is aanhangig bij de Eerste Kamer. Dit wetsvoorstel regelt dat de bevoegdheid van de burgemeester om woningen of andere panden te sluiten ook geldt in geval van strafbare voorbereidingshandelingen voor het bereiden of telen van drugs, d.w.z. dat er voorwerpen of stoffen aanwezig zijn die daar duidelijk voor bestemd zijn, zoals bepaalde apparatuur of chemicaliën (T.K.34763-1, 2018)(T.K.34763-2, 2018)(T.K.34763-3, 2018). Op grond van artikel 13b (ook wel Wet-Damocles genoemd) kan de burgemeester namelijk alleen een woning of ander pand sluiten als daar drugs aanwezig zijn.

2.1.2 De Aanwijzing Opiumwet en de Richtlijn voor strafvordering Opiumwet

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

2.1.3 Coffeeshopbeleid

De verkoop van cannabis in coffeeshops wordt 'gedoogd': politie en justitie laten coffeeshops ongemoeid. Ze moeten zich wel houden aan bepaalde criteria. De landelijke gedoogcriteria staan in de Aanwijzing Opiumwet: coffeeshops mogen geen reclame maken (geen afficheringen), geen harddrugs voorhanden hebben of verkopen, geen overlast veroorzaken, niet toegankelijk zijn voor en niet verkopen aan jeugdigen onder de 18 jaar, niet meer dan 5 gram verkopen per transactie en niet meer dan 500 gram handelsvoorraad hebben, en niet toegankelijk zijn voor en niet verkopen aan anderen dan ingezetenen van Nederland (de AHOJGI-criteria). Gemeenten kunnen aanvullende criteria vastleggen in het lokale coffeeshopbeleid. Onderdeel van dit beleid is ook een handhavingsplan (met sancties) dat in het lokale overleg van burgemeester, Officier van Justitie en chef van de politie is afgestemd (Aanwijzing Opiumwet, 2015). Ontwikkelingen in het coffeeshopbeleid in Nederland worden gevolgd in twee monitors:

- een monitor over alle gemeenten met betrekking tot aantallen coffeeshops en aantallen gemeenten die een coffeeshopbeleid voeren (inclusief welk beleid) (Bieleman, Mennes, & Sijtstra, 2017);
- een monitor waarin gekeken wordt naar de ontwikkelingen in het coffeeshopbeleid, coffeeshop- en softdrugstoerisme, softdrugs gerelateerde overlast, dealen en drugsrunnen en de verkoop van cannabis aan gebruikers buiten de coffeeshop (Nabben, Wouters, Benschop, & Korf, 2015)(Mennes, Snippe, Sijtstra, & Bieleman, 2016b) (Mennes, Snippe, Sijtstra, & Bieleman, 2017b). Er zijn drie metingen verricht, over 2014, 2015 en 2016. De meting over 2017 is afgerond, maar ten tijde van schrijven nog niet gepubliceerd. Deze monitor betreft een steekproef van 31 gemeenten die een coffeeshopbeleid voeren. In aansluiting daarop is telkens een verdiepende studie in vijf gemeenten uitgevoerd, om gesignaleerde zaken nader uit te diepen (Mennes, Snippe, Sijtstra, & Bieleman, 2016a; Mennes, Snippe, Sijtstra, & Bieleman, 2017a). De onderzoeksuitkomsten zijn dan niet representatief voor alle gemeenten, omdat de vijf gemeenten juist geselecteerd zijn op een aantal problemen. In 2017 waren dat softdrugtoerisme (verkoop van cannabis aan niet-ingezetenen buiten de coffeeshop). straathandel en overlast (Mennes et al., 2017a). De uitkomsten geven wel een beeld van de plaatselijke problemen en aanpak (Bieleman et al., 2017).

Volgens eerstgenoemde landelijke monitor is het coffeeshopbeleid van de gemeenten in 2016 nauwelijks veranderd vergeleken met de vorige meting in 2014 (Bieleman et al., 2017).

- Eind 2016 voerden 272 van de 390 gemeenten een nulbeleid (verkooppunten worden niet gedoogd); 103 gemeenten hebben een gedoogbeleid; 15 gemeenten voeren geen beleid op het terrein van coffeeshops (er zijn in die gemeenten geen coffeeshops gevestigd, maar er zijn ook geen concrete afspraken dat ze niet gedoogd zouden worden).
- Veel coffeeshopgemeenten die een gedoogbeleid voeren (95 van de 103 in 2016) hebben (net als in 2014) ten minste één lokaal vestigingscriterium naast de landelijk geldende AHOJGI-criteria in hun coffeeshopbeleid opgenomen. Meestal is dat een afstandscriterium, waarbij een minimale afstand (vaak 250 meter) is vastgesteld tussen een coffeeshop en een onderwijsinstelling.
- Bijna de helft van de 103 gemeenten waarin coffeeshops gedoogd worden, heeft niet specifiek vastgelegd op welke wijze de handhaving precies plaats vindt (Bieleman et al., 2017) (zie voor een uitvoeriger bespreking NDM Jaarbericht 2017).

- Het aantal coffeeshops daalt in de periode 2015-2016 gestaag, maar minder dan in de periodes ervoor (Bieleman et al., 2017); zie ook § 3.8). Eind maart 2017 zijn er 567 coffeeshops. Volgens de onderzoekers is het aantal sinds de vorige meting vooral gedaald door de gebiedsgebonden aanpak in Amsterdam ('Project 1012'[1]), de handhaving van een afstandscriterium, sluiting als gevolg van een negatief Bibob-advies, en overtreding van de toepasselijke gedoogcriteria.

Ingezetenencriterium

- De handhaving van het ingezetenencriterium, het zogenoemde I-criterium (geen toegang tot coffeeshops voor en verkoop van softdrugs aan anderen dan ingezetenen van Nederland) is in 2016 vaker in het gemeentebeleid vastgelegd (75,7%) dan in 2014 (68,0%)(Bieleman et al., 2017).
- Gemeenten kunnen het I-criterium wel of niet in hun coffeeshopbeleid opnemen; als zij dat doen kunnen zij er voor kiezen het criterium al of niet actief te handhaven, met lage of hoge prioriteit. Uit de tweede monitor (over 31 gemeenten) blijkt dat iets meer gemeenten (2 meer dan in 2015) het I-criterium hebben opgenomen in hun coffeeshopbeleid, namelijk 27 gemeenten, en dat in iets meer gemeenten actief wordt gehandhaafd (namelijk in acht gemeenten, twee meer dan in 2015). Vijf gemeenten kennen een lage prioriteit toe, drie een hoge. In 19 van de 27 gemeenten waar het I-criterium is opgenomen, wordt niet actief gehandhaafd (Mennes et al., 2017b).
- Volgens de ondervraagde experts in de monitor van 31 gemeenten vermindert de verkoop aan niet-ingezetenen op straat ('softdrugtoerisme') als niet-ingezetenen de coffeeshops mogen bezoeken ('coffeeshoptoerisme'). Tegelijkertijd is het zo dat in zuidelijke gemeenten waar het I-criterium wordt gehandhaafd, en niet-ingezetenen dus uit coffeeshops worden geweerd, zowel het coffeeshoptoerisme als het softdrugtoerisme daalt (Mennes et al., 2017b).
- Gegevens in verband met overlast van coffeeshops en drugtoerisme zijn beschreven in §14.3.

Bestrijding van criminele praktijken in relatie tot coffeeshops

- De wet Bibob (Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur), die tevens van toepassing is op coffeeshops, biedt overheidsorganen de mogelijkheid om de achtergrond van een persoon of bedrijf te laten screenen in het kader van een vergunning- of subsidieverlening. Zo kan voorkomen worden dat de overheid door het verlenen of in stand houden van vergunningen onverhoopt meewerkt aan het ontstaan of voortbestaan van criminele praktijken. Zie voor een nadere beschrijving van de wet NDM Jaarbericht 2017 (Van Laar & Van Gestel, 2017).
- Een voorstel tot wijziging van de wet om overheden ook de mogelijkheid te geven om justitiële gegevens op te vragen over de zakelijk relaties van degene die een aanvraag tot een vergunning of subsidie doet, is op 12 april 2018 in internetconsultatie gegaan (https://wetgevingskalender.overheid.nl/Regeling/WGK008380). Met zakelijke relaties worden bedoeld een beheerder, bestuurder of aandeelhouder, of een financier. Er kan namelijk sprake zijn van een zogeheten stroman-constructie, of een poging van een financier om crimineel geld wit te wassen.
- Het is de bedoeling screening op grond van de Wet Bibob ook mogelijk te maken voor telers die willen deelnemen aan het experiment gesloten coffeeshopketen (T.K.34997-2, 2018; T.K.34997-3, 2018).
- In 2017 heeft het Landelijk Bureau Bibob in 4% van het totale aantal uitgebrachte adviezen (185) een advies uitgebracht over coffeeshops (Landelijk Bureau BIBOB, 2018).

In 2016 hebben 31 gemeenten van de 103 gemeenten waarin coffeeshops gedoogd worden de wet 58 keer toegepast. Bij de vorige meting in 2014 pasten ook 31 gemeenten de wet toe, maar deden zij het 148 keer. Dit grote verschil in aantal komt o. a. doordat in Amsterdam in 2014 veel coffeeshops zijn doorgelicht. Daar is de wet BIBOB 48 keer toegepast in 2014, terwijl dat in 2016 slechts 5 keer is gebeurd (Bieleman et al., 2017).

1 Project dat onder meer tot doel heeft om criminaliteit in de binnenstad van Amsterdam -postcodegebied 1012- terug te dringen.

2.1.4 Medicinale cannabis

In Nederland bestaat de (legale) mogelijkheid om op doktersrecept medicinale cannabis te verkrijgen via de apotheek.

- Er zijn vijf varianten cannabis beschikbaar. De medicinale cannabis wordt geleverd door één teler. Wellicht gaat dit veranderen: er komt een nieuwe aanbestedingsprocedure waarna er één teler voor bestaande en één teler voor nieuwe soorten medicinale cannabis aangewezen kan worden (https://www.cannabisbureau.nl)[2]. Voor de kweek voor medische doeleinden is een ontheffing verleend van de minister van VWS. Het medicinale cannabissysteem is dus strikt gescheiden van het recreatieve cannabissysteem van coffeeshops. Medicinale cannabis in Nederland is van farmaceutische kwaliteit en voldoet aan strenge kwaliteitseisen.
- Het aantal patiënten dat medicinale cannabis op recept krijgt voorgeschreven is toegenomen van ca. 450 in 2006 naar ca. 1.800 in 2016 (T.K.29477-400, 2016). Zie § 3.2 voor algemene bevolkingscijfers over medicinaal cannabisgebruik.
- Het aantal gebruikers dat cannabisproducten voor medicinale doeleinden koopt bij de coffeeshop is onbekend (T.K.29477-470, 2017), evenals het aantal gebruikers dat zelf kweekt. De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) meldt dat, gezien de stand op 22 december 2017, de Nederlandse openbare apotheken in 2017 naar verwachting 15% vaker dan in 2016 een geneesmiddel met medicinale cannabis verstrekken. Dat is veel minder dan de stijging van 75% die SFK in 2016 noteerde. Het gebruik van olievarianten van medicinale cannabis neemt wel sterk toe, namelijk met 60% (zie ook § 3.8).(https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2017, geraadpleegd 13 juni 2018).
- Medicinale cannabisproducten zijn niet geregistreerd als geneesmiddel, zij vallen onder de Opiumwet, en zijn alleen op recept af te halen bij de apotheek. Zij worden niet vergoed door de zorgverzekering, dus de patiënt moet het zelf betalen.[3] Op grond van het advies van het Zorginstituut Nederland (T.K.29477-470, 2017) ziet de Minister van VWS geen reden dit te veranderen. Het is namelijk niet wetenschappelijk bewezen dat deze producten effectief zijn (gezien de gemiddeld lage kwaliteit van het bewijs van onderzoek naar de effecten ervan, en het feit dat het onderzoek betreft naar andere variëteiten dan die in Nederland gebruikt worden).
- Het Ministerie van VWS heeft per 1 januari 2018 (mede op advies van het Zorginstituut) de prijs van medicinale cannabis verlaagd, van € 6,20 naar € 5,80 per gram (Nederlands Huisartsen Genootschap (2018).
- Er is sinds ca. begin 2017 een placebo cannabispreparaat beschikbaar dat qua structuur, smaak en geur overeenkomt met actieve cannabisproducten, maar verwaarloosbare hoeveelheden van de actieve stoffen THC en CBD bevat. Daar zijn placebogecontroleerde (gerandomiseerde) studies mee opgezet naar de werkzaamheid en/of veiligheid van de in Nederland beschikbare cannabispreparaten, die meer bewijskracht hebben. Uitkomsten van dit onderzoek zijn (nog) niet bekend (Nederlands Huisartsen Genootschap (2018).

2 Een eerste aanbestedingsprocedure is in juli 2018 ingetrokken. (https://www.cannabisbureau.nl/actueel/nieuws/2018/03/01/bureau-medicinale-cannabis-publiceert-aanbesteding-voor-teler)

3 Sommige zorgverzekeraars vergoeden uit coulance in individuele gevallen.

- Het Nederlands Huisartsengenootschap heeft een standpunt cannabis ontwikkeld (NHG Standpunt, 1 juni 2018) omdat patiënten de huisarts steeds vaker naar cannabis vragen. Het voorschrijven van cannabis wordt niet aanbevolen, omdat er – in lijn met het advies van het Zorginstituut- onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor pijnreductie of verbetering van kwaliteit van leven terwijl bijwerkingen wel mogelijk zijn. Cannabis kan wel een plaats hebben bij (pijn)klachten in de palliatieve fase bij patiënten met (pijn)klachten bij wie gangbare behandeling niet voldoende helpt of te veel bijwerkingen geeft. Gebruik van cannabis uit de coffeeshop of cannabisolie van drogist of reformzaak moet volgens de huisartsen worden afgeraden. Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) registreerde een toenemend aantal informatieverzoeken vanwege vergiftigingen door cannabisolie die vrij verkrijgbaar is via drogist en reformzaak. Dit zijn CBD-oliën die geen THC mogen bevatten. Mensen ervaren dan psychoactieve effecten, die niet bij dit soort olie passen. In 2015 was er één melding, in 2006 waren het er 22 en in het eerste halfjaar van 2017 waren er 34 meldingen, waarvoor bij voornamelijk ouderen en ernstig zieke patiënten soms ziekenhuisbehandeling nodig is. Volgens het NIVC lijkt het er op dat er CBD-oliën op de markt zijn waarmee 'gerommeld is bij de productie' (Kleijne, 2017).

Thuiskweek van cannabis voor medicinaal gebruik

Cannabis wordt ook thuis gekweekt, voor eigen medicinaal gebruik, 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: 1. 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 beslaggenomen worden. 2. Van het kweken van medicinale cannabis is alleen sprake als er een ontheffing is van de Minister van VWS. Het telen van cannabis door particulieren is niet aan te merken als het kweken van medicinale cannabis en is dus niet toegestaan.

Het feit dat het kweken van maximaal vijf planten niet vervolgd wordt heeft onduidelijkheid gecreëerd als het gaat om de thuiskweek van medicinale cannabis. Dat uit zich bijvoorbeeld in de volgende zaken:

- Er zijn plaatselijke initiatieven om het kweken van medicinale cannabis voor eigen gebruik toe te staan. Op verzoek van de Tilburgse Stichting Patiënten Groep Medicinale Cannabis Gebruikers heeft de burgemeester van Tilburg toegezegd dat bewoners voor eigen medisch gebruik maximaal vijf planten mogen kweken. Zij moeten zich dan houden aan strikte voorwaarden, zoals het hebben van een doktersverklaring. De burgemeester heeft met de politie en het Openbaar Ministerie de afspraak gemaakt dat hij afziet van handhaving onder die specifieke voorwaarden (en dat de politie dus niet planten en/of kweekmateriaal in beslag zal nemen)[4]. Deze toezegging leidde tot Kamervragen, mede omdat er bij gemeenten een stijgende behoefte zou zijn aan het versoepelen van regels (T.K.Aanhangsel-1554, 2018; T.K.Aanhangsel-1890, 2016). De Minister gaf daarop aan dat de burgemeester beleidsvrijheid heeft wat betreft het al dan niet inzetten van het bestuurlijk instrumentarium (bijvoorbeeld het sluiten van panden), maar niet om expliciet toestemming te geven voor het in strijd handelen met de Opiumwet c.q. de aanwijzing Opiumwet. Alleen de Minister van VWS kan ontheffing verlenen voor het kweken van medicinale cannabis.

4 Zie Brief burgemeester Noordanus aan PGMCG: www.pgmc.nl/medicinale thuiskweek/toestemming in Tilburg, geraadpleegd 21-8-2018; en het artikel in het Brabants Dagblad van 13 september 2016 'Noordanus: toestemming eigen kweek medicinale cannabis'.

- Een thuiskweker heeft een zogenoemde art 12 Sv procedure ingesteld bij het Hof om vervolging af te dwingen vanwege het kweken van vijf cannabisplanten voor eigen medicinaal gebruik. Zijn planten werden na een inval door de politie inbeslaggenomen en vernietigd, maar hij werd niet vervolgd. Hij wil duidelijkheid verkrijgen, en hij wil voorkomen dat zijn planten opnieuw vernietigd zouden kunnen worden Het Hof Den Haag heeft uitgesproken dat deze verdachte wel vervolgd moet worden (ECLI:NL:GHDHA: 2018:963, 30 april 2018). De man is naar het oordeel van het hof voldoende direct belanghebbende, gezien zijn situatie en argumentatie. Het hof weegt de discussie in Nederland over het gedoogbeleid rondom softdrugs ook mee. Het hof geeft uitdrukkelijke geen inhoudelijk oordeel over de argumentatie van de klager (ECLI:NL:GHDHA: 2018:963, 30 april 2018).
- Een heel speciaal geval is het volgende: De kantonrechter heeft in maart 2017 uitgesproken dat een inwoner van Amsterdam ondanks de bezwaren van de woningcorporatie 51 wietplanten mag blijven telen in zijn huurwoning. (ECLI:NL:RBAMS:2017:1331). In de daaraan voorafgaande rechtszaak wegens illegale hennepteelt, had de rechter al geoordeeld dat de man wiet mocht kweken voor eigen medicinaal gebruik. De rechter honoreert de argumenten waarom het voor deze persoon noodzakelijk is deze planten te telen: hij gebruikt de wiet voor medicinale doeleinden; hij heeft verschillende soorten planten nodig voor verschillende klachten; medicinale wiet uit de apotheek werkt niet bij hem. Hij kweekt zelf omdat het anders te duur wordt. Bovendien geeft de man geen overlast voor de buren en omwonenden en de elektrische installatie voldoet aan de wettelijke veiligheidseisen. De rechter oordeelt dat de omstandigheden van de man zo specifiek en uniek zijn dat door dit vonnis geen precedentwerking zal ontstaan.

2.1.5 Nieuwe psychoactieve stoffen

Om op Europees niveau sneller in te kunnen spelen op risico's voor de volksgezondheid en veiligheid door nieuwe psychoactieve stoffen (NPS) en deze stoffen eerder strafbaar te kunnen stellen, worden het bestaande systeem van vroegtijdige waarschuwing, de risicobeoordelingsprocedure en controlemogelijkheden versterkt. Dit gebeurt door de procedures voor gegevensverzameling en beoordeling te stroomlijnen en te versnellen (Verordening (EU) 2017/2101), die van toepassing is met ingang van 23 november 2018). Daarmee samenhangend is een nieuwe richtlijn vastgesteld (Richtlijn 2017/2103) tot wijziging van kaderbesluit 2004/757/JHA) zodat NPS in de definitie van 'drug' opgenomen kunnen worden, en sneller illegaal kunnen worden verklaard. Deze richtlijn wordt in de Nederlandse Opiumwet geïmplementeerd (T.K, 34923, nr. 3, 2017).

2.1.6 Discussie over regulering van de cannabisketen: verkoop en teelt

Verkoop van cannabis in coffeeshops wordt gedoogd, maar de illegale teelt is strafbaar volgens artikel 3, onder B, van de Opiumwet. Politie en Openbaar Ministerie geven hoge prioriteit aan de opsporing en vervolging van de grootschalige en beroeps- of bedrijfsmatige teelt. Andere teelt, die niet beroeps- of bedrijfsmatig is en een geringe hoeveelheid voor eigen gebruik betreft, heeft geen prioriteit in de opsporing en vervolging (Aanwijzing Opiumwet, 2015; zie ook NDM Jaarbericht 2016 (Van Laar et al., 2016).

De situatie dat verkoop (voordeur) gedoogd wordt, terwijl de teelt en aanvoer (achterdeur) niet gedoogd worden, is problematisch, zowel voor gemeenten als voor de rechtspraak. Dit laatste wordt geïllustreerd door twee uitspraken:

- De Hoge Raad heeft op 13 juni 2017 (ECLI:NL:HR:2017:1074) beslist dat het telen van hennep ten behoeve van gedoogde coffeeshops strafbaar is, ook al doen de telers het onder strikte voorwaarden en in alle openheid. Het argument dat de brede maatschappelijke discussie zo ver is gevorderd dat hennepteelt onder een aantal voorwaarden niet langer strafbaar geacht moet worden, doet daar niets aan af. De Hoge Raad bevestigde daarmee het oordeel van het Hof, dat had aangegeven dat dit argument slechts enige kans van slagen zou hebben als vast zou staan dat de voorwaarden waaronder de hennepteelt gedoogd zou kunnen worden, het resultaat zou zijn van een breed gevoerd en uitgekristalliseerd maatschappelijk debat. Dat is niet het geval.
- Het Gerechtshof Den Bosch heeft in 2017, in een langlopende zaak die al eerder bij de Hoge Raad is geweest, geoordeeld dat de exploitant van coffeeshop Checkpoint te Terneuzen wel schuldig is aan handel in softdrugs en deelname aan een criminele organisatie, maar geen straf krijgt opgelegd. Zolang de achterdeurproblematiek niet gereguleerd is, moet een rechter een inhoudelijke beslissing geven en kan een zaak niet met de niet-ontvankelijkheid van het OM afgedaan worden (ECLI:NL:GHSHE:2017:5167).

Met name gemeenten dringen al langer aan op het reguleren van de cannabisketen. Zij signaleren de volgende problemen: verwevenheid van coffeeshops met de georganiseerde misdaad, onveiligheid van illegale teeltlocaties en ondermijning van de leefbaarheid in toch al kwetsbare en zwakke wijken, maar ook de onduidelijkheid over de samenstelling van de verkochte hennep (zie bv (Gemeente Heerlen, Gemeente Utrecht, & Gemeente Eindhoven, 2014; Meesters, 2015).
Vanwege deze problematiek is op 21 februari 2017 een initiatiefwetsvoorstel, de Wet gesloten coffeeshopketen, aangenomen in de Tweede Kamer (T.K. Handelingen 2016-2017_55-14, 2017). Dit wetsvoorstel is vervolgens door de initiatiefnemer voorlopig aangehouden voor behandeling in de Eerste Kamer, in afwachting van de uitwerking van het experiment gesloten coffeeshopketen. Zie voor de beschrijving van het wetsvoorstel NDM Jaarbericht 2017 (Van Laar & Van Gestel, 2017).

Experiment gesloten coffeeshopketen

- In oktober 2017 is in het regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst' (T.K.34700-34, 2017) opgenomen dat er wet- en regelgeving komt ten behoeve van een experiment met het gedoogd telen van wiet voor recreatief gebruik.
- De reden dat er nu een experiment komt is, zoals hiervoor al aan de orde kwam, dat het huidige gedoogbeleid problemen oplevert voor gemeenten, maar ook voor de rechtspraak. Bovendien zijn de opvattingen internationaal gezien aan het veranderen, onder andere in Canada, de VS en Uruguay (T.K.34997-3, 2018). Door op kleine schaal te experimenteren met de regulering van de hele coffeeshopketen en te bezien of deze keten gesloten kan zijn en de kwaliteit kan worden gecontroleerd, wordt ervaring opgedaan en informatie verkregen voor beleidskeuzes. Een 'gesloten coffeeshopketen' houdt in dat aangewezen telers hun hennep uitsluitend leveren aan de coffeeshops in de aan het experiment deelnemende gemeenten en dat die coffeeshops uitsluitend de door de aangewezen telers geteelde hennep mogen verbouwen. Om spanning met internationale wetgeving te vermijden wordt het een beperkt experiment, met een wettelijk gewaarborgde evaluatie met een wetenschappelijk karakter.
- Een onafhankelijke adviescommissie, bestaande uit wetenschappers en deskundigen onder voorzitterschap van Prof Knottnerus, heeft in juni 2018 haar advies aan de regering gestuurd. De commissie geeft een groot aantal adviezen, over zowel vormgeving en inrichting van het experiment, als de evaluatie van het experiment (Adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen, 2018).
- Op 12 juli 2018 is het wetsvoorstel 'Wet experiment gesloten coffeeshopketen' naar de Tweede Kamer gestuurd (T.K.34997-2, 2018; T.K.34997-3, 2018).
- Binnen het experiment geldt het verbod op bepaalde handelingen genoemd in de Opiumwet niet, d.w.z. dat mensen niet vervolgd zullen worden wegens teelt en aanverwante handelingen met hennep.

- Het experiment zal vier jaar duren en wordt daarna ten minste binnen zes maanden afgebouwd, tenzij bij AMvB anders wordt bepaald. Uit de memorie van toelichting blijkt dat deze afbouwfase bedoeld is om te voorkomen dat deelnemers aan het experiment na afloop van de experimenteerfase meteen in strijd met de wet handelen. Er wordt niet vooruitgelopen op de uitkomst van de evaluatie. De voorbereiding door gemeenten, telers en coffeeshops zal naar verwachting een jaar duren (T.K.34997-3, 2018).
- Door de ministers van VWS en J en V worden in het kader van het experiment een of meer telers aangewezen die ten behoeve van het experiment hennep of hasjiesj telen; zij zullen gescreend worden (mogelijk gemaakt door een artikel aan de wet Bibob toe te voegen).
- Het advies van de commissie en de reactie daarop van de regering zullen het uitgangspunt zijn voor de uitwerking van een AMvB, waarin de randvoorwaarden van het experiment opgenomen worden, waaronder de eisen aan de hennepteelt en de verkoop in coffeeshops. De AMvB zal opgesteld worden in overleg met betrokken organisaties en expertise zal benut worden van onder meer deskundigen en ondernemers (T.K.24077-422, 2018).
- Het kabinet blijft bij een experiment van beperkte omvang (zes tot tien gemeenten) en duur (4 jaar), hoewel de commissie Knottnerus verwacht dat er aanzienlijk meer gemeenten nodig zullen zijn om in het experiment een zinvolle effectmeting tot stand te brengen, waarbij er voldoende variatie is in type gemeenten en geografische spreiding (T.K.24077-422, 2018).
- Het kabinet neemt een aantal adviezen van de commissie Knottnerus over zoals het aanwijzen van vijf tot tien telers, het verlenen van een voldoende gevarieerd aanbod aan cannabissoorten, het niet stellen van eisen aan de hoogte van het THC en CBD-gehalte en het mee laten doen aan het experiment van alle coffeeshops in een deelnemende gemeente. Over een aantal adviezen wordt nog overleg gevoerd, zoals het advies om de maximum handelsvoorraad per coffeeshop te bepalen, zodanig dat slechts één keer per dag cannabis hoeft te worden aangeleverd, en het advies om het ingezetenencriterium als lokaal maatwerk te zien.
- Er wordt een onderzoeksconsortium samengesteld om het experiment te volgen en te evalueren. Bij wet wordt een commissie ingesteld om dit te begeleiden.

In opdracht van de Adviescommissie heeft het Trimbos-instituut nader onderzoek gedaan naar het aanbod van cannabisvariëteiten in coffeeshops (Rigter & Niesink, 2018).

Veiligheidsrisico's voor omwonenden van illegale hennepkwekerijen

Uit onderzoek door de Onderzoeksraad voor veiligheid (2018) blijkt dat er grote fysieke veiligheidsrisico's zijn voor omwonenden van bedrijfsmatig opgezette hennepkwekerijen. Er worden namelijk vaak aanpassingen aan gebouwen gedaan, zoals het onkundig aanleggen van (elektrische) installaties. Gevaren zijn: brand door oververhitting en kortsluiting, instortingsgevaar, aantasting van de gezondheid door water-lekkage en vergiftiging door gassen en pesticiden. De Onderzoeksraad is van mening dat het illegale karakter van hennepteelt geen reden mag zijn om deze problemen niet aan te pakken. Zij doet de aanbeveling aan zowel publieke als private partijen (netbeheerders, brandweer, energieleveranciers, woningcorporaties, gemeentelijke toezichthouders en ook omwonenden zelf) om samen te werken en maatregelen te nemen om onveilige situaties te voorkomen (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2018).

2.1.7 Wet Middelenonderzoek bij geweldplegers

Door de Wet Middelenonderzoek bij geweldplegers zijn veranderingen doorgevoerd in het Wetboek van Strafvordering en in de Wegenverkeerswet.

- In het Wetboek van Strafvordering zijn twee nieuwe artikelen toegevoegd (55d en e Sv.) waardoor opsporings- ambtenaren de bevoegdheid krijgen om aangehouden verdachten van geweldsdelicten te bevelen om mee te werken aan een test naar het gebruik van alcohol of drugs. Het gaat in principe om ernstige delicten waar voorlopige hechtenis op van toepassing is, maar bijvoorbeeld ook om vandalisme. Deze artikelen zijn in werking getreden per 1-1-2017. Zie voor een uitvoerige beschrijving NDM Jaarbericht 2017 (Van Laar & Van Gestel, 2017).

Rijden onder invloed

De Wet Middelenonderzoek bij geweldplegers verbetert ook de aanpak van het rijden onder invloed van drugs.

- In de Wegenverkeerswet 1994 is een bepaling opgenomen die de politie de bevoegdheid geeft de speekseltest te gebruiken (Wegenverkeerswet art. 160 lid 5, onder c; inwerkingtreding 1 juli 2017). Deze speeksteltest wordt gebruik als voorselectiemiddel. Als bewijsmiddel blijft het bloedonderzoek gelden. Als deze speekseltest niet uitvoerbaar is, heeft de politie de bevoegdheid bestuurders het bevel te geven mee te werken aan een onderzoek van de psychomotorische functies en de oog- en spraakfuncties. Na gebruik van meer dan een bepaalde hoeveelheid stoffen die de rijvaardigheid kunnen verminderen, is het rijden strafbaar.
- In een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) zijn grenswaarden vastgelegd voor zowel alcohol als drugs in het bloed, voor zowel enkelvoudig gebruik als gecombineerd gebruik van drugs en van drugs en alcohol of geneesmiddelen (Besluit alcohol, drugs en geneesmiddelen in het verkeer, (Stb.2016-529., 2016). De grenswaarde is gelijk aan de laagst meetbare hoeveelheid van die stof of alcohol die niet op natuurlijke wijze in het bloed aanwezig kan zijn.
- Drie drugs waarvoor grenswaarden gelden, worden tevens als geneesmiddel voorgeschreven. Het betreft dexamfetamine (dat regelmatig aan mensen met ADHD wordt voorgeschreven), medicinale cannabis en morfine (T.K.Aanhangsel-303, 2017). Er wordt gewerkt aan een verkeersveilige en medisch verantwoorde oplossing voor het aan het verkeer deelnemen van personen die deze geneesmiddelen op medisch voorschrift gebruiken: wellicht komt er een uitzondering op de strafbaarstelling voor dergelijke personen. Er moeten namelijk geen strengere eisen aan de rijgeschiktheid gesteld worden dan nodig is voor de verkeersveiligheid (T.K.29398-482, 2015).
- In de praktijk bleek dat er veel meer drugstesten (bloedmonsters) naar het NFI werden gestuurd dan verwacht. Omdat er te weinig capaciteit was om ze allemaal te analyseren (T.K.29628-756, 2018), wordt deze uitgebreid. In de Voorjaarnota is vastgelegd dat er middelen worden vrijgemaakt voor het verwerken van drugstesten (T.K.34960-VI-1, 2018).

2.1.8 De Wet forensische zorg

Forensische zorg is zorg die beschikbaar is voor justitiabelen in het strafrechtelijk systeem die psychische problemen, verslavingsproblemen of een licht verstandelijke handicap 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 (T.K.32398-3, 2010). Zie ook § 2.4.2 over beleid ten aanzien van drugsgebruik en -gebruikers bij justitie en § 14.2 over activiteiten van de (verslavings)reclassering).

- Voor verbetering van de forensische zorg is de Wet forensische zorg vastgesteld (Stb. 38, 2018). De inwerkingtreding is per 1 januari 2019 voorzien (zie ook NDM Jaarbericht 2016 (Van Laar et al., 2016), § 2.1.6). De wet regelt de brede stelselherziening van de forensische zorg, die al in 2007 was ingezet. Onderdelen van de wet zijn al in uitvoering.

De wet regelt de inkoop van de forensische zorg, bij zorgaanbieders, zodat gestuurd kan worden op de kwaliteit van de forensische zorg en er een gedifferentieerd zorgaanbod gecreëerd kan worden. Er komt één uniforme plaatsingsprocedure (waarbij het niet uitmaakt wat de strafrechtelijke titel is); de indicatiestelling en de justitiële titel vormen de basis voor het plaatsingsbesluit en bepalen het type forensische zorg dat een persoon zal ontvangen. Een zorgaanbieder moet bij het beëindigen van forensische zorg die is opgelegd als voorwaarde een advies aan het OM geven over de kans op herhaling van het gedrag dat ten grondslag lag aan de forensische zorgtitel. Gegevensverstrekking en -uitwisseling tussen alle betrokken organisaties (DJI, het OM, de zorgaanbieder, NIFP/IFZ en de reclassering) wordt eenvoudiger gemaakt en is in principe verplicht. De aansluiting tussen het strafsysteem (bijvoorbeeld gevangenisstraf) en de GGZ-zorg wordt verbeterd.

2.1.9 Wet aanpak woonoverlast

- De Wet aanpak woonoverlast die op 1 juli 2017 in werking is getreden, geeft burgemeesters meer mogelijkheden om ernstige woonoverlast te bestrijden door de invoering van een nieuw artikel 151d in de Gemeentewet. De burgemeester wordt bevoegd tot het geven van een gedragsaanwijzing aan overlastgevers bij ernstige en herhaaldelijke hinder voor omwonenden (die moeten dan bepaalde handelingen doen of juist nalaten op straffe van een last onder bestuursdwang). Bij de bespreking van de wet gaf de initiatiefnemer aan dat ook problemen van drugsoverlast onder de nieuwe wet kunnen vallen, zoals een penetrante wietlucht (T.K.34007-9, 2016). De burgemeester kan de overlastgever bijvoorbeeld verplichten ervoor te zorgen dat de omwonenden niet worden gehinderd door de wietlucht. Bij een last onder bestuursdwang kan de sanctie op niet-naleving zijn dat de wiet in beslag genomen wordt. De bevoegdheden in dit nieuwe artikel komen naast de drie al bestaande bevoegdheden om woningen te sluiten, namelijk die van de Wet Victoria (artikel 174a Gemeentewet), de Rotterdamwet (art. 17 Woningwet), en de Wet Damocles (art. 13b Opiumwet). .

2.1.10 Wijziging Luchtvaartwet (Aanwijzing Schiphol als luchthaven voor 'risicovluchten')

Door een wijziging in de Luchtvaartwet (artikelen 37 w en x) is het vanaf 1 juli 2018 verboden voor zogenaamde risicovluchten om op een andere luchthaven te landen dan Schiphol, maar kan ook snel ingespeeld worden op veranderende omstandigheden.

- Verkeersvluchten vanuit een derde land (buiten de EU) kunnen aangewezen worden als risicovluchten, als zij een sterk verhoogd risico vormen te worden gebruikt voor drugssmokkel. Het gaat dan met name om door reizigers ("bolletjesslikkers") meegenomen of in het lichaam verborgen drugs (T.K.34684-3, 2018).
- Luchthavens kunnen aangewezen worden als luchthaven die risicovluchten mag ontvangen.
- Het is voor risicovluchten verboden om op een niet aangewezen luchthaven te landen.
- De achtergrond van deze wet is dat er op Schiphol een 100% controle op risicovluchten is, d.w.z. dat dergelijke vluchten aan een verscherpte controle onderworpen zijn. Daar heeft Schiphol ook de voorzieningen voor. Andere luchthavens in Nederland beschikken niet over dergelijke voorzieningen, en dat zou ook niet lonend zijn zolang daar weinig risicovluchten landen. Maar als er in de toekomst meer luchthavens bijkomen waar intercontinentale vluchten landen, moeten die luchthavens wel controles uitvoeren. Als zij daar dan de voorzieningen voor treffen, kunnen zij ook als luchthaven aangewezen worden die risicovluchten mag ontvangen.

2.2 Wettelijke kaders voor het reguleren van alcohol en tabak

De belangrijkste nationale wettelijke kaders voor het reguleren van het gebruik van tabak en alcohol zijn de Tabaks- en rookwarenwet en de Drank- en Horecawet (voor meer informatie zie NDM Jaarberichten 2012 – 2017). Dit hoofdstuk rapporteert primair informatie die in 2017 en tot medio 2018 beschikbaar is gekomen.

2.2.1 Ontwikkelingen in het tabaksbeleid

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 (T.K.34234-6, 2015). De belangrijkste beleidswijzigingen van de afgelopen jaren waren de verhoging van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten van 16 naar 18 jaar, de implementatie van de Europese tabaksproductenrichtlijn (TPD) en het reguleren van de nieuwere elektronische dampwaren. In de periode juli 2017 tot juli 2018 zijn in het kader van het tabaksbeleid opnieuw enkele wijzingen in de wet- en regelgeving ingezet of doorgevoerd en zijn diverse beleidslijnen versterkt of nieuw ingezet. In het regeerakkoord van het kabinet Rutte III (oktober 2017) staat dat de regering de doelstelling om te komen tot een Rookvrije Generatie steunt en de accijns wil gaan verhogen. Roken is één van de drie thema's van het Nationaal Preventieakkoord dat in het najaar van 2018 wordt verwacht (zei verder § 2.3.1).
De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) houdt toezicht op de naleving van de regels in de Tabaks- en rookwarenwet.

Leeftijdsgrens
Vanaf 1 januari 2014 geldt in Nederland de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de verkoop van tabaksproducten. Daarmee hoort Nederland bij de 24 van de 28 EU-lidstaten waarin deze leeftijdsgrens geldt. In de andere EU-lidstaten (België, Oostenrijk, Luxemburg en Malta) wordt een minimumleeftijd van 16 jaar gehanteerd.

Tabaksproductenrichtlijn (TPD)
- Per 20 mei 2016 is de Europese tabaksproductenrichtlijn (TPD) in Nederland geïmplementeerd en heet de Tabakswet voortaan Tabaks- en rookwarenwet, omdat ook nicotinehoudende elektronische sigaretten onder die wet zijn gaan vallen (Stb.2016-175, 2016). De concrete uitwerking van deze wet gebeurt via het Tabaks- en rookwarenbesluit en de Tabaks- en rookwarenregeling. Deze uitvoeringsbesluiten en –regelingen worden niet aan de Tweede en Eerste Kamer voorgelegd.
- De nieuwe tabaksverpakkingen, uitgezonderd die van grote sigaren en elektronische sigaretten, hebben een verplichte waarschuwing met een (afschrikwekkende) foto met bijpassende tekst waarin wordt gewaarschuwd voor de gezondheidsgevaren van roken. Deze waarschuwing moet minimaal 65% van de voor- en achterkant van de verpakking beslaan en moet ook een verwijzing naar de website 'ikstopnu.nl' en de 'stoplijn' 0800-1995 bevatten.
- Voor alle tabaksproducten, e-sigaretten, navulverpakkingen en kruidenrookproducten geldt dat daar geen misleidende teksten zoals 'biologisch' of 'light' op gedrukt mogen worden. Een pakje sigaretten moet minimaal twintig sigaretten bevatten.
- Het is niet langer toegestaan om TNCO waarden (teer, nicotine en koolmonoxide emissies) op de sigarettenverpakkingen te vermelden. In de Tabaks- en rookwarenwet staan de maximaal toegestane waarden[5].

5 https://www.rivm.nl/toevoegingentabaksproducten/products.html?d-8111255-p=2

- Additieven in sigaretten en shag die een kenmerkend aroma hebben, zoals vanille en vanaf 2020 ook menthol, worden verboden. Filters, papier, capsules en verpakkingen van tabaksproducten mogen geen smaak- en geurstoffen meer bevatten.
- Producenten worden verplicht om informatie over eventuele nieuwe tabaksproducten eerst bij de overheid en de Europese Commissie te melden.
- Om illegale handel tegen te gaan dienen alle verpakkingseenheden van tabaksproducten, na een overgangstermijn, voorzien te zijn van een unieke identiteitsmarkering (volg- en traceersysteem) en veiligheidskenmerken. De regels met betrekking tot het track- en trace-systeem moeten volgens de Tabaksproductenrichtlijn in mei 2019 zijn geïmplementeerd voor sigaretten en shagtabak. Voor andere tabaksproducten ligt deze implementatiedatum op 20 mei 2024 (T.K.34234-3, 2015)(T.K.34234-6, 2015).
- De sancties die gelden voor overtredingen van het reclame- en sponsorverbod en van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten, gelden per 20 mei 2016 ook voor navulbare elektronische sigaretten en navulverpakkingen (T.K.34234-6, 2015).

Andere beleidsinitiatieven

In de ministeriële regeling van 23 april 2018 worden vier zaken geregeld die niet onder de TPD vallen, maar die wel zijn ondergebracht bij de Tabaks- en rookwarenwet. Het gaat om elektronische dampwaar zonder nicotine, vermindering van de aantrekkelijkheid van tabaksverpakkingen, regels met betrekking tot nieuwsoortige tabaksproducten en gewijzigde reclameregels (Stcrt.2018-23779, 2018).

Elektronische dampwaar zonder nicotine

- Elektronische sigaretten Zonder Nicotine (EZN) vallen buiten de werkingssfeer van de TPD. Omdat uit een rapport van het RIVM echter bleek dat er gezondheidsrisico's aan het dampen van EZN kleven, is er een apart wetgevingstraject in de Tabaks- en rookwarenwet afgelegd om regels hiervoor op te stellen (T.K.34470-3, 2016).
- Onder EZN worden alleen wegwerpproducten verstaan die net als elektronische sigaretten gebruikt kunnen worden voor de consumptie van damp via een mondstuk en waarvan de vloeistof geen nicotine bevat. EZN kunnen niet worden nagevuld. Een voorbeeld van EZN zijn shisha-pennen. Dit zijn dampwaren die doorgaans geen nicotine bevatten, maar gekleurde dampwaren met smaken als aardbei, ananas en cola, die aantrekkelijk zijn voor kinderen. Als een shisha-pen toch nicotine bevat, wordt dit product volgens de wet beschouwd als een elektronische sigaret (T.K.34470-3, 2016).
- Alle navulbare dampapparaten vallen eveneens onder de definitie van een elektronische sigaret en zijn met de implementatie van de tabaksproductenrichtlijn in de Tabaks- en rookwarenwet gereguleerd (T.K.34470-3, 2016).
- Op 10 februari 2017 is de wetswijziging met betrekking tot de EZN in het Staatsblad gepubliceerd (Stb.2017-72, 2016). Vanaf 1 juli 2017 geldt er voor de verkoop van e-sigaretten zonder nicotine een leeftijdsgrens van 18 jaar en een reclameverbod. Dit geldt ook voor de voor roken bestemde kruidenproducten, zoals een kruidensigaret (T.K.32011-59, 2017).
- Op 15 juni 2017 is een ontwerpbesluit ingediend om ook nog voor elektronische sigaretten zonder nicotine producteisen, verpakkingseisen, rapportageverplichtingen en verkooppunten te regelen (T.K.32011-58, 2017). Deze aanvullende regels zijn per 1 juli 2018 in werking getreden (Stb.2018-112, 2018)(Stcrt.2018-23779, 2018).

Nadere verpakkingseisen

- Uit onderzoek is gebleken dat de tabaksverpakking kan worden gebruikt om het product extra aantrekkelijk voor jongeren te maken (T.K.32011-52, 2017). Als aanvulling op de verpakkingseisen uit de TPD is een ministeriële regeling opgesteld waarbij de verpakking van voor roken bestemde tabaksproducten vrij moeten zijn van elementen die aantrekkelijk voor jongeren kunnen zijn: doorzichtige materialen; uitingen die verwijzen naar een bepaald thema of gelimiteerde edities; neon-, koper-, metallic-, brons-, zilver- en goudkleuren; hologrammen; reflecterende kleuren en materialen; elementen met geluid-, geur-, smaak-, licht- of andere visuele effecten; andere elementen in de verpakking dan tabaksproducten met uitzondering van een folie papier om sigaretten. De verpakkingen moeten een matte en gladde afwerking hebben (T.K.32011-52, 2017). Over deze nadere verpakkingseisen is een internetconsultatie geweest. Deze extra verpakkingseisen zijn per 1 juli 2018 in werking getreden (Stb.2017-358, 2017)(Stcrt.2018-23779, 2018).
- Als blijkt dat deze nadere verpakkingseisen niet doeltreffend zijn, zal worden overwogen in de toekomst verplichte standaardverpakkingseenheden (*plain packaging*) in te voeren (T.K.32011-52, 2017; Stcrt.2018-23779, 2018).

Nieuwsoortige tabaksproducten

- In het kader van de TPD zijn producenten van nieuwe of gewijzigde rookwaren of 'nieuwsoortige' tabaksproducten, inclusief elektronische dampwaar, verplicht de Nederlandse autoriteiten hiervan in kennis te stellen. Per 1 juli 2018 zijn producenten van nieuwsoortige tabaksproducten niet alleen verplicht de autoriteiten daarover te informeren, maar ook een exemplaar van het betreffende product naar het RIVM te sturen.
- Het enige nieuwsoortige tabaksproduct dat de afgelopen jaren in de handel is gebracht is de heatstick (tabakstick) die met een apart verhittingsapparaat (IQOS) wordt verhit. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat in de emissies van de tabaksstick schadelijke stoffen (o.a. nicotine en kankerverwekkende stoffen) aanwezig zijn (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2018). Op grond van het RIVM-rapport heeft de staatssecretaris van VWS besloten om de nieuwsoortige tabaksproducten die worden verhit onder de werking van de Tabaks- en rookwarenwet te gaan brengen (T.K.32011-64, 2018, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2018).
- De huidige kennisgevingsprocedure voor nieuwsoortige tabaksproducten wordt niet vervangen door een goedkeuringsprocedure met bijbehorend vergunningstelsel, omdat een vergunningstelsel geen extra mogelijkheden biedt om nieuwsoortige tabaksproducten van de markt te weren (T.K.34470-3, 2016) (T.K.34470-15, 2018).

Uitstalverbod (display ban)

- In december 2016 bleek dat een vrijwillig convenant over het uitstalverbod tussen de verschillende brancheorganisaties waarbij de verkooppunten van tabaksproducten zijn aangesloten, niet mogelijk was (T.K.32011-55, 2016). In januari 2017 is het amendement display ban (uitstalverbod) door de Tweede Kamer aangenomen. Hiermee is het uitstalverbod voor tabaksproducten en aanverwante producten onderdeel geworden van de Tabaks- en rookwarenwet (T.K.32011-59, 2017). In detail wordt het uitstalverbod uitgewerkt in het Tabaks- en rookwarenbesluit en in de Tabaks- en rookwarenregeling.
- Met deze regeling wordt bepaald dat rookwaren dusdanig aan het zicht moeten worden onttrokken dat noch kleuren, noch contouren van deze producten zichtbaar zijn. De verkooppunten mogen zelf kiezen op welke wijze of met welk middel de rookwaren uit het zicht worden gehaald. Het uitstalverbod is niet van toepassing op fysieke speciaalzaken die uitsluitend rookwaren en rookaccessoires verkopen. Een uitstalverbod is wel van toepassing op alle fysieke verkooppunten waar rookwaren onderdeel uitmaken van een breder verkoopassortiment en op online verkooppunten: supermarkten, tankstations, gemakszaken, drogisterijen, horeca, avondwinkels, kiosken, webshops en tabaksautomaten. Zelfbediening van rookwaren wordt verboden, omdat dit de toegankelijkheid en de aantrekkelijkheid van rookwaren vergroot (T.K.32011-59, 2017).

- Er wordt naar gestreefd het uitstalverbod in supermarkten per 1 januari 2020 en voor de overige verkooppunten per 1 januari 2022 te laten ingaan (T.K.32011-59, 2017).

Meetmethode TNCO

- Volgens de TPD moeten de emissies van teer, nicotine en koolmonoxide (TNCO) gemeten worden met de meetmethode van de International Organization for Standardisation (ISO-methode). Bij de ontwikkeling van deze ISO-normen wordt vanuit Nederland bijgedragen door het Nederlands Normalisatie-instituut (NEN). De maximumwaarden voor TNCO en andere stoffen zijn in de TPD vastgelegd. De tabaksindustrie is in de ISO en de NEN vertegenwoordigd. De ISO-meetmethode is omstreden. Begin mei 2018 werd bekend gemaakt dat het RIVM en de NVWA uit de NEN-commissie tabak en e-sigaretten stappen (T.K.32011-63, 2018).
- Het RIVM heeft aangegeven dat de Canadian Intense (CI) methode om TNCO-emissies te meten veel realistischer is dan de ISO-methode. Uit een recente meting door het RIVM van de TNCO-waardes volgens de CI-methode bleek dat bij 100 merkvarianten van sigaretten de gemeten waardes tussen de 2 en 26 maal hoger liggen dan volgens de ISO-methode (T.K.32011-65, 2018).
- De regering heeft de Europese Commissie (EC) er al eerder op gewezen dat de ISO-methode niet realistisch is. Dit komt omdat bij de ISO methode de ventilatiegaatjes niet worden afgedekt, terwijl rokers deze gaatjes wel (gedeeltelijk) dicht houden met hun vingers of lippen. De gemeten TNCO gehalten zijn daardoor lager dan de gehalten die rokers binnen krijgen. Bij de CI-methode neemt de rookmachine trekjes met een groter volume sneller achter elkaar en worden de ventilatiegaatjes in de filter afgeplakt. In het kader van de evaluatie van de TPD (mei 2019) worden de mogelijkheden voor alternatieve meetmethoden door de Europese Commissie onderzocht (T.K.32011-57, 2017).

Rookvrije schoolpleinen

- Op voorstel van de Tweede Kamer is gelijktijdig met de implementatie van de TPD een amendement aangenomen waarbij besloten is dat per 1 januari 2020 alle schoolpleinen in Nederland rookvrij moeten zijn (T.K.34234-30, 2016).
- In 2016 waren bij ruim drie kwart van de scholen voor primair onderwijs, ruim de helft van de scholen voor voortgezet onderwijs en vier procent van de mbo-scholen de schoolpleinen geheel rookvrij. In het primair onderwijs en voortgezet onderwijs zijn er nauwelijks scholen die geheel niet rookvrij zijn. Voor het mbo geldt dat de meeste schoolpleinen gedeeltelijk rookvrij zijn, maar ook dat iets minder dan een vijfde van de schoolpleinen geheel niet rookvrij is (Breedveld & Lammertink, 2016).
- Uit onderzoek blijkt dat het welslagen van een rookvrij schoolplein sterk afhangt van de wijze waarop dit beleid wordt ingevoerd. Door strikte handhaving wordt het voor leerlingen makkelijker om niet te roken en wordt niet-roken als sociale norm versterkt. Strikte handhaving betekent: er wordt voor niemand een uitzondering gemaakt en ook rondom de school wordt er niet gerookt (Rozema, Mathijssen, Oers, Groos, & Jansen, 2018).

Geen vervolging door OM van tabaksproducenten

- In september 2016 werd namens de Stichting Rookpreventie en anderen aangifte gedaan tegen de vier grootste tabaksproducenten van Nederland. De tabaksproducenten werd verweten dat zij zich schuldig hebben gemaakt aan poging tot doodslag en of moord, poging tot zware mishandeling met voorbedachten rade en/of poging tot opzettelijke benadeling van de gezondheid met voorbedachten rade, valsheid in geschrift en het in de handel brengen van tabaksproducten die niet voldoen aan de wettelijke eisen, zoals aan maximale missieniveaus.
- Na onderzoek en analyse van de door de aangevers aangedragen delicten heeft het Openbaar Ministerie in februari 2018 geconstateerd dat een succesvolle vervolging van de tabaksproducenten niet haalbaar is binnen de huidige regelgeving en kaders[6].

6 https://www.om.nl/@102218/verder-onderzoek/

Accijnzen

- Naast een bron van inkomsten voor de overheid, kunnen accijnzen ook een rol spelen in het tabaksontmoedigingsbeleid. Per 1 april 2018 is de minimumaccijns op shag verhoogd met 7,45% en die van sigaretten (per 1000 stuks) met 4,08% (zie voor meer informatie § 12.7).

Monitoring van beleid

Handhaving en naleving van 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 (T.K.32011-28, 2014). Voor meer informatie over handhaving en naleving: zie § 12.7.

- In 2017 bleek dat bij 10% van de horecagelegenheden waar inspecties werden uitgevoerd naar overtredingen van het rookverbod, de NVWA een maatregel moest opleggen (in 2016 was dat 8%) (T.K.32011-57, 2017; T.K.32011-62, 2018).
- Het rookverbod wordt voornamelijk in cafés en discotheken overtreden, maar het aantal overtredingen neemt af. Een punt van aandacht is de significante groei van rookruimtes in cafés en discotheken (T.K.32011-57, 2017; T.K.32011-62, 2018).
- Op 13 februari 2018 heeft het Gerechtshof Den Haag geoordeeld dat de uitzondering op het rookverbod voor rookruimtes in horecagelegenheden in strijd is met artikel 8 van het WHO-Kaderverdrag tabaksontmoediging (FCTC). Op grond van dit arrest zouden de rookruimtes in de horeca per direct gesloten moeten worden. Hoewel de staatssecretaris van VWS de intentie heeft om de rookruimtes af te schaffen, gaat hij toch in cassatie tegen het arrest, omdat hij ook zorgvuldig bestuur hoog in het vaandel heeft, zodat men niet van de ene op de andere dag wordt overvallen door nieuwe regels (Gerechtshof Den Haag, 2018). De regering zet in op de afschaffing van alle rookruimtes (T.K.32011-62, 2018).
- De NVWA voert ook jaarlijks inspecties uit bij de waterpijpcafés (shishalounges) –cafés waar klanten tegen betaling waterpijpen kunnen roken- en bij horecagelegenheden met een shishafunctie (T.K.32011-49, 2016; T.K.32011-62, 2018). Voor meer informatie: zie § 12.7.

Handhaving van de leeftijdsgrens

- De naleving van de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de verkoop van tabak en e-sigaretten wordt door de NVWA gecontroleerd.
- In 2017 bleek dat op 16% van de verkooplocaties waar risicogerichte inspecties werden uitgevoerd overtredingen van de leeftijdsgrens werden geconstateerd. De meeste maatregelen werden net als in 2016 opgelegd in de horeca (m.n. cafetaria's en automaten), gevolgd door kleine levensmiddelenzaken (T.K.32011-62, 2018).
- Ook op tabaksautomaten werden controles uitgevoerd. In 25% van de inspecties werd een maatregel opgelegd. Er is een AMvB in de maak waarmee de zelfstandige verkoop van tabak via automaten verboden gaat worden (T.K.32011-62, 2018). Voor meer informatie: zie § 12.7.
- De NVWA heeft in 2017 speciaal op kermissen gecontroleerd op het aanbod van elektronische sigaretten en shishapennen omdat eerder gebleken was dat deze vaak als een te winnen prijs aangeboden werden. Ten opzichte van 2016 was het aanbod flink gedaald. Er werden 18 boetes opgemaakt (NVWA, 2018).

Campagnes

De publiekscampagnes en preventieactiviteiten met betrekking tot roken, die door de rijksoverheid geïnitieerd of ondersteund worden, waren ook in 2017 gericht op de algemene bevolking, op jongeren en hun ouders en op zwangere vrouwen.

Algemene bevolking

- In november 2015 werd door de gezondheidsfondsen Hartstichting, KWF en Longfonds de campagne 'Op weg naar een rookvrije generatie' gestart. Het doel is om kinderen die vanaf 2017 worden geboren in alle fasen van het opgroeien te beschermen tegen tabaksrook en tegen de verleidingen om te gaan roken. De weg naar een rookvrije generatie volgt het opgroeiende kind. De prioriteit van maatregelen wordt telkens bepaald door wat nodig is om kinderen die vanaf 2017 worden geboren in elke levensfase te beschermen. 'Op weg naar een rookvrije generatie' is steeds meer een breed gedragen beweging geworden. Het ministerie van VWS staat ook achter dit initiatief.
- Ook de jaarlijkse campagne Stoptober, in 2017 voor de vierde 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 met een app en tips via Facebook, Twitter en e-mail. Tijdens Stoptober hebben de stoppers steun aan andere mensen die ook proberen te stoppen. In 2017 deden ruim 57.000 rokers mee.
- Er zijn aanwijzingen uit onderzoek dat Stoptober rokers helpt om het rookgedrag en overtuigingen ten aanzien van roken te veranderen en om stoppen met roken te bevorderen (Van Benthem & Kunst, 2016).

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 heeft soms deelcampagnes. De campagne wil de sociale norm 'niet roken en niet drinken onder de 18' neerzetten en stimuleren. Vanaf 2013 worden elk jaar de effecten van de NIX18-campagne gemeten.

- De effecten van de NIX18 campagne worden bij drie doelgroepen gemeten: ouders met kinderen van 13 t/m 17 jaar; jongeren van 13 t/m 17 jaar; het algemene publiek (18+). Enkele resultaten uit de meting 2017 zijn:
  a. Ruim de helft van de ouders (56%) maakt de NIX-afspraak voor roken; in 2013 was dat nog 43%.
  b. Negen op de tien ondervraagde jongeren zegt niet te roken. Dat is redelijk stabiel sinds 2013. Dat cijfer van 90% niet- rokers komt niet overeen met cijfers uit de Gezondheidsenquête, het Peilstationsonderzoek scholieren en andere surveys (zie Hoofdstuk 12).
  c. Steeds meer jongeren vinden roken onacceptabel (38% in 2013 en 53% in 2017). Driekwart van de ouders (77%) vindt het onacceptabel als hun eigen kind voor het 18e jaar rookt.
  d. De helft van de ouders denkt dat met hun kind praten over roken invloed heeft op het rookgedrag van hun kind. Dit is een nieuwe vraag in de campagne (Gutter & Tilanus, 2017).
- Naast de publiekscampagne omtrent de sociale norm, zijn er in 2016 twee deelcampagnes gevoerd: a. 'jongeren en roken', gericht op vmbo- en mbo-jongeren en b. 'legitimatieplicht' gericht op jongvolwassenen. De communicatie gaat via tv-spots, radiospots en (video's op) sociale media.
- De deelcampagne 'jongeren en roken' was erop gericht dat (v)mbo-jongeren elkaar geen sigaretten aanbieden: na afloop van de campagne vinden jongeren vaker dan daarvoor dat je elkaar geen sigaret aan moet bieden. Mbo'ers (gemiddelde leeftijd 18 jaar) nemen een aangeboden sigaret vaker aan dan vmbo'ers (gemiddelde leeftijd 15 jaar). Ze vinden het normaler om te doen (Kantar Public, 2016).
- De deelcampagne 'legitimatieplicht' is ook in 2017 onder de koepel van NIX18 gevoerd. Doel is om jongvolwassenen (tot 25 jaar) te stimuleren om uit zichzelf hun ID-bewijs te tonen wanneer zij alcohol of tabak willen kopen. Jongvolwassenen tonen ten opzichte van 2016 even vaak spontaan hun ID wanneer zij alcohol of tabak willen kopen. Een kwart van de jongvolwassenen die weleens tabak kopen, laat uit zichzelf zijn ID zien. De rest doet dit alleen als er om gevraagd wordt. Hoewel de kennis dat jongeren zich tot hun 25ste moeten legitimeren is afgenomen, is er tot nu toe geen verandering in het gewenste gedrag (Kantar Public, 2017).

- Voor de brugklas is een nieuw programma ontwikkeld om roken, drinken en blowen tegen te gaan: 'Frisse Start'. De uitgangpunten zijn het stellen van een sociale norm, het versterken van het probleemoplossend vermogen en het betrekken van de ouders. 'Frisse Start' sluit aan op de ontwikkeling die leerlingen doormaken als zij van de basisschool naar het voortgezet onderwijs gaan. Aan het lesprogramma is een verplichte docententraining gekoppeld. Het lesprogramma bestaat uit vier lessen en een bijbehorende ouderavond[7].
- In het kader van de Gezonde School deden 31 vmbo-scholen in 2016 mee aan de pilot van de niet-rokenwedstrijd 'Smoke Free Challenge'. Leerlingen spreken met elkaar af om een half jaar niet te roken. Dit is een wedstrijd waarbij scholen op regionaal niveau de strijd aangaan. De klas die wint ontvangt een prijs. Vanaf het schooljaar 2017/2018 konden alle eerste en tweede klassen van het voortgezet onderwijs meedoen aan de wedstrijd en meedingen naar de hoofdprijs. In dat schooljaar hebben 58 scholen meegedaan aan de challenge. In totaal hebben 93 klassen de wedstrijd volgehouden. Ook in het schooljaar 2018-2019 gaat de actie weer van start[8] (smokefreechallenge.nl).
- Eveneens in het kader van de Gezonde-School aanpak, ondersteunt de overheid samen met maatschappelijke partijen 'rookvrije scholen'. Veel jongeren krijgen hun eerste sigaret namelijk van een klasgenoot op het schoolplein. In 2020 moeten schoolpleinen rookvrij zijn (zie hiervoor).

Zwangere vrouwen

- De rijksoverheid startte in januari 2016 met een campagne om roken voor, tijdens en na de zwangerschap tegen te gaan. Naast kennis over de gevaren staat ook de sociale norm centraal: *'Roken terwijl je zwanger bent of wil worden, dat doe je gewoon nooit'*. In deze campagne werd de sociale omgeving van zwangeren aangespoord om mee te helpen. In februari 2017 werd die campagne opgevolgd door de publiekscampagne *'Een rookvrije start voor alle kinderen'*. Deze campagne beoogt de sociale steun voor zwangere vrouwen die stoppen met roken te verbeteren (T.K.32793-269, 2017).
- In 2016 is op initiatief van negen beroepsverenigingen in de zorg, drie partners en het Ministerie van VWS de Taskforce Rookvrije Start gelanceerd (rookvrijestart.rokeninfo.nl). De Taskforce bestaat uit vertegenwoordigers van alle professionals die te maken hebben met rokende (aanstaande) ouders. De Tasforce stimuleert zorgverleners om (aanstaande) ouders een stoppen met roken advies te geven en daartoe onderling beter samen te werken. VWS ondersteunt de Tasforce met een communicatietraject (T.K.32793-269, 2017).
- De Taskforce Rookvrije Start heeft een toolkit samengesteld met diverse materialen ter ondersteuning bij het agenderen en bespreken van stoppen met roken. In 2017 verscheen het addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen', als een aanvulling op de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' (uit 2016). Dit addendum gaat specifiek over de stoppen-met-roken zorg in de zwangerschap en geeft aan dat nicotinevervangende middelen (NVM) in de zwangerschap mogelijk zijn. Een expertgroep heeft het 'Praktijkadvies gebruik nicotinevervangende middelen in de zwangerschap' opgesteld, als aanvulling op het addendum[9]. Ook heeft de Taskforce een geaccrediteerde multidisciplinaire e-learning module ontwikkeld voor zorgverleners die gesprekken met (aanstaande) ouders voeren[10].
- Uit een verkenning in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) bleek dat JGZ-professionals met rokende ouders vaak de gevaren van meeroken bespreken, maar dat zij minder vaak bespreken dat ouders ook kunnen stoppen met roken. Er is wel een verschuiving van de focus binnen de JGZ van meeroken naar stoppen met roken op gang gekomen (Bommelé, Scheffers-van Schayk, De Josselin de Jong, & Van Laar, 2018).

7 https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/?bericht=1582
8 https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/winnaars-smokefree-challenge-bekend
9 https://rookvrijestart.rokeninfo.nl/taskforce-nieuws
10 https://rookvrijestart.rokeninfo.nl/e-learning

Lokaal tabaksbeleid

Steeds meer gemeenten omarmen het gedachtengoed van de Rookvrije Generatie. Per gemeente wordt gekeken welke kansen er liggen om rookvrije plaatsen tot stand te brengen (o.a. rookvrije scholen, speeltuinen, sportverenigingen, kinderopvang e.d.). Het Trimbos-instituut ontwikkelt een platform om gemeenten en GGD'en te ondersteunen bij het maken van lokaal tabaksbeleid. Op dit platform kunnen beleidsdocumenten online beschikbaar worden gesteld aan beleidsmakers.

- De Gemeente Amsterdam heeft zich als eerste gemeente aangesloten bij de Alliantie Nederland Rookvrij. Amsterdam was de eerste gemeente met een eigen lokaal tabaksbeleid (Gemeente Amsterdam, 2015). Steeds meer gemeenten ontwikkelen een apart tabaksbeleid.
- Om gemeenten bij te staan is in het kader van de Rookvrije Generatie een stappenplan voor gemeentes ontwikkeld om roken op een positieve manier op de agenda te zetten en invulling aan tabaksbeleid te geven[11]. KWF heeft onderzoek laten doen naar de juridische mogelijkheden voor het rookvrij maken van openbare ruimten in gemeenten. Gemeenten hebben momenteel vier instrumenten die kunnen worden ingezet om roken in openbare ruimten te verbieden: de gemeentelijke verordening; het subsidiebeleid; de bestemmingsplanologie en het eigenaarschap. De Omgevingswet, die naar verwachting per 2021 in werking treedt, biedt extra aanknopingspunten om rookvrije ruimten te realiseren[12].
- In januari 2017 hebben de 25 GGD'en hun gezamenlijke GGD-actieplan op weg naar een rookvrije generatie gepresenteerd. De GGD'en gaan in hun regio met gemeenten en andere partners ervoor zorgen dat: kinderen (mee)rookvrij kunnen opgroeien; rokers worden ondersteund bij het stoppen en alle gemeentelijke gebouwen rookvrij worden (GGD-GHOR Nederland, 2017).

Internationale ontwikkelingen

De recente ontwikkelingen over tabaksontmoediging bij de WHO en de Europese Unie worden hier kort besproken.

- Het Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)-verdrag van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) werd op 27 februari 2005 van kracht. In de zomer van 2017 waren 181 landen partij geworden bij het verdrag, dat gericht is op het verminderen van tabaksgebruik. Nederland heeft in 2005 het FCTC-kaderverdrag geratificeerd.
- Vertegenwoordigers van meer dan 180 landen kwamen in november 2016 in India bijeen voor een vergadering van de WHO over de verdere implementatie van het FCTC-verdrag (de COP7). In de slotverklaring staat onder meer dat tabaksfabrikanten aansprakelijk moeten worden gesteld voor de gevolgen van roken. Als er niets gebeurt, zullen volgens de WHO deze eeuw ongeveer een miljard mensen overlijden als gevolg van roken. Tegen 2030 zal 80% van de tabaksdoden vallen in landen met lage en middeninkomens. De COP8 vindt in oktober 2018 plaats in Geneve.
- Het WHO Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products (FCTC-Protocol) is het eerste verdrag dat de internationale smokkel van tabaksproducten wil bestrijden. Het werd opgesteld in 2012. Aan de aanbodzijde wordt er onder andere een wereldwijd volg- en traceersysteem ontwikkeld. Het protocol wordt van kracht als er 40 ratificaties zijn. In juli 2016 deed de Europese Commissie een oproep aan alle lidstaten om dit protocol te tekenen. Op 27 juni 2018 hadden 40 landen wereldwijd het FCTC-protocol geratificeerd (inclusief de Europese Unie), zodat het per oktober 2018 in werking zal treden. Nederland heeft het protocol nog niet geratificeerd[13].
- Het FCTC-Protocol wordt actief door de Europese Commissie gepromoot en ondersteund door een integrale EU-strategie ter bestrijding van de illegale handel in tabak (European Commission, 2017).

11 https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/RVG%20stappenplan%20%28online%20versie%29.pdf
12 https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/Juridisch%20document%20%27Mogelijkheden%20voor%20rookvrije%20openbare%20ruimtes%27%C2%A0DEF.pdf
13 http://www.who.int/fctc/protocol/about/en/

2.2.2 Ontwikkelingen in het alcoholbeleid

Preventie van schadelijk alcoholgebruik vormt één van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid. Op nationaal niveau zijn de belangrijkste beleidsinstrumenten voor het alcoholbeleid: de Drank- en Horecawet; de regulering van alcoholreclame en –marketing; straffen voor rijden onder invloed van alcohol (Wegenverkeerswet, art. 8 en 9) (zie ook § 2.1.6); accijnsheffing; preventie en voorlichting; vroegsignalering en behandeling van probleemgebruik (www.stap.nl).

- Vanaf 2013 is het toezicht op de handhaving van de Drank- en Horecawet overgedragen naar de gemeenten. De gemeenten hebben de centrale rol in de uitvoering van het alcoholbeleid en zijn de regisseur van het lokale alcoholbeleid geworden.
- Een belangrijke wijziging van de DHW op 1 januari 2014 betrof het ophogen van de minimumleeftijd voor de verkoop van zwakalcoholhoudende dranken naar 18 jaar, de leeftijd die al gold voor sterke drank. Vanaf 1 januari 2014 zijn jongeren onder de 18 jaar strafbaar als ze alcohol in hun bezit hebben die direct geconsumeerd kan worden in de openbare ruimte. Gemeenten hebben de plaatselijke regels rond alcoholgebruik in lokale verordeningen vastgelegd.
- In het Regeerakkoord van het kabinet Rutte III wordt aangegeven dat problematisch alcoholgebruik zal worden aangepakt. Dit onderwerp is toegevoegd aan het Nationaal Preventieakkoord dat in het najaar van 2018 wordt verwacht (T.K.27565-164, 2017; T.K.27565-167, 2018)[14].

Ontwikkelingen rond de Drank- en Horecawet (DHW)

- In artikel 43a van de DHW is bepaald dat de gemeente periodiek verplicht is een preventie- en handhavingsplan op te stellen. Hierin legt de gemeente vast hoe ze invulling geeft aan haar toezichts- en handhavingstaak in het kader van de DHW. In het plan komen in ieder geval aan bod:
  a. de doelstellingen van het preventie- en handhavingsbeleid alcohol;
  b. welke acties worden ondernomen om alcoholgebruik, met name onder jongeren, te voorkomen (al dan niet in samenhang met andere preventieprogramma's gericht op gezondheid);
  c. de wijze waarop het handhavingsbeleid wordt uitgevoerd en welke handhavingsacties in de door het plan bestreken periode worden ondernomen;
  d. de minimaal te behalen resultaten in de door het plan bestreken periode.

  Het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid heeft een database met de gemeentelijke preventie- en handhavingsplannen[15].
- Uit de evaluatie van de DHW van december 2016 was naar voren gekomen dat handhaving van de verkoop van alcoholhoudende drank 'op afstand', waaronder online verkoop, wellicht beter centraal geregeld kan worden. Uit de marktverkenning blijkt dat er naar schatting ruim 4000 alcoholverkooppunten 'op afstand' zijn, waarvan het merendeel bestaat uit thuiszorgrestaurants, die naast een maaltijd zwak alcoholhoudende dranken aanbieden. Structureel en effectief toezicht tijdens de aflevering (aan de voordeur) is bij deze wijze van verstrekking nauwelijks uitvoerbaar. De Staatssecretaris van VWS is met gemeenten in overleg over de haalbaarheid van de verplaatsing van toezicht en handhaving van het aflevermoment naar het (online) aankoopmoment(T.K.27565-164, 2017).
- Naar aanleiding van de evaluatie van de DHW is bekeken in hoeverre de huidige opleidingseisen op het terrein van de sociale hygiëne effectief zijn en hoe deze optimaal kunnen bijdragen aan verantwoorde verstrekking van alcohol. Sociale hygiëne in het horeca- en slijtersbedrijf betekent dat de ondernemer alles in het werk stelt om de gezondheid van zijn klanten en medewerkers te waarborgen. Op een drank- en horecavergunning moeten één of meerdere personen als 'leidinggevende' vermeld staan met een 'Verklaring kennis en inzicht sociale hygiëne'. Onderzoek laat zien dat de huidige opleidingseisen als effectief worden beoordeeld (T.K.27565-164, 2017).

14 https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/02/06/blokhuis-problematisch-alcoholgebruik-ook-onderdeel-van-nationaal-preventieakkoord
15 https://hetccv.nl/onderwerpen/alcoholverbod-18-minners-in-de-praktijk/preventie-en-handhavingsplannen/

- Uit het nalevingsonderzoek naar alcohol- en tabaksverkoop aan jongeren uit 2016 bleek dat de nalevingspercentages in sportkantines beduidend lager waren dan bij de andere verkoopkanalen, zoals supermarkten. Daarom is er in 2017 een apart nalevingsonderzoek gedaan bij sportkantines van verschillende sporten (voetbal, tennis, hockey en zaalsporten) die relevant zijn voor jongeren. De nalevingspercentages van de onderzochte sportkantines variëren van 17,9% tot 25,3%. Deze cijfers vindt de regering ontoereikend. In het Nationaal Preventieakkoord zullen concrete doelstellingen en maatregelen om de naleving in sportkantines te verbeteren worden afgesproken met de partijen die hierbij een rol spelen (T.K.27565-167, 2018)(Schelleman-Offermans, K; Roodbeen, 2017).
- Het overmatige alcoholgebruik onder jongeren en jongvolwassenen, dat zich uit in binge-drinken en dronkenschap, is een belangrijke uitdaging voor de gemeenten als belangrijkste uitvoerde partij van de DHW. In samenspraak met enkele gemeenten en gebaseerd op effectieve aanpakken uit diverse Europese landen is er een stappenplan ontwikkeld om dronkenschap en doorschenken in het uitgaansleven tegen te gaan. De uitgangspunten van dit stappenplan zijn twee wetsartikelen: art. 20 lid 5 van de DHW waarbij het verboden is om personen in kennelijke staat van dronkenschap toe te laten in horecagelegenheden en art. 252 lid 1 van het Wetboek van Strafrecht waarmee het verboden is om door te schenken aan personen die reeds in kennelijke staat van dronkenschap verkeren. Belangrijke aspecten van de aanpak zijn: het horecapersoneel moet getraind worden in het naleven van deze normen; deze normen moeten duidelijk naar het uitgaanspubliek gecommuniceerd worden en de gemeenten moeten deze regels handhaven als het nodig is. (Nijkamp & Van Leeuwen, 2017).

Mengvormen of blurring

- Van het voorjaar van 2016 tot 1 juli 2017 faciliteerde de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) een pilot in 34 gemeenten waarbij gewone winkels ook alcohol mochten schenken (blurring), hoewel dit volgens de DHW verboden is. De ondernemers zijn in te delen in drie categorieën: drankverstrekkend horeca met vergunning die producten verkoopt als mengvorm; winkels (geen horeca) die alcohol schenken of verkopen ter plaatse; slijters die proeverijen organiseren. Uit de pilot blijkt dat de meerderheid van de deelnemende gemeenten en ondernemers vindt dat mengvormen mogelijk moeten worden gemaakt met een aanpassing van de DHW (Zwaveling, Slot, & Oostdijk, 2017).
- In vervolg op de gunstige evaluatie van de pilot mengvormen heeft Kamerlid Ziengs het Wetsvoorstel regulering mengformules ingediend waardoor gereguleerde mengformules mogelijk moet worden in de sectoren horecabedrijven, slijtersbedrijven en gemengde kleinhandelsbedrijven. Deze laatste sector zou met het wetsvoorstel in de DHW geïntroduceerd worden. De reden om dit wetsvoorstel in te dienen is dat er op die manier volgens de initiatiefnemer beter kan worden ingespeeld op de veranderende consumentenvraag (T.K.34961-3, 2018). Er lijkt een Kamermeerderheid voor dit wetsvoorstel te zijn.
- Gezondheidsexperts verwachten dat het toestaan van mengvormen zal leiden tot een toename van verkooppunten van alcohol. En dit wordt als een negatieve ontwikkeling gezien. De vorige Staatssecretaris van VWS sloot zich hierbij aan: het aanbod van alcohol moet niet verder worden verruimd en genormaliseerd door vermenging met andere winkelformules mogelijk te maken (T.K.27565-149, 2016). Ook de meeste gemeentelijke toezichthouders staan negatief ten aanzien van blurring. Uit onderzoek blijkt ook dat deze behoefte tot vermenging niet leeft onder het algemene publiek (T.K.27565-149, 2016). Ook de huidige Staatssecretaris van VWS staat niet achter genoemd wetsvoorstel.

Alcoholmarketing

Op vragen uit de Tweede Kamer naar blootstelling van jongeren aan alcoholreclame en de effecten hiervan heeft het Ministerie van VWS verschillende onderzoeken uitgezet.

- Volgens het Trimbos-instituut is er overtuigend wetenschappelijk bewijs dat er een positief verband is tussen blootstelling aan alcoholmarketing en een verhoogde kans op initiatie van alcoholgebruik of bingedrinken. In vervolgonderzoek wordt gekeken of het hier om een oorzakelijk verband gaat (T.K.27565-164, 2017).
- De uitkomst van een quickscan naar maatregelen op het gebied van alcoholmarketing in verschillende Europese landen is dat in de meeste ons omringende landen er wetgeving is met betrekking tot de inhoud van de alcoholreclame en de blootstelling aan alcoholreclame via radio, telvisie en andere kanalen zoals tijdschriften en internet. Nederland is het enige Europese land waarin de maatregelen rondom (Van Leeuwen & Van Hasselt, 2017) de inhoud van de alcoholreclame alleen via zelfregulering is vastgelegd: de Reclamecode voor Alcoholhoudende Drank opgesteld door de Stichting Verantwoorder Alcoholconsumptie (STIVA). In Frankrijk bijvoorbeeld mag op plekken waar alcoholreclame is toegestaan alleen productinformatie weergegeven worden. Leefstijl-gerelateerde informatie is daar niet toegestaan. Overigens is er nog weinig wetenschappelijk bewijs over de effecten van maatregelen rondom alcoholreclame op het drinkgedrag (T.K.27565-164, 2017)(Nijkamp & Van Leeuwen, 2017).
- Onderzoek van bureau Intraval laat zien dat alcoholmarketing volgens volwassenen voorkomt op televisie, websites en folders. In andere media werd nauwelijks alcoholmarketing aangeboden. Ook hebben 12-17-jarigen veel kans hebben om in aanraking te komen met alcoholmarketing in supermarkten, op televisie, op sociale media, in bioscopen en in de horeca (top vijf). Bij jongvolwassenen (18-30 jaar) staat blootstelling via televisie niet in de top vijf, maar staat de blootstelling op festivals/evenementen/poppodia hoog. Het gaat hier om ervaren blootstelling. De staatssecretaris wil nadere aandacht in het Nationaal Preventieakkoord voor het feit dat veel jongeren aangeven op verschillende locaties veel of zeer veel alcoholmarketing te zien (T.K.27565-167, 2018) (Kruize, Mennes, & Bieleman, 2018).
- Uit een kennissynthese komt naar voren dat jongeren die anderen (ouders, vrienden, leeftijdgenoten) zien drinken een grotere kans hebben om zelf ook (meer) te gaan drinken: zien drinken doet drinken (Smit, Monshouwer, & Van Leeuwen, 2018).

Accijnzen

De accijnzen op alle alcoholhoudende dranken zijn voor het laatst in 2014 verhoogd met 5,75%. In 2015, 2016 en 2017 zijn er geen accijnsverhogingen op alcoholische dranken geweest[16].

Per 1 januari 2017 is er een vereenvoudiging van de accijns op wijn en tussenproducten (onder meer port, sherry en vermout) doorgevoerd. De vroegere vijf accijnstarieven voor wijn en drie accijnstarieven voor tussenproducten zijn grotendeels budgettair neutraal vervangen door twee tarieven zowel voor wijn als voor tussenproducten. Het fiscale onderscheid tussen stille wijn en mousserende wijn is opgeheven. (zie verder § 11.8).

Campagnes en preventieve interventies

De afgelopen jaren zijn er diverse campagnes gevoerd en preventieve interventies ontwikkeld en aangeboden om het problematisch alcoholgebruik te terug te dringen. De NIX18 campagne loopt al sinds de minimumleeftijd voor de verkoop van alcohol en tabak verhoogd werd (zie § 2.2.1).

16 https://download.belastingdienst.nl/douane/docs/tarievenlijst_accijns_acco552z77fd.pdf

- Uit de effectevaluatie van de NIX18 campagne over 2017 blijkt dat bijna alle ouders (98%) en jongeren (97%) bekend zijn met het logo en de slogan van NIX18. In 2017 vindt de helft van de ouders het in principe niet acceptabel als hun kind alcohol drinkt, maar een keertje vinden ze niet erg. Onder jongeren is het percentage dat alcohol drinken onacceptabel vindt laag (13%). Ten opzichte van 2016 is het percentage jongeren dat zegt nooit te drinken afgenomen van 70% naar 60%. Het percentage dat positief staat tegenover het maken van de NIX-afspraak omtrent alcohol drinken is voor zowel ouders (54%) als jongeren (44%) de afgelopen twee jaar stabiel. Ruim acht op de tien ouders die de NIX-afspraak maken blijven hierover met hun kind in gesprek, nadat ze die afspraak hebben gemaakt (Gutter & Tilanus, 2017).
- Vanaf juni 2018 wordt in zes Nederlandse gemeenten een pilot uitgevoerd met het IJslandse Preventiemodel voor de aanpak van middelengebruik bij jongeren. In de afgelopen 20 jaar is als gevolg van dat preventiemodel het middelengebruik bij de IJslandse jongeren flink afgenomen. De basis onder het IJslandse preventiemodel is de uitvoerige en regelmatige monitoring van preventieve en risico vergrotende factoren die een rol spelen bij middelengebruik. Met de informatie die dit oplevert, krijgen de beleidsmakers jaarlijks handvatten om aan de juiste knoppen te draaien. Daarmee kunnen ze gericht risico's terugdringen. De aanpak is een vorm van community-based werken waarbij er sprake is van een constante kennisuitwisseling tussen wetenschappers, beleidsmakers en professionals uit de praktijk[17].
- Vanaf september 2017 krijgt de IkPas-campagne subsidie van de Rijksoverheid. IkPas is een jaarlijkse terugkerende actie in Nederland om tijdelijk geen alcohol te drinken (T.K.27565-164, 2017).
- De Zweedse STAD-aanpak wordt ook voor de Nederlandse context ontwikkeld. STAD staat voor STockholm prevents Alcohol and other Drugs-project. Het doel van STAD is om via een community interventie alcohol gerelateerde problemen in het uitgaansleven te reduceren. Het Nederlandse STAD-project is onderdeel van het door de EU gefinancierde STAD-in-Europe project met, naast Nederland, deelnemers uit het Verenigd Koninkrijk, Zweden, Duitsland, Tsjechië, Slovenië en Spanje (stadineurope.eu). De eerste Nederlandse pilot loopt bij een jaarlijks terugkerend festival in Rotterdam en is specifiek gericht op het verminderen van binge drinken en het drinken door jongeren onder de 18 jaar[18].
- Ter ondersteuning van professionals staat sinds het voorjaar van 2018 het Expertisecentrum Alcohol online. Het Expertisecentrum Alcohol maakt wetenschappelijke kennis over alcohol en alcoholpreventie toegankelijk. De website van het expertisecentrum biedt cijfers, nieuws, achtergrondinformatie en themadossiers[19].

Rijden onder invloed

Rijden onder invloed van alcohol levert een gevaar op voor de verkeersveiligheid: in 2017 zijn ruim 17.000 bestuurders aangehouden met een promillage van 0,8 of meer. Naar een schatting van het SWOV vielen er in 2015 tussen de 75 en 140 verkeersdoden als gevolg van het rijden onder invloed (T.K.29398-588, 2018).

- Binnen het bestuursrecht kunnen, afhankelijk van het promillage van de bestuurder, een lichte educatieve maatregel alcohol (LEMA), een educatieve maatregel gedrag en verkeer (EMG) en/of een onderzoek naar de geschiktheid worden opgelegd. Uit een recente evaluatie van de educatieve maatregelen kwam naar voren dat de effecten van de LEMA en de EMG op rijden-onder-invloedrecidive gering is (Blom, Blokdijk, & Weijters, 2017).
- De regering wil rijden onder invloed harder aanpakken en is van plan de volgende maatregelen te nemen: a. het strafmaximum in het strafrecht voor rijden onder invloed te verhogen; b. de grens van het onderzoek naar de geschiktheid te verlagen waardoor bestuurders eerder ongeschikt worden verklaard en niet meer mogen rijden; c. de informatie-uitwisseling tussen de ketenpartners te verbeteren (T.K.29398-588, 2018).

17 https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/nederlandse-gemeenten-experimenteren-met-ijslandse-aanpak-middelengebruik
18 http://stadineurope.eu/resources/interventions/
19 https://expertisecentrumalcohol.trimbos.nl/

- Sinds 2001 wordt er rond de jaarwisseling de Bob-campagne gevoerd. De communicatiedoelstelling is het vestigen en bestendigen van de sociale norm: geen alcohol drinken als je nog moet rijden. Uit de evaluatie in 2017 komt naar voren 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 (Van Kalmthout, 2018).

Internationale ontwikkelingen

Hoewel er geen internationale verdragen zijn over alcoholgebruik, zoals voor drugs of tabak, komt dit thema wel regelmatig op de agenda van de WHO en de EU.

- In 2012 is door de WHO het vierde European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 aangenomen. Actieplannen van de WHO hebben geen kracht van wet, maar het is gebruikelijk dat de lidstaten deze documenten serieus nemen en na aanname ervan er mee aan de slag gaan (WHO Regional Office of Europe, 2012). In 2017 verscheen een update van de implementatie van dit actieplan in de 36 Europese landen van de WHO European Region (World Health Organisation; European Union, 2017). Europa is de regio met de hoogste alcoholconsumptie in de wereld. Tussen 2010 en 2015 werd gemiddeld de meeste vooruitgang geboekt in de domeinen community-based interventies, inclusief de werkplek én de aanpak van rijden onder invloed. Op de gebieden van de door de WHO geformuleerde drie Best Buys om alcoholgebruik te verminderen (hogere accijnzen, minder reclame en lagere beschikbaarheid) was er weinig veranderd.
- In juni 2018 bracht de WHO het advies 'Time to Deliver' uit over de mogelijkheden die landen hebben om op korte termijn actie te ondernemen tegen enkele belangrijke niet-overdraagbare aandoeningen en de daarmee samenhangende risicofactoren zoals roken en schadelijk alcoholgebruik. In het advies worden de Best Buys met betrekking tot tabaksgebruik, schadelijk alcoholgebruik, ongezond eten, inactiviteit, cardiovasculaire ziekten, diabetes en kanker opgesomd (World Health Organization (WHO), 2018).
- Om de EU-lidstaten te ondersteunen de alcoholproblematiek en de daarmee samenhangende schade aan te pakken, financierde de EU de Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA), die liep van 2014 tot en met 2016.[20] De lidstaten werden gestimuleerd eenzelfde survey methode in te voeren naar het opsporen van de schade als gevolg van alcoholgebruik, waardoor de data tussen de landen onderling vergelijkbaar worden.
- Een van de resultaten was een toolkit met good practices op het gebied van de disseminatie van informatie die in oktober 2016 is gepresenteerd. Daarin staan 43 uitvoerig beschreven alcohol-interventies, ook aangeduid als good practices. De interventies zijn ingedeeld in drie types: 'Vroegsignalering van alcoholproblemen' (totaal 21 interventies zijn positief beoordeeld), Publiekscampagnes (9 interventies) en Schoolprogramma's (13). De beoordeling van de kwaliteit van de interventies (assessment) is gebaseerd op de 'Erkenningssystematiek' die voor het beoordelen van de kwaliteit van interventies op het terrein van de volksgezondheid is ontwikkeld door het RIVM en al gedurende langere tijd wordt toegepast in Nederland. Een groot deel van die interventies staat ook op het online toegankelijke Good Practices Platform van de RARHA. Er kunnen ook nieuwe interventies worden aangemeld[21].

20 https://rarha-good-practice-eu/
21 https://rarha-good-practice-eu/

- In juli 2017 heeft het regionale Europese bureau van de WHO een discussienota gepubliceerd over de etikettering van alcoholhoudende dranken. Er kwamen twee beleidsopties aan bod: 1. de invoering van verplichte waarschuwings- en informatielogo's op etiketten van alcoholhoudende dranken; of 2. de invoering van verplichte productinformatie op de etiketten van alcoholhoudende dranken, zoals de ingrediënten, het alcohol- en caloriegehalte, de additieven en de allergenen[22]. Dit rapport bevat bewijsmateriaal en argumenten om eisen te gaan stellen aan de etikettering van alcoholhoudende dranken, net als bij andere voedingsmiddelen (World Health Organization, 2017). De Europese Commissie gaf de alcoholproducenten tot het voorjaar van 2018 de tijd om zelf met een etiketteringsvoorstel te komen (European Commission, 2018b). In maart 2018 is een zelfreguleringsvoorstel van de alcoholindustrie bij de Europese Commissie ingediend. In zijn eerste reactie gaf de EU-Gezondheidscommissaris aan niet tevreden te zijn over het voorstel van de alcoholbranche[23].
- In mei 2018 kwam de Europese Commissie met een voorstel om de structuur van de accijnzen op alcohol en alcoholhoudende dranken te hervormen. Er moet een nieuw EU-certificeringssysteem komen waarin het recht van kleine en ambachtelijke alcoholproducenten op lagere accijnstarieven wordt vastgelegd. Voor bier tot 3,5% zullen verlaagde accijnstarieven gaan gelden (is nu 2,8%) (European Commission, 2018a).
- Per 1 mei 2018 geldt in Schotland, als eerste land in de wereld, een minimumprijs per eenheid alcohol (=8 gram alcohol)[24].

2.3 Beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening

2.3.1 Preventie en voorlichting

Het doel van preventiebeleid is ervoor te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen[25]. In het overheidsbeleid worden er verschillende vormen van preventie onderscheiden naar 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); zorg gerelateerde preventie (richt zich op individuen die reeds een ziekte hebben).
In de periode 2017-18 heeft het kabinet besloten dat er extra geld wordt vrijgemaakt voor de preventie van roken en problematisch alcoholgebruik via het Nationaal Preventieakkoord. Het bestaande Nationaal Programma Preventie (NPP) loopt door, evenals het preventiebeleid met betrekking tot uitgaansdrugs dat in 2015 een nieuwe impuls heeft gekregen. Verslavingspreventie is één van de aandachtspunten van Verslavingskunde Nederland (VKN). De campagnes richten zich de laatste jaren niet alleen op het benadrukken van de mogelijk negatieve gevolgen van het gebruik van tabak, alcohol en drugs, maar ook op denormalisering.

In het Nederlandse stelsel van zorg en welzijn is het Ministerie van VWS beleidsverantwoordelijk voor preventie. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het preventiebeleid:
- Zorgverzekeraars: op grond van de preventieve aanspraken in de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- Zorgkantoren: op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz);
- Gemeenten: op grond van de Wet Publieke Gezondheid (WPG), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 (WMO 2015) en de Jeugdwet.

22 http://www.stap.nl/nl/nieuws/laatste-nieuws.html/3454/5936/who-document-over-etikettering-alcoholhoudende-dranken-openbaar-gemaakt
23 http://www.stap.nl/nl/nieuws/laatste-nieuws.html/3454/6682/andriukaitis-n-eu-lidstaten-niet-tevreden-over-voorstel-alcoholbranche#p3454
24 http://www.stap.nl/nl/nieuws/laatste-nieuws.html/3454/6611/schotland-voert-minimumprijs-voor-alcohol-in#p3454
25 https://www.volksgezondheidenzorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidenzorginfo/wat-preventie#node-wat-verstaan-we-onder-preventie

- Er zijn in hoofdlijnen twee redenen voor zorgverzekeraars (inclusief zorgkantoren) en gemeenten om preventieve activiteiten te vergoeden of te organiseren: een wettelijke verantwoordelijkheid en/of een financieel belang (Soeters & Verhoeks, 2015). Gemeenten en zorgverzekeraars/Wlz-uitvoerders zijn financiers en opdrachtgever van de uitvoering van hiervoor genoemde wetten, dus ook van preventie die binnen de kaders van die wetgeving plaatsvindt (T.K.32793-213, 2016).

Nationaal Programma Preventie (NPP)

Het Nationaal Programma Preventie is gestart in 2014 en heeft als doel een vermindering van de groei van het aantal mensen met een chronische ziekte. Daarnaast moet het programma ook de grote gezondheidsverschillen tussen hoog en laag opgeleiden verkleinen. De focus van het programma ligt op zes speerpunten: minder alcoholgebruik, roken, depressie, diabetes, overgewicht en meer bewegen. De ambitie is om voor elk van deze speerpunten in 2030 een substantiële verbetering te realiseren ten opzichte van de situatie in 2014 (T.K.32793-164, 2015);(RIVM, 2018a).

Het NPP hanteert drie instrumenten voor het behalen van de ambities:

1. Wet- en regelgeving, zoals een rookverbod in de horeca en het niet verkopen van alcohol en rookwaar aan personen onder de 18 jaar.
2. Gezondheidsprogramma's, zoals de Gezonde School, Sport en Bewegen in de Buurt en Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG).
3. Maatschappelijke bewegingen op gang brengen die aan de NPP doelen bijdragen. Hieronder valt het programma Alles is Gezondheid...(AiG), waarin partijen afspraken maken om gezamenlijke acties te ondernemen om Nederland gezonder en vitaler te maken.

Een organisatie die een 'pledge' of 'maatschappelijke belofte' heeft getekend mag zich 'partner' van het programma AiG noemen. Een pledge kan meerdere domeinen bestrijken. Eind 2017 waren er in totaal 374 pledges getekend, waarvan 65 in 2017 tot stand zijn gekomen. Daarmee zetten zich bijna 3100 organisaties in voor de uitvoering van deze pledges.

- In de voortgangsrapportage van eind december 2016 werd geconstateerd dat een groot aantal gezondheidsprogramma's, zoals Gezonde School en Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG) de gestelde doelen heeft gehaald (T.K.32793-269, 2017).
- In de monitorrapportage over 2017 staat dat van de in totaal 374 pledges er 30 expliciet op het speerpunt roken en 37 op vermindering van problematisch alcoholgebruik gericht zijn. De meeste pledges zijn gericht op de (later toegevoegde) speerpunten leefstijl en bewegen & sport. Vanaf 2017 is er één landelijk programma om aan een gezonde leefstijl op scholen te werken: de Gezonde School. Het al 20 jaar bestaande programma de Gezonde School en Genotmiddelen, dat gericht is op de preventie van alcohol-, drugs- en tabaksgebruik voor scholen, is bij de Gezonde School aangehaakt (Kruiter, Schilder, & Van Teunenbroek, 2018).
- ZonMW ondersteunde onderzoek naar de vraag hoe AiG werkt als instrument om met maatschappelijke partners van binnen en buiten de gezondheidssector en bedrijfsleven activiteiten te organiseren voor de publieke gezondheid (Programmabureau Alles is Gezondheid, 2017).
- In december 2016 werd besloten om het NPP en de beweging AiG voort te zetten, in ieder geval tot 2021 (T.K.32793-269, 2017). Ook deze tweede periode van AiG zal geëvalueerd worden, dit keer op basis van een actiegerichte evaluatie (T.K.32793-297, 2018).

Nationaal Preventieakkoord

Aanvullend op de bestaande preventieprogramma's werkt de staatssecretaris van VWS aan een Nationaal Preventieakkoord, dat in het najaar van 2018 wordt verwacht. Dit akkoord zal zijn weerslag krijgen in het NPP (T.K.32793-297, 2018). In het Nationaal Preventieakkoord dat gesloten gaat worden tussen het ministerie van VWS en allerlei maatschappelijke organisaties worden gezamenlijke maatregelen vastgelegd om gezondheidsproblemen aan te pakken.

- Het kabinet Rutte-III (2017-2021) maakt 170 miljoen euro extra vrij voor diverse preventiedomeinen. Het preventieakkoord vormt daarvan een belangrijk focuspunt (T.K.32793-312, 2018).
- Er zal worden ingezet op drie thema's: roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Deze thema's leiden tot een groot gezondheidsverlies en veroorzaken een hoge ziektelast.
- Het akkoord krijgt een duidelijke visie, focus en concrete doelstellingen, waardoor het meetbaar en uitvoerbaar wordt.
- Er zal zo veel mogelijk worden gekozen voor bewezen effectieve interventies (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2018).

Preventie in het zorgstelsel

Het Ministerie van VWS heeft in 2015 laten onderzoeken hoe preventie beter in het zorgstelsel geborgd kan worden. Met name is onderzocht hoe gemeenten en zorgverzekeraars samen preventieactiviteiten voor risicogroepen kunnen organiseren (selectieve preventie). Preventie van middelengebruik is in deze analyse niet als apart thema geanalyseerd. Gemeenten en zorgverzekeraars weten niet precies wat ze van elkaar mogen en kunnen verwachten en hoe ze hun verantwoordelijkheden bij preventie precies kunnen invullen. Om de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars te stimuleren zijn de volgende maatregelen genomen:

- Stimulering van preventie via bestuurlijk overleg;
- Opzetten en onderhouden van een digitaal loket, waar partijen terecht kunnen voor praktische informatie;
- Het oprichten van een preventieteam, dat antwoord geeft op vragen waarop het digitaal loket geen antwoord heeft;
- De subsidieregeling Preventiecoalities, waardoor gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk gedragen plannen voor effectieve preventie activiteiten kunnen realiseren;
- De evaluatie 'Preventie in het zorgstelsel'. Uit de eerste evaluatie door het RIVM blijkt dat er in 2017 28 netwerkinitiatieven bestaan met afspraken tussen een gemeente en zorgverzekeraars (T.K.32793-297, 2018);(Van Vooren et al., 2018).

Verslavingspreventie

Verslavingspreventie omvat beleidsmatige en professionele activiteiten gericht op (lokale) risicoanalyse, voorlichting en bewustzijn creëren, tijdig signaleren van problematisch gebruik van alcohol en drugs, korte interventies uitvoeren en terugval voorkomen. Verslavingspreventie Nederland (VPN) is het samenwerkingsverband van alle afdelingen verslavingspreventie van de instellingen voor verslavingszorg in Nederland. VPN is in 2017 lid geworden van Verslavingskunde Nederland (VKN). Binnen VKN is de programmalijn Preventie en vroegsignalering opgezet. Deze richt zich op het vergroten van het bereik en de kwaliteit van verslavingspreventie en het ontwikkelen van een landelijk basisaanbod.

- Universele en selectieve verslavingspreventie worden vooral door gemeenten opgezet op grond van de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Het gaat hier veelal om interventies voor scholieren en het uitgaanspubliek en interventies in de jeugdhulpverlening. Een onderdeel van de verslavingspreventie is het geven van deskundigheidsbevordering aan docenten, jeugdhulpverleners, huisartsen en horecapersoneel, gericht op vroegsignalering van middelenproblematiek.
- Vanaf 1 januari 2014 is geïndiceerde preventie (zoals tijdige onderkenning en behandeling van problematisch alcoholgebruik) een taak voor de huisarts en de POH-GGZ. Zorggerelateerde preventie blijft als curatieve geestelijke gezondheidszorg onderdeel uitmaken van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

- In het programma Preventie in de Buurt (2014-2018) versterken het Centrum Gezond Leven (CGL) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en partners de samenwerking aan preventie in de wijk met en vanuit de huisartsenpraktijk. De focus ligt op het ondersteunen van professionals uit de publieke gezondheid en de huisartsenpraktijk bij hun rol in de samenwerking met collega's uit andere domeinen. Voor professionals uit de huisartsenpraktijk zijn online interventies ontwikkeld o.a. over stoppen met roken en minderen of stoppen met alcohol[26].
- In de nieuwe ordening van de GGZ is er binnen GGZ-instellingen, inclusief de verslavingszorg, steeds minder plaats voor aparte preventieafdelingen. Overheid, zorgaanbieders en financiers streven naar een verbreding van preventieve GGZ en verslavingszorg naar wijkteams (universele en selectieve preventie), huisartsenzorg (vooral geïndiceerde preventie) en geestelijke gezondheidszorg (zorggerelateerde preventie) (Ruiter, Bransen, Van der Poel, & Boon, 2014). Er is nog geen zicht op de aard en omvang van preventie in deze settings. In de sociale wijkteams komt verslavingspreventie nogal moeizaam van de grond (Bransen, Collard, Van der Poel, & Boon, 2016). Op steeds meer plaatsen worden wijkteams op het onderwerp herkennen van overmatig middelengebruik bijgeschoold of worden preventiewerkers ingeschakeld (Verslavingspreventie Nederland (VPN) & Trimbos-instituut, 2016).
- Gemeenten werken met sociale (wijk)teams aan een integrale aanpak van problematiek en hulpvragen. Sociale (wijk)teams kernmerken zich door korte lijnen en een snelle afstemming tussen diverse hulpverleners. Het doel is om de hulpverlening zo dicht mogelijk bij de burgers te organiseren en om vroegtijdig te kunnen optreden en/of ingrijpen en daarmee escalatie van problemen te voorkomen, en om proactief hulpbehoevenden te benaderen. Vooral de G4-gemeenten en de G32-gemeenten omarmen de sociale (wijk)teams (Van Arum & Schoorl, 2016).
- Binnen Verslavingskunde Nederland (VKN) is verslavingspreventie één van de programmalijnen die uitgewerkt worden (voor meer informatie zie § 2.3.2).

Effectieve interventies

Veel expertise over verslavingspreventie bevindt zich nog steeds bij de regionale instellingen voor verslavingszorg en hun preventiewerkers worden vaak door gemeenten ingezet om voorlichting aan ouders te geven, aan deskundigheidsbevordering op scholen te doen of om lokaal alcoholmatigingsbeleid mede vorm te geven.

- Verslavingspreventie Nederland (VPN) heeft een preventiemodel ontwikkeld dat een overzicht geeft van verschillende vormen van preventie en de niveaus voor verslavingspreventie, waaronder de preventie van (schadelijk) drugsgebruik (Oudejans & Spits, 2013). Voor meer informatie: zie NDM Jaarbericht 2016 (Van Laar et al., 2016).
- In de Interventiedatabank van het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) staan actuele leefstijlinterventies die door een erkenningscommissie zijn beoordeeld op theoretische onderbouwing en/of effectiviteit. Medio juli 2018 waren er voor roken/tabak 14 interventies opgenomen in de Interventiedatabank, waarvan 2 met de kwalificatie "Sterke aanwijzingen voor effectiviteit", 2 met de kwalificatie "Goede aanwijzingen voor effectiviteit" en 7 met de kwalificatie "Goed onderbouwd". Voor alcohol waren er 25 interventies opgenomen, waarvan 6 met de kwalificatie "Goede aanwijzingen voor effectiviteit" en 13 met de kwalificatie "Goed onderbouwd". Voor drugs waren er 18 interventies opgenomen in de Interventiedatabank, waarvan 2 met de kwalificatie "Goede aanwijzingen voor effectiviteit", 1 met de kwalificatie "Eerste aanwijzingen voor effectiviteit", en 10 met de kwalificatie "Goed onderbouwd" (www.loketgezondleven.nl).

Preventiebeleid voor uitgaansdrugs

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut in 2015 een strategische verkenning uitgaansdrugs uitgevoerd naar de jongerencultuur in relatie tot middelengebruik (Goossens & Van Hasselt, 2015). Voor meer informatie zie het NDM Jaarbericht 2016 (Van Laar et al., 2016). De regering heeft

26 https://www.nhg.org/preventieindebuurt

samenwerking in gang gezet met ouders, gemeenten, scholen, professionals, eigenaars van clubs en organisatoren van evenementen. In juli 2018 gaf de staatssecretaris van VWS aan dat extra zal worden ingezet op de preventie van het gebruik van uitgaansdrugs (T.K.Aanhangsel-2807, 2018).

- Actie gericht op *ouders*: er is een speciale website voor ouders gelanceerd waar ze meer kennis over ecstasy kunnen opdoen en kunnen leren hoe ze met hun kinderen over drugsgebruik in gesprek kunnen gaan: www.uwkindenuitgaansdrugs.nl. Daarnaast is er ook een speciale Facebookpagina voor dit doel opgezet.
- Actie gericht op *jongeren*: er zijn nieuwe Richtlijnen Verslavingspreventie in het Onderwijs ontwikkeld: per type onderwijs en de verschillende leeftijdsfasen is te zien welke preventieve interventies er ingezet kunnen worden; de richtlijnen geven meer duidelijkheid over de manier van werken, de beschikbare interventies en de theoretische onderbouwing (Trimbos-instituut; Verslavingspreventie Nederland (VPN), 2017). In West-Brabant is een innovatieve pilot voor GHB-preventie onder jongeren uitgezet om GHB-gebruikers sneller op te sporen en effectiever te helpen (www.novadic-kentron.nl).
- Actie gericht op *gemeenten*: gemeenten kunnen in hun vergunningverlening veel doen om gezondheidsincidenten te voorkomen. Daarom is in opdracht van het Ministerie van VWS een handreiking drugs en alcohol op evenementen ontwikkeld (De Greeff, J; Goossens, FX; Sannen, AM L; Kooke, H; Van Hasselt, 2017). De verslavingszorg en GGD'en ontwikkelen een uniform basispakket aan preventie-activiteiten waar elke gemeente mee kan werken.
- Actie gericht op *organisatoren en eigenaren*: financieel ondersteund door VWS heeft ID&T, een organisator van feesten en festivals, samen met Unity de campagne Celebrate Safe ontwikkeld (www.celebratesafe.nl). Deze campagne richt zich op het voorlichten van bezoekers van feesten en festivals en het creëren van bewustzijn rondom diverse thema's op het gebied van bewust en veilig feesten (drugs, alcohol, veilige seks, voorkomen gehoorschade).
- Actie gericht op *gezondheidsprofessionals*: in de eerste lijn is de preventiefunctie en vroegsignalering met betrekking tot drugsgebruik versterkt. In 2016 zijn er pilots uitgevoerd bij afdelingen Spoed Eisende Hulp van ziekenhuizen (SEH) en EHBO-diensten om te kijken hoe de preventie van recidive bij cliënten die na een drugsincident binnenkomen, verbeterd kan worden. De testcapaciteit van het DIMS-bureau is uitgebreid; eind september 2016 heeft het Trimbos-instituut de RedAlert App gelanceerd. Deze app bevat informatie over drugs, over risico's van gebruik in het algemeen en specifieke risico's wanneer er extra gevaarlijke pillen op de markt zijn (T.K.24077-357, 2015)(T.K.24077-384, 2016).
- In 2018 is de Strategische Verkenning Cannabispreventie verschenen. Daarin wordt een samenvatting gegeven van de stand van zaken met betrekking tot cannabispreventie in Nederland en worden er aanbevelingen gedaan voor de toekomst (Möhle, Van der Pol, Van Goor, & Goossens, 2018).
- De hoofddoelgroepen van cannabispreventie en denkrichtingen om (problematisch) cannabisgebruik te voorkomen zijn: a. Jongeren die nog niet blowen. Voor deze algemene doelgroep is het preventief beleid gericht op het voorkomen van cannabisgebruik. b. Jongeren die al wel blowen en geen bijkomende multi-problematiek hebben. Preventief beleid is erop gericht om te voorkomen dat het gebruik problematisch wordt en op het toeleiden naar hulp zodra het gebruik problematisch wordt. c. Jongeren die al wel blowen en bijkomende multi-problematiek hebben. Preventief beleid is gericht op het voorkomen dat het gebruik problematisch wordt (Möhle et al., 2018).

Evaluatie van de campagne 'Verhoging leeftijdsgrens alcohol en tabak' (NIX18)

De voorlichtingscampagnes richten zich de laatste jaren niet alleen op het benadrukken van de mogelijk negatieve gevolgen van het gebruik van tabak, alcohol en drugs, maar ook op denormalisering.

- Naast de wetswijzingen waarbij de leeftijd waarop aan jongeren alcohol en tabak mag worden verkocht is verhoogd naar 18 jaar, heeft de Rijksoverheid een meerjarige campagne ingezet die gericht is op het versterken van de sociale norm 'niet roken en niet drinken onder de achttien' (NIX18). De NIX18- campagne is een initiatief van het Ministerie van VWS en een groot aantal partners, waaronder Koninklijke Horeca Nederland, KWF, Longfonds, Trimbos-instituut, NOC*NSF, supermarkten en GGD'en.

- De NIX-afspraak is een afspraak die met jongeren wordt gemaakt om niet te gaan roken of drinken voordat ze 18 jaar zijn. Elk jaar wordt er een campagne-effectonderzoek uitgevoerd. Na vijf jaar campagne voeren laat evaluatieonderzoek zien dat de acceptatie van de sociale norm 'niet roken en niet drinken onder de achttien' is toegenomen (Rijksoverheid, 2017; Van den Berg et al., 2016)(Gutter & Tilanus, 2017), ook al waren de effecten pas op langere termijn beoogd.
- Steeds meer ouders en de jongeren zelf vinden het normaal dat jongeren onder de 18 jaar niet roken en niet drinken: dit aandeel steeg van 64% van de ouders in 2013 naar 84% in 2017. Onder jongeren (13-17 jaar) steeg dat percentage van 56% in 2015 naar 85% in 2017 (Gutter & Tilanus, 2017). Voor meer gedetailleerde informatie over NIX18: zie ook § 2.2.1. en § 2.2.2.

2.3.2 Verslavingszorg

In deze paragraaf wordt het wettelijke kader waarbinnen de verslavingszorg zich beweegt geschetst. Verder komen recente ontwikkelingen aan de orde: het in 2017 opgerichte netwerk Verslavingskunde Nederland (VKN), de nieuwe bekostigingssystematiek voor de GGZ, nieuwe ontwikkeling met betrekking tot personen met verward gedrag en de kosten van de GGZ.

Wetgeving

Voor de GGZ, inclusief de verslavingszorg, zijn sinds 1 januari 2015 de volgende wetten van belang. Zowel de AWBZ als de voormalige WMO zijn ingetrokken en voor een deel vervangen door nieuwe wetten: de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 (WMO 2015). De Zorgverzekeringswet (Zvw) is uitgebreid. Een andere transitie, die al eerder is ingezet, betreft de ambulantisering van de GGZ. Voor meer informatie zie Jaarbericht 2017 (Van Laar & Van Gestel, 2017). Cliënten van wie de indicatie voor AWBZ-zorg doorliep in 2015, hielden recht op zorg. Voor de zorg die vanuit de AWBZ naar de Zvw ging, gold een overgangsregeling. Cliënten met een GGZ-B indicatie kregen een Wlz-indicatie voor drie jaar. Alle GGZ-zorg wordt voor de eerste drie jaar door de Zvw betaald. De Wlz is alleen toegankelijk voor mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuigelijke handicap en/of een somatische of psychogeriatrische beperking of aandoening. Een psychische stoornis is niet als grondslag opgenomen, omdat men dacht dat er bij psychische stoornissen altijd kans op herstel is en dat deze groep dus geen levenslange zorg nodig heeft. Toch blijkt er een groep ggz-cliënten te zijn die voor een onbepaald aantal jaren intensieve zorg nodig heeft, soms uitmondend in blijvende zorg. Daarom heeft het kabinet Rutte III een wetsvoorstel ingediend om de Wlz per 2021 ook toegankelijk te maken voor mensen met een psychische stoornis die hun leven lang intensieve ggz-hulp nodig hebben (T.K.34104-227, 2018). Deze wijziging heeft naar verwachting betrekking op 11.750 tot 16.250 personen. Hun zorgkosten worden nu vanuit de Wmo of de Zvw betaald (Kleine, 2018). Voor de groep ggz-cliënten die vanaf 2015 in de driejarige overgangsregeling vanuit de Awbz in de Wlz terecht waren gekomen, maar die per 1 januari 2018 nog steeds intensieve zorg nodig hadden, is per ministeriële regeling besloten dat die via een herindicatie tot 2021 aanspraak op de Wlz kan blijven doen (T.K.2017-60365, 2017).

Naast de bestaande wetten zijn er in 2018 wetsvoorstellen goedgekeurd die ook voor de doelgroepen van de verslavingszorg van belang kunnen zijn:

- De Wet forensische zorg: dit wetsvoorstel beoogt de forensische zorg te laten plaatsvinden binnen het strafrechtelijk kader, maar buiten de penitentiaire inrichting. Het is de bedoeling dat deze wet de door- en uitstroom richting de GGZ gaat verbeteren (voor meer informatie: zie § 2.1.6).
- De Wet verplichte GGZ: dit wetsvoorstel beoogt verplichte behandeling mogelijk te maken voor mensen met ernstige psychische problemen. Momenteel is slechts gedwongen opname mogelijk (Wet Bopz), maar nog geen gedwongen behandeling. De dwang kan daarbij volgens dit wetsvoorstel ook – anders dan nu het geval is – bij de cliënt thuis plaatsvinden. Dit wetsvoorstel wil het bovendien mogelijk maken om mensen met psychische problemen al in een eerder stadium gedwongen te behandelen.

- De Wet zorg en dwang: dit wetsvoorstel beoogt de vrijwillige en de (onder voorwaarden) onvrijwillige zorg te regelen voor psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.

Naar verwachting zullen de drie wetten in werking treden op 1 januari 2019 (T.K.32399-87, 2017).

GGZ-echelons

Met de introductie van de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) per 1 januari 2014 is er een herschikking van de hele GGZ gekomen. Vanaf dit jaar bestond de GGZ uit de volgende echelons: POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.

- De GB-GGZ heeft als doel om ervoor te zorgen dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (*matched care*) en niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terechtkomen of blijven. Met de invoering van deze maatregelen verwacht het kabinet dat er een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) gaat optreden binnen de GGZ-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dichter bij huis.
- In de GB-GGZ komen verschillende patiëntengroepen samen: een deel van de patiënten die tot 2014 binnen de EPZ werden gezien en (een deel van) de patiënten met lichte en milde problematiek uit de tweedelijns GGZ. Voor behandeling in de GB-GGZ geldt de eis dat er sprake moet zijn van een diagnose volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Dit gold niet voor behandeling in de EPZ. Sinds 2015, met de overheveling van alle GGZ voor jeugdigen (tot 18 jaar) naar de Jeugdwet, wordt de basis-GGZ gefinancierd vanuit de Zvw én de Jeugdwet.
- Binnen de GB-GGZ worden vier producten onderscheiden (GB-GGZ Kort,-Middel,-Intensief en -Chronisch). Patiënten die enige tijd stabiel en niet meer crisisgevoelig zijn, zouden van de tweede lijn moeten overgaan naar de GB-GGZ of naar de huisarts (POH-GGZ).

Op verzoek van het Ministerie van VWS zijn de ontwikkelingen in de GGZ tot juni 2017 door KPMG Plexus (in samenwerking met Vektis en NIVEL) gemonitord (T.K.25424-358, 2017). Uit de rapportage van juni 2017 komt het volgende naar voren (KPMG, 2017):

- Conform de beleidsdoelstelling is het totaal aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ gedaald van 1,1 miljoen in 2012 naar 0,9 miljoen in 2015. Het aantal patiënten in de GB-GGZ is in deze periode respectievelijk gestegen van 219.000 in 2012 naar 262.000 in 2015. Bij de POH-GGZ is het aantal patiënten eveneens gestegen: van 88.000 in 2012 naar 334.000 in 2015.
- De totale behandelkosten zijn tussen 2011 en 2015 gedaald van 3,33 miljard euro naar 3,21 miljard euro, doordat de kosten voor de gespecialiseerde GGZ daalden van 3,20 miljard euro in 2011 naar 2,92 miljard euro in 2015. De kosten voor de overige echelons zijn daarentegen gestegen. Het aandeel van de gespecialiseerde GGZ in de totale kosten is teruggelopen van 96% in 2011 naar 91% in 2015.
- In de KPMG Plexus monitor worden geen afzonderlijke gegevens over stoornissen in het middelengebruik (alcohol, drugs) gerapporteerd. Deze zijn meegenomen in de GGZ-gegevens.

De hervorming van de langdurige zorg, waarvan de GGZ een relatief klein deel uitmaakt, heeft per 1 januari 2015 gestalte gekregen. In 2018 is door het Sociaal en Cultureel Planbureau over de periode 2015-2017 de eerste tussenevaluatie uitgevoerd (Kromhout, Kornalijnslijper, & De Klerk, 2018).

- Acht op de tien gemeenten hebben brede sociale (wijk)teams opgericht waarbij mensen met alle ondersteuningsvragen terecht kunnen. Slechts een minderheid van de mensen met aanhoudende en ernstige psychische problemen is bekend met de wijkteams. De sociale (wijk)teams komen onvoldoende toe aan preventief werken en vroegsignalering. Ook is er onvoldoende kennis over o.a. psychische problemen en verslaving.
- Mensen met ernstige psychische aandoeningen, waaronder cliënten van beschermd wonen, zijn in 2016 minder tevreden over de ontvangen hulp dan in 2015. De nadruk op zelfredzaamheid en eigen regie maakt dat die ontevreden cliënten het gevoel krijgen dat hun hulpvraag 'er niet mag zijn'. Ook het mengen van doelgroepen bij algemene voorzieningen voor dagbesteding pakt niet voor alle cliënten goed uit.

- Bij pogingen van gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders om integraal samen te werken worden nog vele knelpunten op het gebied van regelgeving, financiering en cultuurverschillen ervaren.

In zijn eerste beleidsreactie op het SCP-rapport geeft de Staatssecretaris van VWS aan dat er extra aandacht komt voor de uitvoeringsproblemen in het sociale domein, dat er meer middelen beschikbaar komen voor cliëntondersteuning, dat er fors wordt ingezet op verbetering van de participatie van mensen met beperkingen en dat de ervaren knelpunten op het terrein van beschermd wonen zullen worden aangepakt (T.K.34104-231, 2018).

De ontwikkelingen van de ambulantisering en de hervormingen van de langdurige GGZ, waarvan de voorzieningen gedeeltelijk onder de gespecialiseerde GGZ en gedeeltelijk onder de WMO vallen, worden door het Trimbos-instituut gemonitord (Van Hoof et al., 2017, 2016). In het kader van de ambulantisering is in 2012 afgesproken dat de beddencapaciteit in 2020 met 33% gereduceerd dient te zijn ten opzichte van het peiljaar 2008.

- Per saldo nam tussen 2000 en 2010 het totale aantal opnameplaatsen en verblijfs- en woonvoorzieningen in de GGZ nog met ruim een derde toe van circa 26.500 tot circa 36.500 plaatsen, met name in de vorm van voorzieningen voor beschermd wonen. De verblijfspsychiatrie moet van 8.000 naar 6.000 plaatsen worden afgebouwd. Met de overheveling van het beschermd wonen naar de WMO behoort het strikt genomen niet meer bij het gezondheidszorgdomein of de GGZ-sector, maar tot het 'sociale domein'.
- In de periode 2012-2016 is bijna 20% aan klinische plaatsen afgebouwd. Anno 2016 telt Nederland in totaal circa 16.000 klinische GGZ-plaatsen (Zvw, Wlz en Jeugdwet), waarvan circa 6.500 plaatsen voor langdurig verblijf (opnamen van langer dan een jaar). Binnen de klinische gespecialiseerde GGZ neemt het aantal opnamen af maar blijft de gemiddelde verblijfsduur per opname min of meer gelijk. Het aantal plaatsen voor intensieve klinische zorg is tussen 2012 en 2016 toegenomen, niet alleen in relatieve zin, maar ook in absolute zin (Van Hoof et al., 2017).
- Het aantal plaatsen voor Beschermd Wonen (BW) is in de periode 2012-2016 afgenomen met circa 7%. Anno 2016 telt Nederland circa 16.500 Wmo-gefinancierde BW-plaatsen voor mensen met psychische aandoeningen (Van Hoof et al., 2017).

In juli 2018 is het Onderhandelingsakkoord Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022 tussen de rijksoverheid (VWS), de zorgverzekeraars, GGZ Nederland, beroeps- en cliëntenorganisaties afgesloten. Afgesproken is dat alle partijen zich inspannen om de gewenste transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek vorm te geven. Alle partijen uit de geestelijke gezondheidszorg en het sociaal domein hebben zich gecommitteerd om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg verder te verbeteren. Het ideaalbeeld voor de toekomst van de GGZ waar partijen aan werken is dat er goed naar mensen wordt geluisterd, deze de hulp krijgen die nodig is, afgestemd op hun behoefte en dat deze snel wordt geleverd[27].

- VWS stelt 150 extra opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen beschikbaar in 2019, ook om bij te dragen aan het oplossen van het tekort aan regiebehandelaren. Deze komen boven op de 610 plekken die al eerder beschikbaar zijn gesteld op basis van het advies van het Capaciteitsorgaan.
- Er worden extra middelen voor opleidingscapaciteit beschikbaar gesteld, namelijk €20 miljoen in 2019.
- Professionals worden extra in gelegenheid gesteld om bij- en nascholing te volgen. Beschikbare mensen worden beter ingezet door fors minder regeldruk.

27 https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/07/04/blokhuis-bereikt-onderhandelaarsakkoord-hoofdlijnen-toekomst-geestelijke-gezondheidszorg

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, zogenaamde kwaliteitsstandaarden ontwikkeld. Hieronder vallen zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen[28].

- In november 2017 werd de nieuwe zorgstandaard Opiaatverslaving geautoriseerd. Het gaat voornamelijk om de diagnostiek, behandeling en organisatie van de zorg van (problematisch) gebruik van heroïne, methadon en buprenorfine[29].
- In dezelfde maand werd ook de zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving gepubliceerd. 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[30].
- Aanvullend op de reeds beschikbare Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Stoornissen in het gebruik van alcohol, MDR Opiaatverslaving en 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[31].

Genoemde kwaliteitsstandaarden zullen in de verslavingszorginstellingen geïmplementeerd worden.

Landelijk leerplan ervaringsdeskundigheid

De afgelopen vijf jaar werden in steeds meer instellingen voor verslavingszorg ervaringsdeskundigen op allerlei plaatsen ingezet. Het beroepscompetentieprofiel noemt als veel voorkomende functie de ervaringswerker in een ACT- of FACT-team. Er zijn verder functies als herstelcoach, persoonlijk begeleider, adviseur, opleider en coördinator herstel. Er zijn aanstellingen waarbij de beroepsmatige inzet van ervaringsdeskundigheid volledig tot zijn recht kan komen en er zijn aanstellingen waarin ervaringsdeskundigheid gecombineerd wordt met andere reguliere functies. In oktober 2017 werd het landelijke Leerplan Ervaringsdeskundigheid niveau 4 (mbo) en 5 (hbo) gepubliceerd. Het leerplan is een belangrijke stap in de ontwikkeling van het beroep Ervaringsdeskundige in zorg en welzijn[32].

GGZ/Verslavingszorg in cijfers

De meest recente cijfers van Vektis over de GGZ gaan over het jaar 2015.

- Volgens de Zorgprisma Publiek kostte de GGZ in 2015 in totaal 3,9 miljard euro. Dat is exclusief de naar de gemeenten overgehevelde uitgaven voor beschermd wonen (schatting: 1.6 miljard euro). Er kwamen in 2015 ongeveer 1 miljoen volwassenen in contact met een vorm van GGZ-hulpverlening, waarvan 45% (520.000) zorg kreeg in de gespecialiseerde GGZ, 37% (429.000) had minimaal één consult bij de POH-GGZ, 18% (206.000) kreeg zorg in de generalistische basis GGZ, 0,1% (1300) zat in de langdurige zorg en 1% (7500) had het zwaartepakket ggz B (voortgezet verblijf; vergoed door de Wlz)[33].
- In 2015 werden binnen de gespecialiseerde GGZ 23.709 patiënten behandeld vanwege een verslaving, waarvan bijna een derde met verblijf. De kosten voor de behandeling van verslaving in de gespecialiseerde GGZ bedroegen meer dan 202 miljoen euro.

28 https://www.ggzstandaarden.nl/pagina/toelichting-ggz-standaarden
29 https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/opiaatverslaving
30 https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving
31 https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines
32 http://www.ggznederland.nl/actueel/landelijk-leerplan-ervaringsdeskundigheid-beschikbaar
33 https://www.zorgprismapubliek.nl/

Nieuwe bekostigingssystematiek GGZ

- In het voorjaar van 2016 is de intentie uitgesproken om in 2019 een volledig nieuwe productstructuur en bekostigingssystematiek voor de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GZZ in te voeren, het zorgclustermodel (het zgn. 'Engelse model'; ontwikkeld door de NHS in Engeland) (T.K.25424-309, 2016). In het zorgclustermodel wordt de zorgzwaarte van de cliënt in beeld gebracht en op basis daarvan een zorgcluster gekozen. Een zorgcluster omschrijft de zorgvraag op basis van behoeften van een groep cliënten met dezelfde karakteristieken op hoofdlijnen. Voor elk van de 21 zorgclusters wordt aangegeven welke diagnoses wel en niet kunnen worden verwacht. Elk zorgcluster kent een maximale doorlooptijd, variërend van vier weken tot een jaar. Naar verwachting wordt de nieuwe bekostigingssystematiek per 1 januari 2020 ingevoerd.
- Aan Zorginstituut Nederland (ZN) is door de Minister van VWS de vraag voorgelegd of de gedachte achter het Zorgclustermodel, dat uitgaat van zorgvraagzwaarte, betere aanknopingspunten biedt om de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ uit te leggen dan de huidige uitleg op basis van de DSM-classificatie. Het eerste deel van het advies verscheen in december 2017, het eindadvies zal eind 2018 worden aangeboden.
- ZN heeft de kansen en risico's die verbonden zijn aan het nieuwe bekostigingsmodel in kaart gebracht. ZN ziet als belangrijke kans van de nieuwe systematiek dat de aard en de omvang van de psychische problemen van de cliënt centraal staan en niet de classificatie. Op vaste momenten worden tussen de cliënt en de behandelaar expliciet de hoofdlijnen van de behandeling voor de komende periode afgesproken. Er is ook meer transparantie omdat de relatie tussen daadwerkelijk geleverde zorg en de kosten beter zichtbaar worden op de factuur. Als grootste risico ziet ZN dat lichte problematiek, die in de huisartsenpraktijk behandeld kan worden, instroomt in de geneeskundige GGZ. Ook wordt gewezen op het grote belang van een adequate diagnostiek (Zorginstituut Nederland, 2017)(T.K.25424-391, 2018).

Verslavingskunde Nederland

In 2017 is Verslavingskunde Nederland (VKN) opgericht, een netwerk waarin instellingen voor verslavingszorg, cliëntenvertegenwoordigers, kenniscentra (Resultaten Scoren en Trimbos-instituut) en de brancheorganisatie GGZ Nederland samenwerken om het behandelbereik van de verslavingskunde te vergroten. Onder verslavingskunde wordt verstaan: de ontwikkeling en verbetering van professionele-, wetenschappelijke- en cliëntenkennis en cliëntenervaring met betrekking tot 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. Om de doelen te bereiken is een aantal programmalijnen gedefinieerd rondom relevante thema's zoals stigma en imago, preventie, datamanagement, uniforme werkwijzen, innovatie en onderzoek & opleiding. VKN heeft een open netwerk structuur waarbij relevante stakeholders en samenwerkingspartners actief betrokken worden. Een eerste product van dit netwerk is 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[34].

Personen met verward gedrag

Het aantal incidenten waarbij volgens de politieregistratie Basisvoorziening Handhaving (BVH) personen met verward gedrag betrokken waren, steeg tussen 2011 en 2015 met gemiddeld 13% per jaar. In 2016 waren er 80.000 E33/E14-meldingen in de politieregistratie. Onder E33 valt overlast door verward of overspannen persoon en onder E14 poging tot zelfdoding. Personen met verward gedrag zijn mensen die de grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen. Meestal is er sprake van een combinatie van psychiatrische problemen,

34 https://www.verslavingskundenederland.nl/

verslavingsproblemen, licht verstandelijke beperkingen of dementie (Schakelteam Personen met verward gedrag, 2018).

- Daarom werd in september 2015 het Aanjaagteam verwarde personen aangesteld door het Ministerie van VWS, het Ministerie van Justitie en Veiligheid en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Vanaf 13 december 2016 worden de werkzaamheden van het Aanjaagteam voortgezet door het Schakelteam voor personen met verward gedrag (T.K.25424-338, 2016). Het Schakelteam heeft de opdracht om gemeenten en regio's actiegericht te faciliteren bij het realiseren van een goed werkende aanpak voor de ondersteuning van mensen met verward gedrag (Schakelteam Personen met verward gedrag, 2018). Uiterlijk op 1 oktober 2018 dient het Schakelteam een landelijk dekkend netwerk te hebben gerealiseerd dat ondersteuning biedt aan mensen met verward gedrag.
- Uit onderzoek in opdracht van het Schakelteam blijkt dat in 2016 van het totaal van 80.000 meldingen ruim 61.000 meldingen tot bijna 34.000 unieke personen te herleiden zijn. Twee derde van die 61.000 meldingen is toe te schrijven aan een relatief kleine groep van 13.000 personen. Hierop zou de focus gericht moeten worden. Overigens komen niet alle personen met verward gedrag onder een E33/E14-melding in de politieregistratie terecht (RIVM, 2018b).
- In zijn tussenrapportage meldt het Schakelteam dat bijna alle gemeenten een aanpak voor mensen met verward gedrag hebben ontwikkeld. Maar op veel gebieden is nog veel werk te verzetten: het betreft onder meer het in positie brengen van ervaringsdeskundigen en familie, het realiseren van voldoende beschikbaarheid van professionals in de wijk, de beschikbaarheid van gemeentelijke meldpunten voor niet-acute meldingen, voldoende beveiligde GGZ capaciteit, voorzieningen voor beoordeling van problematiek en risicotaxatie en passend vervoer (T.K.25424-395, 2018);(Schakelteam Personen met verward gedrag, 2018) .

2.4 Beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

2.4.1 De bestrijding van drugsdelicten

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 (T.K.29911-79, 2013). Deze criminaliteit wordt primair op regionaal niveau bestreden. Er wordt gestreefd naar een brede geïntegreerde aanpak met zowel strafrechtelijke opsporing en vervolging als bestuurlijke sancties en fiscale en privaatrechtelijke maatregelen. Verschillende instanties – onder andere het Openbaar Ministerie, de politie, de douane, de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst, 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), die op hun beurt ondersteund worden door het LIEC, het Landelijk Informatie-en Expertise Centrum (LIEC). Het RIEC-netwerk is landelijk dekkend. In toenemende mate wordt daarbij aandacht gegeven aan de bestrijding van de 'ondermijnende criminaliteit', d.w.z. criminaliteit die een bedreiging vormt voor de integriteit van onze samenleving en waarbij vaak verwevenheid is van de onderwereld met de bovenwereld (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2014) (T.K.29911-207, 2018).
Het in de herfst 2017 aangetreden kabinet zet de aanpak van georganiseerde ondermijnende criminaliteit voort en versterkt het (T.K.29911-180, 2017). Afspraken zijn vastgelegd in het regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst. Op basis daarvan:

- komen er meer financiële middelen: er is een ondermijningsfonds opgezet waarin éénmalig 100 miljoen Euro is gestort ten behoeve van de intensivering van de aanpak. Vanaf 2018 komt er structureel 5 miljoen euro beschikbaar, oplopend tot 10 miljoen vanaf 2019 (T.K.29911-207, 2018). Het zwaartepunt ligt daarbij op de bestrijding van de illegale drugsindustrie en de verwevenheid met legale sectoren; de doelen van de Toekomstagenda vormen het inhoudelijk uitgangspunt (T.K.29911-207, 2018). Het gaat dan niet alleen om productie, vervoer, verkoop van drugs, de directe gevolgen daarvan, zoals het gevaar van drugslabs in woonwijken en het dumpen van giftig chemisch drugsafval in de natuur, maar ook om de ondermijnende werking daarvan zoals het witwassen van de criminele winsten, criminele investeringen in vastgoed, geweldgebruik in het openbaar, bedreiging en corruptie van lokale bestuurders. Om ondermijning tegen te gaan, moet de aandacht behalve op de directe daders in de drugsindustrie ook gericht worden op de criminele dienstverleners en de onderliggende gelegenheidsstructuren (T.K.29911-207, 2018).
- komt er speciale 'Ondermijningswetgeving'. Deze term wordt gebruikt als verzamelnaam voor een aantal lopende of nieuwe wetsvoorstellen die geheel of mede als doel hebben om juridische knelpunten in de aanpak van georganiseerde en ondermijnende criminaliteit op te lossen en is niet beperkt tot bestrijding van de illegale drugsindustrie (T.K.29911-180, 2017; T.K.29911-207, 2018). Hier worden er enkele genoemd: de verdubbeling van de strafmaat voor illegaal bezit van automatische vuurwapens, de verhoging van de strafmaat voor daders die zware delicten plegen in georganiseerd verband (140 Sr.), het wetsvoorstel gegevensverwerking samenwerkingsverbanden(WGS), de wijziging van de wet Bibob en de rol van bijzondere opsporingsambtenaren.
- Is een initiatiefwetsvoorstel om motorbendes te kunnen verbieden opgesteld en in internetconsultatie geweest. Motorbendes, die tal van criminele activiteiten plegen, waaronder drughandel, kunnen de samenleving ontwrichten o.a. door geweldgebruik, intimidatie en bedreiging van het lokale bestuur.
- Is er specifiek aandacht voor de NPS-problematiek: wellicht moet er een systematiek komen die het mogelijk maakt stoffen per groep te kunnen verbieden, zoals dat in België en Duitsland het geval is. Aandacht is er ook voor precursoren, niet geregistreerde stoffen die uitsluitend voor drugsproductie worden gebruikt (T.K.29911-207, 2018). Dit mede n.a.v. de gewijzigde motie Van Nispen (T.K.34763-9, 2018).
- Is er aandacht voor vakantieparken en kleine luchthavens als mogelijke verzamelplaatsen voor criminele activiteiten (T.K.29911-207, 2018) en voor eventuele waterbedeffecten.

Door de RIEC's worden regionale integrale ondermijningsbeelden opgesteld, waarin verschillende thema's worden onderzocht. Zo is in 2017 de aard en omvang van de georganiseerde hennepteelt in verschillende regio's nader in beeld gebracht (RIEC-LIEC, 2017). In 2018 zullen deze ondermijningsbeelden voor de eerste keer uitmonden in een landelijk beeld van ondermijning (RIEC-LIEC, 2018).

- Uit een enquêteonderzoek onder burgemeesters, wethouders, raadsleden en gemeentepersoneel (ambtenaren openbare veiligheid, griffiers en gemeentesecretarissen) naar mogelijke beïnvloeding van het lokale bestuur door criminelen bleek o.a. dat burgemeesters het vaakst bedreigd zijn, variërend van een enkele keer tot veelvuldig. Van de 225 burgemeesters die de vragenlijst hebben ingevuld gaf bijna een kwart aan in de afgelopen vijf jaar wel eens met een crimineel oogmerk bedreigd te zijn. De ernst van de bedreigingen loopt van licht tot zwaar. Bedreigingen van burgemeesters en van ambtenaren openbare veiligheid hebben voor een belangrijk deel te maken met de aanpak van hennepteelt en drugshandel. Dit hangt samen met de bevoegdheid van de burgemeester om op grond van art. 13b Opiumwet panden te sluiten. Volgens het rapport lijkt er geen sprake te zijn van grootschalige beïnvloeding door criminelen, maar komt het wel voor en is het een potentieel risico (Struiksma, Akerboom, & Boxum, 2017).

De aanpak van drugsdumpingen

Het dumpen van drugsafval heeft twee aspecten: het levert milieuverontreiniging op en het duidt op overtredingen van de Opiumwet. Om te trachten dumpingen te voorkomen vindt toezicht en controle

plaats door het bestuurlijk bevoegd gezag (provincies, gemeenten, waterschappen) en opsporing en vervolging door politie, bijzondere opsporingsdiensten en OM. Zie voor aantallen drugsdumpingen § 13.3.

- De Nationale Politie krijgt een steeds beter beeld van de omvang van drugsdumpingen, doordat zij sinds 2014 in een betere registratie investeert en de betrokken instanties en partijen wijst op het belang van het melden van drugsdumpingen (T.K.Aanhangsel-2277, 2017). Om te voorkomen dat er drugsafval geloosd wordt, is het opsporen van de bron van het afval, het drugslaboratorium, belangrijk (Schoenmakers, Mehlbaum, Everartz, & Poelarends, 2016). De politie werkt aan een eenduidige benadering en opvolging van een drugsafvaldumping, waarbij de dumping in eerste instantie zowel vanuit het milieu- als het generieke opsporingsperspectief wordt benaderd. Na ontdekking van drugsafval moet opsporingsinformatie immers veilig worden gesteld, waarna het afval opgeruimd kan worden (T.K.Aanhangsel-2302, 2017; T.K.Aanhangsel-575, 2016). Er is geen landelijke aanpak, omdat de problematiek per regio verschilt en er verschillende lokale ketenpartners, provincies en gemeenten betrokken zijn. Samenwerking is belangrijk. In verschillende regio's worden protocollen ontwikkeld, die toegesneden worden op de situatie ter plaatse (T.K.Aanhangsel-575, 2016). In de regio Noord-Brabant wordt gewerkt met 'geurkaarten' om drugslaboratoria op te sporen (T.K.Aanhangsel-2750, 2016). De ontdekking van een groot laboratorium in Baarle-Nassau begin 2017 was volgens de minister van J en V een direct gevolg van het gebruik van de geurkaart. Het gebruik van geurkaarten wordt dan ook voortgezet en bij andere regio's onder de aandacht gebracht (T.K.24077-398, 2017).
- Het opruimen van drugsafval brengt kosten met zich mee. Deze schade dient ten laste te komen van de dader, maar het lukt vaak niet de schade op de dader te verhalen (T.K.Aanhangsel-1762, 2016). Het opruimen valt dan onder de verantwoordelijkheid van de perceeleigenaar. Gedupeerden konden over de jaren 2015 t/m 2017 op grond van een in april 2016 gesloten convenant tussen Rijk en provincies, cofinanciering voor het opruimen van drugsafval aanvragen bij de provincie. Deze regeling was echter tijdelijk en is niet voortgezet. Het geld ervoor was afkomstig van het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat. Een structurele subsidieregeling vanuit dit Ministerie is echter niet aan de orde. In het Bestuurlijk Omgevingsberaad is in april 2018 afgesproken dat betrokken provincies en ministeries in een werkgroep de financiële en juridische mogelijkheden voor een duurzame financieringsoplossing voor de periode vanaf 2018 gaan verkennen (T.K.Aanhangsel-2448, 2018). Het is overigens ook mogelijk de schade vergoed te krijgen door zich als benadeelde te voegen in het strafproces tegen een verdachte die vervolgd wordt voor het dumpen van drugsafval. Ook zijn er mogelijkheden in het civiel recht (T.K.Aanhangsel-1479, 2018)(T.K.Aanhangsel-2448, 2018).
- Door de Minister van J en V, en van Landbouw, Natuur en voedselkwaliteit zal een plan van aanpak worden opgesteld om toezicht en handhaving in het buitengebied te verbeteren, o.a. op dumping van (drugs) afval; de problematiek is overigens per regio of gebied erg verschillend. Ook wordt er gesproken over de mogelijkheid van samenwerking van de 'groene boa's' (bijzondere opsporingsambtenaren) met de politie (T.K.Aanhangsel-2490, 2018). Het OM beziet de mogelijkheden om een 'Schadefonds drugsmisdrijven' op te richten. Veroordeelden wegens drugsdumpingen en/of productie van (synthetische) drugs zouden verplicht kunnen worden daar aan mee te betalen. Gedupeerden die de geleden schade wegens drugsafval niet kunnen verhalen, zouden aanspraak op dat fonds kunnen maken (T.K.29911-140, 2017).

Uitgaven aan Opiumwetdelicten

De meest recente cijfers over uitgaven hebben betrekking op 2015 (zie voor meer gegevens het NDM Jaarbericht 2016 (Van Laar et al., 2016). Helaas worden deze cijfers niet meer geactualiseerd.

2.4.2 Beleid ten aanzien van drugsgebruik en -gebruikers bij justitie

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

hebben, wil criminele recidive voorkomen worden. De Wet forensische zorg[35], die de stelselwijziging van de forensische zorg regelt die al in 2007 was ingezet (zie § 2.1.7) heeft mede als doel bij te dragen aan doorverwijzingen vanuit justitie naar zorg. In de 25 veiligheidsregio's zijn er Veiligheidshuizen waar verschillende organisaties, waaronder de politie, het Openbaar Ministerie, de reclassering, de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en soms nog andere organisaties zoals de verslavingszorg, bijeenkomen om tot een integrale aanpak te komen van criminele of ernstige overlast veroorzakende personen, waarachter een complexe problematiek – vaak (ook) verslavingsproblematiek – schuilgaat. De verslavingsreclassering kan worden ingeschakeld voor voorlichtende, ondersteunende en toezichthoudende taken. In de penitentiaire inrichtingen is (geestelijke) gezondheidszorg en op verslaving gerichte zorg beschikbaar. De zorg voor verslaafden krijgt recent meer aandacht.
Het programma 'Continuïteit van zorg' dat liep van 1 januari 2016 tot 1 juli 2017 was gericht op het verbeteren van de aansluiting tussen zorg verleend in een strafrechtelijk kader en de zorg verleend in de reguliere GGZ of verstandelijk gehandicaptenzorg. Het heeft geresulteerd in een aantal praktische documenten, adviezen en samenwerkingsafspraken, die gezamenlijk bij moeten dragen aan het oprichten van een sluitende en doorlopende zorgketen. Het programma had vijf opdrachtgevers: de Ministeries van J en V en VWS, GGZ Nederland, VNG en Zorgverzekeraars Nederland. Naast de opdrachtgevers waren veel andere partijen uit het veld er bij betrokken, zoals aanbieders voor beschermd wonen en verstandelijk gehandicaptenzorg, veiligheidshuizen, reclasseringsorganisaties, patiënten en familieverenigingen. Het project is afgesloten met een rapportage, die is aangeboden aan de Tweede Kamer (T.K.33628-19, 2017). Het programma had raakvlakken met het 'Schakelteam verwarde personen': de doelgroepen vertonen enige overlap (zie § 2.3.2).

De stelselwijziging in de forensische zorg heeft als positieve ontwikkeling dat veel meer justitiabelen met psychiatrische en psychische problematiek, verslavingsproblematiek en/of verstandelijke beperking, forensische zorg krijgen, maar als negatieve ontwikkeling dat de druk op de sector groter is geworden. Daardoor komen de kwaliteit van zorg en de veiligheid van patiënten en personeel in het geding (Andersson Elffers en Felix, 2018). Om de veiligheid en kwaliteit in de forensische sector weer op peil te brengen is een Meerjarenovereenkomst forensische zorg vastgesteld (Federatie Opvang, VNG, GGZ Nederland, & Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2018).
Uit onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg komt o.a. naar voren dat volgens de ondervraagde beroepsbeoefenaren de verzwaring van de populatie vooral door de verslavingsproblematiek komt: er is namelijk een verschuiving naar het gebruik van synthetische drugs (Andersson Elffers en Felix, 2018).

In de Nederlandse penitentiaire inrichtingen wordt een drugsontmoedigingsbeleid gevoerd. Om te voorkomen dat drugs de inrichting binnenkomen, bevat het drugsontmoedigingsbeleid zowel preventieve als repressieve maatregelen, daarbij rekening houdend met het leefklimaat in de inrichtingen. Zo is het uitgangspunt dat bij een geconstateerd strafbaar feit altijd aangifte wordt gedaan. Ook wordt ingezet op gedragsverandering.

35 Vermoedelijke inwerkingtreding 1 januari 2019

- 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 justitiabele en het bezoek. Een wetsvoorstel Strafbaarstelling contrabande, waarmee het binnenbrengen van verboden voorwerpen in justitiële inrichtingen strafbaar wordt gesteld is in juni 2018 naar de Tweede Kamer gestuurd (T.K.34982-1, 2018; T.K.34982-2, 2018; T.K.34982-3, 2018). De strafbaarstelling is erop gericht het binnensmokkelen van voorwerpen die in de samenleving legaal zijn maar waarvan het bezit of gebruik de orde en de veiligheid van de inrichting in gevaar brengen of waarmee criminele activiteiten kunnen worden voortgezet, tegen te gaan (denk aan telefoons, een mes). Het binnenbrengen in een inrichting van drugs, is al strafbaar. De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie roept de Dienst Justitiële Inrichtingen op om met forensisch psychiatrische centra een uniform plan op te stellen om goede managementinformatie over urine- en kamercontroles te verzamelen, toegankelijk te maken en te analyseren en daar concrete interventies aan te koppelen (T.K.29452-211, 2017). Dit naar aanleiding van de bevinding van de Inspectie Veiligheid en Justitie dat het weren van drugs in de inrichtingen beter georganiseerd kan worden, en alleen goed mogelijk is als de problematiek inzichtelijk is.
- Voor de Justitiële Jeugdinrichtingen is een nieuwe circulaire opgesteld op basis van resultaten van een pilot met steekproefsgewijze visitering. Verder is de frequentie van kamercontroles in een aantal instellingen verhoogd. De Justitiële Inrichtingen gaan bij de controles en het visiteren steeds meer uit van maatwerk (T.K.24587-688, 2017).
- Het is niet meer mogelijk afspraken te maken over het gebruik van softdrugs door individuele TBS-gestelden tijdens verlof. In de Forensisch Psychiatrische Kliniek de Woenselse poort was dit voorheen mogelijk met een aantal cliënten onder strikte voorwaarden (T.K.Aanhangsel-1903, 2017).

Een probleem waar politie en justitie mee te maken krijgen zijn GHB-gebruikers. Er is de afgelopen jaren bij de politie op het platteland kennis en ervaring opgebouwd inzake het omgaan met deze gebruikers (Nabben & Korf, 2016).
De Inspectie Justitie en Veiligheid vindt het zorgelijk dat arrestanten met een GHB-verslaving tegen afspraken in naar arrestantenlocaties worden gebracht. Deze locaties zijn niet toegerust om de specifieke zorg te bieden die nodig is voor GHB-verslaafden. De Inspectie vindt het van belang dat bestaande afspraken opnieuw onder de aandacht worden gebracht bij ketenpartner (Inspectie Justitie en Veiligheid, 2018). Zie ook § 14.2.

Verslaafden vertonen soms verward gedrag. Er is een 'Schakelteam personen met verward gedrag' dat moet zorgen voor een sluitende aanpak van zorg en ondersteuning van mensen die verward gedrag vertonen, ook als zij strafbare feiten pleegden, gevaarlijk zijn, zorg mijden en geen netwerk (meer) hebben. Daartoe is samenwerking nodig van gemeenten, opvang, (verslavings)zorg, wonen, werk, politie en justitie (T.K.24077-361, 2016) (zie ook § 2.3.1 en § 2.3.2). Alle gemeenten en regio's zouden per 1 oktober 2018 moeten beschikken over een goed werkende aanpak voor mensen met verward gedrag (Federatie Opvang et al., 2018).

3. Cannabis

3.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 094
3.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 094
3.3	Gebruik: jongeren en jongvolwassenen	▶ pagina 101
3.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 112
3.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 115
3.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 120
3.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 124
3.8	Aanbod en markt	▶ pagina 127

3. Cannabis

Inleiding

Cannabis (Cannabis Sativa of hennep) omvat hasj en wiet in diverse preparaten. De meest voorkomende manier om cannabis te gebruiken is het roken in een joint: een sigaret met daarin tabak en verkruimelde cannabis (zie § 3.2). Cannabis kan ook zonder tabak gerookt worden via een verdamper, via elektronische sigaretten geïnhaleerd worden, of gegeten worden in de vorm van spacecake, maar dat komt minder vaak voor (zie § 3.2 en § 3.3). Consumenten ervaren cannabis meestal als rustgevend, ontspannend en geestverruimend. In een hoge dosis kan cannabis angst, paniek en psychotische symptomen veroorzaken. THC (tetrahydrocannabinol) is het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis. De werking van THC wordt mogelijk beïnvloed door een ander bestanddeel: cannabidiol (CBD) (zie § 3.7 en § 3.8). Nederwiet bevat nauwelijks CBD, hasj uit het buitenland bevat meer CBD.

Dit hoofdstuk gaat primair over hasj en wiet samen (tenzij anders aangegeven) en over het gebruik van cannabis als illegale drug. Naast hasj en wiet zijn in de afgelopen jaren ook synthetische cannabinoïden (bijvoorbeeld in de vorm van 'Spice') op de markt gekomen. Synthetische cannabinoïden zijn stoffen die de werking van THC nabootsen (zie hoofdstuk 8).

Cannabis staat op lijst II van de Opiumwet; Hennepolie, een olieachtige oplossing met een hoge concentratie THC, staat op lijst I. Een wetvoorstel voor een experiment met het telen van cannabis voor recreatief gebruik ligt bij de Tweede Kamer (zie § 2.1.2 en § 2.1.3). Een onafhankelijke adviescommissie heeft de regering (juni 2018) geadviseerd over zowel vormgeving en inrichting van het experiment (productie, distributie en verkoop, preventie, toezicht en handhaving), als over de evaluatie van het experiment (Adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen, 2018). In opdracht van deze adviescommissie heeft het Trimbos-instituut nader onderzoek gedaan naar het aanbod van cannabisvariëteiten in coffeeshops (Rigter & Niesink, 2018; zie ook § 3.8).

Cannabis is naast een illegaal gebruikte drug ook erkend als medicijn voor een beperkt aantal aandoeningen (zie § 2.1.4 en § 3.2). Er is enig bewijs dat medische cannabis en THC/CBD-combinaties een gunstig effect kunnen hebben bij het behandelen van mensen met (een bepaald soort) chronische pijn, misselijkheid bij chemotherapie, spasticiteit en andere aandoeningen, maar het bewijs is niet eensluidend (Ciccone, 2017; Mouhamed et al., 2018; National Acadamies of Sciences, 2017; Nugent et al., 2017). Het aantal studies en de kwaliteit ervan is gering en bovendien is er een scala aan aandoeningen, toedieningsvormen en doseringen, waardoor conclusies lastig te trekken zijn (Zorginstituut Nederland, 2017). Het aantal verstrekkingen van medicinale cannabis via openbare apotheken is afgelopen jaren (niettemin) fors toegenomen, met name vanwege de toenemende vraag naar cannabisolie (in tegenstelling tot cannabis Flos, de plantvorm). Cannabisolie met alleen CBD valt niet onder de Opiumwet en is vrij verkrijgbaar en er is geen controle op de kwaliteit (§ 2.1 en § 3.8).

3.1 Laatste feiten en trends

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

- In 2017 had een op de veertien volwassenen (18+) in het afgelopen jaar cannabis gebruikt, even veel als in 2016 (§ 3.2).
- Vergeleken met 2014 is het percentage laatste-jaar-gebruikers (onder 15-64 jarigen) in 2017 wel hoger (§ 3.2).
- Het percentage laatste-jaar-gebruikers van cannabis in Nederland ligt onder volwassenen rond het gemiddelde van de Europese Unie en onder jongvolwassenen boven het gemiddelde (§ 3.5).
- Tussen 2015 en 2017 bleef het percentage scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs dat ervaring heeft met cannabis stabiel (§ 3.3). Over langere periode bezien deed zich wel een daling voor.
- Het percentage laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers onder 15-16-jarige scholieren lag in 2015, evenals in 2011, boven het Europese gemiddelde (§ 3.5).
- De jarenlange stijging in het aantal primaire cannabiscliënten in de verslavingszorg is tussen 2011 en 2015 gestabiliseerd (§ 3.6).
- Gemiddeld een op de vijf geregistreerde drugsincidenten in 2017 is aan cannabis gerelateerd. Dit aandeel is kleiner bij EHBO's op grootschalige feesten en groter bij de ambulances en de spoedeisende hulp in ziekenhuizen, waar zij vaak betrekking hebben op toeristen uit de regio Amsterdam (§ 3.6).
- Het THC-gehalte in geïmporteerde hasj stijgt de laatste jaren, en is in 2017 significant hoger dan het THC-gehalte in nederwiet (§ 3.8).
- In 2017 bleef de gemiddelde prijs van een gram nederwiet (meest populaire variant) op het niveau van 2016. Tussen 2006 en 2016 deed zich een geleidelijke toename voor (§ 3.8).

3.2 Gebruik: algemene bevolking

Dit hoofdstuk beschrijft kerngegevens over cannabisgebruik in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, jaarlijks uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A middelen) 2016 (zie bronnentabel en bijlage D.2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A Middelen, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers 2017

Evenals in andere westerse landen is cannabis in Nederland de meest gebruikte illegale drug.

- Ongeveer een vijfde (21,8%) van de bevolking van 18 jaar en ouder rapporteerde in 2017 ooit in het leven wel eens cannabis (hasj of wiet) te hebben gebruikt. Het percentage gebruikers in het afgelopen jaar en in de afgelopen maand ligt beduidend lager (respectievelijk 7,2% en 4,5%) en 1,0% van de volwassenen gebruikt cannabis dagelijks of bijna dagelijks (tabel 3.2.1).
- Dit komt neer op bijna 3 miljoen volwassen Nederlanders die ooit in hun leven cannabis gebruikten, ruim een half miljoen die dat de afgelopen maand nog deden en circa 140 duizend die dagelijks of bijna dagelijks gebruikten.

Tabel 3.2.1 Percentage en absolute aantal cannabisgebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2017

	(%)	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval
Ooit	21,8	2.930.000	2.790.000 - 3.070.000
Laatste jaar	7,2	960.000	870.000 - 1.050.000
Laatste maand	4,5	610.000	540.000 - 680.000
(Bijna) dagelijks	1,0	140.000	110.000 - 170.000

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, in de laatste maand en dagelijks of bijna dagelijks gebruik. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat cannabis gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017. (Zie bijlage D.2 voor resultaten van voorgaande bevolkingsstudies onder mensen van 15-64 jaar.)

Trend in cannabisgebruik

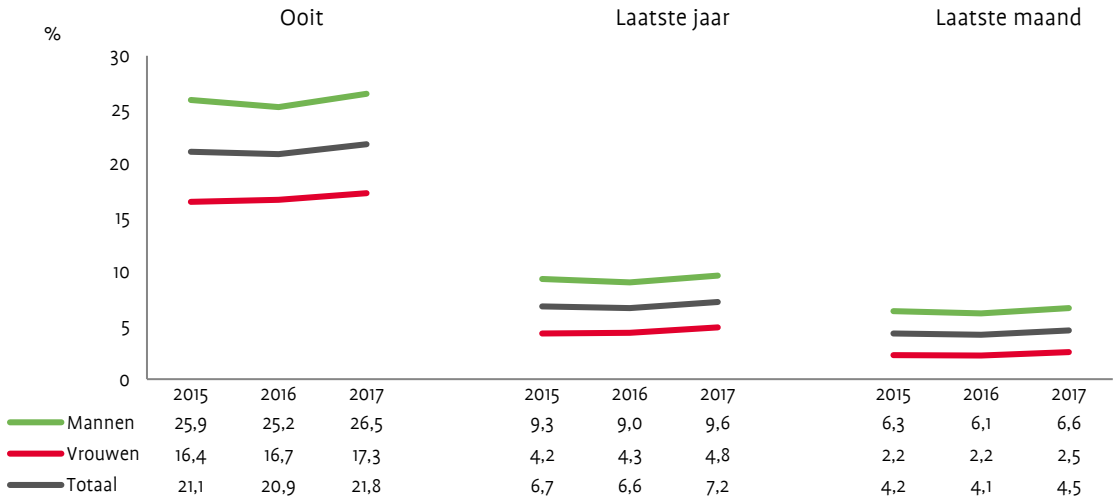
Vanaf 2015 zijn vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van cannabis in de algemene bevolking in de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder, de standaard voor kerncijfers over middelengebruik (figuur 3.2.1).

- Het cannabisgebruik ligt sinds 2015 op ongeveer hetzelfde niveau (figuur 3.2.1). Het ooit-, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van cannabis verschilt over de jaren slechts tienden van procentpunten en deze verschillen zijn niet statistisch significant.
- Ook het percentage dagelijkse of bijna dagelijkse cannabisgebruikers in de bevolking bleef op het zelfde niveau (1,2% in 2015 en 2016, en 1,0% in 2017).

Het gebruik van cannabis werd in het afgelopen decennium ook in 2005, 2009 en 2014 gemeten. Vanwege herhaalde wijzigingen in de onderzoeksmethode zijn alleen gegevens vergelijkbaar die zijn verzameld vanaf 2014 (zie bijlage D.2). In 2014 werd cannabisgebruik alleen onder 15-64-jarigen gemeten (de internationale standaard leeftijdsgroep van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), zie paragraaf 5 van de middelenhoofdstukken). Trendgegevens vanaf 2014 voor 15-64-jarigen staan in bijlage D.2 beschreven.

- Het percentage laatste-jaar-gebruikers onder 15-64-jarigen verschilt in deze periode niet statistisch significant tussen opeenvolgende peiljaren maar was in 2017 (9,2%) wel hoger dan in 2014 (7,7%).
- Het percentage laatste-maand-gebruikers fluctueert sinds 2014. In 2015 (5,3%) en in 2017 (5,8%) is het gebruik statistisch significant hoger dan in 2014 (4,5%), maar is er geen verschil met 2016 (5,1%).

Figuur 3.2.1 Cannabisgebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2015, naar geslacht



	Ooit			Laatste jaar			Laatste maand		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Mannen	25,9	25,2	26,5	9,3	9,0	9,6	6,3	6,1	6,6
Vrouwen	16,4	16,7	17,3	4,2	4,3	4,8	2,2	2,2	2,5
Totaal	21,1	20,9	21,8	6,7	6,6	7,2	4,2	4,1	4,5

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017. (Zie bijlage D.2 voor resultaten van voorgaande bevolkingsstudies onder mensen van 15-64 jaar.)

Geslacht

Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis. Dit verschil komt vooral tot uiting onder de laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers (zie figuur 3.2.1).

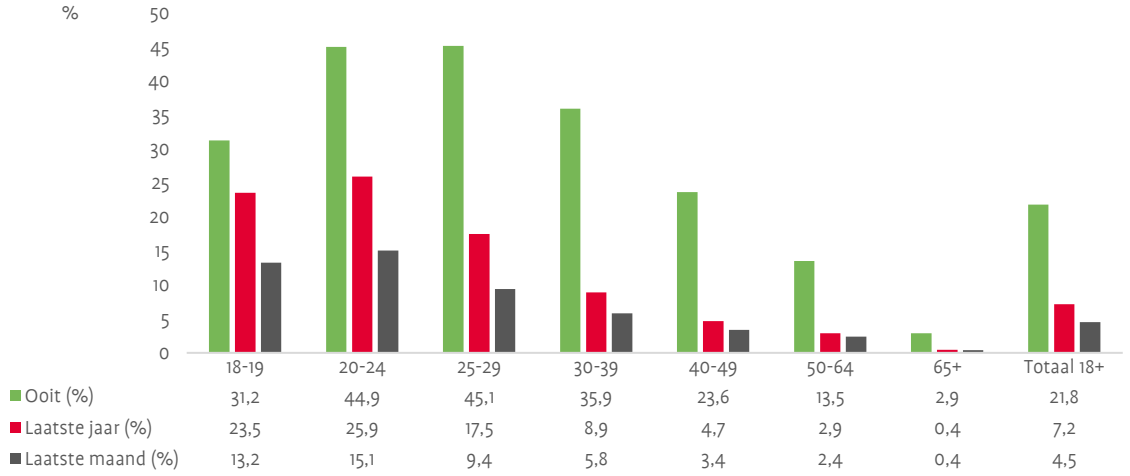
- Het verschil tussen mannen en vrouwen is kleiner bij ooitgebruik (26,5% versus 17,3% = factor 1,5) dan bij laatste-jaar-gebruik (factor 2,0) en bij laatste-maand-gebruik (factor 2,6).
- Het verschil is het groots voor (bijna) dagelijks gebruik: 1,6% van de mannen tegenover 0,5% van de vrouwen (factor 3,2).

Leeftijd

Consumptie van cannabis komt het meest voor onder jongvolwassenen (figuur 3.2.2).

- Bijna de helft van de twintigers heeft ervaring met cannabis, vergeleken met ongeveer een derde van de dertigers en 18-19-jarigen (figuur 3.2.2). Het laatste-jaar-gebruik is het hoogst in de jongste groepen. De gemiddelde leeftijd van de laatste-jaar-gebruikers is 32 jaar.
- Een groot deel van degenen die ooit cannabis hebben gebruikt stopt daar op latere leeftijd mee. In de hogere leeftijdsgroepen gebruiken naar verhouding nog maar weinig mensen cannabis. Minder dan 3% van de 50-64-jarigen en minder dan een half procent van de 65-plussers gebruikte in het afgelopen jaar.
- Onder de laatste-jaar-gebruikers in de LSM-A Middelen in 2016 was de gemiddelde startleeftijd van cannabisgebruik 18,6 jaar, ongeveer gelijk voor mannen (18,5 jaar) en vrouwen (18,9 jaar).

Figuur 3.2.2 Cannabisgebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2017



Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Opleidingsniveau

Meer hoog- dan laagopgeleiden gebruiken cannabis, maar het verschil in laatste-maand-gebruik is klein.

- Hoogopgeleide personen (32,0%) hebben drie keer zo vaak ervaring met cannabisgebruik dan laagopgeleiden (10,9%). Middelbaar opgeleiden zitten daar met 20,5% tussenin (tabel 3.2.2).
- Het percentage laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers is eveneens het laagst onder laagopgeleiden, maar middelbaar - en hoogopgeleiden liggen op deze twee maten van gebruik dicht bij elkaar (tabel 3.2.2).

Tabel 3.2.2 Gebruik van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[1] Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Laagopgeleid	10,9	3,7	3,1
Middelbaar opgeleid	20,5	7,3	5,1
Hoogopgeleid	32,0	9,8	5,0

Percentage gebruikers ooit in het leven, laatste jaar, en laatste maand. 1. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Migratieachtergrond

Volwassenen met een Nederlandse achtergrond of westerse migratieachtergrond hebben vaker ervaring met cannabis dan volwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond (tabel 3.2.3). Dit geldt niet voor laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik, waarvoor de laagste waarden worden gemeten onder volwassenen met een Nederlandse achtergrond.

Tabel 3.2.3 Gebruik van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[1] Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Nederlandse achtergrond	21,3	6,7	4,1
Westerse migratieachtergrond	28,7	9,7	6,3
Niet-Westerse migratieachtergrond	18,5	8,0	6,2

Percentage gebruikers ooit in het leven, laatste jaar, en laatste maand. I. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf: Zie ook bijlage A 'migratieachtergrond'. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Stedelijkheid

Consumptie van cannabis komt meer voor in grote steden dan elders (tabel 3.2.4). In zeer stedelijke gebieden ligt het percentage ooit-, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers ongeveer 1,5 tot 3 keer hoger dan in de rest van Nederland.

Tabel 3.2.4 Gebruik van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2017

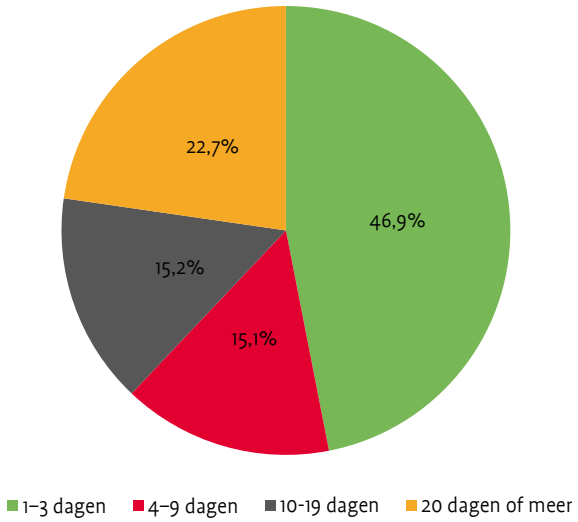
	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
(Zeer) sterk stedelijk	27,2	9,7	6,2
Matig stedelijk	17,5	5,8	3,3
Weinig/niet stedelijk	14,1	3,3	2,1

Percentage gebruikers ooit in het leven, laatste jaar, en laatste maand. I. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Mate van consumptie

- Bijna een kwart van de laatste-maand-gebruikers gebruikt cannabis (bijna) dagelijks (figuur 3.2.3). Dat is 1,0% van de volwassen bevolking. Dagelijks gebruik is een risicofactor voor problematisch cannabisgebruik, zoals een cannabisverslaving.
- Cannabis wordt doorgaans met tabak gerookt in joints (ook wel 'blowen' genoemd, zie hierna). Ruim 6 van de 10 laatste-maand-gebruikers (63,1%) nam niet meer dan 1 joint op een 'typische blowdag', 19,1% rookte 2 joints, 11,2% rookte 3 joints en 6,5% gebruikte meer dan 3 joints.
- Wiet is veruit de meest favoriete cannabisvariant. Bijna twee derde (63,5%) van de laatste-maand-gebruikers rookt meestal wiet, 22,9% meestal hasj en 13,6% geeft aan beide even vaak te gebruiken.

Figuur 3.2.3 Frequentie van cannabisgebruik onder laatste-maand-gebruikers. Peiljaar 2017



Percentage van de laatste-maand-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van gebruik (dagen in afgelopen maand). Bron: Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Gebruikspatronen zijn niet alleen geïnventariseerd onder laatste-maand-gebruikers in de hiervoor beschreven Gezondheidsenquête, maar in 2016 ook in de LSM-A middelen onder een bredere groep van laatste-jaar-cannabisgebruikers. In deze groep is het gebruik meer gematigd dan onder bovengenoemde laatste-maand-gebruikers.

Daarnaast geeft de LSM-A Middelen 2016 inzicht in de wijze van cannabisgebruik en –aanschaf.

- Van degenen die in het afgelopen jaar cannabis gebruikten, deed bijna de helft dit weinig frequent: bijna een op de vijf blowde één keer (19,2%) en ruim een kwart deed dit minder dan maandelijks (27,8%). Daarnaast gebruikte 8,8% maandelijks cannabis, 14,1% twee tot vier keer per maand, 10,7% twee tot drie keer per week en 19,3% (bijna) dagelijks.
- Vergeleken met andere drugs wordt cannabis vaker (ook) doordeweeks gerookt, ook al rookt een krappe meerderheid meestal op weekenddagen. Ruim de helft van de laatste-jaar-gebruikers (57,5%) gebruikt cannabis meestal op weekenddagen, ruim een derde (37,4%) gebruikt zowel op weekenddagen als doordeweekse dagen en 5,1% gebruikt meestal op doordeweekse dagen.
- Twee derde (66,3%) gebruikte cannabis in het afgelopen jaar altijd via joints, en 9,6% nooit via een joint. Zodoende rookte 90,4% wel eens (dus zelden, soms, meestal of altijd) via een joint (zie tabel 3.2.5). Andere gebruikswijzen komen minder voor en worden door minder dan één op de twintig gebruikers meestal of altijd toegepast (figuur 3.2.4).
- Van degenen die in het afgelopen jaar cannabis in een joint rookten, nam twee derde (64,0%) niet meer dan 1 joint op een 'typische blowdag', 17,7% rookte 2 joints, 10,7% rookte 3 joints en 7,6% gebruikte meer dan 3 joints.
- Het aantal joints op een 'typische blowdag' is hoger onder (bijna) dagelijks gebruikers: een vijfde (22,5%) rookte niet meer dan 1 joint, 20,3% rookte 2 joints, 25,1% rookte 3 joints en 32,1% gebruikte meer dan 3 joints.
- Ook onder laatste-jaar-gebruikers rookt bijna twee derde wiet (64,5%). Een kwart (24,9%) gebruikt meestal hasj (wat meer dan onder laatste-maand-gebruikers) en een tiende (10,6%) gebruikt beide even vaak.

- Uit eerder Europees onderzoek, waaraan ook Nederlandse cannabisgebruikers deelnamen, kwam (ook) naar voren dat met de frequentie van gebruik, het aantal joints per 'typische blowdag' en de hoeveelheid cannabis die gebruikers in een joint stoppen toenemen, en daarmee de dagelijkse dosis dus ook toeneemt (Van Laar, Frijns, Trautmann, & Lombi, 2013). Dit was inclusief een klein deel van de gebruikers die cannabis meestal op andere wijze consumeerden, zoals via een (water)pijp of in eten (totaal <8%).
- Onder Nederlandse cannabisgebruikers varieerde het gemiddeld aantal joints van circa 1 voor degenen die op minder dan een dag in de maand blowden, tot circa 4 onder degenen die (bijna) dagelijks blowden. De gemiddelde hoeveelheid cannabis per joint varieerde van 0,16 gram tot 0,25 gram, en de totale dagdosis varieerde van gemiddeld 0,2 gram onder incidentele gebruikers tot 1,1 gram onder dagelijkse blowers.
- Deze cijfers zijn gebaseerd op zelfrapportage. Er bestaat daarbij twijfel over hoe goed individuele gebruikers hun dosering in kunnen schatten (Van der Pol, Liebregts, de Graaf, Korf, Van den Brink, et al., 2013b).

Tabel 3.2.5 Gebruikswijze van cannabis onder laatste-jaar-gebruikers. Peiljaar 2016

	Altijd (%)	Meestal (%)	Soms (%)	Zelden (%)	Nooit (%)
joint	66,3	11,5	4,6	8,1	9,6
puur als sigaret	2,7	1,5	5,5	8,2	82,1
puur in een pijpje, chillum of bong	0,2	0,9	4,7	7,4	86,8
vaporizer	1,3	1,0	1,8	3,0	92,9
e-sigaret of shisha-pen	0,0	0,0	0,4	0,9	98,7
voedsel, drank of anders	1,7	1,5	2,9	11,4	82,6

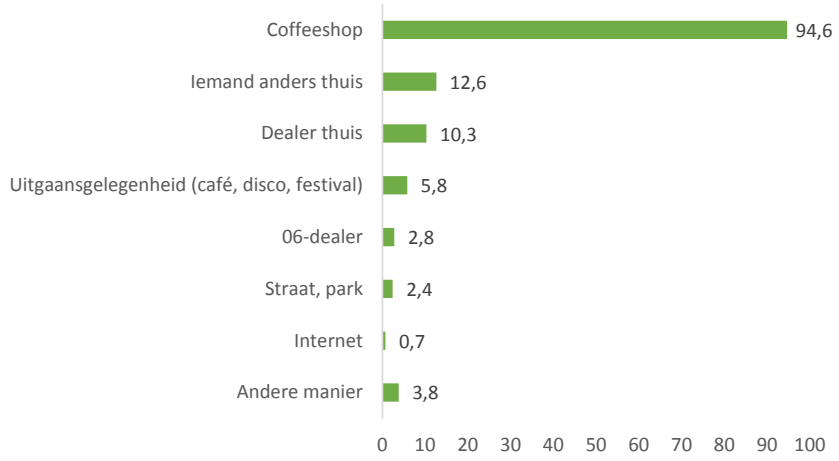
Percentage van de laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van toepassing gebruikswijze (in het afgelopen jaar). Bron: LSM-A Middelen/ Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2016

Wijze van verkrijgen

In de LSM-A Middelen is gevraagd hoe volwassenen hun cannabis verkrijgen (figuur 3.2.4).

- Op de vraag 'Koopt u of krijgt u meestal uw cannabis?' antwoordt het grootste deel van de laatste-jaar-gebruikers het meestal zelf te kopen (44,0%) of het meestal te krijgen of met anderen mee te roken (36,8%). Een op de zes gebruikers (17,2%) zegt het soms te kopen en soms te krijgen. Daarnaast geeft 2,0% van de cannabisgebruikers aan het zelf te kweken.
- Onder (bijna) dagelijkse cannabisgebruikers ligt het aandeel dat meestal zelf koopt hoger: 81,1% koopt meestal zelf. Daarnaast zegt 8,9% het soms te kopen en soms te krijgen, 6,8% het zelf te kweken en 3,2% van de (bijna) dagelijks gebruikers krijgt de cannabis of rookt mee.
- Vervolgens is aan degenen die (soms) cannabis kopen gevraagd waar zij in het afgelopen jaar wel eens cannabis kochten (figuur 3.2.4). Bijna iedereen had wel eens cannabis in een coffeeshop gekocht. Ongeveer één op de tien kochten wel eens bij een dealer thuis of bij iemand anders thuis en één op de twintig had wel eens cannabis gekocht in een uitgaansgelegenheid. Aankoop via andere wijzen kwam weinig voor.

Figuur 3.2.4 Wijze van verkrijgen van cannabis door laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder die meestal zelf cannabis kopen, peiljaar 2016



Wijze van verkrijgen onder de 44% laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder die meestal cannabis zelf kopen (in het afgelopen jaar). Dezelfde gebruiker kan cannabis op meerdere wijzen aanschaffen, daardoor tellen de percentages op tot meer dan 100%. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos i.s.m. RIVM en CBS, 2016.

Medicinaal cannabisgebruik

In Nederland is de medicinale cannabisverstrekking strikt gescheiden van de gedoogde verkoop van cannabis via coffeeshops (zie § 2.1.4). In de LSM-A Middelen 2016 is aan laatste-jaar-gebruikers van cannabis gevraagd of zij cannabis voor (uitsluitend of ook voor) medicinale doeleinden gebruiken, bijvoorbeeld als pijnstillend middel. Ook is gevraagd of zij hun cannabis op doktersrecept hebben verkregen.

- Vier van de vijf cannabisgebruikers van 18 jaar of ouder (82,4%) neemt cannabis niet als medicijn.
- Van de laatste-jaar-gebruikers zegt slechts 0,8% cannabis alléén als medicijn op doktersrecept te gebruiken.
- Daarnaast gebruikt 6,4% cannabis enkel als medicijn, maar zonder doktersrecept en 10,4% gebruikt cannabis als medicijn en als recreatief middel. Omgerekend naar de volwassen bevolking gebruikt 1,0% cannabis (ook) medicinaal.

Het aantal verstrekkingen door openbare apotheken van medicinale cannabis is afgelopen jaren fors toegenomen, met name vanwege de groeiende vraag naar cannabisolie, in tegensteling tot de flos variant (gedroogde bloemtoppen) (Stichting Farmaceutische kengetallen, 2017; zie ook § 3.8).

3.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van cannabis op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven van scholieren van het voortgezet onderwijs en van studenten van het HBO en MBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun doorsnee leeftijdgenoten middelen gebruiken.

Scholieren van het regulier onderwijs

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend gemeten in het Peilstationsonderzoek en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie (zie bronnentabel en bijlage D.7). Na afstemming binnen de Leefstijlmonitor zijn kerncijfers van de meest recente HBSC-studie (2017) vergelijkbaar met die van het Peilstationsonderzoek. De kerncijfers voor cannabisgebruik zijn uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en migratieachtergrond. Gegevens over de mate van consumptie en wijze van verkrijgen van cannabis zijn niet in de HBSC-peiling van 2017 verzameld; hiervoor is het Peilstationsonderzoek 2015 nog de primaire bron. Het wordt apart benoemd wanneer aanvullende gegevens uit het Peilstationsonderzoek 2015 worden beschreven.

Kerncijfers 2017

In 2017 heeft één op de tien (9,2%) scholieren van het voortgezet onderwijs ooit cannabis gebruikt. Het laatste-jaar-gebruik ligt hier dichtbij, meer dan de helft van hen gebruikte in de laatste maand (Zie tabel 3.3.1 en Stevens et al., 2018).

Tabel 3.3.1 Percentage cannabisgebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2017

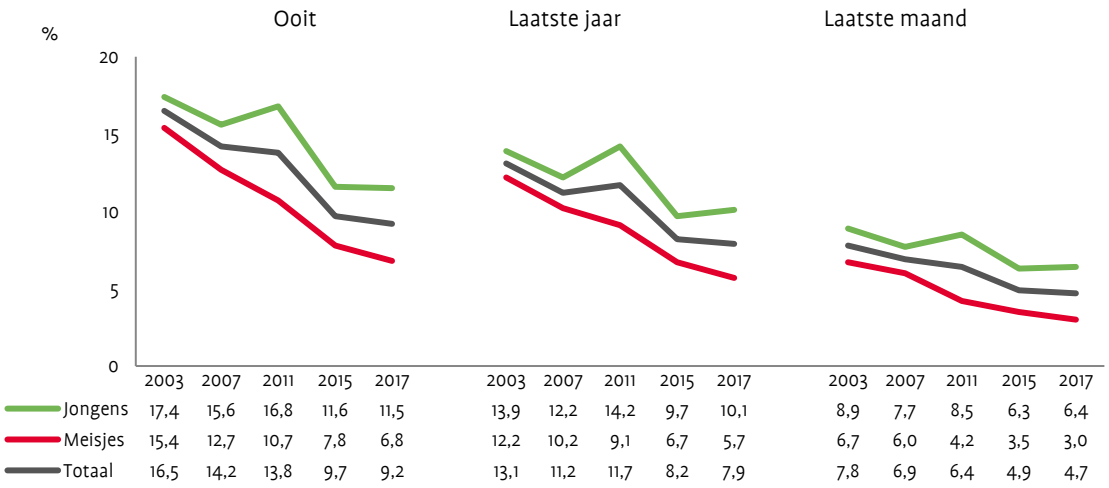
	(%)
Ooit	9,2
Laatste jaar	7,9
Laatste maand	4,7
Meer dan 9 keer in afgelopen maand	1,1

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, in de laatste maand. Bron: HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2017.

Trends in cannabisgebruik

Sinds het midden van de jaren tachtig wordt middelengebruik onder scholieren gemonitord. Vanaf 2017 includeert de HBSC alle scholieren van 12-16 jaar in het voortgezet onderwijs (en niet alleen degenen in de eerste vier leerjaren) en is daarmee vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie figuur 3.3.1). Het ooit-, laatste-jaar- en laatste-maand- gebruik van cannabis onder scholieren van 12-16 jaar daalde tussen 2003 en 2015. Het laatste-maand-gebruik halveerde bijna.
Tussen 2015 en 2017 bleef het cannabisgebruik stabiel. Verschillen in prevalenties in beide peiljaren zijn niet statistisch significant (figuur 3.3.1) (Stevens et al., 2018; Van Dorsselaer et al., 2016).

Figuur 3.3.1 Gebruik van cannabis onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003



	Ooit					Laatste jaar					Laatste maand				
	2003	2007	2011	2015	2017	2003	2007	2011	2015	2017	2003	2007	2011	2015	2017
Jongens	17,4	15,6	16,8	11,6	11,5	13,9	12,2	14,2	9,7	10,1	8,9	7,7	8,5	6,3	6,4
Meisjes	15,4	12,7	10,7	7,8	6,8	12,2	10,2	9,1	6,7	5,7	6,7	6,0	4,2	3,5	3,0
Totaal	16,5	14,2	13,8	9,7	9,2	13,1	11,2	11,7	8,2	7,9	7,8	6,9	6,4	4,9	4,7

Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden), en in de laatste maand (rechts). Bron: HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2017 en Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011, 2015) / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

Geslacht

Meer jongens dan meisjes gebruiken cannabis.

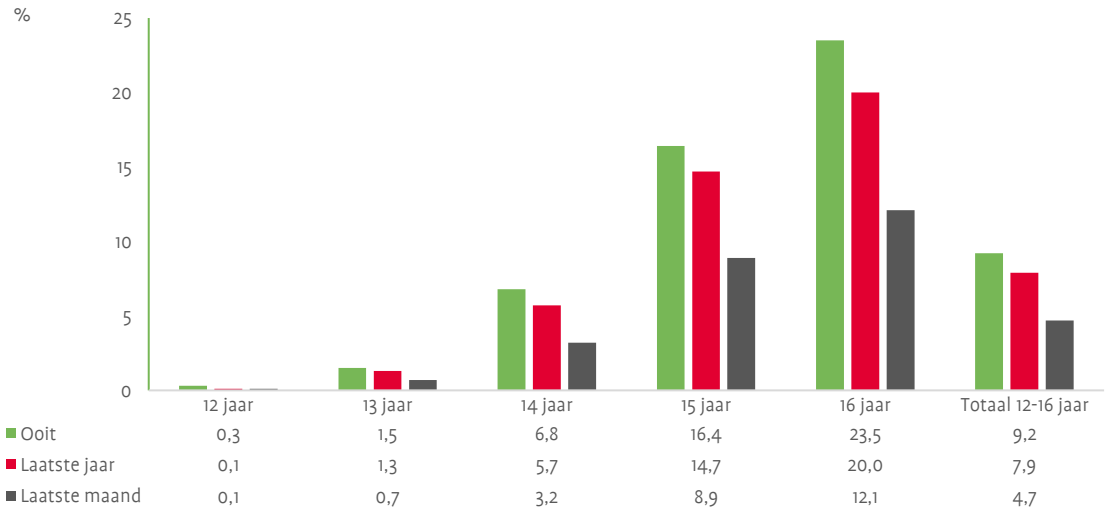
- In 2017 hadden meer jongens dan meisjes ervaring met cannabis (figuur 3.3.1) (Stevens et al., 2018).
- Ook het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik lag hoger onder jongens dan onder meisjes.

Leeftijd

Bij scholieren neemt het gebruik van cannabis toe met de leeftijd (Stevens et al., 2018).

- Minder dan 1% van de leerlingen van 12 jaar had in 2017 ervaring met cannabis, oplopend naar bijna een kwart van de 16-jarige scholieren (figuur 3.3.2). In totaal gebruikte ongeveer één op de veertien scholieren van 12-16 jaar in het laatste jaar cannabis en één op twintig in de laatste maand.
- Het percentage scholieren dat op zeer jonge leeftijd (14 jaar) al ervaring heeft met cannabis halveerde van 18,8% in 2003 naar 6,8% in 2017.
- Eerdere analyses laten zien dat de gemiddelde startleeftijd onder 12-16-jarige scholieren die ervaring hebben met cannabis tussen 2003 en 2015 steeg van 13,7 jaar naar 14,1 jaar (Van Dorsselaer et al., 2016). Tussen 2011 en 2015 deed de daling in het percentage scholieren tussen 12 en 16 jaar dat ervaring heeft met cannabis zich vooral voor onder 13-jarigen en 16-jarige jongens. De daling in het laatste-maand-gebruik was voor de hele steekproef niet significant verschillend, maar wel (alleen) voor de 13-jarigen (van 2,9% in 2011 naar 1,2% in 2015).
- Een vroege startleeftijd van cannabisgebruik wordt in verband gebracht met een verhoogd risico op het later ontwikkelen van psychische stoornissen, afhankelijkheid, het gebruik van harddrugs en mogelijk cognitieve stoornissen (Chadwick, Miller, & Hurd, 2013; Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs, 2008; Volkow et al., 2016). Welke mechanismen hierbij een rol spelen (bijv. effecten van cannabis op het ontwikkelend brein, aanleg, en/of sociale processen) is niet precies bekend.
- Ook een vroege startleeftijd van het roken van tabak wordt bij adolescenten in verband gebracht met een verhoogd risico op het ontstaan van cannabismisbruik en cannabisafhankelijkheid (Prince-van Leeuwen et al., 2014)

Figuur 3.3.2 Gebruik van cannabis onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs naar leeftijd. Peiljaar 2017



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Bron: HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2017.

Schoolniveau

Er zijn verschillen tussen de schoolniveaus in de prevalentie van cannabisgebruik onder scholieren van 12-16 jaar.

- In 2017 lag het ooit- en laatste-maand gebruik onder scholieren van VMBO-t lager dan voor de andere schoolniveaus, maar alleen het verschil met VMBO-b is statistisch significant (tabel 3.3.2).

Tabel 3.3.2 Gebruik van cannabis in onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar naar schoolniveau. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste maand (%)
VMBO-b	12,7	7,2
VMBO-t	6,6	3,6
HAVO	10,6	4,5
VWO	8,5	4,4

Percentage gebruikers ooit in het leven en laatste maand. Bron: HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2017.

Eerdere analyses van het Peilstationsonderzoek tot en met 2015 laten zien dat blowende scholieren van het VWO het meest gematigd zijn in hun gebruik: zij roken minder vaak en minder joints per keer dan scholieren van de andere schoolniveaus (Van Dorsselaer et al., 2016).

- Voor nagenoeg alle schoolniveaus nam het cannabisgebruik af tussen 2003 en 2015, alleen bij de HAVO was de daling in het percentage laatste-maand-gebruikers niet statistisch significant.
- Een aanvullende analyse waarvoor alleen gegevens van leerjaar 1-4 zijn gebruikt laat zien dat sinds 2003 op alle schoolniveaus de veronderstelde schadelijkheid van dagelijks blowen afnam. VMBO-b leerlingen veronderstellen minder vaak dat dagelijks blowen schadelijk is dan leerlingen van de andere drie niveaus. Scholieren die veronderstellen dat dagelijks blowen schadelijk is, hebben minder vaak ooit in het leven en in de afgelopen maand cannabis gebruikt (Tuithof, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2017).

Migratieachtergrond

Er is geen sterke samenhang tussen migratieachtergrond en het gebruik van cannabis (tabel 3.3.3)(Stevens et al., 2018). Er zijn geen statistisch significante verschillen in het ooitgebruik of laatste-maand-gebruik tussen scholieren met een niet-westerse migratieachtergrond en andere scholieren.

Tabel 3.3.3 Gebruik van cannabis onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar naar migratieachtergrond[1]. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Geen	9,1	4,7
Niet-Westers	8,5	4,8

Percentage gebruikers ooit in het leven en laatste maand. 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf. Bron: HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2017.

- Resultaten van het Peilstationsonderzoek 2015 laten zien dat alleen Marokkaanse leerlingen met 3,9% minder ervaring met het gebruik van cannabis hebben vergeleken met het gebruik in de andere groepen, dat het hoogst is onder scholieren van Surinaamse afkomst (13,4%). Ook het laatste-maand-gebruik lag het laagst onder scholieren van Marokkaanse afkomst (0,5%) en het hoogst onder scholieren van Surinaamse afkomst (6,9%) (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Onderzoek onder jonge immigranten (15-24 jaar) van Surinaamse, Turkse, Marokkaanse, Antilliaanse, of Aziatische afkomst in de vier grote steden laat zien dat het ooitgebruik van cannabis hoger ligt onder adolescente immigranten die thuis Nederlands spreken, vergeleken met degenen die thuis hun moedertaal spreken (Delforterie, Creemers, & Huizink, 2014). In dit onderzoek bestond er een verband tussen thuis Nederlands spreken en het vaker hebben van vrienden die cannabis gebruiken.

Mate van consumptie

Ongeveer 1 op de 20 scholieren van 12-16 jaar gebruikte in de laatste maand cannabis. Gegevens over de frequentie van cannabisgebruik en aantal joints per keer zijn niet opgenomen in de HBSC-studie van 2017.

- In het Peilstationsonderzoek 2015 blowde ongeveer de helft van de laatste-maand-gebruikers niet meer dan één of twee keer, ook ongeveer de helft gebruikte minder dan 1 joint per keer (tabel 3.3.4). Minder dan een kwart blowde frequent (negen keer of vaker in de afgelopen maand) of 3 of meer joints per keer.
- Jongens gebruikten vaker frequent dan meisjes. Er is geen duidelijk verband met de leeftijd (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Gemiddeld wordt 1,5 joint per keer gerookt. Jongens blowen niet alleen vaker dan meisjes, maar ook meer joints per keer: respectievelijk gemiddeld 1,6 joint versus 1,1 joint.

Tabel 3.3.4 Mate van cannabisgebruik onder door scholieren van 12-16 jaar die de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, naar geslacht en totaal. Peiljaar 2015

	Jongens (%)	Meisjes (%)	Totaal (%)
Frequentie			
1-2	40,3	60,1	47,1
3-9	33,1	22,9	29,6
>9	26,6	17,0	23,3
Aantal joints per keer			
<1	44,0	60,3	49,8
1 of 2	32,2	27,5	30,5
≥3	23,8	12,2	19,7

Aantal keren gebruik in de afgelopen maand onder jongens en meisjes die in de laatste maand gebruikten. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/ Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

Wijze van verkrijgen

In het Peilstationsonderzoek van 2015 is gevraagd waar jongeren hun cannabis verkrijgen (Van Dorsselaer et al., 2016).

- Op de vraag 'Hoe kom je meestal aan je wiet/hasj?' antwoordt het grootste deel (36%) van de laatste-maand-gebruikers het meestal te krijgen of met anderen mee te roken. Een op de vijf gebruikers (21%) zegt het meestal door vrienden of anderen te laten kopen en 17% koopt het zelf. Daarnaast geeft 20% van de cannabisgebruikers aan dat elk van de drie opties voorkomt (zelf kopen, krijgen, of laten kopen).
- Wanneer specifiek naar het kopen van cannabis gevraagd wordt, geeft twee derde van de laatste-maand- gebruikers aan nooit zelf te kopen; meisjes vaker dan jongens. De rest koopt wel eens zelf cannabis (tabel 3.3.5).
- Aangezien de leeftijdsgrens voor toegang tot een coffeeshop 18 jaar is, is het opmerkelijk dat 15% van de laatste-maand-gebruikers van 12-16 jaar in het laatste jaar wel eens cannabis kocht in een coffeeshop. Jongens rapporteren dat vaker dan meisjes en 16 jarigen vaker dan jongere scholieren.

Tabel 3.3.5 Wijze van verkrijgen van cannabis door scholieren van 12-16 jaar die de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, naar leeftijdsgroep, geslacht en totaal. Peiljaar 2015

	Leeftijd			Geslacht[1]		Totaal[1]
	14 jaar (%)	15 jaar (%)	16 jaar (%)	J (%)	M (%)	12-16 jaar
Ik koop het nooit	60	66	64	61	72	65
Coffeeshop	12	12	21	18	11	15
Bij een dealer thuis	19	18	12	16	17	16
Bij iemand anders thuis	5	8	4	7	4	6
Op of rond school	5	6	6	6	5	6
Op straat, park etc.	14	14	18	19	6	14
Anders	5	6	2	4	6	4

Wijze van verkrijgen van de leerlingen van 12-16 jaar van middelbare scholen die in de afgelopen maand cannabis hadden gebruikt. Leerlingen konden meerdere antwoorden aankruisen. De percentages tellen daarom niet op tot 100%. I. Vanwege de kleine aantallen zijn de resultaten van de 12- en 13-jarigen niet apart vermeld in de tabel, maar wel meegenomen in de totalen. J = jongens, M = meisjes. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

Blowen onder schooltijd

In het Peilstationsonderzoek in 2015 is gevraagd of jongeren wel eens blowen onder schooltijd (Van Dorsselaer et al., 2016).

- Van alle scholieren die in de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, antwoordt bijna de helft (45%) dat zij dit in de afgelopen maand wel eens onder schooltijd (tijdens tussenuren of in de pauze) hebben gedaan. Het verschil tussen jongens (51%) en meisjes (33%) is niet statistisch significant.
- Berekend als percentage van alle scholieren gaat het om 2,5% van alle leerlingen (Van Dorsselaer et al., 2016). In 2011 was dit 3,0% van alle scholieren; 31% van de laatste-maand-gebruikers (jongens 32%, meisjes 29%) (Verdurmen et al., 2012).

Opvattingen en rol van ouders

In het Peilstationsonderzoek 2015 zijn ook de opvattingen van ouders over blowen onderzocht (Van Dorsselaer et al., 2016; zie ook Jaarbericht 2017).

- Af en toe cannabis gebruiken is volgens 83% van de ouders van scholieren van 12-16 schadelijk voor jongeren onder de 16 jaar.
- Bijna alle ouders (93%) geven aan dat zij strenge regels hanteren wat betreft cannabisgebruik door hun kind. Ouders die cannabis hebben gebruikt verwachten minder vaak dat zij invloed hebben en stellen minder vaak strenge regels dan ouders die nooit cannabis hebben gebruikt.
- Ouders hebben vaker het vertrouwen dat zij cannabisgebruik door hun kind kunnen voorkomen (73%) dan voor alcohol (59%) of tabak (59%).

Ook de scholieren zijn bevraagd over regels over blowen van hun ouders en in hoeverre hun ouders in het algemeen toezicht houden en steun bieden (Van Dorsselaer et al., 2016).

- Bijna alle scholieren (92%) vinden dat hun ouders strenge regels stellen over blowen. Deze factor hangt sterk samen met minder cannabisgebruik: laatste-maand-gebruik is 26% onder de scholieren die géén strenge regels ervaren vergeleken met 3% bij degenen die wél strenge regels ervaren.

- Een aanvullende analyse waarvoor alleen gegevens van leerjaar 1-4 zijn gebruikt laat ook zien dat als scholieren vinden dat hun ouders veel steun bieden, zij minder vaak blowen (3% versus 12% cannabisgebruik in de laatste maand). In mindere mate is dit ook het geval voor scholieren die veel toezicht door hun ouders ervaren (3% versus 5%) (Tuithof et al., 2017).

Gebruik onder studenten van het MBO en het HBO

In 2017 is het gebruik van cannabis gemeten in een landelijk onderzoek onder ongeveer 4.000 studenten van het MBO en het HBO (tabel 3.3.6)(Tuithof, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2018).

- Eén op de zeven studenten gebruikte nog in de afgelopen maand: jongens (19%) vaker dan meisjes (11%).
- Het percentage 17-jarigen dat ooit cannabis had gebruikt ligt op het HBO lager (25,5%) dan op het VO (33,5%) en MBO (33,0%). Dat geldt ook voor het laatste-maand-gebruik (respectievelijk 9,1% versus 15,8% en 13,8%).
- Ruim een kwart (27%) van de laatste-maand-gebruikers had in de afgelopen maand onder schooltijd geblowd. De blowende studenten roken gemiddeld 1,6 joints per keer.
- Bijna zes op de tien cannabisgebruikers onder de 18 jaar kopen wel eens cannabis, of laten dit doen.
- Deze resultaten zijn vergelijkbaar met die uit de peiling van 2015.

Tabel 3.3.6 Percentage cannabisgebruikers onder andere groepen scholieren en studenten

	Locatie	Peiljaar	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Studenten MBO en HBO (16-18 jaar)	Nederland	2015	31	14
		2017	34	15
Scholieren klas 5 en 6 HAVO en VWO (16-18 jaar)	Amsterdam	2016	51	24
Studenten MBO (15-35 jaar)[I]	Amsterdam	2016	49	22

Percentage gebruikers van cannabis ooit en in de laatste maand. I. De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking niet mogelijk. Bronnen: Middelenmonitor MBO/HBO 2016&2018 (Verdurmen et al., 2016; Tuithof et al., 2018), Jeugd&genotmiddelen 2016 (Dijkshoorn et al., 2016), Antenne 2016 (Nabben et al., 2017).

Gebruik in Amsterdam onder scholieren van de HAVO en het VWO en studenten van het MBO

In (zeer) stedelijke gebieden is het cannabisgebruik hoger dan in matig- of niet-stedelijke gebieden. Ook onder 1.076 Amsterdamse HAVO/VWO scholieren en 1.972 MBO-studenten is gebleken dat het cannabisgebruik hoger ligt dan het landelijk gemiddelde (tabel 3.3.6) (Dijkshoorn et al., 2016; Nabben, Luijk, Benschop, & Korf, 2017). Bij de interpretatie hiervan is het belangrijk om rekening te houden met verschillen in meetmethoden, waardoor een directe vergelijking niet mogelijk is.

- Van de laatste-maand-gebruikers onder de Amsterdamse MBO-studenten had 17% dagelijks geblowd.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ligt het gebruik van cannabis hoger dan onder scholieren op reguliere middelbare scholen en de algemene bevolking, zoals hiervoor beschreven. Tabel 3.3.7 en 3.3.8 vatten de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder bezoekers van uitgaansgelegenheden en 'kwetsbare' groepen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen

in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Hoewel cannabis geen typische uitgaansdrug is, wordt het middel wel vaker gebruikt door jongeren en jongvolwassenen die vaak uitgaan. Dit blijkt uit zowel landelijke als lokale studies.

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht (Monshouwer, Van der Pol, Drost, & Van Laar, 2016). De respondenten van dit onderzoek vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016, zoals uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- In HGU2016 had een op de drie uitgaande jongeren en jongvolwassenen in de afgelopen maand geblowd. Dat is meer dan het percentage laatste-maand-blowers onder leeftijdsgenoten uit de algemene bevolking (zie § 3.2). Van degenen die in het afgelopen jaar cannabis hadden gebruikt, deed 48% dat minimaal eens per maand, 10% gebruikte (bijna) dagelijks.
- Net als in de algemene bevolking had de meerderheid van de laatste-maand-gebruikers een voorkeur voor wiet (52%), 19% gebruikte meestal hasj, 19% gebruikte even vaak wiet als hasj, en 10% wist het niet.
- Cannabis werd meestal gebruikt op niet-uitgaansavonden, en is daarmee geen typische uitgaansdrug, zoals ecstasy en amfetamine. Zowel op uitgaansdagen als niet-uitgaansdagen werd meestal één joint gerookt.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven en in de Gooi en Vechtstreek middels een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven en surveys onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen. In de survey van 2017 zijn, net als in 2013, bezoekers van clubs, raves en festivals onderzocht.

- In 2017 had van deze uitgaanders in Amsterdam 43% in de afgelopen maand cannabis gebruikt (Nabben, Luijk, & Korf, 2018), vergeleken met 30% van de uitgaanders in Hilversum (Luijk et al., 2018) (tabel 3.3.7).
- Sinds 2013 signaleren sleutelfiguren dat blowen -net als het roken van tabak- door de rookwetgeving fors gemarginaliseerd is in het Amsterdamse uitgaansleven (Benschop, Nabben, & Korf, 2015; Nabben, Luijk, & Korf, 2018; Nabben, Benschop & Korf, 2014; Nabben, Benschop & Korf, 2016; Nabben et al., 2017). Echter, in "de urban scene blijft blowen een populair tijdverdrijf", zo werd nog steeds geconstateerd in 2017 (Nabben et al., 2018).
- Rond (tabak) roken hangt een groter aureool van ongezond gedrag, voor sommigen is een e-smoker een alternatief (Nabben et al., 2017). Zo constateren sleutelfiguren ook dat sommige blowers overstappen op vaporizers en dat "het vapen of dampen in sommige urbankringen een 'statusding' begint te worden" (Nabben et al., 2017). Sommigen gebruiken hasjolie via de vaporizer. Echter, ook in 2017 gold nog steeds dat de meeste blowers lijken te zweren bij de "traditionele manier van verkruimelde cannabis met tabak in een lange vloei gerold" (Nabben et al., 2018).
- Over het algemeen wordt overwegend thuis geblowd, na het werk, en soms op afterfeesten, feesten en festivals, maar weinig in een coffeeshop (Nabben et al., 2016; Nabben et al., 2017).

- In voorgaande onderzoeken van de Antenne-monitor daalde tussen 1995 en 2013 het percentage dat tijdens het uitgaan blowde zowel onder clubbers als ravers (Nabben et al., 2014), net als tussen 2000 en 2014 onder de Amsterdamse cafébezoekers (Benschop et al., 2015). In 2017 had 13% van de uitgaanders *tijdens het uitgaan* geblowd, hetgeen niet statistisch significant verschilde met het percentage van 16% uit 2013 (Nabben et al., 2018).

Ook volgens een ouder uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden wordt gesteld dat cannabis zowel tijdens het uitgaan als daarbuiten wordt gebruikt (Van Dijk & Reinerie, 2015). Deze studie combineert eveneens panelinterviews met een survey onder 1.309 uitgaande jongeren op vier Haagse uitgaanslocaties tussen 12-35 jaar.

- Vier op de tien hadden in de afgelopen maand gebruikt; 50% van de mannen en 30% van de vrouwen.
- De gemiddelde leeftijd waarop deelnemers voor het eerst hasj of wiet gebruikten was 17 jaar. Bij mannen was de mediane leeftijd met 14 jaar lager dan bij vrouwen (16 jaar).
- Laatste-maand-gebruikers rookten gemiddeld 1,5-2 joints op een 'blowdag', de mediaan was 1 joint.
- Volgens sleutelfiguren in het Haagse uitgaansleven werden waterpijp en verdampers om cannabis te 'roken/inhaleren' genoemd als nieuwe ontwikkeling, hetgeen destijds ook in Amsterdam het geval was (Benschop et al., 2015).
- Redenen om te blowen varieerden van verveling, het lekkere gevoel, vluchten voor de werkelijkheid, tot het onderdrukken of bevorderen van de effecten van stimulerende drugs.

Coffeeshopbezoekers

De Amsterdamse Antenne-survey uit 2015 bracht het middelengebruik onder coffeeshopbezoekers in kaart (Nabben et al., 2016).

- Van de coffeeshopbezoekers die in de afgelopen maand hadden geblowd (zie tabel 3.3.7) gebruikte 44% dagelijks of bijna dagelijks; 15% gebruikte 1-2 dagen per week, 21% gebruikte 3-4 dagen en 12% gebruikte 5-6 dagen per week.
- Gemiddeld blowden zij 3 joints per typische gebruiksdag; 44% rookte maximaal 1 à 2 joints op een dag, 20% rookte er minstens 5.
- Hoewel 97% van de laatste-maand-gebruikers meestal cannabis rookte in een joint, had 76% ook ervaring met andere gebruiksmethoden, zoals de waterpijp (64%), eten of drinken (60%), een chillum (kegelvormige pijp) (45%), de vaporizer (34%) of een e-smoker (15%). Ruim een kwart (28%) van de laatste-maand-gebruikers had deze alternatieve methoden in de laatste maand nog toegepast. Er is nog weinig bekend over de gezondheidsschade bij het gebruik van e-smokers (Giroud et al., 2015) Verdampen via een vaporizer of e-smoker heeft de potentie blootstelling aan tabak en aan carcinogene verbrandingsproducten van cannabis te verminderen. Maar er zijn ook zorgen dat het tot vaker gebruik en gebruik van hogere dosering ('high potency' producten, zoals hasj olie) zou kunnen leiden (Borodovsky et al., 2017).
- Een meerderheid van de coffeeshopbezoekers (58%) had nog nooit van synthetische cannabis gehoord, een op de tien had er ervaring mee (zie § 8.3).
- Een meerderheid (57%) van de coffeeshopbezoekers die in de afgelopen maand nog hadden gebruikt, had een voorkeur voor wiet; 30% prefereerde hasj. De resterende 13% had geen voorkeur voor wiet of hasj.
- Meer dan de helft van de coffeeshopbezoekers prefereerde de sterkere cannabissoorten: 37% gebruikte meestal 'sterke' wiet of hasj en 19% meestal 'erg sterke'. Degenen die juist (erg) milde soorten gebruikten, waren in de minderheid (7%). Er bestaat twijfel over hoe goed (frequent) gebruikers de sterkte van hun cannabis in kunnen schatten (Van der Pol, Liebregts, de Graaf, Korf, Van den Brink, et al., 2013b; Freeman et al., 2014).

- Negen van de tien laatste-jaar-cannabisgebruikers (90%) mengden hun cannabis met tabak. De helft van de niet-mengers was geen roker van sigaretten, shag, of sigaren, maar de andere helft rookte wel, maar blowde zonder tabak.
- Personen die vaak en langdurig coffeeshops bezoeken hadden een grotere kans om voor het onderzoek te worden benaderd. Dit heeft vermoedelijk geleid tot een oververtegenwoordiging van frequente blowers.

Tabel 3.3.7 Laatste-maand-gebruik van cannabis onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde Leeftijd (jaar)	Laatste-maand-gebruik (%)
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2016	22	32
Cafébezoekers[II]	Amsterdam	2014	27	30
Bezoekers van clubs, raves[III] en festivals	Amsterdam	2013	24	48
		2017	26	43
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum	2017	21	30
Uitgaanders	Den Haag	2014	24	42
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	25	91

Percentage laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders.
I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via facebook, online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. III. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media" (Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016, (Monshouwer et al., 2016); Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2013 (Nabben et al., 2014), Antenne 2014 (Benschop et al., 2015), Antenne 2015 (Nabben et al., 2016), Antenne 2017 (Nabben, Luijk, & Korf, 2018), Antenne Gooi en Vechtstreek 2017 (Luijk et al., 2018); Het Haags Uitgaansonderzoek 2014, GGD Haaglanden (Van Dijk & Reinerie, 2015).

Kwetsbare groepen

Oudere studies laten zien dat er onder hangjongeren, jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en in de jeugdzorg, zwerfjongeren en spijbelaars relatief veel laatste-maand-cannabisgebruikers zijn (3 tot 6 op de 10) (zie ook Kepper, Van Dorsselaer, Monshouwer, & Vollebergh, 2009; Kepper, van den Eijnden, Monshouwer, & Vollebergh, 2014); en Van Laar et al., 2016). In 2020 komen weer landelijke gegevens beschikbaar voor jongeren in hoogrisicosettings: praktijkonderwijs (PrO), in het speciaal onderwijs (REC-3 en REC-4) en in de residentiële jeugdzorg (RJZ) en justitiële jeugdinrichtingen (JJI) (zie Hoofdstuk 1).

- In de jeugdzorg in Amsterdam daalde het percentage laatste-maand-blowers van 45% in 2006 naar 29% in 2012 (Benschop, Nabben, & Korf, 2013). Volgens het panel van Amsterdamse professionals die zicht hebben op kwetsbare buurtjongeren in straatgroepen, blijft cannabis een aantrekkelijk middel en onderschatten jongeren de risico's van frequent blowen (Nabben et al., 2017).
- In een onderzoek onder daklozen in de vier grote steden (G4) worden vijf soorten daklozen onderscheiden (van der Laan et al., 2013). Een van deze groepen daklozen van voornamelijk mannen kenmerkte zich door regelmatig cannabisgebruik "jonge mannelijke cannabisgebruikers": zij waren gemiddeld 23 jaar oud en 66% van hen gebruikte regelmatig cannabis. In 2011 had 63% van de jonge daklozen in de vier grote steden in de afgelopen maand cannabis gebruikt (Van Straaten et al., 2012). Bij de vervolgmeting van deze groep in 2013 was dat 54% (geen statistisch significante daling). Overigens was slechts 3% nog dakloos (Van Straaten et al., 2014).

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

Tabel 3.3.8 Laatste-maand-gebruik van cannabis in kwetsbare groepen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde Leeftijd (jaar)	Actueel gebruik (%)
Dakloze jongeren	G4	2011	20	63
(Voormalig) dakloze jongeren	G4	2013	22	54
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	16	29

Percentage laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en Utrecht. Bronnen: Coda-G4 ((Van Straaten et al., 2012) (Van Straaten et al., 2014). (GGD Amsterdam, 2014).

3.4 Problematisch gebruik

Problematisch cannabisgebruik kent geen uniforme definitie, maar is in het afgelopen decennium geoperationaliseerd volgens criteria voor afhankelijkheid en misbruik van het internationaal psychiatrisch classificatiesysteem DSM-IV (zie bijlage A). Vanaf 1 januari 2017 is de DSM-5 leidend voor de klinische praktijk, waarbij de DSM-IV-diagnosen 'misbruik' en 'afhankelijkheid' zijn samengevoegd tot één nieuwe DSM- 5-diagnose: 'stoornis in het gebruik van middelen' met drie ernstniveaus (Sigling, 2016). Gegevens over het vóórkomen van cannabisstoornissen zijn vooralsnog alleen beschikbaar op basis van de DSM-IV. Een indicatie van het problematisch cannabisgebruik kan ook worden verkregen via een veelgebruikte korte vragenlijst, de Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (Casajuana et al., 2016). Hierover zijn wel recente gegevens beschikbaar (zie later deze paragraaf).
Het risico van afhankelijkheid wordt voor cannabis kleiner ingeschat dan voor heroïne, cocaïne en nicotine (Van Amsterdam, Opperhuizen, Koeter, & Van Den Brink, 2010). Het risico van afhankelijkheid neemt echter toe bij langdurig frequent gebruik en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen (Hall & Degenhardt, 2014). Ongeveer een op de tien ooitgebruikers wordt afhankelijk van cannabis; deze kans is een op zes wanneer men als tiener startte met gebruik (Anthony, 2006; Hall, 2015). Jongeren zijn dus waarschijnlijk kwetsbaarder voor cannabisafhankelijkheid dan ouderen (Chadwick et al., 2013; Chen, Storr, & Anthony, 2009; Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs, 2008; Volkow et al., 2016).

Problematisch cannabisgebruik onder volwassenen

Er zijn geen recente schattingen beschikbaar over hoe vaak een stoornis in het gebruik van cannabis in Nederland voorkomt. Er zijn wel recente (2016) gegevens over het voorkomen van riskant cannabisgebruik in de volwassen Nederlandse bevolking op basis van de Cannabis Abuse Screening Test (CAST) screeningvragenlijst, die is opgenomen in de LSM-A (zie bijlage D.2). Een positieve score (van 2 of hoger) op deze korte vragenlijst hangt samen met problematisch cannabisgebruik, maar vormt geen klinische diagnose. Daarom moeten deze gegevens voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- In 2016 had 1,4% van de bevolking van 18 jaar en ouder een positieve CAST score (van 2 of hoger). Dat komt (afgerond op tienduizendtallen) neer op 180 duizend Nederlanders (95% betrouwbaarheidsinterval 150-210 duizend) en is 22,1% van de laatste-jaar-gebruikers. Voor mannen (26,6%) is dit hoger dan voor vrouwen (12,6%) (LSM-A Middelen 2016; Monshouwer, Van Dorsselaer, & Van der Pol, 2018).
- In de leeftijdscategorie 30-39 jaar zijn er relatief veel riskante gebruikers (38,2%) en onder de 20-24 jarigen relatief weinig (13,0%).
- Gebruikers met een niet-westerse migratieachtergrond hebben vaker een positieve CAST score (40,2%) dan gebruikers met een Nederlandse achtergrond (18,8%).
- Onder werkende en niet-werkende cannabisgebruikers komt riskant cannabisgebruik ongeveer evenveel voor (respectievelijk 21,3% en 24,2%).
- Een positieve CAST score hangt sterk samen met de frequentie van cannabisgebruik. Ruim de helft (55,7%) van de riskante gebruikers zegt op 20 of meer dagen te hebben gebruikt in de afgelopen 30 dagen (d.w.z. (bijna) dagelijks gebruik) vergeleken met 10,6% onder de niet-riskante gebruikers.
- De score op de CAST hangt ook samen met het gemiddeld aantal joints dat op een 'typische blowdag' wordt gerookt. Riskante gebruikers roken gemiddeld 2,9 joints vergeleken met gemiddeld 1,3 joints onder degenen met een negatieve CAST score. Een kwart van de riskant gebruikers (25,6%) zegt 4 of meer joints te roken vergeleken met 1,7% onder de niet-riskante gebruikers.

Afhankelijkheid en misbruik van cannabis

Recente gegevens over de prevalentie van cannabismisbruik en –afhankelijkheid onder de volwassen Nederlandse bevolking ontbreken. De laatste cijfers dateren uit 2007-2009.

- Volgens het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,1% en 0,5% van de bevolking van 18-64 jaar aan de diagnose cannabisafhankelijkheid (DSM-IV gewijzigde editie). Naar schatting 0,2% tot 0,6% van de respondenten voldeed aan de diagnose cannabismisbruik.
- Van degenen die in het jaar voorafgaand aan het interview cannabis hadden gebruikt (6,5% van alle respondenten), voldeed 1 op de 9 aan de criteria voor cannabismisbruik of -afhankelijkheid. Deze stoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (zie tabel 3.4.1).
- Omgerekend naar de bevolking ging het om naar schatting 29.300 mensen met cannabisafhankelijkheid en 40.200 mensen met cannabismisbruik. In dit bevolkingsonderzoek ontbraken jongeren onder de 18 jaar, mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn en mensen die dakloos zijn, of langere tijd in een instelling verblijven. In hoeverre dit de gegevens heeft beïnvloed is niet bekend.
- Drie jaar na de eerste NEMESIS-2-meting werd een tweede meting uitgevoerd (De Graaf, Ten Have, Tuithof, & Van Dorsselaer, 2012). Op deze manier kon worden onderzocht hoeveel mensen die nog nooit een cannabisprobleem hadden gehad, binnen de periode van een jaar alsnog een cannabisprobleem kregen. Binnen die periode voldeed 0,12% voor het eerst aan de criteria van cannabismisbruik en werd nog eens 0,09% voor het eerst cannabisafhankelijk (De Graaf et al., 2012).

Tabel 3.4.1 Jaarprevalentie en aantallen mensen met een cannabisstoornis, naar geslacht. Tussen haakjes: 95% betrouwbaarheidsintervallen. Peiljaar 2007-2009

Stoornis	Mannen (%; 95% BI)	Vrouwen (%; 95% BI)	Totaal (%; 95% BI)	Totaal (Aantal)
Cannabismisbruik	0,6 (0,2 – 1,0)	0,2 (<0,1 – 0,4)	0,4 (0,2 – 0,6)	40.200
Cannabisafhankelijkheid	0,4 (0,1 - 0,8)	0,1 (<0,1 - 0,3)	0,3 (0,1 - 0,5)	29.300

95% BI = 95% Betrouwbaarheidsinterval. Bron: Nemesis 2007-2009 (Ron De Graaf, Ten Have, & Van Dorsselaer, 2010).

Beloop cannabisstoornissen en samenhang met andere problemen

Cannabisafhankelijkheid gaat vaak samen met andere psychische stoornissen (Couvy-Duchesne et al., 2018; Hasin et al., 2016; Van Laar, Van Dorsselaer, Monshouwer, & De Graaf, 2007) en kent vaak een dynamisch beloop.

- Zowel frequent cannabisgebruik met - en zonder afhankelijkheid hangt samen met gedragsstoornissen en ADHD. Angststoornissen en depressie komen echter alleen vaker voor bij degenen die ook afhankelijk zijn, blijkt uit een vergelijking tussen frequente cannabisgebruikers van 18-30 jaar die op minstens 3 dagen per week blowen (met en zonder cannabisafhankelijkheid) en leeftijdsgenoten uit de algemene bevolking die niet (frequent) blowen (Van der Pol, Liebregts, de Graaf, Korf, Van den Brink, et al., 2013a).
- Bij 37% van de frequente cannabisgebruikers die aan het begin van het onderzoek nooit afhankelijk waren geweest, ontwikkelde zich cannabisafhankelijkheid gedurende het onderzoek en van degenen die bij de start afhankelijk waren, bleef 28% dat gedurende drie jaar (Van der Pol et al., 2015; Van der Pol, Liebregts, de Graaf, Korf, Van den Brink, et al., 2013a). Er werd geen duidelijk verband gevonden tussen de mate (aantal dagen, aantal joints, dosis, sterkte) van frequent cannabisgebruik en afhankelijkheid. Huidige problemen, cannabisgebruik om problemen te vergeten (coping motieven) en eerdere symptomen van een cannabisstoornis kwamen wel vaker voor bij mensen die afhankelijk raakten of bleven. Bij het merendeel van de afhankelijke gebruikers in dit onderzoek ging de afhankelijkheid voorbij zonder professionele hulp. De afhankelijke gebruikers die geen hulp zochten functioneerden beter en hadden minder psychische problemen dan gebruikers die wel hulp zochten in de verslavingszorg (Van der Pol, Liebregts, de Graaf, Korf, Van den Brink, et al., 2013a).

Cannabis en probleemgedrag in de adolescentie

Onbekend is hoeveel Nederlandse jongeren een cannabisstoornis hebben. Net als bij de volwassen in de algemene bevolking zijn wel gegevens over het voorkomen van riskant cannabisgebruik onder 15-16 jarige scholieren op basis van de CAST screeningvragenlijst, die is opgenomen in de ESPAD (2015) studie (zie § 3.5 en bijlage D.2).
In 2015 gebruikte ongeveer 1 op de 5 (21%) Nederlandse 15- en 16-jarigen cannabis.

- Van alle 15- en 16-jarige scholieren kan 4,3% worden aangemerkt als riskant gebruiker. Dat komt neer op 23% van de laatste jaar gebruikers; jongens (24,4%) vaker dan meisjes (20,5%)
- Het percentage riskante cannabisgebruikers is veruit het hoogst op het VMBO k/b (32,5%) van de laatste jaar gebruikers. Met het stijgen van het opleidingsniveau nemen de percentages af naar 13,8% op het VWO.
- Vergeleken met 2011 is het percentage riskante cannabisgebruikers vrijwel gelijk gebleven (22,1% in 2011 versus 22,6% in 2016).
- Riskante cannabisgebruikers zijn op een jongere leeftijd begonnen met cannabisgebruik dan niet-riskante gebruikers (13,66 jaar versus 14,36 jaar) en zij gebruikten vaker 'tenminste 10 keer in het afgelopen jaar' (77,6%) dan niet-riskante gebruikers (21,2%).
- Vergeleken met niet-riskante gebruikers zijn riskante cannabisgebruikers vaker (zware) gebruikers van andere middelen (met uitzondering van alcohol). Ook spijbelen komt onder de riskante cannabisgebruikers beduidend vaker voor dan onder de niet-riskante cannabisgebruikers (42% versus 15%). Hetzelfde geldt voor andere problemen, zoals vechtpartijen, problemen met ouders, vrienden en politie.

Ook oudere Nederlandse studies laten zien dat cannabisgebruik in de adolescentie samenhangt met schoolproblemen zoals spijbelen, lage schoolmotivatie en/of lage prestatie, ander drugsgebruik, als ook met gevoelens van hopeloosheid, problemen hebben, zoals agressief en delinquent gedrag, en psychosociale problemen (Malmberg et al., 2010; Monshouwer et al., 2006; Ter Bogt, Van Lieshout, Doornwaard,

& Eijkemans, 2009; Van Gastel et al., 2013; Van Gastel et al., 2012; Verdurmen, Monshouwer, Van Dorsselaer, & Vollebergh, 2005).

De oorzakelijkheid van deze verbanden is niet duidelijk. Internationale studies suggereren dat cannabisgebruik zowel een oorzaak als een gevolg van psychische-, sociale- en gedragsproblemen kan zijn. Ook kan een gezamenlijke andere oorzaak niet worden uitgesloten.

- Cannabisgebruik (vooral dagelijks) op jonge leeftijd verhoogt niet alleen het risico op afhankelijkheid, maar ook het risico op schoolverlaten, verminderde schoolprestaties, en werkloosheid (Curran et al., 2016; Danielsson, Falkstedt, Hemmingsson, Allebeck, & Agardh, 2015; Fergusson, Boden, & Horwood, 2015; Silins et al., 2014; Stiby et al., 2015). Ook beïnvloedt dit mogelijk de cognitieve ontwikkeling en hersenontwikkeling (Hall, 2015; Volkow et al., 2016).
- Andersom gaan gedragsproblemen vaak vooraf aan het cannabisgebruik. Gedragsproblemen op jonge leeftijd voorspellen cannabisgebruik in de adolescentie (Griffith-Lendering, 2013). Echter, psychische problemen, zoals teruggetrokken gedrag, angstklachten en depressie voorspellen niet of jongeren later cannabis gaan gebruiken (Griffith-Lendering, 2013). Jongeren met sociale angst hebben zelfs minder kans cannabis te gaan gebruiken, omdat ze minder omgaan met leeftijdsgenoten (Nelemans et al., 2015).
- Ook lopen niet alle jongeren hetzelfde risico op afhankelijkheid. Uit een studie die 816 personen van hun 16e tot hun 30e jaar volgde, bleek dat adolescenten met een 'externaliserende' stoornis in de kindertijd meer kans hebben op een cannabisstoornis. Dit was voor 'internaliserende' stoornissen niet het geval (Farmer et al., 2015).
- Daarnaast is er een overlap van risicofactoren, die zowel het risico op cannabisgebruik als probleemgedrag kunnen vergroten (Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs, 2008; Verweij, Huizink, Agrawal, Martin, & Lynskey, 2013)en beide kunnen onderdeel zijn van een breder patroon van afwijkend gedrag (Lee, Humphreys, Flory, Liu, & Glass, 2011; Pingault et al., 2013).
- Erfelijke aanleg lijkt in dit verband tussen gedragsproblemen en cannabisgebruik in de adolescentie voor jongens een belangrijkere rol te spelen dan voor meisjes, bij wie de omgeving het belangrijkst lijkt (Verweij et al., 2016).

3.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije worden verzameld door het EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2018b). In de Verenigde Staten, Canada en Australië worden de gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking verzameld door achtereenvolgens de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017, 2018), de Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS, 2015), en het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2017).

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 3.5.1 geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar). Voor zover recente gegevens beschikbaar zijn, zijn voor Europa alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen in tabel 3.5.1 en 3.5.2. Gegevens voor andere EU-lidstaten zijn in bijlage C vermeld.

- Schattingen van het percentage van de mensen in de algemene westerse bevolking dat ooit in het leven cannabis heeft gebruikt lopen uiteen van 11,0% in Portugal tot 48,2% in de Verenigde Staten (tabellen 3.5.1 en 3.5.2). Het gewogen gemiddelde in de lidstaten van de Europese Unie is 26,3%[1]. Daarbij gaat Frankrijk met 41,4% aan kop en met 0,7% is dit percentage het laagst in Turkije (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018b).
- Het gebruik van cannabis ligt doorgaans het hoogst onder jongvolwassenen. Het laatste-jaar-cannabisgebruik onder 15-34-jarigen wordt voor de Europese Unie geschat op gemiddeld 14,1%, oftewel 17,2 miljoen jongvolwassenen. In Nederland lag dat percentage in 2017 iets hoger, namelijk op 17,5%. Ook hier is dit percentage het hoogst in Frankrijk (21,5%) en het laagst in Turkije (0.4%). Met 17,5% ligt dit percentage in Nederland in 2017 hoger dan het Europese gemiddelde.
- De hoogste percentages laatste-maand-gebruikers van cannabis onder volwassenen zijn gerapporteerd in de Verenigde Staten (9,9%), Spanje (7,3%), en Italië (5,6%); de laagste percentages (<1%) zijn gevonden in Hongarije (0,7%), Malta (0,4%), en Turkije (0,2%).
- Ongeveer 1% van de bevolking in de EU van 15-64 jaar gebruikt cannabis (bijna) dagelijks (ten minste 20 dagen in de afgelopen maand), ongeveer 63% van hen was jonger dan 35 jaar. In Nederland gebruikte 1,3% van de 15-64-jarigen (bijna) dagelijks cannabis, waarvan 64% jonger was dan 35 jaar.

Tabel 3.5.1 Consumptie van cannabis onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar

		15-64 jaar				15-34 jaar			
Land	Jaar	Ooit-gebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)	(Bijna) dagelijks gebruik (%)	Ooit-gebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)	(Bijna) dagelijks gebruik (%)
Frankrijk	2016	41,4	11,1	-	-	51,5	21,5	-	-
Spanje	2015	31,5	9,5	7,3	2,9	38,8	17,1	12,9	4,8
Ierland	2015	27,9	7,7	4,4	-	33,5	13,8	8,1	-
Nederland	2017	26.6	9.2	5.8	1,3	38.0	17.5	9.9	1,5
Oostenrijk	2015	23,6	6,4	2,5	0,5	32,5	14,1	5,6	1,1
Finland	2014	21,7	6,8	2,5	0,3	31,0	13,5	4,9	0,6
Noorwegen	2016	20,6	3,9	1,7	-	29,2	8,6	3,6	-
Zweden	2016	15,1	3,4	1,1	-	21,5	7,3	2,1	-
België	2013	15,0	4,6	2,6	0,5	28,4	10,1	5,5	1,1
Portugal	2016	11,0	5,1	4,3	-	15,1	8,0	6,4	-

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers (15-64 jaar). Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand, en (bijna) dagelijks in de afgelopen maand (ten minste op 20 dagen in de afgelopen maand). - = Niet gemeten. Bronnen: EMCDDA; Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

1 Het Europese gemiddelde, zoals berekend door het EMCDDA, is een schatting die is gewogen op basis van de bevolkingsomvang. Landen met veel inwoners tellen daarbij zwaarder mee. In deze schatting zijn de nieuwe cijfers voor Nederland uit 2017 nog niet meegenomen.

Tabel 3.5.2 Consumptie van cannabis onder de algemene bevolking van de Verenigde Staten, Canada en Australië en enkele lidstaten van de EU-15: overige leeftijdsgroepen[I]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Verenigde Staten	2017	18 en ouder	48,2	15,3	9,9
		12 en ouder	49,5	15,0	9,6
Canada	2015	15 en ouder	44,5	12,3	-
Denemarken	2017	16 en ouder	38,4	6,4	2,9
Australië	2016	14 en ouder	34,8	10,4	-
Italië	2017	15 – 74	33,1	10,5	5,6
Verenigd Koninkrijk[II]	2015	16 – 59	29,6	6,6	3,2
Duitsland	2015	18 – 64	27,2	6,1	3,1

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

Verenigde Staten

Het recreatief gebruik van cannabis is tussen 2012 en 2018 gelegaliseerd in 8 staten (Alaska, California, Colorado, Maine, Massachusetts, Nevada, Oregon, Vermont en Washington) plus het District of Columbia. In de vier staten waar recreatief gebruik van cannabis het eerst is gelegaliseerd (Colorado, Washington, Oregon en Alaska) ligt de prevalentie van gebruik hoger dan het gemiddelde in de Verenigde Staten (tabel 3.5.3).

- Het is onbekend of dit verschil toegeschreven kan worden aan de legalisering van cannabisgebruik, of dat er sprake is van een bestaand regionaal verschil omdat deze staten al hogere cannabisprevalenties kenden vóórdat liberale regelgeving werd doorgevoerd (Blankers, Ketelaars, Uitterhaegen, & Van Laar, 2017).

Tabel 3.5.3 Percentage gebruikers van cannabis in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder in de Verenigde Staten totaal en een aantal afzonderlijke staten. Peiljaar 2015/2016*

	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Verenigde Staten totaal	13,9	8,8
Alaska	23,5	16,7
Colorado	23,8	16,6
Oregon	23,2	16,3
Washington	19,5	12,4

*Uitsplitsingen op het niveau van afzonderlijke staten kunnen alleen gemaakt worden door gegevens van twee peiljaren samen te nemen. Wettelijke legalisering: in 2012 in Colorado en Washington en in 2014 in Oregon en Alaska. Commerciële verkoop begon op 1 januari 2014 (Colorado) en in Washington werden in juli 2014 de eerste vergunningen voor verkoop verstrekt. In Oregon en Alaska begon de commerciële verkoop in 2016. Bron: SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, National Survey on Drug Use and Health, 2015 & 2016.

Trends

Trends in het cannabisgebruik in de algemene bevolking zijn lastig vast te stellen. Slechts in een beperkt aantal landen zijn over een langere periode herhaalde en vergelijkbare metingen verricht.

- Voor zover gegevens beschikbaar zijn, divergeren de trends in het laatste-jaar-cannabisgebruik in de bevolking van 15-34 jaar van een aantal EU-landen. In Spanje en het Verenigd Koninkrijk was er het afgelopen decennium aanvankelijk een dalende trend, maar die is nu gestabiliseerd. Een stijgende trend is het afgelopen decennium waargenomen in Ierland, Finland, Bulgarije, en Roemenië (EMCDDA, 2018b).
- In de Verenigde Staten steeg het percentage laatste-jaar-gebruikers van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder geleidelijk van 10,1% in 2008 naar 14,1% in 2016. In 2017 zette de stijging zich voort naar 15,3% (SAMHSA, 2018).
- Het laatste-jaar-gebruik van cannabis in de Australische algemene bevolking van 14 jaar en ouder bleef tussen 2013 (10,2%) en 2016 (10,4%) stabiel (AIHW, 2016).
- In Canada is de Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS) vervangen door de Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS), waardoor geen trend te bepalen is.

Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van de ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. In 2003, 2007, 2011 en 2015 werden peilingen uitgevoerd onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell, Andersson, Bjarnason, Ahlström, Balakireva, Kokkevi & Morgan, 2004; Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi, Kraus, 2009; Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi & Kraus, 2012; Kraus, Leifman, Vicente, 2016). In 2015 deden 35 landen mee aan het onderzoek. Tabel 3.5.4 toont het gebruik van cannabis in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden wel vergelijkbaar onderzoek uit.

- Het percentage scholieren dat in 2015 ooit cannabis had gebruikt, was het hoogst in Frankrijk, gevolgd door Spanje en Italië. Nederlandse scholieren staan met 22% op de vierde positie en boven het (ongewogen) Europese gemiddelde van 16% (tabel 3.5.4). Ook het laatste-jaar-gebruik was onder Nederlandse scholieren met 20% hoger dan het ongewogen gemiddelde van 13%.
- Bij het laatste-maand-gebruik ging Frankrijk eveneens aan kop, ook nu gevolgd door Italië en Spanje. Nederlandse scholieren staan ook in het laatste-maand-gebruik op de vierde positie van de in tabel 3.5.4 genoemde landen.
- Het percentage leerlingen dat 6 maal of meer cannabis had gebruikt in de laatste maand, was het laagst in Griekenland en de Scandinavische landen Denemarken, Finland, Zweden en Noorwegen en was het hoogst in Frankrijk, gevolgd door Italië, Spanje, Ierland, Nederland en Australië (tabel 3.5.4).
- Het percentage laatste-maand-cannabisgebruikers lag in Nederland hoger dan het (ongewogen) gemiddelde van de 34 onderling vergelijkbare Europese landen (12% versus 7%). Nederland stond in de rangorde van de 34 onderling vergelijkbare Europese landen op de vierde plaats, samen met Bulgarije, Monaco en Slovenië.

Trends

In Nederland was het ooitgebruik van cannabis onder scholieren relatief hoog en daalde het in 2015. Eenzelfde patroon was te zien in Duitsland, Denemarken, Ierland, Spanje, en België, terwijl in Noorwegen, Zweden, Finland en Portugal het gebruik laag lag en stabiel bleef.

- Ook in Zwitserland, Oostenrijk, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk lag het cannabisgebruik onder scholieren aanvankelijk hoog, maar latere metingen ontbreken. In Griekenland lag het gebruik laag en was er een kleine stijging te zien. Italië startte hoog, en steeg naar hetzelfde niveau na een aanvankelijke daling. Over het algemeen tonen de andere indicatoren (laatste-maand-gebruik en gebruik zes maal of meer in de afgelopen maand) dezelfde trends.
- Analyses op de Amerikaanse data van 1991-2014 lieten zien dat, in de staten waar in de tussenliggende periode medicinaal cannabisgebruik gelegaliseerd werd (2000-2014, variërend per staat), het cannabisgebruik onder jongeren relatief hoog, maar onveranderd bleef (Hasin, 2015).

Tabel 3.5.4 Consumptie van cannabis onder scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015

Land	Ooitgebruik (%)				Laatste-maand-gebruik (%)				Zes maal of meer in de laatste maand (%)			
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Frankrijk	38	31	39	31	22	15	24	17	9	6	9	7
Italië	27	23	21	27	15	13	12	15	6	6	6	6
Spanje[II]	36	36	26	27	22	20	15	14	-	8	4	5
Nederland	28	28	27	22	13	15	14	12	6	6	5	3
Oostenrijk	21	17	-	20	10	6	-	9	3	2	-	3
Ierland	39	20	18	19	17	9	7	10	6	4	3	4
België[III]	32	24	24	17	17	12	11	8	7	4	3	2
Portugal	15	13	16	15	8	6	9	8	3	2	3	2
Denemarken[II]	23	25	18	12	8	10	6	5	2	2	1	1
Griekenland	6	6	8	9	2	3	4	4	1	1	0	1
Finland	11	8	11	8	3	2	3	2	0	0	0	0
Zweden	7	7	9	7	1	2	3	2	0	0	0	0
Noorwegen	9	6	5	7	3	2	2	2	1	1	0	0
Verenigde Staten[I]	36	31	35	-	17	14	18	-	8	6	8	-
Duitsland[III]	27	20	19	-	12	7	7	-	4	2	2	-
Zwitserland	40	33	-	-	20	15	-	-	10	6	-	-
Verenigd Koninkrijk[IV]	38	29	-	-	20	11	-	-	8	4	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven, in de laatste maand, en zes maal of meer in de laatste maand. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers in 2015. - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. III. België in 2007, 2011, en 2015 alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland in 2007 voor 6 en in 2011 voor 5 van de 16 deelstaten. IV. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

3.6 Hulpvraag en incidenten

Chronische cannabisproblematiek wordt onder andere gezien en behandeld in de verslavingszorg. Acute hulpvraag wordt geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten. Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen of op de EHBO van een grootschalig evenement.
Ook de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat een schatting van het aantal klinische opnames met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose. Zie bijlage D.4. voor de meest recente gegevens (2014).

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. De behandeling van cannabisverslaving valt onder de Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines (Hendriks et al., 2018). Voor een stoornis in het gebruik van cannabis adviseert de Multidisciplinaire richtlijn een behandeling met cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering, of een behandeling met 'Contingency Management' (Hendriks et al., 2018). Er is geen evidentie voor een effectieve farmacologische behandeling (Hendriks et al., 2018). Jongeren komen daarbij bovendien in aanmerking voor een gezinsbehandeling, bijvoorbeeld in de vorm van multidimensionale gezinstherapie. Verslavingszorginstellingen leveren geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2016). De meest recente gegevens gaan over 2015 (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS).

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair cannabisprobleem is tussen 2006 en 2011 bijna twee keer zo groot geworden (figuur 3.6.1). Tussen 2011 en 2015 stabiliseerde het aantal primaire cannabiscliënten op ongeveer 11.000 cannabiscliënten.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cannabiscliënten van 46 in 2006 naar 82 in 2011 en dit aantal is sindsdien vrij stabiel (77 in 2015). Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam eveneens toe, van 20% in 2006 naar 32% in 2011, en ook dit is sindsdien vrij stabiel (35% in 2015).
- In 2015 was 31% van de primaire cannabiscliënten een nieuwkomer. Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg. Vergeleken met andere middelen is dit aandeel nieuwkomers vrij hoog.
- Van de 10.816 primaire cannabiscliënten uit 2015 stond bij 3.927 cliënten (36%) óók een secundaire problematiek geregistreerd. Voor deze groep was het andere middel alcohol (36%), cocaïne of crack (18%), nicotine (17%), amfetamine of een ander stimulerend middel (7%), medicijnen (4%), gokken (3%), of ecstasy (3%).
- In 2015 noemden 4.501 cliënten van de verslavingszorg cannabis als secundair probleem; dat is een kwart minder dan in 2009 (5.902 cliënten) en 10% lager dan in 2006 (4.953 cliënten). Voor de secundaire cannabiscliënten was in 2015 het primaire probleem alcohol (53%), cocaïne of crack (20%), heroïne (9%), of amfetamine (8%).

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

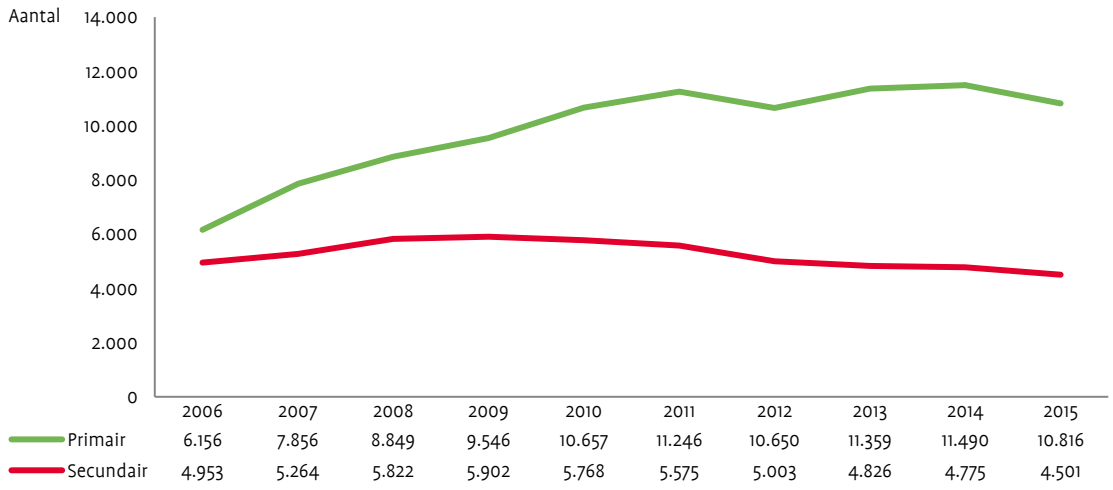
- Factoren zoals toegankelijkheid van de verslavingszorg, andere vormen van zorg en veranderingen in de registratie spelen mogelijk een rol (zie bijlage D.5), maar het zou deels ook kunnen wijzen op een stijging en stabilisering in problematisch gebruik.

- Dit zou op zijn beurt het gevolg kunnen zijn geweest van de stijging en stabilisering van het THC-gehalte in nederwiet (zie § 3.8), waarbij rekening moet worden gehouden met een 'vertragingseffect': het kan jaren duren voordat (probleem)gebruikers eventueel hulp zoeken. Onderzoek suggereert een relatief sterk verband tussen het THC gehalte in cannabis en een vijf jaar later optredende eerste hulpvraag (Freeman et al., 2018).
- Een studie onder jongvolwassen frequente cannabisgebruikers (18-30 jaar) vond echter geen verband tussen de sterkte van de geconsumeerde cannabis of de mate van cannabisgebruik en het ontstaan en persisteren van de cannabisafhankelijkheid van frequente gebruikers buiten de hulpverlening (Van der Pol, Liebregts, de Graaf, Korf, Van den Brink, et al., 2013a; zie ook § 3.4). Wel consumeerden verslaafde gebruikers bij de verslavingszorg meer cannabis dan degenen die verslaafd waren maar geen hulp zochten, en hadden hulpzoekers vaker last van psychische problematiek en waren ze ernstiger verslaafd (Van der Pol, Liebregts, de Graaf, Korf, Van den Brink, et al., 2013a). Het lijkt hier dus om een bepaalde kwetsbare groep probleemgebruikers te gaan die hulp zoekt.

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

- Tussen 2006 en 2016 is in Europa het aantal nieuwe aanmeldingen bij de (verslavings)zorg voor een cannabisprobleem met 76% gestegen naar ongeveer 83.000 (EMCDDA, 2018b). De stijging werd geconstateerd in 18 van de 25 landen, waarvoor gegevens beschikbaar waren. Naast Nederland werd de stijging ook waargenomen in, onder andere, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Portugal, Spanje en het Verenigd Koninkrijk.
- Als mogelijke verklaringen voor de stijging in de cannabishulpvraag op Europees niveau worden genoemd: de stijging in het gebruik van cannabis in de algemene bevolking, de stijging in de sterkte van de cannabis, de stijging in het risicobesef van het cannabisgebruik, de uitbreiding van het hulpaanbod dat specifiek is gericht op cannabisproblemen, politieke ontwikkelingen die aansturen op meer hulpverlening, en de verbeteringen in de registraties (EMCDDA, 2018b).

Figuur 3.6.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire cannabisproblematiek, vanaf 2006



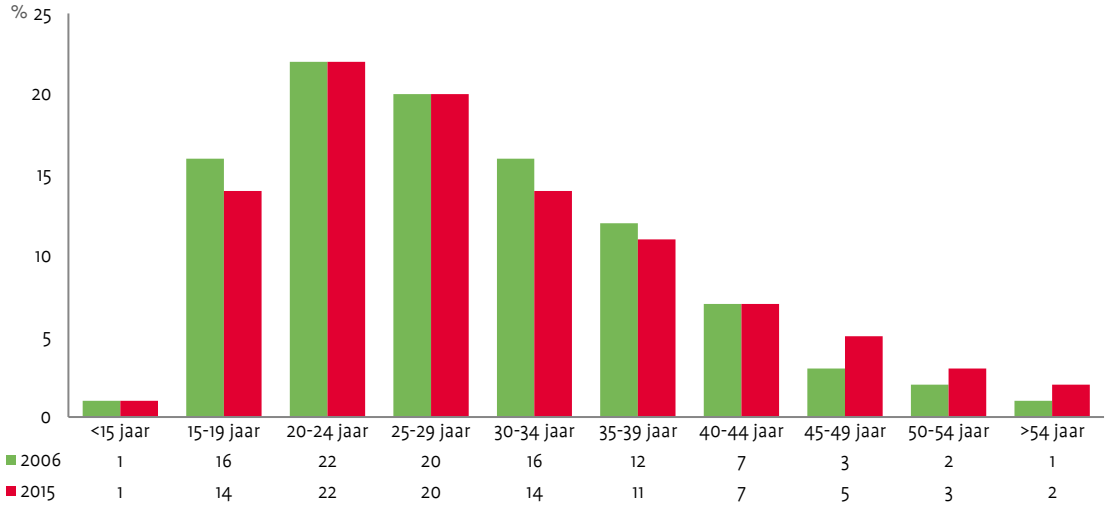
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	6.156	7.856	8.849	9.546	10.657	11.246	10.650	11.359	11.490	10.816
Secundair	4.953	5.264	5.822	5.902	5.768	5.575	5.003	4.826	4.775	4.501

Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

- In 2015 was het merendeel van de primaire cannabiscliënten man (79%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode van 2006 tot en met 2015 tussen 20% en 22%.
- In 2015 was 37% jonger dan 25 jaar. De gemiddelde leeftijd in 2015 was 30 jaar, ongeveer gelijk aan 2006 (29 jaar).
- De piek lag zowel in 2006 als in 2015 in de leeftijdsgroep van 20-24 jaar (figuur 3.6.2). Tussen 2006 en 2015 daalde het aandeel van de 30-39-jarigen en steeg het aandeel van de 45-plussers (figuur 3.6.2).
- In 2015 had van de primaire cannabiscliënten 44% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 40% een middelbare opleiding afgerond en had 16% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie bijlage A onder: Cliënt LADIS.)
- Onder cannabiscliënten zijn hoogopgeleiden dus ondervertegenwoordigd, terwijl in de algemene bevolking het cannabisgebruik (ooit en in het laatste jaar) juist hoger is onder hoogopgeleiden.

Figuur 3.6.2 Leeftijdsverdeling van de primaire cannabiscliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Incidenten

De Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS) (zie bijlage D.6) houden gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten (Lameijer, Wijers, Croes, De Ruiter, & Valkenberg, 2018). De informatie wordt verzameld in een aantal regio's en geeft geen totaaloverzicht van het absolute aantal drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in heel Nederland.

- In 2017 werden in totaal 5.905 drugsincidenten gemeld. Bij 1.153 gevallen (20%) werd cannabis als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 3.6.3 worden de incidenten na gebruik van cannabis als enige drug samengevat over de periode 2009-2017. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst. In deze periode werden in totaal 38.975 drugsincidenten gemeld; 33.539 vanuit de peilstations van de MDI en 5.436 door de SEH's die zijn aangesloten bij het LIS. In 7.374 incidenten (19%) was

cannabis de enige gebruikte drug. In deze database zitten relatief weinig patiënten die cannabis hebben gecombineerd met andere drugs. Dat komt ook omdat 41% van de incidenten is gemeld door EHBO's op grootschalige feesten, waar het gebruik van cannabis door uitgaande jongeren en jongvolwassenen minder vaak voorkomt (zie § 3.3). Van de 7.178 incidenten tussen 2009 en 2017 waarin meer dan één drug was gebruikt, maakte cannabis in 1.816 gevallen (25%) deel uit van de combinatie. De combinatiegevallen met cannabis worden hier niet verder beschreven (tenzij anders aangegeven).

- Met name bij de ambulances en de spoedeisende hulp in ziekenhuizen is de bijdrage van cannabis aan het geheel aan drugsgerelateerde incidenten groot; ongeveer een kwart tot een derde van het totaal (zie tabel 3.6.3). Deze bevinding hangt voor een belangrijk deel samen met de grote bijdrage van incidenten uit Amsterdam, waar cannabisgebruik door toeristen een grote rol speelt.
- Cannabisgebruik leidt tot relatief weinig incidenten bij de EHBO's op grootschalige evenementen, die door het hele land gegevens verzamelen. Bij 7% van de drugsincidenten op EHBO's speelt cannabis als enige drug een rol.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van cannabis

- Zo'n 70% van de cannabis-incidenten vindt plaats onder mannen. Dat aandeel is tijdens de registratie-periode 2009-2017 niet veranderd.
- De jongste patiënten worden gezien op de EHBO's van feesten. Hier is 59% van de patiënten met een cannabisintoxicatie jonger dan 25 jaar. Het percentage patiënten jonger dan 25 jaar dat op EHBO's wordt behandeld is echter groter voor ecstasy (66% onder 25 jaar), amfetamine (70%) en 4-FA (79%). Van alle patiënten op de EHBO's met een drugsgerelateerd probleem is 62% jonger dan 25 jaar.
- Binnen de andere diensten is de leeftijd van cannabispatiënten lager dan gemiddeld door de dienst wordt gezien: bij de ambulances is 44% van de cannabispatiënten jonger dan 25 jaar (tegenover 35% van alle patiënten), bij de SEH's van de MDI is 39% van de cannabispatiënten jonger dan 25 jaar (36% van alle patiënten); bij de SEH's van het LIS 49% van de cannabispatiënten (ten opzichte van 39% van alle patiënten daar) en bij de politieartsen 42% van de cannabispatiënten (en slechts 28% van alle patiënten).
- Incidenten die zijn geregistreerd bij de MDI zijn ingedeeld in een lichte, matige, of ernstige mate van intoxicatie (tabel 3.6.3). In het LIS wordt de mate van intoxicatie niet gescoord. De meeste patiënten die na cannabisgebruik acuut medische hulp zochten in de afgelopen jaren hebben een lichte intoxicatie, waarbij de symptomen variëren van misselijkheid tot angstklachten. In 2017 was echter van de meer dan 500 geregistreerde patiënten bij de MDI-ziekenhuizen 73% matig of ernstig onder invloed. Van de bijna 200 ambulance patiënten in 2017 met een cannabis-gerelateerd probleem was 44% matig of ernstig onder invloed. Over de jaren zijn echter grote schommelingen geregistreerd, op basis waarvan geen duidelijke trend kan worden beschreven.
- Van de acht regio's die deelnemen aan de MDI (zie bijlage D.6) is de bijdrage van incidenten met alleen cannabis het grootst in Amsterdam, waar cannabis-incidenten in de periode 2009-2017 een derde tot de helft van het totaal aan incidenten betreffen. Het toerisme is hierin een belangrijke factor.

Tabel 3.6.1 Incidenten met cannabis als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2009-2017

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO-posten
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	2.484 (26)	2.114 (36)	1.213 (22)	390 (16)	1.173 (7)
Man (%)	70	69	71	88	64
Leeftijd: <25 jaar (%)	44	39	49	42	59
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)I	62	58	-	47	85
Matig (%)II	32	30	-	43	14
Ernstig (%)III	6	12	-	9	1

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Lameijer et al., 2018).

3.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

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. Deze effecten zijn sterker naarmate de dosis THC hoger is (Mensinga et al., 2006; Hunault et al., 2014). Gezonde jonge mensen kunnen deze effecten doorgaans zonder complicaties voor de gezondheid verdragen. Mensen met een hart- of vaatziekte lopen een risico (Hall, 2014; Sachs et al., 2016).

Cannabisgebruik heeft een dosis-afhankelijk negatief effect op de rijvaardigheid en het verhoogt de kans op ongevallen, met name dodelijke aanrijdingen (Asbridge, Hayden & Cartwright, 2012; Hall, 2014). In 2016 onderzocht het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) in totaal 1.211 verkeerszaken standaard op de aanwezigheid van drugs en geneesmiddelen. In 520 gevallen werd cannabis (THC) aangetroffen.

Langdurig cannabisgebruik kan leiden tot afhankelijkheid en wordt in verband gebracht met psychische, lichamelijke, sociale en cognitieve problemen (WHO, 2016; The National Academies of Sciences [NAS], 2017), al kan in veel gevallen nog steeds niet worden vastgesteld of deze oorzakelijk verband houden met het cannabisgebruik.

- Gebruikers kunnen afhankelijk worden van cannabis, vooral bij frequent gebruik en een vroege startleeftijd. Vaak spelen ook andere persoons- en omgevingsfactoren een rol, zoals huidige problemen en cannabisgebruik om problemen te vergeten (Van der Pol, Liebregts, de Graaf, Korf, Van den Brink, et al., 2013a; zie ook § 3.4).
- Veel aandacht is in de afgelopen decennia uitgegaan naar de relatie tussen cannabisgebruik en psychosen. Uit een aantal prospectieve onderzoeken is gebleken dat er een consistente dosis-respons-relatie is tussen cannabisgebruik in de adolescentie en het risico op het ontwikkelen van psychotische symptomen of schizofrenie op latere leeftijd (WHO, 2016; NAS, 2017). Wat deze relatie betreft is de afgelopen twintig jaar het volgende duidelijk geworden:

- Bij sommige gezonde personen kan cannabis (THC) tijdelijk schizofrenie-achtige symptomen oproepen (zowel 'positieve', negatieve' als cognitieve symptomen);
- Cannabis kan ook bij mensen met een psychotische stoornis bepaalde (positieve) symptomen verergeren, terugval veroorzaken en negatieve gevolgen hebben voor het verloop van de ziekte. Daarvoor gevoelige personen kunnen bij zwaar cannabisgebruik een psychotische aandoening ontwikkelen. De kans hierop en de ernst van de aandoening nemen toe met de gebruiksduur, de sterkte van de cannabis en de gebruiksfrequentie.
- Cannabisgebruik is geassocieerd met het eerder, op jongere leeftijd, ontstaan van schizofrenie. Mogelijk spelen genetische factoren hierbij een rol (Caspi et al., 2005; Estrada et al., 2011; Kuepper et al., 2013; Power et al., 2014).

- In een internationale studie werd in 2009 geschat dat tussen 6% en 10% van alle nieuwe jaarlijkse gevallen van psychotische stoornissen toe te schrijven zijn aan cannabisgebruik: Hickman en collega's berekenden dat er meer dan 5.000 mannen of bijna 10.000 vrouwen van cannabisgebruik zouden moeten worden weerhouden om één persoon voor een psychose te behoeden (Hickman et al., 2009).

Over de rol van cannabisgebruik in het ontstaan van andere psychische problemen, zoals angststoornissen en depressie, zijn de onderzoeksresultaten minder consistent. De onderzoeken laten meestal zien dat cannabisgebruikers vaker last hebben van deze stoornissen, maar tot op heden is niet duidelijk of cannabis hier ook de oorzaak van is.

- Er is matig bewijs dat cannabis het risico op een sociale angststoornis vergroot, en dat het in mensen met een bipolaire stoornis hun klachten verergert (NAS, 2017).
- De vraag of langdurig cannabisgebruik een daling van het IQ veroorzaakt, is nog steeds onderwerp van (wetenschappelijke) discussie (Meier et al., 2012; Rogeberg, 2013; Battistella et al., 2014; Hooper et al., 2014; Hall, 2015; Curran et al., 2016). Recent onderzoek suggereert wel dat 'kortdurend' (tijdens de adolescentie) cannabisgebruik geen daling van het IQ veroorzaakt, zelfs indien sprake is van cannabisafhankelijkheid; verschillen in IQ bestonden reeds voorafgaand aan het gebruik van cannabis (Meier et al., 2017). Ander onderzoek suggereert een relatie twee kanten op: jongeren die reeds kwetsbaar zijn (cognitieve problemen, slechte impuls regulatie) lopen een grotere kans om cannabis te gaan gebruiken en anderzijds, als zij cannabis gebruiken, neemt de kans toe op cognitieve problemen (neurotoxiciteit) (Morin et al., 2018).

Chronisch en zwaar gebruik van cannabis is geassocieerd met andere (lichamelijke) gezondheidsrisico's.

- Zwaar chronisch cannabisgebruik (roken) veroorzaakt symptomen van acute en chronische bronchitis en beschadigt weefsel van de bronchiën. Of cannabisgebruik ook COPD veroorzaakt, astma veroorzaakt of verergert is niet duidelijk (NAS, 2017).
- Cannabis roken samen met tabak, zoals in de meeste Europese landen doorgaans gebeurt, vergroot mogelijk het risico op cannabisafhankelijkheid (Chandni et al., 2015).
- Over het risico op verschillende soorten kanker zijn tegenstrijdige onderzoeksbevindingen gevonden, mogelijk vanwege het verstorende effect van het (al dan niet gelijktijdig) roken van tabak (Hall, Sachs et al., 2016). Er lijken wel aanwijzingen te zijn voor het ontstaan van een bepaald soort teelbalkanker (NAS, 2017).
- Studies wijzen op een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, met name beroerten, maar de resultaten zijn tegenstrijdig en niet duidelijk is in hoeverre andere factoren (zoals roken van tabak) hierbij een rol spelen (WHO, 2016; Falkstedt et al., 2017; Jouanjus et al., 2017).
- Er zijn ook aanwijzingen dat het gebruik van cannabis door zwangere vrouwen het risico op zwangerschapscomplicaties kan verhogen (Gunn et al., 2016; NAS, 2017).

- Resultaten van onderzoek naar de effecten van cannabis tijdens de zwangerschap zijn inconsistent (Marroun et al., 2018). Tot nu toe is niet aangetoond dat cannabisgebruik tijdens de zwangerschap ernstige aangeboren afwijkingen veroorzaakt. Voor zover er afwijkingen gevonden zijn, gaat het om subtiele effecten op de cognitieve ontwikkeling van het kind op latere leeftijd (Huizink, 2014; Grant et al., 2018). Prenataal blootgestelde kinderen hebben een lager geboortegewicht en hebben vaker neonatale intensive care nodig, maar de invloed van het gebruik van alcohol, tabak, of andere middelen kan hierbij niet uitgesloten worden (Gunn et al., 2016). Een recente studie vond geen verband tussen prenataal cannabisgebruik en cannabisstoornissen bij het nageslacht op 20-jarige leeftijd; maar wel een indirect effect via een verhoogd risico op depressie en het op jongere leeftijd starten met cannabisgebruik (Sonon et al., 2016).

Gehalte THC en CBD

De rol van de relatief hoge concentratie van THC in nederwiet 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 (Freeman & Winstock, 2015).

- In nederwiet zit in tegenstelling tot geïmporteerde hasj vrijwel geen cannabidiol (CBD) (zie ook § 3.8). CBD gaat sommige ongewenste psychische effecten van THC, zoals psychotische symptomen, paranoia en angst, tegen (Hindocha et al., 2015; Niesink & Van Laar, 2016; Englund, Freeman, Murray, & McGuire, 2017). Mogelijk zijn de risico's op een psychose groter bij het gebruik van cannabis met een hoog THC-gehalte en laag CBD-gehalte, maar het onderzoek hiernaar is nog beperkt (Di Forti et al., 2009; Niesink & Van Laar, 2016; Curran et al., 2016).
- 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). 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 (Van der Pol et al., 2014a), of door minder cannabis in een joint te stoppen (Freeman et al., 2014).

Sterfte

De giftigheid van cannabis is gering. Het merendeel van de intoxicaties met cannabis kent een mild verloop (Dines et al., 2015; 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 (NAS, 2017). Wel dient hierbij te worden opgemerkt dat het gebruik van cannabis doorgaans samengaat met het gebruik van tabak en dat de negatieve effecten van cannabis en tabak elkaar versterken (Pulvers et al., 2018; Weinberger et al., 2018).

- De afgelopen twintig jaar stond acute directe sterfte door inname van cannabis vrijwel niet genoteerd op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS.
- 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.
- Tot voor kort waren er ook uit andere landen geen acute directe sterfgevallen bekend die alleen aan cannabis te wijten zijn. In 2014 zijn echter twee gevallen gerapporteerd van jonge, verder gezonde mannen met fatale cardiovasculaire complicaties na cannabisgebruik, waarbij geen andere doodsoorzaak is gevonden (Hartung et al., 2014). In 2017 werd een soortgelijk geval gerapporteerd (Vidhate et al., 2017).

- Het aantal indirect met cannabisgebruik samenhangende sterfgevallen, bijvoorbeeld door verkeersongevallen onder invloed van cannabis (Asbridge et al., 2012), is onbekend.
- Synthetische cannabinoïden zijn doorgaans veel toxischer en het gebruik er van is in verband gebracht met tal van sterfgevallen (zie ook § 8.7 en EMCDDA, 2018b).

3.8 Aanbod en markt

Cannabis wordt het meest gekocht in coffeeshops, de gedoogde verkooppunten. In 2014 is het marktaandeel van coffeeshops geschat op 55%-70% (Van der Giessen, Molenaar, & Van Ooyen-Houben, 2014). Het merendeel van de cannabisgebruikers die hun cannabis zelf kopen, doet dit in een coffeeshop (zie § 3.2). Cannabis is ook beschikbaar via illegale verkooppunten, zoals thuisdealers, straatdealers, 'onder- de-toonbank' dealers in horecagelegenheden, en via thuisbezorging na telefonische bestellingen (06-dealers) (Korf et al., 2014; Benschop et al., 2015; Mennes, Snippe, Sijtstra, & Bieleman, 2016; Nabben et al., 2015). Aankoop via deze kanalen komt onder de algemene bevolking minder voor (zie § 3.2).

Coffeeshops en overige verkooppunten

- Maart 2017 telde Nederland 567 officieel gedoogde coffeeshops. Eind 2016 waren dat 573 coffeeshops verspreid over 103 coffeeshopgemeenten, waarvan ongeveer de helft (52%) zich bevond in steden met meer dan 200.000 inwoners (Bieleman, Mennes, & Sijtstra, 2017).
- Het aantal coffeeshops in Nederland daalt gestaag: tussen 2006 en 2016 met 20% (tabel 3.8.1). In 1999 waren er nog 846 coffeeshops.
- In 2016 hadden 287 van alle 390 gemeenten (74%) géén coffeeshop. Dit percentage is gelijk aan de voorgaande meting uit 2014, hoewel het toen om 300 van de 403 gemeenten (74%) ging (het aantal Nederlandse gemeenten is afgenomen).
- Binnen de landelijke kaders kunnen gemeenten zelf hun beleid bepalen rondom de vestiging van coffeeshops. Eind 2016 voerde 70% van de gemeenten een 'nulbeleid', een kwart voerde een maximumbeleid (26%), en 4% gaf aan geen formeel beleid te voeren.
- Tussen 2014 en 2016 zijn er 22 coffeeshops verdwenen. De belangrijkste redenen voor het verdwijnen zijn de gebiedsgerichte aanpak '1012' in Amsterdam, handhaving van een afstandscriterium door gemeenten, sluiting als gevolg van een negatief BIBOB-advies en overtreding van de van toepassing zijnde gedoogcriteria (Bieleman et al., 2017). Via "Project 1012" wordt speciaal in Amsterdam "gestuurd op het geleidelijk aan verminderen van het aantal coffeeshops in het centrum" (Mennes et al., 2016; zie ook § 2.1.3).
- Er zijn ook vier coffeeshops bijgekomen, omdat enkele gemeenten het aantal coffeeshops nader overeen willen laten komen met het maximum aantal coffeeshops in hun beleid.

Tabel 3.8.1 Aantal coffeeshops in Nederland, vanaf 2006

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2016	Maart 2017
Totaal	719	702	700	666	660	651	617	606	591	573	567
Naar inwoneraantal in gemeente											
< 20.000	10	10	8	8	-	8	7	7	7	6	-
20 – 50.000	71	71	72	68	-	68	64	65	65	62	-
50 – 100.000	105	105	100	91	-	95	88	65	65	67	-
100 – 200.000	148	143	148	148	-	136	137	157	157	141	-
> 200.000	385	373	372	351	-	344	321	312	297	297	-
Gemeenten met > 200.000 inwoners											
- Amsterdam	238	229	228	225	-	222	208	200	187	173	-
- Rotterdam	62	62	62	44	-	43	41	41	40	40	-
- Den Haag	40	40	40	40	-	40	37	36	36	36	-
- Utrecht	17	14	14	14	-	14	11	11	10	10	-
- Eindhoven	15	15	15	15	-	15	13	13	13	13	-
-Tilburg[I]	13	13	13	13	-	10	11	11	11	11	-

Aantal coffeeshops naar inwonertal. - = Gegevens onbekend. I. Tussen 2005 en 2006 is het aantal inwoners van Tilburg gegroeid tot boven de 200.000, waardoor Tilburg pas vanaf 2006 tot de gemeenten behoort met meer dan 200.000 inwoners. Bron: Monitor coffeeshops en gemeentelijk coffeeshopbeleid, Intraval (Bieleman et al., 2017).

Productie, consumptie en export van in Nederland geteelde cannabis

Het meest recente onderzoek naar de omvang van de cannabisteelt in Nederland dateert uit 2014 (Van der Giessen et al., 2014). 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. Het onderzoek baseert zich op de beschikbare informatie tot en met 2014 uit registraties en wetenschappelijk onderzoek, secundaire analyses van onderzoeksgegevens en expert-opinies. Er worden onder- en bovengrenzen gerapporteerd in plaats van een 'meest aannemelijke puntschatting'. De schatting is een 'best guess'.

- 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.
- 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 gerekend.
- 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.

Soorten hasj- en wietvariëteiten verkocht in de coffeeshop

In coffeeshops wordt cannabis verkocht in de vorm van wiet (de bloemtoppen van de vrouwelijke plant) en hasj (geperste blokjes van wietpoeder). Deze vormen kunnen in Nederland gekweekt en/of gemaakt zijn of in het buitenland. 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 (Rigter & Niesink, 2018). Deze Quick scan is uitgevoerd in opdracht van de Adviescommissie Knottnerus (zie § 3.1).

Voor dit onderzoek zijn gegevens van cannabismonsters geanalyseerd die de afgelopen 15 jaar in coffeeshops werden aangeschaft voor het onderzoek naar de sterkte van hasj en wiet verkocht in de coffeeshop. Daarnaast werd gekeken naar de varianten op menukaarten van coffeeshops, zoals deze vermeld stonden op internet. 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.
- Op menukaarten wordt bij wiet vaak vermeld of de planten (dominant) Sativa of Indica zijn of een hybride. De effecten van deze soorten zouden verschillend zijn. Hiernaast wordt vaak melding gemaakt van de "smaak", "geur" en specifieke effecten.

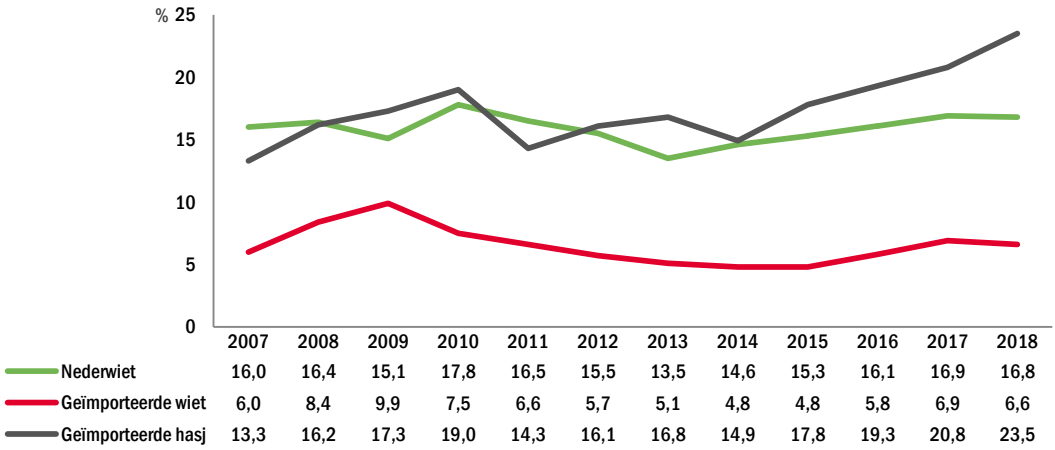
Kwaliteit en prijs

Het Trimbos-instituut verzamelt informatie over de sterkte van cannabis, dat wil zeggen de concentratie van werkzame bestanddelen, met name THC (tetrahydrocannabinol). Sinds 2000 worden geregeld monsters van verschillende cannabisvariëteiten aangekocht en chemisch geanalyseerd (Rigter & Niesink, 2018). In 2018 werden in 50 van de 567 coffeeshops (Bieleman et al., 2017) cannabismonsters verzameld.

- De THC-concentratie in nederwiet verdubbelde tussen 2000 en 2004 van 8,6% naar 20,4%. In de daaropvolgende jaren was, tot 2013, sprake van een geleidelijke daling, sinds 2013 is weer een stijging waarneembaar (13,5% in 2013 versus 16,8% in 2018) (figuur 3.8.1) (Rigter & Niesink, 2018; Niesink & Rigter, 2015).
- In 2018 was het gemiddelde THC-gehalte van de meest populaire nederwiet in de coffeeshops 16,8%; dit is niet statistisch significant verschillend van de 16,9% in 2017, maar wel vergeleken met de 13,5% THC in 2013.
- Naast de meest populaire wiet, weergegeven in figuur 3.8.1, worden jaarlijks wietmonsters getest die als het 'sterkste' worden beschouwd. Voorheen kwam het gemiddelde THC-gehalte overeen met de meest populaire wiet (Niesink, Planije, Rigter, Hoek, & Mostert, 2001). Echter, het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet-samples die als het sterkst waren aangekocht steeg van 15,3% in 2014 naar 19,5% in 2018. Daarmee is het gemiddelde THC-percentage in de als sterkst verkochte nederwiet hoger dan dat van de meest populaire nederwiet (19,5% versus 16,8% in 2018). Dit zou kunnen duiden op een toename in de voorkeur voor mildere soorten, maar nader onderzoek onder gebruikers zou dit moeten uitwijzen.

- In alle peilingen bevatte de Nederlandse wiet gemiddeld meer THC dan de wiet die werd geïmporteerd uit het buitenland. In de geïmporteerde wiet halveerde het gemiddelde THC-gehalte van 10% in 2009 naar 5% in 2013, en het bleef daarna stabiel. Geïmporteerde wiet is tegenwoordig nog maar in een beperkt aantal coffeeshops verkrijgbaar; in 2018 werden 11 geïmporteerde wietsamples verzameld met een gemiddelde THC-concentratie van 6,6%.
- Door de jaren heen was de geïmporteerde hasj ongeveer even sterk als de nederwiet. Inmiddels is geïmporteerde hasj met 23,5% THC sterker dan nederwiet. De gemiddelde THC-concentratie in geïmporteerde hasj is nog niet eerder zo hoog geweest: dit schommelde sinds 2007 tussen 13,3% en 20,8% in 2017 (figuur 3.8.1) en steeg naar 23,5 % in 2018.
- Ook in andere Europese landen stijgt de THC-concentraties in hasj, hetgeen mogelijk samenhangt met veranderingen in de cannabisteelt in Marokko (EMCDDA, 2017).
- Sinds enkele jaren is de verkoop van cannabis in enkele staten van de VS gelegaliseerd (Blankers et al., 2017). In de staat Washington werd van ruim 31 miljoen wietsamples, gekocht tussen oktober 2014 en september 2016, het THC-gehalte bepaald. De wiet bevatte in deze periode gemiddeld 20,6% THC en er was een duidelijke correlatie tussen de prijs en het THC-gehalte (Smart, Caulkins, Kilmer, Davenport, & Midgette, 2017). De wiet die in Denver, Oakland, Sacramento en Seatle werd verkocht bevatte gemiddeld tussen de 13% en 19% THC (Vergara et al., 2017).

Figuur 3.8.1 Gemiddeld percentage THC in cannabisproducten, vanaf 2007



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nederwiet	16,0	16,4	15,1	17,8	16,5	15,5	13,5	14,6	15,3	16,1	16,9	16,8
Geïmporteerde wiet	6,0	8,4	9,9	7,5	6,6	5,7	5,1	4,8	4,8	5,8	6,9	6,6
Geïmporteerde hasj	13,3	16,2	17,3	19,0	14,3	16,1	16,8	14,9	17,8	19,3	20,8	23,5

Gemiddeld percentage THC. De percentages hebben betrekking op de monsters die in december/januari van het betreffende jaar zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin in de maand januari de monsters werden verzameld. Voor nederwiet zijn de gemiddelde percentages weergegeven voor de monsters die als 'meest populair' zijn aangeschaft. De overgang in 2010 naar een ander laboratorium voor het analyseren van de monsters heeft mogelijk de trend beïnvloed. Bron: DIMS, Trimbos-instituut (Rigter & Niesink, 2018).

Ook de concentratie van een ander bestanddeel van cannabis, namelijk cannabidiol (CBD), wordt gemeten (Rigter & Niesink, 2018). Het percentage CBD wordt uitgedrukt in de mediaan (vanwege de niet normale verdeling), de middelste waarde van alle gemeten percentages in de cannabismonsters.

- De CBD-gehaltes zijn in de verschillende cannabisproducten al jaren stabiel. In 2017 lag de mediaan van het CBD-gehalte in de nederwiet op 0,1%, in geïmporteerde wiet op 0,3% en in de geïmporteerde hasj op 8,5%.
- Er zijn aanwijzingen dat CBD sommige effecten van THC tegengaat, zoals acute psychotische symptomen, angst, verslechtering van het geheugen en belonende effecten (Niesink & Van Laar, 2016, zie § 3.7). Vooral de verhouding tussen THC en CBD lijkt belangrijk te zijn. De nederwiet bevat relatief veel THC en weinig CBD. Voor buitenlandse hasj is deze verhouding 'gunstiger'.

- Er zijn (nog) onvoldoende epidemiologisch gegevens waaruit zou kunnen worden geconcludeerd dat de consumptie van cannabis met hoge of lage CBD-gehaltes is geassocieerd met verschillen in gezondheidsrisico's (zie ook § 3.7). Uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2017 blijkt, net als in voorgaande jaren, dat het merendeel van de laatste-maand-gebruikers van 18 jaar en ouder een voorkeur heeft voor wiet, waarin doorgaans nauwelijks CBD zit.

"Medicinale" cannabis(producten)

In Nederland zijn verschillende cannabispreparaten verkrijgbaar op recept, als zelfzorg of via de coffeeshop (Verduijn & Hooymans, 2018).

- Via apothekers wordt medicinale cannabis van farmaceutische kwaliteit verstrekt. Het gaat om vijf variëteiten met wisselende samenstelling van THC en/of CBD in verschillende toedieningsvormen.
- In 2016 is het aantal verstrekkingen van medicinale cannabis flink gestegen doordat via de apotheek naast de gedroogde variant ook medicinale cannabisolie op recept beschikbaar kwam. Het aantal verstrekkingen van cannabisolie vormt bijna de helft van alle medicinale verstrekkingen door de apotheken en komt in 2017 uit op 26.000 verstrekkingen. Het aantal verstrekkingen van gedroogde bloem (flos) varianten neemt in 2017 af met 10% en daalt naar circa 27.000 (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2017). Nationaal is de verdeling van variëteiten: 65% Bedrocan, 14% Bediol, 11% Bedica, 5% Bedrobinol, 5% Bedrolite.
- Via sommige drogisterijen en via het internet wordt een grote diversiteit aan CBD-preparaten (CBD-olie, CBD-zalf, CBD- tabletten) te koop aangeboden als voedingssupplement. De claims voor mogelijke medicinale effecten zijn groot, maar een wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt alsnog. Ook via alternatieve circuits wordt CBD-olie te koop aangeboden aan, bijvoorbeeld, kankerpatiënten. Er is geen controle op de kwaliteit en samenstelling, in tegenstelling tot de producten die door het Bureau Medicinale Cannabis worden verhandeld (Hazekamp & Epifanova, 2017).
- Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) registreerde in afgelopen jaren een toenemend aantal informatieverzoeken vanwege vergiftigingen door 'cannabisolie' die vrij verkrijgbaar is via drogist en reformzaak. Vaak is niet duidelijk wat de samenstelling van de olie is (wel of geen THC en/of CBD). In 2015 was er één melding en in het eerste halfjaar van 2017 waren er 34 meldingen, waarvoor bij voornamelijk ouderen en ernstig zieke patiënten soms ziekenhuisbehandeling nodig is. Het NVIC heeft de indruk dat er 'CBD-oliën' op de markt zijn waar "lijkt te zijn gerommeld bij de productie"(Kleijne, 2017) (Kan et al., 2018).

Zelfkweek van cannabis voor medicinaal gebruik komt ook voor. Zie § 2.1.4 voor de wettelijke aspecten hiervan.

Kwaliteit van nederwiet

In 2015 voerde het RIVM onderzoek uit naar vervuilingen van de nederwiet.

- In nederwiet uit verschillende coffeeshops werden in 23 van de 25 monsters restanten van bestrijdingsmiddelen aangetroffen. De hoeveelheden zijn echter dermate laag dat deze geen risico vormen voor de gezondheid van gebruikers. Er zijn geen giftige plantenschimmels aangetroffen (Venhuis & Van der Nobelen, 2015).
- In 11 monsters was de hoeveelheid bestrijdingsmiddel hoger dan de grens die in de kruidengeneesmiddelenrichtlijn wordt gesteld. Eén monster bevatte een verboden bestrijdingsmiddel, maar ook deze concentratie was dermate laag dat deze geen risico voor de gezondheid vormt.
- De politie treft geregeld pesticiden aan bij opgerolde cannabiskwekerijen. In 2011 zijn monsters van illegale cannabiskwekerijen en een beperkt aantal monsters uit coffeeshops onderzocht. Ook destijds suggereerden de resultaten van chemische analyses dat pesticiden niet op grote schaal worden gebruikt bij de productie van cannabis (Van Amsterdam et al., 2012).

- In deze onderzoeken was het echter niet mogelijk de monsters te analyseren op alle relevante pesticiden. Over cannabis die buiten de coffeeshop wordt gekocht is geen informatie beschikbaar.
- In 2018 beoordeelde het RIVM op basis van literatuuronderzoek wat de mogelijke schade zou kunnen zijn van de aanwezigheid van dergelijke gewasbeschermingsmiddelen of pesticiden in de cannabis (Kienhuis, Mahieu, Te Biesebeek, & Venhuis, 2018). 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 via roken, dampen of via toevoeging aan voedsel. Conclusie is dat de gevonden 'vervuilingen' geen extra risico vormen.

Tabel 3.8.2 geeft de gemiddelde prijzen van een gram cannabis aangeschaft in coffeeshops.

- Sinds 2009 steeg de gemiddelde prijs van een gram nederwiet (meest populaire variant) geleidelijk van 8,12 euro naar 10,23 euro in 2016. Voor 2006 was nog geen sprake van (systematische) prijsstijgingen. De afgelopen twee jaar is de prijs van nederwiet ongeveer gelijk gebleven aan 2016, namelijk 10,11 euro in 2017 en 10,09 euro in 2018 (tabel 3.8.2).
- Hoewel de prijs van de nederwiet die beschouwd wordt als sterkste wiet in 2018 (12,26 euro) vergelijkbaar is met 2016 (12,58 euro), was deze wel hoger dan in 2015 (11,34 euro).
- De gemiddelde prijs van een gram geïmporteerde wiet schommelde tussen 2009 en 2018 rond de 4,78 euro. In 2018 was de prijs gemiddeld 4,04 euro. Voor geïmporteerde hasj schommelde de prijs in die periode rond de 9,22 euro. In 2018 was de prijs gemiddeld 9,43 euro (tabel 3.8.2).
- Prijs en sterkte hangen samen: hoe meer THC een cannabismonster bevat, hoe hoger de prijs.
- De cannabisprijzen liggen in Amsterdam over het algemeen wat hoger dan in de rest van het land, het verschil was gemiddeld 1,23 euro per gram voor geïmporteerde hasj, een gram nederwiet was voor het eerst sinds 1999 goedkoper in Amsterdam dan in de rest van het land (verschil 0,13 euro).

Tabel 3.8.2 Gemiddelde prijs (€) per gram cannabisproduct in coffeeshops, vanaf 2009

Cannabisproduct	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nederwiet[1]	8,12	8,13	8,30	9,28	9,59	9,53	9,81	10,23	10,11	10,09
Geïmporteerde wiet	4,88	4,57	4,24	5,88	5,29	4,51	4,67	4,92	4,84	4,04
Geïmporteerde hasj	8,70	9,07	7,79	9,71	9,86	9,72	8,91	9,16	9,93	9,43

1. Meest populaire variant. De prijzen hebben betrekking op monsters die in december/januari in de betreffende jaren zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin de maand januari valt. Bron: DIMS, Trimbos-instituut (Rigter & Niesink, 2018).

4. Cocaïne

4.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 135
4.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 135
4.3	Gebruik: jongeren en jongvolwassenen	▶ pagina 140
4.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 146
4.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 147
4.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 150
4.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 155
4.8	Aanbod en markt	▶ pagina 156

4. Cocaïne

Inleiding

Cocaïne werkt stimulerend. Sommige gebruikers van cocaïne weten deze drug in hun leven in te passen zonder in de problemen te komen (Marin, Kelly, & Parsons, 2017). Zij consumeren cocaïne voor recreatieve doeleinden. Toch kan de drug leiden tot verslaving.

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 (Nabben, Luijk, & Korf, 2018). 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 (Niesink & Van Laar, 2010). De gegevens in dit Jaarbericht gelden voor alle vormen van cocaïne samen, tenzij anders aangegeven.

Op gebruikersniveau overlappen de (snuif)cocaïne-, ecstasy- en amfetaminemarkt (zie hoofdstuk 1). Het gebruiken van een specifiek stimulerend middel hangt onder andere af van de sociale setting, het tijdstip, de voorkeur van vrienden en de mate van verkrijgbaarheid (Nabben, Luijk, Benschop, & Korf, 2017).

In het afgelopen decennium bevatte het merendeel van de cocaïnepoeders ook geneesmiddelen als versnijdingsmiddel. Vooral het diergeneesmiddel levamisol wordt vaak aangetroffen, al is sinds 2015 een forse daling te zien. Bij frequente cocaïnegebruikers kan levamisol tot ernstige bloedziekten en afwijkingen van de bloedvaten leiden (Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs, 2015; Muñoz-Vahos et al., 2018) (zie § 4.8).

Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) signaleert in haar Europees Drugsrapport 2018 een toename van de beschikbaarheid van cocaïne op de Europese drugsmarkt. De toename van de beschikbaarheid blijkt uit meer inbeslagnames van cocaïne, en zuivere cocaïne voor een relatief lage prijs (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018b).

4.1 Laatste feiten en trends

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

- Naar schatting heeft 1 op de 20 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit cocaïne gebruikt (5,2%), en heeft ongeveer 1 op de 50 Nederlanders van 18 jaar en ouder (1,8%) in het afgelopen jaar nog cocaïne gebruikt (§ 4.2).
- Het hoogste percentage in het laatste-jaar-gebruik ligt in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (§ 4.2).
- Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van cocaïnegebruik in de algemene bevolking (15-64 jaar) tussen 2014 en 2017 is gestegen (§ 4.2) en in Nederland boven het Europese gemiddelde ligt (§ 4.5).
- Onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs daalde het ooitgebruik en het laatste-maand-gebruik tussen 2003 en 2015 geleidelijk. Tussen 2011 en 2015 werden geen statistisch significante verschillen gevonden (§ 4.3).
- In bepaalde groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen wordt cocaïne relatief vaak gebruikt, en er zijn signalen voor een toename van de populariteit van cocaïne, met name in bepaalde kringen 'bemiddelde' uitgaanders en clubgangers (§ 4.3).
- In vergelijking met hun Europese leeftijdgenoten, ligt het ooitgebruik onder Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar rond het gemiddelde, maar de verschillen tussen de landen zijn klein (§ 4.5).
- In 2009/2010 was naar schatting ingeveer 1 op de 200 inwoners van de drie grootste steden van Nederland verslaafd aan crack (§ 4.4).
- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een cocaïneprobleem is tussen 2008 en 2015 gedaald (§ 4.6).
- Cocaïnegebruik leidt bij de grootschalige evenementen zelden tot een gezondheidsincident; daarentegen melden politieartsen ten opzichte van andere drugs relatief vaak een cocaïne-gerelateerd incident (§ 4.6).
- Onder de sterfgevallen gerelateerd aan cocaïne is het aandeel van de oudere gebruikers gestegen (§ 4.7).
- Het gemiddelde gehalte cocaïne in cocaïnepoeders is sinds 2011 gestegen en was in 2017 hoger dan in de jaren ervoor (§ 4.8).
- Het aandeel cocaïnepoeders dat is versneden met medicijnen neemt de laatste jaren af ten faveure van het aandeel zuivere cocaïnepoeders. In 2010 bevatte (meer dan) twee derde van de cocaïnepoeders van consumenten het versnijdingsmiddel levamisol, maar in 2016 en 2017 deed zich voor het eerst een opvallende en sterke daling voor, naar ongeveer 40% in 2017 (§ 4.8).

4.2 Gebruik: algemene bevolking

Dit hoofdstuk beschrijft kerngegevens over cocaïne gebruik in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, jaarlijks uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A Middelen) 2016. (Zie bronnentabel en bijlage D.2.) Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A Middelen, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers 2017

In 2017 had naar schatting 1 op de 20 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit cocaïne gebruikt (tabel 4.2.1). Het percentage gebruikers in het afgelopen jaar is 1 op de 50 en minder dan 1% gebruikte cocaïne in de afgelopen maand.

- Dit komt neer op 700 duizend volwassen Nederlanders die ooit cocaïne gebruikten en 80 duizend die dat de afgelopen maand nog deden.

Tabel 4.2.1 Percentage en absolute aantal cocaïnegebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% Betrouwbaar-heidsinterval
Ooit	5,2	700.000	620.000-770.000
Laatste jaar	1,8	250.000	200.000-290.000
Laatste maand	0,6	80.000	50.000-100.000

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, in de laatste maand. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat cocaïne gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017. (Zie bijlage D.2 voor resultaten van voorgaande bevolkingsstudies onder mensen van 15-64 jaar.)

Trend in cocaïnegebruik

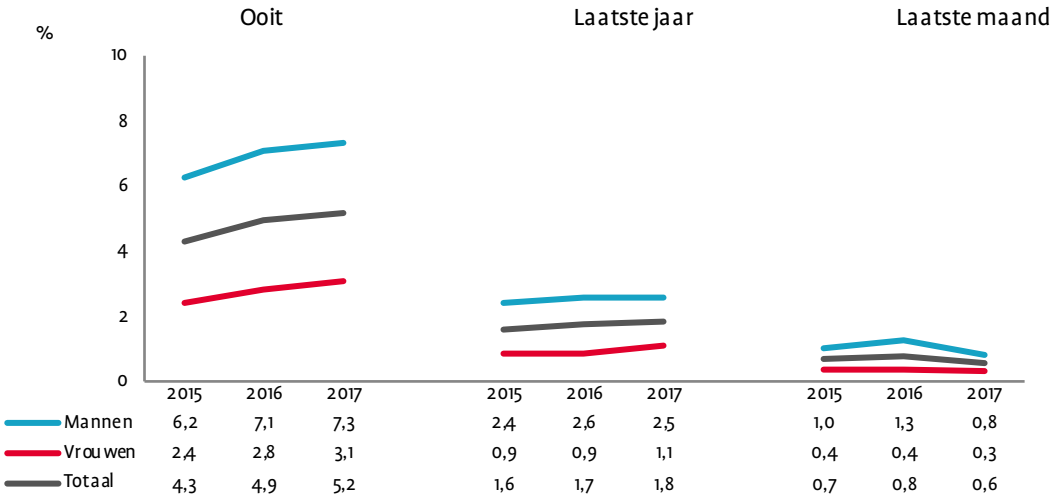
Vanaf 2015 zijn vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van cocaïne in de algemene bevolking in de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder (figuur 4.2.1). De leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder is door het CBS, het RIVM en het Trimbos-instituut gekozen als de standaard voor kerncijfers over middelengebruik.

- Het ooitgebruik van cocaïne ligt in 2017 statistisch significant hoger dan in 2015, maar verschilt niet statistisch significant met 2016 (figuur 4.2.1). Het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik verschilt nauwelijks over de jaren en dit is niet statistisch significant.

Het gebruik van cocaïne werd in het afgelopen decennium ook in 2005, 2009 en 2014 gemeten. Vanwege herhaalde wijzigingen in de onderzoeksmethode zijn alleen gegevens vergelijkbaar die zijn verzameld vanaf 2014 (zie bijlage D.2). In 2014 werd cocaïnegebruik alleen onder 15-64-jarigen gemeten (de internationale standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA, zie paragraaf 5 van de middelenhoofdstukken). Trendgegevens sinds 2014 voor 15-64-jarigen staan in bijlage D.2 beschreven.

- Het ooitgebruik van cocaïne lag in 2017 hoger dan in 2014 en 2015 (6,2% tegenover 5,1%).
- Het laatste-jaar-gebruik van cocaïne lag in 2017 hoger dan in 2014 (2,2% tegenover 1,5%).
- Het laatste-maand-gebruik van cocaïne lag in 2016 hoger dan in 2014 (0,9% tegenover 0,6%).

Figuur 4.2.1 Cocaïnegebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2015, naar geslacht



Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Geslacht

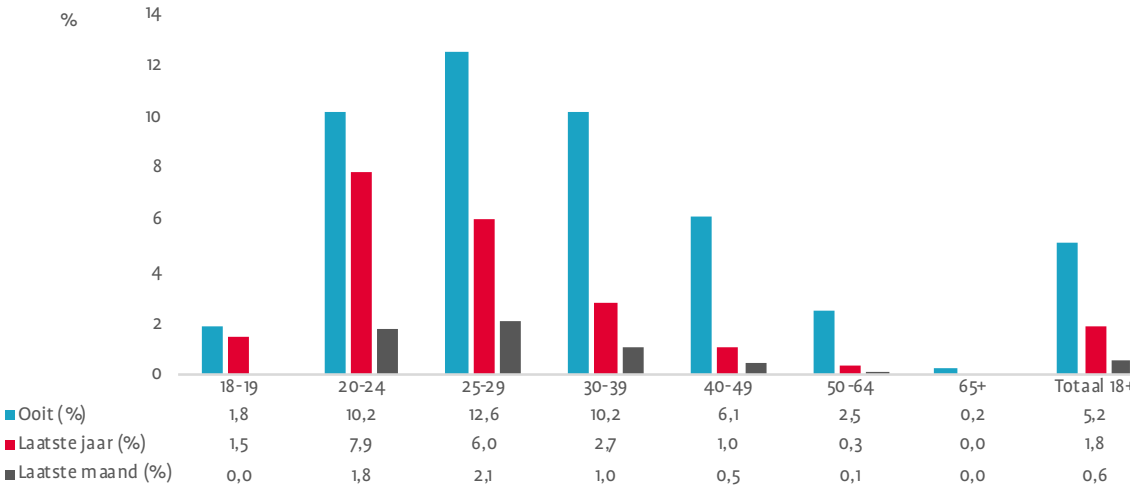
Cocaïnegebruik onder mensen van 18 jaar en ouder komt twee tot drie keer zo vaak voor onder mannen als onder vrouwen (figuur 4.2.1).

Leeftijd

Het gebruik van cocaïne komt het meest voor onder jongvolwassenen (figuur 4.2.2).

- Onder twintigers is het laatste-jaar-cocaïnegebruik het hoogst. Ongeveer een op de tien twintigers heeft ervaring met cocaïne. Het laatste-jaar-gebruik is met 7,9% het hoogst in de leeftijdsgroep 20-24 jaar. De gemiddelde leeftijd van de laatste-jaar-cocaïnegebruikers was 30 jaar.

Figuur 4.2.2 Cocaïnegebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2017



Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Opleidingsniveau

Cocaïnegebruik komt meer voor onder hoog- dan laagopgeleiden (tabel 4.2.2). Voor het laatste-jaar-gebruik gaat het om bijna een factor drie: 2,9% van HBO- en WO opgeleiden hebben het laatste jaar gebruikt versus 1,1% van de laagopgeleiden (basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO). Voor het ooitgebruik is er een factor twee verschil.

Tabel 4.2.2 Gebruik van cocaïne in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[1]. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Laagopgeleid	3,3	1,1	0,2
Middelbaar opgeleid	5,2	1,5	0,6
Hoogopgeleid	6,7	2,9	0,8

Percentage gebruikers ooit in het leven, laatste jaar, en laatste maand. 1. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Migratieachtergrond

Volwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond hebben minder vaak ervaring met cocaïnegebruik dan volwassenen met een Nederlandse achtergrond of westerse migratieachtergrond (tabel 4.2.3). Het laatste-jaar-gebruik ligt hoger onder volwassenen met een Nederlandse achtergrond dan bij de andere twee groepen.

Tabel 4.2.3 Gebruik van cocaïne in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[1]. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Nederlandse achtergrond	5,4	2,1	0,6
Westerse migratieachtergrond	5,4	0,9	0,3
Niet-Westerse migratieachtergrond	3,1	1,0	0,6

Percentage gebruikers ooit in het leven, laatste jaar, en laatste maand. 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage A "Migratieachtergrond"). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Stedelijkheid

Cocaïnegebruik komt het meest voor in (zeer) stedelijke gebieden (tabel 4.2.4). Mensen die in (zeer) stedelijke gebieden wonen hebben twee keer zo vaak ervaring met cocaïnegebruik als mensen in minder stedelijke gebieden, dit verschil is nog groter voor het laatste-jaar- en het laatste-maand-gebruik.

Tabel 4.2.4 Gebruik van cocaïne in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2017

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

Percentage gebruikers ooit in het leven, laatste jaar, en laatste maand. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Mate van gebruik

In de LSM-A 2016 is specifiek gevraagd naar het gebruik van snuifcocaïne en crack. Hieruit blijkt dat het merendeel van de cocaïnegebruikers ervaring heeft met snuifcocaïne en een minderheid (ook) ervaring heeft met crack (zie hierna). In 2016 zijn ook gegevens beschikbaar gekomen over de gebruikspatronen van de laatste-jaar-gebruikers van snuifcocaïne van 18 jaar en ouder. De meerderheid van hen snuift *incidenteel* cocaïne.

- Ongeveer 3 van de 10 laatste-jaar-gebruikers (29,3%) hebben in het afgelopen jaar slechts één keer cocaïne gebruikt, en bijna de helft (47,0%) een paar keer, maar minder dan maandelijks. Ongeveer 1 op de 7 gebruikers (13,7%) rapporteert maandelijks gebruik, en één op de tien (10,1%) rapporteert meerdere keren per maand snuifcocaïne te gebruiken.

- Bijna 9 van de 10 laatste-jaar-gebruikers van snuifcocaïne (88,9%) gebruiken meestal alleen in het weekend. De rest van deze groep gebruikt meestal op doordeweekse dagen (3,7%), of zowel op weekenddagen als doordeweekse dagen (7,4%).

In de LSM-A is afzonderlijk naar het gebruik van crack-cocaïne gevraagd.

- Het gebruik van dit middel wordt zelden gerapporteerd onder de algemene bevolking van 18 jaar en ouder: 0,5% heeft ooit crack gebruikt en 0,1% had dit middel in het afgelopen jaar nog gebruikt.
- Dit cijfer is vermoedelijk een onderschatting, doordat (probleem)gebruikers van harddrugs zoals heroïne en crack in bevolkingsonderzoek ondervertegenwoordigd zijn, doordat een deel van hen geen vaste woon- of verblijfplaats heeft, in een (justitiële) instelling verblijft, of anderszins moeilijk bereikbaar is. Deze groep kan in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie § 5.3 en § 5.4).

Speciale groepen

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

- 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 werd opengesteld van 28 november 2016 tot en met 31 maart 2017. 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 (Buster & Oosterveer, 2017). Cocaïne was in de afgelopen maand voor 8,7% van deze daklozen het 'zwaarste' middel dat werd gebruikt. In de vorige winter van 2015-2016 werd een percentage gevonden van 3,4%.
- In Rotterdam zijn in januari 2017 binnen het kader van de winterkouderegeling 160 daklozen geïnterviewd, hun gemiddelde leeftijd was 41 jaar, 90% was man (Mandos & Dujardin, 2017). Het percentage dat cocaïne gebruikte lag op 6%.
- 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 (Keetman, Beuker, & Van der Meer, 2017). 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 (Van Straaten, Van Gelder, Rodenburg, & Van de Mheen, 2016). 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.
- 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 (Van Everdingen, 2016). 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.

4.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van cocaïne op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven van scholieren van het voortgezet onderwijs en studenten van het HBO en MBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun doorsnee leeftijdgenoten middelen gebruiken.

Scholieren van het regulier onderwijs

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend verzameld in het Peilstationsonderzoek en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie (zie bronnentabel en bijlage D.7). In 2017 is het gebruik van cocaïne echter niet gemeten onder de scholieren. Voor cocaïne zijn daarom gegevens beschikbaar tot en met het jaar 2015.

Kerncijfers 2015

Vergeleken met cannabis gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals cocaïne. Dit blijkt uit het Peilstationsonderzoek scholieren (Van Dorsselaer et al., 2016) (zie bijlage D.7). Van de 12-16-jarige scholieren had 1,3% ooit in het leven cocaïne gebruikt (tabel 4.3.1).

Tabel 4.3.1 Percentage cocaïnegebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2015

	(%)
Ooit	1,3
Laatste jaar	0,9
Laatste maand	0,5

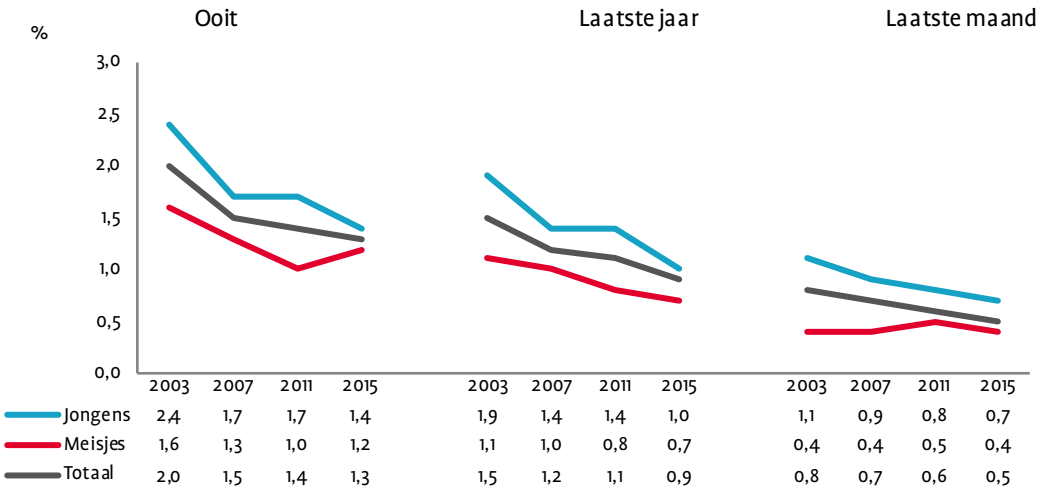
Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

Trends in cocaïnegebruik

Het cocaïnegebruik onder scholieren wordt gemeten in het Peilstationsonderzoek Scholieren. De laatste meting vond plaats in 2015 (Van Dorsselaer et al., 2016).

- Onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs daalde het percentage dat ervaring had met cocaïne geleidelijk van 2,0% in 2003 naar 1,3% in 2015.
- Het percentage dat in de afgelopen maand nog cocaïne had gebruikt daalde in deze periode van 0,8% naar 0,5% (figuur 4.3.1).
- De verschillen tussen 2011 en 2015 waren statistisch niet significant.

Figuur 4.3.1 Gebruik van cocaïne onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003



Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden), en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011, 2015) / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM.

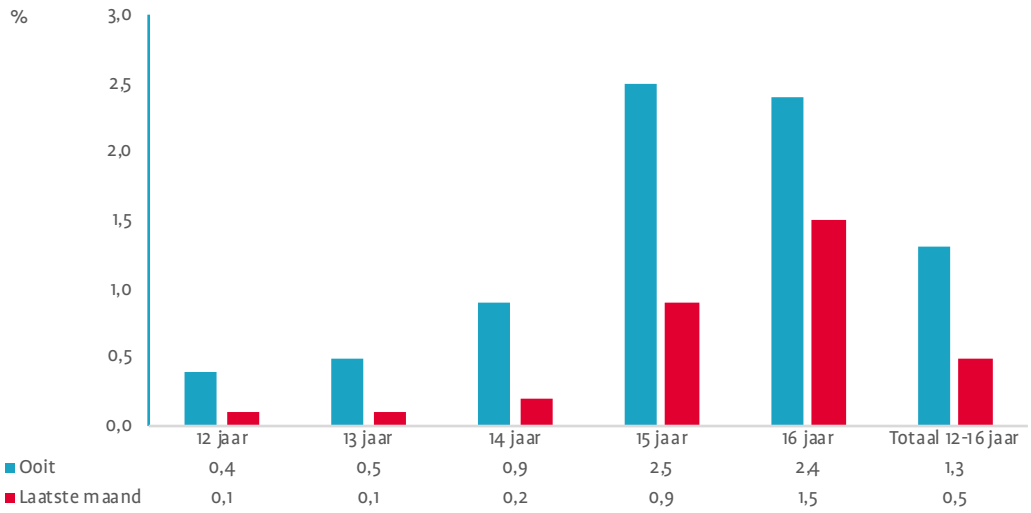
Geslacht

Het gebruik van cocaïne verschilt niet tussen jongens en meisjes. In 2015 hadden vrijwel evenveel jongens (1,4%) als meisjes (1,2%) ooit cocaïne gebruikt. Ook waren er geen statistisch significante verschillen voor het laatste-maand-cocaïnegebruik (figuur 4.3.1)(Van Dorsselaer et al., 2016).

Leeftijd

Het gebruik van cocaïne neemt toe met de leeftijd. In 2015 had 0,4% van de 12-jarigen ervaring met cocaïne; op 16-jarige leeftijd was dat 2,4%. Voor het laatste-maand-gebruik waren deze percentages respectievelijk 0,1% (12 jaar) en 1,5% (16 jaar) (figuur 4.3.2) (Van Dorsselaer et al., 2016).

Figuur 4.3.2 Gebruik van cocaïne onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs naar leeftijd. Peiljaar 2015



Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren /Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

Schoolniveau

Hoe lager het schoolniveau hoe hoger het percentage cocaïnegebruikers. In 2015 lag onder scholieren van 12-16 jaar het percentage dat ervaring had met cocaïne het laagst op het VWO en het hoogst op het VMBO-b (tabel 4.3.2). Een soortgelijk patroon is te zien voor het laatste-maand-gebruik (Van Dorsselaer et al., 2016).

Tabel 4.3.2 Gebruik van cocaïne onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar naar schoolniveau. Peiljaar 2015

	Ooit (%)	Laatste maand (%)
VMBO-b	2,7	1,0
VMBO-t	1,4	0,4
HAVO	1,0	0,6
VWO	0,3	0,1

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2017 is het gebruik van cocaïne gemeten in een landelijk onderzoek onder ongeveer 4.000 studenten van het MBO en het HBO (tabel 4.3.3) (Tuithof, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2018).

- Het ooitgebruik van cocaine onder studenten van het MBO en HBO ligt op 4% en 2% gebruikte het middel in de afgelopen maand. Jongens (5%) gebruikten het middel vaker ooit in het leven dan meisjes (3%).
- Het gebruik was hoger onder 18-jarigen (5%) dan onder 16-jarigen (2%). Voor de hele groep harddrugs lag het gebruik hoger onder 17-18 jarige MBO-studenten hoger dan onder leeftijdgenoten van het HBO, maar de aantallen waren te klein om verschillen voor cocaïne apart te onderzoeken.
- Het cocaïnegebruik lag op het zelfde niveau als dat in een vorige peiling in 2015 onder circa 3.000 studenten (Verdurmen, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2016).

Tabel 4.3.3 Percentage cocaïnegebruikers onder andere groepen scholieren en studenten

	Locatie	Peiljaar	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Studenten MBO en HBO (16-18 jaar)	Nederland	2015	3	1
		2017	4	2
Scholieren klas 5 en 6 HAVO en VWO (16-18 jaar)	Amsterdam	2016	3	<1%
Studenten MBO (15-35 jaar)[I]	Amsterdam	2016	9	3

Percentage gebruikers van cocaïne ooit en in de laatste maand. I. De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking niet mogelijk. Bronnen: Peilstationsonderzoek MBO-HBO, 2017, Trimbos-instituut (Verdurmen et al., 2016; Tuithof et al., 2018), GGD Amsterdam/Jellinek (Dijkshoorn, Schilthuis, & Van Bakkum, 2016a), Antenne 2016 (Nabben et al., 2017).

Gebruik in Amsterdam onder scholieren HAVO en VWO en studenten van het MBO

In (zeer) stedelijke gebieden ligt het cocaïnegebruik hoger dan in matig- of niet-stedelijke gebieden. Ook onder 1.076 Amsterdamse HAVO/VWO scholieren en 1.972 MBO-studenten is gebleken dat het cocaïnegebruik hoger ligt dan het landelijk gemiddelde (tabel 4.3.3) (Dijkshoorn, Schilthuis, & Van Bakkum, 2016; Nabben et al., 2017). Bij de interpretatie hiervan is het belangrijk om rekening te houden met verschillen in meetmethoden, waardoor een directe vergelijking niet mogelijk is.

- Van de leerlingen uit klas 5 en 6 van de HAVO en het VWO in Amsterdam had 3% ooit cocaïne gebruikt.
- Van de MBO-studenten had 9% ooit cocaïne gebruikt, 6% in het afgelopen jaar, en 3% in de afgelopen maand. Bij de mannelijke studenten lag het laatste-jaar-gebruik hoger dan bij de vrouwelijke studenten (9% tegenover 3%). Studenten met een migratieachtergrond hadden in het afgelopen jaar minder vaak cocaïne gebruikt dan autochtone studenten (4% tegenover 7%). Van de MBO-studenten die in het afgelopen jaar cocaïne hadden gebruikt, vond 19% dat ze te veel of te vaak cocaïne hadden gebruikt. Voor crack lag het percentage ooitgebruik op 5%, lag het percentage laatste-jaar-gebruik op 3%, en lag het percentage laatste- maand-gebruik op 1%.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt de consumptie van cocaïne vrij vaak voor. Tabel 4.3.4 en 4.3.5 vatten de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder bezoekers van uitgaansgelegenheden en kwetsbare groepen jongeren. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Cocaïne is relatief populair in het uitgaansleven, hoewel het gebruik van dit middel ook vaak in privésettingen plaatsvindt. Het gaat daarbij vooral om het snuiven van cocaïne. In de afgelopen jaren is cocaïne wat populariteit betreft in bepaalde groepen uitgaanders ingehaald door amfetamine, maar ecstasy gaat nog steeds onverminderd aan kop. Landelijke en lokale onderzoeken suggereren dat tussen de 10% en ruim 20% van de uitgaanders in de afgelopen maand cocaïne heeft gebruikt, vergeleken met 1,3% van de 15-34-jarigen in de algemene bevolking.

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht (Monshouwer, Van der Pol, Drost, & Van Laar, 2016). De respondenten van dit onderzoek vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016, zoals uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- Drie op de tien party- en clubgangers had in 2016 ooit cocaïne gebruikt, een kwart (25%) had in het afgelopen jaar gebruikt en 12% deed dit nog in de afgelopen maand. Het merendeel is een 'incidentele snuiver'.
- Twee derde (66%) van de laatste-jaar-gebruikers in dit onderzoek had in het afgelopen jaar één keer of een paar keer cocaïne gebruikt; 12% deed dat eens per maand, 15% een paar keer per maand, 5% eens per week, 2% een paar keer per week. (Bijna) dagelijks gebruik kwam niet voor.

- Cocaïne is een typische partydrug. Op de vraag waar laatste-jaar-cocaïnegebruikers tijdens het uitgaan het meest gebruiken, noemde ongeveer de helft (51%) een festival, en iets minder een club (44%), thuis (44%), of een feestje (12%). Een poppodium (3%) of café (2%) werden zelden genoemd. Respondenten konden maximaal 3 locaties aangeven.

Hogere prevalenties werden gerapporteerd onder speciale groepen uitgaanders in de Antenne-monitor, die het middelengebruik volgt in het Amsterdamse uitgaansleven, en sinds kort ook in de Gooi en Vechtstreek. Dit gebeurt door een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven en surveys onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen. Er lijkt een stijgende trend te zijn, met name onder clubgangers.

- In 2017 had van de bezoekers van clubs, raves, en festivals in Amsterdam 50% ooit cocaïne gebruikt en 26% nog in de afgelopen maand (Nabben et al., 2018), vergeleken met respectievelijk 23% ooit en 9% in de afgelopen maand onder de uitgaanders in Hilversum (Luijk et al., 2018) (tabel 4.3.4).
- Er wordt gesignaleerd dat het laatste-jaar-gebruik grotendeels een vergelijkbare trend laat zien als dat van ecstasy: een piek in 1998, gevolgd door een stabilisatie tot 2008, met tussen 2008 en 2013 weer een forse stijging (Nabben et al., 2018). Tussen 2013 en 2017 bleef het laatste-jaar-gebruik echter stabiel (in tegenstelling tot de daling voor ecstasy). Er zijn echter wel verschillen tussen uitgaanssetting. Opvallend is de verschuiving in het laatste-jaar-gebruik tussen clubbers (forse toename), en festivalgangers (daling). Onder clubbers steeg het laatste-jaar-gebruik van 27% in 2013 naar 45% in 2017, terwijl onder de festivalgangers het laatste-jaar-gebruik in deze periode daalde van 43% naar 34%. Al met al nam in de hele groep uitgaanders het laatste-maand-gebruik van cocaïne toe van 19% in 2013 naar 26% in 2017, maar ook deze toename komt alleen door een stijging van het laatste-maand-gebruik onder de clubgangers (Nabben et al., 2018). Dit patroon wordt echter voor de meeste uitgaansdrugs, behalve ecstasy, gevonden. Mogelijk speelt een verandering in de aard van de uitgaanssettings bij deze verschuivingen een rol, doordat er "meer ruigere clubs" zijn ontstaan in 2017.
- In 2017 signaleerde de Antenne-monitor van Amsterdam een aparte subcultuur van "postmoderne hedonisten". Ze vormen "een kleine scene die het liefst nog onbekende cafés en clubs bezoekt", en combineren daarbij alcohol en cocaïne (Nabben et al., 2018). Toeristen in het Amsterdamse uitgaansleven bleken vaker op een minder voorzichtige manier drugs te gebruiken. De meeste problemen deden zich daarbij voor bij ecstasy en cocaïne. Op het afterfeest in het dancemilieu, het voortgezette feest bij iemand thuis na afloop van het officiële feest, bleken voornamelijk amfetamine, cocaïne, ketamine, en GHB te worden gebruikt.
- In 2015 had van de Amsterdamse coffeeshopbezoekers 23% in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt en 9% had in de afgelopen maand nog cocaïne gebruikt (Nabben et al., 2016). Dit was hoger dan in 2009, met respectievelijk 14% laatste-jaar-gebruik en 5% laatste-maand-gebruik, maar alleen het verschil in het laatste-jaar-gebruik was statistisch significant.
- In 2014 had 12% van de Amsterdamse cafébezoekers in de afgelopen maand cocaïne gebruikt en dit verschilde niet statistisch significant van de 14% in 2010 (Benschop, Nabben, & Korf, 2015). In 2014 had 1,5% van de cafébezoekers cocaïne gebruikt tijdens het uitgaan. De stijging in het percentage crackgebruikers was wel statistisch significant. Tussen 2010 en 2014 steeg het percentage ooitgebruikers van crack van 3% naar 7% en steeg het percentage laatste-maand-gebruikers van crack van 0,3% naar 1,7%.
- Uit een survey in Amsterdam in 2013 onder 633 clubbers en ravers van gemiddeld 24 jaar bleek dat 47% ooit cocaïne had gebruikt en dat 19% in de afgelopen maand nog cocaïne had gebruikt. Onder clubbers bleef het laatste-maand-gebruik stabiel tussen 2008 en 2013 (14% in beide jaren) (Nabben, Benschop, & Korf, 2014).

Ook volgens een ouder uitgaans-surveyonderzoek onder 1.317 uitgaanders in de leeftijd van 12-35 jaar in Den Haag had ongeveer een derde ooit cocaïne gebruikt (Van Dijk & Reinerie, 2015). Eén op de tien gebruikte in de afgelopen maand nog (15% van de mannen en 6% van de vrouwen).

- Op 18-jarige leeftijd had ruim 16% al een keer cocaïne gebruikt. Gebruikers gaven aan cocaïne te gebruiken om zo lang mogelijk te kunnen doorgaan met feesten.

Uit een onderzoek onder 446 studenten van de Universiteit Leiden bleek dat 7% van deze studenten ooit cocaïne had gebruikt en 4% nog in het afgelopen jaar (Kunst & Gebhardt, 2018).

Tabel 4.3.4 Ooitgebruik en laatste-maand-gebruik van cocaïne[I] onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Bezoekers van party's, festivals en clubs[II]	Landelijk	2016	22	33	12
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	28	34	5
		2015	25	34	9
Cafébezoekers	Amsterdam[III]	2010	27	34	12
				3[IV]	0,3[IV]
		2014	27	42	15
				7[IV]	1,7[IV]
Bezoekers van clubs, raves[V] en festivals	Amsterdam	2013	24	47	19
		2017	26	50	26
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum	2017	21	23	9
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Den Haag	2014	24	35	11
Studenten	Leiden	2015	22	7	-

Percentage ooitgebruikers en laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en Utrecht. - = Gegevens onbekend. I. Snuifbare cocaïne in poedervorm, tenzij anders aangegeven. II. (Frequente) bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. III. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. IV. Rookbare cocaïne in de vorm van crack. V. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). In 2016 kwamen op raves in Amsterdam gemiddeld 150-300 personen (Nabben et al., 2017). VI. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten.

Kwetsbare groepen

Jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en de jeugdzorg en dakloze jongeren hebben vaker ervaring met het gebruik van cocaïne dan hun leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. Recente studies ontbreken (zie ook Kepper, Van Dorsselaer, Monshouwer, & Vollebergh, 2009; Kepper, van den Eijnden, Monshouwer, & Vollebergh, 2014 en Van Laar et al., 2016). In 2020 komen weer landelijke gegevens beschikbaar voor jongeren in hoog risico settings: praktijkonderwijs (PrO), in het speciaal onderwijs (REC-3 en REC-4) en in de residentiële jeugdzorg (RJZ) en justitiële jeugdinrichtingen (JJI) (zie hoofdstuk 1).

- Van de jeugdigen in de jeugdzorg in Amsterdam in 2012 had 5% ooit cocaïne gebruikt en had 1% in de afgelopen maand nog cocaïne gebruikt (Benschop et al., 2013).
- Zowel in 2016 als in 2017 constateerden jongerenwerkers in Amsterdam dat onder kwetsbare (buurt) jongeren met een migratieachtergrond cocaïnegebruik minder voorkomt dan onder autochtone kwetsbare (buurt)jongeren (Nabben et al., 2018; Nabben et al., 2017).

- In 2011 startte de Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden (Coda-G4). Deze cohortstudie volgt 513 daklozen vanaf het moment dat ze zich in 2011 hebben gemeld bij de maatschappelijke opvang in een van de vier grote steden (Van Straaten et al., 2016). De groep van 513 daklozen bestond voor 20% uit jongvolwassenen van 18-22 jaar. Van deze jongvolwassenen was 60% man en had 63% een migratieachtergrond, de gemiddelde leeftijd was 22 jaar. In deze groep had 2% in de afgelopen maand snuifcocaïne gebruikt.

Tabel 4.3.5 Ooitgebruik en laatste-maand-gebruik van cocaïne onder kwetsbare groepen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Dakloze jongeren	G4	2012/2013	22	-	2
Jongeren in de jeugdzorg[I]	Amsterdam	2012	16	5	1

Percentage ooitgebruikers en laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en Utrecht. - = Niet gemeten. I. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Bronnen: Coda-G4, IVO, UMC St Radboud (Van Straaten et al., 2014), Antenne 2012 (Benschop et al., 2013).

4.4 Problematisch gebruik

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

- De eerste groep bestaat uit de probleemgebruikers van opiaten (zie § 5.4), waarvan een groot deel óók cocaïne gebruikt, veelal de kant-en-klare rookbare vorm crack.
  - In 2013 werd er een veldonderzoek uitgevoerd onder 401 problematische opiatengebruikers in de steden Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Eindhoven, en Haarlem (Cruts, Van Laar, & Buster, 2013).[1] Naast opiaten had 78% van de problematische opiatengebruikers de afgelopen maand ook crack gebruikt en had 82% in het afgelopen jaar crack gebruikt. In de afgelopen maand had 5% snuifcocaïne gebruikt en in het afgelopen jaar had 8% snuifcocaïne gebruikt.
- De tweede groep bestaat uit probleemgebruikers in de harddrugsscene die frequent cocaïne, vooral crack, consumeren, zonder daarnaast heroïne te nemen.
- De derde groep bestaat uit gebruikers bij wie het aanvankelijk 'recreatief' gebruik van snuifcocaïne is overgegaan in problematisch gebruik, 'de ontspoorde cocaïnesnuivers' (Nabben et al., 2017). In vergelijking met crackgebruikers zijn zij doorgaans begonnen met het gebruik van snuifcocaïne vanuit een meer maatschappelijk geïntegreerde positie.

Bij de drie groepen die hierboven werden genoemd, komt crackverslaving vooral voor in de eerste twee groepen. Maar ook in de derde groep kan cocaïneverslaving ontstaan.

- Van het totaal aantal crackverslaafden (zowel degenen die alleen crack gebruiken alsook degenen die opiaten gebruiken) zijn er, inmiddels wat gedateerde, schattingen voor de drie grootste steden van Nederland: Amsterdam, Rotterdam en Den Haag (Oteo Pérez, Cruyff, Benschop, & Korf, 2013).

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

- Voor de drie grootste steden wordt het aantal crackverslaafden geschat op 6.659, waarvan 2.524 in Amsterdam (in 2009), 2.362 in Rotterdam (in 2010), en 1.773 crackverslaafden in Den Haag (in 2010).
- Dit komt neer op 0,5% crackverslaafden in de drie grootste steden onder de bevolking van 15-64 jaar (1 op de 200 inwoners). Per stad komt dit neer op 0,5% in Amsterdam (in 2009), 0,6% in Rotterdam (in 2010) en 0,5% crackverslaafden in de bevolking van Den Haag (in 2010).
- Van de crackverslaafden is 77% man, 13% is jonger dan 35 jaar.

- Er is geen schatting van het aantal problematische gebruikers van snuifcocaïne. De Amsterdamse Antenne-monitor signaleert in 2017 wel dat in een aantal netwerken van uitgaanders het (bijna) wekelijks gebruik van cocaïne toeneemt, soms als gevolg van stress, hoge werkdruk en fors alcoholgebruik (Nabben et al., 2018). Ruim een kwart (28%) van de laatste-jaar-gebruikers vindt dat zij te veel of vaak cocaïne gebruiken, clubgangers meer dan festivalgangers (37% versus 17%).

Problematisch gebruik kan ook ontstaan doordat zware cokegebruikers meer moeite hebben hun agressie onder controle te houden (Ferwerda, Van Hasselt, Van Ham, & Voorham, 2012; Fonseca Pego et al., 2018). Er is overigens "geen consistent bewijs voor een oorzakelijk verband tussen recreatief (snuif) cocaïnegebruik en agressiviteit", zoals dat causale verband met agressie wel is gevonden voor alcohol (Kuypers, Verkes, Van den Brink, Van Amsterdam, & Ramaekers, 2018; Van Amsterdam & Niesink, 2017). Agressie wordt namelijk meer bepaald door de karaktereigenschappen van de gebruikers dan door het middel. Voor Nederlandse crackgebruikers werd gevonden dat ze eerder crimineel gedrag zullen vertonen als ze jonger zijn, dakloos zijn, zwaarder gebruiken en al een criminele voorgeschiedenis hebben (Oteo Pérez, Benschop, Blanken, & Korf, 2015).

4.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije worden verzameld door het EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018b). In de Verenigde Staten, Canada en Australië worden de gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking verzameld door achtereenvolgens de SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018), de CTADS (Canadian Tobacco Alcohol and Drugs Survey, 2015) en het AIHW (Australian Institute of Health and Welfare, 2017).

In de algemene bevolking van westerse landen is het aantal mensen dat harddrugs zoals cocaïne gebruikt, aanzienlijk lager dan het aantal mensen dat cannabis gebruikt. Wel is cocaïne in Europa de meest gebruikte stimulerende drug (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018). Het gebruik van cocaïne ligt hoger in het Westen en het Zuiden van Europa. Voor het vergelijken van verschillende landen en regio's beperkt dit Jaarbericht zich tot de resultaten van bevolkingsonderzoeken en wordt nog geen gebruik gemaakt van analyses van het rioolwater. Voor de analyses van rioolwater is nog onduidelijk in hoeverre deze een goede vergelijking mogelijk maken tussen verschillende landen en regio's in de mate van het drugsgebruik (zie § 1.3).

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is onder andere de leeftijdsgroep. Het gebruik van cocaïne komt doorgaans vaker voor onder jongeren en jongvolwassenen en daardoor worden in de leeftijdsgroep van 15-34 jaar hogere prevalenties gevonden dan in de leeftijdsgroep van 15-64 jaar. Tabel 4.5.1a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar). Gegevens voor de overige landen

staan in tabel 4.5.1b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen waarvoor recente gegevens beschikbaar zijn. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in bijlage C vermeld.

- Het percentage mensen in de algemene bevolking dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten, alhoewel de Verenigde Staten net niet aan kop gaan in het percentage laatste-jaar-gebruik. Het hoogste percentage laatste-jaar-gebruik in de algemene bevolking werd in 2016 gevonden in Australië, namelijk 2,5% onder de algemene bevolking vanaf 14 jaar (Australian Institute of Health and Welfare, 2017).
- In de EU-15 en Noorwegen varieert het percentage ooitgebruikers in de leeftijdsgroep van 15-64 jaar van 1,2% in Portugal tot 9,1% in Spanje. Van alle EU-lidstaten ligt het percentage ooitgebruikers het laagst in Malta (0,5% in 2013). In 2017 had in Nederland 6,2% van de bevolking van 15-64 jaar ervaring met cocaïne. Dat ligt iets boven het Europese gemiddelde van 5,1% volgens de meest recente surveys (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018). Het Europese gemiddelde zoals berekend door het EMCDDA is daarbij een schatting die is gewogen op basis van de bevolkingsomvang. Landen met veel inwoners tellen daardoor zwaarder mee. Voor Nederland is het Europese gemiddelde berekend op de gegevens van 2016 en nog niet op de gegevens van 2017.
- Het Europese gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik onder 15-34-jarigen lag op 1,9% (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018). In Nederland was dit percentage in 2017 in deze leeftijdsgroep ongeveer twee keer zo hoog, namelijk 4,5%.

Tabel 4.5.1a Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar

Land	Jaar	15-64 jaar		15-34 jaar	
		Ooitgebruik (%)	Laatste -jaar-gebruik (%)	Ooitgebruik (%)	Laatste -jaar-gebruik (%)
Spanje	2015	9,1	2,0	9,4	3,0
Ierland	2015	7,8	1,5	10,7	2,9
Nederland	2017	6,2	2,2	8,7	4,5
Frankrijk	2014	5,4	1,1	7,7	2,4
Noorwegen	2016	3,8	0,6	6,0	1,3
Zweden	2008	3,3	0,5	-	-
Oostenrijk	2015	3,0	0,4	3,1	0,4
Finland	2014	1,9	0,5	2,9	1,0
Portugal	2016	1,2	0,2	1,1	0,3

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen de landen. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers (15-64 jaar). Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. - = Geen cijfers voor deze leeftijdsgroepen beschikbaar. Bronnen: EMCDDA; Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Tabel 4.5.1b Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen[I]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar- gebruik (%)
Verenigde Staten	2017	18 en ouder	16,3	3,0
		12 en ouder	14,9	2,9
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2016	6,2	2,2	4,5
Australië	2016	14 en ouder	9,0	2,5
Canada	2012	15 en ouder	7,3	1,1
Italië	2017	15 - 74	6,8	1,3
Denemarken	2017	16 en ouder	6,4	1,6
Duitsland	2015	18 - 64	3,8	0,6

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

Jongeren

In de ESPAD-peilingen onder 15- en 16-jarige scholieren in Europa werd in 2003, 2007, 2011 en 2015 gevraagd naar het ooitgebruik van cocaïne (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus, Leifman, & Vicente, 2016). In 2003 is ook gevraagd naar het laatste-jaar-gebruik en in 2015 is apart gevraagd naar (snuif) cocaïne en crack. De cijfers uit de ESPAD zijn beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking.

- Tabel 4.5.2 toont het gebruik van cocaïne onder scholieren in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde wel vergelijkbaar onderzoek uit.
- Het hoogste percentage ooitgebruik van (snuif)cocaïne werd in 2015 gevonden in Frankrijk (4%), gevolgd door Italië (3%), Ierland (3%) en België. Het ooitgebruik van crack lag eveneens het hoogst in Frankrijk (3%) en Italië (3%) (tabel 4.5.2).
- Nederland neemt met 2% voor (snuif)cocaïne een middenpositie in en scoort met 1% voor crack relatief laag, maar de verschillen met de andere landen zijn klein (tabel 4.5.2).
- Het gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare Europese landen lag eveneens op 2% voor (snuif) cocaïne en op 1% voor crack.

Tabel 4.5.2 Consumptie van cocaïne onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten.[I] Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015

Land	2003	2007		2011	2015	
	Ooit-gebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Ooit-gebruik (%)	Ooit-gebruik (%)	Ooit-gebruik cocaïne (%)	Ooit-gebruik crack (%)
Frankrijk	3	-	5	4	4	3
Italië	4	3	5	3	3	3
Ierland	3	1	4	3	3	2
België[II]	3	1	4	4	3	1
Spanje[IV]	6	5	4	2	2	3
Portugal	3	2	2	3	2	1
Nederland	3	1	3	2	2	1
Denemarken[IV]	2	2	3	2	2	-
Zweden	1	0	2	1	2	-
Griekenland	1	1	1	1	1	1
Noorwegen	1	1	1	1	1	1
Finland	0	0	1	1	1	-
Verenigde Staten[I]	5	3	5	3	-	-
Duitsland[III]	2	2	3	3	-	-
Verenigd Koninkrijk[V]	4	3	5	-	-	-
Zwitserland	1	0	3	-	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en, voor 2003, in het laatste jaar. - = 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. 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). Bron: ESPAD.

4.6 Hulpvraag en incidenten

Chronische cocaïneproblematiek wordt onder andere gezien en behandeld in de verslavingszorg. Acute hulpvraag wordt geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten. Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen of op de EHBO van een grootschalig evenement. Ook de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat een schatting van het aantal patiënten met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose. Zie bijlage D.4 voor de meest recente gegevens (2014).

Verslavingszorg

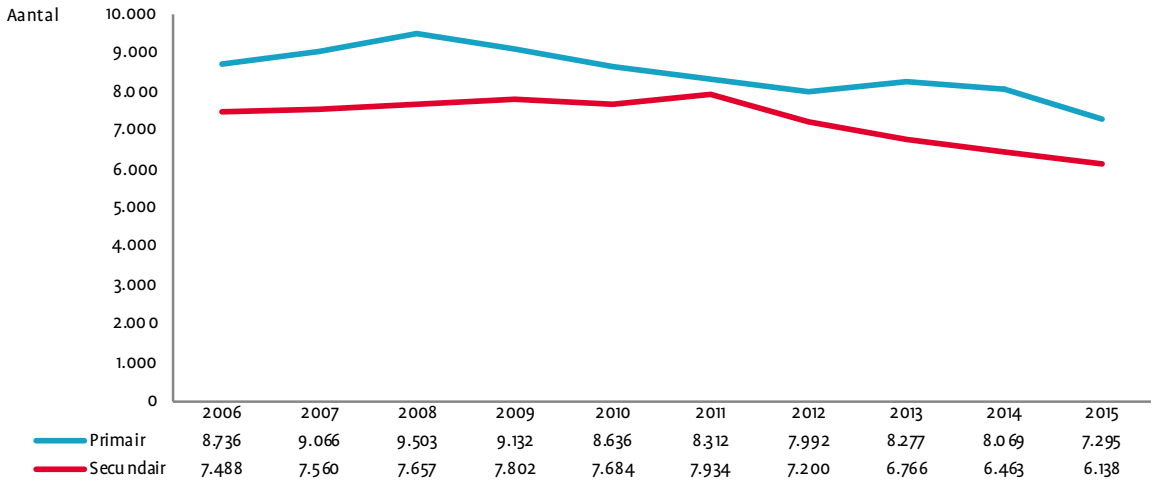
De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. De pas verschenen Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van niet-opioïde drugs adviseert om bij een stoornis in het gebruik van cocaïne als eerste keus contingentie management aan te bieden. Mocht

deze behandelingsvorm niet beschikbaar zijn, dan wordt aanbevolen om in plaats daarvan cognitieve gedragstherapie aan te bieden (Hendriks et al., 2018). Bij cocaïneverslaving is 'contingency management', waarbij beloningen worden gegeven (zoals tegoedbonnen) voor het niet meer gebruiken van cocaïne, tot nu toe het meest effectief gebleken (Schierenberg, Van Amsterdam, Van Den Brink, & Goudriaan, 2012). Bovendien is er voldoende bewijs voor de effectiviteit van een breed opgezet interventiepakket volgens de principes van de Community Reinforcement Approach (CRA), waarvan 'contingency management' vaak onderdeel is (Roozen, De Waart, & Van Der Kroft, 2010). Het is nog niet bekend in hoeverre deze interventies in Nederland structureel worden toegepast voor de behandeling van cocaïneverslaving.

Verslavingszorginstellingen leveren geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2016). De meest recente gegevens gaan over 2015 (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS).

- Het aantal cliënten met cocaïne als primair probleem is sinds 2008, met wat schommelingen, gedaald (figuur 4.6.1). Tussen 2014 en 2015 vond er nog een daling plaats met 10%.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder daalde het aantal primaire cocaïnecliënten van 65 in 2006 naar 52 in 2015.
- Het aandeel van de primaire cocaïnecliënten in alle cliënten met een drugsprobleem lag in 2006 op 28% en lag in 2015 op 23%.
- Voor bijna de helft van de primaire cocaïnecliënten (45%) was in 2015 roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor iets meer dan de helft (54%) snuiven. Slechts 1% injecteerde de cocaïne. Ook in 2006 lag het percentage injecteerders op 1%, maar in dat jaar lag het percentage rokers hoger (52%) en lag het percentage snuivers lager (47%). Op lokaal niveau is ook in Den Haag, onder de cocaïnecliënten van Brijder Verslavingszorg, een daling geconstateerd in het percentage rokers. In de afgelopen vijf jaar daalde onder de cocaïnecliënten in Den Haag het percentage rokers van 68% naar 53% in 2017 (Rigter & Blanken, 2018).
- In 2015 was 16% van de primaire cocaïnecliënten een nieuwkomer. Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg voor een drugsverslaving, een alcoholverslaving of een andere verslaving. In 2006 lag het percentage nieuwkomers op 21%.
- Van de 7.295 primaire cocaïnecliënten in 2015 stond bij 4.557 cliënten (62%) zowel een primaire als een secundaire problematiek geregistreerd. Bij deze cliënten ging het vooral om alcohol (33%), opiaten (28%) en cannabis (19%). In 4% van de gevallen ging het om een primaire verslaving aan crack en een secundaire verslaving aan snuifcocaïne en ging het omgekeerd in 1% van de gevallen om een primaire verslaving aan snuifcocaïne en een secundaire verslaving aan crack.
- Cocaïne werd ook vaak als secundair probleem genoemd (figuur 4.6.1). Ook het aantal cliënten met cocaïne als secundair probleem is de afgelopen jaren gedaald. Voor deze groep was in 2015 het primaire probleem vooral opiaten (46%), gevolgd door alcohol (36%) en cannabis (11%).

Figuur 4.6.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire cocaïneproblematiek, vanaf 2006



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	8.736	9.066	9.503	9.132	8.636	8.312	7.992	8.277	8.069	7.295
Secundair	7.488	7.560	7.657	7.802	7.684	7.934	7.200	6.766	6.463	6.138

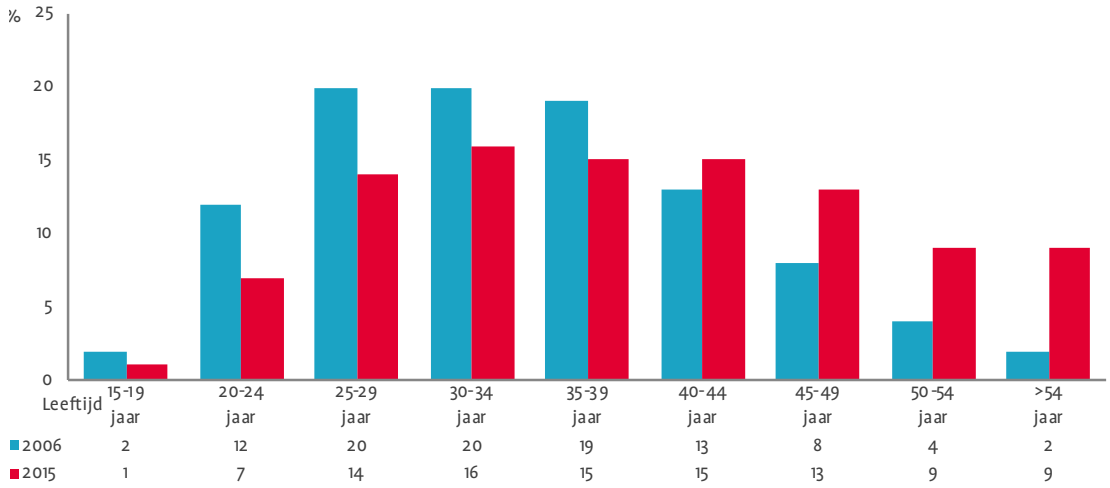
Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

In 2015 waren 8 van de 10 primaire cocaïnecliënten man (82%).

- De gemiddelde leeftijd in 2015 was 39 jaar, vergeleken met 34 jaar in 2006. Daarmee zijn de primaire cocaïnecliënten jonger dan de opiaat-, en alcoholcliënten maar ouder dan de cannabis-, ecstasy-, amfetamine- en GHB-cliënten.
- Figuur 4.6.2 laat zien dat 60% van de primaire cocaïnecliënten in 2015 tussen de 25 en 44 jaar was. Het aandeel jonge cocaïnecliënten van 15-34 jaar is in de afgelopen tien jaren gedaald van 54% in 2006 naar 38% in 2015. Het aandeel van de cocaïnecliënten van 40 jaar en ouder is in deze periode gestegen van 27% in 2006 naar 46% in 2015.
- Deze veroudering komt grotendeels op conto van de crackverslaafden, van wie een deel ook problemen met opiaten heeft (zie § 5.6).
- In 2015 had van de primaire cocaïnecliënten 48% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 39% een middelbare opleiding afgerond en had 13% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)
- Hierboven (§ 4.2) werd er op gewezen dat in de algemene bevolking hoger opgeleiden meer ervaring hebben met cocaïne dan lager opgeleiden. Dit in tegenstelling tot het gegeven dat onder de cocaïnecliënten in de verslavingszorg slechts 13% hoger is opgeleid en 48% lager is opgeleid.

Figuur 4.6.2 Leeftijdsverdeling van de primaire cocaïnecliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Incidenten

De Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS) (zie bijlage D.6) houden gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten (Lameijer, Wijers, Croes, De Ruiter, & Valkenberg, 2018). De informatie wordt verzameld in een aantal regio's en geeft geen totaaloverzicht van het absolute aantal drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in heel Nederland.
De gegevens hieronder hebben uitsluitend betrekking op incidenten waarbij cocaïne-HCl (cocaïnepoeder of snuifcoke) was gebruikt (tenzij anders aangegeven). Het aantal incidenten met cocaïnebase (basecoke, crack) was te klein om als aparte groep te bespreken. Tussen 2009 en 2017 werden 175 incidenten gemeld waarin cocaïnebase als enige drug was gebruikt.

In 2017 werden in totaal 5.905 drugsincidenten gemeld. Bij 387 gevallen (7%) werd cocaïne-HCl als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage. Tabel 4.6.1 vat alle incidenten met cocaïne-HCl als enige drug samen over de periode 2009- 2017. In die periode werden 38.975 incidenten geregistreerd in de MDI-peilstations en LIS-ziekenhuizen, waarvan 2.608 met alleen cocaïne-HCl. Bij de 7.178 incidenten in deze periode waarin meerdere drugs werden gecombineerd, maakte cocaïne in 2.328 gevallen (32%) deel uit van de combinatie. Van de gemonitorde drugs wordt cocaïne relatief vaak in combinatie met andere drugs gebruikt, 49% van de cocaïnegebruikers met een gezondheidsincident heeft nog een andere drug gebruikt. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden hieronder de gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- Politieartsen zien relatief vaak acute gezondheidsincidenten met snuifcoke: in de periode 2009-2017 was één op de vijf drugsincidenten bij hen gerelateerd aan het gebruik van cocaïne als enige drug, terwijl de andere medische diensten hier in mindere mate mee te maken kregen (2%-11%) (tabel 4.6.1).
- Patiënten behandeld op EHBO-posten combineren twee keer zo vaak cocaïne met andere drugs, dan patiënten geregistreerd bij de andere diensten.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van cocaïne

- In vergelijking met de andere drugs zijn patiënten met een gezondheidsincident na cocaïnegebruik vaker man: 80% van de patiënten met een gezondheidsincident na het gebruik van alleen cocaïne is man. Bij intoxicaties met andere drugs is gemiddeld 68% van de patiënten een man.
- Vergeleken met andere drugs zijn patiënten met een cocaïne-intoxicatie ook vaker ouder; 75% van de patiënten met een cocaïne-intoxicatie is 25 jaar of ouder, terwijl bij intoxicaties met andere drugs 51% van alle geregistreerde patiënten 25 jaar of ouder is.
- Incidenten die zijn geregistreerd bij de MDI zijn ingedeeld in een lichte, matige, of ernstige mate van intoxicatie. In het LIS wordt de mate van intoxicatie niet gescoord. Behalve bij de EHBO-posten op evenementen, is de mate van de cocaïne-intoxicatie bij meer dan de helft van de gevallen matig of ernstig. Daarin speelt ongetwijfeld een rol dat meer dan de helft van deze patiënten ook alcohol heeft gedronken, en dat is meer dan bij andere drugs. De absolute aantallen behandelde cocaïne-intoxicaties per jaar in elke dienst zijn te klein om duidelijke trends in de mate van intoxicatie over de jaren te signaleren.
- Bij de incidenten met cocaïne zijn vaak ook andere drugs gebruikt (deze combinatiegevallen zijn niet opgenomen in tabel 4.6.1). Een veel gemelde combinatie is die van cocaïne met ecstasy en/of GHB.

Tabel 4.6.1 Incidenten met cocaïne-HCl als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2009-2017

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	804 (9)	434 (7)	516 (11)	455 (19)	330 (2)
Man (%)	79	82	77	90	72
Leeftijd: <25 jaar (%)	20	20	19	20	58
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	35	40	-	43	80
Matig (%)[II]	50	41	-	48	18
Ernstig (%)[III]	15	19	-	9	2

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2017).

Rijden onder invloed

Aan het rijden onder invloed van cocaïne zijn risico's verbonden (Roncero et al., 2016) (zie ook § 14.2). Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die worden verdacht van het gebruik van drugs of medicijnen. Het NFI let daarbij ook op cocaïne.

- In 2013, 2014, 2015, en 2016 werden achtereenvolgens 928, 978, 966, en 1.211 bloedmonsters standaard onderzocht op drugs en medicijnen. Cocaïne werd aangetroffen in respectievelijk 131 bloedmonsters (14%), 156 bloedmonsters (16%), 181 bloedmonsters (19%), en 210 bloedmonsters (17%).

- Wettelijke limieten voor het rijden onder invloed van drugs gelden vanaf 1 juli 2017 (zie § 2.1.6) (Nederlands Forensisch Instituut, 2017). Deze wettelijke limieten gelden voor amfetamineachtige stoffen (amfetamine, methamfetamine, MDEA, MDMA, MDA), cocaïne, morfine, THC, en GHB. Bij het gebruik van één middel geldt er een grenswaarde. Het gecombineerd gebruik van meerdere drugs, of het gecombineerd gebruik van alcohol met een drug is altijd strafbaar. Hiervoor geldt een nullimiet. Het NFI onderzoekt de bloedmonsters van verdachte bestuurders op alcohol en drugs. Sinds 1 juli 2017 kwamen bij het NFI meer bloedmonsters binnen dan aanvankelijk werd verwacht (Van Joolen, 2017).

4.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Gezondheidsproblemen, vooral door het frequent roken van crack, zijn longcomplicaties ('coke longen'), hartaanvallen, hersenbloedingen, nierinfarcten, epileptische aanvallen, uitputting en weerstandsvermindering, rusteloosheid, geïrriteerdheid, neerslachtigheid, depressies, angsten, psychose en paranoia (Van Wilgenburg, 2006). Ook kan met fatale afloop de grote lichaamsslagader (aorta) springen bij zwaar gebruik (D'Errico, Niballi, & Bonuccelli, 2018).

Cocaïne versneden met levamisol (zie ook § 4.8) kan bij zware gebruikers op langere termijn aanleiding geven tot gezondheidsproblemen.

- Frequente gebruikers van cocaïne lopen het risico op cytopenie (vermindering van het aantal bloedcellen) en levamisolgeïnduceerde vasculopathie (LIV) (Brunt, Van den Berg, Pennings, & Venhuis, 2017). LIV leidt tot het afsterven van bloedvaten in de huid, in week weefsel (neus, wangen, oorschelp) en in boteinden. Ook kan levamisol hersenbeschadigingen veroorzaken.

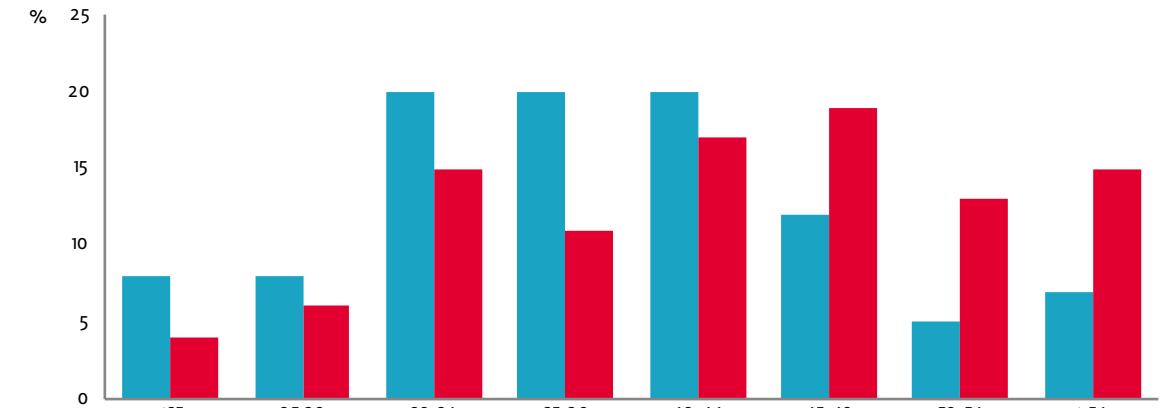
Sterfte

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland naar verhouding maar weinig mensen aan de directe acute gevolgen van cocaïnegebruik. Hierbij dient wel te worden aangetekend dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS niet specifiek is toegerust op het registreren van drugsgerelateerde sterfte (zie bijlage D.1). 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 D.1). De cijfers moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- Tussen 2008 en 2017 lag het aantal gevallen waarbij een cocaïnestoornis of -vergiftiging expliciet als onderliggende doodsoorzaak was geregistreerd (voor zover herkend) op gemiddeld 29 per jaar. Het aantal verdubbelde de afgelopen jaren van 24 gevallen in 2013 en 2014 naar 55 gevallen in 2017 (zie figuur 5.7.2 in hoofdstuk 5).
- In hoeverre het hier een daadwerkelijke stijging betreft, is zoals hiervoor genoemd niet bekend. Mogelijk zijn cocaïnegerelateerde sterftegevallen die voorheen in de bredere niet gespecificeerde categorie 'overigen' vielen nu als cocaïne gerelateerde sterftegevallen herkend.
- Figuur 4.7.1 geeft de verdeling naar leeftijdsgroep van de sterftegevallen vanwege cocaïne in de periodes van 2007 tot en met 2011 en van 2012 tot en met 2017. Het aandeel van de leeftijdsgroep van 45 jaar en ouder is gestegen van 24% in de periode van 2007-2011 naar 47% in de periode van 2012-2017. Tussen 2008 en 2017 schommelde het percentage mannen onder de cocaïneslachtoffers rond de 83%.

- Het totale aantal in Nederland overleden 'cocaïnebolletjesslikkers' is niet bekend. Dit komt onder meer doordat de Doodsoorzakenstatistiek personen uitsluit die niet in het Nederlandse bevolkingsregister staan ingeschreven.
- Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterfgevallen in de verschillende hoofdstukken van dit Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.

Figuur 4.7.1 Leeftijdsverdeling van de geregistreerde sterftegevallen gerelateerd aan cocaïne van 2007-2011 en van 2012-2017



Leeftijd	<25 jaar	25-29 jaar	30-34 jaar	35-39 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	>54 jaar
2007-2011	8	8	20	20	20	12	5	7
2012-2017	4	6	15	11	17	19	13	15

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.

Internationale vergelijking

Volgens het EMCDDA (EMCDDA, 2018b) lijkt directe acute sterfte door cocaïnegebruik maar weinig voor te komen. Sterfte door cocaïne is echter moeilijker te herkennen dan sterfte door opiaten (Corkery, Claridge, Goodair, & Schifano, 2017). Daardoor zal er sprake zijn van onderregistratie van de sterfte door cocaïne. Bij sterfte door cocaïne spelen meestal ook andere drugs of alcohol een rol.

- In het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) steeg tussen 2013 en 2015 het aantal aan cocaïne gerelateerde sterftegevallen van 169 naar 340 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018). Turkije registreerde 100 gevallen in 2016. In Spanje bleef cocaïne de drug die op één na het vaakst werd genoemd in gevallen van een dodelijke overdosis, 269 gevallen gerelateerd aan cocaïne in 2014 (EMCDDA, 2017). Ook in Nederland bleef cocaïne de drug die op één na het vaakst werd geregistreerd (zie figuur 5.7.2 in hoofdstuk 5).
-

4.8 Aanbod en markt

Samenstelling van cocaïnemonsters

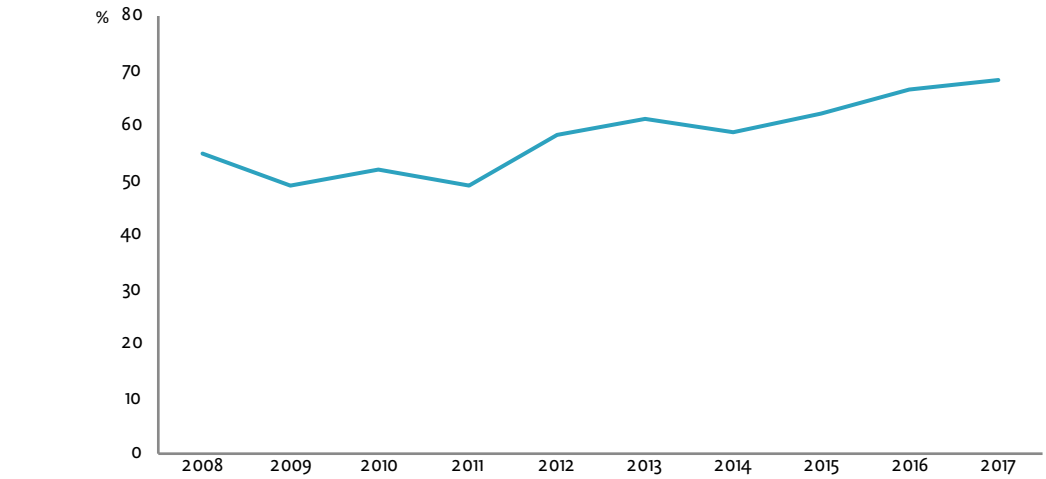
Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs (Van der Gouwe & Rigter, 2018). Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze

monsters wordt herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm, zoals cocaïne, worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

De zuiverheid van cocaïnepoeders blijft stijgen.

- In 2017 werden 1.348 poeders doorgestuurd naar het laboratorium die door de consument als cocaïne waren aangekocht. Het merendeel van deze poeders (97,3%) bevatte daadwerkelijk cocaïne. Van deze poeders die werden verkocht als cocaïne, bevatte 2,0% géén cocaïne maar wel één of meerdere andere psychoactieve stoffen, terwijl de resterende 0,7% geen enkel psychoactief bestanddeel bevatte.
- Het gemiddelde gehalte cocaïne vertoont de laatste jaren een opvallende stijging van 49,2% in 2011 naar 68,3% cocaïne base in 2017 (figuur 4.8.1). De cocaïne is daarmee zeer zuiver, ook vergeleken met andere Europese landen (EMCDDA, 2018b). Daarbij is 89% het maximaal haalbare volumepercentage van cocaïne base in snuifcocaïne (cocaïne-HCL).

Figuur 4.8.1 Percentage cocaïne[1] in poeders gekocht als cocaïne, vanaf 2008



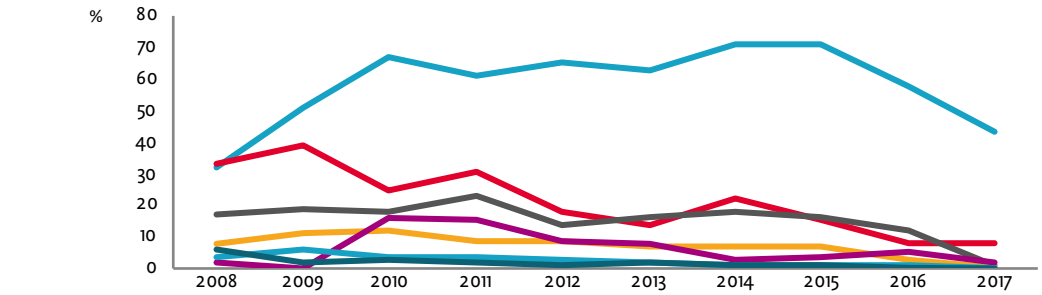
I. Percentage cocaïne base in gewichtsprocenten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

De afgelopen jaren bevatten poeders die als cocaïne zijn verkocht relatief vaak (ook) geneesmiddelen als versnijdingsmiddel (figuur 4.8.2).

- Vooral het versnijdingsmiddel levamisol laat tussen 2007 en 2010 een sterk stijgende trend zien en het aandeel cocaïnemonsters waarin dit middel zat bleef tot en met 2015 stabiel hoog. Opvallend is dat vanaf 2016 een daling te zien was in het aantal cocaïnemonsters dat dit versnijdingsmiddel bevatte.
- In 2017 bevatte 42,5% van de als cocaïne gekochte poeders levamisol, tegenover 71% in 2015. Het gemiddelde percentage levamisol in deze cocaïnepoeders nam toe van 7% in 2012 naar 11% in 2014. De afgelopen 3 jaar bleef het gemiddelde gehalte van de levamisol rond 10%. Frequente gebruikers van cocaïne lopen door het gebruik van levamisol een risico op ernstige bloed- en huidziekten (zie § 4.7). Levamisol werd gebruikt bij de behandeling van kanker, maar is in 2004 in Nederland voor humaan gebruik uit de handel gehaald. Levamisol wordt nog wel voor veterinaire doeleinden toegepast als antiwormenmiddel. Er zijn verschillende mogelijke redenen waarom levamisol als versnijdingsmiddel wordt gebruikt. Het is namelijk ruim beschikbaar, het lijkt veel op cocaïne, het valt niet op bij het maken van crack, het is goedkoop, en mogelijk versterkt levamisol ook nog eens het stimulerende effect van cocaïne (Brunt et al., 2017; Kudlacek et al., 2017).

- In 2017 bevatte 2% van de cocaïnemonsters hydroxyzine, een halvering van het percentage vergeleken met 2016. Hydroxyzine wordt onder andere toegepast bij spanningen en (jeukende) huidaandoeningen.
- In 2007 bevatte nog 39% van de als cocaïne gekochte poeders fenacetine. In 2017 was dit aandeel gedaald tot 8%. Fenacetine was tot 1984 als pijnstiller geregistreerd, maar het middel is vanwege mogelijk kankerverwekkende eigenschappen uit de handel genomen. De doseringen fenacetine die worden gebruikt als versnijdingsmiddel zijn echter vele malen geringer dan de therapeutische doseringen waarbij schadelijke effecten optreden.

Figuur 4.8.2 Percentage als cocaïne gekochte poeders met versnijdingsmiddelen[1], vanaf 2007



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Levamisol	32	51	67	61	65	63	71	71	58	43
Fenacetine	33	39	25	31	18	14	22	15	8	8
Cafeïne	17	19	18	23	14	16	18	16	12	0,9
Lidocaïne	8	11	12	9	9	7	7	7	3	0,3
Hydroxyzine	2	0	16	15	9	8	3	4	5	2
Procaïne	4	6	4	4	3	2	1	1	1	0,1
Diltiazem	6	2	3	2	1	2	1	1	0,2	0

1. In een poeder komen soms meerdere versnijdingsmiddelen voor, waardoor de percentages in de meeste jaren optellen tot meer dan 100%. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Prijzen

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

- De prijs voor een gram cocaïne kent een brede range. Consumenten die in 2017 hun cocaïnemonster hebben aangeleverd bij het DIMS-project, betaalden voor een gram cocaïnepoeder tussen 18 en 100 euro (gemiddeld 49 euro) (tabel 4.8.1).
- De interkwartiel afstand (Engels: interquartile range, IQR) is een maat die weergeeft binnen welke range 50% van de samples valt. Wanneer de interkwartiel afstand wordt bepaald voor de prijs van cocaïne, is die erg klein: voor 50% van de cocaïnepoeders werd in 2017 tussen de 45 en 50 euro betaald.
- Ondanks de toegenomen zuiverheid is de prijs van cocaïne niet gestegen, maar schommelt de gemiddelde prijs van cocaïnepoeders al sinds 2008 rond 51 euro per gram; deze gemiddelde prijs lijkt tussen 2014 en 2017 licht te zijn gedaald. Echter, de mediaan lag elk jaar op 50 euro (tabel 4.8.1). Vanaf 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij non-respons werd gereduceerd. Door de nieuwe rapportagemethode ontstond een bredere range in de minimum- en maximumprijs van een gram cocaïne, maar dit heeft geen invloed gehad op de mediaan.
- Mogelijk duiden de (geringe) daling van de prijs en de toename van de zuiverheid op een toegenomen beschikbaarheid van cocaïne. Dit is in lijn met waarnemingen van het EMCDDA (EMCDDA, 2018b).

- In Amsterdam wordt wel een daling gesignaleerd in de 'groothandelsprijzen' op kilo niveau, van 35.000 euro in 2014 naar 25.000 euro in 2017, maar deze daling wordt niet doorgerekend aan de consument (Nabben et al., 2018). In 2017 kostte in Amsterdam volgens de Antenne-monitor een gram cocaïne tussen de 40 en 70 euro als uiterste waarden, maar lag de prijs meestal tussen de 50 en 60 euro, dezelfde cijfers als in 2016 (Nabben et al., 2017).
- De Global Drug Survey 2018 (GDS2018) werd afgenomen tussen 10 november 2017 en 30 december 2017 onder honderddertigduizend deelnemers uit meer dan 40 landen, waarvan 3.423 Nederlanders (Global Drug Survey [GDS], 2018). Volgens de GDS2018 lag in Nederland de prijs voor een gram cocaïne op gemiddeld 48,4 euro. In België lag dit bedrag op 50,5 euro. Van de 25 landen waarvoor deze gegevens bechikbaar waren, lag de gemiddelde prijs voor een gram cocaïne alleen lager in Brazilië (13,4 euro) en Colombia (5,4 euro). Van de Nederlandse respondenten kon 39,6% binnen 30 minuten de cocaïne geleverd krijgen. Van de 19 landen waarvoor gegevens over levering binnen 30 minuten beschikbaar waren, werd dit percentage alleen overtroffen door Brazilië met 44,9%.

Tabel 4.8.1 Prijs (euro) per gram cocaïne op consumentenniveau, vanaf 2008[1]

	2008	2009	2010	2011	2012	Wijziging methode[1]	2013[1]	2014	2015	2016	2017
Aantal monsters (n)	637	780	979	679	401	…	1.178	1.204	1.300	1.329	1.351
Gemiddelde (€)	50	50	45	52	53	…	52	53	51	49	49
Mediaan (€)	50	50	50	50	50	…	50	50	50	50	50
Minimum – maximum (€)	25-70	20-80	30-75	25-80	18-80	…	10-120	20-100	10-130	12,50-100	18-100

1. Vanaf 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij non-respons werd gereduceerd. Door de nieuwe rapportagemethode ontstond bovendien een bredere range in de minimum- en maximumprijs van een gram cocaïne. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

5. Opiaten

5.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 162
5.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 163
5.3	Gebruik: jongeren en jongvolwassenen	▶ pagina 164
5.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 167
5.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 168
5.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 169
5.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 172
5.8	Aanbod en markt	▶ pagina 181

5. Opiaten

Inleiding

De klasse van de opiaten telt vele middelen. Sommige opiaten staan bekend om het illegale gebruik ervan, zoals heroïne. Andere opiaten zijn vervangers van heroïne, zoals methadon en buprenorfine, of worden (ook) anderszins toegepast in de geneeskunde: morfine, codeïne en dergelijke. Verschillende opiaten zijn in eenzelfde mate verslavend (Monwell, Bülow, & Gerdner, 2016) . Het gaat in dit hoofdstuk vooral om heroïne en methadon.

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. Gebruik van (illegale) opiaten vindt overwegend plaats door meer of minder problematische drugsgebruikers. Incidenteel en 'recreatief' gebruik van heroïne is gerapporteerd (Caiata-Zufferey, 2012; Korf, Van Ginkel, & Benschop, 2010), maar komt vermoedelijk sporadisch voor. Mensen bij wie het gebruik van opiaten uit de hand is gelopen nemen vaak ook andere middelen (polydruggebruik) op een manier die niet goed valt in te passen in een 'regulier' bestaan. Waar in dit hoofdstuk gesproken wordt over de verzamelterm 'harddrugs' is meestal minstens één opiaat in het geding en verder vooral (crack)cocaïne.

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 (Bransen, Collard, Van der Poel, & Boon, 2016). Door behandeling met methadon of medische heroïne daalt het gebruik van illegale heroïne, daalt de criminaliteit en is er minder sterfte (Nordt et al., 2018). Speciaal voor justitiabele opiaatgebruikers is de forensische zorg uitgebreid (zie hoofdstuk 2). Meer in het algemeen valt in Nederland de behandeling van een stoornis in het gebruik van opiaten onder de Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving (Van den Brink, Van de Glind, & Schippers, 2013).

Synthetische opiaten worden ook wel 'opioïden' genoemd[1]. 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 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018b; Mounteney, Giraudon, Denissov, & Griffiths, 2015). 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 kunnen komen (zoals gezondheidsprofessionals, politie, douane) een gevaar vormen. Vergeleken met heroïne is fentanyl 30 tot 50 maal zo sterk (Niesink, 2018). Het kan gaan om (illegaal gebruik van) geregistreerde geneesmiddelen maar ook om NPS (zoals carfentanil) (zie ook § 8.8). Vooralsnog worden deze stoffen in Nederland slechts sporadisch aangetroffen door het DIMS, maar een goed beeld ontbreekt (Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs, 2018). Fentanyl werkt minder eufoor dan andere opioïden, maar desondanks wordt ook fentanyl als illegale drug gebruikt (Niesink, 2018).

1 In dit hoofdstuk zal overwegend de meest gangbare term 'opiaten' worden gebruikt, zonder strikt onderscheid te maken tussen 'natuurlijke' en synthetische varianten.

Nadat eerst het gebruik van heroïne was toegenomen, is in de Verenigde Staten de afgelopen jaren ook de sterfte gerelateerd aan heroïne gestegen.[2] Daarbij speelt ook een rol dat in de Verenigde Staten de heroïne nogal eens vervuild is met fentanyl-achtigen (D'Errico, 2018; McGowan, Harris, Platt, Hope, & Rhodes, 2018; McKnight & Des Jarlais, 2018; Park, Weir, Allen, Chaulk, & Sherman, 2018; Stone, Carroll, Rich, & Green, 2018). In Canada is men inmiddels gestart met een experiment waarbij drugsgebruikers in een gebruikersruimte hun drugs kunnen laten testen op vervuilingen met fentanyl (Karamouzian et al., 2018). Van de nieuwe heroïnegebruikers in de Verenigde Staten waren ongeveer drie van de vier nieuwe gebruikers eerst begonnen met het gebruik van medicinale opioïden (Hendy, Black, Can, Fleischut, & Aksen, 2018). Daarbij is ook onderzocht welke mensen een verhoogd risico lopen om opioïden te gaan gebruiken. Het blijkt dat mensen die stressvolle levensomstandigheden meemaken en lijden aan een lage zelfwaardering een verhoogd risico lopen.

In Nederland steeg tussen 2012 en 2015 het aantal gebruikers van een sterk werkende medische opioïde met 67% naar ongeveer een half miljoen gebruikers.[3] Bijna vier vijfde van deze toename kwam op het conto van het middel oxycodon. Volgens het NIVEL steeg op de huisartsenposten tussen 2013 en 2017 het aandeel van de recepten voor opioïden van 5,6% naar 7,7% (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 2018). Het gaat hier om het aandeel van de recepten voor opioïden op het totaal van alle recepten die werden uitgeschreven op een huisartsenpost. Zie verder § 5.7 voor een nadere vergelijking tussen de Verenigde Staten en Nederland.

5.1 Laatste feiten en trends

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

- Heroïnegebruik komt ook in 2017 weinig voor in de algemene bevolking (§ 5.2). Dat geldt volgens de laatste cijfers in 2015 ook voor scholieren (§ 5.3).
- Cijfers van verstrekkingen in openbare apotheken wijzen op een (bijna) verdubbeling in het aantal gebruikers van medische opioïden (met name oxycodon) tussen 2014 en 2017. Onbekend is in hoeverre deze middelen -en andere (nieuwe) synthetische opiaten (zoals fentanylen) niet-medisch worden gebruikt.
- Vergeleken met andere landen in de Europese Unie heeft Nederland een laag aantal probleemgebruikers van opiaten, althans volgens cijfers voor Nederland uit 2012 (§ 5.5).
- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een primaire opiaatproblematiek daalde gestaag tussen 2006 en 2015. Nog maar weinig opiaatcliënten zijn jonger dan 30 jaar (§ 5.6).
- Het aandeel geregistreerde acute gezondheidsincidenten door heroïne of methadon blijft ook in 2017 laag; meldingen komen vooral van ambulances, ziekenhuizen en politieartsen, maar niet van diensten op grootschalige evenementen (§ 5.6).
- Het NVIC registreerde een forse toename in 2017 van het aantal informatieverzoeken over een mogelijke intoxicatie met medische opioIden, met name oxycodon (§ 5.6)
- Het aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers is al jaren laag. Het aantal bestaande besmettingen met hepatitis C is in sommige steden hoog (§ 5.7). Nog lang niet alle drugsgebruikers met hepatitis C zijn echter opgespoord en/of krijgen de kosteneffectieve behandeling met Direct Acting Antivirals (DAAs).
- De stijging in het aantal geregistreerde sterfgevallen door (synthetische) opiaten in 2015 en 2016 heeft zich in 2017 voortgezet. De gemiddelde leeftijd bij overlijden blijft stijgen (§ 5.7).

2 Zie: https://www.cdc.gov/drugoverdose/data/heroin.html.
3 Zie: https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2016/aantal-oxycodon-gebruikers-in-drie-jaar-tijd-verdubbeld.

5.2 Gebruik: algemene bevolking

Dit hoofdstuk beschrijft gegevens voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, jaarlijks uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut. (Zie bronnentabel en bijlage D.2.)

Kerncijfers 2017

Gebruik van heroïne komt niet veel voor onder de algemene bevolking. In 2017 rapporteerde 0,3% van de volwassen Nederlandse bevolking ooit wel eens heroïne te hebben gebruikt (tabel 5.2.1).

- Dit komt neer op ongeveer 40 duizend ooitgebruikers.
- Er waren vrijwel geen laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers van heroïne.
- Het aantal gebruikers van heroïne in de algemene bevolking is te klein om uitsplitsingen te maken naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid.

Deze cijfers zijn vermoedelijk een onderschatting, omdat (probleem)gebruikers van harddrugs in bevolkingsonderzoek ondervertegenwoordigd zijn. Mensen die illegaal opiaten gebruiken en methadoncliënten komen in mindere mate terecht in steekproeven uit de algemene bevolking, doordat zij rondzwerven, in een (justitiële) instelling verblijven, of anderszins uit beeld zijn. Deze groep kan in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie § 5.3 en § 5.4).

Tabel 5.2.1 Percentage en absolute aantal heroïnegebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2017

Gebruik	(%)	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval
Ooit	0,3	40.000	20.000-60.000
Laatste jaar	0,0	<10.000	<10.000
Laatste maand	0,0	<10.000	<10.000

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat heroïne gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017. (Zie bijlage D.2 voor resultaten van voorgaande bevolkingsstudies onder mensen van 15-64 jaar.)

Trend in heroïnegebruik

Vanaf 2015 zijn vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van heroïne in de algemene bevolking in de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder, de standaard voor kerncijfers over middelengebruik.

- Het ooitgebruik van heroïne verschilde in 2017 (0,3%) niet statistisch significant van 2016 (0,4%) en 2015 (0,5%).
- Het percentage laatste-jaar en laatste-maand-gebruikers was in deze jaren niet hoger dan 0,1%.

Het gebruik van heroïne werd in het afgelopen decennium ook in 2005, 2009 en 2014 gemeten. Vanwege herhaalde wijzigingen in de onderzoeksmethode zijn alleen gegevens vergelijkbaar die zijn verzameld vanaf 2014 (zie bijlage D.2). In 2014 werd heroïnegebruik alleen onder 15-64-jarigen gemeten (de internationale standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA, zie paragraaf 5 van de middelenhoofdstukken). Trendgegevens sinds 2014 voor 15-64-jarigen staan in bijlage D.2 beschreven.

- Het ooitgebruik van heroïne onder 15-64-jarigen ligt sinds 2014 op 0,4%-0,5% en ook in deze leeftijdsgroep was het percentage laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers niet hoger dan 0,1%.

5.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van heroïne op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven van scholieren van het voortgezet onderwijs en van studenten van het HBO en MBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun doorsnee leeftijdgenoten middelen gebruiken.

Scholieren van het regulier onderwijs

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend gemeten in het Peilstationsonderzoek en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie (zie bronnentabel en bijlage D.7). In 2017 is het gebruik van heroïne echter niet gemeten onder de scholieren. Voor heroïne zijn de gegevens beschikbaar tot en met het jaar 2015.

Kerncijfers 2015

Er zijn geen signalen dat heroïnegebruik in Nederland voorkomt in jonge leeftijdsgroepen zoals scholieren in het regulier onderwijs. Hoewel jongeren wel rapporteren ervaring te hebben met heroïne (tabel 5.3.1) is het de vraag hoe betrouwbaar dat is.

- Op landelijk niveau in 2015 rapporteerde 0,4% van de leerlingen van 12-16 jaar ervaring te hebben met heroïne. De afgelopen maand zou 0,3% nog heroïne hebben gebruikt (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Onder scholieren van het voortgezet onderwijs in Amsterdam in 2011 rapporteerde niemand ooit heroïne te hebben gebruikt (0%; Nabben, Benschop, & Korf, 2012).

Tabel 5.3.1 Percentage heroïnegebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2015

Gebruik	(%)
Ooit	0,4
Laatste jaar	-
Laatste maand	0,3

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. - = Niet gemeten. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015 (zie bijlage D.7).

Trends in heroïnegebruik

Sinds het midden van de jaren tachtig wordt middelengebruik onder scholieren gemonitord.

- Het percentage scholieren dat heroïnegebruik rapporteert, is in alle peiljaren gering en vertoont een licht dalende trend sinds 2003 (tabel 5.3.2).

Tabel 5.3.2 Gebruik van heroïne onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003

Gebruik	2003 (%)	2007 (%)	2011 (%)	2015 (%)
Ooit	1,1	0,8	0,6	0,4
Laatste maand	0,5	0,3	0,2	0,3

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand Bron: Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011, 2015) / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM.

Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2015 en 2017 is het gebruik van heroïne gemeten in een landelijk onderzoek onder respectievelijk 3.000 en 4.000 studenten van het MBO en het HBO (tabel 5.3.3) (Tuithof, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2018; Verdurmen, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2016). In beide studies rapporteert minder dan 1% ooit heroïne gebruikt te hebben.

Gebruik in Amsterdam onder studenten van het MBO

In (zeer) stedelijke gebieden is het middelengebruik vaak hoger dan in matig- of niet-stedelijke gebieden. In 2016 is het gebruik van alcohol en drugs onderzocht onder 1.972 MBO-studenten in Amsterdam (Nabben, Luijk, Benschop, & Korf, 2017). Ook in deze studie is het gebruik van heroïne beperkt, maar met 2,2% ooitgebruik, 1,3% in het afgelopen jaar, en 0,9% in de afgelopen maand, lijkt het wel iets hoger te liggen dan in de landelijke studie. Bij de interpretatie hiervan is het belangrijk om rekening te houden met verschillen in meetmethoden, waardoor een directe vergelijking niet mogelijk is.

Tabel 5.3.3 Percentage heroïnegebruikers onder andere groepen scholieren en studenten

	Locatie	Peiljaar	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO (16-18 jaar)	Nederland	2017	0,4	-
		2015	0,8	0,3
Studenten MBO (15-35 jaar)[1]	Amsterdam	2016	2,2	0,9

Percentage gebruikers van heroïne ooit en in de laatste maand. - = Niet gemeten. 1. De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking niet mogelijk. Bronnen: Trimbos-instituut (Tuithof et al., 2018; Verdurmen et al., 2016); Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2016 (Nabben et al., 2017).

Bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen hebben iets vaker ervaring met heroïne dan hun 'doorsnee' leeftijdsgenoten, maar laatste-maand-gebruik is in vrijwel alle groepen beperkt. Tabel 5.3.4 en 5.3.5 vatten de resultaten samen van diverse, vaak lokale, studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 31%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Voor zover het gebruik in kaart is gebracht, wordt heroïne sporadisch gebruikt onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Er zijn geen recente landelijke gegevens beschikbaar over het gebruik van heroïne onder uitgaanders.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in verschillende groepen jongeren in het Amsterdamse uitgaansleven, zoals coffeeshops, cafés, trendy clubs, raves, en festivals. In bepaalde kringen experimenteert een kleine minderheid met heroïne (tabel 5.3.4).

- In 2017 had in Amsterdam 1,1% van de bezoekers van clubs, raves, en festivals ooit heroïne gebruikt (geen statistisch significant verschil met 2008 en 2013) (Nabben, Luijk, & Korf, 2018). In Hilversum werd in 2017 onder bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia een percentage gevonden van 1,9% ooitgebruik van heroïne (Luijk et al., 2018).
- In eerdere jaren en in verschillende groepen uitgaanders (cafébezoekers, coffeeshopbezoekers schollende het ooitgebruik om en nabij de 1% (Benschop, Nabben, & Korf, 2015; Nabben, Benschop, & Korf, 2016).

Tabel 5.3.4 Ooitgebruik en laatste-maand-gebruik van heroïne onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Cafébezoekers[I]	Amsterdam	2010	27	1,2	<0,1
		2014	27	0,8	0,2
Bezoekers van clubs, raves[II] en festivals	Amsterdam	2013	24	0,6	0,0
		2017	26	1,1	0,2
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum	2017	21	1,9	1,3

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. I. Selecte steekproef van jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media" (Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). Bronnen: Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2010 (Benschop, Nabben, & Korf, 2011), Antenne 2013 (Nabben, Benschop, & Korf, 2014), Antenne 2014 (Benschop et al., 2015), Antenne 2017 (Nabben et al., 2018), Antenne Gooi en vechtstreek (Luijk et al., 2018).

Kwetsbare groepen

Recente studies ontbreken over heroïnegebruik onder kwetsbare groepen. Oudere studies laten echter zien dat er onder hangjongeren, jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en in de jeugdzorg, zwerfjongeren en spijbelaars relatief veel laatste-maand-heroïnegebruikers zijn (3 tot 6 op de 100) (zie ook: Kepper, Van Dorsselaer, Monshouwer, & Vollebergh, 2009; Kepper et al., 2009; Van Laar et al., 2016). In 2012 had 1% van de jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam ooit heroïne gebruikt (tabel 5.3.5) (Benschop, Nabben, & Korf, 2013).

Tabel 5.3.5 Ooitgebruik van heroïne in kwetsbare groepen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)
Jongeren in de jeugdzorg[I]	Amsterdam	2012	16	1

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand per groep. I. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Bron: Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2012 (Benschop, Nabben, & Korf, 2013).

5.4 Problematisch gebruik

De beschikbare schattingen maken meestal geen duidelijk onderscheid tussen probleemgebruikers van opiaten en andere harddrugs (zie bijlage A voor een definitie van 'problematisch gebruik'). De schattingen in tabel 5.4.1 betreffen voornamelijk regelmatige gebruikers van illegale opiaten of van methadon, die doorgaans ook andere middelen gebruiken, zoals cocaïne (crack), alcohol en slaap- of kalmeringsmiddelen.

- Volgens de laatste schatting uit 2012 bedraagt het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland ongeveer 14.000 (Cruts, Van Laar, & Buster, 2013).
- Per 10.000 inwoners van 15-64 jaar waren er in 2012 in Nederland 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 na 2012 bleef het aantal heroïnegebruikers in de verslavingszorg dalen, hetgeen als indirecte aanwijzing kan worden beschouwd voor trends in het totale aantal problematische heroïnegebruikers. Er zijn geen signalen van nieuwe groepen gebruikers.

De populatie heroïnegebruikers veroudert, zoals blijkt uit cijfers van de verslavingszorg (zie § 5.6) en cijfers over de sterfte onder opiaatgebruikers (zie § 5.7).

- In Amsterdam werd gesignaleerd dat de 'overblijvende' groep opiaatgebruikers in 2010 maatschappelijk gezien minder problematisch was vergeleken met 2004. Dit bleek uit het dalend percentage methadoncliënten bij de GGD Amsterdam met een politiecontact (30% in 2004 tegenover 14% in 2010), de daling van het percentage spuiters en de toegenomen therapietrouw van methadoncliënten (Buster & Van Brussel, 2011; GGD Amsterdam, 2017; Nabben et al., 2017). Recente schattingen van het aantal heroïnegebruikers in Amsterdam zijn niet beschikbaar, doordat de schattingsmethode die hiervoor werd gebruikt niet meer goed kan worden toegepast.
- De verouderende opiaatgebruikers zijn maatschappelijk gezien minder problematisch, maar daar staat tegenover dat de veroudering gepaard gaat met toenemende lichamelijke en psychische gezondheidsklachten (Carpentier, 2014). Misbruik van heroïne versnelt het verouderingsproces (Cheng et al., 2013).

Tabel 5.4.1 Schattingen van het aantal probleemgebruikers van harddrugs en het aantal per 10.000 inwoners van 15-64 jaar[I]

Bereik	Jaar	Aantal	Aantal per 10.000 inwoners van 15-64 jaar
Landelijk	2012	14.000	13
Amsterdam	2009	3.023	55
Enschede	2013	275	25
Hengelo	2012	59	11
Almelo	2012	98	21
Oost-Veluwe[II]	2012	292	18

I. Vanwege verschillen in definities en methoden dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. In Amsterdam, Enschede, Hengelo, Almelo, Oost-Veluwe en bij de landelijke schatting gaat het om schattingen van probleemgebruikers van (ook) opiaten. II. De regio Oost-Veluwe bestaat uit de gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe, Heerde en Voorst. Bronnen: Trimbos-instituut (Cruts et al., 2013), GGD Amsterdam (Buster & Van Brussel, 2011), Intraval (Boendermaker & Bieleman, 2013; Kruize & Bieleman, 2013, 2014).

5.5 Gebruik: internationale vergelijking

Gebruik scholieren

Volgens de ESPAD-peiling van 2015 lag in Nederland het percentage ooitgebruikers van heroïne onder 15- en 16-jarige scholieren op het Europese gemiddelde van 1% (Kraus, Leifman, & Vicente, 2016). Maar ook bij deze lage prevalentie kan de vraag worden gesteld hoe betrouwbaar het is als jongeren rapporteren ervaring te hebben met heroïne. Er zijn namelijk geen andere signalen dat heroïnegebruik daadwerkelijk voorkomt in deze jonge leeftijdsgroepen.

In 2013 werd de validiteit van de ESPAD-peiling onderzocht op een steekproef van jongeren uit vier landen, namelijk IJsland, Italië, Moldavië en Oekraïne (Hibell, Molinaro, Siciliano, & Kraus, 2015). De vragen over drugs bleken over het algemeen valide te zijn, behalve voor sommige Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS, zie hoofdstuk 8). Er wordt niet specifiek gerapporteerd over de validiteit van de vragen over het gebruik van heroïne.

Probleemgebruik

Het EMCDDA definieert 'probleemgebruik' als injecterend drugsgebruik, of het langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetamine (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018c). De Europese Unie en Noorwegen samengenomen telden in 2016 naar schatting 1,3 miljoen probleemgebruikers van opiaten (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018b). Dat zijn er circa 40 per 10.000 inwoners van 15-64 jaar. Tabel 5.5.1 geeft de laagste en hoogste cijfers voor een aantal lidstaten van de EU-15 en Noorwegen. Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

- In de twaalf landen van de EU-15 en Noorwegen waarvoor nationale schattingen beschikbaar zijn, variëren de aantallen van 13 tot 81 probleemgebruikers van opiaten per 10.000 inwoners van 15-64 jaar. Nederland staat onderaan in deze lijst. Het Verenigd Koninkrijk gaat aan kop.

Tabel 5.5.1 Probleemgebruikers van opiaten in een aantal lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen

Land	Jaar	Aantal per 10.000 inwoners 15-64 jaar	
		Centrale schatting	Ondergrens – bovengrens[I]
Verenigd Koninkrijk	2010/2011	81	79 - 84
Luxemburg[II]	2007	59	50 - 76
Oostenrijk[III]	2015	55	53 - 56
Frankrijk[IV]	2013/2014	52	44 - 74
Italië[V]	2015	52	46 - 58
Portugal	2012	49	42 - 55
Finland	2012	41	38 - 45
Duitsland[VI]	2014	-	27 - 33
Noorwegen[VII]	2013	27	20 - 42
Griekenland[VIII]	2015	24	21 - 28
Spanje[IX]	2014	21	16 - 26
Nederland[X]	2012	13	12 - 15

Aantal probleemgebruikers van opiaten per 10.000 inwoners van 15-64 jaar. Vanwege verschillen in methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. - = Gegevens ontbreken. I. Uiterste waarden op basis van 95% betrouwbaarheidsintervallen of sensitiviteitsanalyse. II. Frankrijk: heroïne, methadon, buprenorfine, illegale fentanyl, overige opiaten in de afgelopen 30 dagen. III. Oostenrijk: polydrugsgebruik waaronder opiaten. IV. Italië: heroïne. V. Luxemburg: heroïne, methadon. VI. Duitsland: heroïne, methadon, buprenorfine, andere opiaten. VII. Noorwegen: heroïne. VIII. Griekenland: voornamelijk heroïne. IX. Spanje: heroïne. X. Nederland: gebruiker die in de afgelopen maand op minimaal drie dagen in de week opiaten heeft gebruikt, waarbij tevens sprake is van minimaal één van de volgende problemen: criminele activiteiten, een psychiatrisch ziektebeeld, een overlastgevende levensstijl, of een instabiele woonsituatie. Bronnen: EMCDDA, Trimbos-instituut (Cruts et al., 2013).

5.6 Hulpvraag en incidenten

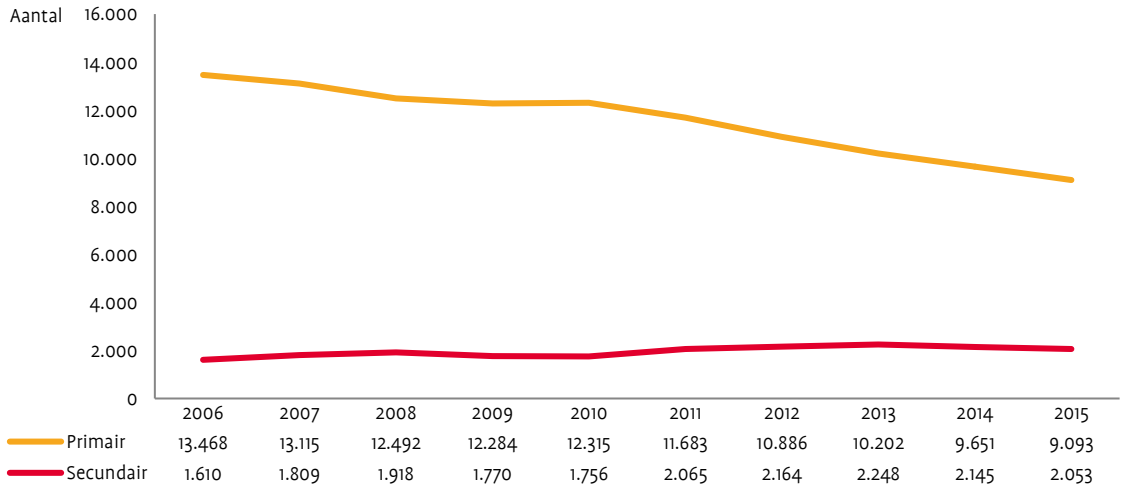
Chronische problemen met opiaten en/of opioïden worden onder andere gezien en behandeld in de verslavingszorg. Acute hulpvraag wordt geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten. Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen of op de EHBO van een grootschalig evenement.
Daarnaast geeft de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) een schatting van het aantal patiënten die met middelengebruik als een hoofd- of nevendiagnose werden opgenomen in een ziekenhuis. Zie bijlage D.4 voor de meest recente gegevens (2014).

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. Verslavingszorginstellingen leveren
geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2016). De meest recente gegevens gaan over 2015 (zie in bijlage A: Cliënt LADIS).

- Er is een gestage daling waarneembaar van het aantal primaire opiaatcliënten. Hun aantal daalde in een periode van tien jaar met 32% van 13.468 primaire opiaatcliënten naar 9.093 primaire opiaatcliënten (figuur 5.6.1).
- Het aandeel van opiaten in alle verzoeken om hulp vanwege drugs daalde van 44% in 2006 naar 29% in 2015. Dit komt mede door de groei in de afgelopen jaren van het aantal cliënten met een ander drugsprobleem, zoals cannabis.
- De meeste opiaatcliënten waren al eerder in behandeling bij de verslavingszorg. Slechts 3% van de opiaatcliënten die stonden ingeschreven in 2015 waren niet eerder ingeschreven. In 2006 lag het percentage nieuwkomers op 5%.
- In 2015 rookte een meerderheid van de primaire opiaatcliënten de opiaten (72%). In mindere mate werden de opiaten geslikt of gedronken (16%), gespoten (8%), of gesnoven (3%). In 2006 ging het om 77% rokers, 9% slikkers of drinkers, 11% spuiters en 4% snuivers.
- Van de 9.093 primaire opiaatcliënten in 2015 stond bij 5.954 cliënten (65%) zowel een primaire als een secundaire problematiek geregistreerd. Onder deze cliënten waren er 1.005 cliënten (17%) die een primair probleem hadden met heroïne en een secundair probleem met methadon. De overige cliënten in deze groep hadden naast een primair probleem met opiaten vooral een secundair probleem met cocaïne of crack (47%), alcohol (13%), of cannabis (8%). Van de primaire opiaatcliënten rapporteerde 35% geen problemen met het gebruik van een ander middel.
- Opiaten worden minder vaak als secundair probleem genoemd (figuur 5.6.1). Voor deze groep was in 2015 het primaire probleem voornamelijk cocaïne of crack (62%), daarnaast alcohol (26%), medicijnen (4%), of cannabis (3%).
- In sommige gevallen is het arbitrair of opiaten als primaire of als secundaire problematiek worden geregistreerd. Dit wordt niet systematisch voor elke opiaatcliënt bijgehouden. Daarbij lijkt er een geringe verschuiving te zijn opgetreden van de registratie als primaire problematiek naar de registratie als secundaire problematiek. Echter, bij elkaar opgeteld daalt het totaal aantal primaire en secundaire opiaatcliënten met 26% van 15.078 opiaatcliënten in 2006 naar 11.146 opiaatcliënten in 2015.

Figuur 5.6.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire opiaatproblematiek, vanaf 2006



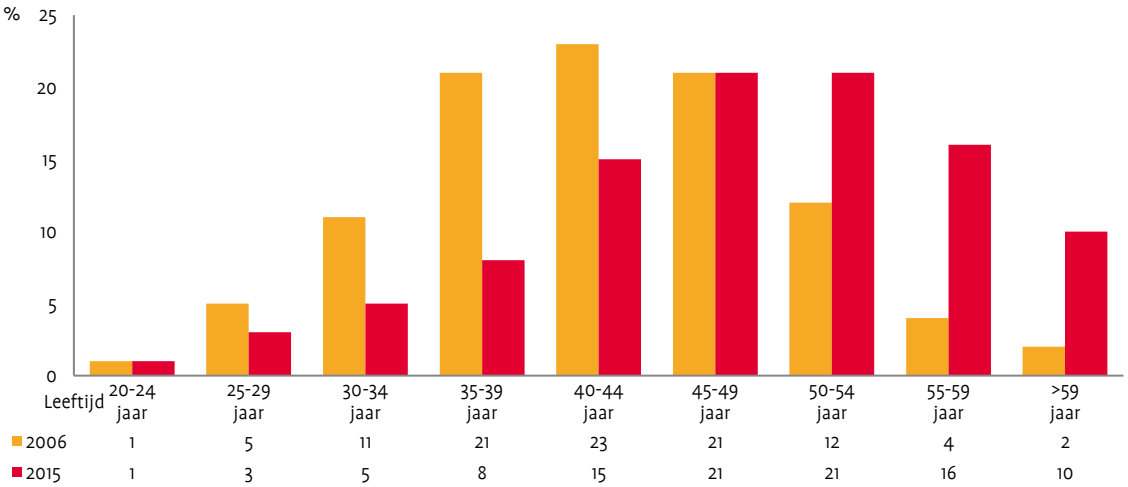
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	13.468	13.115	12.492	12.284	12.315	11.683	10.886	10.202	9.651	9.093
Secundair	1.610	1.809	1.918	1.770	1.756	2.065	2.164	2.248	2.145	2.053

Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

- In 2015 was 81% van de primaire opiaatcliënten man.
- De gemiddelde leeftijd van de opiaatcliënten steeg van 42 jaar in 2006 naar 48 jaar in 2015. In 2015 was 68% van de opiaatcliënten ouder dan 44 jaar. In 2006 was dit nog maar 39% (figuur 5.6.2).
- Het aandeel van de jonge opiaatcliënten (20-34 jaar) daalde van 17% in 2006 naar 9% in 2015 (figuur 5.6.2). Nog maar 4% van de opiaatcliënten was in 2015 jonger dan 30 jaar.
- In 2015 had van de primaire opiaatcliënten 55% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 34% een middelbare opleiding afgerond en had 11% een hogere opleiding afgerond. Het percentage hoger opgeleiden lag hoger bij de alcoholcliënten (27%) en de ecstasycliënten (20%). (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

Figuur 5.6.2 Leeftijdsverdeling van de primaire opiaatcliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



Leeftijd	20-24 jaar	25-29 jaar	30-34 jaar	35-39 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	55-59 jaar	>59 jaar
2006	1	5	11	21	23	21	12	4	2
2015	1	3	5	8	15	21	21	16	10

Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Incidenten

De Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS) (zie bijlage D.6) houden gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten (Lameijer, Wijers, Croes, De Ruiter, & Valkenberg, 2018). De informatie wordt verzameld in een aantal regio's en geeft geen totaaloverzicht van het absolute aantal drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in heel Nederland.

Het aantal meldingen van incidenten met heroïne of methadon is relatief klein. In 2017 werden in totaal 5.905 drugsincidenten gemeld, waarvan 87 incidenten met heroïne of methadon als enige drug (1,5%). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.
In tabel 5.6.1 worden de heroïne- en methadonincidenten samengevat over de periode 2009-2017. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden de gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- In deze periode werden in totaal 38.975 drugsincidenten gemeld: 33.539 bij de MDI en 5.436 bij het LIS, waarvan 816 incidenten met heroïne of methadon (of de combinatie) als enige drug(s).
- Vergeleken met de andere diensten, zien politieartsen relatief vaak incidenten na gebruik van heroïne en/of methadon (9% van alle geregistreerde intoxicaties). Bij de EHBO's komen zelden patiënten met een incident na gebruik van opiaten. De EHBO's zijn daarom niet opgenomen in tabel 5.6.1.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van heroïne en methadon

- Patiënten met een gezondheidsincident na heroïne- of methadongebruik zijn verreweg het oudst van alle geregistreerde patiënten: slechts 5% is jonger dan 25 jaar; dat is nog minder dan bij basecoke (10% jonger dan 25 jaar). Van alle geregistreerde patiënten (alle drugs, alle jaren) is 47% jonger dan 25 jaar.
- In meer dan de helft van de heroïne- of methadonincidenten geregistreerd in de MDI is de mate van intoxicatie matig of ernstig. Daarin zijn de afgelopen jaren geen veranderingen opgetreden. Gegevens over de mate van intoxicatie worden niet verzameld in het LIS.

Tabel 5.6.1 Incidenten met heroïne of methadon als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2009-2017

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	415 (4)	123 (2)	72 (1)	205 (9)
Man (%)	75	86	78	88
Leeftijd: <25 jaar (%)	5	7	10	4
Mate van intoxicatie*				
Licht (%)[I]	22	39	-	62
Matig (%)[II]	48	24	-	30
Ernstig (%)[III]	30	37	-	8

* Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Wegens zeldzaamheid van incidenten met heroïne of methadon op de EHBO's op feesten is deze categorie niet in de tabel opgenomen. Bron: MDI, Trimbos-instituut (Lameijer et al., 2018).

Opioïde pijnstillers

- In 2017 registreerde de MDI 3 intoxicaties met fentanyl (1 geval in 2016) en 7 intoxicaties waarbij zowel oxycodon als een andere drug in het spel was (4x in 2016).
- De MDI richt zich primair op illegaal en recreatief drugsgebruik. Opioïde pijnstillers worden niet standaard geregistreerd en deze aantallen geven dus een onvolledig beeld.

Het NVIC signaleerde in Nederland een stijging in het aantal consulten over intoxicaties met opioïde pijnstillers (Kan et al., 2018).

- In 2017 kreeg het NVIC 280 informatieverzoeken naar aanleiding van mogelijke intoxicaties met oxycodon, vergeleken met 43 informatieverzoeken in 2008.
- Het aantal informatieverzoeken wegens blootstellingen aan fentanyl steeg van 18 gevallen in 2015 naar 33 gevallen in 2017.

Rijden onder invloed

Aan het rijden onder invloed van opiaten zijn risico's verbonden (zie ook § 14.2).

- Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die worden verdacht van het gebruik van drugs of medicijnen. Het NFI let daarbij ook op opiaten.
- In 2013, 2014, 2015, en 2016 werden achtereenvolgens 928, 978, 966, en 1.211 bloedmonsters standaard onderzocht op de aanwezigheid van drugs en medicijnen. Morfine werd aangetroffen in respectievelijk 43 bloedmonsters (5%), 30 bloedmonsters (3%), nog eens 30 bloedmonsters (3%), en 52 bloedmonsters (4%), waarbij het ook kan gaan om morfine afkomstig van medicinale opiaten (opioïden).

5.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Drugsgebruik en de leefwijze die hiermee gepaard gaat, kan een risicofactor zijn voor verschillende infectieziekten, waaronder hepatitis B en C, hiv, (andere) seksueel overdraagbare ziekten, tuberculose, tetanus, en (wond)botulisme.

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. 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 (Visser et al., 2017).

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.

- Na geen aanmeldingen bij de SHM van nieuwe personen bij wie injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijke oorzaak van hiv-besmetting was in 2014 en 2015, kwamen er in 2017 twee nieuwe hiv-positieve mannen in behandeling die via injecterend drugsgebruik waren besmet (tabel 5.7.1), in 2016 was dit er één. Het totaal aan nieuw gediagnosticeerde patiënten in 2017 bedroeg 615, waarvan twee derde behoorde tot de risicogroep mannen die seks hebben met mannen (MSM) (Visser et al., 2017).
- In 2017 waren in totaal 19.677 patiënten onder behandeling bij de hiv-behandelcentra, van wie 289 (ooit) injecterend drugsgebruikers, 75 vrouwen en 214 mannen (Visser et al., 2017).

Tabel 5.7.1 Aantal gediagnosticeerde hiv-infecties uitgesplitst naar vermoedelijke wijze van overdracht

Transmissiegroep	Hiv-patiënten nieuw in behandeling in 2016 (%)	Totaal aantal patiënten in behandeling (% van het totaal)
Totaal (aantal)	615	19.677
Injecterende drugsgebruikers	2 (<1%)	289 (1,5%)
Mannen die seks hebben met mannen	417 (67,8%)	12.351 (62,8%)
Heteroseksueel contact	154 (25,0%)	5.671 (28,8,0%)
Overige categorieën[1]	42 (6,8%)	1.366 (7,0%)

1. Inclusief ontvangers van bloedproducten, prikaccidenten, moeder-kind overdracht en overige/onbekende oorzaken. De aantallen worden steeds aangepast wegens vertraagde meldingen. Bron: RIVM (Visser et al., 2017).

Internationale vergelijking

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 (EMCDDA, 2018b). 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 (EMCDDA, 2018b). In 2016 werden in de Europese Unie 1.027 nieuwe hiv-diagnoses onder injecterende drugsgebruikers gemeld, 5% van het totaal aantal gemelde hiv-gevallen met een geregistreerde besmettingsroute. Injecterend drugsgebruik is nog wel een belangrijke besmettingsroute in met name de landen Litouwen (47% van de nieuwe hiv-diagnoses wordt toegeschreven aan injecterend drugsgebruik), Letland (27%) en Luxemburg (29%).

- Ierland en het Verenigd Koninkrijk, die in 2015 een forse stijging van het aantal aan injecteren gerelateerde hiv-gevallen rapporteerden, laten tussen 2015 en 2016 weer een dalende trend zien. In Luxemburg heeft de in 2014 gerapporteerde uitbraak zich in 2016 doorgezet en in Litouwen is er in 2016 bijna een verdubbeling van nieuwe hiv-infecties onder drug injecteerders (EMCDDA, 2018b). Deze stijging wordt in verband gebracht met een toename van het injecteren van stimulerende middelen, een hoge mate van marginalisatie van de gebruikers en het injecteren van stimulerende middelen in een seksuele context ('slamming') door een (tot op heden beperkte) groep mannen die seks hebben met mannen.
- 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.

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. In 2017 was onder de 109 nieuwe aidspatiënten één (ooit-injecterende) drugsgebruiker; van de 124 patiënten met hiv/ aids die overleden waren 11 (ooit-injecterende) drugsgebruikers (persoonlijke mededeling E. Op de Coul, RIVM).

Internationale vergelijking

Ook in de EU neemt het aantal nieuwe gevallen van aids dat samenhangt met injecterend drugsgebruik al jaren af.

- In 2016 werden in Europa 422 nieuwe aids gevallen als gevolg van injecterend drugsgebruik gerapporteerd, 13% van het totaal. Dit is minder dan een kwart van het aantal dat 10 jaar geleden werd gerapporteerd (EMCDDA, 2018b).

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 (Koopsen et al., submitted). 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 (Koopsen et al., submitted).

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 (Breemer, De Jong, Krummacher, & Wolter, 2009; Leemrijse, Bongers, Nielen, & Devillé, 2010; Lindenburg et al., 2011; Schreuder et al., 2010; Schreuder & Van Veen, 2010).
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 (Van Santen et al., 2016).

Acute en chronische hepatitis B en acute hepatitis C zijn meldingsplichtige ziekten.
- Het aantal gemelde acute gevallen van hepatitis B gerelateerd aan drugsgebruik blijft al jaren beperkt tot nul of één (in 2017 hing géén van de 114 meldingen samen met injecterend drugsgebruik) en ook acute of recente hepatitis C infecties zijn al jaren op één hand te tellen. In 2017 werden 3 van de 58 acute hepatitis C infecties gevonden bij injecterend drugsgebruikers (Visser et al., 2017).
- 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

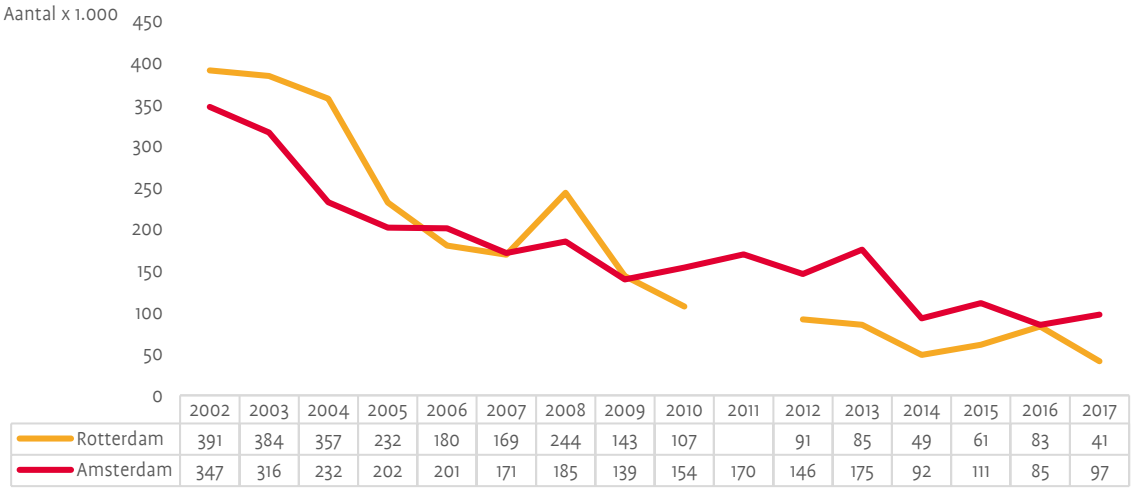
Gegevens over hepatitis B en C zijn niet goed vergelijkbaar tussen landen vanwege verschillen in bronnen en methoden. Zij geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad. De gegevens bevestigen wel dat injecterend drugsgebruik in Europa nog een belangrijke bron is voor de verspreiding van hepatitis B en C.
- Cijfers van het EMCDDA geven aan dat, net als in Nederland, in de lidstaten van de EU besmetting met hepatitis C zeer frequent voorkomt onder injecterende drugsgebruikers (EMCDDA, 2018b).
- De prevalentie van HCV-antilichamen in nationale steekproeven onder injecterende drugsgebruikers in 2015-2016 varieert van 15% tot 82%, waarbij 6 van de 13 landen die over nationale gegevens beschikken melden dat meer dan 50% van de onderzochte drugsgebruikers is besmet (EMCDDA, 2018b).
- In de Europese landen komen, net als in Nederland, infecties met hepatitis B minder vaak voor onder drugsgebruikers dan hepatitis C-infecties (EMCDDA, 2018b).
- Naar schatting varieert het percentage injecterende drugsgebruikers met een hepatitis B infectie (zowel acuut als chronisch) tussen de 1,5% en 11% in de zeven landen met nationale gegevens (EMCDDA, 2018b).

Risicogedrag

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% (Ouwehand, Kuijpers, Wisselink, & Van Delden, 2007).
- 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 2017 werden in Amsterdam nog maar 97.000 spuiten omgeruild en in Rotterdam nog maar 40.600 spuiten. In 2014 was in Rotterdam sprake van een verstoring in het registratiesysteem en het cijfer voor 2014 is daardoor minder betrouwbaar. Dat in ogenschouw nemend vertoont Rotterdam de afgelopen jaren een redelijk stabiele trend.

Figuur 5.7.1 Aantal omgeruilde spuiten in Amsterdam en Rotterdam[1], 2002-2017



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Rotterdam	391	384	357	232	180	169	244	143	107		91	85	49	61	83	41
Amsterdam	347	316	232	202	201	171	185	139	154	170	146	175	92	111	85	97

Aantal omgeruilde spuiten maal 1.000 afgerond op duizendtallen. 1. Voor Rotterdam ontbreken de cijfers van 2011 vanwege een verandering in het registratiesysteem. Het cijfer uit 2014 is minder betrouwbaar vanwege een registratieprobleem. Bronnen: GGD Amsterdam, GGD Rotterdam-Rijnmond.

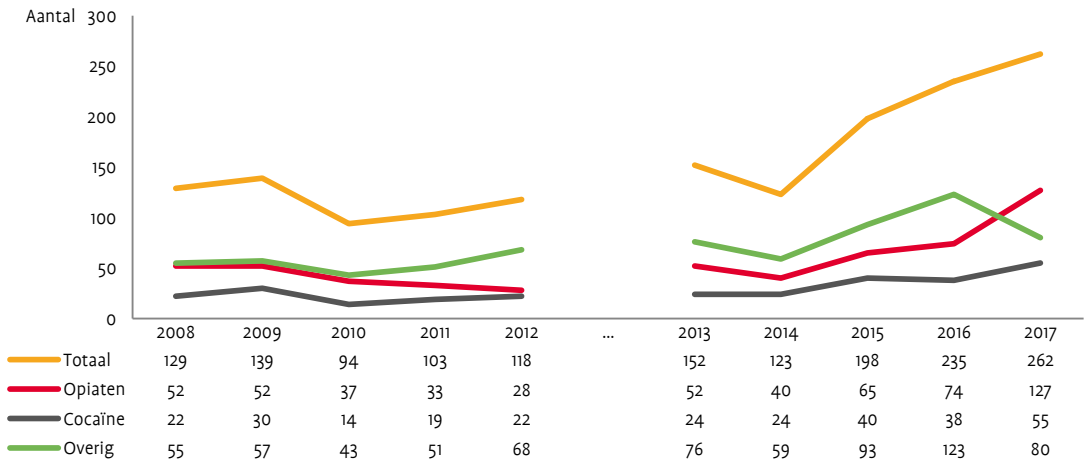
Sterfte

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland naar verhouding maar weinig mensen aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. 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 D.1). Bij de cijfers over de drugssterfte kan zowel sprake zijn van onderrapportage als overrapportage, maar de mate waarin verschilt vermoedelijk per drug. Bovendien kunnen tal van factoren van invloed zijn geweest op de trends in aantallen sterfgevallen.

- In 2017 registreerde de Nederlandse Doodsoorzakenstatistiek 262 fatale overdoseringen door drugs. Dat is meer dan in de voorgaande jaren (zie figuur 5.7.2). In 2017 was het gebruik van opiaten in 127 gevallen de doodsoorzaak (48%), in 55 gevallen ging het om cocaïne (21%), en in ongeveer een derde van de gevallen (31%) ging het om andere middelen of een combinatie van middelen. In die gevallen waarin, naast andere middelen, ook opiaten worden genoemd, wordt de doodsoorzaak toegeschreven aan de opiaten. De stijgingen in 2015, 2016 en 2017 deden zich niet specifiek voor bij bepaalde middelen. Of er daadwerkelijk sprake is van een stijgende trend, dan wel van een registratie-effect en/of een detectie-effect, zal de komende jaren nog moeten blijken.
- In 2017 ging het bij de totale drugssterfte in 62% van de gevallen om accidentele vergiftiging, in 20% van de gevallen om suïcide, en in 1% van de gevallen was de intentie onbekend. In de overige 17% van de gevallen werd de sterfte als natuurlijke sterfte geregistreerd onder de diagnose "psychische stoornissen en gedragsstoornissen". Ook deze categorie valt onder de directe drugsgerelateerde sterfte.
- Het aantal opiatengerelateerde sterftegevallen verdrievoudigde van 40 in 2014 naar 127 gevallen in 2017. In 2017 ging het in de helft van de gevallen (50%) om accidentele vergiftiging, in 35% van de gevallen om suïcide, in 13% van de gevallen om psychische stoornissen en gedragsstoornissen, en in 2% van de gevallen was de intentie onbekend. Bij de opiatengerelateerde sterfte gaat het daarmee naar verhouding vaker om suïcide en naar verhouding minder vaak om accidentele vergiftiging.
- Binnen de groep opiaten nam met name het aantal "accidentele overdoseringen met overige opioïden" toe (van 3 in 2013 naar 40 in 2017) evenals het aantal "intentionele intoxicaties met overige opioïden"(van 8 in 2013 naar 30 in 2017).
- Overigens is naar verhouding een groot deel van de drugsgerelateerde sterfte geregistreerd onder de categorie 'Overig' (figuur 5.7.2). In deze categorie vallen 6 sterfgevallen door psychostimulantia, maar verder kan het ook om opioïden gaan of andere harddrugs, soms in diverse combinaties, een rol hebben gespeeld, maar het is hier niet altijd duidelijk welk middel de doodsoorzaak was.
- De aantallen betreffen alleen sterfgevallen onder inwoners die officieel stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. In 2017 waren bij het CBS nog eens 18 gevallen bekend van drugssterfte onder mensen die wel in Nederland verbleven, maar niet als inwoner stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. In 2016 waren dit 23 gevallen.

Vooralsnog is er geen afdoende verklaring voorhanden voor de toename in de geregistreerde drugsgerelateerde sterfte. Naast wijzigingen in registratieprocedures en 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 (zie inleiding), (Blokker, Wagensveld, Weustink, Oosterhuis, & Hunink, 2016; Blokker, Weustink, Hunink, & Oosterhuis, 2016; Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie, 2018; zie ook bijlage D.1).

Figuur 5.7.2 Geregistreerde sterftegevallen door overdosering van drugs in Nederland, vanaf 2008[1]

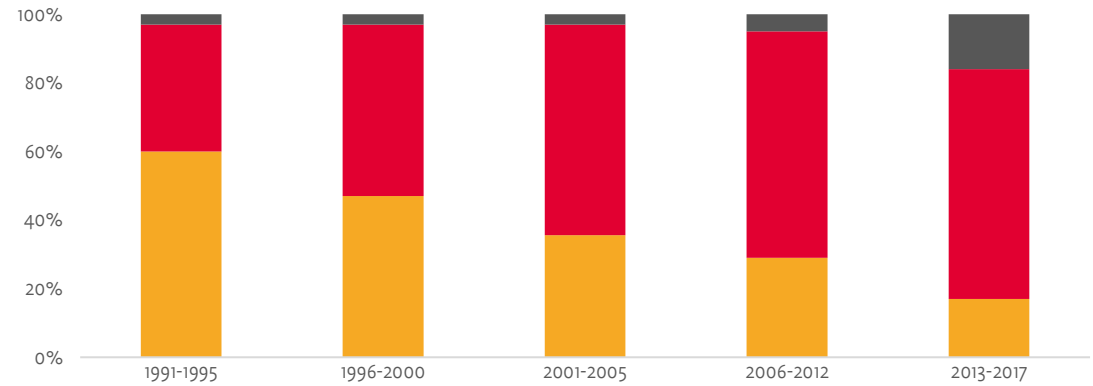


	2008	2009	2010	2011	2012	...	2013	2014	2015	2016	2017
Totaal	129	139	94	103	118		152	123	198	235	262
Opiaten	52	52	37	33	28		52	40	65	74	127
Cocaïne	22	30	14	19	22		24	24	40	38	55
Overig	55	57	43	51	68		76	59	93	123	80

Aantal geregistreerde sterftegevallen. Volgens ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X41*, X42*, X44*, X61*, X62*, X64*, Y11*, Y12*, Y14* (*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. I. Vanaf 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van de doodsoorzaken, waardoor de gegevens vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken kunnen worden met de voorafgaande jaren. De gegevens voor 2017 zijn voorlopig. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut.

- Net zoals de gebruikers van opiaten steeds ouder worden, stijgt ook de leeftijd bij het overlijden aan een dodelijke overdosis opiaten. Het aandeel van de jonge opiaatgebruikers in de sterfte daalt respectievelijk. In de periode van 1991 tot en met 1995 was nog 60% jonger dan 35 jaar, vergeleken met nog maar 17% in de periode van 2013 tot en met 2017 (figuur 5.7.3).
- Tussen 2008 en 2017 schommelde het percentage mannen tussen 59% en 82% en schommelde respectievelijk het percentage vrouwen tussen 41% en 18%. Er is geen verklaring bekend voor deze schommeling. Mogelijk gaat het hier om een toevalsfluctuatie vanwege kleine aantallen.

Figuur 5.7.3 Leeftijdsverdeling van de geregistreerde sterftegevallen door overdosering van opiaten in de periodes 1991-1995, 1996-2000, 2001-2005, 2006-2012, en 2013-2017



	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2012	2013-2017
>=65 jaar	3	3	3	5	16
35-64 jaar	37	50	62	66	67
15-34 jaar	60	47	36	29	17

Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut.

Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, of wanneer nabestaanden daarom vragen, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op drugs.

- In de overlijdensgevallen die in 2016 door het NFI werden onderzocht via sectie en toxicologisch onderzoek, waren in 21 gevallen morfine, heroïne, tramadol, fentanyl, of oxycodon één van de doodsoorzaken, soms in combinatie met nog andere stoffen, zoals diazepam, cocaïne, ethanol, of mirtazapine.
- Hierbij dient te worden opgemerkt dat het totaal aantal gerechtelijke secties door het NFI de afgelopen jaren is gedaald van 338 in 2013 naar 319 in 2014, 285 in 2015, en 267 in 2016. Het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond daalde van 250 in 2013 naar 228 in 2014, 205 in 2015, en 184 in 2016.
- Deze aantallen van het NFI kunnen overlappen met de cijfers van het CBS. De aantallen uit deze bronnen kunnen daarom niet bij elkaar worden opgeteld.

De GGD Amsterdam rapporteerde van 2013 tot en met 2017 in totaal 7 gevallen waarin fentanyl of een fentanyl-achtige, naast andere middelen, een rol hadden gespeeld bij het overlijden (Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs, 2018).

Internationale vergelijking

Europa

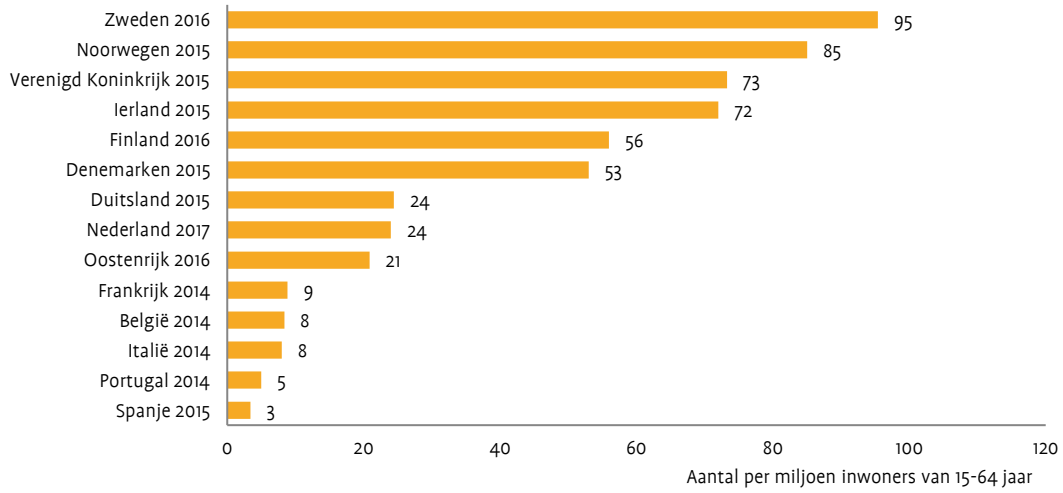
Volgens het EMCDDA blijkt uit cohortstudies dat per jaar 1%-2% van de problematische harddrugsgebruikers komt te overlijden. Onder problematische opiatengebruikers is de sterfte 5 tot 10 keer hoger dan de verwachte basissterfte in de algemene bevolking (EMCDDA, 2018b). Het gaat hier niet alleen om fatale overdoseringen, maar ook om de indirecte aan drugsgebruik gerelateerde doodsoorzaken, zoals ongevallen, infectieziekten, geweld en suïcide (zie bijlage D.2). Bij het problematisch gebruik van én cocaïne én opiaten is de kans op overlijden groter dan bij het problematisch gebruik van alleen cocaïne (Colell, Domingo-Salvany, Espelt, Parés-Badell, & Brugal, 2018). Naarmate methadoncliënten ouder worden, lopen ze een steeds hoger risico op sterfte door een overdosis methadon (Pierce, Millar, Robertson, & Bird, 2018).

De meeste landen-specifieke gegevens over de drugssterfte zijn beschikbaar voor overdoseringen (directe 'acute' drugssterfte). Een internationale vergelijking van de drugssterfte wordt bemoeilijkt door verschillen in de definitie van dit begrip. Wel is er een standaard van het EMCDDA voor drugssterfte (voor alle drugs samengenomen), gebaseerd op een specifieke selectie van ICD-9 of ICD-10 codes uit de doodsoorzakenstatistieken, of een specifieke selectie uit forensische registers.

Figuur 5.7.4 toont voor een aantal landen van de EU-15 en Noorwegen het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar voor het meest recente jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn. Het gaat hier om opiaten en andere drugs.

- In Zweden, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk, en Ierland ligt de geregistreerde drugssterfte relatief hoog. In Spanje en Portugal ligt de geregistreerde drugssterfte relatief laag.
- Het EMCDDA signaleert een toename in de geregistreerde sterfte door een drugsoverdosering in Estland, Nederland, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, en Turkije.
- In 2016 ging het samengenomen in de EU, Noorwegen en Turkije om minstens 9.138 fatale overdoseringen, een stijging met 4% ten opzichte van 2015 (EMCDDA, 2018b).

Figuur 5.7.4 Aantal door opiaten en andere drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar in een aantal landen van de EU-15 en Noorwegen voor het meest recente jaar[1]



Aantal sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar. I. Volgens het EMCDDA protocol voor drugssterfte (voor het meest recente jaar selectie B of selectie D). Bronnen: EMCDDA; Eurostat; Doodsoorzakenstatistiek, CBS; bewerking Trimbos-instituut.

Verenigde Staten

In de Verenigde Staten is de afgelopen jaren de sterfte gerelateerd aan opiaten sterk gestegen. Dit is het gevolg van een toegenomen misbruik van bestaande medicinale opiaten, een toename van het heroïnegebruik, en het beschikbaar komen van nieuwe sterke fentanyl-achtigen op de drugsmarkt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017).

- Naar schatting overleden in de Verenigde Staten in 2017 meer dan 72.000 inwoners aan een overdosis drugs (National Institute on Drug Abuse, 2018). Dit aantal is scherp gestegen vanaf 1999. De scherpste stijging was gerelateerd aan synthetische opioïden (fentanyl en fentanyl-achtigen), met naar schatting bijna 30.000 sterftegevallen in 2017. Voor alle opiaten samengenomen (inclusief opioïden en heroïne) waren er in 2017 naar schatting ongeveer 49.000 sterftegevallen. Dat komt neer op ongeveer naar schatting 228 opiatengerelateerde sterftegevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar, beduidend meer dan hierboven werd gevonden voor Europese landen (zie figuur 5.7.4).
- In de Verenigde Staten werden 568.612 patiënten gevolgd die na een operatie in het ziekenhuis een recept voor opiaten hadden gekregen. Binnen een periode van ongeveer twee en een half jaar was bij 0,6% van deze patiënten verslaving, misbruik, of een overdosis opgetreden (Brat et al., 2018; Van Eijsden, 2018).
- In tegenstelling tot de Verenigde Staten lijkt Nederland tegen deze ontwikkeling, tot op zekere hoogte, beschermd te zijn door een andere wetgeving over medicinale opiaten en door een ander zorgsysteem (Van Amsterdam, Wartenberg, & Van den Brink, 2015). Wel wordt er voor gewaarschuwd dat zich ook in Nederland "Amerikaanse toestanden" kunnen gaan voordoen, als niet tijdig adequate maatregelen worden genomen (Van Bemmel, 2017, 2018b, 2018a; Vrijmoeth, Kramers, Dahan, & Koelemay, 2018).
- Wel is het aantal gebruikers van dit middel in het afgelopen decennium fors toegenomen en tussen 2014 en 2017 zelfs bijna verdubbeld, van 255.000 naar 490.000. Dit blijkt uit cijfers over verstrekkingen in apotheken (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2018).
- In antwoord op Kamervragen heeft de Minister voor Medische Zorg en Sport gezegd dat het van belang is "om de ontwikkelingen met betrekking tot gebruik van opioïden te blijven monitoren" (T.K.1393404-179610-GMT, 2018).

5.8 Aanbod en markt

De illegale markt voor heroïne, methadon en andere opiaten wordt niet systematisch gemonitord. Trendgegevens over deze markt zijn niet beschikbaar.
Voor gegevens over nieuwe synthetische opioïden (NPS); zie ook hoofdstuk 8.

6. Ecstasy

6.1 Laatste feiten en trends	▶ pagina 183
6.2 Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 184
6.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen	▶ pagina 187
6.4 Problematisch gebruik	▶ pagina 194
6.5 Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 194
6.6 Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 197
6.7 Ziekte en sterfte	▶ pagina 203
6.8 Aanbod en markt	▶ pagina 206

6. Ecstasy

Inleiding

De officiële benaming van ecstasy is 3,4-methyleendioxymethamfetamine (MDMA). Ook stoffen die chemisch op MDMA lijken – zoals 4-fluoramfetamine (4-FA), MDA, MDEA, MBDB en amfetamine – of stoffen die daar geheel niet op lijken, worden als ecstasy verkocht, zonder dat de gebruiker zich daar altijd van bewust is. Tenzij anders aangegeven, bedoelen wij in dit hoofdstuk met 'ecstasy' stoffen die als ecstasy worden beleefd of aangeprezen.

Ecstasy heeft zowel een lichamelijk als geestelijk stimulerende werking. Ook heeft de drug 'entactogene' effecten, waardoor 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 onvoorspelbare effecten hebben en deze komen vaker voor dan het onschuldige imago doet vermoeden. De verslavende werking is vermoedelijk gering. Hoe schadelijk ecstasygebruik op de lange termijn is, blijft nog onduidelijk. Er zijn aanwijzingen dat ecstasygebruikers minder goed scoren op sommige uitvoerende taken (Roberts, Jones, & Montgomery, 2016), maar in ander onderzoek worden tegenstrijdige resultaten gevonden (Betzler, Viohl, & Romanczuk-Seiferth, 2017; Roberts et al., 2016).

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 recente studie op basis van het Nederlandse Tweelingen register toonde aan dat het gebruik van ecstasy erfelijk bepaald kan zijn (Verweij et al., 2017). Recent is er toenemend interesse in de mogelijkheden die ecstasy biedt als geneesmiddel bij psychotherapie van onder andere een posttraumatische stressstoornis (Feduccia, Holland, & Mithoefer, 2018).

Een zorgwekkende ontwikkeling is de inmiddels al jaren voortdurende toename van de concentratie MDMA in ecstasypillen. Er zijn in 2017 diverse interne waarschuwingsacties geweest via het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) en de Monitor Drugsincidenten (MDI) voor ecstasytabletten met een heel hoge dosering. Het lijkt erop dat de laatste paar jaar een deel van de ecstasymarkt is overgenomen door 4-FA, dat (ten onrechte) ook wel bekend staat als 'ecstasy-light' (zie hoofdstuk 8).

6.1 Laatste feiten en trends

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

- Ecstasy is na cannabis de meest gebruikte drug in Nederland. In 2017 had 2,7% van de volwassenen in het afgelopen jaar ecstasy gebruikt, even veel als in 2016 (§ 6.2).
- Vergeleken met 2014 is het percentage laatste-jaar-gebruikers van ecstasy (onder 15-64 jarigen) in 2017 hoger (§ 6.2).
- Het percentage laatste-jaar-ecstasygebruikers is het hoogst onder 20-24-jarigen, inwoners van (zeer) stedelijke gebieden en hoogopgeleiden.

- Onder leerlingen van 12-16 jaar in het voortgezet onderwijs daalde het ooitgebruik en het laatste-jaar-gebruik van ecstasy tussen 2015 en 2017 (§ 6.3).
- In het uitgaansleven is ecstasy de belangrijkste drug gebleven (§ 6.3).
- In de EU zijn Nederland en het Verenigd Koninkrijk koplopers in het gebruik van ecstasy in het afgelopen jaar (§ 6.5).
- Ondanks het relatief hoge percentage gebruikers melden maar weinig mensen zich bij de verslavingszorg vanwege hun ecstasygebruik. Hun aantal is sinds 2006 gedaald en bleef in de afgelopen jaren stabiel laag (§ 6.6).
- Op de EHBO-posten is het aandeel ecstasy-intoxicaties afgenomen en ook zijn in 2017 relatief minder patiënten op de EHBO's behandeld die matig of ernstig onder invloed waren van ecstasy (§ 6.6).
- Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij ecstasy een rol speelt (§ 6.7). Tussen 2006 en 2015 registreerde het Nederlands Forensisch Instituut 47 sterfgevallen waarbij MDMA (alleen of in combinatie met andere middelen) zeker de primaire doodsoorzaak was. Dit aantal is vrijwel zeker een onderschatting.
- De toename in het gemiddelde gehalte MDMA in ecstasypillen tussen 2010 en 2016 heeft zich voortgezet in 2017 (§ 6.8).

6.2 Gebruik: algemene bevolking

Dit hoofdstuk beschrijft kerngegevens over ecstasygebruik in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, jaarlijks uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A) 2016 (zie bronnentabel en bijlage D.2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers 2017

Ecstasy is na cannabis de meest gebruikte drug in Nederland. Eén op de dertien Nederlanders van 18 jaar en ouder heeft ooit ecstasy gebruikt, één op de veertig heeft in het afgelopen jaar gebruikt en bijna 1% gebruikte nog in de afgelopen maand (tabel 6.2.1).
Dit komt neer op ruim 1 miljoen volwassen Nederlanders die ooit ecstasy gebruikten en 100 duizend die dat in de laatste maand nog deden.

Tabel 6.2.1 Percentage en absolute aantal ecstasygebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2017

	(%)	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% betrouwbaarheidsinterval
Ooit	7,7	1.040.000	950.000-1.130.000
Laatste jaar	2,7	370.000	310.000-420.000
Laatste maand	0,8	100.000	70.000-130.000

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat ecstasy gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017. (Zie bijlage D.2 voor resultaten van voorgaande bevolkingsstudies onder mensen van 15-64 jaar.)

Trend in ecstasygebruik

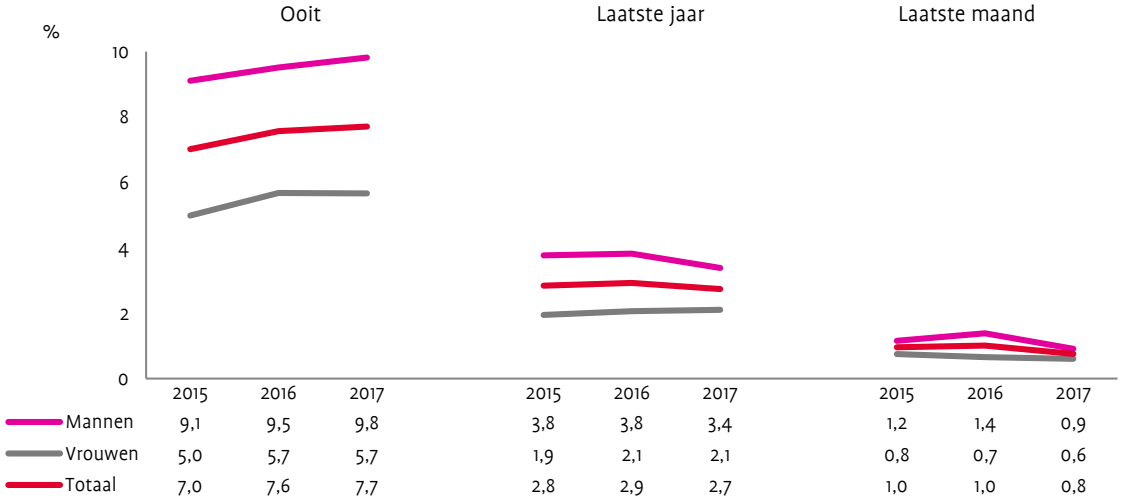
Vanaf 2015 zijn vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van ecstasy in de algemene bevolking in de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder, de standaard voor kerncijfers over middelengebruik (zie ook bijlage D.2) (figuur 6.2.1).

- Het ecstasygebruik in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder ligt sinds 2015 ongeveer op hetzelfde niveau. Er lijkt weliswaar sprake van een toename in het percentage ooitgebruik, maar deze is niet statistisch significant.

Het gebruik van ecstasy werd in het afgelopen decennium ook in 2005, 2009 en 2014 gemeten, maar in een andere leeftijdsgroep. Vanwege herhaalde wijzigingen in de onderzoeksmethode zijn alleen gegevens vergelijkbaar die zijn verzameld vanaf 2014 (zie bijlage D.2). In 2014 werd ecstasygebruik alleen onder 15-64-jarigen gemeten (de internationale standaard leeftijdsgroep van het European Monitoring Centre For Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), zie paragraaf 5 van de middelenhoofdstukken). Trendgegevens sinds 2014 voor 15-64-jarigen staan in bijlage D.2 beschreven. De belangrijkste conclusie is:

- Binnen de groep 15-64 jarigen is sinds 2014 wel een statistisch significante stijging in ecstasygebruik te zien (zie bijlage D.2):
  - Het ooitgebruik steeg tussen 2014 en 2015, en tussen 2015 en 2017.
  - Het laatste-jaar-gebruik was in 2014 lager dan opvolgende jaren.
  - Het laatste-maand-gebruik was in 2015 en 2016 hoger dan in 2014, en lag in 2017 daar tussenin.

Figuur 6.2.1 Ecstasygebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2015, naar geslacht



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017. (Zie bijlage D.2 voor resultaten van voorgaande bevolkingsstudies onder mensen van 15-64 jaar.)

Geslacht

Meer mannen dan vrouwen gebruiken ecstasy (zie figuur 6.2.1).

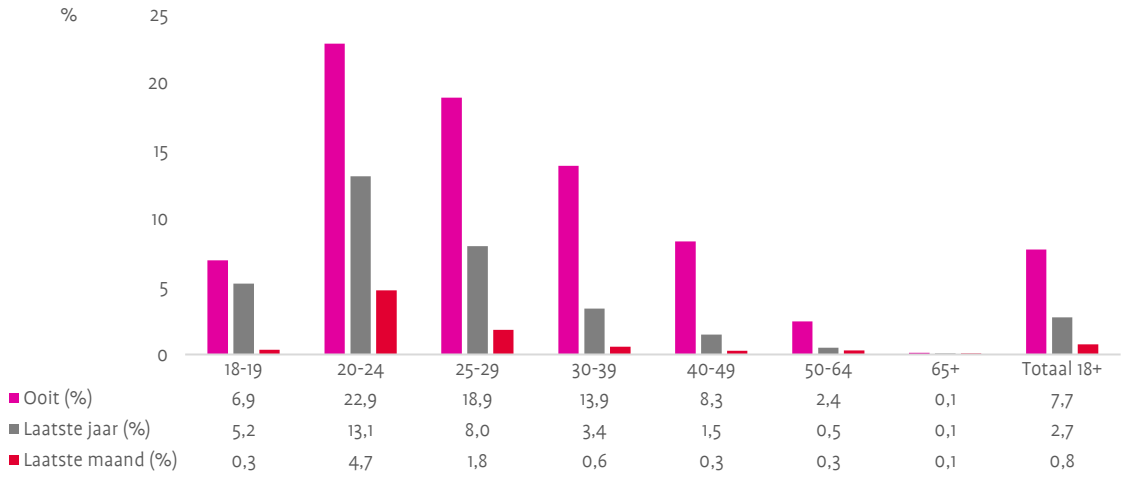
Leeftijd

Ecstasygebruik komt het meest voor onder twintigers (figuur 6.2.2).

- Bijna een kwart van de 20-24-jarigen en bijna één op de vijf 25-29-jarigen heeft ervaring met ecstasy.
- In 2017 gebruikten minder 18-19-jarigen in het laatste jaar ecstasy (5,2%), dan in 2015 (6,8%) en 2016 (10,6%).

- In de aanvullende LSM-A studie lag de gemiddelde startleeftijd onder de laatste-jaar-gebruikers op 21,8 jaar, ongeveer gelijk voor mannen (21,9 jaar) als voor vrouwen (21,6 jaar) (zie bijlage A).

Figuur 6.2.2 Ecstasygebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2017



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Opleidingsniveau

Hoogopgeleiden zijn vaker ecstasygebruiker dan laagopgeleiden (tabel 6.2.2).
Ongeveer vier keer zoveel personen met een hoge opleiding hebben ooit ecstasy gebruikt als personen met een lage opleiding. Middelbaar opgeleiden zitten daar tussenin.
Een vergeljkbaar patroon is te zien voor laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik.

Tabel 6.2.2 Gebruik van ecstasy in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[1]. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Laagopgeleid	3,5	0,8	0,3
Middelbaar opgeleid	6,5	1,7	0,4
Hoogopgeleid	12,6	5,5	1,6

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. 1. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. Bron: Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Migratieachtergrond

Volwassenen met een niet-Westerse migratieachtergrond hebben minder vaak ooit ecstasy gebruikt dan volwassenen met een Nederlandse achtergrond of Westerse migratieachtergrond (tabel 6.2.3). Dit verschil is aanzienlijk kleiner dan bij cannabis. De verschillen zijn kleiner voor het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik.

Tabel 6.2.3 Gebruik van ecstasy in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[1]. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Nederlandse achtergrond	8,1	3,0	0,8
Westerse migratieachtergrond	7,7	2,0	0,6
Niet-Westerse migratieachtergrond	5,0	1,8	0,7

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage A Migratieachtergrond). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Stedelijkheid

Gebruik van ecstasy komt meer voor in grote steden dan elders (tabel 6.2.4). In (zeer) stedelijke gebieden ligt het ooitgebruik ongeveer twee keer hoger dan in de minder stedelijke gebieden. Voor laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik is dit verschil groter.

Tabel 6.2.4 Gebruik van ecstasy in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
(Zeer) sterk stedelijk	10,3	4,1	1,2
Matig stedelijk	5,3	1,7	0,3
Weinig/niet stedelijk	4,2	0,9	0,2

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Mate van consumptie

Uit de LSM-A blijkt dat de meerderheid van de laatste-jaar gebruikers incidenteel ecstasy gebruikt.

- Ongeveer een derde (34,9%) heeft in het laatste jaar één keer ecstasy gebruikt en meer dan de helft (53,0%) een paar keer, maar minder dan maandelijks. Ongeveer één op de vijftien gebruikers (6,8%) rapporteert maandelijks gebruik en 5,2% rapporteert meerdere keren per maand ecstasy te gebruiken.
- Bijna alle laatste-jaar-ecstasygebruikers (96,0%) gebruiken meestal alleen in het weekend. De overige 4,0% gebruikt zowel in het weekend als op doordeweekse dagen. Er waren geen gebruikers die rapporteerden meestal te gebruiken op doordeweekse dagen.
- Gemiddeld gebruikten de laatste jaar-gebruikers 1,2 pil per gelegenheid. De mediaan (middelste waarde) lag op 1 pil per gelegenheid.

6.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van ecstasy op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven van scholieren van het voortgezet onderwijs en van studenten van het MBO en HBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die

vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun doorsnee leeftijdgenoten middelen gebruiken.

Scholieren van het regulier voortgezet onderwijs

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend gemeten in het Peilstationsonderzoek en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Na afstemming binnen de Leefstijlmonitor is de meest recente HBSC-studie (2017) vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek. De kerncijfers voor 2017 zijn uitgesplitst naar demografie. Het wordt apart benoemd wanneer aanvullende gegevens uit het Peilstationsonderzoek 2015 worden gebruikt (zie bronnentabel en bijlage D.7).

Kerncijfers 2017

- Ecstasy en andere harddrugs worden door aanzienlijk minder leerlingen van het voortgezet onderwijs gebruikt dan cannabis. Dit blijkt uit het Peilstationsonderzoek scholieren (Van Dorsselaer et al., 2016). In 2017 rapporteert 1% van de leerlingen ooit wel eens ecstasy gebruikt te hebben (tabel 6.3.1) (Stevens et al., 2018).

Tabel 6.3.1 Percentage ecstasygebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2017

	(%)
Ooit	1,0
Laatste jaar	0,8
Laatste maand	0,4

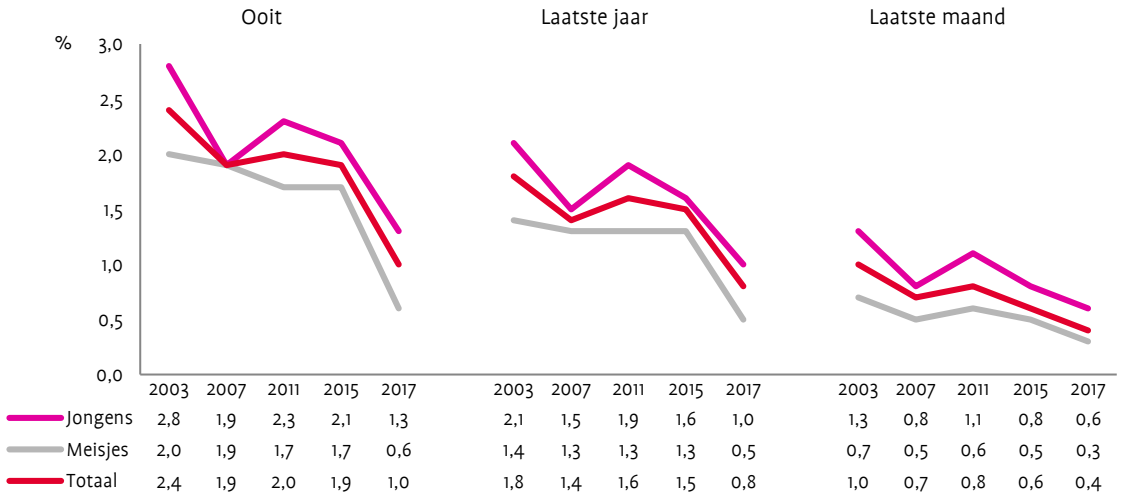
Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: HBSC/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017 (zie bijlage D.7).

Trends in ecstasygebruik

Sinds halverwege de jaren tachtig wordt middelengebruik onder scholieren gemonitord. Sinds 2017 includeert de HBSC-studie alle scholieren van 12-16 jaar in het voortgezet onderwijs (en niet alleen degenen in de eerste vier leerjaren) en is daarmee vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (zie figuur 6.3.1).

- In tegenstelling tot het stijgende gebruik van ecstasy in de algemene bevolking van 15-64 jaar, is het percentage leerlingen dat rapporteert ooit ecstasy te hebben gebruikt in 2017 lager dan in voorgaande jaren.
- Tussen 2003 en 2007 daalde het percentage leerlingen van 12-16 jaar dat ervaring had met ecstasy en bleef daarna rond dit niveau tot 2015.
- Tussen 2015 en 2017 deed zich een verdere daling voor in het ooitgebruik (Stevens et al., 2018).
- De trend voor het percentage leerlingen dat in het afgelopen jaar nog ecstasy had gebruikt vertoonde hetzelfde patroon en halveerde tussen 2015 en 2017 (figuur 6.3.1).
- Eenzelfde, maar minder uitgesproken, patroon is te zien voor laatste-maand-gebruik (niet statistisch significant).

Figuur 6.3.1 Gebruik van ecstasy onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003



	Ooit					Laatste jaar					Laatste maand				
	2003	2007	2011	2015	2017	2003	2007	2011	2015	2017	2003	2007	2011	2015	2017
Jongens	2,8	1,9	2,3	2,1	1,3	2,1	1,5	1,9	1,6	1,0	1,3	0,8	1,1	0,8	0,6
Meisjes	2,0	1,9	1,7	1,7	0,6	1,4	1,3	1,3	1,3	0,5	0,7	0,5	0,6	0,5	0,3
Totaal	2,4	1,9	2,0	1,9	1,0	1,8	1,4	1,6	1,5	0,8	1,0	0,7	0,8	0,6	0,4

Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden) en in de laatste maand (rechts). Bron: HBSC (2017) en Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011, 2015) / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM.

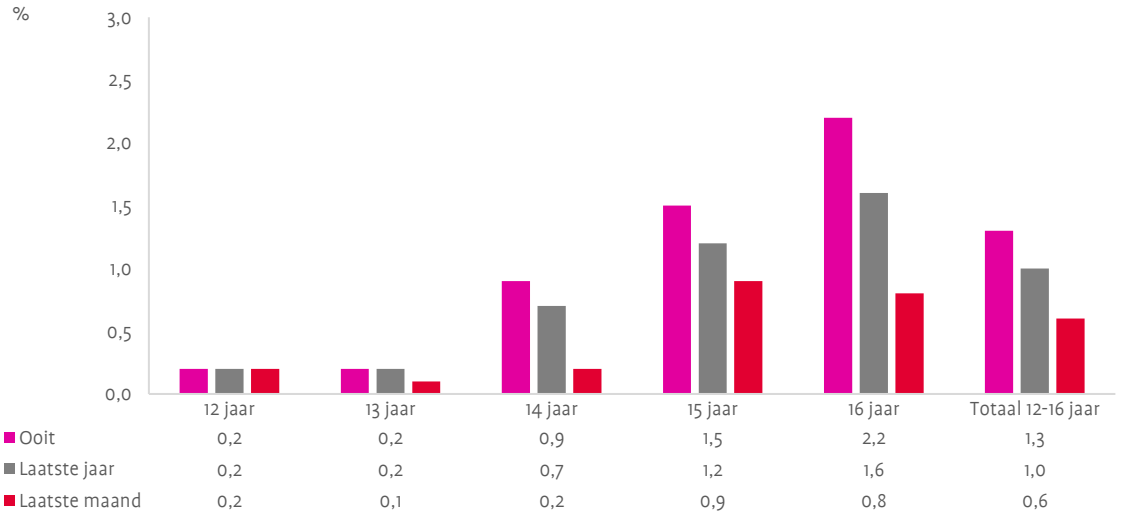
Geslacht

In 2017 hadden meer jongens dan meisjes ervaring met ecstasy (figuur 6.3.1) (Stevens et al., 2018). In 2015 was het verschil kleiner en niet statistisch significant.

Leeftijd

Het gebruik stijgt met de leeftijd. Van de 12-jarigen heeft 0,2% ervaring met ecstasy, van de 16-jarigen heeft 2,2% ervaring met ecstasy (figuur 6.3.2) (Stevens et al., 2018).

Figuur 6.3.2 Gebruik van ecstasy onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs naar leeftijd. Peiljaar 2017



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

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: HBSC Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2017.

Schoolniveau

Evenals voor andere harddrugs het geval is, hebben scholieren van het VMBO-b (1,8%) vaker ervaring met ecstasy dan scholieren van het VWO (0,2%). De percentages ooitgebruikers voor het VMBO-t en HAVO liggen hier tussen in (tabel 6.3.2).

Tabel 6.3.2 Gebruik van ecstasy onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar naar schoolniveau. Peiljaar 2017

	Ooit (%)
VMBO-b	1,8
VMBO-t	1,1
HAVO	1,0
VWO	0,2

Percentage gebruikers ooit in het leven. Bron: HBSC Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2017.

Migratieachtergrond

Er is geen statistisch significant verschil in het ooitgebruik van ecstasy dat samenhangt met de migratieachtergrond van scholieren (tabel 6.3.3).

Tabel 6.3.3 Gebruik van ecstasy onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar naar migratieachtergrond[I]. Peiljaar 2017

	Ooit (%)
Geen	0,8
Niet-Westers	1,5

Percentage gebruikers ooit in het leven. I. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf. Bron: HBSC Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2017.

Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2015 en 2017 is het gebruik van ecstasy gemeten in een landelijk onderzoek onder respectievelijk ongeveer 3 en 4 duizend studenten van het MBO en het HBO (tabel 6.3.4) (Verdurmen, van Dorsselaer, & Monshouwer, 2016; Tuithof, van Dorsselaer, & Monshouwer, 2018).

- Vergeleken met 2015 (ooitgebruik van ecstasy onder 16-18-jarigen: 9,9%) ligt het gebruik in 2017 (8,4%) statistisch gezien op hetzelfde niveau.
- Het ecstasygebruik van jongens (9%) verschilt in 2017 niet statistisch significant van het gebruik van meisjes (8%), net als in 2015 (jongens 11% en meisjes 8%).
- Net als in 2015 stijgt in 2017 het gebruik van ecstasy ooit in het leven met de leeftijd, van 4% op 16-jarige leeftijd naar 12% op 18-jarige leeftijd.

- Het ooitgebruik van ecstasy is onder 16-jarigen niet significant verschillend tussen scholieren op regulier voortgezet onderwijs (VMBO, HAVO, VWO) (2,2%) en MBO-studenten (3,4%). Onder 17-jarigen is het ooitgebruik van ecstasy van MBO-studenten (6,9%) wel hoger dan dat van scholieren op het regulier voortgezet onderwijs (3,3%) en HBO-studenten (2,4%). Ook onder 18-jarigen hebben MBO-studenten vaker ervaring met ecstasy (13,8%) dan HBO-studenten (7,6%).

Gebruik in Amsterdam onder scholieren op HAVO en VWO en studenten van het MBO

In (zeer) stedelijke gebieden is het ecstasygebruik hoger dan in matig- of niet-stedelijke gebieden. Ook onder 1.076 Amsterdamse HAVO/VWO-scholieren en 1.972 MBO-studenten is gebleken dat het ecstasygebruik hoger ligt dan het landelijk gemiddelde (tabel 6.3.4) (Dijkshoorn, Schilthuis, & Van Bakkum, 2016; Nabben, Luijk, & Korf, 2018). Er zijn echter verschillen in meetmethoden, waardoor een directe vergelijking niet mogelijk is.

- Van deze Amsterdamse studenten had 20% ooit ecstasy gebruikt, 15% in het afgelopen jaar, en 7% in de afgelopen maand. De gemiddelde startleeftijd lag op 17 jaar. Van de laatste-jaar-gebruikers had een derde op 1 of 2 dagen ecstasy gebruikt in het hele jaar.

Tabel 6.3.4 Percentage ecstasygebruikers onder andere groepen scholieren en studenten.

	Locatie	Peilaar	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO (16-18 jaar)	Nederland	2017	8	2
		2015	9	4
Scholieren klas 5 en 6 HAVO, VWO (16-18 jaar)	Amsterdam	2016	15	4
Studenten MBO (15-35 jaar)[I]	Amsterdam	2016	20	7

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand. I. De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking niet mogelijk. Bronnen: Trimbos-instituut (Verdurmen et al., 2016; Tuithof et al., 2018); GGD Amsterdam (Dijkshoorn et al., 2016); Antenne 2016 (Nabben, Luijk, Benschop, & Korf, 2017).

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen bevinden zich naar verhouding meer gebruikers van ecstasy. Tabellen 6.3.5 en 6.3.6 vatten de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder bezoekers van uitgaansgelegenheden en kwetsbare groepen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Uit diverse onderzoeken, zowel landelijk als lokaal, blijkt dat ecstasy veruit de belangrijkste drug blijft in het uitgaanscircuit, vooral in de dance-scenes (tabel 6.3.5), al zijn er signalen dat het middel concurrentie heeft gekregen van 4-fluoramfetamine (4-FA, zie hoofdstuk 8).

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU2016) (Monshouwer, Van der Pol, Drost, & Van Laar, 2016) is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. De

respondenten van dit onderzoek vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016, zoals uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- Iets meer dan de helft van de uitgaanders in dit onderzoek had ooit ecstasy gebruikt en de meesten van hen gebruikten ook in het afgelopen jaar. Eén op de vijf gebruikte nog in de afgelopen maand (tabel 6.3.5).
- Van de deelnemers die ecstasy in het afgelopen jaar hadden gebruikt, nam 18% het eenmalig in dat jaar, 53% nam het middel een paar keer per jaar, 19% eens per maand, 9% een paar keer per maand, 1,1% eens per week en 0,3% een paar keer per week. Dagelijks of bijna dagelijks gebruik van ecstasy kwam niet voor.
- Ecstasy is een typische partydrug. Op de vraag waar ecstasygebruikers tijdens het uitgaan het afgelopen jaar het meest gebruikten noemde 92% een festival, op afstand gevolgd door een club (31%), thuis (29%) of een feestje (22%). Een poppodium (3%) of café (1%) werd zelden als meest favoriete locatie genoemd. Respondenten konden maximaal 3 locaties aangeven.
- Twee-derde (65%) van de gebruikers zei ecstasy alleen in de vorm van pillen te gebruiken en 17% gebruikte meestal pillen; 14% wisselde pil- en poedervorm af en slechts een klein deel gebruikte meestal (2%) of altijd (2%) ecstasy in de vorm van poeder.
- Op een uitgaansdag namen gebruikers gemiddeld 1,8 ecstasypil. Dit verschilt nauwelijks van het aantal pillen op een niet-uitgaansdag (1,9 pillen), al is het aantal respondenten dat ecstasy gebruikte op een dag dat zij niet uitgingen relatief klein (16% van het totale aantal). Ongeveer 1 op de 5 respondenten gebruikte op een gebruiksdag gemiddeld 2 of meer pillen. Van de groep die hun dosering in het aantal milligram MDMA uitrekent is het gemiddelde gebruik tijdens een sessie (een avond of festivaldag) 283 milligram MDMA; een kwart gebruikte naar eigen zeggen tijdens een sessie 360 mg MDMA of meer.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven en in de Gooi- en Vechtstreek via een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven en surveys onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen. In 2017 signaleerden sleutelfiguren dat ecstasy nog steeds het meest populaire stimulerende middel is in het Amsterdamse uitgaansleven (Nabben et al., 2018). Wel is vanaf 2014 een licht dalende trend opgetreden in de populariteit van ecstasy. Mogelijk zijn sommige gebruikers overgestapt naar 4-FA, in de veronderstelling dat dit middel 'milder' zou zijn. Volgens de kwantitatieve survey van de Antenne-monitor is het percentage uitgaanders dat in de afgelopen maand ecstasy heeft gebruikt, gedaald van 55% in 2013 naar 48% in 2017 (tabel 6.3.5). Onder bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia in Hilversum lag in 2017 het laatste-maand-gebruik van ecstasy-pillen op 19% (Luijk et al., 2018).

- In elk panelnetwerk in Amsterdam worden nog steeds regelmatige gebruikers van ecstasy aangetroffen. Daarbij beseft een meerderheid van de gebruikers dat de 'kwaliteit' van de ecstasy onverminderd hoog is. Sommige gebruikers denken daarbij meer controle te houden over de werking door de ecstasy te nemen in kleinere hoeveelheden. Ten onrechte denken sommige gebruikers dat MDMA in poedervorm minder gevaarlijk zou zijn dan ecstasy in pilvorm (Nabben et al., 2018).
- In sommige panelnetwerken wordt ecstasy gebruikt als een gangmaker voor het gebruik van andere middelen zoals alcohol, amfetamine, 4-FA, cannabis, ketamine, GHB, psychedelica, of Viagra (Nabben et al., 2018).

Ook een wat ouder uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden combineert panelinterviews met een survey onder 1.309 jongeren van 12-35 jaar (Van Dijk & Reinerie, 2015). Het gebruik in de survey op vier Haagse locaties was lager dan onder de party- en clubbezoekers van de Antenne-survey (zie hierboven). In Den Haag zijn echter geen (dance) party's en clubs, waar over het algemeen vaker ecstasy wordt gebruikt. Uitgaanders van het Haagse panel gaan wel regelmatig naar party's en clubs buiten Den Haag en gebruiken daar regelmatig ecstasy (en cocaïne).

- De helft van de deelnemers van de Haagse survey had ooit ecstasy gebruikt. Het gebruik in de afgelopen maand lag op 16% (mannen 20%, vrouwen 12%). De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst ecstasy werd gebruikt was 19 jaar.
- Uit het panel kwam naar voren dat voor sommigen ecstasygebruik onlosmakelijk verbonden is met uitgaan en dat ook 'brave mainstream alto's' met een verder gezonde leefstijl wel eens drie zware pillen achter elkaar nemen en daarmee een hoge dosering MDMA kunnen binnenkrijgen van 500 mg.

Tabel 6.3.5 Ooitgebruik en laatste-maand-gebruik van ecstasy onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen					
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2013	23	70	35
		2016	22	55	22
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	28	41	6
		2015	25	52	11
Bezoekers van cafés[II]	Amsterdam	2010	27	46	13
		2014	27	63	25
Uitgaanders	Den Haag	2014	24	48	16
Bezoekers van clubs, raves[III] en festivals	Amsterdam	2013	24	79	55
		2017	26	80	48
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum	2017	21	39	19

Percentage ooitgebruikers en laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders.
I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via facebook, online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gaycafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. III. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media" (Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al., 2016); Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2013 (Nabben, Benschop, & Korf, 2014), Antenne 2014 (Benschop, Nabben, & Korf, 2015), Antenne 2015 (Nabben, Benschop, & Korf, 2016), Antenne 2017 (Nabben et al., 2018), Antenne Gooi en Vechtstreek 2017 (Luijk et al., 2018); Het Haags Uitgaansonderzoek 2014, GGD Haaglanden (Van Dijk & Reinerie, 2015).

Kwetsbare groepen

In 2020 zullen nieuwe landelijke gegevens beschikbaar zijn over jongeren in hoog risico settings: praktijkonderwijs (PrO), in het speciaal onderwijs (REC-3 en REC-4) en in de residentiële jeugdzorg (RJZ) en justitiële jeugdinrichtingen (JJI) (zie hoofdstuk 1).
Uit ouder onderzoek uit 2009 onder jongens (13-18 jaar) in JJI bleek dat het ooitgebruik van ecstasy door deze jongens fors hoger ligt dan onder jongens in het reguliere voortgezet onderwijs (tabel 6.3.6) (Kepper et al., 2009). Zie voor details het NDM Jaarbericht 2016.
Ook het percentage jongens en meisjes in de RJZ dat ooit ecstasy heeft gebruikt lag beduidend hoger dan in het reguliere onderwijs (Kepper et al., 2009).
In de jeugdzorg in Amsterdam in 2012 had 12% van de jongeren ooit ecstasy gebruikt en had 4% in de afgelopen maand nog ecstasy gebruikt (Benschop, Nabben, & Korf, 2013).
Onder (voormalig) dakloze jongeren in Amsterdam, Rotterdam, Den Haaen Utrecht (G4) lag het laatste-maand gebruik van ecstasy op 5% (2011) en 8% (2013) (Van Straaten et al., 2012, 2014) (tabel 6.3.6.).

Tabel 6.3.6 **Ooitgebruik en laatste-maand-gebruik van ecstasy in kwetsbare groepen**

Kwetsbare groep	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
(Voormalig) dakloze jongeren[1]	G4	2013	22	-	8
Dakloze jongeren	G4	2011	20	-	5
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	16	12	4

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en Utrecht. - = Gegevens zijn onbekend. 1. 70% respons rate; onder respondenten van de follow-up meting gebruikte 5% amfetamine in 2011. Bronnen: Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012, 2014), IVO, UMC St Radboud.

6.4 Problematisch gebruik

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

- Chronisch ecstasygebruik kan leiden tot afhankelijkheid, hoewel het optreden van een onttrekkingssyndroom bij ecstasy ter discussie staat (Degenhardt, Bruno, & Topp, 2010; Leung & Cottler, 2008). De na-effecten van ecstasy na een weekend gebruik (de "dinsdagdip") worden soms ten onrechte aangezien voor onttrekkingsverschijnselen (McKetin et al., 2014).
- Het aantal hulpvragen bij de verslavingszorg voor ecstasy is gering (zie ook § 6.6). Onbekend is of dit samenhangt met een geringe omvang van het probleemgebruik, de aard en ernst van de klachten, of andere factoren.

Ecstasygebruik is in verband gebracht met een (langdurige) verstoring van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming bij zowel gebruikers als ex-gebruikers van ecstasy (§ 6.7). In Nederland is ook toenemend aandacht voor lang aanhoudende visuele waarnemingsstoornissen na ecstasygebruik, waaronder 'zwevende vormpjes' en 'spikkeltjes' in het gezichtsveld ('visual snow') (Alderliefste, 2016; Croes & Wijers, 2017; Hanck & Schellekens, 2013; Litjens, Brunt, Alderliefste, & Westerink, 2014) (§ 6.6).

- Deze stoornis, ook wel 'hallucinogen persisting perception disorder (HPPD)' of 'persisterende waarnemingsstoornis door hallucinogenen' genoemd, komt vermoedelijk weinig voor maar precieze cijfers ontbreken (Alderliefste, 2016).
- In HGU2016 (zie § 6.3) rapporteerde 30% van de 4.905 respondenten wel eens ten minste één symptoom van HPPD te hebben, zonder dat daarvoor een medische verklaring was (Monshouwer et al., 2016). Van hen had 59% ooit ecstasy gebruikt. Slechts een enkeling had hiervan echter zoveel last dat het hun dagelijks functioneren (ernstig) verstoorde.

6.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije worden verzameld door het EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2018b). In de Verenigde Staten, Canada en Australië worden de gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking verzameld door achtereenvolgens de Substance Abuse and Mental Health Services

Administration (SAMHSA, 2018), de Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS, 2015) en het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2017).
Tabel 6.5.1a presenteert gegevens over het gebruik van ecstasy in een aantal lidstaten van de EU-15 en Noorwegen waarvoor recente gegevens beschikbaar zijn. Gegevens voor enkele andere landen staan in tabel 6.5.1b.

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 6.5.1a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar). Zie ook bijlage C.
- Het ooitgebruik van ecstasy in Europa is het hoogst in Nederland (9,4%) en Ierland (9,2%) (tabel 6.5.1a). De laagste percentages werden gevonden in Roemenië (0,5%) en Turkije (0,1%).
- Het percentage Nederlanders dat het afgelopen jaar ecstasy gebruikte (3,3%) steekt (ver) uit boven andere Europese landen. Het EU-gemiddelde in de bevolking van 15-64-jaar is 0,8% (EMCDDA, 2018b). Het Europese gemiddelde zoals berekend door het EMCDDA is daarbij een schatting die is gewogen op basis van de bevolkingsomvang. Landen met veel inwoners tellen daardoor zwaarder mee. Voor Nederland is het Europese gemiddelde berekend op de gegevens van 2016 en nog niet op de gegevens van 2017.
- Gebruik van drugs, waaronder ecstasy, is het hoogst onder jongvolwassenen. Ook het gebruik in het laatste jaar door jongvolwassenen (15-34 jaar) is het hoogst in Nederland (7,1%), gevolgd door Ierland (4,4%). De laagste waarden werden gevonden in Roemenië (0,2%), Portugal (0,2%), en Turkije (0,1%). Het EU-gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik onder de 15-34-jarigen ligt op 1,8% (EMCDDA, 2018b).
- In Europa was, na een piek in het ecstasygebruik begin van deze eeuw, aanvankelijk sprake van een daling in het ecstasygebruik, maar meer recente gegevens suggereren een stabilisatie en stijgingen in sommige landen (EMCDDA, 2018b). In Spanje daalde het laatste-jaar-gebruik van ecstasy onder 15-34-jarigen en in Ierland en Bulgarije steeg het laatste-jaar-gebruik.
- De cijfers over het gebruik van ecstasy in de landen in tabel 6.5.1b zijn niet goed vergelijkbaar, omdat ze in verschillende leeftijdsgroepen zijn verzameld. De cijfers suggereren dat vooral het gebruik in Australië, Engeland en Wales en de Verenigde Staten hoog is.

Tabel 6.5.1a Consumptie van ecstasy onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15 en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar

Land	Jaar	15-64 jaar		15-34 jaar	
		Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Nederland	2017	9,4	3,3	15,1	7,1
Ierland	2015	9,2	2,1	14,0	4,4
Frankrijk	2014	4,2	0,9	6,9	2,3
Spanje	2015	3,6	0,6	4,7	1,3
Finland	2014	3,0	1,1	5,6	2,5
Oostenrijk	2015	2,9	0,4	4,0	1,1
Noorwegen	2016	2,7	0,6	5,5	1,6
Portugal	2016	0,7	0,1	0,9	0,2
Zweden	2013	-	0,5	-	1,0

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen de landen. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers (15-64 jaar). Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. - = Gegevens ontbreken. Bronnen: EMCDDA; Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos- instituut, 2017.

Tabel 6.5.1b Consumptie van ecstasy onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen[I]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Australië	2016	14 en ouder	11,2	2,2
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2016	16 - 59	9,0	1,3
Verenigde Staten	2017	18 en ouder	7,7	0,9
		12 en ouder	7,0	0,9
Canada	2012	15 en ouder	4,4	0,6
Duitsland	2015	18 - 64	3,3	0,6
Italië	2017	15 - 74	2,8	0,4
Denemarken	2017	16 en ouder	3,2	0,5

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

Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van 15 en 16 jaar in Europese landen. Tabel 6.5.2 toont het gebruik van ecstasy in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde vergelijkbaar onderzoek uit (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus, Leifman, & Vicente, 2016).

- Het percentage leerlingen dat in 2015 wel eens ecstasy heeft gebruikt was het laagst in Griekenland, Zweden, Spanje, Denemarken, Finland en Noorwegen (1%). Ierland ging aan kop met 4% gevolgd door België, Nederland en Italië met 3%. Het (ongewogen) gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare landen lag op 2%.
- Er werd in 2015 geen informatie gerapporteerd over het ecstasygebruik in het afgelopen jaar. Het percentage leerlingen in 2011 dat het afgelopen jaar ecstasy gebruikte varieerde van 1% in Duitsland, Griekenland, Zweden, Spanje, Denemarken, Finland en Noorwegen tot 5% in de Verenigde Staten.

Tabel 6.5.2 Consumptie 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 en 2015

Land	2003 (%)		2007 (%)		2011 (%)		2015 (%)
	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit
Ierland	5	2	4	3	2	2	4
België[I]	4	3	5	4	4	3	3
Nederland	5	3	4	3	4	3	3
Italië	3	2	3	2	2	2	3
Portugal	4	2	2	1	3	3	2
Frankrijk	4	-	4	2	3	2	2
Oostenrijk	3	2	3	2	-	-	2
Griekenland	2	2	2	2	2	1	1
Zweden	2	1	2	2	2	1	1
Spanje[II]	5	3	3	2	2	1	1
Denemarken[II]	2	2	5	2	1	1	1
Finland	1	1	2	1	1	1	1
Noorwegen	2	1	1	1	1	1	1
Verenigde Staten[III]	6	3	5	3	7	5	-
Duitsland[IV]	3	2	3	2	2	1	-
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 2015. In 2015 zijn geen gegevens verzameld over ecstasygebruik in het laatste jaar. - = Niet gemeten. I. België in 2007, 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen. 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 2007 alleen voor zeven deelstaten en in 2011 alleen voor vijf deelstaten. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 en 2015 vanwege te lage respons. Bron: ESPAD.

6.6 Hulpvraag en incidenten

De detoxificatie en behandeling van chronische ecstasyproblematiek kunnen ambulant of intramuraal plaatsvinden en uitgevoerd worden in de huisartsenpraktijk, verslavingszorg of GGZ-instelling (Dijkstra, Van Oort, Schellekens, De Haan, & De Jong, 2017; Hendriks et al., 2018). De richtlijn detoxificatie uit 2017 biedt een set van indicatiecriteria als leidraad voor professionals voor een geobjectiveerde bepaling voor de juiste behandelsetting. De richtlijn beschrijft ook de medisch farmacologische behandelmogelijkheden voor detoxificatie bij een stoornis in het gebruik een van de middelen uit de groep stimulantia als geheel, waar ecstasy onder valt (Dijkstra et al., 2017). De multidisciplinaire richtlijn (MDR) 'stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines' uit 2018 beschrijft apart voor ecstasy de behandeling bij intoxicatie/overdosering, en detoxificatie/ontgifting, psychologische en farmacologische behandeling bij een stoornis in het gebruik van ecstasy. Een belangrijke conclusie is dat er wegens gebrek aan wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis geen aanbevelingen

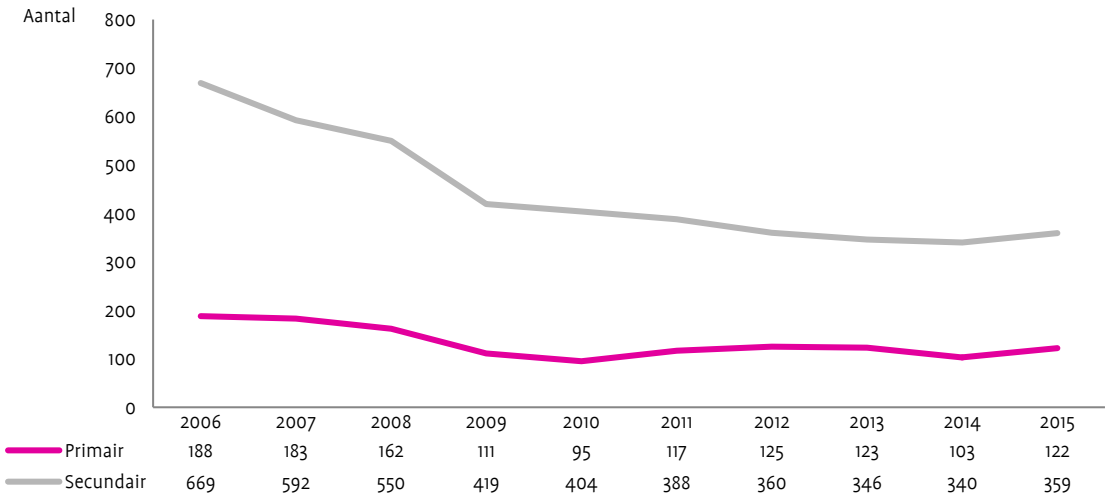
gedaan kunnen worden voor een psychologische of farmacotherapeutische behandeling van (frequente) ecstasygebruikers of van patiënten met een stoornis in het gebruik van ecstasy (Hendriks et al., 2018). Registratie van de omvang van de hulpvraag wegens chronische ecstasyproblematiek wordt onder andere gedaan door de verslavingszorg. Trends in de acute hulpvraag worden geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten. Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen of op de EHBO van een grootschalig evenement. Ook de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat een schatting van het aantal patiënten met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose. Zie bijlage D.4 voor de meest recente gegevens (2014).

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. Verslavingszorginstellingen leveren geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2016). De meest recente gegevens gaan over 2015 (zie in bijlage A: Cliënt LADIS).

- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met ecstasy als primair probleem halveerde tussen 2006 en 2010 en bleef sindsdien stabiel op ongeveer 110 cliënten per jaar (figuur 6.6.1).
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2015 slechts één primaire ecstasycliënt, aanzienlijk minder dan voor de meeste andere drugs (77 voor cannabis, 52 voor cocaïne en 65 voor opiaten).
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in de afgelopen jaren gering: minder dan 1%.
- In 2015 was bijna de helft van alle primaire ecstasycliënten een nieuwkomer (48%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Van de 122 primaire ecstasycliënten in 2015 waren er 75 cliënten (61%) bij wie naast hun primaire ecstasyproblematiek ook nog een secundaire problematiek geregistreerd stond. Hun secundaire problematiek betrof vooral cannabis (27%), amfetamine of overige opwekkende middelen (23%), alcohol (20%), cocaïne of crack (16%) en GHB (5%).
- Er zijn meer cliënten die ecstasy als secundair dan als primair probleem noemen (figuur 6.6.1).
- Ook het aantal secundaire ecstasycliënten halveerde bijna tussen 2006 en 2010. Daarna zette de daling zich minder sterk voort.

Figuur 6.6.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire ecstasyproblematiek, vanaf 2006



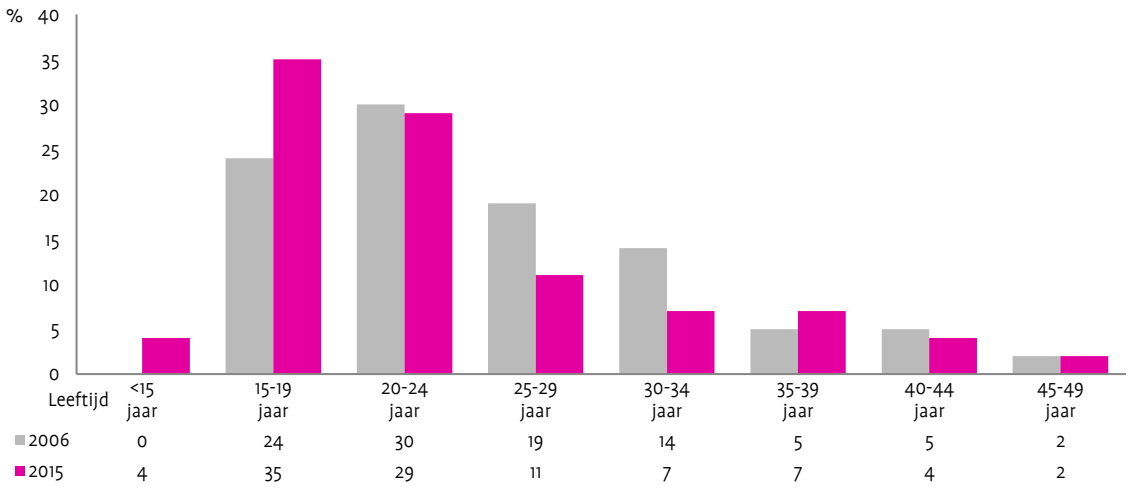
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	188	183	162	111	95	117	125	123	103	122
Secundair	669	592	550	419	404	388	360	346	340	359

Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

- In 2015 waren 6 van de 10 primaire ecstasycliënten man (61%) en 4 van de 10 waren vrouw (39%). Het percentage vrouwen lag alleen hoger bij de medicijnencliënten (45%), maar lag lager bij de GHB-cliënten (32%), de alcoholcliënten (28%), de amfetaminecliënten (23%), de cannabiscliënten (21%), de opiatencliënten (19%) en de cocaïnecliënten (18%).
- De gemiddelde leeftijd van de primaire ecstasycliënten was 24 jaar. Daarmee zijn zij gemiddeld het jongst van alle drugscliënten. De piek lag in 2015 in de leeftijdsgroep 15-19 jaar (figuur 6.6.2). De ecstasycliënten zijn de afgelopen jaren jonger geworden. Tussen 2006 en 2015 is de piek verlaagd van de leeftijdsgroep 20-24 jaar naar de leeftijdsgroep 15-19 jaar.
- In 2015 had van de primaire ecstasycliënten 37% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 43% een middelbare opleiding afgerond en had 20% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

Figuur 6.6.2 Leeftijdsverdeling van de primaire ecstasycliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Partyspreekuur

Gebruikers van ecstasy en andere partydrugs kunnen ook terecht bij een speciaal medisch spreekuur, het "Landelijk Medisch Spreekuur Partydrugs" (LMSP) (Alderliefste, 2016; Croes & Wijers, 2017).

- Een recent dossieronderzoek van 126 patiënten die zich met langdurige klachten na ecstasygebruik tot dit LMSP hadden gewend, toonde dat de meest genoemde klachten pasten bij HPPD (zie § 6.4) en depersonalisatie of derealisatie, een gevoel van vervreemding van zichzelf en de wereld, samengevat als het depersonalisatiesyndroom, DPS. De helft van de patiënten (driekwart man, mediane leeftijd 24 jaar) had al een jaar of langer klachten (Croes & Wijers, 2017). 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 (Alderliefste, 2016; Croes & Wijers, 2017; Litjens et al., 2014).
- 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 (Croes & Wijers, 2017).
- 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*.

Incidenten

De Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS) (zie bijlage D.6) houden gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten (Lameijer, Wijers, Croes, De Ruiter, & Valkenberg, 2018). De informatie wordt verzameld in een aantal regio's

en geeft geen totaaloverzicht van het absolute aantal drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in heel Nederland.

- In 2017 werden in totaal 5.905 drugsincidenten gemeld. Bij 1.201 gevallen (20%) werd ecstasy als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 6.6.1 worden de ecstasy-incidenten samengevat over de periode 2009-2017. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- In deze periode werden in totaal 38.975 drugsincidenten gemeld: 33.539 bij de MDI en 5.436 bij het LIS, waarbij ecstasy betrokken was in 12.467 gevallen. In 3.302 incidenten was sprake van combinatiegebruik met een andere drug; bij de overige 9.165 gevallen was ecstasy de enige gebruikte drug. Van de gemelde incidenten met ecstasy als enige drug was 85% afkomstig van de EHBO's op grootschalige evenementen.
- Tussen 2009 en 2013 nam het aandeel ecstasy-intoxicaties op EHBO-posten toe, van 39% in 2009 naar 62% in 2013. Daarna trad een daling in, van 56% (2014) en 48% (2015) naar 39% in 2016 en 2017. Deze afname lijkt deels samen te hangen met de snelle opkomst van 4-FA-gebruik vanaf 2013 (zie hoofdstuk 8). Bij de andere diensten fluctueerde het aandeel ecstasy-incidenten over de jaren en schommelde tussen 2% en 12%.
- Er komen uit de MDI geen aanwijzingen voor grote regionale verschillen in ecstasy-incidenten.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van ecstasy

- Het percentage vrouwen is hoger bij ecstasy-patiënten (39%) dan bij alle drugsincidenten in totaal (30% vrouw). Alleen patiënten met een 4-FA-intoxicatie zijn nog vaker vrouw (54%).
- Ook zijn de ecstasypatiënten relatief jong: 65% is nog geen 25 jaar, vergeleken met 47% in de totale patiëntenpopulatie.
- Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. Het aandeel incidenten na ecstasygebruik bij ambulances en de SEH-afdelingen van ziekenhuizen is weliswaar beperkt, de intoxicaties zijn wel relatief ernstig van aard: (bijna) drie kwart van de patiënten is matig of ernstig onder invloed van ecstasy (als enige drug).
- Het aandeel matige en ernstige intoxicaties op EHBO-posten steeg van 7% in 2009 naar 26% in 2016. Deze stijging liep parallel aan de stijgende concentratie MDMA (werkzame stof) in de bij DIMS ingeleverde ecstasypillen. In 2017 nam het aandeel matige en ernstige intoxicaties af tot 22%, ondanks dat de gemiddelde concentratie MDMA in ecstasypillen ook in 2017 bleef stijgen.

Tabel 6.6.1 Incidenten met ecstasy als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2009-2017

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	436 (5)	405 (7)	407 (8)	170 (7)	7.747 (49)
Man (%)	63	68	62	90	59
Leeftijd: <25 jaar (%)	56	59	61	52	66
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	24	29	-	54	78
Matig (%)[II]	54	47	-	41	19
Ernstig (%)[III]	23	24	-	5	3

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Lameijer et al., 2018).

Aanvullende analyses van MDI-gegevens die tussen 2009 en 2015 werden geregistreerd, toont dat patiënten met een *ernstige ecstasy-intoxicatie* in vergelijking met patiënten met een lichte ecstasy-intoxicatie relatief vaker man zijn, vaker toerist, meer ecstasy gebruikten en ook vaker alcohol of andere drugs hadden gebruikt (Wijers et al., 2016). In totaal werden 8.391 ecstasy-incidenten in deze periode in de peilstations geregistreerd.

- De patiënten met een ernstige ecstasy-intoxicatie presenteerden zich met een veelheid aan verschijnselen: problemen in de bloedsomloop (veel te hoge of veel te lage hartslag, hoge bloeddruk, hartritmestoornissen), oververhitting (hyperthermie), bewustzijnsdalingen (van lichte bewustzijnsvermindering tot diep coma), psychiatrische verschijnselen (angst, paniek, psychose, hallucinaties en opwinding), neurologische stoornissen (zoals epileptische insulten), watervergiftiging (hyponatriëmie), een te hoge suikerconcentratie in het bloed (hyperglycemie) of te weinig zuurstof in het bloed (een verminderde zuurstofsaturatie).
- Er werden uit de MDI-peilstations in deze periode 13 patiënten gemeld die overleden na ecstasygebruik, meestal aan de gevolgen van hyperthermie. Onder hen waren mannen (8) en vrouwen (5), van jong (17 jaar) tot oud (54 jaar) en zowel gebruikers die alleen ecstasy hadden genomen als personen die dat combineerden met alcohol en/of drugs. Waarom juist zij overleden is ook achteraf slecht te verklaren, hetgeen de onvoorspelbaarheid van de drug onderstreept.

Als de ecstasy-incidenten geregistreerd in de MDI de enige in Nederland zouden zijn, zou voor 2015 gelden dat 1.408 Nederlandse ecstasygebruikers (dat is exclusief toeristen) van de 380.000 'laatste jaar' gebruikers (zie § 6.2) acuut medische hulp nodig hadden, ongeveer 1 op 250. In werkelijkheid zal het aantal ecstasygebruikers dat acuut medische hulp zoekt veel groter zijn, omdat maar een fractie van de medische diensten in Nederland gegevens aanlevert (Wijers et al., 2016).

Rijden onder invloed

Sinds 1 juli 2017 gelden wettelijke limieten voor het rijden onder invloed van drugs (zie § 2.1.6) (Nederlands Forensisch Instituut, 2017). Wettelijke limieten zijn bepaald voor amfetamineachtige stoffen (amfetamine, methamfetamine, MDEA, MDMA en MDA), cocaïne, morfine, THC, en GHB. Bij het gebruik van één middel geldt een grenswaarde. Voor het gecombineerd gebruik van meerdere drugs, of het gecombineerd gebruik van alcohol met een drug, geldt een nullimiet en dit is altijd strafbaar.

Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen bij verkeersdeelnemers die worden verdacht van het gebruik van alcohol, drugs of medicijnen. In 2013, 2014, 2015 en 2016 werden achtereenvolgens 928, 978, 966 en 1.211 bloedmonsters onderzocht. MDMA werd aangetroffen in respectievelijk 92 (10%), 109 (11%), 103 (11%) en 136 (11%) bloedmonsters. MDA (een afbraakproduct van MDMA) werd aangetroffen in respectievelijk 80 bloedmonsters (9%), 83 bloedmonsters (9%), 65 bloedmonsters (7%), en 117 bloedmonsters (10%). Gevallen van MDMA en MDA overlappen. MDEA werd in deze periode alleen aangetroffen in 1 bloedmonster in 2013. Over 2017 zijn nog geen gegevens bekend.

6.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

(Sub)acute risico's

Hoewel de acute verschijnselen van MDMA-gebruik meestal gering zijn en na verloop van tijd verdwijnen, kunnen incidenteel ernstige complicaties optreden, die soms dodelijk zijn. De acute risico's hangen samen met de stimulerende effecten van esctasy.

- 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) (Niesink et al., 2016).
- 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 (Parrott, 2013; Ricaurte & McCann, 2005). De negatieve effecten die kunnen optreden nadat de ecstasy is uitgewerkt, worden ook wel de 'comedown' genoemd (Niesink et al., 2016). Deze klachten kunnen langere tijd aanhouden (zie bij: lange termijn risico's).

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 (Parrott, 2012). 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 (Niesink et al., 2016; Vreeker et al., 2017). 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 (Dines et al., 2015).

- 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 (Niesink et al., 2016). Mogelijk lopen vrouwen een verhoogd risico (Van Dijken, Blom, Hené, & Boer, 2013).
- 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 -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 (Niesink et al., 2016).

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 (Brunt, Koeter, Niesink, & Van Den Brink, 2012). Boven 180 mg hebben de bijwerkingen vaak geheel de overhand. In 2017 bevatte 91% 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 (Haufroid & Hantson, 2015). De effecten van ecstasy kunnen ook van keer tot keer verschillen, mogelijk spelen het gebruikspatroon en de omgeving een rol (Papaseit, Torrens, Pérez-Mañá, Muga, & Farré, 2018; Rietjens, Hondebrink, Westerink, & Meulenbelt, 2012).
- Hoewel de kans op bijwerkingen toeneemt met hogere doseringen (Vreeker et al., 2017), 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 (Niesink et al., 2016; Patel et al., 2005).

Ecstasygebruikers combineren de inname van ecstasy vaak met andere middelen (alcohol) of andere drugs, zoals amfetamine, cocaïne, 4-fluoramfetamine en GHB.

- De effecten van dergelijke combinaties zijn moeilijk vooraf voorspelbaar. Doorgaans is de ernst van acute gezondheidsincidenten ernstiger indien ecstasy wordt gecombineerd met andere middelen (Niesink et al., 2016; Wijers, Croes, De Ruiter, & Valkenberg, 2017).

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 (Croes & Wijers, 2017; De Win, 2007; Halpin, Collins, & Yamamoto, 2014; Jager, 2006; Kalechstein, De La Garza, Mahoney, Fantegrossi, & Newton, 2007; Parrott, 2013; Rogers et al., 2009; Schilt, 2009). 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 (Kuypers et al., 2016).

- 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 (Halpern et al., 2011; Monshouwer et al., 2016; Rogers et al., 2009).
- 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 (Szigeti, Winstock, Erritzoe, & Maier, 2018).
- 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 (Alderliefste, 2016; Croes & Wijers, 2017; Litjens et al., 2014) (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 (Schilt, 2009). 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 (Klomp, den Hollander, de Bruin, Booij, & Reneman, 2012).
- Misschien is er ook sprake van een genetische kwetsbaarheid voor de effecten van ecstasy op het verbale geheugen (Schilt, 2009).

De precieze dosering die op lange termijn tot schade leidt is niet bekend.

- 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 (De Win, 2007; Jager, 2006; Schilt, 2009). Toch kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat een lage dosis ecstasy veilig is.

Sterfte

Het precieze aantal sterfgevallen door het gebruik van ecstasy is niet bekend. Er bestaat geen landelijke of verplichte registratie specifiek voor drugsgerelateerde sterfgevallen. Sterfgevallen na ecstasygebruik in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS vallen onder dezelfde code als andere stimulerende middelen, zoals amfetamine, cafeïne, efedrine en khat. Bovendien is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS niet specifiek ingericht op het registreren van drugsgerelateerde sterfte (zie bijlage D.1). De cijfers moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- Het totaal aantal geregistreerde sterfgevallen in deze categorie, volgens de strikte EMCDDA-definitie, varieerde tussen 2004 en 2012 van 1 tot 5 per jaar.

- In 2013 registreerde het CBS, volgens de strikte EMCDDA-definitie, 4 gevallen. In 2014 werden 14 gevallen geregistreerd, op een na waren dit accidentele vergiftigingen, terwijl in 2013 geen enkel geval accidenteel was (er was sprake van suïcide of het was niet vastgesteld of de vergiftiging met opzet of niet met opzet had plaatsgevonden).
- Ook in 2015 werden 14 gevallen van sterfte door vergiftiging met psychostimulantia geregistreerd. In 12 gevallen ging het daarbij om accidentele vergiftigingen. In 2016 verdubbelde het aantal sterfgevallen vallend binnen de brede groep psychostimulantia naar in totaal 28; in 21 gevallen betrof het accidentele vergiftigingen. In hoeverre deze trend een daadwerkelijke toename reflecteert van het aantal sterfgevallen door psychostimulantia en/of samenhangt met eerder genoemde wijzigingen in onderzoek en registratie van doodsoorzaken is niet bekend.
- In 2017 daalde het aantal gevallen naar 6, waarbij het in alle 6 gevallen ging om accidentele vergiftiging. De oorzaak van deze afname is nog onverklaard, maar is in lijn met de afname van het aandeel en ernst van ecstasy-intoxicaties op EHBO-posten van de MDI. De afname is echter onverwacht in het licht van de in 2017 nog steeds toenemende concentratie MDMA in ecstasytabletten.

Meer gegevens over de aard en omstandigheden van ecstasy-gerelateerde sterfgevallen zijn afkomstig van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI). Van belang is dat deze gegevens (eveneens) geen representatief en landelijk dekkend beeld geven. Het NFI onderzoekt alleen een selectie van de sterfgevallen, namelijk wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, of de nabestaanden daarom vragen. Bovendien daalde het totale aantal gerechtelijke secties door het NFI (van 338 in 2013 naar 267 in 2016) en daalde ook het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond (van 250 in 2013 naar 184 in 2016). Er zijn nog geen gegevens over 2017.

In een recente analyse van sterfgevallen die werden onderzocht door het NFI in de periode van 2006-2015 werd in totaal bij 68 sterfgevallen het overlijden gerelateerd aan gebruik van ecstasy (Vreeker et al., 2017):
- in 21 gevallen was MDMA de primaire doodsoorzaak (het overlijden kon door gebruik van MDMA verklaard worden);
- in 26 gevallen was MDMA in combinatie met alcohol of andere drugs de primaire doodsoorzaak;
- in 6 gevallen was MDMA (al dan niet in combinatie met andere middelen) *mogelijk* een primaire doodsoorzaak;
- in 10 gevallen was MDMA een secundaire doodsoorzaak en in 5 gevallen was MDMA mogelijk de secundaire doodsoorzaak (de MDMA-gebruikers overleden primair door geweld, verdrinking, of andere drugs, maar hadden wel een werkzame concentratie MDMA in hun bloed ten tijde van het overlijden, waardoor mogelijk hun gedrag is beïnvloed).

Ecstasy speelt ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn (EMCDDA, 2018).

6.8 Aanbod en markt

Kwaliteit en prijs

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd. Een deel van deze monsters (pillen) wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend bij de instellingen zelf. Een deel van de MDMA-poeders krijgt sinds 11 juli 2016 een semi-kwantitatieve uitslag door analyses met een FTIR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Monsters met onbekende

samenstelling en alle monsters in poedervorm worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

Samenstelling ecstasypillen

In 2017 boden consumenten in totaal 7.182 pillen aan bij het DIMS, meer dan in 2016 (6.402) (Van der Gouwe & Rigter, 2018).

- Van de 7.182 pillen werden 6.378 pillen verkocht als ecstasy/MDMA (89%).
- Naast de 6.378 ecstasy/ MDMA pillen werden ook nog 577 poeders, 17 capsules, 8 vloeistoffen, en 68 ongedefinieerde samples aangeleverd als ecstasy/ MDMA: in totaal 7.046 samples, meer dan in 2016 (6.233).
- Van de in 2017 aangeboden pillen werd een groot deel (2.893 of 40,3%) herkend door de instellingen of door het DIMS. Het merendeel van deze herkende pillen (88,5%) bevatte MDMA, soms in combinatie met andere middelen. Van de 3.193 naar het laboratorium doorgestuurde pillen waren er 2.799 (87,7%) door de consument gekocht als 'ecstasy'.

Tabel 6.8.1 geeft het percentage van de in het laboratorium geanalyseerde 'ecstasypillen' weer die MDMA en/of een andere stof bevatten. Weergegeven zijn alleen die pillen die door de consument zijn gekocht als ecstasypil, ongeacht de daadwerkelijke samenstelling.

- In 2017 bevatte 87,6% van de pillen alleen een MDMA-achtige stof (MDMA, MDA, of MDEA). Tussen 2006 en 2016 bereikte dit percentage de laagste waarde in 2009 (58,0%) en de hoogste waarde in 2012 (91,9%).
- Het gaat hier doorgaans alléén om MDMA. MDA en MDEA worden sporadisch nog wel aangetroffen (ook vaak in combinatie met MDMA).
- In 2009 werd een piek bereikt in het aandeel ecstasypillen waarin MDMA was vervangen door allerlei andere stoffen (21%). Vaak betrof dit meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (mCPP), maar ook werden voor het eerst 'nieuwe' stoffen aangetroffen, zoals 4-fluoramfetamine (4-FA) en mefedron (zie hoofdstuk 8).
- In 2010 zette het 'herstel' van de ecstasymarkt in en in 2017 bevatte nog maar 1,6% van de ecstasypillen géén MDMA. Onder deze stoffen bevonden zich veelal 'nieuwe psychoactieve stoffen', zoals 4-FA (zie ook hoofdstuk 8).
- Het aandeel pillen dat als ecstasy is verkocht en geen MDMA-achtige, maar wel (meth)amfetamine bevatte, was het hoogst in 2009 (5,1%) en daalde vervolgens naar 1,8% in 2012. De jaren hierna bevatte ongeveer 2% van de als ecstasy verkochte pillen amfetamine en in 2017 was dit 1,1%.
- Sinds 2010 werden steeds meer pillen met PMMA aangetroffen in doseringen die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid. In 2014 is een sterfgeval na het gebruik van PMMA door het NFI gerapporteerd. PMMA werd in 2017 in slechts één van de als ecstasy gekochte pillen aangetroffen, een lager percentage dan in de voorafgaande jaren, toen PMMA in 1,3% tot 2,5% van de pillen werd aangetroffen.
- Stoffen zoals DOB, MBDB, 4-MTA, strychnine, atropine, 4-fluormethamfetamine en BZP werden eerder in ecstasytabletten aangetroffen, maar komen de laatste jaren niet of nauwelijks nog op de Nederlandse markt voor.

Tabel 6.8.1 Aantal en samenstelling (%) van bij het DIMS aangeleverde 'ecstasy'pillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd, vanaf 2006

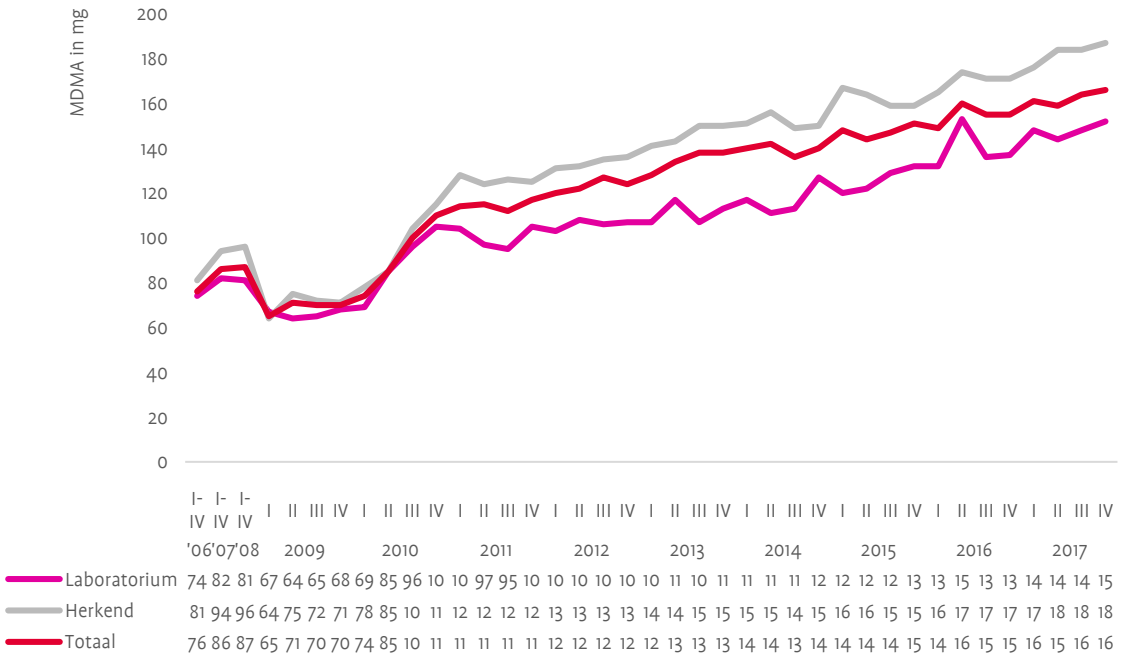
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aantal geanalyseerde pillen	2.523	2.319	2.185	2.182	2.359	2.183	1.848	1.833	2.055	2.237	2.348	2.799
Alleen MDMA-achtigen[I] (%)	76,8	80,1	70,6	58,0	82,4	83,9	91,9	84,6	86,0	78,1	78,1	87,6
Combinatie MDMA-achtigen + andere actieve stof[II] (%)	13,0	11,0	9,4	13,9	2,4	10,4	1,7	6,7	4,9	12,6	16,8	10,2
Andere farmacologisch actieve stof(fen)[II] (%)	8,9	8,0	16,9	25,6	13,8	4,6	5,0	7,8	7,7	5,9	4,4	1,6
Geen farmacologisch actieve stof (%)	1,2	0,8	3,3	2,5	1,4	1,1	1,4	0,9	1,4	0,6	0,6	0,6

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

De stijging in de gemiddelde hoeveelheid MDMA in ecstasypillen vanaf 2010 heeft zich tot en met 2017 voortgezet (figuur 6.8.1).

- In 2017 bevatte een in het laboratorium geanalyseerde ecstasypil gemiddeld 150 mg MDMA, vergeleken met gemiddeld 141 mg MDMA in 2016.
- De gemiddelde hoeveelheid MDMA in alle aangeleverde ecstasypillen was in 2017 nog hoger (167 mg), aangezien de gemiddelde dosering in de bij de testservices herkende (en niet in het laboratorium geanalyseerde) pillen 187 mg was (figuur 6.8.1).
- Vanaf 106 mg MDMA is er sprake van een hoog gedoseerde ecstasypil. Na een dip in 2009, is het aandeel hoog gedoseerde ecstasypillen gestegen tot 91% in 2017 (figuur 6.8.2). Gebruik van een hoge dosis verhoogt de kans op overdosering, waardoor oververhitting, acute psychotische verschijnselen, hartritmestoornissen en leverfalen kunnen optreden
- De stijging van het MDMA-gehalte in de ecstasypillen suggereert dat, na een tijdelijk tekort in 2009, de grondstoffen voor de productie van MDMA weer ruimschoots beschikbaar zijn.

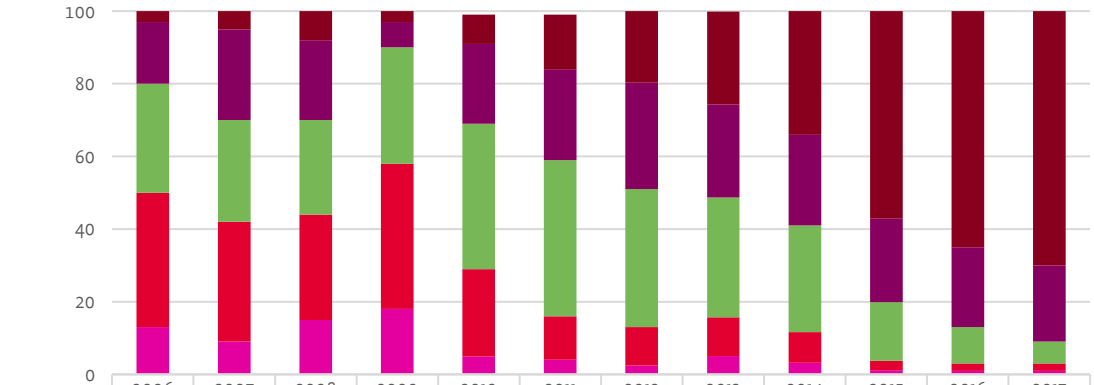
Figuur 6.8.1 Trend in het gemiddelde gehalte (mg) MDMA in ecstasypillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd of werden herkend via de herkenningslijsten en het totaal, vanaf 2006



	I-IV '06	I-IV '07	I-IV '08	I 2009	II 2009	III 2009	IV 2009	I 2010	II 2010	III 2010	IV 2010	I 2011	II 2011	III 2011	IV 2011	I 2012	II 2012	III 2012	IV 2012	I 2013	II 2013	III 2013	IV 2013	I 2014	II 2014	III 2014	IV 2014	I 2015	II 2015	III 2015	IV 2015	I 2016	II 2016	III 2016	IV 2016	I 2017	II 2017	III 2017	IV 2017
Laboratorium	74	82	81	67	64	65	68	69	85	96	10	10	97	95	10	10	10	10	10	10	11	10	11	11	11	11	12	12	12	12	13	13	15	13	13	14	14	14	15
Herkend	81	94	96	64	75	72	71	78	85	10	11	12	12	12	12	13	13	13	13	14	14	15	15	15	15	14	15	16	16	15	15	16	17	17	17	17	18	18	18
Totaal	76	86	87	65	71	70	70	74	85	10	11	11	11	11	11	12	12	12	12	12	13	13	13	14	14	13	14	14	14	14	15	14	16	15	15	16	15	16	16

Gehalte in pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten; tabletten herkend via de herkenningslijsten en het totaal. Data zijn weergegeven per jaar van 2006-2008 en per kwartaal vanaf 2009. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Figuur 6.8.2 Concentratie (mg) van MDMA base in ecstasypillen aangeleverd bij DIMS, vanaf 2006



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
>140 mg	3	5	8	3	8	15	20	26	34	57	65	70
106-140	17	25	22	7	22	25	29	26	25	23	22	21
71-105 mg	30	28	26	32	40	43	38	33	29	16	10	6
36-70 mg	37	33	29	40	24	12	11	11	8	3	2	2
1-35 mg	13	9	15	18	5	4	3	5	3	1	1	1

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.

Prijzen

De Amsterdamse Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een ecstasypil. De aankoopprijs is de afgelopen jaren gestegen. Vaak zijn drugs in Amsterdam en andere grootstedelijke gebieden duurder dan in andere delen van Nederland.

- Consumenten die ecstasypillen bij het DIMS lieten testen betaalden in 2017 gemiddeld 4 euro per ecstasypil (uiteenlopend van 1-12 euro). Net als het gemiddelde lag de mediaan op 4 euro. Deze prijzen zijn vergelijkbaar met die in de afgelopen 5 jaren (tabel 6.8.2).
- De interkwartiel afstand is een maat die een goede indicatie geeft van de spreiding binnen een verzameling van gegevens, in dit geval de variatie in de prijs van ecstasypillen. De interkwartiel afstand laat zien binnen welke prijsmarge 50% van de pillen valt; 50% van de pillen viel in de prijsklasse 2 tot 6 euro.
- De Antenne-monitor in Amsterdam constateerde dat tot 2008 de gemiddelde prijs van bij de testservice aangeboden ecstasypillen schommelde rond de 3 euro (Nabben et al., 2017). Sindsdien zijn ecstasypillen bijna de helft duurder geworden, maar de prijs is de laatste jaren wel min of meer stabiel. Gemiddeld werd in 2017 door de aanleveraars 4,32 euro betaald (variërend van 1 tot 15 euro). Ecstasypillen met meer dan 150 mg MDMA zijn gemiddeld een paar cent duurder dan pillen met 100-150 mg MDMA. In tegenstelling tot voorgaande jaren lijkt er niet langer een verband te bestaan tussen prijs en dosering (Benschop et al., 2015; Nabben et al., 2016). MDMA-poeder kostte in 2017 gemiddeld 23 euro per gram (Nabben et al., 2018).

Tabel 6.8.2 Prijzen in euro[I] op consumentenniveau van ecstasy, vanaf 2008[II]

	2008	2009	2010	2011	2012	Wijziging methode[II]	2013[II]	2014	2015	2016	2017
Aantal monsters (n)	1.766	1.561	1.994	1.855	1.611	…	3.872	4.368	5.354	5.210	5.067
Gemiddelde (€)	2	3	4	4	4	…	4	4	4	4	4
Mediaan (€)	2	3	3	3	2	…	4	4	4	4	4
Minimum – maximum (€)	1-10	1-10	1-10	1-16	0,50-20	…	0,50-20	0,50-15	0,50-10	0,50-15	1-12

I. Prijs per ecstasypil. II. In 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij de prijs als continue variabele in plaats van categoriaal werd uitgevraagd, hetgeen weinig impact heeft op de gemiddelde prijs en mediaan, maar wel de range van de prijs wijder maakte en non-respons reduceerde. … = Wijziging methode.

7. Amfetamine

7.1 Laatste feiten en trends	▶ pagina 212
7.2 Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 213
7.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen	▶ pagina 216
7.4 Problematisch gebruik	▶ pagina 224
7.5 Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 224
7.6 Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 227
7.7 Ziekte en sterfte	▶ pagina 230
7.8 Aanbod en markt	▶ pagina 233

7. Amfetamine

Inleiding

Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy, maar heeft niet de entactogene werking die ecstasy de bijnaam '*lovedrug*' 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 polydrugverslaafden. Bij frequent gebruik kan afhankelijkheid optreden en dit risico is groter voor methamfetamine, een sterkere variant van de 'gewone' amfetamine. De gebruikersnaam voor amfetamine is 'speed'. 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 13).

Amfetamine wordt doorgaans versneden met cafeïne. In de afgelopen jaren werd ook geregeld 4-fluoramfetamine (4-FA) gevonden in monsters die werden verkocht als amfetamine, maar dit middel kent inmiddels een aparte gebruikersmarkt (zie hoofdstuk 8).

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 ervan in Nederland is sporadisch, en beperkt zich tot enkele groepen, zoals mannen die seks hebben met mannen. In andere landen, waaronder Zuidoost-Azië, de Verenigde Staten, Tsjechië en Slowakije, en toenemend in Finland en Oost-Duitsland, is methamfetamine echter de vorm die het meest wordt gebruikt (Cao, Shi, Hao, Wu, & Li, 2016; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2018). Omdat gebruik van methamfetamine in korte tijd veel schadelijker kan zijn dan 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.

7.1 Laatste feiten en trends

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

- In 2017 gebruikten bijna 1 op de 20 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit amfetamine; een derde van hen gebruikte het in het afgelopen jaar (§ 7.2).
- Dat is evenveel als in 2016. Wel lag het ooitgebruik en het laatste-jaar-gebruik van amfetamine onder 15-16-jarigen in 2015-2017 hoger dan in 2014 (§ 7.2).
- Het hoogste percentage in het laatste-jaar-gebruik en in het laatste-maand-gebruik ligt in de leeftijdsgroep 20-24 jaar.
- In het uitgaansleven is amfetamine onder jongeren en jongvolwassenen minder populair dan ecstasy, maar het middel wordt inmiddels minstens zo vaak gebruikt als cocaïne (§ 7.3).
- Het gebruik van amfetamine onder scholieren van het voortgezet onderwijs is tussen 2003 en 2015 gehalveerd (§ 7.3).

- Er zijn signalen dat het gebruik van methamfetamine en het injecteren van drugs onder bepaalde groepen mannen die seks hebben met mannen toeneemt. Landelijke cijfers ontbreken en deskundigen schatten in dat de groep gebruikers klein is (§ 7.3).
- Het aantal amfetaminecliënten in de verslavingszorg steeg tussen 2006 en 2014, en bleef in 2015 op hetzelfde niveau (§ 7.6). Het aandeel in de verslavingszorg blijft relatief beperkt.
- Gezondheidsincidenten na (alleen) amfetaminegebruik worden in 2017 relatief weinig gemeld (§ 7.6).
- Het gehalte amfetamine in poeders aangekocht als amfetamine steeg tussen 2012 en 2013 en bleef tussen 2014 en 2017 stabiel hoog; ook de prijs is de afgelopen jaren stabiel (§ 7.8).

7.2 Gebruik: algemene bevolking

Dit hoofdstuk beschrijft kerngegevens over amfetaminegebruik in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, jaarlijks uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A Middelen) 2016 (zie bronnentabel en bijlage D.2.) Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A Middelen, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers 2017

Bijna één op de twintig volwassenen van 18 jaar en ouder heeft ooit wel eens amfetamine gebruikt, 1,4% gebruikte in het afgelopen jaar.

- Dat komt neer op ruim een half miljoen volwassen Nederlanders die ooit amfetamine gebruikten en 190 duizend die dat in het laatste jaar nog deden.
- Vergeleken met ecstasy hebben minder mensen ooit of in het laatste jaar amfetamine gebruikt. Het percentage amfetaminegebruikers ligt net onder dat van cocaïne (zie § 4.2).

Tabel 7.2.1 Percentage en absolute aantal amfetaminegebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2017

	(%)	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval
Ooit	4,5	610.000	540.000-680.000
Laatste jaar	1,4	190.000	150.000-240.000
Laatste maand	0,5	70.000	40.000-90.000

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat amfetamine gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017. (Zie bijlage D.2 voor resultaten van voorgaande bevolkingsstudies onder mensen van 15-64 jaar.)

Trend in amfetaminegebruik

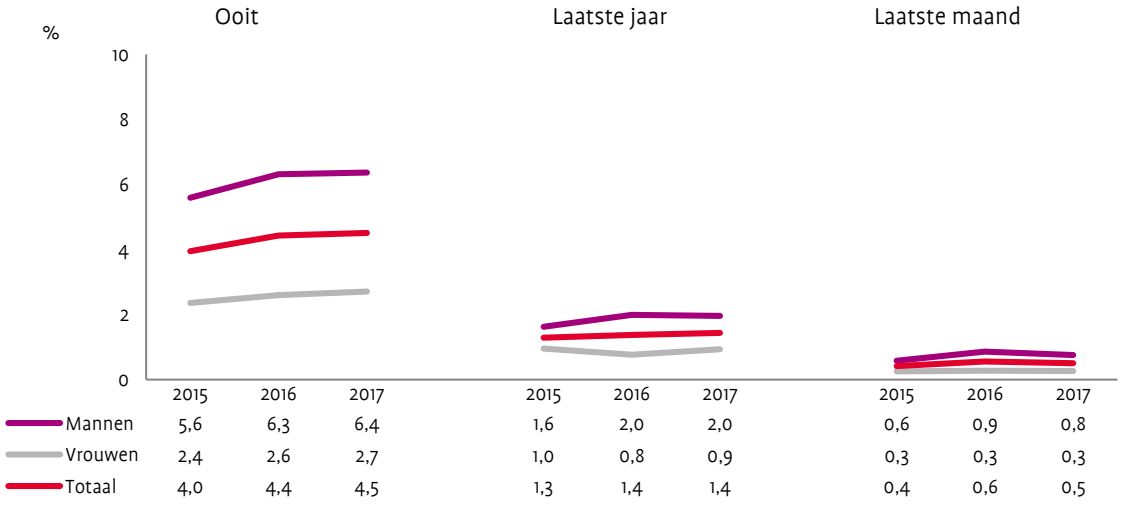
Vanaf 2015 zijn vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van amfetamine in de algemene bevolking in de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder (figuur 7.2.1). De leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder is door het CBS, het RIVM en het Trimbos-instituut gekozen als de standaard voor kerncijfers over middelengebruik.

- Het amfetaminegebruik ligt sinds 2015 op ongeveer hetzelfde niveau (figuur 7.2.1). Het ooit- en laatste-jaar-gebruik liggen in 2016 en 2017 enkele procentpunten hoger dan in 2015, maar deze verschillen zijn niet statistisch significant.

Het gebruik van amfetamine werd in het afgelopen decennium ook in 2005, 2009 en 2014 gemeten. Vanwege herhaalde wijzigingen in de onderzoeksmethode zijn alleen gegevens vergelijkbaar die zijn verzameld vanaf 2014 (zie bijlage D.2). In 2014 werd amfetaminegebruik alleen onder 15-64-jarigen gemeten (de internationale standaard leeftijdsgroep van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), zie paragraaf 5 van de middelenhoofdstukken). Trendgegevens sinds 2014 voor 15-64-jarigen staan in bijlage D.2 beschreven.

- Het ooit- en laatste-jaar-gebruik van amfetamine lag in 2014 (onder 15-64-jarigen) statistisch significant lager dan in 2015-2017. Het ooitgebruik was 4,4% in 2014 vergeleken met 4,7%-5,4% in de vervolgjaren. Het laatste-jaar-gebruik was 1,3% in 2014, vergeleken met 1,6%-1,8% in de volgende jaren.

Figuur 7.2.1 Amfetaminegebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2015, naar geslacht



	Ooit			Laatste jaar			Laatste maand		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Mannen	5,6	6,3	6,4	1,6	2,0	2,0	0,6	0,9	0,8
Vrouwen	2,4	2,6	2,7	1,0	0,8	0,9	0,3	0,3	0,3
Totaal	4,0	4,4	4,5	1,3	1,4	1,4	0,4	0,6	0,5

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017. (Zie bijlage D.2 voor resultaten van voorgaande bevolkingsstudies onder mensen van 15-64 jaar.)

Geslacht

Voor amfetamine is het percentage gebruikers circa 2-3 keer hoger onder mannen dan vrouwen. Dit verschil is groter bij het laatste-maand-gebruik dan bij het ooitgebruik .

Leeftijd

Figuur 7.2.2 laat zien dat voor het ooitgebruik de piek ligt in de leeftijdsgroep van 25-29 jaar. Voor het laatste-jaar-gebruik en het laatste-maand-gebruik ligt de piek in de leeftijdsgroep van 20-24 jaar.

- Het ooitgebruik in de leeftijdsgroep 25-29 jaar is met 12,2% in 2017 statistisch significant hoger dan in 2015 (8,1%).
- De gemiddelde leeftijd van de volwassenen van 18 jaar en ouder die het afgelopen jaar amfetamine gebruikten is 29 jaar.

Figuur 7.2.2 Amfetaminegebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2017

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Opleidingsniveau

Hoogopgeleiden hebben vaker ervaring met amfetaminegebruik dan lager opgeleiden (tabel 7.2.2). Voor amfetamine zijn de verschillen tussen de hoog- en laagopgeleiden het grootst in het laatste-jaar-gebruik en het laatste-maand-gebruik.

Tabel 7.2.2 Gebruik van amfetamine in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[1]. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Laagopgeleid	2,7	0,4	0,2
Middelbaar opgeleid	4,6	1,3	0,5
Hoogopgeleid	5,9	2,5	0,8

Percentage gebruikers ooit in het leven, laatste jaar, en laatste maand. 1. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Migratieachtergrond

Volwassenen met een niet-Westerse migratieachtergrond hebben minder vaak ervaring met amfetaminegebruik dan volwassenen met een Nederlandse achtergrond of westerse migratieachtergrond (tabel 7.2.3). Het laatste-maand-gebruik lijkt het hoogst onder volwassenen met een niet-Westerse migratieachtergrond, maar dit verschil is niet statistisch significant.

Tabel 7.2.3 Gebruik van amfetamine in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[1]. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Nederlandse achtergrond	4,8	1,6	0,5
Westerse migratieachtergrond	4,8	0,3	0,1
Niet-Westerse migratieachtergrond	1,8	1,1	0,7

Percentage gebruikers ooit in het leven, laatste jaar, en laatste maand. 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage A "Migratieachtergrond). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Stedelijkheid

Mensen die in (zeer) stedelijke gebieden wonen, hebben ongeveer twee keer zo vaak ervaring met amfetamine als mensen in matig en weinig stedelijke gebieden. Ook het laatste-jaar-gebruik en het laatste-maand-gebruik liggen in de (zeer) stedelijke gebieden ongeveer twee keer zo hoog als in de matig stedelijke gebieden en het verschil is nog groter met de weinig/niet stedelijke gebieden (tabel 7.2.4).

Tabel 7.2.4 Gebruik van amfetamine in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2017

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

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en de laatste maand. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Mate van consumptie

Uit de LSM-A Middelen blijkt dat de meerderheid van de laatste-jaar- gebruikers incidenteel amfetamine gebruikt.

- Ongeveer 3 van de 10 gebruikers (29,4%) hebben in het laatste jaar één keer amfetamine gebruikt en 44,2% heeft een paar keer gebruikt, maar minder dan maandelijks. Ongeveer één op de dertien gebruikers (8,0%) rapporteert maandelijks gebruik en 18,4% rapporteert meerdere keren per maand amfetamine te gebruiken.
- De meerderheid van de laatste-jaar-amfetaminegebruikers (89,1%) gebruikt vooral in het weekend. Gebruik op zowel weekenddagen als doordeweekse dagen kwam voor bij 9,5%, en 1,5% gebruikte meestal op doordeweekse dagen.

7.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van amfetamine op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven van scholieren van het voortgezet onderwijs

en studenten van het HBO en MBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun doorsnee leeftijdgenoten middelen gebruiken.

Scholieren van het regulier onderwijs

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend gemeten in het Peilstationsonderzoek en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie (zie bronnentabel en bijlage D.7). In 2017 is het gebruik van amfetamine echter niet gemeten onder de scholieren. Voor amfetamine zijn de gegevens beschikbaar tot en met het jaar 2015.

Kerncijfers 2015

In 2015 rapporteert 1% van de leerlingen ooit wel eens amfetamine te hebben gebruikt (tabel 7.3.1). Dit is lager dan het ooitgebruik van ecstasy (1,9% in dezelfde studie in 2015) en vergelijkbaar met het ooitgebruik van ecstasy (1,0%) in de meer recente schatting van 2017 (zie § 6.3).

Tabel 7.3.1 Percentage amfetaminegebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2015

	(%)
Ooit	1,1
Laatste jaar	0,9
Laatste maand	0,6

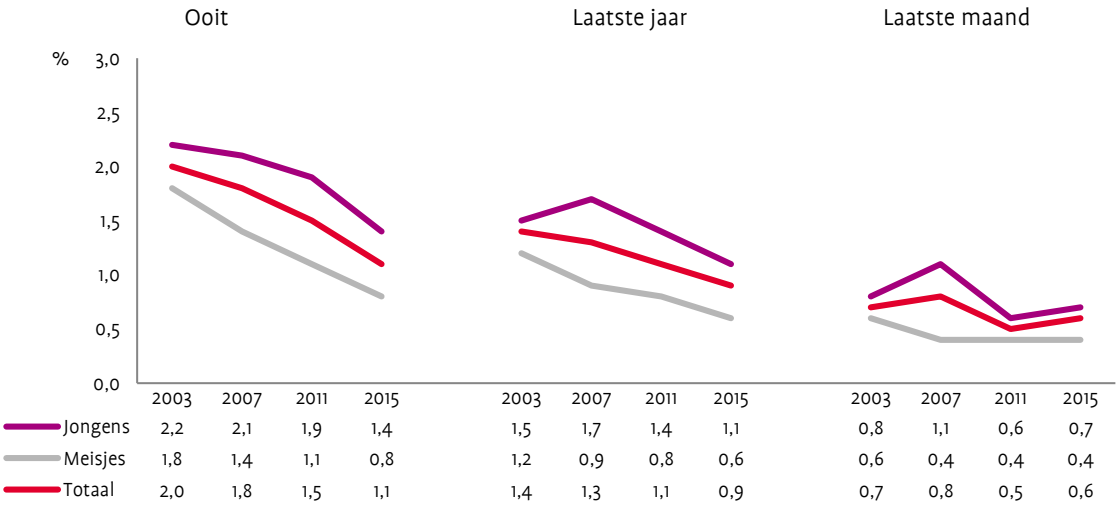
Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren /Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015 (zie bijlage D.7).

Trends in amfetaminegebruik

Sinds het midden van de jaren tachtig wordt middelengebruik onder scholieren gemonitord (zie figuur 7.3.1).

- Tussen 2003 en 2015 halveerde het percentage scholieren van 12-16 jaar dat ervaring had met amfetamine van 2,0% naar 1,1% (figuur 7.3.1). De daling tussen 2011 en 2015 was echter niet statistisch significant (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Evenals voor andere harddrugs het geval is, bleef het percentage scholieren dat in de afgelopen maand amfetamine had gebruikt in alle jaren laag. In 2015 had 0,6% in de afgelopen maand nog amfetamine gebruikt (figuur 7.3.1).

Figuur 7.3.1 Gebruik van amfetamine onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003



	Ooit				Laatste jaar				Laatste maand			
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Jongens	2,2	2,1	1,9	1,4	1,5	1,7	1,4	1,1	0,8	1,1	0,6	0,7
Meisjes	1,8	1,4	1,1	0,8	1,2	0,9	0,8	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4
Totaal	2,0	1,8	1,5	1,1	1,4	1,3	1,1	0,9	0,7	0,8	0,5	0,6

Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden), en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011, 2015) / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM.

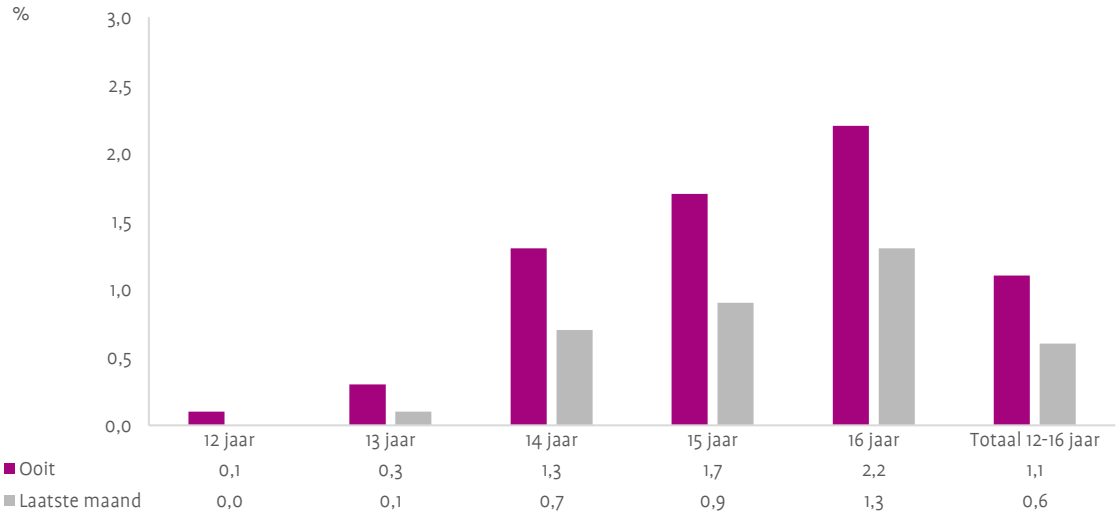
Geslacht

In 2015 had van de jongens 1,4% ervaring met amfetamine, van de meisjes 0,8% (figuur 7.3.1).

Leeftijd

In 2015 had op 12-jarige leeftijd 0,1% van de leerlingen ooit amfetamine geprobeerd en op 16-jarige leeftijd was dat 2,2% (figuur 7.3.2) (Van Dorsselaer et al., 2016).

Figuur 7.3.2 Gebruik van amfetamine onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs naar leeftijd. Peiljaar 2015



	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar	Totaal 12-16 jaar
Ooit	0,1	0,3	1,3	1,7	2,2	1,1
Laatste maand	0,0	0,1	0,7	0,9	1,3	0,6

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

Schoolniveau

In 2015 had 2% van de VMBO-b leerlingen en 0,6% van de VWO leerlingen ooit amfetamine gebruikt, maar dit verschil is niet statistisch significant.

Tabel 7.3.2 Gebruik van amfetamine in onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar naar schoolniveau. Peiljaar 2015

	Ooit (%)	Laatste maand (%)
VMBO-b	2,0	0,7
VMBO-t	0,9	0,5
HAVO	1,1	0,7
VWO	0,6	0,2

Percentage gebruikers ooit in het leven en laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2015 en 2017 is het gebruik van amfetamine gemeten in een landelijk onderzoek onder respectievelijk ongeveer 3.000 en 4.000 studenten van het MBO en het HBO (tabel 7.3.3) (Tuithof, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2018; Verdurmen, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2016).

- Het verschil in amfetamine gebruik (4% ooit in 2017) tussen jongens (5%) en meisjes (3%) is statistisch significant.
- Het gebruik van amfetamine ooit in het leven is 2% op 16-jarige leeftijd en is 5% op 18-jarige leeftijd, een statistisch significant verschil.
- Het gebruik in 2017 was vergelijkbaar met dat in 2015.

Gebruik in Amsterdam onder scholieren HAVO en VWO en studenten van het MBO

- In (zeer) stedelijke gebieden is het amfetaminegebruik hoger dan in matig- of niet-stedelijke gebieden. Ook onder Amsterdamse 1.076 HAVO/VWO scholieren en 1.972 MBO-studenten is gebleken dat het amfetaminegebruik hoger ligt dan het landelijk gemiddelde (tabel 7.3.3) (Dijkshoorn, Schilthuis, & Van Bakkum, 2016; Nabben, Luijk, Benschop, & Korf, 2017). Bij de interpretatie hiervan is het belangrijk om rekening te houden met verschillen in meetmethoden, waardoor een directe vergelijking niet mogelijk is.
- Zowel van de leerlingen van 16-18 jaar uit klas 5 en 6 van de HAVO en het VWO in Amsterdam (Dijkshoorn et al., 2016) als de MBO-studenten in Amsterdam had 8% ooit amfetamine gebruikt. Van de HAVO en VWO scholieren rapporteert 1% amfetamine te hebben gebruikt in de afgelopen maand en 2% van de MBO-studenten.
- De gemiddelde startleeftijd van de MBO-studenten lag op 18 jaar. Van de laatste-jaar-gebruikers had 43% in dat hele jaar 1 of 2 keer amfetamine gebruikt. De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Hierdoor zijn zij niet vergelijkbaar met het landelijk representatieve onderzoek onder 16-18-jarige MBO-ers en HBO-ers (Verdurmen, van Dorsselaer, & Monshouwer, 2016).

Tabel 7.3.3 Percentage amfetaminegebruikers onder andere groepen scholieren en studenten.

	Locatie	Peilaar	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO (16-18 jaar)	Nederland	2017	4	1
		2015	4	1
Scholieren klas 5 en 6 HAVO, VWO (16-18 jaar)	Amsterdam	2016	8	1
Studenten MBO (15-35 jaar)[i]	Amsterdam	2016	8	2

Percentage gebruikers van amfetamine ooit en in de laatste maand. i. De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking niet mogelijk. Bronnen: Peilstationsonderzoek MBO-HBO, 2017, Trimbos-instituut (Verdurmen et al., 2016; Tuithof et al., 2018), GGD Amsterdam/Jellinek (Dijkshoorn et al., 2016), Antenne 2016 (Nabben et al., 2017).

Speciale groepen jongeren en (jong)volwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ligt het gebruik van amfetamine hoger dan onder scholieren op reguliere middelbare scholen en de algemene bevolking, zoals hiervoor beschreven. Tabel 7.3.4 en 7.3.5 vatten de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder bezoekers van uitgaansgelegenheden en kwetsbare groepen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Amfetamine wordt vaker gebruikt door jongeren en jongvolwassenen die veel uitgaan dan door jongeren die niet uitgaan. Amfetamine wordt minder vaak gebruikt dan ecstasy, maar inmiddels minstens even vaak als cocaïne. Dit blijkt uit zowel landelijke surveys als lokale studies.

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU, 2016) is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. De respondenten van dit onderzoek vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016, zoals uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur (zie bijlage D.3) (Monshouwer, Van der Pol, Drost, & Van Laar, 2016).

- Een op de drie uitgaanders in dit onderzoek (33%) had ervaring met amfetamine, een kwart (25%) had het in het afgelopen jaar gebruikt en een op de acht deed dit in de afgelopen maand (12%). In deze groep was het amfetaminegebruik gelijk aan dat van cocaïne.
- Voor de meerderheid (66%) van de laatste-jaar-gebruikers in dit onderzoek bleef het gebruik van amfetamine beperkt tot één keer (28%) of een paar keer per jaar (38%). Ongeveer evenveel gebruikers namen amfetamine eens per maand (12%) en een paar keer per maand (13%). Vier procent rapporteerde eens per week te gebruiken, 3% een paar keer per week en 1% (bijna) dagelijks.
- Gebruikers namen op een uitgaansdag gemiddeld 4,0 lijntjes speed/amfetamine (uit 1 gram speed/amfetamine komen 10-20 lijntjes); daarin waren er geen verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke gebruikers.
- Amfetamine is evenals ecstasy een typische partydrug. Op de vraag waar amfetaminegebruikers het laatste jaar tijdens het uitgaan het vaakst amfetamine gebruiken, noemde 81% een festival, op afstand gevolgd door een club (37%), feestje (32%), thuis (29%) of een café (12%). Een poppodium (2%) werd zelden genoemd. Respondenten konden maximaal drie locaties aangeven.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven en in de Gooi en Vechtstreek middels een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven en surveys onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen.

Onderzoek in het Amsterdamse uitgaansleven liet de afgelopen twee decennia onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen grote verschuivingen in de populariteit van amfetamine zien (Nabben et al., 2017).

- Onder bezoekers van clubs, raves en festivals daalde het laatste-jaar gebruik van amfetamine van 26% in 1998 naar 12% in 2008, en steeg daarna naar 33% in 2013 en stabiliseerde het op 31% in 2017 (Nabben, Luijk, & Korf, 2018). Het laatste-maand gebruik vertoonde een zelfde patroon. Onder bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia in Hilversum lag in 2017 lager dan in Amsterdam (laatste jaar: 19%; laatste maand 7%; Luijk et al., 2018).
- Amfetamine lijkt vooral populair bij jongere stapgroepen, studenten, in het dancemilieu, en in het extremere uitgaanssegment van de hardcorefeesten. Amfetamine ('pep') wordt niet langer alleen met de gabbercultuur geassocieerd, maar vindt ook opgang in de *uppergound* in het clubcircuit en op de vele kleine festivals (Nabben et al., 2018; Nabben et al., 2017).
- Ook in de Antenne-survey in 2015 onder coffeeshopbezoekers was de stijging in het amfetaminegebruik al te zien. Het laatste-jaar-gebruik steeg in deze groep van 5% in 2009 naar 15% in 2015 (Nabben, Benschop, & Korf, 2016). Het laatste-maand-gebruik lag in 2015 op 5% en 30% had ooit amfetamine gebruikt, iets minder dan het ooit-cocaïnegebruik (34%). Twee derde (64%) van de amfetaminegebruikende coffeeshopbezoekers gebruikte het middel 1 of 2 keer in hun leven en 21% deed dit 10 keer of vaker.
- Onder Amsterdamse cafébezoekers steeg tussen 2010 en 2014 het percentage ooitgebruikers van amfetamine van 18% naar 34% en steeg het percentage laatste-maand-gebruikers van 2% naar 9% (Benschop, Nabben, & Korf, 2015).
- Amfetamine wordt vaak gecombineerd met alcohol (Nabben et al., 2018; Nabben et al., 2017).

Ook volgens een ouder uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden wordt gesteld dat amfetamine zowel tijdens het uitgaan als daarbuiten wordt gebruikt (Van Dijk en Reinerie, 2015). Deze studie combineert eveneens panelinterviews met een survey onder 1.309 uitgaande jongeren op vier Haagse uitgaanslocaties tussen 12-35 jaar.

Uit een onderzoek onder 446 studenten van de Universiteit Leiden bleek dat 8% van deze studenten ooit amfetamine had gebruikt en 3% nog in het afgelopen jaar (Kunst & Gebhardt, 2018).

Tabel 7.3.4 Ooitgebruik en laatste-maand-gebruik van amfetamine onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2016	22	33	12
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	28	20	2
		2015	25	30	5
Uitgaanders	Den Haag	2014	24	26	9
Bezoekers van cafés	Amsterdam	2014	27	34	9
		2010	27	18	2
Bezoekers van clubs, raves[II] en festivals	Amsterdam	2013	24	43	23
		2017	26	43	19
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum	2017	21	25	7
Studenten	Leiden	2015	22	8	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. - = Gegevens zijn onbekend. I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media" (Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens, Frijns, Van Hasselt, & Van Laar, 2013); Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2009 (Nabben, Benschop, & Korf, 2010), Antenne 2010 (Benschop et al., 2015), Antenne 2013 (Nabben, Benschop, & Korf, 2014), Antenne 2017 (Nabben et al., 2018), Antenne Gooi en Vechtstreek 2017 (Luijk et al., 2018); Het Haags Uitgaansonderzoek 2014, GGD Haaglanden (Van Dijk & Reinerie, 2015); Universiteit Leiden/Tilburg University (Kunst & Gebhardt, 2018).

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 slechts sporadisch gebruikt (EMCDDA, 2018).

- De Amsterdamse Antenne monitor 2017 signaleert het gebruik alleen in kleine niches in het uitgaansleven en mogelijk ook daar buiten, maar wel is methamfetamine "in kleine niches bekender geworden" (Nabben et al., 2018).
- 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 (Nabben et al., 2016).
- 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% (Nabben et al., 2018).
- Met name in underground gayscenes zou het gebruik van methamfetamine (crystal meth, 'tina') en het injecteren van deze en andere drugs ('slamming') in opkomst zijn (Drückler, Van Rooijen, & De Vries, 2018; Van den Boom, 2018). 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 (Drückler et al., 2018). Van de 4.925 MSM die deelnamen aan het onderzoek, hadden er 866 (17,6%) in de afgelopen zes 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 4e plaats stond (na de Engelse steden Brighton, Manchester en Londen) van 44 grote Europese steden waar chemsex plaatsvindt (Schmidt et al., 2016). Chemsex was daarbij gedefinieerd als seks onder invloed van ketamine, GHB/GBL, mefedron, crystal meth, of een combinatie van deze vier middelen. Onder de ongeveer 1.000 Amsterdamse respondenten was het methamfetaminegebruik in de 4 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 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.
- Stichting Mainline volgt twee MSM dating sites om zo te monitoren hoe op deze dating sites wordt gesproken over chemseks (Mainline, 2017). 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 chemseks. 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.
- Bovenstaande cijfers onderschrijven dat het gebruik van methamfetamine door MSM niet omvangrijk is. Cijfers van het DIMS (zie § 7.8) suggereren eveneens dat het gebruik van methamfetamine in Nederland beperkt is. Echter, eerder bleken MSM trendsettend in het gebruik van onder andere ecstasy en GHB, en daarom is goede monitoring gewenst. Ook dient rekening te worden gehouden met het gegeven dat het gebruik van methamfetamine in combinatie met alcohol kan leiden tot agressief gedrag (Leslie et al., 2018). Overigens is voor amfetamine, net als voor cocaïne, nog geen causaal verband gevonden met agressief gedrag, zoals dat causale verband wel is gevonden voor alchol (Kuypers, Verkes, Van den Brink, Van Amsterdam, & Ramaekers, 2018).

Kwetsbare jongeren

Er zijn geen recente landelijke gegevens beschikbaar over het gebruik van amfetamine onder 'kwetsbare' jongeren en/of jongeren in 'risicosettingen'.

- Volgens oudere cijfers gebruiken jongens in justitiële jeugdinrichtingen beduidend vaker amfetamine, voorafgaand aan hun detentie, dan hun leeftijdsgenoten in het reguliere voortgezet onderwijs (Kepper et al., 2009). Ook jongeren in de (residentiële) jeugdzorg hebben vaak ooit amfetamine gebruikt (Benschop et al., 2013; Kepper, Van Dorsselaer, Monshouwer, & Vollebergh, 2009). Zie het NDM Jaarbericht 2016 voor de cijfers.
- In de vier grote steden in 2011 had 3% van de dakloze jongeren (18-23 jaar) in de afgelopen maand amfetamine gebruikt (Van Straaten et al., 2012). Van hen deed 70% mee aan de vervolgmeting in 2013. Het middelengebruik was onder deze deelnemers wat hoger: op beide meetmomenten gebruikte 5% amfetamine. In 2013 was slechts 3% nog dakloos; 43% was gehuisvest en 11% 'marginaal' gehuisvest (bijvoorbeeld tijdelijk bij familie of vrienden).

Tabel 7.3.5 Laatste-maand-gebruik van amfetamine in kwetsbare groepen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
(Voormalig) dakloze jongeren[1]	G4	2013	22	-	5
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	16	4	<1
Dakloze jongeren	G4	2011	20	-	3

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en Utrecht. - = Gegevens zijn onbekend. 1. 70% respons rate; onder respondenten van de follow-up meting gebruikte 5% amfetamine in 2011. Bronnen: Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012, 2014), IVO, UMC St Radboud.

7.4 Problematisch gebruik

Het aantal probleemgebruikers van amfetamine, dat wil zeggen mensen die in hun dagelijks functioneren problemen krijgen met hun drugsgebruik of zelfs verslaafd raken, is onbekend. In de verslavingszorg heeft slechts een klein percentage van de patiënten problemen als gevolg van chronisch amfetaminegebruik of afhankelijkheid van amfetamine (zie § 7.6).

Volgens het EMCDDA is iemand die wekelijks of vaker amfetamine gebruikt een hoog-risico gebruiker.

- De LSM-A Middelen 2016 (zie § 7.2) laat zien dat 5,4% van de laatste-jaar-gebruikers een paar keer per week of vaker gebruikt en 13% 2 tot 4 keer per maand.
- Gemiddeld namen uitgaanders in Amsterdam die het afgelopen jaar amfetamine hadden gebruikt 13 keer amfetamine, waarbij clubbers gemiddeld vaker gebruikten dan festivalgangers (16 versus 6 keer) (Nabben et al., 2018). Eén op de vijf laatste-jaar-gebruikers (20%) vindt dat hij of zij te veel of te vaak amfetamine gebruikt.

7.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije worden verzameld door het EMCDDA (EMCDDA, 2018). In de Verenigde Staten, Canada en Australië worden de gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking verzameld door achtereenvolgens de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017, 2018), de Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (Canadian Tobacco Alcohol and Drugs Survey, 2015) en het Australian Institute of Health and Welfare (Australian Institute of Health and Welfare, 2017).

Tabel 7.5.1a presenteert gegevens over het gebruik van amfetamine in een aantal lidstaten van de EU-15 en Noorwegen waarvoor recente gegevens beschikbaar zijn. Gegevens voor enkele andere landen staan in tabel 7.5.1b.

- In 2017 had in Nederland 5,4% van de bevolking van 15-64 jaar ervaring met amfetamine; dat is het hoogst van de genoemde lidstaten in tabel 7.5.1a. De laagste percentages (minder dan 1%) werden gevonden in Slovenië, Cyprus, Portugal, Malta, Roemenië, en Turkije. De cijfers verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven en dat bemoeilijkt een precieze vergelijking tussen de landen.

- Het percentage amfetaminegebruikers in het afgelopen jaar varieert van minder dan 0,1% in Portugal tot 1,8% in Nederland.
- Ook het gebruik van amfetamine onder de jongvolwassenen ligt in Nederland hoog vergeleken met andere EU landen (zie tabel 7.5.1a).
- In landen als Australië, de Verenigde Staten en Canada gaat het bij amfetamine vaker om methamfetamine. In de Verenigde Staten is expliciet gevraagd naar het gebruik van methamfetamine (zie tabel 7.5.1b).

Tabel 7.5.1a Consumptie van amfetamine onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15 en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar

Land	Jaar	15-64 jaar		15-34 jaar	
		Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Nederland	2017	5,4	1,8	8,4	3,9
Ierland	2015	4,1	0,3	4,8	0,6
Spanje	2015	3,6	0,5	4,3	1,0
Finland	2014	3,4	1,1	5,7	2,4
Noorwegen	2016	3,4	0,3	4,9	0,5
Oostenrijk	2015	2,2	0,4	3,3	0,9
Frankrijk	2014	2,2	0,3	2,9	0,7
Portugal	2016	0,4	<0,1	0,4	<0,1
Zweden	2013	-	0,7	-	1,3

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers (15-64 jaar). - = Gegevens ontbreken. Bronnen: EMCDDA; Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Tabel 7.5.1b Consumptie van (meth)amfetamine onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen[I]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2016	16 - 59	9,2	0,5
Denemarken	2017	16 en ouder	7,0	0,7
Australië	2016	14 en ouder	6,3	1,4
Verenigde Staten[II]	2017	18 en ouder	5,9	0,6
		12 en ouder	5,4	0,6
Canada	2012	15 en ouder	4,1	-
Duitsland	2015	18 - 64	3,6	1,0
Italië	2017	15 - 74	2,4	0,1

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers. I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en de oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. In landen als Australië, de Verenigde Staten en Canada gaat het bij amfetamine vaker om methamfetamine. II. In de Verenigde Staten is expliciet gevraagd naar het gebruik van methamfetamine. Bronnen: EMCDDA, SAMHSA, CADUMS/CTADS, AIHW.

Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van 15 en 16 jaar in Europese landen. Tabel 7.5.2 toont het gebruik van amfetamine in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde vergelijkbaar onderzoek uit (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus, Leifman, & Vicente, 2016).

- Van de in tabel 7.5.2 genoemde landen was in 2015 het ooitgebruik van amfetamine het hoogst in Ierland en Oostenrijk (3%). Nederland nam met 2% een middenpositie in, maar de verschillen tussen de landen zijn klein.
- Voor 34 onderling vergelijkbare Europese landen kwam het (ongewogen) gemiddelde van het percentage ooitgebruikers op 2%.

Tabel 7.5.2 Consumptie van amfetamine onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde StatenI. Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015

	2003 (%)		2007 (%)		2011 (%)		2015 (%)
Land	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit
Ierland	1	0	3	2	2	2	3
Oostenrijk	4	4	8	-	-	-	3
België[I]	2	1	5	5	4	3	2
Frankrijk	3	-	4	4	4	3	2
Italië	3	2	4	2	2	2	2
Griekenland	0	0	3	2	2	1	2
Nederland	1	1	2	1	1	1	2
Portugal	3	2	2	3	3	2	1
Denemarken[II]	4	3	5	2	2	1	1
Zweden	1	1	2	1	2	1	1
Spanje[II]	4	3	3	1	2	1	1
Noorwegen	2	1	1	1	1	1	1
Finland	1	0	1	1	1	1	1
Verenigde Staten[III]	13	9	11	9	7	5	-
Duitsland[IV]	5	3	5	4	3	3	-
Verenigd Koninkrijk[V]	3	2	2	-	-	-	-
Zwitserland	3	2	3	-	-	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers in 2015. - = Niet gemeten. I. België alleen voor Vlaanderen. II. De gegevens voor Denemarken en Spanje 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 alleen voor zeven deelstaten in 2007 en vijf deelstaten in 2011. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

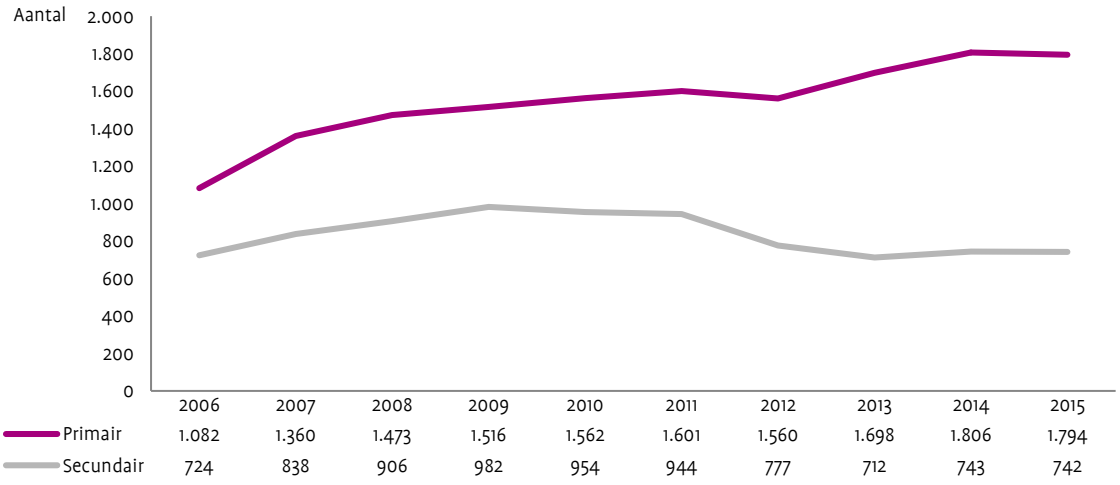
7.6 Hulpvraag en incidenten

Chronische amfetamineproblematiek wordt onder andere gezien en behandeld in de verslavingszorg. De Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS) (zie bijlage D.6) houden gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten (Lameijer, Wijers, Croes, De Ruiter, & Valkenberg, 2018). De informatie wordt verzameld in een aantal regio's en geeft geen totaaloverzicht van het absolute aantal drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in heel Nederland. Ook de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat een schatting van het aantal patiënten met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose. Zie bijlage D.4 voor de meest recente gegevens (2014).

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. Verslavingszorginstellingen leveren geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2016). De meest recente gegevens gaan over 2015 (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS).

Figuur 7.6.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire amfetamineproblematiek, vanaf 2006



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	1.082	1.360	1.473	1.516	1.562	1.601	1.560	1.698	1.806	1.794
Secundair	724	838	906	982	954	944	777	712	743	742

Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

In 2017 werd de 'Richtlijn detoxificatie' openbaar, waarin het hoofdstuk 'stimulantia' ook de ontgifting bij amfetaminegebruik beschrijft (Dijkstra, Van Oort, Schellekens, De Haan, & De Jong, 2017). Er is nog geen medicamenteuze behandeling beschikbaar voor onthoudingsverschijnselen na amfetaminegebruik, en daarom is de behandeling gericht op symptoombestrijding. In de behandeling van volwassenen met een afhankelijkheid van amfetamine staat een psychologische behandeling met cognitieve gedragstherapie en (bij voorkeur intensieve) motiverende gespreksvoering voorop (Lee & Rawson, 2008). Het toevoegen van contingentie management aan de behandeling kan de resultaten verbeteren en motiverende gespreksvoering heeft een rol bij terugvalpreventie. Ook zelfhulp kan worden ingezet. Er is nog geen bewijs voor een effectieve farmacologische behandeling. Meer in het algemeen valt de behandeling van

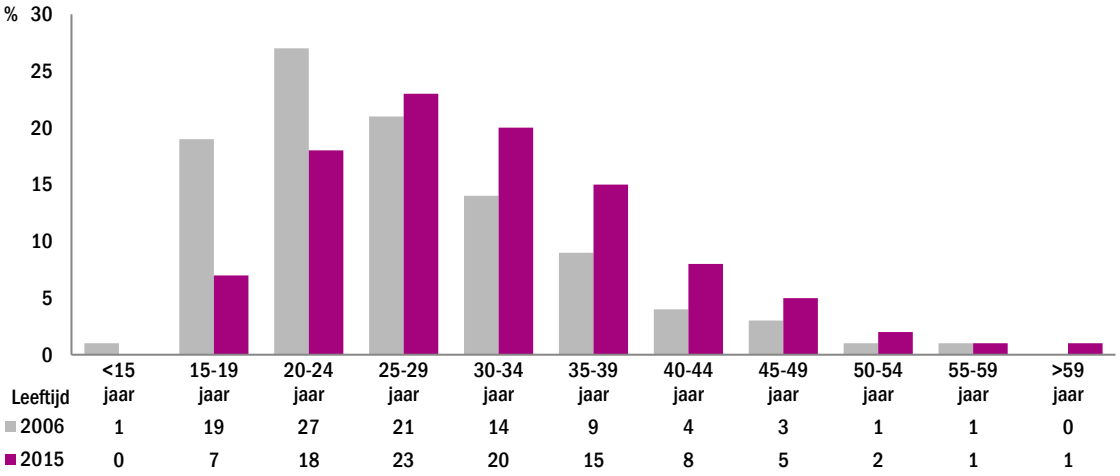
problematisch gebruik van amfetamine onder de "Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines" (Hendriks et al., 2018). Al met al adviseert de Multidisciplinaire richtlijn om bij een stoornis in het gebruik van amfetamine cognitieve gedragstherapie aan te bieden in combinatie met intensieve motiverende gespreksvoering. Ook wordt aanbevolen om, gedurende meerdere maanden, contingentie management aan te bieden, waarbij het niet gebruiken van amfetamine systematisch wordt beloond. In San Francisco zijn inmiddels goede ervaringen opgedaan met het bevorderen van positieve gevoelens bij gebruikers van methamfetamine (Carrico et al., 2018).

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. De meest recente cijfers betreffen het rapportagejaar 2015. In dat jaar hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het LADIS, het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2016). De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem steeg tussen 2006 en 2014 naar 1.806 (+67%), en bleef in 2015 op dit niveau (figuur 7.6.1).
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef relatief beperkt, maar steeg tussen 2006 en 2014 van 4% naar 5% en steeg verder naar 6% in 2015.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire amfetaminecliënten van 8 in 2006 naar 13 in 2014 en 2015.
- In 2015 was ongeveer 1 op de 4 primaire amfetaminecliënten een nieuwkomer (23%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Van de 1.794 primaire amfetaminecliënten stond bij 1.010 cliënten (56%) naast hun primaire problematiek ook een secundaire problematiek geregistreerd. Bij de secundaire problematiek ging het om cannabis (35%), alcohol (20%), cocaïne of crack (13%), ecstasy (9%), GHB (5%), slaap- en kalmeringsmiddelen (5%), of nicotine (3%).
- Voor 742 cliënten was amfetamine in 2015 een secundair probleem. Voor deze groep was het primaire probleem cannabis (35%), alcohol (28%), cocaïne of crack (13%), GHB (9%), of heroïne (7%).

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

Figuur 7.6.2 Leeftijdsverdeling van de primaire amfetaminecliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



Leeftijd	<15 jaar	15-19 jaar	20-24 jaar	25-29 jaar	30-34 jaar	35-39 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	55-59 jaar	>59 jaar
2006	1	19	27	21	14	9	4	3	1	1	0
2015	0	7	18	23	20	15	8	5	2	1	1

Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

- In 2015 waren bijna 8 van de 10 primaire amfetaminecliënten man (77%).
- De gemiddelde leeftijd was 31 jaar, iets hoger dan in 2006 (27 jaar). In 2015 lag de piek in de leeftijdsgroep 25-29 jaar; in 2006 lag de piek in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (figuur 7.6.2).
- In 2015 had 49% van de primaire amfetaminecliënten geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, 40% had een middelbare opleiding en 11% had een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

Incidenten

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage D.6) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) (Lameijer et al., 2018). 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.

Gezondheidsincidenten gerelateerd aan het gebruik van amfetamine worden relatief weinig geregistreerd.

- In 2017 werden in totaal 5.905 drugsincidenten in de peilstations gemeld.
- Bij 188 gevallen (3%) werd amfetamine als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van amfetamine

In tabel 7.6.1 worden de amfetamine-incidenten samengevat over de periode 2009-2017. In deze periode werden in totaal 33.539 unieke drugsincidenten gemeld bij de MDI en 5.436 bij het LIS (samen 38.975 incidenten), waarvan 1.131 incidenten met amfetamine als enige drug. Daarnaast was amfetamine betrokken in 2.021 incidenten waarin de patiënt een combinatie van drugs had gebruikt. In totaal werd gebruik van amfetamine dus gemeld bij 3.152 incidenten, 8% van het totaal. De volgende informatie betreft alleen incidenten met amfetamine als enige drug:

- Qua leeftijd (49% jonger dan 25 jaar) en geslacht (73% man) zijn patiënten met een amfetamine-incident vergelijkbaar met de totale groep patiënten (47% jonger dan 25 jaar; 70% man).
- Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. De intoxicaties onder invloed van amfetamine als enige drug zijn op de EHBO-posten overwegend van lichte aard (86%). De mate van intoxicatie met amfetamine is hoger bij patiënten gezien door de andere diensten: 70% van de patiënten van de ambulancediensten is matig of ernstig onder invloed, 60% van de patiënten op de SEH-afdelingen en 52% van de patiënten die door de politieartsen worden gezien.
- De cijfers over de bijdrage van amfetamine op het totaal aan incidenten, de regionale verdeling en mate van intoxicatie schommelen licht over de jaren, maar laten geen duidelijke trend zien.

Tabel 7.6.1 Incidenten met amfetamine als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2009-2017

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	233 (3)	152 (3)	195 (4)	117 (5)	434 (3)
Man (%)	75	75	73	87	66
Leeftijd: <25 jaar (%)	36	40	39	21	70
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	30	40	-	48	86
Matig (%)[II]	56	41	-	41	12
Ernstig (%)[III]	15	20	-	11	2

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Lameijer et al., 2018).

7.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

De risico's van amfetaminegebruik zijn onder te verdelen in acute en chronische risico's en kunnen van lichamelijke of psychische aard zijn. Daarnaast kan het gebruik grote sociaalmaatschappelijke gevolgen hebben.

Lichamelijke risico's van amfetaminegebruik

In het acute (direct na gebruik) en subacute (binnen enkele dagen na gebruik) stadium van 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 (Åhman, Jerkeman, Blomé, Björkman, & Håkansson, 2018).

- Net als bij ecstasygebruik is hyperthermie (oververhitting) een zeer bedreigend acuut risico van amfetaminegebruik met kans op dodelijke afloop (Cao et al., 2016) (zie § 6.7).

- Zowel na eenmalig als bij chronisch gebruik kan 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 (Cao et al., 2016; Carcmvalho et al., 2012).
- 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 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 (Cao et al., 2016; Iversen, 2008).
- Als gevolg van dwangmatige bewegingen, zoals tandenknarsen of kauwbewegingen, kunnen amfetaminegebruikers een slecht gebit krijgen en wonden krijgen op hun tong en wangslijmvlies door de constante irritatie.
- Regelmatig snuiven van amfetamine kan leiden tot beschadiging van het neusslijmvlies en chronische verkoudheid, recidiverende bloedneuzen en verlies van reukvermogen. Roken (basen) van amfetamine veroorzaakt schade aan longen en ademhalingsproblemen. Injecteren verhoogt de kans op bloedoverdraagbare infecties, zoals hiv en hepatitis B en C. Roken en injecteren van 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 hierna, en § 7.3).

Methamfetamine en infectieziekten

Er zijn signalen dat hiv-positieve mannen vaker methamfetamine en andere drugs gebruiken dan hiv-negatieve mannen.

- Het MSM Screening project (MS2-project) van de GGD Amsterdam, dat onder andere het effect van drugsgebruik op soa- en hiv-overdracht onder hoogrisico MSM onderzoekt, vond onder de deelnemers relatief veel chemsex (Achterbergh, 2015).
- Van de 148 deelnemers tussen januari 2014 en april 2015 (72 hiv-negatief, 76 hiv-positief, mediane leeftijd respectievelijk 37 en 45 jaar; twee derde universitair opleidingsniveau) gaf 70% aan harddrugs te gebruiken en bij 90% van hen was dat tijdens de seks. Gebruik van methamfetamine in de afgelopen zes maanden werd bij het eerste bezoek aan de studie door 13% gemeld en in 95% van deze gevallen was dat tijdens de seks.
- Hiv-positieve MSM (17%) hadden vaker methamfetamine gebruikt dan hiv-negatieve MSM (9%). Bij 53% van de methamfetamine-gebruikers werden een of meer soa-diagnoses gesteld, opvallend hoger dan de 28% soa-diagnoses bij MSM die geen methamfetamine gebruiken. Deze cijfers moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd vanwege het kleine aantal methamfetamine-gebruikers (19).

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.

Bij regelmatig amfetaminegebruik neemt de gevoeligheid voor het ontwikkelen van een psychose (met hallucinaties en wanen) toe (Cao et al., 2016; Iversen, 2008; McKetin, 2018).

- Het ontwikkelen van een psychose lijkt samen te hangen met de totale hoeveelheid gebruikte amfetamine en het aantal malen dat men amfetamine heeft gebruikt (Shoptaw, Kao, & Ling, 2009). 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 (Richards et al., 2015).

- Van de methamfetaminegebruikers ontwikkelt 10%-60% ooit in het leven een psychose (Wang et al., 2016).
- 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 (Richards et al., 2015).

Regelmatig amfetaminegebruik kan ook leiden tot cognitief disfunctioneren en een onherstelbaar verlies van hersencellen (Cao et al., 2016). Bij het abrupt stoppen met gebruik (onthouding of tijdens een detoxificatieperiode) kunnen psychiatrische onttrekkingsverschijnselen ontstaan, zoals depressie, angst en craving (Cao et al., 2016).

Sterfte

Het precieze aantal sterfgevallen door het gebruik van amfetamine is niet bekend. Er bestaat geen landelijke of verplichte registratie specifiek voor drugsgerelateerde sterftegevallen. Sterftegevallen na amfetaminegebruik in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS vallen onder dezelfde code als andere stimulerende middelen, zoals ecstasy, cafeïne, efedrine en khat. Hierbij dient te worden aangetekend dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS niet specifiek is toegerust op het registreren van drugsgerelateerde sterfte (zie bijlage D.1). De cijfers moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- Het totaal aantal geregistreerde (directe) sterfgevallen in deze verzamelcategorie varieerde tussen 2004 en 2012, volgens de strikte EMCDDA-definitie, van 1 tot 5 per jaar. Vanwege wijzigingen in de registratie kunnen de aantallen vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de aantallen uit de voorafgaande jaren (zie bijlage D.1).
- In 2013 registreerde het CBS, volgens de EMCDDA-definitie, 4 gevallen. In 2014 werden 14 gevallen geregistreerd, op een na waren dit accidentele vergiftigingen, terwijl in 2013 geen enkel geval accidenteel was (er was sprake van suïcide of het was niet vastgesteld of de vergiftiging met opzet of niet met opzet had plaatsgevonden).
- Ook in 2015 werden 14 gevallen van sterfte door vergiftiging met psychostimulantia geregistreerd. In 2016 verdubbelde het aantal sterftegevallen vallend binnen de brede groep psychostimulantia naar in totaal 28, om in 2017 weer te dalen naar 6. In de meeste gevallen ging het om accidentele vergiftigingen.
- De in deze paragraaf gepresenteerde cijfers betreffen dezelfde sterftegevallen als die worden beschreven in § 6.7 (sterfte door ecstasy).

Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt of de nabestaanden daarom vragen, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op vergiftigingen met onder andere alcohol en drugs.

- In de sterftegevallen waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek heeft plaatsgevonden, is amfetamine zowel in 2012 en 2013 in drie gevallen aangewezen als doodsoorzaak. In 2014 was amfetamine in geen enkel geval betrokken. In 2015 speelde amfetamine in vijf gevallen en methamfetamine in één geval een rol bij het overlijden. In 2016 werd één keer amfetamine aangetroffen in combinatie met PMA en MDMA. Ook in sommige andere gevallen hebben meerdere drugs bijgedragen aan het overlijden.
- Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterftegevallen in de verschillende hoofdstukken van dit NDM Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld. Daarnaast moet worden opgemerkt dat het totale aantal gerechtelijke secties door het NFI daalde (van 338 in 2013 naar 267 in 2016), alsook het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond (van 250 in 2013 naar 184 in 2016).

Amfetamine speelt ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn (EMCDDA, 2018).

7.8 Aanbod en markt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd (Van der Gouwe & Rigter, 2017). Een deel van deze monsters (pillen) wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend bij de instellingen zelf. Sinds week 11 in 2016 worden speedpoeders op het Trimbos-instituut geanalyseerd met een FTIR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Monsters met een onbekende samenstelling worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

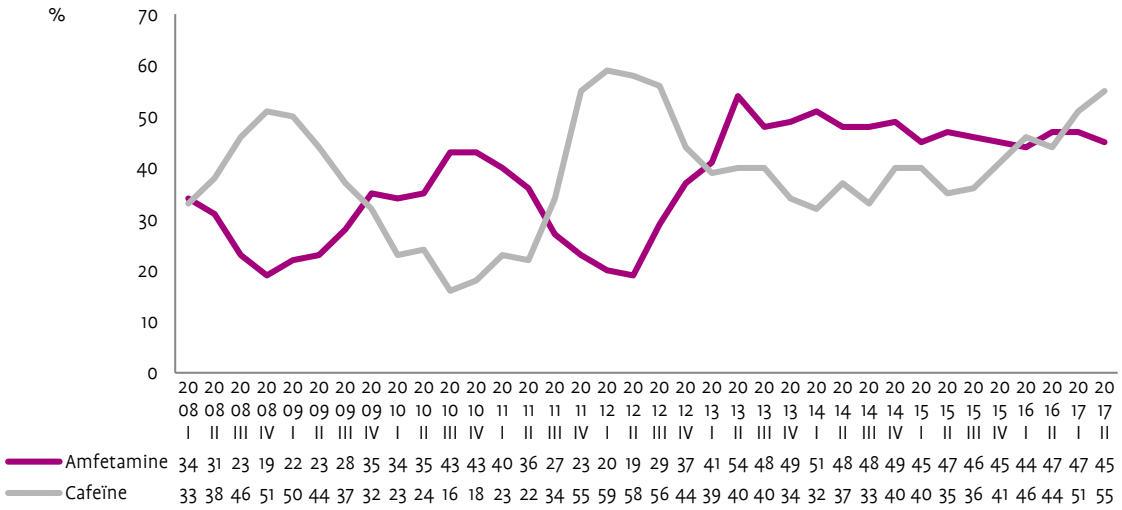
Kwaliteit en prijs

Samenstelling amfetaminepoeders

In 2017 werden 980 poeders, die als amfetamine waren gekocht, aangeleverd bij het DIMS. In totaal werden 549 speedmonsters met de FTIR geanalyseerd; van de overige 431 samples werden er 414 doorgestuurd naar het lab voor analyse en 17 niet getest. Evenals voor ecstasy zijn er tussen medio 2008 en medio 2009 ook duidelijke veranderingen waargenomen in de samenstelling van monsters die als amfetamine zijn gekocht (Van der Gouwe & Rigter, 2017). Sindsdien is er sprake van een wisselend verloop, met in 2013 een sterke toename in zuiverheid.

- In 2017 bevatte het overgrote deel (95%) amfetamine (zonder methamfetamine), dit is de afgelopen jaren niet erg veranderd.
- Methamfetamine werd in slechts één als 'amfetamine' gekocht poeder aangetroffen. Daarnaast waren er 33 samples verkocht als methamfetamine, waarvan er 21 daadwerkelijk deze stof bevatten.
- Cafeïne wordt vaak als versnijdingsmiddel aan de amfetamine toegevoegd om het te verzwaren en de effecten van amfetamine te simuleren. Versnijding met cafeïne is lucratief vanwege de veel lagere prijs vergeleken met amfetamine. In 2017 werd in 45% van de amfetaminepoeders (ook) het versnijdingsmiddel cafeïne aangetroffen, ongeveer gelijk aan 2016 (41%), maar veel minder dan werd aangetroffen in 2011 (74%) en 2012 (77%).
- Figuur 7.8.1 toont de tegengestelde trends in het gehalte amfetamine en cafeïne in die speedpoeders waarin zowel amfetamine als cafeïne werden aangetroffen. In de jaren met een laag gehalte amfetamine is het cafeïne gehalte relatief hoog. Vanaf 2016 wordt een groot deel van de speedsamples met een FT-IR gemeten, waardoor lage concentraties cafeïne soms niet gedetecteerd worden. Dit verklaart waarschijnlijk (deels) de stijging van het gemiddelde cafeïne gehalte weergegeven in figuur 7.8.1.
- Gemeten over heel 2017 bedroeg de concentratie amfetamine gemiddeld 42%. Dit komt redelijk overeen met de 44% in 2016 of 46% in 2015, maar is een stuk hoger dan in 2010 (39%), 2011 (30%) en 2012 (27%). Figuur 7.8.1 toont dat de amfetaminemarkt aan fluctuaties onderhevig is en de laatste jaren een stabiel relatief hoge zuiverheid laat zien.

Figuur 7.8.1 Gehalte amfetamine en cafeïne in speedpoeders waarin zowel amfetamine als cafeïne zijn aangetroffen, vanaf 2005



	2008 I	2008 II	2008 III	2008 IV	2009 I	2009 II	2009 III	2009 IV	2010 I	2010 II	2010 III	2010 IV	2011 I	2011 II	2011 III	2011 IV	2012 I	2012 II	2012 III	2012 IV	2013 I	2013 II	2013 III	2013 IV	2014 I	2014 II	2014 III	2014 IV	2015 I	2015 II	2015 III	2015 IV	2016 I	2016 II	2017 I	2017 II
Amfetamine	34	31	23	19	22	23	28	35	34	35	43	43	40	36	27	23	20	19	29	37	41	54	48	49	51	48	48	49	45	47	46	45	44	47	47	45
Cafeïne	33	38	46	51	50	44	37	32	23	24	16	18	23	22	34	55	59	58	56	44	39	40	40	34	32	37	33	40	40	35	36	41	46	44	51	55

Percentage amfetamine en het versnijdingsmiddel cafeïne in speedpoeders die zowel amfetamine als cafeïne bevatten. Data zijn weergegeven per jaar van 2005-2007 en per kwartaal van 2008-2016. Vanaf 2016 wordt een groot deel van de speedsamples met een FT-IR gemeten, waardoor lage concentraties cafeïne soms niet gedetecteerd worden. Dit verklaart waarschijnlijk (deels) de stijging van het gemiddelde cafeïne gehalte. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- Enkele jaren geleden werd regelmatig 4-fluoramfetamine (4-FA) als vervuiling aangetroffen in monsters verkocht als amfetamine. In 2012 was dat nog 46 keer, maar de jaren daarna daalde het tot geen enkel sample in 2017.
- Vanaf 2010 werd de stof 4-methylamfetamine (4-MA) in toenemende mate in amfetaminemonsters aangetroffen met een piek van 191 keer in 2012 (in totaal 199 samples met 4-MA), soms ook als hoofdstof (zie hoofdstuk 8). Sinds 4-MA vanwege gezondheidsincidenten via een spoedprocedure op lijst I van de Opiumwet geplaatst werd in 2012, is ook het aantal keer dat deze stof werd aangetroffen gedaald. In 2017 werd het middel niet meer aangetroffen in een amfetaminepoeder.

Prijs

De Amsterdamse Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een gram amfetamine. De aankoopprijzen van amfetamine zijn de afgelopen jaren gestegen. Vaak zijn drugs in Amsterdam en andere grootstedelijke gebieden duurder dan in andere delen van Nederland.

- Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen betaalden in 2017 tussen de 1 en 50 euro (gemiddeld 7,40 euro) per gram amfetamine (Van der Gouwe & Rigter, 2017). De gemiddelde prijs steeg van 6 euro in 2010 naar 9 euro per gram amfetamine in 2012, toen het gehalte amfetamine laag was en het gehalte cafeïne hoog was (figuur 7.8.1).
- De interkwartiel afstand (Engels: interquartile range, IQR) is een maat die weergeeft binnen welke range 50% van de samples valt. Wanneer deze interkwartiel afstand wordt bepaald voor de prijs van amfetamine, dan kostte 50% van de amfetaminepoeders in 2017 tussen de 4 en 9 euro.
- Hoewel een veranderde rapportagemethode in 2013 een vergelijking bemoeilijkt, lijkt sindsdien een prijsdaling te zijn opgetreden van amfetaminemonsters (tabel 7.8.1).
- De meest gangbare prijs van amfetaminepoeders lag in 2017 op 10 euro (Nabben et al., 2018).
- Volgens sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven is de prijs voor een gram methamfetamine in 2017 in de gayscene gedaald naar 80 euro, vergeleken met 100 tot 150 euro in 2016 (Nabben et al., 2018).

Tabel 7.8.1 Prijzen (euro)[I] van amfetamine op consumentenniveau, vanaf 2008[II]

	2008	2009	2010	2011	2012	Wijziging methode[II]	2013[II]	2014	2015	2016	2017
Aantal monsters (n)	843	973	969	843	650	…	1.077	904	929	929	588
Gemiddelde (€)	6	8	6	8	9	…	8	7	7	7	7
Mediaan (€)	5	6	6	5	11	…	8	6	6	6	6
Minimum – maximum (€)	5-15	1-25	2-15	3-17	3-30	…	1-35	1-30	1-50	1-50	1-50

… = Wijziging methode. I. Prijs per gram amfetamine. II. In 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij de prijs als continu in plaats van categoriaal werd uitgevraagd, hetgeen weinig impact heeft op de gemiddelde prijs en mediaan, maar wel de range van de prijs wijder maakt en non-respons reduceert. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

8. Nieuwe psychoactieve stoffen

8.1 Laatste feiten en trends	▶ pagina 240
8.2 Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 240
8.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen	▶ pagina 243
8.4 Problematisch gebruik	▶ pagina 248
8.5 Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 249
8.6 Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 252
8.7 Ziekte en sterfte	▶ pagina 255
8.8 Aanbod en markt	▶ pagina 258

8. Nieuwe psychoactieve stoffen

Inleiding

Geregeld verschijnen er stoffen op de (Europese) markt die qua werking vergelijkbaar zijn met de 'traditionele' illegale drugs, maar (nog) niet onder de drugswetgeving vallen en vaak worden geproduceerd om deze te omzeilen (Koning & Niesink, 2013). Deze stoffen worden ook wel aangeduid als 'legal highs', 'research chemicals' of 'designer drugs', maar tegenwoordig met de verzamelterm Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS, zie § 15.1). Soms worden deze stoffen bewust gebruikt en soms worden zij toegevoegd aan andere drugs (bijvoorbeeld ecstasy of amfetamine), zonder dat de gebruiker dit weet. Doorgaans is weinig bekend over het gebruik en de risico's van NPS.

In 2017 stonden meer dan 670 NPS geregistreerd in het Europese Early Warning System van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2018c). In dit jaar werden 51 nieuwe stoffen gemeld. In 2016 waren dit er 66, voor het eerst sinds de registratie in 2005 een afvlakking van de jaarlijkse stijging (EMCDDA, 2018b, 2018h). Meestal blijft het gebruik van NPS beperkt tot een kleine gebruikersgroep en is het een tijdelijk fenomeen. Slechts van een enkel middel lijkt het gebruik wat bestendiger. Desondanks is de NPS-markt de afgelopen jaren sterk toegenomen en daarmee het risico op (soms fatale) gevolgen voor de volksgezondheid. Het gebruik lijkt onder bepaalde risicogroepen, zoals uitgaande jongeren, mannen die seks hebben met mannen, injecterend drugsgebruikers en gedetineerden, relatief hoog te zijn (EMCDDA, 2018j). Gebruik van het middel 4-fluoramfetamine (4-FA) heeft in Nederland in 2016 tot enkele ernstige incidenten geleid, waarvan een tweetal fataal. Naar aanleiding hiervan is er in september 2016 een publiekswaarschuwing uitgegaan voor de risico's van 4-FA gebruik en is het middel op 25 mei 2017 op Lijst I van de Opiumwet geplaatst. Recent gepubliceerde resultaten van farmacologisch onderzoek naar de werking van 4-FA in gezonde vrijwilligers, laten zien dat het middel nog gevaarlijker is dan aanvankelijk werd gedacht. Vanwege ernstige 'bijwerkingen' moest de maximale dosering worden teruggebracht van 150 mg naar 100 mg (De Sousa Fernandes Perna et al., 2018).

Tussen 2017 en september 2018 zijn er 32 risicobeoordelingen uitgevoerd op Europees niveau (http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16776EN.html). Risicobeoordelingen worden ook uitgevoerd door de WHO (Expert Committee on Drug Dependence) (http://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/ecdd/en/) of op nationaal niveau door de risicobeoordelingscommissie van het Coördinatiepunt Assesment en Monitoring nieuwe drugs (CAM). (Mede) naar aanleiding van deze risicobeoordelingen zijn op 25 mei 2017 de volgende drie middelen op lijst I van de Nederlandse Opiumwet geplaatst: 4-FA, acetylfentanyl, en alfa-PVP (zie § 2.1). Per 27 april 2018 zijn de middelen 4-MEC; 5F-APINACA; acryloylflentanyl; butyrfentanyl; ethylon; ethyl-fenidaat; furanylfentanyl; methiopropamine (MPA); MDMB-CHMICA; pentedron; U-47700 en XLR-11 op lijst I van de Opiumwet geplaatst (zie § 2.1). Niet altijd worden deze middelen aangetroffen op de Nederlandse gebruikersmarkt (zie § 8.8).

Vanwege het in rap tempo verschijnen en verdwijnen van stoffen en veranderingen in (inter)nationale wetgeving is 'NPS' een rekbare term (Reuter & Pardo, 2017b, 2017a). In dit hoofdstuk wordt de NPS-definitie van het Meldpunt Nieuwe Drugs (zie bijlage A) gehanteerd. NPS zijn volgens deze definitie in eerste instantie synthetische stoffen met een psychoactieve werking die pas sinds kort op de drugsmarkt worden aangetroffen en nog niet onder de Opiumwet vallen, zoals 3-MMC, ethylone of pentedron

(https://meldpuntnd.nl), maar ook gereguleerde stoffen die – na enkele jaren afwezigheid – opnieuw op de drugsmarkt verschijnen (zoals 2C-B) of waarvan de wettelijke status pas recent is veranderd (zoals 4-FA, mefedron en methylon) worden in dit hoofdstuk beschreven (zie ook tabel 8.1). Deze middelen blijven ook staan op de lijst van middelen voor het Early Warning System (EWS) van het EMCDDA voor permanente monitoring (EMCDDA, 2018h). In november 2017 heeft de EU nieuwe wetgeving gepubliceerd voor de uitwisseling van informatie, het systeem voor vroegtijdige waarschuwing en de risicobeoordelingsprocedure inzake nieuwe psychoactieve stoffen (Raad van de Europese Unie, 2017). 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 Europese Unie.

Dit hoofdstuk vat gegevens samen voor een aantal (relatief) veel in Nederland voorkomende NPS, ingedeeld op grond van hun chemische structuur of farmacologische werking zoals dat internationaal (voor EMCDDA en United Nations Office on Drugs and Crime) gebruikelijk is (zie tabel 8.1) (Koning & Niesink, 2013). Aangezien NPS een scala aan middelen aanduidt, loopt ook de werking uiteen.

Tabel 8.1 NPS indeling met in Nederland voorkomende voorbeelden

NPS soort	Kenmerk	Voorbeelden	Op lijst I NL Opiumwet
Fenylethylaminen	Lijken wat betreft structuur en werking op MDMA (ecstasy) en amfetamine.	2C-B	Sinds 1997
		4-Fluoramfetamine (4-FA)	Sinds 25 mei 2017
		6-APB	Nee[I]
		25I-NBOMe 25B- NBOMe, 25C- NBOMe	Sinds 1 juli 2015 Sinds 1 januari 2016
		4-methylamfetamine (4-MA)	Sinds 15 juni 2012 (spoedprocedure)
Tryptaminen	Hebben veelal een hallucinogeen effect en lijken op tryptaminen die in de natuur voorkomen, zoals psilocybine in paddo's.	DMT	Sinds 1966
		5-MeO-DMT	Sinds 2003 via de esters en de ethers[II]
Synthetische cathinonen	Zijn wat betreft werking vergelijkbaar met amfetamine (naam komt van 'cathinon', bestanddeel van de khatplant).	Mefedron (4-MMC/meow meow)	Sinds 9 mei 2012
		Methylon	Sinds 1 januari 2016
		a-PVP (flakka) 4-MEC	Sinds 25 mei 2017 Sinds 27 april 2018
Synthetische cannabinoïden	Simuleren de werking van THC (het belangrijkste psychoactieve bestanddeel in cannabis) maar hebben een andere chemische structuur.	Toegevoegd aan 'kruidenmengsels', aangeduid als bijvoorbeeld 'Spice'	JWH-018 en AM-2201 sinds 1 januari 2016 5F-APINACA en MDMB-CHMICA sinds 27 april 2018 Andere 'synthetische cannabinoïden' niet[II]
Piperazinen	Vormen een groep psychoactieve stoffen die voor het eerst werden aangetroffen op de ecstasymarkt en als zodanig werden verkocht.	mCPP	Nee[II]
		MT-45	Sinds 1 juli 2015
Synthetische opioïden	Zijn qua werking vergelijkbaar met morfine en heroïne, maar tal van fentanyl-achtigen zijn veel potenter.	U4770 Carfentanyl	Sinds 27 april 2018
Overig	Onder andere obsolete geneesmiddelen en stoffen die van geneesmiddelen zijn afgeleid (bijvoorbeeld structuurvarianten van ketamine).	Methoxetamine (MXE)	Sinds 1 juli 2015

I. Deze stoffen vallen in Nederland niet onder de Opiumwet; het Europese Hooggerechtshof heeft bepaald dat NPS niet onder de Geneesmiddelenwetwet vallen (tenzij het een werkzame stof uit een geneesmiddel betreft, zoals ketamine) en daarmee vallen deze middelen nu onder de Warenwet. II. De esters en ethers van DMT zijn volgens de huidige versie van de Opiumwet verboden, maar naar alle waarschijnlijkheid zal dit gewijzigd worden in de volgende versie van de Opiumwet.

8.1 Laatste feiten en trends

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

- In 2016 kwam het gebruik van NPS weinig voor in de bevolking van 18 jaar en ouder, met uitzondering van 4-fluoramfetamine (4-FA). Het laatste-jaar-gebruik van dit middel lag toen op vergelijkbaar niveau als dat van amfetamine, maar lager dan van cocaïne en ecstasy (§ 8.2).
- Marktindicatoren (§ 8.8) en gezondheidsincidenten (§ 8.6) suggereren een daling in 4-FA gebruik na waarschuwingen voor de risico's eind 2016 en plaatsing op lijst I van de Opiumwet op 25 mei 2017.
- Het percentage gebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder van mefedron, synthetische cannabinoïden, methoxetamine en 6-APB lag in 2016 vele malen lager dan van 4-FA (§ 8.2). 2C-B is in deze peiling niet uitgevraagd.
- Een Europees onderzoek uit 2015 onder scholieren van 15-16 jaar suggereert dat het gebruik van enige NPS onder Nederlandse scholieren op hetzelfde niveau ligt als cocaïne en amfetamine (§ 8.3), en lager is dan het Europees gemiddelde (§ 8.5).
- Onder studenten van het MBO en HBO het percentage ligt het percentage ooitgebruikers van 4-FA en 2C-B vier keer lager dan voor ecstasy en twee keer lager dan voor amfetamine (§ 8.3).
- Aanzienlijke hogere percentages van 4-FA en 2-CB gebruik worden gevonden onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen (althans, tot het eerste kwartaal van 2017) (§ 8.3).
- De Monitor Drugsincidenten ziet, behalve met 4-FA, weinig incidenten met NPS. Het aandeel van 4-FA-incidenten nam fors toe tussen 2012 en de eerste helft van 2017 en halveerde vervolgens in de tweede helft van 2017, na het verbod.
- In 2017 daalde het aantal door consumenten ingeleverde NPS. Dit komt met name door de daling in 4-fluoramfetamine (4-FA) (§ 8.8).
- De zeer potente (nieuwe) synthetische opioïden (met name fentanyl-achtigen) die vooral in de VS en Canada, maar ook relatief vaak in Zweden (The Swedish Police Authority; National Operations Department, 2018) voor veel slachtoffers zorgen, komen in Nederland incidenteel op de gebruikersmarkt voor (§ 8.7).
- In 2017 was één op de twintig bij het DIMS ingeleverde drugsmonsters via het internet gekocht; vooral NPS worden relatief vaak online aangeschaft (§ 8.8).

8.2 Gebruik: algemene bevolking

In 2016 is voor het eerst het gebruik van Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) in de Nederlandse algemene bevolking gemeten in de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A Middelen). Dit is een tweejaarlijkse dieptestudie naar middelengebruik in de algemene bevolking, die naast de jaarlijkse kernstudie Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor wordt uitgevoerd voor meer verdiepende gegevens over middelengebruik, waaronder het gebruik van NPS. Deze dieptestudie wordt in 2018 weer uitgevoerd en nieuwe gegevens over NPS-gebruik zullen zodoende in het Jaarbericht 2019 weer beschikbaar zijn (zie bijlage D.2).

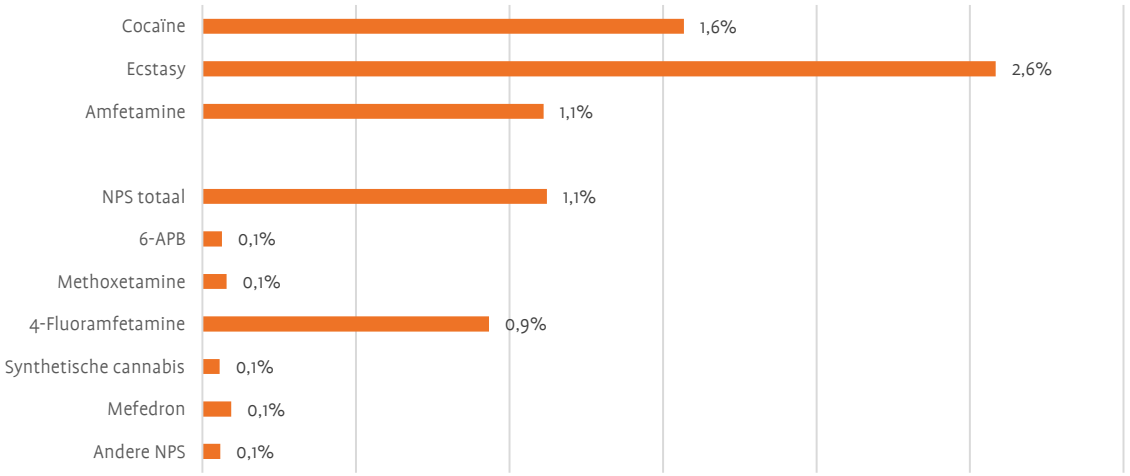
Kerncijfers 2016

De LSM-A Middelen omschrijft NPS als volgt: "Sommige stoffen bootsen de werking na van drugs zoals ecstasy, cocaïne of amfetamine. Deze stoffen worden ook wel nieuwe psychoactieve stoffen of 'legal

highs' genoemd." Vervolgens wordt naar het gebruik van een aantal specifieke middelen in de afgelopen 12 maanden gevraagd.

- Ongeveer één op de 100 volwassen Nederlanders rapporteerde in 2016 in het afgelopen jaar wel eens een van de uitgevraagde NPS (inclusief 'anders') gebruikt te hebben (figuur 8.2.1). Dit komt neer op 140 duizend volwassen Nederlanders (tabel 8.2.1).
- De meerderheid van deze laatste-jaar-gebruikers had 4-FA gebruikt, wat neerkomt op 0,9% van de bevolking. Het gebruik van de andere NPS (mefedron, synthetische cannabis, methoxetamine en 6-APB) ligt met 0,1% aanzienlijk lager (figuur 8.2.1).
- 2C-B is in de peiling van 2016 niet specifiek uitgevraagd. Uit ander onderzoek, onder uitgaanders blijkt dat dit middel de meest gebruikte NPS ná 4-FA is (Monshouwer, Van der Pol, Drost, & Van Laar, 2016).
- Het 4-FA gebruik ligt in 2016 lager dan het ecstasy- en cocaïnegebruik, en ongeveer gelijk aan het amfetaminegebruik (figuur 8.2.1, LSM-A Middelen 2016). Onbekend is of de prevalentie van 4-FA gebruik is veranderd in 2017, na plaatsing op lijst I van de Opiumwet op 25 mei 2017.

Figuur 8.2.1 NPS- en stimulantiagebruik in Nederland in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2016



Percentage gebruikers in het afgelopen jaar. Om een vergelijking te kunnen maken tussen het gebruik van NPS en traditionele stimulantia worden in deze figuur resultaten gepresenteerd uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A middelen) 2016. (Bron: LSM-A Middelen/ Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS.) Deze cijfers zijn (niet statistisch significant) lager dan de kernprevalenties over 2016, zoals gerapporteerd het Jaarbericht NDM 2017: het laatste-jaar-gebruik van cocaïne (1,7%), ecstasy (2,9%) en amfetamine (1,4%) uit de jaarlijkse Gezondheidsenquête. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos- instituut, 2016.) (Zie bijlage D.2.).

Trend in NPS-gebruik

Er zijn nog geen trendgegevens beschikbaar voor NPS-gebruik in de algemene bevolking. In 2018 wordt NPS-gebruik opnieuw gemeten, deze gegevens zullen in 2019 beschikbaar komen.

Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid

De kerncijfers voor 2016 zijn uitgesplitst naar demografie (tabel 8.2.1). Aangezien de verzamelgroep 'NPS-gebruikers' zeer divers is, maar vooral bestaat uit 4-FA gebruikers, hebben de hiernavolgende gegevens met name betrekking op 4-FA gebruik.

- Het verschil in gebruik van 4-FA tussen mannen en vrouwen is niet statistisch significant.
- Consumptie van 4-FA komt het meest voor onder 20-24-jarigen: een op de twintig mensen in deze leeftijdsgroep gebruikte dit middel in het afgelopen jaar.
- Het gebruik van 4-FA is (veruit) het hoogst in de groep hoogopgeleiden.

- Volwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond hebben minder vaak ervaring met 4-FA dan de andere groepen, maar dit verschil is niet statistisch significant.
- Gebruik van 4-FA komt meer voor in grote steden dan elders.
- 4-FA gebruikers hebben ook veel ervaring met andere middelen: veruit de meerderheid van de 4-FA gebruikers heeft ooit of in het afgelopen jaar ook ecstasy gebruikt (Van der Pol, Nijkamp, Nabben, & Van Laar, 2017).

Tabel 8.2.1 Gebruik in het afgelopen jaar van NPS (waaronder 4-FA) en van 4-FA afzonderlijk in de bevolking van 18 jaar en ouder naar demografie. Peiljaar 2016

	Laatste jaar NPS (%)	4-FA (laatste jaar)(%)
Totaal	1,1	0,9
Absoluut aantal (afgerond op 10.000)[I] (95% betrouwbaarheidsinterval)	140.000 (120.000-170.000)	120.000 (100.000-150.000)
Geslacht		
Man	1,3	1,1
Vrouw	0,9	0,8
Leeftijd		
18-19	1,2	1,2
20-24	5,8	5,6
25-29	3,9	3,2
30-39	1,0	1,0
40-49	0,5	0,3
50-64	0,1	0,0
Opleidingsniveau[II]		
Laag opgeleid	0,1	0,1
Middelbaar opgeleid	0,9	0,6
Hoog opgeleid	2,2	2,0
Migratieachtergrond[III]		
Nederlandse achtergrond	1,1	1,0
Westerse migratieachtergrond	1,1	0,9
Niet-Westerse migratieachtergrond	0,9	0,6
Stedelijkheid[IV]		
(Zeer) sterk stedelijk	1,5	1,3
Matig stedelijk	0,9	0,7
Weinig/niet stedelijk	0,5	0,4

Percentage gebruikers in het afgelopen jaar. I. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat NPS/4-FA gebruikt, is afgerond op tienduizendtallen II. Opleidingsniveau: 18-24 jaar VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. III. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage A "Migratieachtergrond). IV. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2016.

8.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Het gebruik van NPS wordt onder jongeren nog niet systematisch in kaart gebracht. Deze paragraaf beschrijft wat er uit uiteenlopende onderzoeken bekend is: een landelijk onderzoek naar middelengebruik onder een representatieve steekproef scholieren van 15-16 jaar van het voortgezet onderwijs, een onderzoek onder studenten van het MBO-HBO, een onderzoek onder Amsterdamse studenten van het MBO en diverse landelijke en lokale onderzoeken in verschillende groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen.

Scholieren van het regulier onderwijs

In 2015 zijn voor het eerst vragen over het gebruik van NPS meegenomen in het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD, zie ook § 8.5). Aan 15- en 16-jarige scholieren is in dit onderzoek gevraagd of ze ooit NPS hebben gebruikt. Hierbij moet worden opgemerkt dat het definiëren van NPS erg lastig is in surveys. NPS is in de ESPAD als volgt beschreven: "Je kunt tegenwoordig soms ook 'nieuwe middelen' kopen die een zelfde soort effect hebben als wiet, hasj of ecstasy. Ze worden ook wel 'nieuwe psychoactieve stoffen', 'legal highs' of 'research chemicals' genoemd. Ze zijn er in verschillende soorten, zoals kruidenmengsel, drankjes, poeders, pillen of kristallen" (Kraus, Leifman, & Vicente, 2016).

Kerncijfers 2015

Van de Nederlandse 15-en 16-jarige scholieren rapporteert 2% ooit een NPS gebruikt te hebben (tabel 8.3.1). Daarnaast weet 4% het antwoord niet (evenveel jongens als meisjes). Het ooitgebruik ligt hiermee op het niveau van dat van cocaïne (2%) en amfetamine (2%), maar lager dan voor ecstasy (3%). Het laatste-jaar-gebruik van enige NPS is 1%.

Een andere studie in 2013 in vier landen (Italië, Oekraïne, Montenegro en IJsland) naar de betrouwbaarheid van de antwoorden op de vraag naar NPS-gebruik liet zien dat gemiddeld ruim een kwart (28%) van de scholieren de vraag op een of andere wijze verkeerd interpreteerde (Hibell, Molinaro, Siciliano, & Kraus, 2015). Hoewel in Nederland de bekendheid met NPS (inmiddels) mogelijk groter is, suggereert deze studie dat de cijfers over het gebruik van NPS voorzichtig dienen te worden geïnterpreteerd.

Tabel 8.3.1 Percentage NPS-gebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 15-16 jaar. Peiljaar 2015

	(%)
Ooit	2
Laatste jaar	1

Percentage gebruikers onder scholieren van 15 en 16 jaar van het middelbaar onderwijs, ooit en in het laatste jaar. Bron: ESPAD.

Trends in NPS-gebruik

Er zijn nog geen gegevens over trends in het NPS-gebruik onder scholieren. In 2019 wordt wederom de ESPAD studie onder scholieren (15-16 jaar) uitgevoerd; de gegevens hiervan zijn in 2020 beschikbaar.

Geslacht

In 2015 was het NPS-gebruik (ooit) onder 15-16-jarige scholieren niet verschillend voor jongens (3%) en meisjes (2%). Dit gold ook voor het laatste-jaar-gebruik van NPS (1% voor jongens versus 0% voor meisjes).

Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2017 is het gebruik van 4-FA en 2C-B gemeten in een landelijk onderzoek onder ongeveer 4.000 studenten van het MBO en het HBO (tabel 8.3.2) (Tuithof, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2018).

- Het ooitgebruik van 4-FA en 2C-B onder studenten van het MBO en HBO ligt voor beide middelen op ongeveer 2%. Dat is ongeveer vier keer lager dan voor ecstasy en twee keer lager dan voor amfetamine.
- Het laatste-maand-gebruik van 2C-B ligt wat hoger dan van 4-FA. Dit is in tegenstelling tot eerdere studies in het uitgaansleven (zie verderop § 8.3). Deze studie vond plaats in het najaar van 2017, na de waarschuwing voor - en het verbod van 4-FA (zie paragraaf (§ 8.1 en § 8.3). Het is onbekend of de prevalentie van 4-FA-gebruik is veranderd in 2017, na gezondheidswaarschuwingen eind 2016 en plaatsing op lijst I van de Opiumwet (25 mei 2017).
- Voor 4-FA-gebruik is er geen verschil tussen jongens en meisjes, terwijl meer jongens dan meisjes ervaring hebben met 2C-B.
- De aantallen gebruikers zijn te klein om uitspraken te doen over verschillen tussen MBO en HBO.

Tabel 8.3.2 Percentage 4-FA en 2C-B gebruikers onder studenten van het MBO en HBO (16-18 jaar). Peiljaar 2017

	4-FA		2C-B	
	Ooit (%)	Laatste maand (%)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Totaal	1,9	0,1	2,0	0,5
Jongens	2,0	0,1	2,7	0,6
Meisjes	1,8	0,2	1,3	0,4

Percentage gebruikers onder scholieren van het MBO en HBO ooit en in de laatste maand. Bron: Middelenmonitor MBO-HBO, 2017 (Tuithof et al., 2018).

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

Er zijn geen representatieve onderzoeken beschikbaar over het NPS-gebruik onder Nederlandse uitgaande jongeren en jongvolwassenen. In de afgelopen jaren zijn wel kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over het gebruik van NPS beschikbaar gekomen uit lokale onderzoeken en nationale web-surveys. Aangezien dit gerichte studies zijn onder risicogroepen, ligt het NPS-gebruik hier vanzelfsprekend hoger dan in de algemene bevolking (zie § 8.2). Daarnaast geven deze studies geen prevalentiecijfers van hét NPS-gebruik onder de Nederlandse jongeren per se, maar brengen ze wel nieuwe trends in een moeilijk te bereiken populatie in kaart. Van belang is voorts dat de markt van NPS dynamisch is en onderzoeksgegevens over het gebruik snel kunnen 'verouderen'. Het algehele beeld dat niettemin naar voren komt uit deze bronnen is dat 4-FA en 2C-B (nog steeds) de meest populaire NPS zijn, maar dat deze middelen niet de populariteit van de meer gevestigde drugs evenaren. Recent zijn er ook signalen voor een toename in het stimulerende middel 3-MMC, mogelijk als reactie op de berichten over de gezondheidsschade en strafbaarstelling van 4-FA.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (HGU2016) is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. De respondenten van dit onderzoek vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016, zoals uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur (zie bijlage D.3) (Monshouwer et al., 2016).

- In 2016 lag het ooitgebruik van de meeste NPS op enkele procenten. Uitzonderingen daarop waren 4-fluoramfetamine (4-FA), dat een plek onder de uitgaansdrugs lijkt te hebben ingenomen, en het middel 2C-B, dat qua gebruik tussen 4-FA en andere NPS in lag (zie tabel 8.3.3).

Onderzoek suggereert dat veel gebruikers (wel eens) klachten ervaren na 4-FA gebruik en dat een deel zijn of haar gebruik heeft geminderd, onder meer na waarschuwingen over de risico's. Dit bleek uit onderzoek in 2017, waarin laatste-jaar-gebruikers van 4-FA uit HGU2016 opnieuw zijn benaderd voor een diepte-survey (Van der Pol et al., 2017).

- Van de 371 respondenten was een kwart gestopt en een vijfde was minder vaak 4-FA gaan gebruiken. Voor 41% was de frequentie van gebruik in 2017 vergelijkbaar met 2016. Slechts 15% gebruikte frequenter ten opzichte van 2016.
- Gebruikers geven aan gemiddeld 201 milligram of 1,3 pil tijdens een avond te nemen, verdeeld over meerdere momenten. Doorgaans nemen 4-FA gebruikers hogere doseringen en vaker 'bij' dan professionals inschatten. De dosis nodig voor gewenste effecten ligt waarschijnlijk dicht bij de dosis die (voor sommigen) ongewenste effecten geeft (zie ook § 8.6 en § 8.7). In recent experimenteel onderzoek gaf een dosering van 150 mg een dusdanig ernstige toename van bloeddruk en hartslag, dat verdere metingen met deze dosering zijn stopgezet (De Sousa Fernandes Perna et al., 2018).
- De meeste gebruikers (80%) ervaren negatieve effecten bij het gebruik van 4-FA, zoals slaapproblemen, hoofdpijn of hartkloppingen. Slechts één op de tien personen overweegt een EHBO te bezoeken bij klachten. Voor velen waren deze effecten aanleiding om te minderen of te stoppen.
- De voorlichtingscampagne en negatieve berichtgeving omtrent de gezondheidsrisico's hadden bijna alle gebruikers bereikt via landelijke media of sociale media. Een meerderheid van de 4-FA gebruikers beschouwt de waarschuwing als terecht, betrouwbaar en relevant. Veel gebruikers zijn gestopt (30%) of hebben anderszins aangegeven het gebruik te hebben aangepast of geminderd (29%) vanwege de waarschuwing.

Tabel 8.3.3 Gebruik van NPS in Nederland door (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15-35 jaar. Peiljaar 2016

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
2C-B	14,8	9,5	2,7
4-Fluoramfetamine	29,2	24,5	9,9
Mefedron	2,1	1,0	0,2
Methylon	1,5	0,9	0,2
Methoxetamine	2,2	1,4	0,3
6-APB (benzofury)	3,2	2,0	0,5
Spice	1,4	0,7	0,2
4-MEC	0,7	0,4	0,2

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. Zie tabel 8.1 voor een classificatie van deze NPS. Respondenten zijn primair geworven via websites voor uitgaanders en social media op basis van zelfselectie. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al., 2016).

In een Europees onderzoek is in 2016 het NPS-gebruik in drie groepen onderzocht: onder gemarginaliseerde gebruikers, onder uitgaanders en onder deelnemers van online drugsfora.

- In Nederland kwam, in tegenstelling tot andere landen, het gebruik van NPS in de gemarginaliseerde 'straat scene' amper voor (Benschop et al., 2017).
- NPS uit de categorie stimulantia waren in Nederland het meest populair. Maar dan de helft had deze middelen gebruikt in het afgelopen jaar. De top 3 stimulantia voor alle landen samen waren 4-FA, gevolgd door 4-MMC en 3-MMC.

Lokale gegevens over het gebruik van NPS: Amsterdam en de Gooi en Vechtstreek

Op lokaal niveau zijn alleen gegevens beschikbaar van de Antenne-monitor, waarin onder meer kwalitatieve gegevens worden verzameld van sleutelfiguren uit het uitgaansleven in Amsterdam en in de Gooi en Vechtstreek (Luijk et al., 2018; Nabben, Luijk, & Korf, 2018).

- In het Amsterdamse uitgaansleven is volgens de sleutelfiguren de belangstelling voor NPS de laatste jaren weliswaar toegenomen, maar in het algemeen blijft het gebruik van NPS achter vergeleken met de traditionele drugs. Alleen 4-FA vormt hierop een uitzondering (Nabben et al., 2018).
- In minder dan de helft van de Amsterdamse netwerken worden NPS-gebruikers gesignaleerd. Het gaat dan voornamelijk om 4-FA, maar de belangstelling voor 4-FA lijkt over zijn hoogtepunt heen te zijn (Nabben et al., 2018).
- Het middel 3-MMC werd in 2013 nog maar in één Amsterdams netwerk gesignaleerd, maar in 2017 in vijf Amsterdamse netwerken (Nabben et al., 2018).
- In de Gooi en Vechtstreek is bij de sleutelfiguren vooral het gebruik van lachgas opgevallen (Luijk et al., 2018).

De Antenne-monitor omvat ook een vragenlijstonderzoek naar middelengebruik, waaronder NPS, onder wisselende groepen in het Amsterdamse en Hilversumse uitgaansleven. In 2013 ging het in Amsterdam om clubbers en ravers, en in 2017 om clubbers, ravers en festivalbezoekers (tabel 8.3.4) (zie NDM Jaarbericht 2017 voor de resultaten uit 2014 onder cafébezoekers en in 2015 onder coffeeshopbezoekers (Nabben et al., 2018)). In Hilversum ging het in 2017 om bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia (tabel 8.3.5).

- Het veldwerk in de clubs vond plaats in april en mei 2017 en het veldwerk op festivals in juni en juli 2017.
- Tussen 2013 en 2017 is in Amsterdam het percentage laatste-jaar-gebruikers van 4-FA bijna verviervoudigd van 8,8% naar 33,5%. Ook het gebruik op de uitgaansavond/dag steeg. Het gebruik in het afgelopen jaar van 2C-B en mefedron bleef stabiel tussen 2013 en 2017.
- Van de uitgaanders in Amsterdam die in het afgelopen jaar 4-FA hadden gebruikt, had 41% op 1-2 dagen gebruikt, 22% op 3-4 dagen, 27% op 5-10 dagen en 10% op meer dan 10 dagen.

Tabel 8.3.4 Gebruik van NPS in speciale groepen in Amsterdam. Peiljaren 2013 en 2017

	Bezoekers van clubs en raves[III] Amsterdam 2013[I]			Bezoekers van clubs, raves en festivals Amsterdam 2017[II]		
	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
2C-B	18,6	13,6	6,0	22,7	16,7	3,4
4-Fluoramfetamine	15,2	8,8	1,4	47,9	33,5	14,2
Mefedron	9,3	2,4	0,6	7,4	3,1	0,8
2/3/4-FMC	-	-	-	1,4	0,9	0,2
Methylon	4,4	1,7	0,6	1,7	0,5	0,2
Methoxetamine	3,2	1,9	0,3	3,8	1,7	0,2
6-APB (benzofury)	5,1	3,8	0,6	4,2	2,0	0,6

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. I. 663 clubbers en ravers van gemiddeld 24 jaar (16 tot en met 55 jaar). II. 600 clubbers en festivalgangers van gemiddeld 26 jaar. III. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media" (Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). Bronnen: Antenne 2013 (Nabben, Benschop, & Korf, 2014), Antenne 2017 (Nabben et al., 2018).

Ook onder uitgaanders in Hilversum zijn 4-FA en 2C-B de meest populaire NPS. De survey werd in september en oktober 2017 gehouden.

- In 2017 had 11,6% in het afgelopen jaar 4-FA gebruikt (tabel 8.3.5), beduidend minder dan de 33,5% van de uitgaanders in Amsterdam (tabel 8.3.4). Het percentage gebruikers in de maand voorafgaand aan de peiling lag eveneens veel lager, ook vergeleken met andere NPS, zoals 2C-B en mefedron, In hoeverre de waarschuwingen en het verbod op 4-FA hierbij een rol hebben gespeeld is niet bekend.
- Van de uitgaanders in Hilversum die in het afgelopen jaar 4-FA hadden gebruikt, had 61% op 1-2 dagen gebruikt, 22% op 3-4 dagen, 11% op 5-10 dagen en 6% op meer dan 10 dagen.
- Net als voor 4-FA lag in Hilversum het percentage laatste-jaar-gebruikers van 2C-B op 11,6%. Het percentage ooitgebruikers van 2C-B lag echter lager (14,2% vergeleken met 21,9%, tabel 8.3.5).
- Net als in Amsterdam waren 4-FA en 2C-B ook in Hilversum de meest gebruikte NPS. Andere NPS zoals mefedron, 2/3/4-FMC, methylon, methoxetamine en 6-APB werden ook in Hilversum minder vaak gebruikt (tabel 8.3.5).

Tabel 8.3.5 Gebruik van NPS in speciale groepen in Hilversum. Peiljaar 2017

	Feestcafés, clubs en poppodia in Hilversum 2017[I]		
	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
2C-B	14,2	11,6	3,2
4-Fluoramfetamine	21,9	11,6	0,6
Mefedron	2,6	1,9	1,3
2/3/4-FMC	1,9	1,9	0,0
Methylon	1,3	0,6	0,6
Methoxetamine	0,6	0,6	0,6
6-APB (benzofury)	0,6	0,6	0,0

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. I. 155 bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia van gemiddeld 21 jaar.
Bron: Antenne Gooi en Vechtstreek (Luijk et al., 2018).

Overig Nederlands onderzoek naar het gebruik van NPS

In een websurvey uitgevoerd in 2014 onder 528 Nederlandse uitgaanders werden gebruikers van NPS vergeleken met gebruikers van illegale middelen (geen NPS) en niet-gebruikers (geen enkel middel, uitgezonderd alcohol, tabak en cannabis). Uit deze studie blijkt dat de groep NPS-gebruikers (N=270) een uitgesproken groep is als het gaat om risicogedrag en middelengebruik (Vreeker, van der Burg, van Laar, & Brunt, 2017).

- NPS-gebruikers hebben meer vrienden en kennissen die NPS en/of illegale middelen gebruiken.
- Zij zijn ook meer impulsief en 'sensatiezoekend' dan de groep illegale drugsgebruikers en de niet-gebruikers. Deze kenmerken zijn gerelateerd aan risicogedrag.
- Ook de risicoperceptie van NPS-gebruikers was voor bijna iedere vorm van drugsgebruik lager dan dat van de illegale drugsgebruikers en de niet-gebruikers.

In een oudere websurvey uit 2014 onder 249 Nederlandse gebruikers van 4-FA (66% man; gemiddeld 25 jaar) lagen de subjectieve effecten van 4-FA tussen die van amfetamine en ecstasy (MDMA): minder entactogeen en meer stimulerend dan MDMA, maar minder stimulerend dan amfetamine (Linsen et al., 2015).

8.4 Problematisch gebruik

Het is onbekend hoeveel probleemgebruikers van NPS er zijn, dus mensen die in hun dagelijks functioneren last krijgen van hun drugsgebruik of zelfs verslaafd raken. De belangrijkste indicaties hiervoor zijn beschreven in § 8.6. Deze wijzen primair op een toename van geregistreerde acute gezondheidsincidenten gerelateerd aan 4- FA in de Monitor Drugsincidenten (MDI) (met een recente daling) en een beperkt (maar gestegen) aantal informatieverzoeken over 4-FA intoxicaties, en in mindere mate 2C-B, bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC).

Daarnaast is in 2017 onderzoek gedaan naar, onder meer, het problematisch gebruik van 4-FA (Van der Pol et al. 2017; zie ook § 8.3, Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen).

- Een groot deel (80%) van de ondervraagde 4-FA gebruikers rapporteerde (wel eens) gezondheidsproblemen.
- Gewenning en craving (onweerstaanbare zin om opnieuw te gebruiken) kwamen weinig voor maar werden wel door frequente gebruikers gerapporteerd. Volgens de Severity of Dependence Scale zou circa 2% van de gebruikers een risico op afhankelijkheid lopen. Toch zegt één op de tien gebruikers (bijna) altijd te hebben willen stoppen met 4-FA, en maakte één op de vijf zich (enigszins) zorgen over het 4-FA gebruik.
- 4-FA gebruikers zijn in doorsnee hoog opgeleid; er zijn echter risicogroepen te identificeren van veelal lager opgeleide gebruikers, die mogelijk minder maatregelen treffen om risico's te beperken, weinig actief informatie zoeken over doseringen via professionele organisaties en vooral afgaan op wat de dealer hen aanraadt qua dosering; en/of geen enkele notie lijkt te hebben van doseringen, en 'believers', die in weerwil van gezondheidswaarschuwingen blijven doorgebruiken;

Het EMCDDA signaleert dat in delen van Europa de beschikbaarheid en het gebruik van NPS lijkt toe te nemen onder chronische en gemarginaliseerde drugsgebruikers en dat problematisch gebruik van NPS steeds vaker voorkomt binnen bepaalde settings en bepaalde kwetsbare bevolkingsgroepen. Zo wordt injecterend gebruik van cathinonen door bijvoorbeeld huidige en voormalige opioïdengebruikers geassocieerd met een toename van geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen. Ook wordt toenemend gebruik gesignaleerd van synthetische cannabinoïden onder daklozen en in gevangenissen (EMCDDA, 2017).

In een internationale studie in 6 landen waaronder Nederland, kon slechts één 'gemarginaliseerde' NPS-gebruiker geïncludeerd worden. Dit suggereert dat deze gebruikersgroep in Nederland beperkt is (Benschop et al., 2017).

8.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Het EMCDDA verzamelt nog niet structureel gegevens over het gebruik van NPS in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije. Wel hebben sinds 2011 dertien Europese landen nationale ramingen gerapporteerd over het gebruik van NPS in de algemene bevolking (EMCDDA, 2018b). Vanwege verschillen in de methoden en in de vraagstellingen kunnen de resultaten van de verschillende landen echter niet goed met elkaar vergeleken worden. Dit geldt ook voor het vergelijken met de resultaten uit Australië (Australian Institute of Health and Welfare, 2017) (tabel 8.5.1).

- Het gebruik van NPS onder jongvolwassenen (15-34 jaar) in het afgelopen jaar varieerde volgens de gegevens van het EMCDDA van 0,2% in Italië en Noorwegen tot 1,7% in Roemenië (EMCDDA, 2018b).
- Herberekend volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA heeft in 2016 respectievelijk 1,4% van de Nederlandse volwassen bevolking (15-64 jaar) en 3,5% van de jongvolwassenen (15-34 jaar) in het laatste jaar één of meerdere NPS gebruikt (tabel 8.5.1). Zoals hierboven uit figuur 8.2.1 bleek, gaat het in Nederland voornamelijk om 4-FA. Hierbij dient wel te worden aangetekend dat in Nederland, net als in Portugal, het aantal sociaal gemarginaliseerde gebruikers van NPS beperkt is (Benschop et al., 2017).
- Een klein aantal van de Europese enquêtes bevat vragen over het gebruik van synthetische cannabinoïden. Het gebruik hiervan in het afgelopen jaar door jongeren in de leeftijdscategorie van 15-34 jaar varieerde van 0,1% in Finland en 0,2% in Spanje tot 1,5% in Letland. In Australië had 0,3% van de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar synthetische cannabinoïden gebruikt. Onder Franse jongeren (18-34 jaar) is alleen het ooitgebruik van synthetische cannabinoïden vastgesteld: 4%.
- Ook in Nederland komt in 2016 het gebruik van synthetische cannabinoïden maar zelden voor: 0,1% van de jongvolwassenen (15-34 jaar) had deze middelen in het laatste jaar gebruikt.
- In het Verenigd Koninkrijk (Engeland & Wales) lag het gebruik van NPS in 2017/2018 (zie noot IV tabel 8.5.1 voor definitie) ooit in het leven (2,5%) en in het laatste jaar (0,4%) op het zelfde niveau als in 2016/2017. Ten opzichte van 2015/2016 deed zich een daling voor in het laatste-jaar-gebruik (0,8%). Het (frequent) gebruik van NPS lag hoger onder bezoekers van pubs of clubs.

Tabel 8. 5.1 Consumptie van NPS onder de algemene bevolking van de Australië en enkele lidstaten van de EU in variërende leeftijdsgroepen[I]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Soort NPS	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Australië	2016	18 en ouder	Synthetische cannabinoïden	2,9	0,3
		18 en ouder	NPS[II]	1,1	0,3
Finland	2014	15-34	Synthetische cathinonen	0,8	0,1
Frankrijk	2014	18-34	Synthetische cannabinoïden	4,0	-
Letland	2015	15-34	Synthetische cannabinoïden	5,4	1,5
Nederland	2016	15-64	4-FA, mefedron, synthetische cannabinoïden, methoxetamine en/of 6-APB	-	1,4
		15-34		-	3,5
		15-34	synthetische cannabinoïden	-	0,1
Slowakije	2015	15-34	Synthetische cannabinoïden	0,8	0,4
Verenigd Koninkrijk[III]	2017/2018	16 – 59	NPS[IV]	2,5	0,4

Percentage gebruikers van NPS en/of synthetische cannabinoïden ooit in het leven en in het laatste jaar. - = Niet gemeten. Verschillen in definitie van NPS, peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een vergelijking tussen de landen. De tabel is alfabetisch geordend per land. I. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard, zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. II. NPS zijn hier 'emerging' psychoactieve middelen', zoals synthetische cannabinoïden en mefedron (soms ook 'nieuwe drugs' genoemd). III. Verenigd Koningrijk: Engeland en Wales. IV. 'NPS' zijn hier gedefinieerd als: "Nieuwe beschikbare drugs die de effecten van drugs zoals cannabis, ecstasy en cocaïnepoeder imiteren, en die al dan niet illegaal zijn maar soms 'legal highs' worden genoemd". Bronnen: AIHW, EMCDDA, LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS.

Jongeren

De ESPAD-studie peilde in 2015 voor het eerst het gebruik van NPS onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Kraus et al., 2016) (zie § 8.3). De volgende meting zal plaatsvinden in 2019. Tabel 8.5.2 toont het gebruik van NPS in een aantal landen van de EU. Zoals genoemd in paragraaf 8.3 moeten de cijfers voorzichtig worden geïnterpreteerd. Jongeren hebben mogelijk de vraag naar NPS niet opgevat zoals bedoeld.

- Het gemiddelde ooitgebruik van NPS lag in de deelnemende ESPAD-landen op 4%. Onder jongens (5%) lag dit iets hoger dan onder meisjes (4%), maar binnen de ESPAD-landen waren de verschillen tussen jongens en meisjes te verwaarlozen.
- In Nederland rapporteerde 2% van de scholieren ervaring te hebben met NPS. In Estland en Polen was het gebruik met 10% het hoogst, in België, Denemarken, Finland, Noorwegen en Portugal met 1% het laagst.
- Het laatste-jaar-gebruik lag gemiddeld op 2% en was in Estland, Polen, Kroatië, Bulgarije, Ierland en Italië (5–8%) het hoogst en in Nederland met 1% het laagst, samen met onder andere Finland, Portugal, Macedonië, Noorwegen, Denemarken en België.

Tabel 8.5.2 Gebruik van NPS onder scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Zwitserland. Peiljaar 2015

	Ooit (%)			Laatste jaar (%)		
	Totaal	Jongens	Meisjes	Totaal	Jongens	Meisjes
Oostenrijk	3	4	3	2	3	2
België	1	1	0	1	1	0
Denemarken	1	2	1	1	1	1
Finland	1	2	1	1	2	1
Frankrijk	4	5	4	4	5	4
Griekenland	3	4	2	2	2	1
Ierland	7	8	5	5	6	4
Italië	6	6	5	5	5	5
Nederland	2	3	2	1	1	0
Noorwegen	1	2	1	1	1	1
Portugal	1	1	1	1	1	1
Zweden	4	3	4	2	2	2
Ongewogen EU gemiddelde	4	5	4	3	3	3

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Weergegeven is het percentage scholieren dat 'ja' heeft geantwoord; 'weet niet' en missende antwoorden zijn niet meegenomen in deze tabel. De gegevens voor Spanje zijn minder representatief. België alleen voor Vlaanderen. Bron: ESPAD 2015.

Ook in de Flash Eurobarometer survey is in 2014 aan 13.128 Europese 15-24 jarigen gevraagd of ze ooit NPS hadden gebruikt, hier gedefinieerd als "substanties die het effect van illegale middelen imiteren" (European Commission, 2014).

- Het ooitgebruik van NPS in Europa was gestegen van 5% in 2011 naar 8% in 2014, maar varieerde sterk tussen de landen van 0% tot 22%. In Nederland lag het ooitgebruik van NPS met 6% onder het Europese gemiddelde.
- Het laatste-maand-gebruik werd geschat op 1% (variërend tussen de landen van 0% tot 5%) (European Commission, 2011, 2014). In Nederland was dit eveneens 1%. Dit is gebaseerd op ongeveer 500 deelnemers per land, hetgeen deze schattingen onzeker maakt.

Speciale groepen

Naast de beperkte informatie over NPS-gebruik in de algemene bevolking, is een aantal internationale studies beschikbaar naar het NPS-gebruik in specifieke groepen, veelal onder frequent uitgaande jongvolwassenen.

De Global Drug Survey (GDS, 2017, 2018) is een internationale online survey waar relatief veel uitgaanders en drugsgebruikers aan deelnemen. De GDS2017 werd afgenomen tussen november 2016 en januari 2017 onder bijna honderdtwintigduizend deelnemers uit 50 landen, waarvan 3.250 Nederlanders (GDS, 2017). De GDS2018 werd afgenomen tussen 10 november 2017 en 30 december 2017 onder honderddertigduizend deelnemers uit meer dan 40 landen, waarvan 3.423 Nederlanders (GDS, 2018). Het gaat om een niet-representatieve steekproef en de gegevens zijn derhalve alleen indicatief. Ook vergelijkingen tussen landen moeten voorzichtig worden gemaakt.

- Wereldwijd gaven respondenten aan NPS te gebruiken vanwege de wettelijke status, de gemakkelijke online verkrijgbaarheid en de prijs. Het idee dat deze veiliger zijn dan andere, illegale, drugs was de minst belangrijke factor, hetgeen suggereert dat gebruikers niet denken dat NPS minder riskant zijn dan illegale drugs.
- Over de gehele GDS2017 populatie (N=115.000) kwam 2C-B naar voren als meest gebruikte NPS met 2,7% gebruik in het laatste jaar.
- Opvallend is dat in Nederland in de GDS2017 een relatief hoog percentage (12,8%) aangaf in de afgelopen twaalf maanden een NPS te hebben aangeschaft. Nederland kwam daarmee na de Verenigde Staten op de tweede plaats.
- Van de deelnemers aan de GDS2018 had 16,0% ooit in het leven een NPS gebruikt en had 5,0% in het afgelopen jaar nog een NPS gebruikt (GDS, 2018). Het laatste-jaar-gebruik lag in Nederland op 11,6% en daarmee kwam Nederland op de vierde plaats na de Verenigde Staten (20,0%), Polen (14,2%), en Canada (13,9%). Van de deelnemende landen werd het laagste percentage gevonden in Denemarken (1,5%).

8.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

Er zijn geen gegevens over het aantal mensen dat vanwege het gebruik van NPS hulp zoekt bij de verslavingszorg of wordt opgenomen in algemene ziekenhuizen.

Incidenten

In dit jaarbericht zijn wel gegevens opgenomen van bronnen die informatie verschaffen over acute gezondheidsincidenten in relatie tot NPS gebruik. De eerste is de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie ook bijlage G en bijlage A onder 'Incidenten') met meldingen van drugsgerelateerde gezondheidsverstoringen door diverse gezondheidsdiensten. De tweede betreft informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC). Incidenten geregistreerd door het NVIC en MDI worden niet analytisch/toxicologisch geverifieerd, maar beide monitoren geven een beeld van de door NPS veroorzaakte gezondheidsincidenten.

Informatieverzoeken vanwege intoxicaties met NPS

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen. Tussen 2013 en 2017 is het aantal informatieverzoeken bij het NVIC over NPS bijna verviervoudigd. Het aantal informatieverzoeken van medische professionals over NPS bij het NVIC is gestegen van 36 in 2013 naar 135 in 2017 (Kan et al., 2018). De meeste verzoeken betroffen, in lijn met de gebruikersonderzoeken, het gebruik van 4-FA, en 2C-B.

- In 2017 werden verreweg de meeste informatieverzoeken gedaan voor 4-FA (in totaal 40), gevolgd door 22 voor 2C-B.
- Voor de synthetische fenethylaminen anders dan 4-FA en 2C-B werden vier informatieverzoeken gedaan voor 25I-NBOMe, eveneens vier voor 6-APB (benzofury), twee voor 2C-E, en eveneens twee informatieverzoeken voor 4-FMA/2-FMA.
- In 2017 werden voor de synthetische cathinonen acht informatieverzoeken gedaan voor Flakka (a-PVP), eveneens acht voor 3-MMC, vijf voor mefedron, en werd steeds één informatieverzoek gedaan voor de middelen 4-MEC, 4P en hex-en.

- In 2017 werden voor de synthetische tryptaminen vier informatieverzoeken gedaan voor het middel 4-AcO-DMT, twee voor 5-MeO-DMT, en werd steeds één informatieverzoek gedaan voor de middelen DMT en metocine.
- Het NVIC registreerde in totaal twee informatieverzoeken voor synthetische cannabinoïden.
- Voor designer benzodiazepinen en niet geregistreerde benzodiazepinen werden in 2017 in totaal 23 informatieverzoeken gedaan. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat één individuele patiënt verantwoordelijk was voor minimaal 13 van de 23 informatieverzoeken.

Acute gezondheidsincidenten

In § 8.3 is beschreven dat een meerderheid van respondenten acute effecten na 4-FA gebruik hadden ervaren. Slechte weinig van hen overwogen toen EHBO of andere medische hulp te zoeken: 1 op 10 respondenten. Twee derde van degenen die dit overwoog heeft dat uiteindelijk niet gedaan. Degenen die wel hulp zochten, deden dat bij de spoedeisende hulp op een evenement (Van der Pol et al., 2017).

De Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS) (zie bijlage D.6) houden gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten (Lameijer, Wijers, Croes, De Ruiter, & Valkenberg, 2018). De informatie wordt verzameld in een aantal regio's en geeft geen totaaloverzicht van het absolute aantal drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in heel Nederland.

Aan NPS gerelateerde incidenten hebben vooral betrekking op 4-FA. In 2012 werden voor het eerst enkele 4-FA-incidenten geregistreerd, in het vrije invoerveld van de categorie "overige drugs"; sinds 2015 is 4-FA structureel opgenomen in de MDI (Lameijer et al., 2018). In 2017 was bij 343 meldingen van het totaal van 5.905 door de deelnemers geregistreerde drugsincidenten 4-FA betrokken (6%). Bij 189 incidenten was 4-FA de enige gebruikte drug (3%). De stof werd wegens ernstige gezondheidsverstoringen op 25 mei 2017 op lijst I van de Opiumwet geplaatst. Sindsdien is er een afname zichtbaar in het aandeel door DIMS geteste 4-FA monsters (zie § 8.8), als ook in het aandeel drugsincidenten na gebruik van 4-FA. De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

- Op EHBO-posten steeg het aandeel incidenten na gebruik van 4-FA (als enige drug of in combinatie met andere drugs) van 2012 (< 1%) tot en met 2016 (15%). Dit aandeel stabiliseerde in 2017 rond de 13%.
- Op EHBO's was 4-FA in het eerste half jaar van 2017 betrokken bij 17% van de incidenten. Na het 4-FA-verbod daalde het aandeel incidenten met 4-FA op EHBO's in het tweede half jaar van 2017 naar 9%.
- De overige diensten zien weinig incidenten gerelateerd aan 4-FA; in 2017 was 4-FA betrokken bij minder dan 1% van de drugsgerelateerde incidenten bij SEH's, ambulancediensten en politieartsen.
- Bij 45% van de geregistreerde incidenten met 4-FA in 2017 was naast 4-FA ook een andere drug gebruikt, meestal ecstasy (58%).
- In 2017 waren de meeste intoxicaties bij EHBO-posten na gebruik van 4-FA als enige drug licht van aard (79%). Matige (19%) en ernstige (2%) intoxicaties kwamen net zo vaak voor als bij geregistreerde incidenten na het gebruik van ecstasy.

In tabel 8.6 en figuur 8.6.1 worden de 4-FA-incidenten geregistreerd door EHBO-posten op grootschalige evenementen samengevat over de gehele periode 2009-2017. Vanwege het lage aantal geregistreerde incidenten bij de andere medische diensten worden gegevens uit deze diensten niet gepresenteerd.

- 48% van de patiënten die een EHBO-post bezochten vanwege problemen na gebruik van 4-FA was vrouw. Dit is relatief hoog vergeleken met incidenten met andere typen drugs, waar het percentage vrouwen gemiddeld rond de 30% ligt.

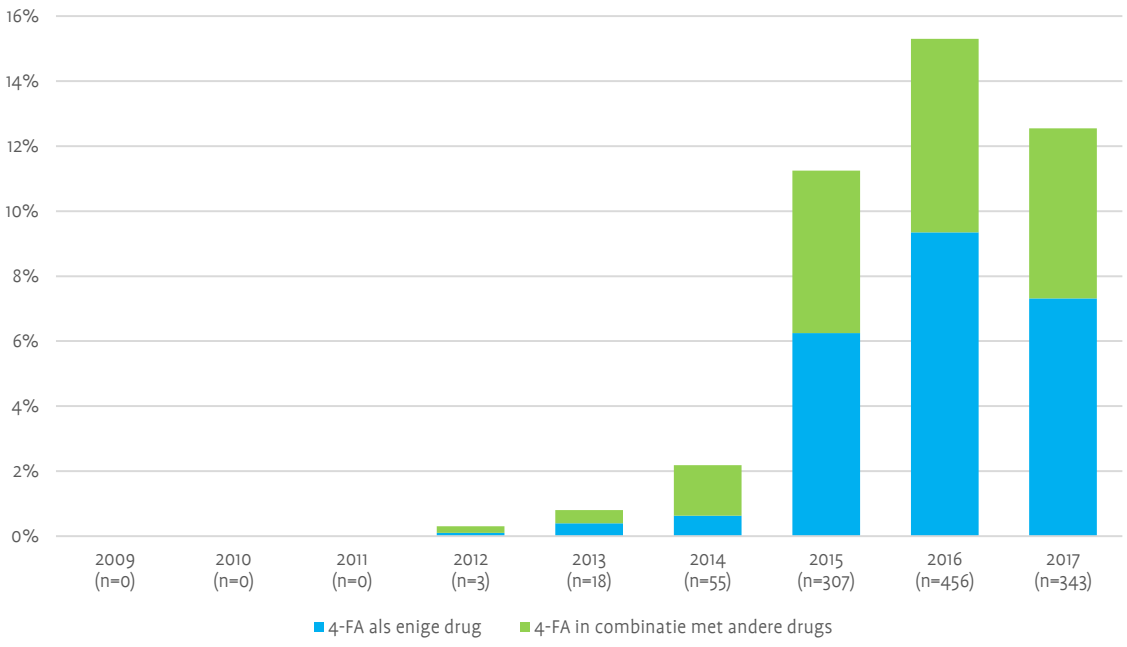
- Ongeveer 78% van de incidenten met 4-FA bij EHBO-posten betrof een persoon jonger dan 25 jaar. Hiermee zijn de 4-FA-patiënten gemiddeld jonger dan patiënten op EHBO-posten die andere drugs gebruikten.

Tabel 8.6 Incidenten met 4-FA geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI) op EHBO-posten van grootschalige evenementen. Peiljaren 2009-2017

Incidenten op EHBO posten van grootschalige evenementen	4-FA als enige drug	4-FA in combinatie met andere drugs
Aantal incidenten	623	465
Man (%)	46%	60%
Leeftijd: <25 jaar (%)	76%	80%
Mate van intoxicatie*		
Licht (%)[I]	83%	62%
Matig (%)[II]	15%	30%
Ernstig (%)[III]	2%	9%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Lameijer et al., 2018).

Figuur 8.6.1 Aandeel incidenten met 4-FA op EHBO-posten tussen 2009 en 2017



Percentage incidenten met 4-FA van het totaal aantal incidenten op EHBO-posten tussen 2009-2017. Bron: MDI, Trimbos-instituutn (Lameijer et al., 2018)

Incidenten gerelateerd aan andere NPS worden veel minder vaak geregistreerd. Daar bij moet wel worden aangetekend dat het niet mogelijk is om zonder toxicologische analyses een goed beeld van deze incidenten te verkrijgen.

- In 2017 registreerde de MDI incidenten gerelateerd aan de volgende overige NPS: 2C-B (25 keer), fentanyl (3 keer), 3-MMC (3 keer), mefedron (2 keer) en overige NPS (9 keer).

8.7 Ziekte en sterfte

Het in kaart brengen van de gezondheidsschade vanwege NPS is lastig vanwege het grote aantal NPS en de beperkt beschikbare informatie, maar de evidentie voor het verband tussen NPS en spoedeisende hulp opnames en acute gezondheidsincidenten groeit (zie § 8.6) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2016). 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 (EMCDDA, 2016). Over de langetermijneffecten van NPS is nagenoeg niets bekend.

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. In 2016 zijn er enkele ernstige vergiftigingen met 4-FA gemeld en daarvan hadden er twee een dodelijke afloop (Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs [CAM], 2016).

Fenylethylaminen: 4-fluoramfetamine, 2C-B en 6-APB

Net als bij ecstasy, zijn ook bij andere fenylethylaminen snelle hartslag, hoge bloeddruk, hyperthermie, agitatie, trillen, vergrote pupillen typische effecten. Naast deze overeenkomstige effecten zijn er ook belangrijke verschillen: 2C-B en 6-APB kunnen ernstige psychische effecten zoals hallucinaties en psychosen veroorzaken, hetgeen niet gerapporteerd is voor 4-FA. Daarnaast zijn 5-APB en 6-APB geassocieerd met meer dan tien sterfgevallen, terwijl de internationale literatuur slechts één 4-FA sterfgeval en geen enkel 2C-B geval beschrijft (Nugteren-van Lonkhuyzen, van Riel, Brunt, & Hondebrink, 2015). Inmiddels is bekend dat 4-FA ook voor ernstige symptomen kan zorgen en zijn er in Nederland twee sterfgevallen bekend (CAM, 2016).

- In 2016 zijn er enkele ernstige ongevallen gemeld met 4-FA, in een aantal van deze ongevallen was er sprake van een hersenbloeding (Wijers, Croes, De Ruiter, & Valkenberg, 2017). Daarnaast hebben enkele ziekenhuizen ook gevallen van overlijden gemeld na 4-FA gebruik. 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 (CAM, 2016). Eén persoon overleed aan de gevolgen van een hersenbloeding en één persoon overleed aan de gevolgen van hartfalen. Daarnaast zijn er meer casussen gemeld van personen met een hersenbloeding als gevolg van 4-FA gebruik. In al deze gevallen gingen er ernstige hoofdpijnklachten aan vooraf. Deze casussen hebben geleid tot een hernieuwd inzicht in de effecten van 4-FA en heeft de CAM doen besluiten te adviseren de stof op lijst I van de Opiumwet te plaatsen. Dit advies is overgenomen door het Ministerie en 4-FA staat vanaf 25 mei 2017 op lijst I.
- Er is verder nauwelijks onderzoek gedaan naar de effecten en risico's van 4-FA in mensen. In 2017 werden in het eerste humane onderzoek doseringen van 100 en 150 mg 4-FA toegediend aan 12 gezonde vrijwilligers (De Sousa Fernandes Perna et al., 2018). Na een tussentijdse evaluatie van de veiligheid van vijf deelnemers om aan het onderzoek te blijven meedoen, werd de toediening van 150 mg gestaakt (zie ook § 8.6 en § 8.7).

- Er zijn weinig gegevens over de risico's en incidenten beschikbaar voor 6-APB. In Nederland zijn geen fatale incidenten gemeld, in het Verenigd Koninkrijk wel twee in 2012. NVIC informatieverzoeken over 6-APB gaan meestal over combinatiegebruik met andere middelen. In 2013 was er slechts één mono-intoxicatie met 5-APB/6-APB met hoge bloeddruk, agressie, verwardheid en hallucinaties.
- Wat betreft de blootstellingen in 2017 aan fenethylaminen, rapporteerde het NVIC 40 informatieverzoeken vanwege blootstellingen aan 4-FA, 22 blootstellingen aan 2C-B, vier blootstellingen aan 25I-NBOMe, vier blootstellingen aan benzofury, twee blootstellingen aan 2C-E, en eveneens twee blootstellingen aan 4-FMA/2-FMA (Kan et al., 2018). De klachten over 2C-B betroffen "vergrote pupillen, hallucinaties, een versnelde hartslag en/of een verhoogde bloeddruk, verwardheid, angst, agitatie, apathie, toegenomen zintuigelijke waarneming, slapeloosheid, droge slijmvliezen, misselijkheid, bleke huid en transpireren". De klachten voor 25I-NBOMe betroffen "hevige verwardheid, een versnelde hartslag, geleidingsstoornissen van het hart en koorts met hevig transpireren".

Synthetische cathinonen: mefedron en methylon

De effecten van veel synthetische cathinonen lijken op die van amfetamine en methamfetamine. Sommige synthetische cathinonen lijken qua sterkte en richting van effecten veel op die van amfetamine-achtigen (mefedron of methylon), maar sommigen zijn veel potenter qua werking (MDPV of alfa-PVP) en zorgen daarmee ook sneller voor symptomen van overdosering, waaronder psychoses, hartklachten en hyperventilatie. Van een breed scala aan negatieve effecten, geven hartklachten, neurologische klachten en psychiatrische klachten het vaakst aanleiding tot medische hulp (Karila, Megarbane, Cottencin, & Lejoyeux, 2015).

- Mefedron 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, maar er zijn ook symptomen gerapporteerd die atypisch zijn voor stimulantia (Karila et al., 2015).
- In Nederland rapporteerde het NFI in 2010 een geval van extreme agitatie en zelfverwonding met dodelijke afloop na het gebruik van mefedron in combinatie met amfetamine (Lusthof et al., 2011). Ook in het buitenland zijn tientallen sterfgevallen na mefedrongebruik beschreven (Loi et al., 2015; White, 2016).
- Er is een aantal gevallen beschreven van ernstige complicaties na methylongebruik en ook zijn er enkele fatale incidenten beschreven in de Verenigde Staten en een in Frankrijk (Barrios et al., 2016).
- Over alfa-PVP zijn 32 fatale incidenten beschreven in de wetenschappelijke literatuur, en nog eens 101 geregistreerd door het EMCDDA (in onder andere Finland, Hongarije, Polen, Zweden) (EMCDDA, 2015), naast tientallen niet-fatale incidenten.
- Over MDPV zijn ook tientallen fatale incidenten te vinden in de wetenschappelijke literatuur, maar hiervan biedt ook het EMCDDA een goed overzicht (EMCDDA, 2016).
- Wat betreft de blootstelling in 2017 aan synthetische cathinonen, rapporteerde het NVIC acht blootstellingen aan alfa-PVP, eveneens acht blootstellingen aan 3-MMC, vijf blootstellingen aan mefedron, één blootstelling aan 4-MEC, één blootstelling aan 4P, en één blootstelling aan hex-en (Kan et al., 2018).

Synthetische cannabinoïden

Synthetische cannabinoïden kunnen vaker en meer ernstige bijwerkingen veroorzaken dan natuurlijke cannabis. Bovendien kunnen de verschillende synthetische cannabinoïden op een onvoorspelbare manier met elkaar interacteren en kunnen de producten waarin de synthetische cannabinoïden worden aangeboden ook nog eens versnijdingsproducten bevatten (Mills, Yepes, & Nugent, 2015).

- Synthetische cannabinoïden zijn in verband gebracht met herseninfarcten, lever- en nierschade en het verergeren van psychiatrische klachten (Castaneto et al., 2014; Papanti et al., 2013). Buiten cathinonen, lijken synthetische cannabinoïden vaker tot ziekenhuisopnames te leiden dan andere NPS (Dines et al., 2015). De meest voorkomende bijwerkingen zijn snelle hartslag, agitatie en sufheid.
- Een recente studie laat zien dat patiënten in een psychiatrische instelling die synthetische cannabinoïden gebruiken veel meer symptomen van psychose en andere psychopathologie (agitatie, angst) laten zien dan patiënten die natuurlijke cannabis gebruiken (Nia, Medrano, Perkel, Galynker, & Hurd, 2016).
- Naast de acute effecten, kan stoppen met dagelijks gebruik van synthetische cannabinoïden leiden tot ernstige onttrekkingsverschijnselen zoals terugkerende insulten, snelle hartslag, pijn op de borst, hartkloppingen en ademhalingsproblemen. Mildere symptomen zijn craving (hunkering), hoofdpijn, ernstige angst, slapeloosheid, misselijkheid, braken, geen eetlust en zweten (Cooper, 2016). Patiënten die zich in Nieuw-Zeeland meldden bij de verslavingszorg vanwege het gebruik van synthetische cannabinoïden, noemden onttrekkingsverschijnselen als belangrijkste reden om hulp te zoeken (Macfarlane & Christie, 2015).
- In Nederland lijkt het gebruik van synthetische cannabis beperkt (zie § 8.3). Verondersteld wordt dat vanwege de goede kwaliteit en ruime beschikbaarheid van cannabis, en vanwege het gedogen van cannabisgebruik, synthetische cannabinoïden in Nederland weinig worden gebruikt in de traditionele harddrugsscene of door het uitgaanspubliek (Van Amsterdam, Brunt, & Van Den Brink, 2015).
- Hallucinaties, wanen, hoge bloeddruk, misselijkheid, verwardheid, duizeligheid, pijn op de borst en acute nierschade, psychose en psychose-achtige symptomen lijken ook vaker voor te komen na het gebruik van synthetische cannabinoïden, mogelijk omdat deze potenter zijn dan natuurlijke cannabis en geen CBD bevatten (Mills et al., 2015; Van Amsterdam et al., 2015).
- 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 (EMCDDA, 2018b; 2018c, 2018e, 2018f).

Synthetische opioïden: fentanyl-achtigen

In 2018 publiceerde het CAM een quick scan over de risico's van fentanyl en fentanyl-achtigen (CAM, 2018). Het EMCDDA publiceerde in 2018 risico-analyses voor carfentanyl (EMCDDA, 2018b), 4-Fluoroisobutyrylfentanyl (4F-iBF) (EMCDDA, 2018d), tetrahydrofuranylfentanyl (THF-F) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018j), cyclopropylfentanyl (EMCDDA, 2018g), en methoxyacetylfentanyl (EMCDDA, 2018i).

- Het CAM noemt als bijwerkingen van het gebruik van fentanyl en fentanyl-achtigen onder andere slaperigheid, vertraagde ademhaling, obstipatie, pupilvernauwing, misselijkheid, jeuk, lage bloeddruk, aandrang om te moeten urineren, flauwvallen, stijfheid van de borstwand, hoofdpijn, verwardheid, en spierspasmen (CAM, 2018).
- Het abrupt stoppen met het gebruik van fentanyl en fentanyl-achtigen kan leiden tot ontwenningsverschijnselen die gepaard gaan met maagkrampen, zweten, een verhoogde hartslag en een verhoogde bloeddruk.
- 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.
- Voor een aantal Europese landen samengenomen, rapporteerde het EMCDDA in totaal 61 sterfgevallen gerelateerd aan carfentanyl (EMCDDA, 2018f); 20 voor 4F-iBF (EMCDDA, 2018d) en 14 voor THF-F (allemaal in Zweden) (EMCDDA, 2018k). Voor cyclopropylfentanyl rapporteerde het EMCDDA 60 sterfgevallen, waarvan 59 in Zweden en één in Noorwegen (EMCDDA, 2018g). Voor methoxyacetylfentanyl rapporteerde het EMCDDA zes sterfgevallen die alle zes waren gesignaleerd in Zweden (EMCDDA, 2018i).

8.8 Aanbod en markt

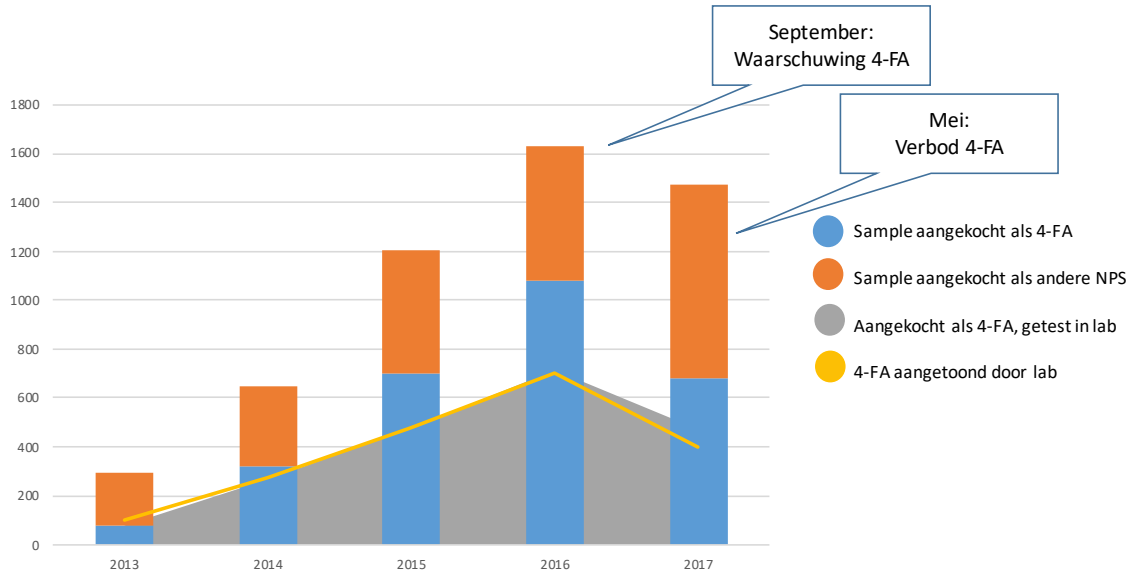
Kwaliteit en prijs

Veel NPS worden geproduceerd in China en (in mindere mate in) India en in bulk ingevoerd naar Europa. Daar worden ze soms vermengd, in kleine hoeveelheden verpakt en doorverkocht aan consumenten (EMCDDA, 2016). De NPS worden vaak online verkocht, aangezien ze veelal (nog) niet onder de Opiumwet zijn gebracht (Koning & Niesink, 2013; Soska & Christin, 2015). In 2017 werden bij het DIMS 573 monsters (5% van totaal) aangeboden die online gekocht waren door de gebruikers. Van deze groep ging het in 298 gevallen (52%) om NPS, en in 275 gevallen om klassieke drugs (48%). Dit betekent dat NPS in verhouding veel vaker online worden gekocht, met respectievelijk 14% online verkoop voor NPS versus 3% online verkoop voor klassieke drugs (Van der Gouwe & Rigter, 2018). Opvallend aan de online gekochte NPS is dat ze vaak via standaard websites gekocht worden, terwijl klassieke drugs vaker via cryptomarkets (darkweb) gekocht worden (Van der Gouwe, Brunt, van Laar, & van der Pol, 2017).

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs (Van der Gouwe & Rigter, 2018). Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters wordt herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm, zoals cocaïne, worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.
Al sinds het begin van het DIMS worden er stoffen aangeleverd die nog niet eerder als drug werden gebruikt. Met de opkomst van het fenomeen NPS in Europa worden ook bij het DIMS geregeld nieuwe stoffen aangeleverd, die steeds vaker via internet zijn aangekocht (Van der Gouwe & Rigter, 2018). Deze NPS worden door het DIMS actief gemonitord (zie bijlage A voor de gehanteerde definitie van NPS).

- In de periode vanaf 2008/2009, tijdens de 'dip' in de ecstasymarkt (zie § 6.8) kwamen NPS vooral voor als versnijding of vervanging in klassieke drugs. Sinds 2012 is het aantal monsters dat specifiek als NPS werd aangekocht toegenomen (Hondebrink, Nugteren-van Lonkhuyzen, Van Der Gouwe, & Brunt, 2015). Dit suggereert dat er een specifieke markt voor NPS is ontstaan. Vooral 4-FA bleek een 'drug of choice' te zijn (zie ook § 8.3 en § 8.6).
- Figuur 8.8.1 laat een toename in het aantal NPS zien die de afgelopen jaren zijn aangeboden bij het DIMS van 246 in 2012 tot 1.634 in 2016. Het gaat hier om samples die doelbewust aangekocht zijn als NPS. De toename van het aantal monsters dat NPS bevat werd in 2016 met name veroorzaakt door een toename in het aantal 4-FA monsters. In 2017 is een lichte daling te zien in het aantal NPS aangeleverd bij het DIMS, ook deze daling werd met name veroorzaakt door een afname in het aantal 4-FA monsters.
- In figuur 8.8.1 is te zien dat de hoeveelheid monsters waarin 4-FA is aangetroffen door het DIMS en het aantal monsters aangeleverd als 4-FA en getest in het lab vrijwel gelijk is. Dit betekent dat 4-FA vrijwel uitsluitend als drugs of choice is verkocht sinds 2013 en dat deze monsters doorgaans inderdaad 4-FA bevatten.
- Sinds het verbod in 2017 worden echter meer monsters gezien die verkocht zijn als 4-FA, maar die een andere werkzame stof bevatten. In 2018 zetten de trends zichtbaar in figuur 8.8.1 zich door: het aantal monsters aangekocht als 4-FA neemt af, de zuiverheid van 4-FA monsters neemt af, en het aandeel andere NPS neemt toe (Van der Gouwe & Rigter, 2018).

Figuur 8.8.1 Aantal bij het DIMS aangeleverde NPS, vanaf 2013



Bron: DIMS, 2018. (GHB en ketamine niet meegerekend; zie daarvoor respectievelijk hoofdstuk 9 en hoofdstuk 16)

Tabel 8.8.1 geeft een overzicht van alle monsters die sinds 2005 in het laboratorium geanalyseerd zijn (zowel pillen, poeders, vloeistoffen, of anderszins). Er is een selectie gemaakt van NPS die in dit hoofdstuk zijn uitgelicht en stoffen die in het kader van het Europees Early Warning System (EWS) worden gemonitord of anderszins een mogelijk gevaar voor de volksgezondheid vormen.
Deze stoffen kunnen dus zijn aangetroffen in monsters die zijn gekocht als ecstasy of MDMA (pil of poeder), speedpoeder, cocaïnepoeder, of 'anderszins'. Naast het monitoren van de stoffen die daadwerkelijk worden aangetroffen in de drugssamples, geeft deze categorie als 'anderszins' aangekochte drugs een indruk van wat de gebruiker denkt te hebben gekocht.

- Van de 'anderszins' aangekochte monsters in 2017 waren 425 monsters aangeleverd (en dus bewust door de consument aangekocht) als 2C-B, 684 als 4-FA (4-fluoramfetamine, 4-FMP), 65 als 5/6- APB, 10 als methylon, 2 als 2-FA en 3-FA, 25 als 3-MMC, 8 als methoxetamine (MXE) en 441 als ketamine. Dit is inclusief tabletten die herkend zijn en niet in het laboratorium geanalyseerd en ongeacht wat er daadwerkelijk in de drugsmonsters is aangetroffen.
- Het totaal aantal bij het DIMS binnengekomen consumentenmonsters is tussen 2016 en 2017 met 7% toegenomen van 11.215 tot 11.962. Dit is vrijwel vergelijkbaar met het aantal samples in 2015: 11.914.

Fenylethylamines: 4-fluoramfetamine, 2C-B en 6-APB

- Van alle op de Nederlandse drugsmarkt aanwezige NPS is 4-FA nog steeds de meest populaire NPS (§ 8.2). 4-FA wordt sinds 2009 aangetroffen, het aantal monsters waarin het DIMS 4-FA aantrof verviervoudigde tussen 2013 en 2014 en steeg daarna tot 2016 (tabel 8.8.1). Ook het aantal monsters dat bewust was aangekocht als 4-FA steeg, hetgeen duidde op een groeiende groep gebruikers met interesse voor 4-FA (zie ook § 8.3 en § 8.6).
- 4-FA werd door consumenten in 2017 het vaakst gekocht in tabletvorm (45%) met een gemiddeld gehalte van 117 mg (alleen laboratoriumsamples meegerekend die ook daadwerkelijk 4-FA bevatten). Daarnaast waren poeders (34%) en capsules (20%) hoofdzakelijk de vormen waarin 4-FA werd gekocht, met respectievelijk gemiddelde gehaltes van 70% en 69% 4-FA wanneer een sample ook daadwerkelijk 4-FA bevatte.

- Medio jaren negentig werd 2C-B veel aangetroffen in ecstasypillen, maar sinds 2008 wordt 2C-B geregeld aangeboden als drugsmonster (drug of choice). In de afgelopen vijf jaren deed zich een toename voor. 2C-B werd in 2017 het vaakst gekocht in tabletvorm (95%), die gemiddeld 10,9 mg 2C-B bevatten.
- 6-APB wordt de afgelopen jaren met enige regelmaat bij het DIMS aangeleverd. In 2017 waren er 64 monsters, in verschillende verschijningsvormen, die 6-APB (en meestal ook 5-APB) bevatten.

Cathinonen: mefedron & methylon

- Mefedron (4-MMC) wordt sinds 2009 door het DIMS aangetroffen. Sinds 2015 wordt mefedron vaker bewust als drug aangekocht, in plaats van een 'vervuiling' in ecstasytabletten zoals de jaren daarvoor (zie § 6.8).
- In 2017 bevatten in totaal 33 monsters mefedron en 9 monsters methylon, meestal in poedervorm.
- Ook 3-MMC werd in 2017 relatief vaak aangetroffen, 54 keer. Vaak is 3-MMC ook de drug of choice (33%), maar soms een vervangende stof in mefedron (13%) of ecstasy (15%). De Amsterdamse Antenne-monitor signaleert een toenemend gebruik in sommige netwerken, mogelijk ter vervanging van 4-FA (Nabben et al., 2018).

Synthetische cannabinoïden

- In tegenstelling tot andere Europese landen waar synthetische cannabinoïden de afgelopen jaren steeds populairder zijn geworden, lijkt er in Nederland weinig interesse van drugsgebruikers voor te zijn. In 2017 werden bij het DIMS drie synthetische cannabinoïden aangetroffen.

Overig: synthetische opioïden, methoxetamine en andere NPS

- In tegenstelling tot andere Europese landen worden er relatief weinig synthetische opioïden aangetroffen in Nederland. In 2017 is 6 keer U-47700 aangetroffen en 1 keer furanylfentanyl. Opvallend is dat de synthetische opioïden doorgaans de 'drug of choice' zijn (slechts één keer niet bij U-47700)
- Het aantal monsters dat methoxetamine bevatte was met 12 in 2017 lager dan in 2016 (19), en een stuk lager dan in 2015 (41). Dit is mogelijk het gevolg van de strafbaarstelling in juni 2015.
- De zogeheten NBOMe's zijn fenylethylaminen die in opkomst lijken te zijn op de Europese drugsmarkt, maar in Nederland nog relatief weinig gezien worden. In 2017 werd door het DIMS 2 keer 25B-NBOMe,2 keer 25I-NBOMe, 1 keer 25H-NBOMe, en 1 keer 25C-NBOMe gezien.
- PMMA komt vrijwel uitsluitend voor als vervuiling in ecstasy: in 2017 werden slechts 2 monsters met PMMA aan het DIMS aangeleverd, beide waren verkocht als ecstasy. Het CAM en het EMCDDA voerden in 2003 een risicoschatting uit voor PMMA. Naar aanleiding hiervan is het middel op Lijst I van de Opiumwet geplaatst.
- Sinds in 2012 het middel 4-methylamfetamine (4-MA) op lijst I van de Opiumwet geplaatst werd, is ook het aantal keer dat deze stof werd aangetroffen gedaald van 199 in 2012 naar 4 keer in 2017 (zie ook hoofdstuk 7). In alle gevallen werd de 4-MA aangetroffen in speedpoeders.

Tabel 8.8.1 Aantal in het laboratorium of met FT-IR geanalyseerde monsters met een NPS, vanaf 2007

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Totaal aantal monsters	4.727	4.671	5.086	5.735	5.783	5.985	5.705	5.906	6.389	6.162	6.428
2C-B	21	75	81	79	61	78	76	170	114	138	179
4-FA	-	6	89	50	74	95	105	406	478	702	394
6-APB	-	-	-	-	8	10	18	43	38	62	64
Mefedron	-	-	63	62	42	14	9	15	42	44	33
Methylon	2	4	6	5	16	22	26	23	8	14	11
Synthetische cannabinoïden	-	-	-	-	-	0	1	4	2	2	3
Methoxetamine	-	-	-	-	13	21	64	36	41	19	8
25I-NBOMe	-	-	-	-	-	1	12	15	9	0	2
PMA/PMMA	0	0	0	40	46	37	66	47	29	13	3
4-MA	-	-	4	109	117	199	87	48	13	3	4
mCPP	323	331	423	209	114	115	63	53	23	12	7

Gegevens over 2007-2017 betreffen alleen monsters (pillen, poeders, vloeistoffen e.d.) die in het laboratorium zijn geanalyseerd I. Pillen met meer dan 1 mg. - = Niet gemeten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Prijs

De Amsterdamse Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor NPS. Vergeleken met de traditionele drugs worden relatief weinig NPS monsters bij het DIMS aangeboden, waardoor de gemiddelden als indicatief moeten worden beschouwd.

Consumenten die drugsmonsters aankochten als NPS en bij het DIMS lieten testen betaalden in 2017 (afgerond) gemiddeld (Van der Gouwe & Rigter, 2018):

- 2C-B: €4 per pil
- 4-FA : €5 per pil, €6 per capsule, €15 per gram.

Andere NPS worden te weinig bij DIMS aangeboden om een reële prijsindicatie te kunnen geven (voor GHB: zie § 9.8 en voor ketamine: zie Hoofdstuk 13).

In het Antenne-onderzoek 2017 (Nabben et al., 2018) werden vergelijkbare prijzen door sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven genoemd:

- 2C-B: €5-6 per pil
- 4-FA: €4-5 per pil, €10-15 per gram poeder.

NPS worden vaker dan traditionele drugs online aangeschaft. Opvallend is dat zowel voor gewone drugs als voor NPS lijkt te gelden dat de drugs ongeveer even zuiver zijn als samples die op straat worden verkocht, en dat de prijzen online doorgaans iets hoger zijn. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met het feit dat de Nederlandse straatmarkt doorgaans erg zuiver en goedkoop is in verhouding tot andere landen (Van der Gouwe et al., 2017).

9. GHB

9.1 Laatste feiten en trends	▶ pagina 264
9.2 Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 264
9.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen	▶ pagina 268
9.4 Problematisch gebruik	▶ pagina 273
9.5 Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 274
9.6 Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 275
9.7 Ziekte en sterfte	▶ pagina 281
9.8 Aanbod en markt	▶ pagina 283

9. GHB

Inleiding

GHB staat voor gammahydroxyboterzuur en is een dempend middel dat vroeger werd gebruikt als slaapmiddel en narcosemiddel. 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, de ontspannen high, het vergeten van problemen en een verhoogde seksuele respons (Grund, De Bruin, & Van Gaalen, 2018). GHB kan bij de 'gewone' recreatieve doseringen ook ongewenste effecten hebben zoals vermoeidheid, vergeetachtigheid, misselijkheid, overgeven en stuiptrekkingen. Bij een hogere dosering (overdosering) kan de gebruiker in coma raken. Het verschil tussen de 'recreatieve' dosering en overdosering is vaak klein. Bij het ontwaken uit een coma voelt de persoon zich wakker en alert, maar soms ook gedesoriënteerd of agressief. GHB staat in de media ook wel bekend als 'rape drug', maar de link tussen het gebruik van GHB en seksueel misbruik is 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' (Nabben & Korf, 2016a, 2016b; Nijkamp & Lemmers, 2018).

GHB is een middel dat al na enkele weken dagelijks gebruik tot verslaving kan leiden. 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 (Benschop, Nabben, & Korf, 2011). 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 i.s.m. RIVM en CBS). De meeste GBL-gebruikers hadden ook ooit GHB gebruikt.

Het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) heeft de risico's van GHB ingeschat op gemiddeld tot hoog (Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs, 2011). Het risico van GBL wordt even groot geacht als dat van GHB, maar gezien de signalen dat gebruik van GBL in Nederland slechts op beperkte schaal voorkomt, is er vooralsnog geen sprake van een omvangrijk volksgezondheidsprobleem (Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs [CAM], 2013). GBL wordt in het lichaam snel omgezet in GHB en is daarmee net zo verslavend als GHB. Ook andere klinische effecten komen overeen tussen beide producten. De WHO Expert Committee on Drug Dependence (ECDD) concludeerde in haar risicoschatting van GBL in 2014 dat de volksgezondheidsrisico's vanwege misbruik van GBL ernstig zijn. Gelet op het feit dat GBL omgezet wordt in GHB (een middel op lijst II van het Psychotropenverdrag uit 1971) en bovendien geen therapeutisch nut heeft, werd geadviseerd om GBL op lijst I te plaatsen (bestemd voor middelen met een afhankelijkheidsrisico die geen therapeutische toepassing hebben). Echter, vanwege het wijdverbreide industriële gebruik van GBL heeft de Commissie

voor Narcotische drugs van de VN besloten GBL niet onder het verdrag te laten vallen (United Nations Commission on Narcotic Drugs, 2015).
Aangezien GBL meestal niet apart wordt geregistreerd of uitgevraagd in onderzoek, hebben de cijfers in dit hoofdstuk betrekking op GHB/GBL, tenzij anders aangegeven.

GHB is op 9 mei 2012 verplaatst van lijst II naar lijst I van de Opiumwet (zie § 2.1). 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.

9.1 Laatste feiten en trends

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

- In de algemene bevolking van 18 jaar en ouder lag in 2017 het percentage GHB-gebruikers lager dan dat van ecstasy, cocaïne, en amfetamine (§ 9.2).
- Na de aanvankelijke daling tussen 2015 en 2016 in het laatste-jaar-gebruik en het laatste-maand-gebruik, is er in 2017 weer een lichte stijging (§ 9.2).
- Scholieren van het regulier onderwijs hadden in 2015 weinig ervaring met GHB (§ 9.3).
- GHB kent uiteenlopende groepen van gebruikers, variërend van uitgaande jongeren en jongvolwassenen tot thuisgebruikers en gemarginaliseerde groepen. Ook wordt het middel door mannen die seks hebben met mannen voor 'chemsex' gebruikt, maar cijfers over de omvang ontbreken (§ 9.3 en § 9.4).
- De hulpvraag vanwege GHB-verslaving bij de instellingen voor verslavingszorg nam toe tussen 2007 en 2012 en stabiliseerde zich tot en met 2015 (§ 9.6). Het aandeel van GHB in de totale verslavingszorg bleef echter klein. Het aandeel van de jongere cliënten nam af.
- GHB-verslaving gaat vaak samen met andere psychische stoornissen en de terugval na klinische detoxificatie is aanzienlijk (§ 9.6).
- Het aandeel geregistreerde gezondheidsincidenten na drugsgebruik met GHB als primaire drug is lager in de Randstad (Amsterdam en Rotterdam) dan in regio's buiten de Randstad (Brabant-Zuid, Gelderland-Midden en Enschede) (§ 9.6).
- Er is geen zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is (§ 9.7).
- GHB blijft een relatief goedkope drug, de prijzen (per liter) stegen in 2014 maar zijn daarna weer gedaald (§ 9.8).

9.2 Gebruik: algemene bevolking

Dit hoofdstuk beschrijft kerngegevens over GHB-gebruik in de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, jaarlijks uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut. Aanvullende gegevens zijn afkomstig uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A Middelen) 2016 (zie bronnentabel en bijlage D.2.). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A Middelen, wordt dit apart vermeld.

Kerncijfers 2017

In de algemene bevolking van 18 jaar en ouder ligt het percentage GHB-gebruikers lager dan dat van ecstasy, cocaïne, en amfetamine. In 2017 heeft anderhalf procent van de volwassenen ervaring met GHB (tabel 9.2.1). Minder dan een half procent gebruikte in het afgelopen jaar.

- Dit komt neer op ruim 200 duizend volwassen Nederlanders die ooit GHB gebruikten.

Tabel 9.2.1 Percentage en absolute aantal GHB-gebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2017

	(%)	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval
Ooit	1,5	210.000	170.000-250.000
Laatste jaar	0,4	50.000	30.000-80.000
Laatste maand	0,1	20.000	0-30.000

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat GHB gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017. (Zie bijlage D.2 voor resultaten van voorgaande bevolkingsstudies onder mensen van 15-64 jaar.)

Trend in GHB-gebruik

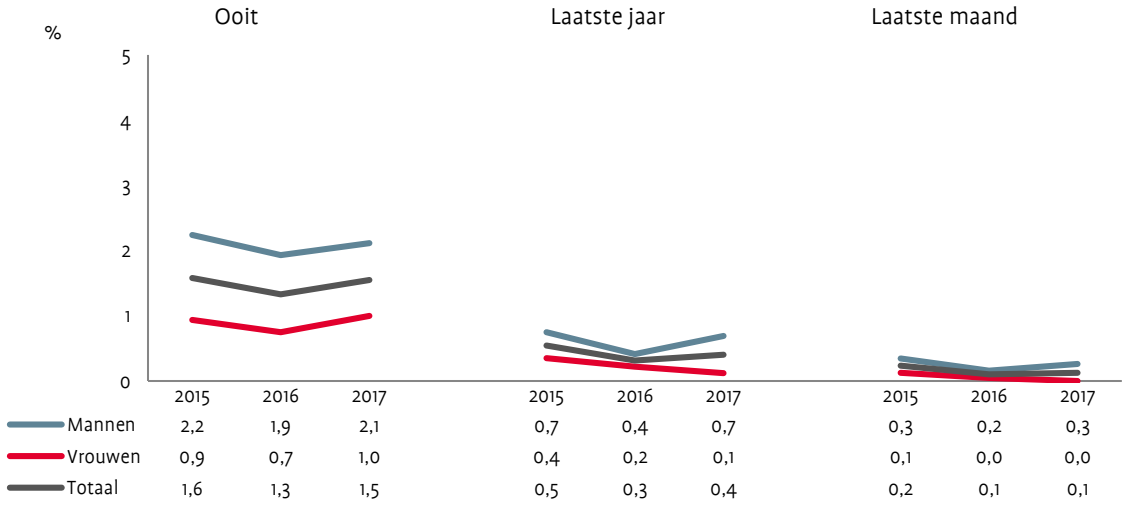
Vanaf 2015 zijn vergelijkbare gegevens beschikbaar over het gebruik van GHB in de algemene bevolking in de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder, de standaard voor kerncijfers over drugsgebruik (figuur 9.2.1).

- Sinds 2015 is geen statistisch significant verschil gevonden in het percentage mensen van 18 jaar en ouder dat ervaring heeft met GHB (figuur 9.2.1).
- Tussen 2015 en 2016 was er een lichte daling (statistisch significant) in het percentage laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers. Het percentage in 2017 ligt daar tussenin en verschilt niet van beide voorgaande jaren.

Het gebruik van GHB werd in het afgelopen decennium ook in 2005, 2009 en 2014 gemeten. Vanwege herhaalde wijzigingen in de onderzoeksmethode zijn alleen gegevens vergelijkbaar die zijn verzameld vanaf 2014 (zie bijlage D.2). In 2014 werd GHB-gebruik alleen onder 15-64-jarigen gemeten (de internationale standaard leeftijdsgroep van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), zie § 9.5). Trendgegevens sinds 2014 voor 15-64-jarigen staan in bijlage D.2 beschreven.

- Het ooitgebruik in de leeftijdsgroep van 15-64 jaar schommelt sinds 2014 maar verschilt niet statistisch significant (zie bijlage D.2).
- De schommelingen in laatste-jaar-gebruik (0,3% in 2016 tot 0,6% in 2015) en in laatste-maand gebruik (0,1% in 2014 en 2016 tot 0,3% in 2015) zijn wel statistisch significant. Echter, voor de leeftijdsgroep van 15-64 jaar verschillen de percentages in 2017 niet statistisch significant met voorgaande jaren. Dit bleek hierboven ook te gelden voor de bevolking van 18 jaar en ouder.

Figuur 9.2.1 GHB-gebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2015, naar geslacht



Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017. (Zie bijlage D.2 voor resultaten van voorgaande bevolkingsstudies onder mensen van 15-64 jaar.)

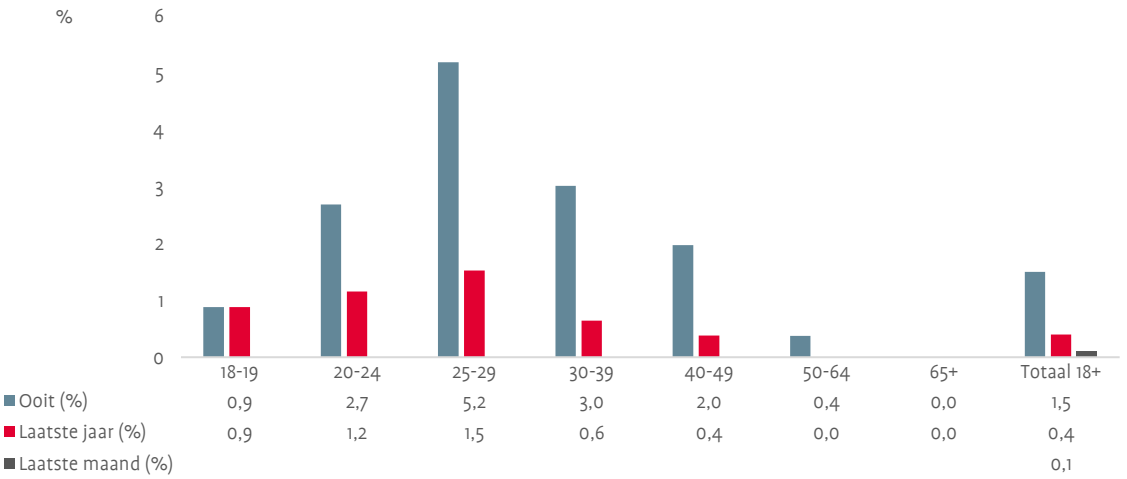
Geslacht

Meer mannen (2,1%) dan vrouwen (1,0%) hebben ervaring met GHB (figuur 9.2.1).

Leeftijd

Het ooitgebruik en laatste-jaar-gebruik ligt het hoogst onder 25-29-jarigen. Het aantal gebruikers van GHB in de steekproef is te laag om voor laatste-maand-gebruik een uitsplitsing te maken naar leeftijdsgroepen.

Figuur 9.2.2 GHB-gebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2017



Percentage gebruikers ooit en in het laatste jaar per leeftijdsgroep. Het aantal laatste-maand-gebruikers van GHB in de steekproef is te laag om een uitsplitsing te maken naar leeftijdsgroepen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Opleidingsniveau

Er is geen statistisch significant verschil in ooitgebruik van GHB naar opleidingsniveau, maar hoogopgeleiden gebruikten het middel wel vaker in het laatste jaar dan middelbaar opgeleiden en laagopgeleiden (tabel 9.2.2). Het aantal gebruikers van GHB in de steekproef is te laag om voor laatste-maand-gebruik een uitsplitsing te maken naar opleidingsniveau.

Tabel 9.2.2 Gebruik van GHB in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[1]. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Laagopgeleid	1,3	0,3	-
Middelbaar opgeleid	1,6	0,2	-
Hoogopgeleid	1,8	0,7	-

Percentage gebruikers ooit en in het laatste jaar naar opleidingsniveau. Het aantal laatste-maand-gebruikers van GHB in de steekproef is te laag om een uitsplitsing te maken naar opleidingsniveau. 1. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Migratieachtergrond

Het ooit- en laatste-jaar-gebruik verschilt niet statistisch significant tussen groepen met een verschillende migratieachtergrond (tabel 9.2.3). Het aantal gebruikers van GHB in de steekproef is te laag om voor laatste-maand-gebruik een uitsplitsing te maken naar migratieachtergrond.

Tabel 9.2.3 Gebruik van GHB in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[1]. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Nederlandse achtergrond	1,7	0,4	-
Westerse migratieachtergrond	0,7	0,0	-
Niet-Westerse migratieachtergrond	1,5	0,6	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en laatste jaar. Het aantal laatste-maand-gebruikers van GHB in de steekproef is te laag om een uitsplitsing te maken naar migratieachtergrond. 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage A "Migratieachtergrond). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Stedelijkheid

Gebruik van GHB komt statistisch significant meer voor in grote steden dan elders (tabel 9.2.4). In zeer stedelijke gebieden ligt het percentage ooitgebruikers ongeveer twee keer hoger dan in de rest van Nederland. Het laatste-jaar-gebruik ligt er drie keer hoger.

Tabel 9.2.4 Gebruik van GHB in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2017

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

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Het aantal laatste-maand-gebruikers van GHB in de steekproef is te laag om een uitsplitsing te maken naar stedelijkheid. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

9.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van GHB op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven van scholieren van het voortgezet onderwijs en studenten van het HBO en MBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun doorsnee leeftijdgenoten middelen gebruiken.

Scholieren van het regulier onderwijs

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend verzameld in het Peilstationsonderzoek en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie (zie bronnentabel en bijlage D.7). In 2017 is het gebruik van GHB echter niet gemeten onder de scholieren. Voor GHB zijn de gegevens beschikbaar tot en met het jaar 2015.

Kerncijfers 2015

Vergeleken met andere drugs hebben scholieren van het regulier voortgezet onderwijs net zo weinig ervaring met het gebruik van GHB als met het gebruik van heroïne en crack (tabel 9.3.1).

- Volgens het Peilstationsonderzoek in 2015 had van de 12-16-jarige scholieren in het voortgezet onderwijs 0,4% ooit in het leven GHB gebruikt (Van Dorsselaer et al., 2016) .

Tabel 9.3.1 Percentage GHB-gebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2015

	(%)
Ooit	0,4
Laatste jaar	-
Laatste maand	0,2

Percentage gebruikers ooit en in de laatste maand. - = Niet gemeten. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015 (zie bijlage D.7).

Trends in GHB-gebruik

Sinds het midden van de jaren tachtig wordt middelengebruik onder scholieren gemonitord. In 2011 werd GHB-gebruik voor het eerst apart gemeten onder scholieren van 12-16 jaar. Het ooitgebruik was toen 0,5% . In 2015 had 0,4% ooit GHB gebruikt en 0,2% in de afgelopen maand (Van Dorsselaer et al., 2016).

Geslacht

Het ooitgebruik van GHB verschilt niet statistisch significant tussen jongens (0,3%) en meisjes (0,5%). Hetzelfde geldt voor laatste-maand-gebruik (jongens 0,2% en meisjes 0,3%) (Van Dorsselaer et al., 2016) (bijlage D.7).

Leeftijd, schoolniveau, migratieachtergrond

Het aantal gebruikers van GHB onder scholieren is te laag om een uitsplitsing te maken naar leeftijd, schoolniveau, en migratieachtergrond.

Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2015 en 2017 is het gebruik van GHB gemeten in een landelijk onderzoek onder respectievelijk ongeveer 3.000 en 4.000 studenten van het MBO en het HBO (tabel 9.3.2) (Tuithof, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2018; Verdurmen, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2016).

- Het ooitgebruik van GHB onder studenten van het MBO en HBO ligt op 1,4% (1,6% voor jongens en 1,2% voor meisjes.
- Weinig studenten gebruikten het middel nog in de laatste maand (0,3% van de jongens en 0,1% van de meisjes).
- Vanwege de kleine aantallen kunnen geen verschillen tussen 2015 en 2017 worden berekend.

In 2016 is het gebruik van alcohol en drugs onderzocht onder bijna 2.000 MBO-studenten in Amsterdam (Nabben, Luijk, Benschop, & Korf, 2017). De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar.

- Van deze studenten had 5% ooit GHB gebruikt, 3% in het afgelopen jaar en 1% in de afgelopen maand.
- Van de MBO-studenten die in het afgelopen jaar GHB hadden gebruikt, vond 20% dat ze te veel of te vaak GHB hadden gebruikt.

Uit een recent onderzoek onder 446 studenten van de Universiteit Leiden bleek dat 2% van deze studenten ooit GHB had gebruikt (Kunst & Gebhardt, 2018).

Tabel 9.3.2 Percentage GHB-gebruikers onder andere groepen scholieren en studenten

	Locatie	Peilaar	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Studenten MBO en HBO (16-18 jaar)	Nederland	2015	0,4	0,2
	Nederland	2017	1,4	0,2
Studenten MBO (15-35 jaar)[1]	Amsterdam	2016	5	1

Percentage gebruikers ooit en in de laatste maand. I. De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking niet mogelijk. Bronnen: Trimbos-instituut (Tuithof et al., 2018; Verdurmen et al., 2016), Antenne 2016 (Nabben et al., 2017).

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ligt het gebruik van GHB hoger dan onder scholieren op reguliere middelbare scholen en de algemene bevolking, zoals hiervoor beschreven. Tabel 9.3.3 en 9.3.4 vatten de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder bezoekers van uitgaansgelegenheden en kwetsbare groepen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

Een volledig beeld van (risico)groepen van GHB-gebruikers ontbreekt. Het gebruik van GHB komt voor onder uitgaanders die GHB nemen voorafgaand, tijdens of na het uitgaan; onder gemarginaliseerde groepen en onder 'thuisgebruikers', die om verschillende redenen samen met vrienden en kennissen in de context van 'huisfeesten' (in plaats van of na afloop van reguliere feesten) gebruiken. In 2014 is specifiek onderzoek gedaan naar problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie (Nabben & Korf, 2016a, 2016b).
Op grond hiervan blijkt problematisch GHB-gebruik voor te komen onder globaal vier verschillende groepen:

- klassieke (heroïne)verslaafden
- straatjongeren
- uitgaanders
- thuisgebruikers.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht (Monshouwer, Van der Pol, Drost, & Van Laar, 2016). De respondenten van dit onderzoek vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen tussen de steekproeven van 2013 en 2016, zoals uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- In 2016 had 1 op de 7 uitgaanders in dit onderzoek (14%) ervaring met GHB of GBL; 8% had in het afgelopen jaar gebruikt en 3% in de afgelopen maand (tabel 9.3.3). Het gaat hier om het gebruik onder uitgaanders, niet altijd om het gebruik tijdens het uitgaan.
- Van de deelnemers die in het afgelopen jaar GHB/GBL hadden gebruikt, gebruikte ongeveer een derde (35%) één keer, 40% een paar keer per jaar, 10% eens per maand, eveneens 10% een paar keer per maand en 5% een (paar) keer per week. Bijna niemand gebruikte (bijna) elke dag.
- De meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers van GHB/GBL (82%) gebruikte altijd of meestal GHB. Ongeveer 3% gaf aan soms GBL en soms GHB te gebruiken, maar bijna niemand gebruikte altijd of meestal GBL, terwijl 15% aangaf het niet te weten.
- GHB is minder, zoals ecstasy en amfetamine, een typische partydrug. Op de vraag waar laatste-jaar-gebruikers van GHB het meest gebruiken noemde twee derde (67%) 'thuis'. Daarna volgden een festival (43%), feestje (33%), en club (22%). Een café (7%) of poppodium (2%) werd het minst genoemd. Respondenten konden maximaal 3 locaties aangeven.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven middels een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven en surveys onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen. De kwalitatieve panelstudie suggereerde aanvankelijk dat GHB-gebruik na een toename in populariteit tussen 2006 en 2010 over het hoogtepunt heen was onder trendy uitgaanders

in Amsterdam. Vanaf 2010 leek het regelmatig gebruik van GHB weer af te nemen , maar in 2016 vond er echter weer een stijging plaats, zij het nog niet tot op het niveau van 2010 (Nabben et al., 2017), die zich in 2017 lijkt te stabiliseren (Nabben, Luijk, & Korf, 2018).

- In 2017 bleek GHB "vooral populair bij gays, psychonauten en in de underground- en technoscene" (Nabben et al., 2018). In dit kader zijn er kwantitatieve gegevens beschikbaar gekomen over mannen die seks hebben met mannen (MSM) die tussen juli en december 2016 de Soa-polikliniek van de GGD Amsterdam hebben geconsulteerd (Drückler, Van Rooijen, & De Vries, 2018). 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 93,0% GHB gebruikt voor chemsex, waarmee GHB het meest populaire middel was om chemsex mee te bedrijven.
- Als mogelijke verklaringen voor de aanvankelijke daling in het Amsterdamse uitgaansleven werden genoemd: strengere controles in het uitgaansleven, onderlinge kritiek op 'out gaan' en bewustwording van het verslavingsrisico, niet alleen door de aandacht in de media voor problematische GHB-gebruikers, maar ook door het ontdekken van GHB-verslaafden in het eigen netwerk (Benschop et al., 2015; Grund et al., 2018; Nabben, Benschop, & Korf, 2014; Nabben et al., 2016). In 2016 werd vervolgens in het Amsterdamse uitgaansleven geconstateerd dat GHB-gebruikers via "informele controle" elkaar "extra scherp in de gaten" zijn gaan houden om out gaan te voorkomen (Nabben et al., 2017). In 2017 gold in clubs een "zerotolerance" voor GHB: "Eén druppel is al genoeg voor een clubverbod" (Nabben et al., 2018).
- De Amsterdamse Antenne-survey onder clubbers en ravers liet tussen 2008 en 2013 (nog) wel een stijging in het gebruik zien (Nabben et al., 2014). Het percentage laatste-maand-gebruikers verdubbelde in deze periode van 5% naar 10%. Vooral de 'ravers' gebruikten meer (12% versus 8% van de clubbers). In 2017 had 7% van de bezoekers van clubs, raves en festivals in Amsterdam in de afgelopen maand GHB gebruikt, maar dit betekende geen statistisch significant verschil met de 10% van 2013 (Nabben et al., 2018). Onder bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia in Hilversum lag in 2017 het laatste-maand-gebruik van GHB op 1% (Luijk et al., 2018).
- Ook onder jongeren en jongvolwassenen die in Amsterdam mainstream-, hippe-, studenten- en gay cafés bezoeken, steeg het percentage gebruikers van GHB. Tussen 2010 en 2014 steeg in deze groep het percentage ooitgebruikers van 11% naar 19% en steeg het percentage laatste-maand-gebruikers van 2% naar 4% (Benschop et al., 2015).
- Onder bezoekers van coffeeshops in Amsterdam werden tussen 2009 en 2015 geen statistisch significante verschillen gevonden in het percentage GHB-gebruikers (Nabben et al., 2016). In 2015 had van de coffeeshopbezoekers 11% ervaring met GHB, maar had niemand in de afgelopen maand nog GHB gebruikt (0%).
- In 2014 is in Den Haag een survey gehouden onder 1.317 uitgaanders in de leeftijd van 12-35 jaar (Van Dijk & Reinerie, 2015). De gemiddelde leeftijd was 24 jaar. Het bleek dat 10% ooit GHB had gebruikt en dat 0,6% in de afgelopen maand nog GHB had gebruikt. GHB werd gebruikt voor "de dronkenschap zonder alcohol".

Tabel 9.3.3 Ooitgebruik en laatste-maand-gebruik van GHB onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

	Locatie	Jaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenenI	Landelijk[I]	2016	22	14	3
Bezoekers van coffeeshops	Amsterdam	2009	28	13	2
		2015	25	11	0
Cafébezoekers	Amsterdam[II]	2010	27	11	2
		2014	27	19	4
Bezoekers van clubs, raves[III] en festivals	Amsterdam	2013	24	25	10
		2017	26	22	7
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum	2017	21	5	1
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Den Haag	2014	24	10	1
Studenten	Leiden	2015	22	2	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand. Verschillende groepen zijn onderzocht met hun corresponderende leeftijdscategorieën. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. - = Niet gemeten. I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. Vanwege methodologische verschillen zijn deze gegevens niet vergelijkbaar met die van het landelijke onderzoek onder bezoekers van clubs, discotheken, party's en festivals. II. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten- en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. III. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media" (Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al., 2016); Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2010 (Benschop et al., 2011), Antenne 2012 (Benschop, Nabben, & Korf, 2013), Antenne 2013 (Nabben et al., 2014), Antenne 2014 (Benschop et al., 2015), Antenne 2015 (Nabben et al., 2016), Antenne 2017 (Nabben et al., 2018), Antenne Gooi en Vechtstreek (Luijk et al., 2018); Haags Uitgaans Onderzoek, GGD Haaglanden (Van Dijk & Reinerie, 2015); Universiteit Leiden/Tilburg University (Kunst & Gebhardt, 2018).

Kwetsbare groepen

Volgens oudere studies komt het gebruik van GHB wat vaker voor onder jongeren in de residentiële jeugdzorg en in justitiële jeugdinrichtingen en onder dakloze jongeren (Kepper et al., 2009; zie ook Van Laar et al., 2016). In 2020 komen weer landelijke gegevens beschikbaar voor jongeren in hoog risico settings: praktijkonderwijs (PrO), in het speciaal onderwijs (REC-3 en REC-4) en in de residentiële jeugdzorg (RJZ) en justitiële jeugdinrichtingen (JJI) (zie hoofdstuk 1).

- In onderzoek in de Amsterdamse jeugdzorg in 2012 had 3% van de jongeren ooit GHB gebruikt en had 1% in de afgelopen maand nog GHB gebruikt (tabel 9.3.4) (Benschop et al., 2013).
- In de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en Utrecht had 2% van de dakloze jongeren (18-23 jaar) in 2011 in de afgelopen maand GHB gebruikt (Van Straaten et al., 2012).
- Zowel in 2016 als in 2017 constateerden jongerenwerkers in Amsterdam dat onder kwetsbare (buurt)jongeren met een migratieachtergrond GHB-gebruik *minder* voorkomt dan onder autochtone kwetsbare (buurt)jongeren (Nabben et al., 2018; Nabben et al., 2017).

Tabel 9.3.4 Laatste-maand-gebruik van GHB in kwetsbare groepen

	Locatie	Jaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Dakloze jongeren	G4	2011	20	-	2
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	16	3	1

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand. Verschillende groepen zijn onderzocht met hun corresponderende leeftijdscategorieën. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en Utrecht. - = Gegevens zijn onbekend. Bronnen: Coda-G4, IVO, Radboudumc (Van Straaten et al., 2012), Antenne 2012 (Benschop et al., 2013).

9.4 Problematisch gebruik

Zelfs bij personen die slechts gedurende een korte periode, bijvoorbeeld enkele weken, frequent GHB hebben gebruikt, kan zich afhankelijkheid ontwikkelen (Brunt, Van Amsterdam, & Van den Brink, 2014).

- Vanwege de korte werkingsduur nemen intensieve gebruikers vaak dag en nacht elke twee tot vier uur een dosis GHB om onthoudingsverschijnselen tegen te gaan (Van Noorden, Kamal, De Jong, Vergouwen, & Zitman, 2010). 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 (Van Noorden & Van Dijken, 2014). De symptomen beginnen doorgaans binnen enkele uren na de laatste inname.

Cijfers over het aantal probleemgebruikers van GHB in Nederland ontbreken.

- 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 GHB-gebruik. Het gebruik leek normaler te worden gevonden (zie § 9.3), maar in het Amsterdamse uitgaansleven lijkt hierin een kentering te zijn gekomen (Nabben, Luijk, Benschop, & Korf, 2016, 2017, 2018).
- GHB wordt gezien als een goedkoop alternatief voor alcohol en andere drugs. 'Out gaan' (comateuze toestand) wordt door gebruikers vaak gezien als een relatief onschuldig bijeffect van GHB, hoewel er ook signalen zijn over onderlinge kritiek van uitgaanders op 'out gaan' en toegenomen bewustwording van het verslavingsrisico (zie § 9.3) (Nabben et al., 2016, 2017)(Nabben et al., 2018).
- Tussen mei en oktober 2014 werden 146 GHB-gebruikers uit Vlaanderen en Nederland ondervraagd (Grund et al., 2018). Hun gemiddelde leeftijd was 28 jaar, binnen een range van 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. Ongeveer 10% was al meer dan 100 keer in een coma geraakt.
- Mogelijk zijn er (lange termijn) risico's verbonden aan het herhaaldelijk 'out gaan' na GHB-gebruik, maar gedegen onderzoek hiernaar ontbreekt tot nu toe (Van Amsterdam, Van Laar, Brunt, & Van den Brink, 2012). Wel zijn er inmiddels aanwijzingen gevonden dat herhaaldelijke coma's door GHB het lange termijn geheugen kunnen aantasten (Raposo Pereira et al., 2018).

Hoewel het gebruik van GHB in het uitgaansleven vermoedelijk, evenals voor veel andere middelen, het hoogst is in de Randstad, zijn er signalen dat het probleemgebruik zich vooral voordoet in een aantal andere regio's.

- 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 (§ 9.6).
- In het voorafgaande (zie § 9.3) werd gewezen op vier typen problematische GHB-gebruikers: de klassieke verslaafden, de straatjongeren, de uitgaanders en de thuisgebruikers (Nabben & Korf, 2016a, 2016b). GHB-gebruikende klassieke verslaafden komen voor in het hele land, meestal in de meer stedelijke gebieden. Straatjongeren vormen de meerderheid van de GHB-gebruikers in plattelandsdorpen en delen van de provincies Overijssel, Gelderland, Brabant, Zuid-Holland en Zeeland. Uitgaanders die GHB gebruiken worden door de politie vooral aangetroffen in de stedelijke delen van Overijssel, Gelderland, Noord-Holland en Limburg. Thuisgebruikers van GHB worden 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.

9.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Er zijn weinig monitoringgegevens beschikbaar over het gebruik van GHB onder de algemene bevolking of scholieren in andere landen. EMCDDA rapporteert niet systematisch over het gebruik van GHB. Voor enkele landen zijn gegevens beschikbaar.

- In 2016 had in Noorwegen 0,1% van de bevolking van 16-64 jaar in het afgelopen jaar GHB gebruikt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2018).
- In Australië lag in 2013 het laatste-jaar-gebruik van GHB in de bevolking van 14 jaar en ouder met minder dan 0,1% lager dan in 2004 en 2007, toen het laatste-jaar-gebruik nog op 0,1% lag (Australian Institute of Health and Welfare, 2014). Het ooitgebruik van GHB lag in 2010 op 0,8%.
- In de Verenigde Staten had 0,6% van de volwassenen, zowel in 2016 als in 2017, ooit in het leven GHB gebruikt (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018).
- GHB-gebruik werd geconstateerd in subgroepen van drugsgebruikers in Europa. Onder regelmatige nachtclubbezoekers in tien Europese landen had 2% in het afgelopen jaar GHB gebruikt (EMCDDA, 2015).

Jongeren en jongvolwassenen

In de ESPAD-peilingen onder 15- en 16-jarige scholieren in Europa werd in 2015 gevraagd naar het ooitgebruik van GHB. De cijfers uit dit onderzoek zijn internationaal beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking (Kraus, Leifman, & Vicente, 2016).

- Het gebruik van GHB onder scholieren is laag. Het (ongewogen) gemiddelde van het ooitgebruik lag in 34 onderling vergelijkbare landen op 1%. In Nederland lag het ooitgebruik op het Europese gemiddelde van 1%. Het ooitgebruik lag met 3% het hoogst in Bulgarije.

Gebruik van GHB lijkt internationaal wel vaker voor te komen onder bezoekers van clubs en dansfeesten, maar er zijn geen internationaal vergelijkende studies op dit terrein.

- Overwegend lokale enquêtes zijn tussen 2005 en 2009 gehouden onder speciale groepen in België, Tsjechië en het Verenigd Koninkrijk. Het ooitgebruik in deze speciale groepen varieerde in deze landen van 4% tot 15% en de hoogste maandprevalentie lag op 5%.

- Het gaat hier echter om methodologisch uiteenlopende studies en verschillen tussen landen moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd. De cijfers zijn bovendien weinig recent.

De Global Drug Survey (GDS) is een internationale online survey waar relatief veel uitgaanders en drugsgebruikers aan deelnemen. De GDS2018 werd afgenomen tussen 10 november 2017 en 30 december 2017 onder honderddertigduizend deelnemers uit meer dan 40 landen, waarvan 3.423 Nederlanders (GDS, 2018). Het gaat om een niet-representatieve steekproef, en de gegevens zijn derhalve alleen indicatief. Ook vergelijkingen tussen landen moeten voorzichtig worden gemaakt.

- Van de deelnemers aan de GDS2018 had 3,5% ooit in het leven GHB of GBL gebruikt, en had 1,5% in het afgelopen jaar nog GHB of GBL gebruikt (GDS, 2018). Van de gebruikers had 5,2% geen medische hulp ingeroepen terwijl dat wel nodig was geweest. Van deze groep had 48,1% geen medische hulp ingeroepen omdat ze door vrienden werden opgevangen, en had 25,9% geen hulp ingeroepen omdat ze dachten dat ze toch wel weer beter zouden worden.
- Specifiek voor Nederland noemt de Global Drug Survey gegevens in de GDS2015. Deze GDS werd afgenomen in november en december 2014. De resultaten hieruit suggereren dat GHB in Nederland vaker werd gebruikt dan in andere landen, al laat de methode een precieze vergelijking tussen landen niet toe. Alleen in Nederland hoorde GHB, met 7% laatste-maand-gebruik, bij de 20 meest gebruikte drugs, hetgeen niet het geval was in de andere participerende landen: de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Australië, Duitsland, Frankrijk, Ierland, Schotland, België, Denemarken, Nieuw Zeeland, Hongarije, Spanje, Portugal, Zwitserland, Mexico, Slovenië en Brazilië.

9.6 Hulpvraag en incidenten

Chronische GHB-problematiek wordt onder andere gezien en behandeld in de verslavingszorg. Acute hulpvraag wordt geregistreerd in de Monitor Drugsincidenten. Deze monitor beschrijft de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen of op de EHBO van een grootschalig evenement. Ook de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat een schatting van het aantal patiënten met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose, echter niet specifiek voor GHB. Zie bijlage D.4 voor de meest recente gegevens (2014).

Verslavingszorg

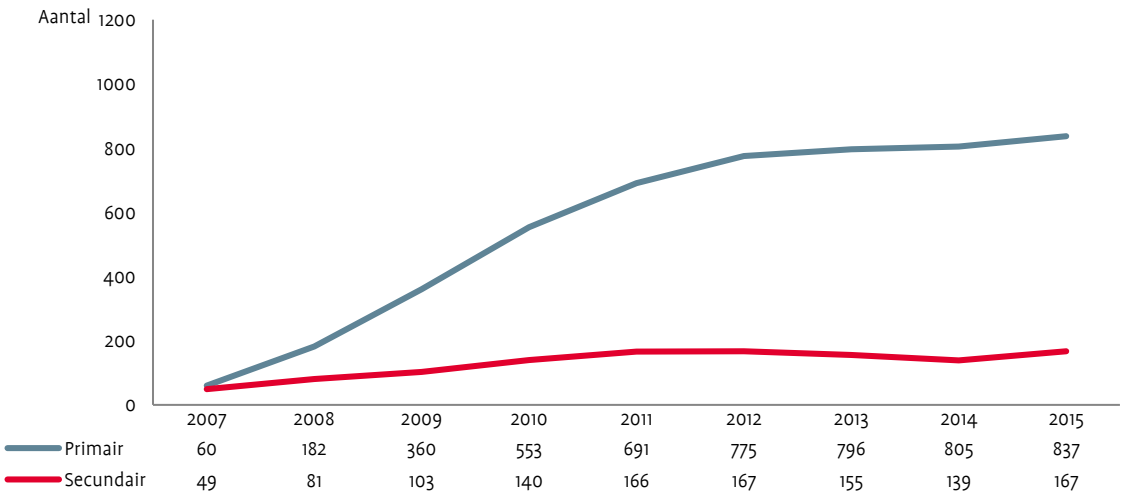
De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken of andere gedragsverslavingen. In 2013 is een practice-based behandelprotocol voor detoxificatie met medicinale GHB verschenen en onderzocht (De Weert-Van Oene, Schellekens, Dijkstra, Kamal, & De Jong, 2013). De terugval na detoxificatie is echter groot. Onderzoek is gaande naar de effectiviteit van *baclofen* (een spierverslapper voor behandeling van spierspasmen) bij de preventie van terugval (Beurmanjer et al., 2016). Meer in het algemeen valt de behandeling van problematisch GHB-gebruik onder de "Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines" (Hendriks et al., 2018). Al met al concludeert de Multidisciplinaire richtlijn dat intoxicatie door GHB en onthoudingsverschijnselen door GHB-gebruik weliswaar bestreden kunnen worden, maar dat er nog geen specifieke psychologische behandeling kan worden aanbevolen vanwege een gebrek aan voldoende wetenschappelijke kennis hierover.

Verslavingszorginstellingen leveren geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2016) De meest recente

gegevens gaan over 2015 (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS). GHB wordt pas vanaf 2007 als apart middel geregistreerd in het LADIS.

- In 2015 werden 837 personen behandeld voor een primaire GHB-problematiek, ongeveer evenveel als in 2014 (figuur 9.6.1). Dit is inclusief 17 personen in 2015 voor een primaire GBL-problematiek. De eerder gesignaleerde groei van het aantal hulpvragers vanaf 2007 lijkt zich vanaf 2012 te stabiliseren. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire GHB-cliënten van 0,4 in 2007 naar 6 in 2015. Het aandeel van GHB in de verslavingszorg bleef klein, maar steeg van 0,1% in 2007 naar 1% in 2015.
- GHB werd minder vaak als secundaire problematiek genoemd (figuur 9.6.1). Het aantal secundaire GHB-cliënten steeg tussen 2007 en 2011 en schommelde tussen 2012 en 2015 rond een gemiddelde van 157 secundaire GHB-cliënten.
- Van de 837 primaire GHB-cliënten in 2015 stond er bij 502 cliënten (60%) ook een secundaire problematiek geregistreerd. De secundaire problematiek was er vooral met amfetamine en overige opwekkende middelen (35%), cocaïne of crack (22%), alcohol (15%), cannabis (12%), benzodiazepinen en sedativa (7%), ecstasy (3%) en nicotine (3%).
- In 2015 was ongeveer 1 van de 5 primaire GHB-cliënten (22%) een nieuwkomer. De overige 4 van de 5 primaire GHB-cliënten (78%) stonden al een keer eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.

Figuur 9.6.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire GHB-problematiek, vanaf 2007



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	60	182	360	553	691	775	796	805	837
Secundair	49	81	103	140	166	167	155	139	167

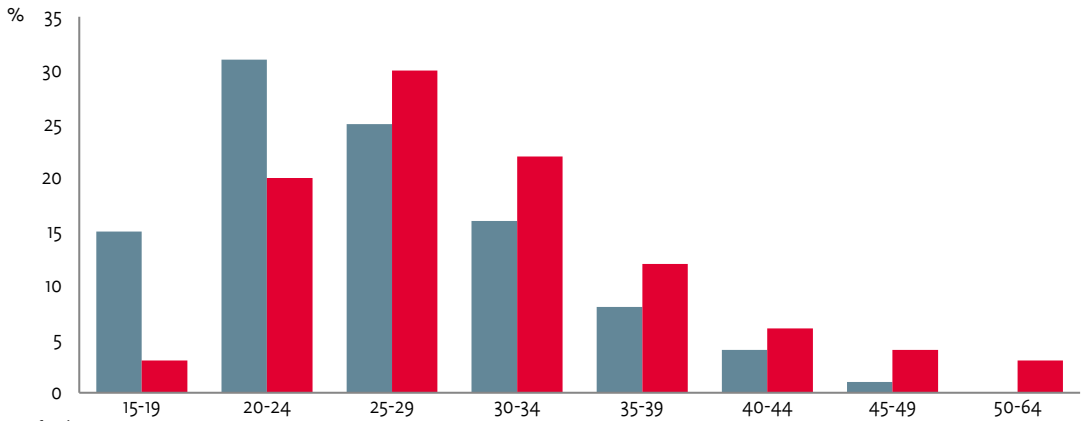
Aantal GHB-cliënten (inclusief GBL). Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

- Van de primaire GHB-cliënten in 2015 was een meerderheid van 68% man. Hoewel vrouwen in de minderheid waren, is 32% vrouwen een hoog aandeel vergeleken met andere middelen.
- De gemiddelde leeftijd van de primaire GHB-cliënten nam toe van 26 jaar in 2008 naar 30 jaar in 2015 (figuur 9.6.2). Het aandeel van de cliënten van 25 jaar en ouder steeg in deze periode van 54% naar 77%. Ten dele zal dit het gevolg zijn geweest van ouder wordende cliënten die, na een terugval, opnieuw voor een probleem met GHB hulp zoeken bij de verslavingszorg.

- De gemiddelde leeftijd waarop de GHB-cliënten voor het eerst GHB gingen gebruiken was 23 jaar in 2012. De gemiddelde startleeftijd was 22 jaar in 2010. Dit geeft aan dat de groep die bij de verslavingszorg terecht komt, niet steeds op jongere leeftijd is gaan gebruiken (Wisselink & Mol, 2013).
- In 2007 was de GHB-hulpvraag geconcentreerd in delen van Noord-Brabant en Friesland. In 2014 nam de hulpvraag in deze regio's toe en verspreidde deze zich bovendien naar andere regio's (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2015).
- GHB-hulpvragers keren vaak terug in de verslavingszorg en ook duurt hun behandeltraject vaak lang. Van de GHB-cliënten die tussen 2007 en 2009 in behandeling kwamen, had in 2012 meer dan de helft (57%) al meerdere behandeltrajecten doorlopen. Bij 4 van de 5 hulpvragers nam de behandeling meer dan een jaar in beslag (Mol, Wisselink, Kuijpers, & Dijkstra, 2014; Wisselink & Mol, 2013). In een vervolgonderzoek werd gekeken naar 596 primaire GHB-cliënten die tussen 2008 en 2011 hun eerste behandeltraject voor een GHB-verslaving waren gestart, en dit eerste traject uiterlijk in 2013 hadden afgerond (Van Noorden, Mol, Wisselink, Kuijpers, & Dijkstra, 2017). Binnen deze periode had 42,8% van de GHB-cliënten al weer een nieuwe behandeling gestart, een hoger percentage dan bij de cocaïnecliënten (28,8%), de opiatencliënten (27,3%), de amfetaminecliënten (24,1%), de alcoholcliënten (21,3%), de cannabiscliënten (20,8%), de ecstasycliënten (18,2%), de gokcliënten (16,7%) en de medicijncliënten (15,8%).
- In 2015 had van de primaire GHB-cliënten 39% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 48% een middelbare opleiding afgerond en had 13% een hogere opleiding afgerond. Het percentage met geen opleiding of met een lagere opleiding lag ongeveer gelijk bij de alcoholcliënten (36%) en de ecstasycliënten (37%) en lag hoger bij de cannabiscliënten (44%), de cocaïnecliënten (48%), de amfetaminecliënten (49%) en de opiatencliënten (55%). (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

Figuur 9.6.2 Leeftijdsverdeling van de primaire GHB-cliënten bij de verslavingszorg, in 2008 en 2015



Leeftijd	15-19 jaar	20-24 jaar	25-29 jaar	30-34 jaar	35-39 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-64 jaar
2008	15	31	25	16	8	4	1	0
2015	3	20	30	22	12	6	4	3

Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Intramurale detoxificatie

In 2013 is een practice-based behandelprotocol voor detoxificatie met medicinale GHB verschenen en onderzocht (De Weert-Van Oene et al., 2013; Dijkstra et al., 2017). Het behandelprotocol is gebaseerd op de GHB-monitor van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA). Het NISPA monitort cliënten in de verslavingszorg die een intramurale detoxificatie hebben ondergaan. Deze cliënten

krijgen als eerste stap een gecontroleerde afbouw met medicinale GHB, om daarna definitief te stoppen met GHB-gebruik. Zes instellingen voor verslavingszorg participeren in deze monitor.

- In totaal werden 229 patiënten behandeld en gevolgd in het kader van dit onderzoek.
- Van deze groep patiënten was 31% vrouw en was de gemiddelde leeftijd 29 jaar. De meerderheid (97%) had de Nederlandse nationaliteit en de helft was wel eens in aanraking gekomen met justitie/politie.
- Ruim de helft had een lagere beroepsopleiding genoten en 30% had een uitkering op het moment van de behandeling. De meeste patiënten gebruikten ook andere middelen naast GHB, zoals alcohol, cannabis en stimulantia.
- Een deel van de GHB-cliënten kreeg GHB via een dealer (45%), een ander deel maakte de GHB zelf (30%); weer anderen lieten het maken door een vriend (18%) en de rest bestelde het via internet (3%).
- Meestal werd de GHB thuis gebruikt (67%) en minder vaak bij vrienden (16%) of in het uitgaansleven (5%). Dit verschilt sterk van de plaatsen waar het gebruik van GHB oorspronkelijk begonnen was: 39% thuis, 44% bij vrienden en 42% in het uitgaansleven. Ook gebruikte een meerderheid de GHB uiteindelijk alleen (70%), terwijl dit in het begin van het gebruik nog 32% was.
- Het willen vergeten van problemen was de meest genoemde reden voor het gebruik van GHB en slaapklachten werden door de meeste patiënten genoemd op het moment van hun opname.
- Opvallend veel patiënten hadden, naast hun GHB-verslaving, ook last van andere psychische klachten, zo scoorde 38% van de patiënten boven de drempelwaarde voor depressie, 52% voor angst en 38% voor stress. Vergeleken met een poliklinische groep is dit bovengemiddeld hoog. Bij een geselecteerde groep van 98 GHB-patiënten werden meerdere tests afgenomen (Kamal, Dijkstra, De Weert-Van Oene, Van Duren, & De Jong, 2017). In deze groep had 64% naast de GHB-verslaving nog minimaal één andere psychiatrische stoornis.
- Uiteindelijk is 90% van alle patiënten succesvol ontgiftigd door een afbouwschema met medicinale GHB, met een gemiddelde behandelingsduur van 11 dagen en een herstelperiode van nog eens 7 dagen.
- De terugval is groot. Er vond een follow-up plaats na drie maanden, waaraan 191 patiënten deelnamen. Van deze 191 patiënten bleek 71% alweer in behandeling te zijn voor GHB-gebruik. Een kwart van de 191 patiënten was zelfs direct weer teruggevallen, de rest had gemiddeld een GHB-vrije periode van ongeveer acht weken voordat ze weer terugvielen. Uit aanvullende interviews met 20 GHB-patiënten blijkt dat de hoge terugval met name te wijten is aan de als positief ervaren effecten van GHB (Beurmanjer et al., 2016). Ook na hun detoxificatie zijn er patiënten die zeer positief naar GHB blijven kijken. Sommigen proberen opnieuw te gaan gebruiken zonder verslaafd te raken en zien 'gecontroleerd gebruik' als het doel van verdere behandeling.

Terugvalpreventie

- Vanwege de grote terugval na detoxificatie van GHB is het NISPA in 2014 een vervolgstudie gestart naar terugvalpreventie met *baclofen*. Dit middel is een spierverslapper die regulier gebruikt wordt bij mensen met multiple sclerose of spasticiteit, maar wordt ook ingezet bij alcohol terugvalpreventie, hoewel er nog geen hard bewijs voor deze toepassing is (Liu & Wang, 2015).
- Een experimentele behandelpilot bij 37 patiënten met ondersteuning door *baclofen*, na gecontroleerde afbouw met medicinale GHB, suggereert een mogelijk effect in de vorm van minder zucht naar GHB, minder onrust en minder angst- en stemmingsklachten en minder terugval (Beurmanjer et al., 2016; Beurmanjer, Kamal, De Jong, Dijkstra, & Schellekens, 2018). Voor een optimale behandeling is het gewenst dat de verslavingszorg de ketenzorg rondom de GHB-patiënten gaat organiseren. Een goede ketenzorg komt neer op "afstemming tussen de verschillende partners die betrokken zijn bij de zorgketen rond GHB-problematiek, zoals verslavingszorginstellingen, politie, ziekenhuizen en gemeenten" (Otte, Verbrugge, & Dijkstra, 2016). Met andere woorden, het is nodig dat er

een "sluitend systeem om een persoon met een verslaving heen gemaakt kan worden, waarin alle benodigde of bij de persoon passende disciplines vertegenwoordigd zijn" (Nijkamp & Lemmers, 2018).
- In 2017 is een onderzoek gestart om een richtlijn te ontwikkelen om het terugvallen na GHB-detoxificatie te voorkomen. Dit moet handvatten opleveren voor de verslavingszorg (ZonMw, 2017).

Incidenten

De Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS) (zie bijlage D.6) houden gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten (Lameijer, Wijers, Croes, De Ruiter, & Valkenberg, 2018). De informatie wordt verzameld in een aantal regio's en geeft geen totaaloverzicht van het absolute aantal drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in heel Nederland.

- In 2017 werden in totaal 5.905 drugsincidenten gemeld. In 853 gevallen (16%) werd GHB als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 9.6.1 worden de incidenten na gebruik van GHB als enige drug samengevat over de periode 2009-2017. In deze periode werden in totaal 38.975 drugsincidenten gemeld; 33.539 vanuit de peilstations van de MDI en 5.436 door de SEH's die zijn aangesloten bij het LIS. GHB was betrokken bij 8.808 incidenten (23%), als enige drug of in combinatie met andere drugs. Bij 5.905 van deze incidenten (15% van het totaal aan incidenten) was GHB de enige gebruikte drug. Onderstaande informatie betreft alleen deze gevallen.

- Het aandeel incidenten na GHB-gebruik verschilt tussen de regio's. In de Randstad (Amsterdam en Rotterdam) is het aandeel GHB-intoxicaties lager (11%) dan in regio's buiten de Randstad (25%) (Brabant- Zuid, Gelderland-Midden en Enschede). Deze grote regionale verschillen kunnen ook (deels) het verschil verklaren tussen het aandeel GHB-incidenten bij de MDI-ziekenhuizen (12%) en de LIS-ziekenhuizen (20%) (tabel 9.6.1).
- De ambulances die deelnemen aan deze monitor besteden ruim een vijfde van hun ritten die samenhangen met drugsgebruik aan het opvangen van patiënten die GHB als enige drug hebben gebruikt.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van GHB

- Patiënten met een acuut gezondheidsprobleem na GHB-gebruik, zijn gemiddeld ouder (64% is 25 jaar of ouder) dan de gemiddelde patiënt met een drugsgerelateerd incident (54% is 25 jaar of ouder).
- Met name de patiënten die worden behandeld door de ambulances en op de SEH's, zijn zwaar onder invloed. Slechts 12% bij de ambulances en 15% op de SEH's is nog goed aanspreekbaar. Opvallend is de toename van het aandeel van matige en ernstige GHB-intoxicaties op de EHBO-posten van 34% in 2009 naar 73% in 2015. Dit aandeel daalde weer naar 65% in 2017. Binnen de andere diensten zijn er over de jaren fluctuaties waargenomen in de mate van GHB-intoxicatie, maar daarin is geen duidelijke trend zichtbaar.
- Geregistreerde patiënten met een GHB-intoxicatie hebben in een derde van de gevallen ook alcohol gebruikt. Dat is lager dan bij andere (uitgaans)drugs zoals, ecstasy (43%), amfetamine (43%) en cocaïne (54%).

Tabel 9.6.1 Incidenten met GHB als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2009-2017

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	2.051 (22)	700 (12)	1.111 (20)	271 (11)	1.763 (11)
Man (%)	71	77	73	86	70
Leeftijd: <25 jaar (%)	33	30	32	23	49
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	12	15	-	58	38
Matig (%)[II]	49	33	-	32	41
Ernstig (%)[III]	40	53	-	10	21

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Lameijer et al., 2018).

Internationale vergelijking

Op Europees niveau worden de drugsgerelateerde incidenten gemonitord door het European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) (Dines et al., 2015). De mate waarin GHB/GBL een rol speelt in deze incidenten blijkt binnen Europa per regio te verschillen. GHB/GBL speelde in meer dan 20% van de gevallen een rol in Londen, Oslo en Barcelona. In minder dan 2% van de gevallen daarentegen speelde GHB/GBL een rol in Gdansk (Polen), Basel, Dublin, Mallorca, Drogheda (Ierland) en York. Dit gegeven suggereert dat niet alleen binnen Nederland maar ook binnen Europa het gebruik van GHB/GBL verschilt per regio.

Rijden onder invloed

Het rijden onder invloed van GHB is zeer riskant (CAM, 2011). Recente cijfers over rijden onder invloed van GHB ontbreken, zowel in Nederland als elders (EMCDDA, 2014).

- Van mei tot en met september 2014 werd een survey gehouden onder 78 ervaren GHB-gebruikers die in hun leven vaker dan 25 keer GHB hadden gebruikt en minstens 10 keer GHB hadden gebruikt in de afgelopen 12 maanden (Nabben & Korf, 2016b). Van deze ervaren GHB-gebruikers rapporteerden er 56 dat ze wel eens waren aangehouden. Bij 9% van deze aanhoudingen ging het om rijden onder invloed.
- In 2013 gaf 27% van de party- en clubgangers uit het Grote Uitgaansonderzoek aan (zie § 9.3) in de afgelopen 12 maanden wel eens onder invloed van drugs een auto te hebben bestuurd. Van deze groep gaf 1,3% aan dit onder invloed van GHB te hebben gedaan (Goossens, Frijns, Van Hasselt, & Van Laar, 2013). Van de hele steekproef uitgaanders had daarmee 0,4% in de afgelopen 12 maanden onder invloed van GHB een auto bestuurd.
- Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die worden verdacht van het gebruik van drugs of medicijnen. Het NFI let daarbij ook op GHB.

- In 2013, 2014, 2015, en 2016 werden achtereenvolgens 928, 978, 966, en 1.211 bloedmonsters standaard onderzocht op de aanwezigheid van drugs en medicijnen. Het gebruik van GHB, of het gebruik van een stof waaruit GHB gevormd kan worden, werd aangetroffen in respectievelijk 202 bloedmonsters (22%), 213 bloedmonsters (22%), 231 bloedmonsters (24%), en 312 bloedmonsters (26%).
- In wat ouder onderzoek van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) bleek GHB relatief vaak te zijn gebruikt door ernstig gewonde autobestuurders die werden opgenomen in het ziekenhuis (Houwing, 2011). Het onderzoek werd uitgevoerd onder 180 ernstig gewonden die tussen 2007 en 2009 werden opgenomen in een ziekenhuis in Enschede, Tilburg en Nijmegen. Vijf van hen (3%) bleken GHB te hebben gebruikt. Vergeleken met andere drugs is het aandeel van GHB groot.

Incidenten seksueel misbruik

Sinds GHB werd beschreven als 'uitgaansdrug' zijn er berichten verschenen over verkrachtingen waarbij GHB werd gebruikt om het slachtoffer te verdoven. Zo eiste in 2009 het Openbaar Ministerie (OM) gevangenisstraffen tegen twee mannen die ervan werden verdacht een 14-jarig meisje een glas drinken met daarin GHB te hebben gegeven (www.om.nl, 02-11-2009). In 2012 eiste het OM gevangenisstraf tegen een man die ervan werd verdacht een meisje dat nog geen 12 jaar was te hebben gedrogeerd met GHB (www.om.nl, 07-03-2012).

- Een internationale overzichtsstudie heeft geprobeerd te achterhalen bij hoeveel van de wetenschappelijk beschreven verkrachtingsincidenten er daadwerkelijk sprake was van bewezen GHB-intoxicatie (Németh, Kun, & Demetrovics, 2010). In 0,2% tot 4% van alle beschreven gevallen van seksueel misbruik werd GHB gedetecteerd.
- In een meer recent Noors dossieronderzoek werd geen enkel geval met een positieve GHB-test gevonden bij vrouwen die hulp zochten bij de vrouwenopvang na een ervaring met seksueel geweld
- Daarmee lijkt het dus eerder een sporadisch gebruikte drug in dit soort gevallen dan een frequent gebruikte drug. De nadruk die hierop wordt gelegd door de media zou een van de oorzaken kunnen zijn dat GHB veel vaker wordt genoemd als verkrachtingsdrug dan het eigenlijke aantal gevallen waarin de drug ook daadwerkelijk werd aangetoond. Ook dient te worden opgemerkt dat door het gebruik van andere drugs dan GHB en door het gebruik van alcohol iemand risico kan lopen op seksueel misbruik.
- Knelpunt bij deze studies is dat GHB betrekkelijk kort detecteerbaar is: maximaal 5 uur in het bloed en 12 uur in de urine (Verstraete, 2004). Van de meeste studies is slechts bekend dat het bloed- of urinemonster 'binnen 24 uur na het incident' was verzameld. Onderrapportage is dus mogelijk.
- Er is geen zicht op het aantal gevallen in Nederland waarbij het gebruik van GHB in verkrachtingszaken een rol heeft gespeeld.

9.7 Ziekte en sterfte

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. Hierboven werd er al op gewezen dat er mogelijk (lange termijn) risico's verbonden zijn aan het herhaaldelijk 'out gaan' na GHB-gebruik en dat het AMC en het RIVM hier momenteel onderzoek naar doen.

- 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 (Claussen, Hassanpour, Jenewein, & Boettger, 2014).
- 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 (Van Noorden & Van Dijken, 2014), duizeligheid, te langzame hartslag en onderkoeling. Bij hogere doseringen overheerst een algemeen ziektegevoel (Van Sassenbroeck et al., 2003).
- 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).

Sterfte

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 GHB-gebruik aan het overlijden moeilijk vast te stellen zijn. 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 D.1 voor overige knelpunten ten aanzien van de registratie van de drugsgerelateerde sterfte). Wel kan GHB zijn vermeld op de oorspronkelijke doodsoorzakenformulieren.

- In 2013 stond GHB vermeld op 8 doodsoorzakenformulieren van het CBS, waarbij op 1 doodsoorzakenformulier naast GHB ook GBL stond vermeld. Daarnaast was er 1 doodsoorzakenformulier waarop alleen GBL stond vermeld en geen GHB. Het gaat daarbij zowel om ingezetenen als niet-ingezetenen van Nederland. In 2014 stond GHB vermeld op 4 doodsoorzakenformulieren van het CBS. In 2015 ging het om 7 gevallen, in 2016 om 9 gevallen, en in 2017 eveneens om 9 gevallen. Onbekend is of GHB (of GBL) bij deze gevallen de oorzaak was van het overlijden of heeft bijgedragen aan het overlijden.
- Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, of de nabestaanden daarom vragen, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op alcohol, drugs, geneesmiddelen en bestrijdingsmiddelen. Van de overlijdensgevallen waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek had plaatsgevonden in 2014, 2015, en 2016 had respectievelijk in 4, 1 en 5 gevallen GHB een rol gespeeld in het overlijden, soms in combinatie met andere middelen. Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterfgevallen in de verschillende hoofdstukken van dit Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.
- Hierbij dient te worden opgemerkt dat het totaal aantal gerechtelijke secties door het NFI de afgelopen jaren is gedaald van 338 in 2013 naar 319 in 2014, 285 in 2015 en 267 in 2016. Het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond daalde van 250 in 2013 naar 228 in 2014, 205 in 2015, en 184 in 2016.
- De gevallen die geregistreerd staan in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overlappen deels met de gevallen die geregistreerd staan bij het NFI, maar de overlap is niet volledig. Er zijn dus gevallen bekend bij het CBS die niet bekend zijn bij het NFI, en omgekeerd zijn er gevallen die bekend zijn bij het NFI maar niet bij het CBS.

- Wereldwijd waren er voor de periode van 1995 tot en met 2009 ongeveer 400 sterfgevallen gerelateerd aan GHB in de klinische literatuur beschreven (Zvosec & Smith, 2010).

9.8 Aanbod en markt

Kwaliteit en prijs

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs (Van der Gouwe & Rigter, 2018). Daarvoor wordt gebruikgemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Vloeistoffen, waaronder GHB en GBL, worden of naar het lab verstuurd ter analyse, of getest met de FT-IR. Tabel 9.8.1 toont het aantal monsters met GHB/GBL vanaf 2007.

- Van de 182 in het laboratorium of met FT-IR geanalyseerde vloeistoffen in 2017 waren er 124 gekocht als GHB en daarvan bleken er 106 inderdaad GHB te bevatten. Nog drie andere vloeistoffen, die niet als GHB waren gekocht, bleken ook GHB te bevatten. Daarnaast zijn er in 2017 twee poeders ingeleverd die GHB bleken te bevatten. Het totaal aantal monsters met GHB kwam daarmee op 111 (109 vloeistoffen en 2 poeders). In 10 vloeistoffen werd GBL aangetroffen.
- De 109 vloeistoffen met GHB bevatten gemiddeld 437,1 milligram GHB per milliliter vloeistof. GHB wordt vaak verkocht in buisjes van 5 milliliter, wat bij deze concentratie overeen zou komen met gemiddeld meer dan twee gram GHB per buisje. Voor de meeste mensen is dit een forse dosering.

Tabel 9.8.1 Aantal monsters met GHB/GBL, vanaf 2007

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013[I]	2014	2015	2016	2017
Totaal aantal geanalyseerde monsters (lab + FT-IR)	4.727	4.671	5.086	5.735	5.783	5.985	5.705	5.895	6.390	6.849	7.684
GHB/GBL	203	234	61	139	141	148	19[I]	36	62 (GHB) 3 (GBL)	89 (GHB) 3 (GBL)	111 (GHB) 10 (GBL)

I. DIMS heeft in 2013 en 2014 minder GHB/GBL monsters geanalyseerd vanwege stabiele uitkomsten en capaciteitslimiet. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Prijzen

De Amsterdamse Antenne-monitor en het landelijke DIMS geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een enkele dosis GHB, een kwart liter, een halve liter, of een hele liter van dit middel. Tabel 9.8.2 geeft een overzicht van de prijsontwikkeling vanaf 2011. In 2013 en 2014 waren de gegevens over de prijzen van GHB uit het DIMS niet beschikbaar vanwege een te laag aantal GHB-monsters.

- In 2014 vond er een stijging plaats in de prijs van GHB (tabel 9.8.2). De prijs voor een hele liter GHB verdubbelde bijna tussen 2011 en 2014 (Benschop et al., 2015). Omstreeks november 2013 kregen ruim 20 handelaren die via internet de drugsgrondstof GBL aanboden voor de bereiding van GHB, een brief van het Openbaar Ministerie met het verzoek de verkoop te staken (Nabben et al., 2014). In december 2013 constateerde het OM dat vrijwel alle grote handelaren die via internet de drugsgrondstof GBL hadden aangeboden, daarmee waren gestopt (www.om.nl; 09-12-2013).

- Ook de Amsterdamse Antenne-monitor (Nabben et al., 2017) constateert dat GBL, als grondstof voor GHB, moeilijker te verkrijgen is, en daardoor "zijn gebruikers vaker aangewezen op bezorgdiensten die kant en klare GHB verkopen". GBL wordt ook nog maar in een enkel panelnetwerk gebruikt. Het OM constateerde bovendien dat door de schaarste van GBL de prijs van een liter GHB met tientallen procenten was gestegen (zie ook § 13.2).
- Tussen 2015 en 2016 steeg in Amsterdam de prijs voor een liter GHB van tussen de 100 en 130 euro naar (in de meest gangbare prijsklasse) tussen de 140 en 150 euro (Nabben et al., 2017). In 2017 stabiliseerde de prijs voor een liter GHB op tussen de 125 en 150 euro (Nabben et al., 2018).
- De prijs per gebruikershoeveelheid (1 dosis van 5 milliliter) is volgens de DIMS-data vrijwel onveranderd gebleven

Tabel 9.8.2 Prijsontwikkeling in euro's[1] van verschillende hoeveelheden GHB volgens de Amsterdamse Antenne-monitor en het landelijke DIMS, vanaf 2011

Bron	Hoeveelheid	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Amsterdamse Antenne-monitor	1 dosis van 5 milliliter	5-10 (5)	5-10 (5)	-	-	-	-	-
	kwart liter	25-45	25-45	25-45 (30-40)	35-60 (45-50)	daling van 50 naar 35-40	35-60 (35-40)	35-50
	halve liter	45	40-75	-	-	70-80	70-90 (70-80)	70-90
	hele liter	ongeveer 100	80-125	80-125	200	100-130	125-150 (140-150)	125-150
Landelijke DIMS	1 dosis van 5 milliliter	6	4	-	-	4	5	5
	hele liter	-	50-180 mediaan 120	-	-	-	-	-

I. Tussen haakjes de meest gangbare prijsklasse. - = Gegevens niet beschikbaar. Bronnen: Antenne 2011 (Nabben, Benschop, & Korf, 2012); Antenne 2012 (Benschop et al., 2013); Antenne 2013 (Nabben et al., 2014); Antenne 2014 (Benschop et al., 2015); Antenne 2015 (Nabben et al., 2016); Antenne 2016 (Nabben et al., 2017); Antenne 2017 (Nabben et al., 2018); DIMS, Trimbos-instituut.

Wijze van verkrijgen

GHB kan worden gekocht van een dealer, via internet of kan zelf thuis worden bereid uit grondstoffen volgens recepten die op internet staan.

- In 2015 heeft de Amsterdamse Antenne-monitor onder coffeeshopbezoekers die GHB gebruiken nagevraagd hoe zij aan de GHB komen (Nabben et al., 2016). Van de coffeeshopbezoekers die het afgelopen jaar nog GHB hadden gebruikt, had 33% de GHB gekocht in het uitgaansleven, had 11% het gekocht van een 06-dealer, 11% van een dealer thuis en had 11% de GHB zelf gemaakt.
- In het voorafgaande (zie § 9.6) werd reeds gewezen op de survey die in 2014 werd gehouden onder 78 ervaren GHB-gebruikers (Nabben & Korf, 2016b). Onder deze ervaren GHB-gebruikers is nagevraagd hoe zij doorgaans aan de GHB komen. De GHB werd vaak of altijd gekocht door 32% van de ervaren gebruikers, 23% kreeg het vaak of altijd van anderen, 13% maakte het vaak of altijd zelf, maar niemand van de ervaren gebruikers bestelde de GHB vaak of altijd via internet (0%). Zoals hiervoor genoemd zijn gebruikers in 2016, vanwege de lastiger verkrijgbaarheid van de grondstof (precursor) GBL, vaker aangewezen op bezorgdiensten die kant en klare GHB verkopen (Nabben et al., 2017). In 2017 werd bevestigd dat GBL momenteel moeilijker te verkrijgen is, hetgeen kan verklaren dat er minder thuismakers zijn en er minder aanbod is via webwinkels (Nabben et al., 2018).

10. Slaap- en kalmeringsmiddelen

10.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 286
10.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 287
10.3	Gebruik: jongeren en jongvolwassenen	▶ pagina 293
10.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 296
10.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 298
10.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 300
10.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 301
10.8	Aanbod en markt	▶ pagina 303

10. Slaap- en kalmeringsmiddelen

Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over slaap- en kalmeringsmiddelen. Diverse 'psychoactieve' medicijnen kunnen bij verkeerd gebruik leiden tot verslaving, ziekte en sterfte, onder andere door suïcide. 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. De capaciteit om deze vorm van oneigenlijk gebruik op te sporen is echter beperkt.

Het merendeel van de slaap- en kalmeringsmiddelen behoort tot de groep van de benzodiazepinen.[1] Zij hebben in de jaren zeventig en tachtig de barbituraten grotendeels vervangen. Vanwege ernstige bijwerkingen worden barbituraten nauwelijks meer voorgeschreven. Sommige benzodiazepinen worden vanwege hun breed spectrum aan effecten niet alleen als slaap- of kalmeringsmiddel voorgeschreven. Ze worden ook gebruikt voor de behandeling van epilepsie, 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.

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 (Barendregt, De Wit, Van Straaten, & Rodenburg, 2017). 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 (Baggio et al., 2014). Voor zover over deze risico's gegevens beschikbaar zijn, zullen deze in dit hoofdstuk worden gerapporteerd.

10.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en cijfers over slaap- en kalmeringsmiddelen in dit hoofdstuk zijn:

- In 2016 hadden ongeveer één op de tien mensen in de algemene Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.
- Onder vrouwen en laagopgeleiden was het percentage laatste-jaar-gebruikers bijna twee keer zo hoog als onder respectievelijk mannen en hoogopgeleiden (§ 10.2).
- Een op de drie laatste-jaar-gebruikers had deze middelen (ook) zonder recept gebruikt (§ 10.2).
- Ouderen vanaf 50 jaar hebben vaker slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt dan jongeren (§ 10.2).
- Er zijn indicaties dat van de gebruikers van slaapmedicatie 62% langer dan twee jaar had gebruikt (§ 10.4).

1 Andere, minder vaak voorgeschreven middelen zijn de slaapmiddelen zopiclon en zolpidem en het kalmeringsmiddel buspiron.

- Het percentage 15-16-jarige scholieren dat ooit slaap- of kalmeringsmiddelen had gebruikt zonder recept van een arts, lag in 2015 in Nederland boven het Europees gemiddelde (§ 10.5).
- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond bij de verslavingszorg wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca steeg tot 2010 en is tot en met 2015 gestabiliseerd (§ 10.6). Tussen 2009 en 2015 deed zich een opvallende daling voor in het aantal cliënten met een secundair psychofarmacaprobleem.
- Tussen 2013 en 2016 is het aantal sterfgevallen door slaap- en kalmeringsmiddelen gestegen, maar in 2017 vond er weer een lichte daling plaats. Het gaat hier voornamelijk om suïcide met barbituraten; de aantallen zijn echter relatief klein (§ 10.7).
- De vergoeding van benzodiazepinen via de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt. Vermoedelijk is in samenhang hiermee het aantal gebruikers van benzodiazepinen gedaald (§ 10.2, § 10.8).

10.2 Gebruik: algemene bevolking

In 2016 is via de Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A Middelen) het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen gemeten onder de bevolking van 18 jaar en ouder. De LSM-A Middelen is een tweejaarlijkse dieptestudie naar middelengebruik in de algemene bevolking, die naast de jaarlijkse kernstudie Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor wordt uitgevoerd voor meer verdiepende gegevens over middelengebruik, zoals het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Er zijn dus geen gegevens beschikbaar over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in 2017 (zie bijlage D.2).

Kerncijfers 2016

Ongeveer een vijfde van de bevolking van 18 jaar en ouder rapporteerde in 2016 ooit in het leven wel eens slaap- of kalmeringsmiddelen te hebben gebruikt. Een tiende van de volwassenen deed dit nog in het afgelopen jaar. Ongeveer 3% gebruikte in het laatste jaar slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept (tabel 10.2.1).

- Dit komt neer op ruim 2,7 miljoen volwassen Nederlanders die ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt hebben en ruim een miljoen die dat het afgelopen jaar nog deden.
- Bijna een half miljoen volwassen Nederlanders gebruikte het afgelopen jaar (ook) zonder recept.

Tabel 10.2.1 Percentage en absolute aantal[1] gebruikers van slaap- of kalmeringsmiddelen en gebruik (ook) zonder recept in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2016

	Totaal (%)	Man (%)	Vrouw (%)	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% Betrouwbaar-heidsinterval
Gebruik slaap- of kalmeringsmiddelen					
Ooit	21,0	15,8	26,1	2.760.000	2.640.000-2.870.000
Laatste jaar	10,5	7,5	13,4	1.370.000	1.290.000-1.460.000
Laatste maand	6,4	4,1	8,6	830.000	770.000-900.000
Gebruik slaap- of kalmeringsmiddelen **(ook) zonder recept**					
Laatste jaar	3,2	2,8	3,7	420.000	380.000-470.000
Laatste maand	1,5	1,1	1,9	200.000	170.000-240.000

Percentage gebruikers van slaap- of kalmeringsmiddelen ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand, en percentage gebruikers (ook) zonder recept in het laatste jaar en de laatste maand. 1. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2016.

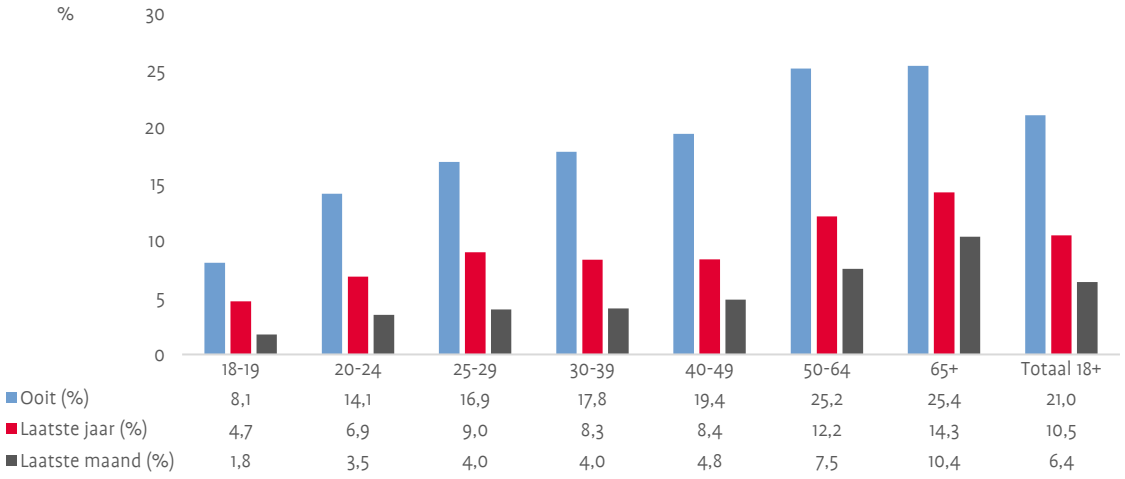
Geslacht

Anders dan bij drugsgebruik, ligt het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen hoger onder vrouwen dan onder mannen. Dit geldt eveneens voor het gebruik (ook) zonder recept (tabel 10.2.1).

Leeftijd

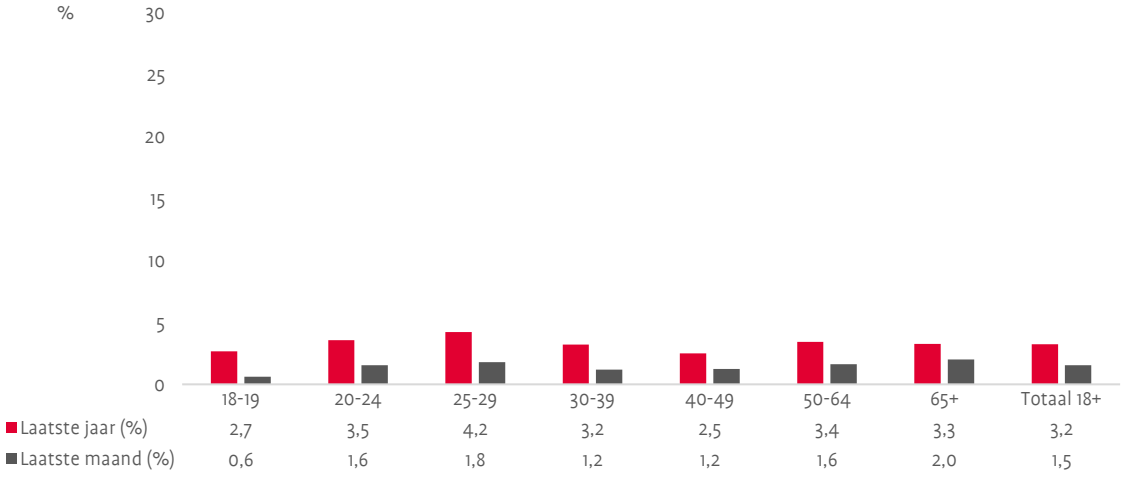
Een kwart van de 50-plussers heeft ooit wel eens slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, vergeleken met minder dan een vijfde in de jongere leeftijdsgroepen (figuur 10.2.1). Hetzelfde patroon is te zien voor het laatste-jaar-gebruik en het laatste-maand-gebruik. Overigens komt het gebruik (ook) zonder recept onder 25-29-jarigen net zo vaak voor als onder 50-plussers (figuur 10.2.2).

Figuur 10.2.1 **Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2016**



Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: Leefstijlmonitor-Aanvullend (LSM-A) 2016, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS.

Figuur 10.2.2 **Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2016**



Percentage gebruikers (ook) zonder recept in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2016.

Opleidingsniveau

Laagopgeleiden hebben vaker slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt dan hoogopgeleiden.

- Tabel 10.2.2 toont het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen in het algemeen, los van de vraag of er gebruikt werd met of zonder recept. Laagopgeleide personen hebben in de afgelopen maand twee keer zo vaak slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt vergeleken met hoogopgeleiden (10,2% vergeleken met 4,2%).

- Tabel 10.2.3 toont specifiek het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept. Het gebruik in de afgelopen maand van slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept kwam onder de laagopgeleiden bijna twee keer zo vaak voor als onder de hoogopgeleiden (1,9% vergeleken met 1,1%).

Tabel 10.2.2 Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[I]. Peiljaar 2016

Opleidingsniveau	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Laagopgeleid	26,6	15,0	10,2
Middelbaar opgeleid	20,4	9,3	5,7
Hoogopgeleid	18,1	8,5	4,2

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau; Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2016

Tabel 10.2.3 Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau[I]. Peiljaar 2016

Opleidingsniveau	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Laagopgeleid	3,1	1,9
Middelbaar opgeleid	3,4	1,7
Hoogopgeleid	3,4	1,1

Percentage gebruikers (ook) zonder recept in het laatste jaar en in de laatste maand. I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau; Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2016.

Migratieachtergrond

Er zijn geen relevante verschillen gevonden in het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen (ook zonder recept) tussen mensen met en zonder migratieachtergrond (tabel 10.2.4, tabel 10.2.5).

Tabel 10.2.4 Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[I]. Peiljaar 2016

Migratieachtergrond	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Nederlandse achtergrond	21,3	10,5	6,5
Westerse migratieachtergrond	21,5	10,5	6,6
Niet-Westerse migratieachtergrond	19,1	10,0	5,4

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar en in de laatste maand. I. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf. Bron: Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2016.

Tabel 10.2.5 Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[1]. Peiljaar 2016

Migratieachtergrond	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Nederlandse achtergrond	3,4	1,6
Westerse migratieachtergrond	3,6	1,8
Niet-Westerse migratieachtergrond	2,0	1,0

Percentage gebruikers (ook) zonder recept in het laatste jaar en in de laatste maand. 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2016.

Stedelijkheid

Er zijn geen relevante verschillen gevonden in het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen (met of zonder recept) tussen mensen in sterk stedelijke en weinig stedelijke gebieden (tabel 10.2.6, tabel 10.2.7).

Tabel 10.2.6 Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2016

Stedelijkheid	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
(Zeer) sterk stedelijk	22,0	11,2	6,4
Matig stedelijk	21,3	10,5	6,8
Weinig/niet stedelijk	19,2	9,2	6,2

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2016

Tabel 10.2.7 Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen (ook) zonder recept in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2016

Stedelijkheid	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
(Zeer) sterk stedelijk	3,5	1,7
Matig stedelijk	3,4	1,9
Weinig/niet stedelijk	2,7	1,1

Percentage gebruikers (ook) zonder recept in het laatste jaar en in de laatste maand. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2016

Mate van gebruik

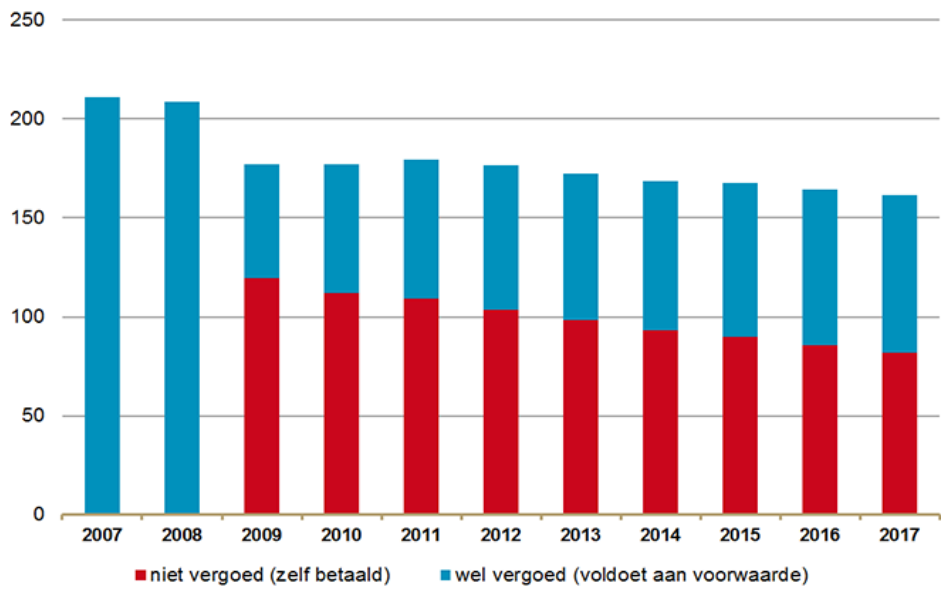
Van de laatste-jaar-gebruikers die (ook) zonder recept hadden gebruikt, had 15,2% één keer gebruikt, had 32,7% een paar keer gebruikt maar minder dan maandelijks, had 9,3% één keer per maand gebruikt en had 42,8% meerdere keren per maand of vaker slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.

Verstrekking van benzodiazepinen

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verzamelt en analyseert de verkoop van geneesmiddelen van ruim 95% van de openbare apotheken in Nederland (Griens, Janssen-Hoge, Kroon, Lukaart, & Van der Vaart, 2017). Op grond van deze gegevens wordt de totale verstrekking voor heel Nederland geschat. Het gebruik van benzodiazepinen is gestaag gedaald (Stichting Farmaceutische Kengetallen [SFK], 2018).

- Tussen 2016 en 2017 daalde het aantal verstrekte standaarddagdoseringen met bijna 2% tot 161,5 miljoen (figuur 10.2.3).
- Met ingang van 2009 werd besloten om de verstrekking van benzodiazepinen uitsluitend nog onder specifieke voorwaarden uit het basispakket te vergoeden. Dit leidde tot een daling in het aantal verstrekkingen met 15% in 2009 (figuur 10.2.3).
- Sinds de beperking van de vergoeding in 2009 neemt 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).

Figuur 10.2.3 Gebruik[I] van benzodiazepinen vanaf 2007



I. Gebruik in miljoen standaarddagdoseringen. Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK, 2018).

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.

- 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 2016 werden in totaal 434.168 verzekerde gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen geregistreerd in het GIP (www.gipdatabank.nl, 08-02-2018). 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 is te zien in figuur 10.2.3 (zie ook § 10.8).

Patiënten-educatie over de risico's van benzodiazepinen kan het gebruik terugdringen. In Canada bleek dat het gebruik bij meer dan een derde van de ouderen kon worden teruggedrongen via patiënten-educatie (Tannenbaum, Martin, Tamblyn, Benedetti, & Ahmed, 2014). In Australië is een speciaal protocol ontwikkeld om bij ouderen in vijf stappen het gebruik van teveel medicijnen terug te dringen (Reeve, Shakib, Hendrix, Roberts, & Wiese, 2014).

10.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Scholieren van het regulier onderwijs

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 (Kraus, Leifman, & Vicente, 2016). Voor Nederland zijn de gegevens voor de ESPAD afkomstig uit de ESPAD-Nederland van het Trimbos-instituut.

Kerncijfers 2015

In 2015 had 8% van de Nederlandse scholieren van het voortgezet onderwijs ooit slaap- of kalmeringsmiddelen zonder recept gebruikt en 11% met recept. Het ooitgebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen met recept kwam 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.

Trends in het gebruik van medicijnen

Tabel 10.3.1 toont het ooitgebruik van 2003 tot en met 2015 voor slaap- en kalmeringsmiddelen zonder recept en met recept.

- 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 2015 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.

Geslacht

Bij de meisjes lag het gebruik hoger dan bij de jongens. In 2015 had van de meisjes 11% slaap- of kalmeringsmiddelen zonder recept gebruikt tegenover 5% van de jongens (tabel 10.3.1).

Tabel 10.3.1 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 en 2015

Ooitgebruik	2003			2007			2011			2015		
	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)
Slaap- of kalmeringsmiddelen zonder recept	7	10	8	6	8	7	6	11	9	5	11	8
Slaap- of kalmeringsmiddelen met recept	10	10	10	8	9	8	7	10	9	11	12	11
Slaap- of kalmeringsmiddelen met recept ≤3 weken gebruikt	8	9	9	5	6	6	3	6	5	5	6	6
Slaap- of kalmeringsmiddelen met recept >3 weken gebruikt	2	1	2	2	3	3	4	4	4	6	6	6

Percentage gebruikers ooit in het leven. J = jongens, M = meisjes, T = totaal. Bron: ESPAD-Nederland, Trimbos-instituut.

Scholieren in Amsterdam

Het Bonger Instituut voor Criminologie van de Universiteit van Amsterdam monitort via de Antenne het gebruik van alcohol en drugs onder scholieren van het voortgezet onderwijs in Amsterdam. Het gaat daarbij om brugklassers, derdeklassers, en oudere leerlingen. In 2011 onderzocht de Antenne ook het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (Nabben, Benschop, & Korf, 2012).

- De brugklassers waren gemiddeld 13 jaar. Van de brugklassers had 4% in het afgelopen jaar en had 2% in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.
- De derdeklassers waren gemiddeld 14 jaar. Van de derdeklassers had 8% slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt in het afgelopen jaar en 4% in de afgelopen maand. Het gebruik zonder recept kwam voor bij 4% van de derdeklassers in het afgelopen jaar en bij 2% in de afgelopen maand.
- De oudere leerlingen waren gemiddeld 15 jaar. Van de oudere leerlingen had 7% slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt in het afgelopen jaar en 3% in de afgelopen maand. Het gebruik zonder recept kwam voor bij 3% van de oudere leerlingen in het afgelopen jaar en 1% in de afgelopen maand.

MBO-studenten in Amsterdam

In 2016 is via het Antenne-onderzoek het gebruik van alcohol, drugs, en slaap- en kalmeringsmiddelen onderzocht onder 1.972 MBO-studenten in Amsterdam (Nabben, Luijk, Benschop, & Korf, 2017). De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Er is daarbij ook gevraagd naar het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Hierbij werd geen onderscheid gemaakt tussen het gebruik met en het gebruik zonder recept.

- Van de MBO-studenten had 17% ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, 12% in het afgelopen jaar en 6% in de afgelopen maand.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt het (recreatief) gebruik van slaap- en kamleringsmiddelen vrij vaak voor, zoals uitgaande jongvolwassenen of 'kwetsbare' jongeren. Tabel 10.3.2 vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder bezoekers van uitgaansgelegenheden. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico) groepen jongeren en jongvolwassenen.

Uitgaanders

In de Antenne-monitor is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, behalve onder scholieren, ook gepeild onder groepen jongeren en jongvolwassenen in bepaalde sectoren van het Amsterdamse uitgaansleven en in Hilversum (tabel 10.3.2). Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt tussen gebruik op recept en oneigenlijk gebruik. Voor zover vergelijkbaar lijkt het gebruik niet zo veel af te wijken van dat in de algemene bevolking. Gebruik van een slaapmiddel op kleine schaal wordt vooral genoemd om de na-effecten van het gebruik van stimulerende middelen tegen te gaan (Nabben, Luijk, & Korf, 2018).

- In 2010 werd het middelengebruik onder Amsterdamse cafébezoekers onderzocht (Ton Nabben, Benschop, & Korf, 2012). Hun leeftijd varieerde van 16-56 jaar, hun gemiddelde leeftijd was 27 jaar, 51% was man en 49% was vrouw.
  - Van de cafébezoekers had 19% ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, 11% had ze het afgelopen jaar gebruikt en 4% had deze middelen de afgelopen maand nog gebruikt.
  - Bij de vrouwen lag het ooitgebruik hoger dan bij de mannen (23% tegenover 16%).
- Onder coffeeshopbezoekers in Amsterdam steeg het laatste-maand-gebruik van slaapmiddelen van 1% in 2009 naar 4% in 2015 (Nabben, Benschop, & Korf, 2016).
- In 2017 had 25% van de bezoekers van clubs, raves en festivals in Amsterdam ooit slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt, 18% in het afgelopen jaar, en 10% in de afgelopen maand (Nabben et al., 2018). Meer vrouwen dan mannen hadden ooit gebruikt, 30% van de vrouwen tegenover 19% van de mannen. In Hilversum werden vergelijkbare percentages gevonden van 23% ooitgebruik en 8% laatste-maand-gebruik (Luijk et al., 2018).

Tabel 10.3.2 Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam en Hilversum

Uitgaanders	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	28	12	1
		2015	25	16	4
Bezoekers van cafés	Amsterdam	2010	27	19	4
Bezoekers van clubs, raves[1] en festivals	Amsterdam	2017	26	25	10
Bezoekers van feestcafés, clubs en poppodia	Hilversum	2017	21	23	8

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand per groep. Uitgaanders die deelnemen aan onderzoek, waaronder bezoekers van coffeeshops, cafés, clubs, raves en festivals zijn niet representatief voor alle uitgaanders. 1. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media" (Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). Bronnen: Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2010 (Ton Nabben et al., 2012), Antenne 2015 (Nabben et al., 2016), Antenne 2017 (Nabben et al., 2018), Antenne Gooi en Vechtstreek 2017 (Luijk et al., 2018).

De *Tendens* monitort het gebruik van alcohol en drugs onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Gelderland. Net als in de voorafgaande jaren speelden in een al wat ouder Tendens-onderzoek uit 2010 slaap- en kalmeringsmiddelen een marginale rol in het middelengebruik van de Gelderse jongeren (De Jong, Poelmans, Ernst, & Timmermans, 2011). Net als in de Amsterdamse Antenne-monitor (Nabben et al., 2018) werden slaap- en kalmeringsmiddelen genoemd als een handig middel om in slaap te komen na een zwaar weekend stappen, met name na het gebruik van stimulerende middelen.

Kwetsbare groepen

In 2012 heeft de Antenne-monitor het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onderzocht onder jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam (Benschop, Nabben, & Korf, 2013).

- Het bleek dat 13% van de jongeren in de jeugdzorg deze middelen wel eens had gebruikt, waarvan 10% met een doktersvoorschrift en 5% (ook) zonder doktersvoorschrift. In de afgelopen maand had 3% van de jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg nog slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt.

De *Coda-G4* is een cohortstudie onder daklozen in de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en Utrecht (Van Straaten et al., 2012). In 2011 heeft de *Coda-G4* voor het eerst het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onderzocht onder dakloze jongvolwassenen in deze vier grote steden.

- Het ging om dakloze jongvolwassenen van 18-22 jaar met een gemiddelde leeftijd van 20 jaar. In 2011 had 3% van deze dakloze jongeren in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.
- De derde meting van de Coda-G4 vond plaats tussen juli 2012 en juni 2013, anderhalf jaar na de instroom van de daklozen in de maatschappelijke opvang in 2011 (Van Straaten et al., 2014). Bij deze derde meting bleek dat 8% van de dakloze jongvolwassenen in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen had gebruikt.

10.4 Problematisch gebruik

Problematisch gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen omvat naast acute problemen zoals verkeersongevallen, valincidenten en verslechtering van geheugen en concentratievermogen (zie § 10.7), ook misbruik en afhankelijkheid.

Verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen is veelal een 'verborgen verslaving'. Gebruikers kunnen verslaafd zijn geraakt zonder dat zelf te beseffen. In de regel worden deze middelen voorgeschreven door een arts. Dit kan voor sommige 'patiënten' versluieren dat ook deze middelen verslavend kunnen zijn, net zoals alcohol, drugs en tabak (Bakker, 2015; Crul, 2006). Verslaving kan al optreden na drie tot zes weken gebruik. De richtlijn van de GGZ voor angststoornissen schrijft daarom voor dat de arts de patiënt over de bijwerkingen en het risico op afhankelijkheid uitgebreid dient te informeren (Trimbos-instituut, 2013). Deze richtlijn voor angststoornissen adviseert om eerst cognitieve gedragstherapie en/of andere medicijnen te proberen en pas als dit niet aanslaat benzodiazepinen voor te schrijven.

Voor het behandelen van verslaving aan benzodiazepinen onderzoekt het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) momenteel het geneesmiddel flumazenil. Mogelijk maakt flumazenil het bij een verslaving makkelijker om te stoppen met benzodiazepinen (Paling & Schellekens, 2017). De behandeling van problematisch gebruik van benzodiazepinen valt onder de "Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines" (Hendriks et al., 2018). 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.

Tussen 28 maart en 7 april 2014 ondervroeg TROS Radar 7.514 panelleden die in het verleden slaapmedicatie hadden gebruikt en 9.093 panelleden die ten tijde van het onderzoek slaapmedicatie gebruikten. Van de gebruikers bleek 62% de slaapmiddelen al langer dan twee jaar te slikken en bij 80% had de huisarts of apotheker nooit voorgesteld om er mee te stoppen (www.trosradar.nl, 14-04-2014).

Algemene bevolking

Recente cijfers over het aantal problematische gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn niet beschikbaar. In het NEMESIS-onderzoek uit 2007-2009 is onder andere onderzocht hoeveel procent van de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, op jaarbasis, voldeed aan de diagnose voor misbruik of afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen (DSM 4e gewijzigde editie) (De Graaf, Ten Have, & Van Dorsselaer, 2010).

- In het afgelopen jaar voldeed 0,3% van de bevolking aan de diagnose 'misbruik' en voldeed 0,2% aan de diagnose 'afhankelijkheid' van slaap- of kalmeringsmiddelen. Het totaal in de algemene bevolking voor misbruik en afhankelijkheid kwam daarmee op 0,5% (tabel 10.4.1).
- Stoornissen in het gebruik van slaap- en 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.

Tabel 10.4.1 Jaarprevalentie van misbruik en afhankelijkheid van slaap- en 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 (De Graaf et al., 2010).

Uit een landelijke enquête van de Nederlandse Vereniging voor Slaap- en Waak Onderzoek (NSWO) onder 949 Nederlanders met een gemiddelde leeftijd van 50,7 jaar bleek dat 9% vaak of altijd slaaptabletten gebruikt om in slaap te vallen. Nog eens 27% deed dit soms of zelden (Nederlandse Vereniging voor Slaap- en Waakonderzoek [NSWO], 2014). Het is niet duidelijk hoe deze gegevens gerelateerd kunnen worden aan een percentage laatste-jaar-gebruikers of laatste-maand-gebruikers.

Het gebruik van benzodiazepinen kan chronisch worden.

- Volwassenen die benzodiazepinen gebruiken, nemen gemiddeld één Doorsnee Dag Dosis (DDD) per dag. Het aantal DDD's verschilt sterk per benzodiazepine. Een milligram van de benzodiazepine oxazepam bevat slechts 0,02 DDD, terwijl een milligram van de benzodiazepine *brotizolam* 4 DDD's bevat, 200 keer zoveel (www.benzodebaas.nl).

- De SFK registreerde in de eerste helft van 2008 ongeveer 620 duizend en in de eerste helft van 2009 ongeveer 530 duizend chronische benzodiazepinegebruikers (Van Geffen, Van Boheemen, Van Dijk, Van Hulten, & Bouvy, 2009). Chronisch was hier gedefinieerd als drie of meer voorschriften per half jaar.

In Nederland is onderzoek verricht naar het 'oneigenlijk' gebruik van benzodiazepinen onder mensen van 18-65 jaar met een angststoornis en/of depressie (Manthey et al., 2011).

- Oneigenlijk gebruik werd gedefinieerd op basis van de volgende criteria: het gebruik van een dosering boven de door de WHO aanbevolen dosering, en/of het gebruik langer dan twee tot drie maanden (afhankelijk van bijgebruik van een antidepressivum), en/of gebruik van meer dan een benzodiazepine tegelijk.
- Van de bijna 3.000 deelnemers aan de studie gebruikte 15% een benzodiazepine.
- Vrijwel altijd was er sprake van oneigenlijk gebruik, vooral omdat de meeste gebruikers (83%) langer gebruikten dan aanbevolen.
- Mensen met een chronische ziekte en ouderen hadden de hoogste scores voor 'oneigenlijk benzodiazepinegebruik'.
- Verder onderzoek toonde aan dat gebruikers van benzodiazepinen een groter risico liepen om afhankelijk te raken als zij leden aan slapeloosheid, antidepressiva gebruikten of al leden aan een alcoholverslaving (Manthey et al., 2012).

10.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Cijfers over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn lastig internationaal te vergelijken. Het EMCDDA monitort deze middelen nog niet systematisch in de lidstaten van de EU (Casati, Sedefov, & Pfeiffer-Gerschel, 2012). Voor landen als de Verenigde Staten, Canada en Australië zijn ook cijfers beschikbaar. Deze cijfers zijn echter niet goed vergelijkbaar met die van Nederland, niet alleen vanwege verschillen in onderzoeksmethode en leeftijd van de respondenten, maar ook omdat in Nederland geen onderscheid is gemaakt tussen gebruik voor medische en niet-medische doeleinden.

Jongeren

In § 10.3 werden al gegevens getoond voor Nederland uit de ESPAD. De ESPAD maakt het bovendien mogelijk om voor scholieren van 15 en 16 jaar internationale vergelijkingen te maken tussen, onder andere, enkele landen van de Europese Unie en Noorwegen (Kraus et al., 2016).

In het ESPAD onderzoek is in 2003, 2007, 2011 en 2015 voor diverse landen nagevraagd of de scholieren ooit in hun leven slaap- of kalmeringsmiddelen hebben gebruikt zonder een recept van een arts (tabel 10.5.1).

- In 2015 gingen Frankrijk (10%), Nederland (8%) en Zweden (7%) aan kop. De laagste percentages werden gevonden in Ierland (3%) en Denemarken (2%).
- Het (ongewogen) gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare Europese landen lag in 2015 op 6%. Nederland lag met 8% boven het Europese gemiddelde.
- Doorgaans hebben meisjes meer ervaring met het gebruik van deze middelen dan jongens. Voor de 34 onderling vergelijkbare Europese landen lag het (ongewogen) gemiddelde bij de meisjes op 8% en bij de jongens op 5%.

Tabel 10.5.1 Percentage scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen dat ooit in het leven slaap- of kalmeringsmiddelen heeft gebruikt zonder een recept van een arts, naar geslacht. Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015

Land	2003			2007			2011			2015		
	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)
Frankrijk	10	15	13	12	18	15	8	15	11	8	12	10
Nederland	7	10	8	6	8	7	6	11	9	5	11	8
Zweden	5	7	6	6	9	7	7	9	8	5	9	7
België[I]	10	10	10	6	11	9	7	8	8	4	9	6
Finland	4	9	7	4	9	7	5	9	7	4	8	6
Noorwegen	3	3	3	3	5	4	3	4	4	5	7	6
Portugal	4	7	5	4	9	6	7	7	7	2	8	5
Italië	5	7	6	7	13	10	8	12	10	5	6	5
Oostenrijk	1	2	2	2	2	2	-	-	-	3	5	4
Griekenland	3	5	4	4	5	4	9	10	9	4	4	4
Ierland	2	2	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3
Denemarken[II]	4	5	4	-	-	-	4	5	4	2	3	2
Duitsland[III]	1	2	2	2	3	3	3	2	2	-	-	-
Verenigd Koninkrijk[IV]	2	1	2	2	1	2	-	-	-	-	-	-

Percentage ooitgebruikers zonder recept. De tabel is geordend op het totale percentage ooitgebruikers in 2015. J = jongens, M = meisjes, T = totaal, - = niet gemeten. I. België in 2007, 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen. II. De gegevens voor Denemarken zijn minder representatief. III. Duitsland alleen voor zes deelstaten in 2007 en vijf deelstaten in 2011. IV. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

Enkele internationale studies

In 2013 had 13,1% van de studenten van een universiteit in het Midwesten van de Verenigde Staten in het afgelopen jaar een receptmedicijn oneigenlijk gebruikt (McCabe, West, Teter, & Boyd, 2014).

- Van de studenten had in het afgelopen jaar 4,5% pijnstillers oneigenlijk gebruikt, 3,0% sedativa/angstmedicatie en 2,3% had slaappillen oneigenlijk gebruikt. Ter vergelijking: 9,3% had in het afgelopen jaar een stimulerend medicijn oneigenlijk gebruikt.
- De opvoedstijl van ouders bleek van invloed te zijn op het oneigenlijk gebruik van medicijnen door adolescenten. Ouders die hoge eisen stellen aan hun adolescente kinderen, zonder hen emotionele warmte te geven, lopen een hogere kans dat hun kinderen medicijnen oneigenlijk gaan gebruiken (Donaldson, Nakawaki, & Crano, 2015). Naarmate studenten meer vrienden hebben die medicijnen oneigenlijk gebruiken, lopen zij een grotere kans ook zelf medicijnen oneigenlijk te gaan gebruiken (Watkins, 2016b, 2016a).
- Zoals eerder werd gevonden voor het gebruik van alcohol en cannabis, bleek ook voor het misbruik van medicijnen dat studenten dit eerder zullen doen naarmate ze denken dat anderen dat ook doen, en naarmate ze denken dat goede vrienden en hun ouders het zullen goedkeuren (Silvestri & Correia, 2016). In hoeverre deze gegevens van toepassing zijn op Nederland is nog onbekend.

Op een universiteit in Wales bleek in 2011-2012 dat 30% van de vrouwelijke studenten en 32% van de mannelijke studenten ooit in het leven een receptmedicijn oneigenlijk had gebruikt (Bennett, Holloway, Brookman, Parry, & Gorden, 2014).

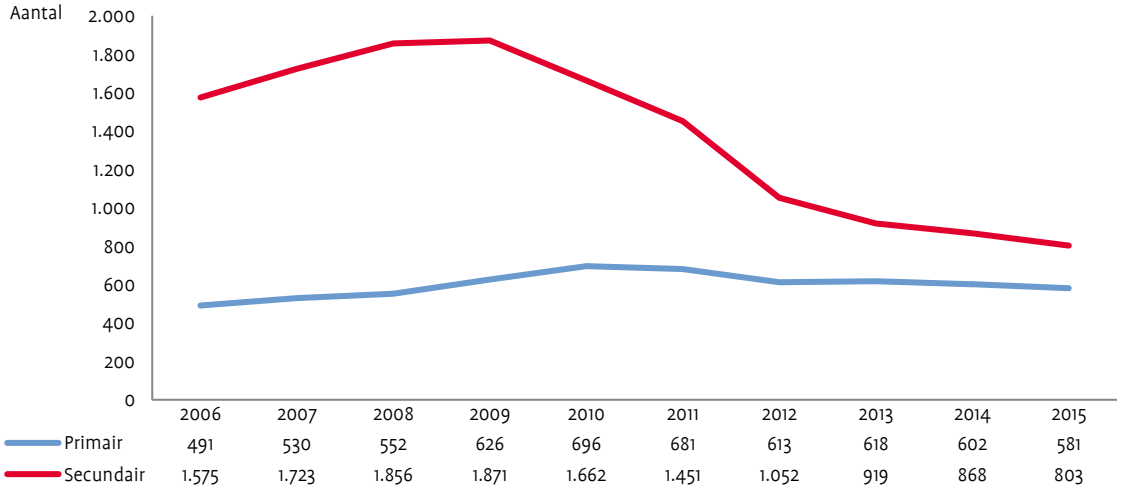
10.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. Verslavingszorginstellingen leveren geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink, Kuijpers & Mol, 2015). De meest recente gegevens gaan over 2015 (zie in bijlage A: Cliënt LADIS).

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca steeg tot 2010 en is daarna gestabiliseerd (figuur 10.6.1). Het ging hier voornamelijk om benzodiazepinen. Het aantal cliënten met een primair probleem met benzodiazepinen steeg met 52% van 425 cliënten in 2006 naar 645 cliënten in 2010.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder lag het aantal primaire cliënten zowel in 2006 als in 2015 op 4 cliënten. Het aandeel van deze primaire cliënten in het totaal aantal primaire drugscliënten bleef met 2% laag in deze periode.
- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat benzodiazepinen, barbituraten of overige psychofarmaca als secundair probleem noemde, was tot 2009 vele malen groter, maar daalde sindsdien opvallend scherp (figuur 10.6.1). Tussen 2009 en 2015 daalde het aantal secundaire cliënten met 57%.
- Voor deze groep van secundaire cliënten was in 2015 het primaire probleem alcohol (58%), heroïne (16%), cocaïne of crack (6%), cannabis (6%), of methadon (4%). Het aantal primaire en secundaire cliënten samengenomen daalde met 33% van 2.066 cliënten in 2006 naar 1.384 cliënten in 2015.

Figuur 10.6.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire problematiek voor benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca[1], vanaf 2006



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	491	530	552	626	696	681	613	618	602	581
Secundair	1.575	1.723	1.856	1.871	1.662	1.451	1.052	919	868	803

Aantal cliënten. 1. Het betreft hier gemiddeld per jaar voor 91% benzodiazepineproblematiek. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage G. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Naast het LADIS bevat ook de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) een schatting van het aantal patiënten met middelengebruik als hoofd- of nevendiagnose. Zie bijlage D.4 voor de meest recente gegevens (2014).

Rijden onder invloed

In Europa is in de periode 2007-2009 onderzoek gedaan naar het rijden onder invloed van alcohol, drugs en medicijnen (Houwing & Hagenzieker, 2013).

- Het percentage bestuurders waarbij een benzodiazepine werd aangetroffen als het enige middel, lag in Nederland ongeveer de helft lager dan het Europees gemiddelde: 0,4% in Nederland tegenover 1% in Europa. Dit komt voornamelijk doordat het gebruik van geneesmiddelen in Nederland over het algemeen al relatief laag ligt.

Het grootste risico op een verkeersongeluk doet zich voor bij benzodiazepinen met een langere werkingsduur, bij een hogere dosis en tijdens de eerste weken van het gebruik (Ravera, Van Rein, De Gier, & De Jong-van den Berg, 2011; Smink, Egberts, Lusthof, Uges, & De Gier, 2010). Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) heeft de website www.rijveiligmetmedicijnen.nl ontwikkeld. Het doel van deze website is om de bewustwording te vergroten over de risico's van medicijnen in het verkeer.

10.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

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.

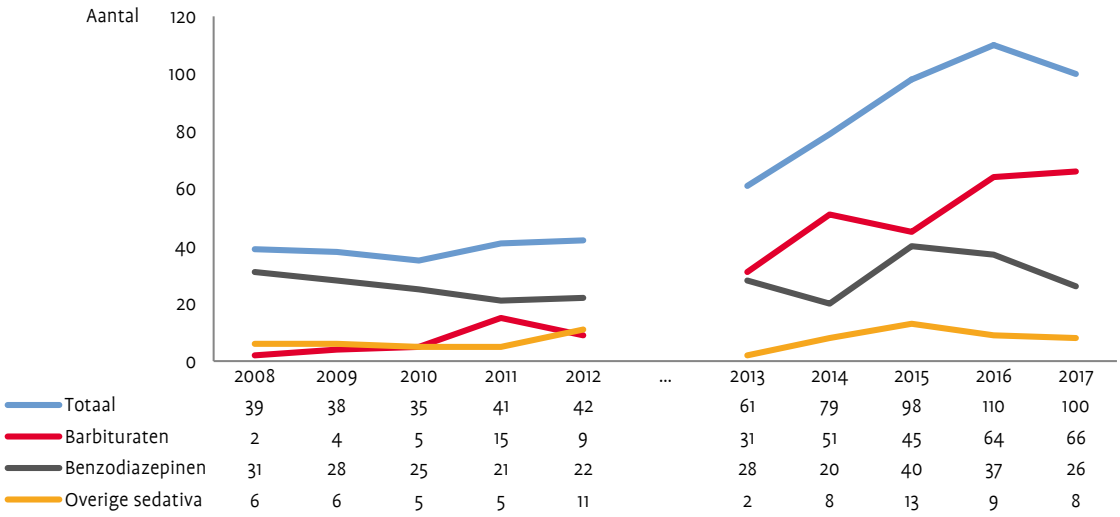
- De bijwerkingen zijn onder andere "sedatie met een zwaar gevoel", evenwichtsstoornissen, trage spraak, desoriëntatie, geheugenstoornissen, cognitieve functiestoornissen, het verlies van initiatief, trager reageren, geheugen- en concentratieproblemen, emotionele en relationele vervlakking, het niet verwerken van pijnlijke ervaringen en verminderde kwaliteit van de slaap, waardoor men overdag suf of moe is (Lader, 2014; Paling, Dijkstra, De jong, & Schellekens, 2015) (www.farmacotherapeutischkompas.nl).
- De risico's zijn onder andere valincidenten, met name bij ouderen (Broekhuizen, 2014), verkeersongelukken (Leufkens, Ramaekers, De Weerd, Riedel, & Vermeeren, 2014) en andere ongevallen (Paling et al., 2015). Van de automobilisten die slaapmedicatie gebruiken, neemt ruim 20% wel eens deel aan het verkeer terwijl de slaapmedicatie nog niet is uitgewerkt (NSWO, 2015).
- 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 (Pleumeekers, 2015) en cognitieve achteruitgang bij mensen met de ziekte van Alzheimer versterkt (Defrancesco, Marksteiner, Fleischhacker, & Blasko, 2015).

Sterfte

De Doodsoorzakenstatistiek van het CBS bevat gegevens over de direct-acute sterfte (ofwel overdosering) door onder andere benzodiazepinen, barbituraten, en overige sedativa (figuur 10.7.1). Het betreft hier 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. Voor middelengebruik zijn de cijfers afkomstig uit de Doodsoorzakenstatistiek vermoedelijk een onderschatting geweest van het werkelijk aantal sterfgevallen (zie bijlage D.1). Vanwege de overgang naar automatische codering in 2013 van de natuurlijke overlijdens kunnen de gegevens vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de gegevens van de voorafgaande jaren. Bovendien kunnen er in de afgelopen jaren meer registraties zijn ontstaan door het elektronisch aanleveren van de doodsoorzakenformulieren, door meer toxicologisch onderzoek, en door een nieuw registratiesysteem van de forensische artsen, waardoor een overschatting kan zijn ontstaan.

- Tussen 2007 en 2012 schommelde het aantal gevallen rond gemiddeld 39 gevallen per jaar.
- 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 2017 daalde het aantal weer met 9% van 110 naar 100 gevallen.
- Van 2013 tot en met 2017 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 85% van de gevallen om suïcide. In de gevallen waarin barbituraten betrokken waren, ging het vrijwel in alle gevallen om suïcide.

Figuur 10.7.1 Sterfgevallen door overdosering van slaap- en kalmeringsmiddelen in Nederland, vanaf 2008



	2008	2009	2010	2011	2012	...	2013	2014	2015	2016	2017
Totaal	39	38	35	41	42		61	79	98	110	100
Barbituraten	2	4	5	15	9		31	51	45	64	66
Benzodiazepinen	31	28	25	21	22		28	20	40	37	26
Overige sedativa	6	6	5	5	11		2	8	13	9	8

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 voor 2013 niet rechtstreeks vergeleken kunnen worden met de voorafgaande jaren. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut.

Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, of wanneer de nabestaanden daarom vragen, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op alcohol, drugs, geneesmiddelen, en bestrijdingsmiddelen.

- Van de overlijdensgevallen waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek had plaatsgevonden in 2016, waren er vier gevallen waarin benzodiazepinen een rol hadden gespeeld bij het overlijden. In 2015 waren er nog negen gevallen. In al deze gevallen speelden ook andere middelen nog een rol bij het overlijden.
- Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterfgevallen in de verschillende hoofdstukken van dit Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.

10.8 Aanbod en markt

Benzodiazepinen zijn op voorschrift van een arts voor bepaalde indicaties verkrijgbaar.

- In het voorafgaande werd er in § 10.2 al op gewezen dat de vergoeding van benzodiazepinen via de basisverzekering per 1 januari 2009 sterk is ingeperkt. Sindsdien geldt de vergoeding alleen nog voor een kleine groep patiënten voor enkele specifieke indicaties. Deze indicaties zijn epilepsie, angststoornissen indien therapie met antidepressiva heeft gefaald, meervoudige psychiatrische problematiek en palliatieve sedatie bij terminale zorg; ook wordt diazepam vergoed bij spierspasmen door neurologische aandoeningen (SFK, 2016).
- In 2010 betaalden de gebruikers zelf 27 miljoen euro voor slaapmiddelen en eveneens 27 miljoen voor kalmeringsmiddelen. In 2011 daalden deze eigen uitgaven licht naar 26 miljoen euro voor slaapmiddelen en 25 miljoen voor kalmeringsmiddelen. Tussen 2010 en 2011 steeg het totaal aantal verstrekte benzodiazepinen met 1% van 177 naar 179 miljoen (SFK, 2012). In 2015 betaalden de gebruikers zelf 31,3 miljoen euro voor slaapmiddelen en 22,9 miljoen euro voor kalmeringsmiddelen (Griens et al., 2017).

- In 2010 betaalden de gebruikers zelf per kwartaal 28 miljoen standaarddagdoseringen benzodiazepinen. In het derde kwartaal van 2014 was dit gedaald naar 23 miljoen standaarddagdoseringen benzodiazepinen die door de gebruikers zelf werden betaald (SFK, 2014).
- Het bedrag dat door de zorgverzekeraars werd vergoed voor slaap- en kalmeringsmiddelen daalde volgens gegevens uit het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) van ongeveer 27,1 miljoen euro in 2008 naar ongeveer 7,3 miljoen in 2009. In 2016 lag dit bedrag op ongeveer 10,9 miljoen euro (GIP-databank, 2018).

Het vervalsen van recepten is één van de manieren om buiten de voorschriften om aan medicijnen te komen.

- Apothekers die met vervalste recepten worden geconfronteerd, kunnen dit aangeven bij de politie of melden bij het Bureau Opsporing van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). 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.

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 (Koenraadt & Van de Ven, 2018). 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 (www.medicijngebruik.nl). Artsen worden opgeroepen om alert te zijn op de gezondheidsschade die wordt aangericht door deze nepmedicijnen (Venhuis, De Hon, & Puiman, 2014). 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 (www.echt-of-nep.nl).
- Midden 2015 heeft de Nederlandse douane opgetreden tegen de internethandel in illegale geneesmiddelen. Er werden 100 pakketten met in totaal ruim 155.000 potentieel gevaarlijke illegale geneesmiddelen in beslag genomen (Medisch Contact, 2015). Het ging vooral om erectiepillen, afslankmiddelen en slaapmiddelen.

11. Alcohol

11.1 Laatste feiten en trends	▶ pagina 307
11.2 Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 307
11.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen	▶ pagina 317
11.4 Problematisch gebruik	▶ pagina 326
11.5 Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 330
11.6 Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 332
11.7 Ziekte en sterfte	▶ pagina 337
11.8 Aanbod en markt	▶ pagina 343

11. Alcohol

Inleiding

Alcohol ontstaat uit het vergisten van granen en vruchten. Alcohol wordt gedronken in de vorm van bier, wijn, gedistilleerd of mixdrankjes. Een standaard glas bier (25 cl), een glas wijn (10 cl) en een borrel sterke gedistilleerde drank (3,5 cl) bevatten allemaal ongeveer 10 gram alcohol. De meeste glazen bevatten echter meer dan de standaard. Uit een peiling in 2016 van de Rijksoverheid naar het kennisniveau met betrekking tot de schadelijkheid van alcohol blijkt dat het algemeen publiek gemiddeld 1,3 glas alcohol per dag een normale hoeveelheid vindt om te drinken (Louwen, Van Veen, & Versluys, 2016).

Alcohol werkt ontremmend en veroorzaakt een roes. Gebruik kan ontspannend en bevorderlijk zijn voor een goed humeur, maar ook een agressieve stemming versterken. Bij regelmatig alcoholgebruik treden gewenning en tolerantie op en kan gebruik ontaarden in een verslaving. Matig alcoholgebruik is over het algemeen sociaal geaccepteerd; een forse alcoholconsumptie wordt wel negatief beoordeeld (Louwen et al., 2016). Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie hangt de alcoholconsumptie in een samenleving af van drie factoren: *availability* (beschikbaarheid), *affordability* (betaalbaarheid) en *acceptability* (de sociale norm over alcoholconsumptie) (WHO, 2014).

Alcohol wordt door 2,4 miljard mensen gedronken en gebruik behoort tot de belangrijkste risicofactoren voor ziekte en sterfte (Kypri & McCambridge, 2018). Wereldwijd hebben 75 miljoen mensen een stoornis in het gebruik van alcohol en lopen risico op, bijvoorbeeld, een aan alcohol gerelateerde leverziekte (Asrani, Devarbhavi, Eaton, & Kamath, 2018). Elk jaar sterven 2,8 miljoen wereldburgers aan de gevolgen van schadelijk alcoholgebruik (Kypri & McCambridge, 2018). In de wereldbevolking was alcohol in 2016 doodsoorzaak nummer 1 in de leeftijdscategorie 15-49-jarigen (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018). In de Global Burden of Disease study wordt geconcludeerd dat het niveau van alcoholconsumptie dat beschermend werkt voor de gezondheid nul glazen per week bedraagt (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018). Ook de maatschappelijke en sociale schade door alcoholgebruik zijn groot. Sommige gezondheidswetenschappers pleiten er daarom voor alcohol als een drug te beschouwen (Kypri & McCambridge, 2018).

Preventie van schadelijk alcoholgebruik behoort tot de aandachtsgebieden van het volksgezondheidsbeleid. In het Preventieakkoord 2018 van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is alcohol één van de drie speerpunten. Belangrijke wetten en regels voor het alcoholbeleid staan in de Drank- en Horecawet, de (Nederlandse) Reclamecode (voor alcoholhoudende dranken), de Wegenverkeerswet (met straffen voor rijden onder invloed van alcohol) en de Accijnswet. Gemeentes hebben een belangrijke rol in de uitvoering van het alcoholbeleid. Zie hoofdstuk 2 voor meer informatie.

Korte interventies in de huisartsenpraktijk kunnen schadelijk drinkgedrag al verminderen (Kaner et al., 2018) en dat kan op een kosteneffectieve manier door gebruik te maken van verschillende strategieën, zoals training en ondersteuning, financiële beloningen en online interventies (Angus et al., 2018).

11.1 Laatste feiten en trends

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

- Acht op de tien Nederlanders ouder dan 18 jaar drinkt wel eens (meer dan één keer in het afgelopen jaar) alcohol. Alcohol wordt door volwassenen van alle leeftijden gebruikt. Vanaf 75 jaar neemt het aandeel drinkers af (§ 11.2).
- In 2017 voldeed 40% van de Nederlanders van 18 jaar of ouder aan de nieuwe norm van de Gezondheidsraad om nooit meer dan 1 glas alcohol per dag te drinken. Vrouwen voldeden vaker aan de norm dan mannen.
- Terwijl zwaar drinken (minstens een keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag voor mannen of 4 glazen voor vrouwen) het meest voor komt onder jongere volwassenen, is overmatig drinken (meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen) een patroon dat iets vaker op oudere leeftijd (vanaf 50 jaar) lijkt voor te komen (§ 11.2).
- De dalende trend tussen 2014 en 2016 in het percentage overmatige drinkers in de volwassen Nederlandse populatie zette zich in 2017 niet voort (§ 11.2).
- Volgens verkoopcijfers is er de afgelopen paar jaar sprake van een stabilisering in de consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking (§ 11.2).
- Onder 12-16-jarige scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs deed zich tussen 2011 en 2015 een verdere daling voor in het alcoholgebruik, maar deze daling zette zich niet voort in 2017 (§ 11.3).
- In 2017 was het verschil in alcoholgebruik in de laatste maand, binge drinken en het drinken van meer dan 10 glazen het grootst tussen VWO-leerlingen en VMBO-b-leerlingen. Laatste-maand-drinken was onder HAVO-leerlingen vergelijkbaar met dat van de VMBO-b-leerlingen (§ 11.3).
- De naleving van de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcoholhoudende dranken is tussen 2013-2015 en 2016 fors verbeterd, maar tussen 2016 en 2017 iets verslechterd. In 2017 slaagden nog steeds de meeste aankooppogingen van minderjarigen (§ 11.8).
- Internationaal gezien ligt het alcoholgebruik onder Nederlandse 15/16-jarige scholieren boven het gemiddelde van 34 Europese landen. Het aandeel Nederlandse 15/16-jarigen dat het gemakkelijk vindt om aan alcohol te komen ligt op het Europees gemiddelde (§ 11.5).
- In de algemene bevolking (15 jaar en ouder) is Nederland echter één van de EU-lidstaten waar de minste liters alcohol per hoofd gedronken wordt (§ 11.5).
- Het aantal cliënten bij de verslavingszorg met een primair alcoholprobleem schommelt de afgelopen tien jaar rond hetzelfde niveau (meest recente gegevens zijn uit 2015). Het aandeel van personen ouder dan 55 jaar stijgt (§ 11.6).
- Het aantal patiënten (alle leeftijden) dat op een spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis werd behandeld wegens een alcoholvergiftiging steeg in 10 jaar tijd van naar schatting 4.200 naar 6.000 in 2017 (§ 11.6). Vanwege een daling in 2016 van het aantal kinderartsen dat meewerkt aan de registratie over jongeren die wegens overmatig alcoholgebruik in een ziekenhuis zijn opgenomen, kunnen geen conclusies worden getrokken over trends in het aantal "comazuipertjes" (§ 11.6).

11.2 Gebruik: algemene bevolking

De Gezondheidsenquête van het CBS verzamelt jaarlijks kerngegevens onder de bevolking vanaf 12 jaar. Vanaf 2014 is deze peiling onderdeel van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. het RIVM en het Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor wordt vanaf 2015 als primaire bron voor de prevalenties van alcoholgebruik in Nederland gehanteerd. Sinds 2005 zijn er in de gegevensverzameling van de Gezondheidsenquête echter twee methodebreuken geweest (in 2010 en

in 2014), waardoor het methodologisch niet verantwoord is uitspraken te doen over trends (Morren & Willems, 2015).

Voor de beschrijving van de algemene volwassen bevolking wordt de leeftijdsgroep 18 jaar en ouder gebruikt. Het beleid, zoals gepresenteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvenz.nl), is ook op deze kerncijfers gebaseerd. In 2016 is naast de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor ook de tweejaarlijkse aanvullende module van de Leefstijlmonitor ('Module Middelen' 2016; zie bronnentabel en bijlage D.2) uitgevoerd. Cijfers voor alcoholgebruik onder jongeren worden in § 11.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

Kerncijfers 2017

In 2017 had 79,5% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder het afgelopen jaar wel eens alcohol gedronken (tabel 11.2.1). Dat komt neer op bijna 11 miljoen volwassenen. Ongeveer één op tien volwassenen had nooit alcohol gedronken en eenzelfde deel had wel ooit maar niet in het afgelopen jaar alcohol gedronken.

Tabel 11.2.1 Percentage en absolute aantal alcoholgebruikers in de bevolking van 18 jaar een ouder. Peiljaar 2017.

	%	Absoluut aantal (Afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval
Laatste jaar	79,5	10.690.000	10.550.000-10.820.000
Ooit maar niet het laatste jaar	11,5	1.550.000	1.450.000-1.650.000
Nooit	9,0	1.210.000	1.120.000-1.310.000

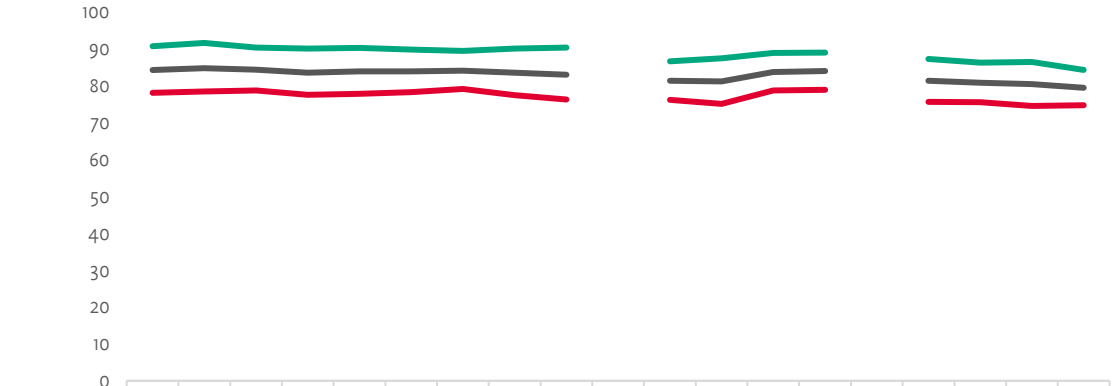
Percentage volwassenen dat dronk in het laatste jaar, heeft gedronken maar niet in het laatste jaar en percentage volwassenen dat nooit drinkt. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Trend in alcoholgebruik

In 2017 dronk 79,5% van de 18-plussers wel eens alcohol, dat is minder dan in 2014 en 2015 maar verschilt niet statistisch significant van 2016 (figuur 11.2.1).

- Volgens de Gezondheidsenquête van het CBS is het percentage mensen dat alcohol drinkt in de bevolking van 18 jaar en ouder sinds 2001 redelijk stabiel, voor zover het mogelijk is daar uitspraken over te doen gezien de methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014 (figuur 11.2.1).

Figuur 11.2.1 Percentage alcoholgebruikers in Nederland onder mannen en vrouwen van 18 jaar en ouder vanaf 2001; methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014



	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09		'10	'11	'12	'13		'14	'15	'16	'17
Man	90,7	91,6	90,4	90,1	90,3	89,8	89,5	90,1	90,4		86,6	87,4	88,9	89,1		87,2	86,3	86,5	84,3
Vrouw	78,1	78,4	78,7	77,5	77,8	78,3	79,1	77,4	76,3		76,2	75,1	78,7	79,0		75,6	75,5	74,5	74,8
Totaal	84,3	84,8	84,4	83,6	83,9	83,9	84,1	83,6	83,0		81,4	81,2	83,8	84,0		81,3	80,8	80,4	79,5

Percentage volwassenen dat drinkt. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Geslacht

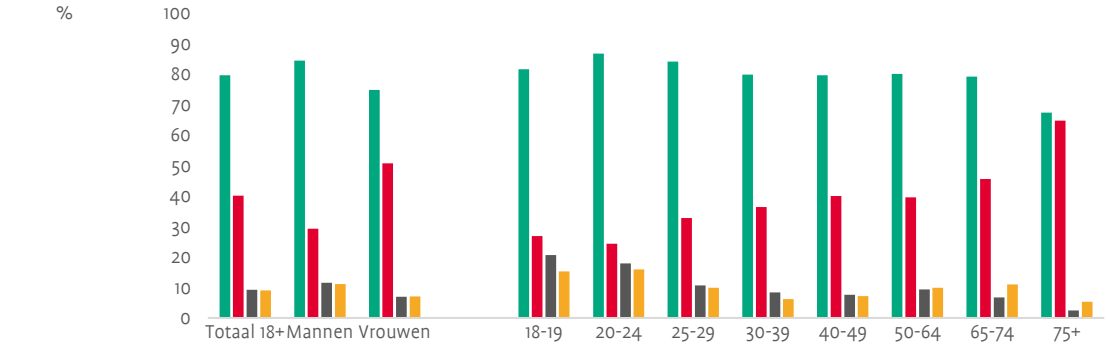
Meer mannen dan vrouwen drinken alcohol. In 2017 dronk 84,3% van de mannen van 18 jaar en ouder wel eens alcohol en 74,8% van de vrouwen (figuur 11.2.1).

Leeftijd

Ook zijn er verschillen tussen leeftijdsgroepen. Onder de 20-24-jarigen is het hoogste percentage drinkers: 86,6%. Van de ouderen boven 75 jaar drinkt 67,2% alcohol (figuur 11.2.2).

- De aanvullende gegevens verzameld in 2016 in de LSM-A/Leefstijlmonitor (Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS) tonen dat de gemiddelde leeftijd waarop Nederlanders voor het eerst alcohol drinken 17,2 jaar is (16,4 jaar voor mannen en 18,0 jaar voor vrouwen).

Figuur 11.2.2 Alcoholgebruik, alcoholgebruik volgens de richtlijn, zware drinker en overmatige drinker in Nederland per leeftijdsgroep in de totale bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2017



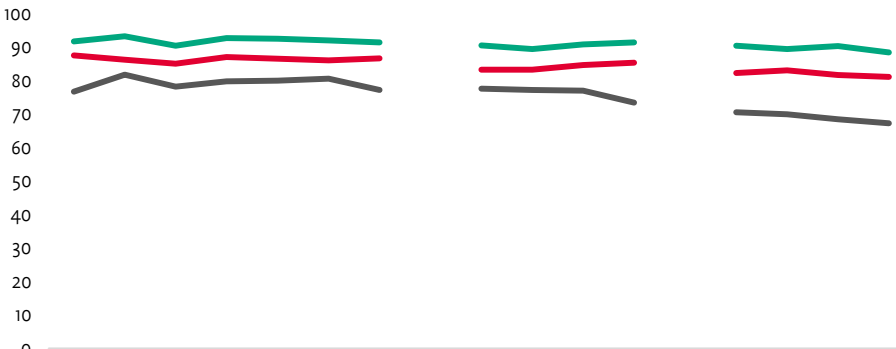
	Totaal 18+	Mannen	Vrouwen	18-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-64	65-74	75+
Drinker (%)	79,5	84,3	74,8	81,5	86,6	84,0	79,7	79,5	80,0	79,1	67,2
Richtlijn (%)	40,1	29,3	50,6	26,8	24,3	32,8	36,4	39,9	39,6	45,6	64,6
Zware drinker (%)	9,2	11,5	7,0	20,6	17,9	10,7	8,4	7,6	9,3	6,7	2,4
Overmatig drinker (%)	9,0	11,1	7,0	15,3	15,9	9,9	6,2	7,1	9,9	10,9	5,3

Percentage van de totale bevolking van 18 jaar en ouder dat "wel eens in de afgelopen 12 maanden alcohol dronk" (drinker); drinkt volgens de richtlijn "geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag"; zwaar drinkt "mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag dronken, of vrouwen die minimaal één keer per week 4 glazen op een dag dronken; overmatig drinkt "meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen)". Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Opleidingsniveau

Alcoholgebruik komt vaker voor onder hoogopgeleiden dan onder laagopgeleiden[1] (figuur 11.2.3). In 2017 gaf 88,4% van de hoogopgeleiden aan wel eens alcohol te drinken, tegen 67,3% van de laagopgeleiden. Middelbaar opgeleiden (81,1%) zitten daar tussenin. Van de laagopgeleiden heeft 15,6% nog nooit alcohol gedronken; bij de hoogopgeleiden is dit 4,5%.

Figuur 11.2.3. Percentage alcoholgebruikers naar opleidingsniveau in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2000, methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014



	'01	'02	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13		'14	'15	'16	'17
Hoogopgeleid	91,7	93,2	90,4	92,7	92,5	92,0	91,4		90,5	89,4	90,8	91,4		90,4	89,4	90,3	88,4
Middelbaar opgeleid	87,5	86,3	85,0	87,0	86,5	86,0	86,6		83,3	83,3	84,6	85,4		82,2	83,0	81,7	81,1
Laagopgeleid	76,7	81,8	78,2	79,7	80,0	80,5	77,2		77,6	77,2	77,0	73,4		70,6	70,0	68,5	67,3

Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

1 Cijfers naar opleidingsniveau in dit hoofdstuk kunnen afwijken van de cijfers gerapporteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg, vanwege consistentie met de definitie van opleidingsniveau voor cijfers over andere middelen in dit Jaarbericht (zie bijlage D.2).

Migratieachtergrond

Een derde van de mensen met een niet-Westerse migratieachtergrond heeft nooit alcohol gedronken (tabel 11.2.2). Dit is veel meer dan bij mensen met een Westerse migratieachtergrond of Nederlandse achtergrond. Het laatste-jaar alcoholgebruik geeft eenzelfde beeld: van de mensen met een niet-Westerse migratieachtergrond heeft nog niet de helft afgelopen jaar alcohol gedronken en dat is veel minder dan de 84% van de mensen met een Nederlandse achtergrond.

Tabel 11.2.2 Gebruik van alcohol in de bevolking van 18 jaar en ouder naar migratieachtergrond[1]. Peiljaar 2017

	Laatste jaar (%)	Nooit (%)
Nederlandse achtergrond	84,1	5,7
Westerse migratieachtergrond	76,9	8,2
Niet-Westerse migratieachtergrond	48,3	33,8

Percentage gebruikers in het laatste jaar en nooit in het leven 1. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage A "Migratieachtergrond"). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Stedelijkheid

Stedelijkheid heeft geen invloed op het percentage alcoholgebruikers (tabel 11.2.3). In (zeer) stedelijke gemeenten heeft 78,5% de afgelopen 12 maanden gedronken, vergelijkbaar met de niet-stedelijke gebieden (80,5%).

Tabel 11.2.3 Gebruik van alcohol in de bevolking van 18 jaar en ouder naar stedelijkheid[1]. Peiljaar 2017

	Laatste jaar (%)	Nooit (%)
(Zeer) sterk stedelijk	78,5	10,0
Matig stedelijk	80,9	7,5
Weinig/niet stedelijk	80,5	8,0

Percentage gebruikers in het laatste jaar en nooit in het leven. 1. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Mate van gebruik

Het gemiddeld aantal glazen alcohol per dag per drinker van 18 jaar of ouder was in 2017 1,3. Dit is gelijk aan het gemiddeld aantal glazen in 2015 en 2016.

- Mannen dronken in 2017 gemiddeld meer glazen (1,6) per dag dan vrouwen (0,9).
- Onder de drinkers dronken jongeren tussen 18 en 24 jaar en ouderen tussen 65 en 74 jaar het meest: gemiddeld 1,5 glas per dag. Dit is het laagst onder 30-49 jarigen (1,2 glas per dag).

Drinken volgens de richtlijn

De Richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad, 2015) adviseert om geen alcohol te drinken of in ieder geval niet meer dan één glas per dag. In 2017 voldeed 40,1% van de totale bevolking van 18 jaar of ouder aan dat advies; 29,3% van de mannen en 50,6% van de vrouwen dronk nooit meer dan 1 glas alcohol per dag.

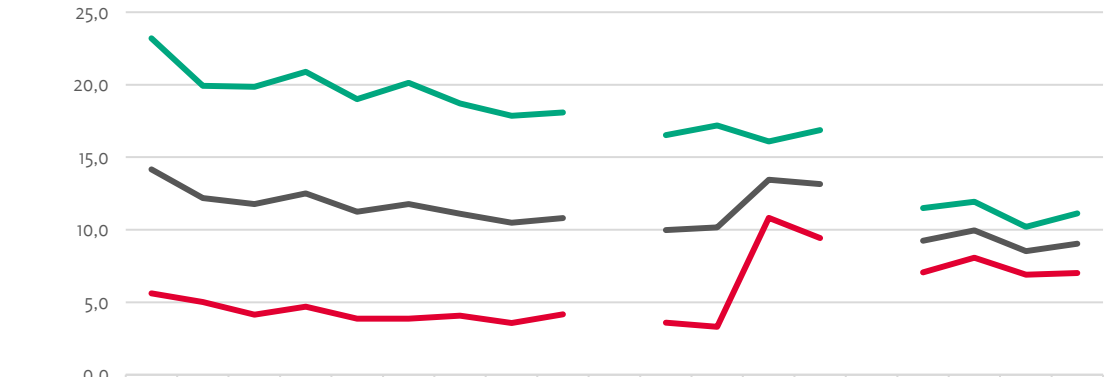
- Sinds de richtlijn is ingevoerd is er een stijging van het percentage dat hieraan voldoet. In 2014 voldeed 37,4% hieraan en dat steeg statistisch significant tot 40,1% van de volwassenen in 2017.

Zwaar drinken

Volgens het CBS zijn "zware drinkers" mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken, of vrouwen die minstens één keer per week 4 of meer glazen op één dag drinken[2].

- In 2017 was 9,0% van de bevolking van 18 jaar en ouder een zware drinker, 11,5% van de mannen en 7,0% van de vrouwen.
- Jongvolwassenen van 18 en 19 jaar (20,6%) en van 20-24 (17,9%) scoren het hoogst op deze maat (figuur 11.2.2).
- Hoger opgeleiden zijn vaker een zware drinker (9,9%) dan laagopgeleide personen (8,4%).
- Het percentage zware drinkers schommelde sinds 2014 en was in 2017 (9,0%) niet statistisch significant verschillend met 2014 en 2016, maar wel met 2015 (10,0%). Eerdere cijfers zijn niet vergelijkbaar, zowel vanwege de al genoemde methodebreuk in dataverzameling tussen 2013 en 2014, als een gewijzigde definitie van zwaar drinken voor vrouwen sinds 2012 (was tot en met 2011 minimaal één keer per week 6 glazen op een dag drinken, werd vanaf 2012 minimaal één keer per week 4 glazen op een dag drinken).

Figuur 11.2.4 Zware drinkers van alcohol naar geslacht onder mensen van 18 jaar en ouder. Peiljaren 2001-2017



	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17
Man	23,2	19,9	19,8	20,9	19,0	20,1	18,7	17,8	18,1	16,5	17,2	16,1	16,9	11,5	11,9	10,2	11,1
Vrouw	5,6	5,0	4,1	4,7	3,9	3,9	4,1	3,6	4,2	3,6	3,3	10,8	9,4	7,1	8,1	6,9	7,0
Totaal	14,2	12,2	11,8	12,5	11,2	11,8	11,1	10,5	10,8	10,0	10,2	13,4	13,2	9,2	10,0	8,5	9,0

Percentages zware drinkers naar geslacht in de bevolking van 18 jaar of ouder. Zware drinkers: mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken, of vrouwen die minimaal één keer per week 6 glazen op een dag drinken (tot en met 2011) of 4 glazen op een dag drinken (vanaf 2012). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

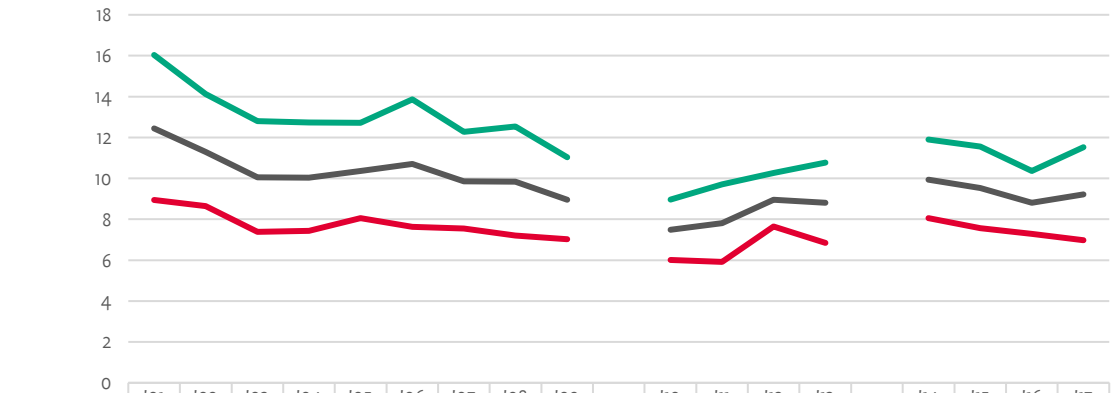
2 https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=z#id=zware-drinker.

Overmatig drinken

Naast zwaar drinken is ook "overmatig drinken" risicovol. Overmatig drinken wordt gedefinieerd als meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen. Een drinker kan aan beide definities, zwaar drinken en overmatig drinken, tegelijk voldoen.

- In 2017 dronk 9,2% van de volwassenen overmatig. Een patroon van overmatig drinken komt wat meer voor in oudere leeftijdsgroepen (vanaf 50 jaar); volwassenen op jongere leeftijd hebben iets vaker een patroon van zwaar drinken (figuur 11.2.2).
- Het percentage overmatige drinkers daalde tussen 2014 (9,9%) en 2016 (8,8%) significant, maar deze deling zette zich niet voort in 2017 (9,2%, niet statistisch significant verschillend van voorgaande jaren) (figuur 11.2.5).
- Tussen 2010 en 2013 was er een toename van het percentage overmatige drinkers (van 7,6% in 2010 naar 9,2% in 2012 en 8,8% in 2013). Deze cijfers zijn vanwege de eerder genoemde methodebreuk niet vergelijkbaar met 2014, 2015 en 2016. In de jaren daarvoor was er een afname van het percentage overmatige drinkers, van 12,4% in 2001 tot 9,0% in 2009. Ook deze cijfers zijn niet vergelijkbaar met de cijfers van de hierop volgende jaren.
- Hoogopgeleiden zijn vaker een overmatige drinker (9,9% van de volwassenen) dan personen met een laag opleidingsniveau (8,7%). Van de middelbaar opgeleiden dronk in 2017 9,3% wel eens overmatig.

Figuur 11.2.5 Overmatige drinkers van alcohol onder mensen van 18 jaar en ouder. Vanaf 2001



	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17
Man	16,0	14,1	12,8	12,7	12,7	13,9	12,3	12,5	11,0	9,0	9,7	10,3	10,8	11,9	11,6	10,4	11,5
Vrouw	8,9	8,6	7,4	7,4	8,0	7,6	7,6	7,2	7,0	6,0	5,9	7,7	6,8	8,0	7,6	7,3	7,0
Totaal	12,4	11,3	10,0	10,0	10,4	10,7	9,9	9,8	9,0	7,5	7,8	8,9	8,8	9,9	9,5	8,8	9,2

Percentages overmatige drinkers in de bevolking van 18 jaar of ouder. Overmatige drinkers: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014 zit een methodebreuk, waardoor de cijfers tussen deze periodes niet vergelijkbaar zijn. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Regionale verschillen in alcoholgebruik

In 2016 is de tweede gezamenlijke Gezondheidsmonitor van de GGD'en, het CBS en het RIVM gehouden onder volwassenen van 19 jaar en ouder[3]. Het drinkgedrag is niet gelijk verdeeld over Nederland.

- Het percentage drinkers volgens de Richtlijn (drinkt niet of maximaal 1 glas per dag) is het hoogst in Flevoland (48,2%), Rotterdam-Rijnmond (47,8%) en Zuid-Holland Zuid (47,2%). In Brabant-Zuidoost (34,9%) en Hollands-Noorden (35,0%) wordt het minst vaak volgens de Richtlijn gedronken.

3 https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM.

- Overmatig drinken (vrouwen meer dan 14 glazen per week of mannen meer dan 21 glazen per week) komt het meest voor in de regio's Amsterdam (9,5%), Gooi- en Vechtstreek en Drenthe (beide 8,6%). In Flevoland (4,7%) en in regio Zuid-Holland Zuid (5,4%) zijn de minste overmatige drinkers.
- De meeste overmatig drinkende mannen wonen in de regio's Groningen (10,2%), Drenthe (10,4%), Twente (11,7%), Amsterdam (10,1%) en Brabant-Zuidoost (9,4%).
- Dat overlapt slechts ten dele met de regio's waarin de meeste overmatig drinkende vrouwen wonen: Drenthe (6,8%), Amsterdam (8,9%), Kennemerland (7,1%), Gooi- en Vechtstreek (7,9%) en Brabant-Zuidoost (6,2%).

Verkoopcijfers

Verkoopcijfers geven een indicatie van de hoeveelheid alcohol die jaarlijks per hoofd van de bevolking wordt geconsumeerd (www.stap.nl).

- De consumptie van alcohol was in Nederland het grootst in het laatste kwart van de twintigste eeuw. Sindsdien is er sprake van een consistente daling, die echter sinds 2014 stagneert (tabel 11.2.4).
- In 2017 werd per hoofd van de bevolking (let op: vanaf 0 jaar) 7,0 liter pure alcohol geconsumeerd (www.stap.nl). De meeste alcohol wordt gedronken in de vorm van bier.
- De consumptie van bier en gedistilleerd in Nederland is sinds 1980 afgenomen; de consumptie van wijn nam in dezelfde periode toe.

Tabel 11.2.4 Bier, wijn en gedistilleerd per hoofd van de hele bevolking (in liters pure alcohol), vanaf 1960

Jaar	Bier	Wijn	Gedistilleerd	Totaal
1960	1,2	0,2	1,1	2,6
1965	1,9	0,4	1,9	4,2
1970	2,9	0,6	2,0	5,5
1975	4,0	1,2	3,4	8,6
1980	4,8	1,4	2,7	8,9
1985	4,2	1,8	2,2	8,3
1990	4,5	1,7	2,0	8,2
1995	4,3	2,0	1,7	8,0
2000	4,1	2,3	1,9	8,3
2002	4,0	2,3	1,7	7,9
2003	4,0	2,3	1,5	7,8
2004	4,0	2,5	1,4	7,8
2005	3,9	2,6	1,3	7,8
2006	4,0	2,6	1,3	7,8
2007	3,9	2,6	1,3	7,7
2008	3,9	2,6	1,3	7,8
2009	3,6	2,6	1,3	7,5
2010	3,6	2,6	1,3	7,5
2011	3,6	2,6	1,2	7,4
2012	3,6	2,6	1,3	7,5
2013	3,5	2,5	1,3	7,2
2014	3,4	2,3	1,1	7,0
2015	3,4	2,5	1,1	7,0
2016	3,4	2,4	1,1	6,9
2017	3,4	2,5	1,2	7,0

In liters pure alcohol. Bronnen: Stap.nl, Centraal Bureau voor de Statistiek. Productschap Dranken, Productschap Wijn, Nederlandse Brouwers, Ministerie van Financiën.

Speciale groepen in de algemene bevolking

Zwangeren

Het gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap is heel beperkt, al drinkt vlak vóór de zwangerschap iets minder dan de helft nog wel, vooral hoogopgeleiden. Deze conclusies komen uit een onderzoek eind 2016 van het Trimbos-instituut over het middelengebruik voor, tijdens en na de zwangerschap van 1858 moeders die het consultatiebureau bezochten met een kind van 0-4 jaar (Tuithof, Siauw, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2017). De steekproef was in grote mate representatief voor moeders van jonge kinderen in de algemene bevolking in 2016. Gemiddeld was het jongste kind van de moeders in de steekproef 11 maanden oud.

- In de vier weken vóór de zwangerschap had 43% van de moeders alcohol gedronken. Een klein deel van deze moeders dronk in de vier weken voor de zwangerschap (bijna) dagelijks (3,1%), ruim een derde dronk wekelijks (35%) en 62% dronk enkele keren in de vier weken voorafgaand aan de zwangerschap. Gemiddeld dronken de moeders áls ze in de vier weken voor de zwangerschap dronken, minder dan twee glazen per keer.
- Hoogopgeleiden dronken beduidend vaker (54%) alcohol in de vier weken voor de zwangerschap dan laagopgeleiden (27%) en middelbaar opgeleiden (33%). Ook etniciteit speelt een rol: westerse moeders hebben vaker alcohol gedronken in de vier weken voor de zwangerschap (49%) dan niet-westerse moeders (20%). Het maakte geen verschil uit of iemand in de stad of op het platteland woonde en ook niet of de moeder een partner had of niet. Er waren evenmin verschillen tussen leeftijdsgroepen.
- 4,6% van de moeders heeft ook nog alcohol gedronken toen zij wisten dat ze zwanger waren. In verreweg de meeste gevallen (87%) ging het maar om een paar slokjes. Vooral hoogopgeleide vrouwen dronken tijdens de zwangerschap (6,3%), vergeleken met 2,7% van de middelbaar opgeleide moeders en 3,5% van de laagopgeleide moeders.
- In de eerdere peilingen van TNO in 2015, 2010 en 2007 naar melkvoeding, waarin ook vragen over alcoholgebruik zaten, was ook al gebleken dat laag opgeleide zwangeren minder vaak drinken dan hoog opgeleide zwangeren (Lanting et al., 2015).
- Deze peilingen toonden ook dat het alcoholgebruik van zwangeren in de afgelopen jaren is gedaald. De cijfers hebben een aantal tekortkomingen en moeten daarom wel voorzichtig worden geïnterpreteerd.

55-plussers

Een overzichtsstudie, gebaseerd op enkele bestaande bronnen en nieuw verzamelde gegevens, concludeert dat het alcoholgebruik in de leeftijdscategorie 55-70 jaar relatief hoog ligt (Veerbeek, Heijkants, & Willemse, 2017).

- Bij 21,2% van de 55-70 jarigen in de algemene bevolking is sprake van matig alcoholgebruik (vergeleken met 13,7% onder 23-54-jarigen) en 6,7% van de 55-70-jarigen drinkt overmatig (vergeleken met 3,8% onder 23-54-jarigen). De verschillen in matig en overmatig alcoholgebruik tussen de leeftijdsgroepen 25-54 jaar en 55-70 zijn statistisch significant. Matig drinken is in deze studie gedefinieerd als het drinken in het afgelopen (half) jaar (afhankelijk van de studie) van gemiddeld 8 tot en met 21 glazen alcohol per week (mannen) of 8 tot en met 14 glazen per week (vrouwen). Overmatig drinken is in het afgelopen (half) jaar (afhankelijk van de studie) gemiddeld meer dan 21 glazen alcohol per week (mannen) of gemiddeld meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Maandelijks of vaker binge drinken (meer dan 4 glazen door vrouwen en meer dan 6 glazen door mannen bij een gelegenheid) komt bij 13,1% van de 55-plussers voor.
- Van de 55-plussers die drinken doet een derde dat iedere dag, gemiddeld 2,5 glas.
- De meeste ouderen zien zichzelf als verantwoordelijke drinkers, dit maakt dat zij minder snel het gevaar van hun drinkgedrag inzien.
- Met de jaren neemt het alcoholgebruik van ouderen die licht drinken af. "Licht drinken" is in deze studie gedefinieerd als "in het afgelopen (half) jaar (afhankelijk van de studie) drinken van gemiddeld 1 tot 8 glazen alcohol per week". De afname in alcoholgebruik bij 55-plussers hangt samen met hogere leeftijd, mannelijk geslacht, roken (de afname in alcoholgebruik is sterker bij rokers dan bij niet-rokers), een toename van chronische ziekten en een afname van cognitieve functies.
- Daarentegen gaan 55-plussers die overmatig drinken met het ouder worden nog meer drinken.
- Overmatig drinkende 55-plussers zijn vaker alleenstaand, jonger dan 75 jaar, ze roken, hebben een relatief hoog inkomen, zijn minder fysiek actief en hebben vaker een angststoornis vergeleken met 55-plussers die licht drinken.

11.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van alcohol op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven van scholieren van het voortgezet onderwijs en van studenten van het HBO en MBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun doorsnee leeftijdgenoten middelen gebruiken.

Scholieren van het regulier voortgezet onderwijs

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend gemeten in het Peilstationsonderzoek en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Na afstemming binnen de Leefstijlmonitor is de meest recente HBSC-studie (2017) vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek. Het wordt apart benoemd wanneer aanvullende gegevens uit het Peilstationsonderzoek 2015 worden vermeld. (Zie bronnentabel en bijlage D.7).

Kerncijfers 2017

In 2017 heeft minder dan de helft (44,8%) van de scholieren van het voortgezet onderwijs ooit alcohol gebruikt. Het laatste jaar gebruik ligt hier dichtbij (38,8%) en meer dan de helft van de ooitgebruikers dronk alcohol in de laatste maand (zie tabel 11.3.1) en (HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, & SCP i.s.m. RIVM, 2018).

Van de basisscholieren in groep 7/8 had in 2017 8,4% al eens alcohol gedronken; jongens (12,6%) vaker dan meisjes (4,2%).

Tabel 11.3.1 Percentage alcoholgebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2017

	(%)
Ooit	**44,8**
Laatste jaar	**38,8**
Laatste maand	**25,0**
Dronkenschap ooit in het leven	**15,9**

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, in de laatste maand en dronkenschap ooit in het leven. Bron: HBSC /Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017 (zie bijlage D.7).

Trends in alcoholgebruik

Het gebruik van alcohol is onder scholieren van 12-16 jaar tussen 2003 en 2015 grofweg gehalveerd (Van Dorsselaer et al., 2016b) (figuur 11.3.1). In 2017 zet deze daling zich niet voort (Stevens et al., 2018).

- Het percentage scholieren dat ooit alcohol had gedronken daalde tussen 2003 en 2015 van 83,7% naar 45,4% en bleef in 2017 op hetzelfde niveau. Dezelfde patronen zijn zichtbaar voor laatste-jaar en laatste-maand gebruik (figuur 11.3.1).
- De dalingen tussen 2011 en 2015 waren groter dan die in voorgaande peilingen.

Figuur 11.3.1 Gebruik van alcohol onder scholieren van 12-16 jaar, vanaf 2003

	2003	2007	2011	2015	2017	2003	2007	2011	2015	2017	2003	2007	2011	2015	2017
Jongens	84,8	79,6	68,9	48,1	48,2	77,7	68,9	58,5	40,3	41,1	57,5	48,0	38,6	26,3	26,0
Meisjes	82,5	75,2	63,4	42,7	41,3	75,1	65,3	54,1	36,7	36,4	54,8	46,5	37,1	24,7	23,8
Totaal	83,7	77,5	66,2	45,4	44,8	76,4	67,1	56,4	38,5	38,8	56,2	47,2	37,8	25,5	25,0

Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden) en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011, 2015) / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, SCP i.s.m. RIVM, 2017.

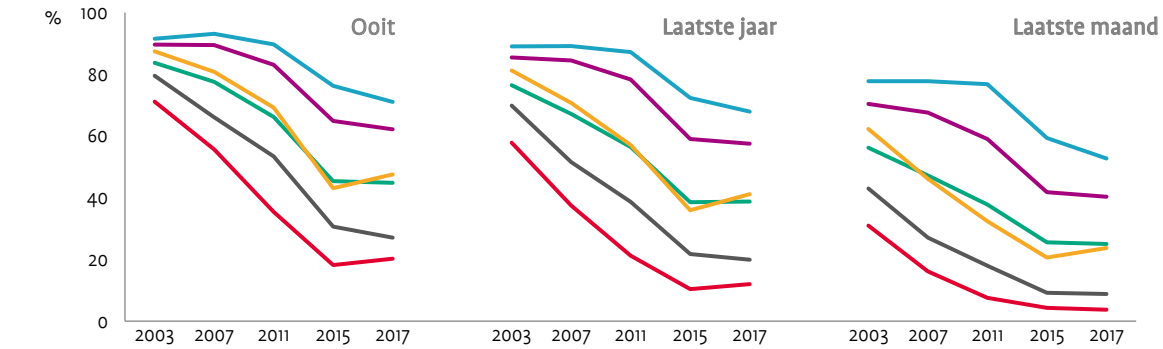
Geslacht

In tegenstelling tot 2015, drinken in 2017 meer jongens dan meisjes in het voortgezet onderwijs ooit en in het laatste jaar (figuur 11.3.1). Het verschil in laatste maand gebruik is niet statistisch significant.

Leeftijd

Het percentage van de scholieren dat ervaring heeft met alcohol stijgt sterk met de leeftijd. In 2017 had 20,2% van de 12-jarigen ervaring met alcohol, bij de 16-jarigen lag dit op 71,0% (figuur 11.3.2). Het percentage dat ooit in het leven dronken was geweest steeg van 0,6% onder de 12-jarigen naar 38,6% onder de 16-jarigen (Stevens et al., 2018).
Binnen de verschillende leeftijdsgroepen is geen statistisch significant verschil tussen 2015 en 2017. De eerdergenoemde daling in het ooitgebruik en laatste maand gebruik van alcohol in het voortgezet onderwijs sinds 2003 deed zich voor onder jongeren van alle leeftijden (figuur 11.3.2). In 2017 had op 12-jarige leeftijd een vijfde (20,2%) van de scholieren ooit een glas alcohol gedronken. In 2003 lag dat percentage ongeveer drieënhalf keer zo hoog (71,1%). Van de 14-jarigen in 2017 had 47,5% ooit alcohol gebruikt en dat is bijna de helft van 2003 (87,4%) (figuur 11.3.2). De daling onder scholieren van 15-16 jaar heeft zich later ingezet en was vooral tussen 2011 en 2015 groot.

Figuur 11.3.2 Trends in het gebruik van alcohol naar leeftijd, vanaf 2003



	Ooit					Laatste jaar					Laatste maand				
	2003	2007	2011	2015	2017	2003	2007	2011	2015	2017	2003	2007	2011	2015	2017
Totaal	83,7	77,5	66,2	45,4	44,8	76,4	67,1	56,4	38,5	38,8	56,2	47,2	37,8	25,5	25,0
12 jaar	71,1	55,7	35,4	18,2	20,2	57,8	37,5	21,2	10,4	12,0	30,9	16,1	7,6	4,3	3,7
13 jaar	79,5	66,1	53,4	30,6	27,1	69,8	51,5	38,6	21,7	19,9	43,0	27,1	18,0	9,2	8,8
14 jaar	87,4	80,8	69,2	43,1	47,5	81,2	70,7	57,1	35,9	41,1	62,3	46,1	32,4	20,6	23,7
15 jaar	89,6	89,4	83,1	64,9	62,1	85,4	84,5	78,3	59,0	57,5	70,4	67,6	59,0	41,8	40,3
16 jaar	91,5	93,1	89,7	76,2	71,0	89,0	89,1	87,2	72,3	67,9	77,7	77,7	76,8	59,3	52,7

Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden) en in de laatste maand (rechts). Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011, 2015) / Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM. HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, SCP i.s.m. RIVM, 2017.

Schoolniveau

- Alcoholgebruik neemt toe naarmate het schoolniveau lager is. In 2017 was het verschil in alcoholgebruik in de laatste maand, binge drinken en het drinken van meer dan 10 glazen het grootst tussen VWO-leerlingen en VMBO-b-leerlingen (tabel 11.3.2). HAVO-leerlingen hebben een vergelijkbaar hoog niveau van ooitgebruik (rond 50%) en laatste maand gebruik (29%) van alcohol. Onder de HAVO-leerlingen zijn wel minder binge-drinkers en drinkers van meer dan 10 glazen per weekend dan onder VMBO-b-leerlingen.
- Hoewel op alle schoolniveaus het alcoholgebruik ooit in het leven sinds 2003 significant is gedaald, is de absolute daling niet op alle schoolniveaus gelijk. De daling is het grootst op het VWO (van 88% in 2003 naar 34% in 2015) en het kleinst op het VMBO-b (van 80% in 2003 naar 48% in 2015) (Tuithof, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2017). Ook in afgelopen maand alcoholgebruik is de daling onder VWO-scholieren (van 57% naar 12%) veel groter dan op het VMBO-b (van 54% naar 31%) (Tuithof, Van Dorsselaer, et al., 2017).
- Daarbij past dat de VMBO-b-leerlingen de schadelijkheid van alcoholgebruik lager inschatten (Tuithof, Van Dorsselaer, et al., 2017).
- Er zijn geen trendanalyses naar schoolniveau over 2017.

Tabel 11.3.2 Gebruik van alcohol in onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar naar schoolniveau. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste maand (%)	Binge drinken onder laatste maand drinkers (%)	> 10 glazen in het weekend onder laatste maand gebruikers (%)
VMBO-b	49,7	29,4	84,0	17,7
VMBO-t	40,7	21,4	73,9	9,8
HAVO	50,7	29,4	68,6	10,7
VWO	40,6	21,7	59,0	2,7

Percentage gebruikers ooit in het leven en laatste maand. Binge drinken: vijf of meer glazen alcohol drinken bij één gelegenheid in de afgelopen maand Bron: HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, SCP i.s.m. RIVM, 2017.

Migratieachtergrond

Van de autochtone jongeren van 12-16 jaar dronk 27,8% in de afgelopen maand alcohol, tegenover 11,1% van de jongeren van niet-Westerse komaf (tabel 11.3.3) (Stevens et al., 2018).

Tabel 11.3.3 Gebruik van alcohol onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar naar migratieachtergrond[I]. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste maand (%)	Binge drinken onder laatste maand drinkers (%)	> 10 glazen in het weekend onder laatste maand gebruikers (%)
Geen	48,4	25,2	70,9	10,2
Niet-Westers	27,8	11,1	70,5	11,4

Percentage gebruikers ooit in het leven en laatste maand. Binge drinken: vijf of meer glazen alcohol drinken bij één gelegenheid in de afgelopen maand. I. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf. Bron: HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, SCP i.s.m. RIVM, 2017

Binge drinken

Binge drinken wordt gedefinieerd als het drinken van vijf of meer glazen alcohol bij één gelegenheid. Binge drinken is geassocieerd met tal van medische aandoeningen en vergroot het risico op ongevallen, onafhankelijk van de totale dagelijkse alcoholconsumptie (Roerecke & Rehm, 2010; Petit, Kornreich, Dan, Verbanck, & Campanella, 2014).

- Het percentage scholieren van 12-16 jaar dat in de afgelopen maand minimaal één keer was gaan binge drinken daalde van 40% in 2003 naar 18% in 2017 (Van Dorsselaer et al., 2016b; Stevens et al., 2018).
- In 2015 was 70% van de jongeren die afgelopen maand gedronken hadden gaan binge drinken, en in 2017 was dat vergelijkbaar (71%) (Stevens et al., 2018).
- Jongens en meisjes in het voortgezet onderwijs verschillen significant in binge drinken. Van de drinkende jongens had 74% afgelopen maand binge gedronken en van de meisjes 67% (Stevens et al., 2018).

- Het aantal jongeren dat wel eens ging binge drinken daalde op alle schoolniveaus significant, maar de verschillen tussen de schoolniveaus blijven groot. Op het VWO daalde het percentage leerlingen in leerjaar 1 tot en met 4 dat afgelopen maand wel eens was gaan binge drinken van 27% in 2003 naar 6% in 2015; op het VMBO-b daalde het percentage binge-drinkers in de afgelopen maand van 49% in 2003 naar 25% in 2015, ongeveer gelijk aan het niveau dat de VWO-scholieren hadden in 2003 (Tuithof, Van Dorsselaer, et al., 2017). Er zijn geen vergelijkbare analyses over 2017.
- Een minderheid (10%) van de scholieren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hadden gedronken nam in 2017 meer dan 10 glazen op een dag in het weekend. Deze hoeveelheid kan als risicovol worden gezien, zeker op deze jonge leeftijd. Ook hierin is het percentage onder de drinkende jongens (12%) hoger dan onder de meisjes (7%) (Stevens et al., 2018).
- Uit onderzoek van GGD Amsterdam en Jellinek Preventie, waarbij het alcoholgebruik van Amsterdamse leerlingen van de 5e en 6e klas van het voorgezet onderwijs in kaart werd gebracht, bleek dat 45% in de afgelopen maand (minimaal) één keer was gaan binge drinken. Dit percentage verschilt niet significant van het landelijk gemiddelde (47%). Ook het landelijke percentage huidige gebruikers (65%) is niet statistisch significant verschillend van Amsterdam (60%) (Dijkshoorn, Schilthuis, & Van Bakkum, 2016).

Wijze van verkrijgen

- Voor minderjarige jongeren is de sociale omgeving de belangrijkste bron om aan alcohol te komen. Dit blijkt uit het HBSC-onderzoek 2017 onder scholieren van het voortgezet onderwijs (Stevens et al., 2018).
- Van de jongeren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hebben gebruikt, zegt 9% het meestal zelf te kopen (tabel 11.3.4). Dit percentage stijgt met de leeftijd van 3% onder de 12-13-jarigen naar 9% onder de 15-jarigen en 13% onder de 16-jarigen.
- De meerderheid van de jongeren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hebben gebruikt koopt het niet zelf, maar krijgt het via anderen. Van de jongeren die afgelopen maand dronken krijgt 39% de alcohol meestal van vrienden, 23% meestal van de ouders en 15% laat de alcohol door anderen kopen.

Tabel 11.3.4 Wijze van verkrijgen van alcohol door scholieren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hebben gebruikt, naar leeftijdsgroep, geslacht en totaal. Peiljaar 2017

	Leeftijd (jaar)				Geslacht		Totaal
Wijze van verkrijgen van alcohol[1]	12-13 (%)	14 (%)	15 (%)	16 (%)	J (%)	M (%)	12-16 jaar (%)
Koopt het meestal zelf	3,3	3,6	8,8	13,1	11,4	5,9	8,8
Laat het anderen kopen	1,9	8,8	18,3	19,4	16,0	14,2	15,2
Meestal van vrienden	24,3	41,7	43,1	37,6	35,9	42,4	39,0
Meestal van ouders	47,6	30,2	17,8	18,3	24,4	22,2	23,4
Meestal van broer of zus	4,8	3,6	4,4	4,3	3,6	4,9	4,2
Meestal van anderen	18,2	12,1	7,7	7,3	8,6	10,4	9,4

Wijze van verkrijgen van de leerlingen van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hadden gebruikt (actuele gebruikers). 1. Een deel van de scholieren die de afgelopen maand alcohol hadden gebruikt, antwoordde op de vraag "Hoe kom je aan je alcohol" dat ze geen alcohol drinken. De percentages tellen daardoor niet op tot 100%. J = jongens, M = meisjes. Bron: HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, SCP i.s.m. RIVM, 2017.

Opvattingen en rol van ouders

Ouders hebben een belangrijke rol in de ontwikkeling van het alcoholgedrag van hun kinderen, waarbij vooral het hanteren van normen en het stellen van regels (geen alcohol drinken) beginnend alcoholgebruik uit kan stellen en de kans op probleemdrinken verlaagt. Jongeren drinken minder vaak als zij een groter besef hebben van de schadelijkheid van drinken, als ouders strenge regels hanteren over alcoholgebruik en er veel toezicht en veel steun van ouders wordt ervaren (Tuithof, Van Dorsselaer, et al., 2017).

- Het is met name de alcohol-specifieke opvoeding die effect heeft op het alcoholgebruik van het kind. De algemene opvoedgedragingen steun, kennis en toezicht van de ouders hangen niet samen met alcoholgebruik in de afgelopen maand door het kind (De Looze et al., 2014). Wanneer ouders het drinken van alcohol als schadelijk zien, strenge regels ten aanzien van alcohol hebben en vertrouwen hebben in hun eigen maatregelen om het alcoholgebruik van hun kind te beïnvloeden, hebben hun kinderen minder vaak de afgelopen maand alcohol gedronken.

In het HBSC-onderzoek 2017 werd aan jongeren zelf gevraagd of hun ouders regels stellen over alcoholgebruik (Stevens et al., 2018).

- Van de 12-16-jarige scholieren antwoordt 53% dat er thuis strenge regels gelden (mag zeker geen alcohol drinken). Naarmate jongeren ouder zijn wordt dit percentage minder. Van de scholieren van 12 jaar vond 83% dat hun ouders strenge regels stelden; van de 16-jarigen was dat 24%.
- 52% van de jongeren geeft aan zeker niet één glas thuis te mogen drinken, voor meerdere glazen loopt dit op naar 71%. De tolerantie van ouders neemt toe met het oplopen van de leeftijd van hun kind, op 12-jarige leeftijd mag 80% van de jongeren zeker niet één glas drinken, op 16-jarige leeftijd is dit nog maar 26%.
- Voor drinken in het weekend geldt dat op 12-jarige leeftijd 86% dit zeker niet mag, tegenover 29% op 16-jarige leeftijd.
- Ouders lijken voor jongens en meisjes even strenge regels te hanteren.
- Jongeren geven aan dat hun ouders strenger zijn over roken dan over alcoholgebruik (zie hoofdstuk 12).

De laatste gegevens over de opvattingen en het opvoedgedrag van de ouders zelf met betrekking tot risicogedrag van jongeren, zijn afkomstig van de oudermodule van het Peilstationsonderzoek 2015 (Van Dorsselaer et al., 2016a).

- Sinds 2007 zijn ouders vaker strenge regels gaan stellen met betrekking tot het alcoholgebruik van hun kind. In 2007 was dit nog 50%, in 2015 is dit gestegen naar 77%. Ook ten opzicht van 2013 (69%) is dit een significante stijging.
- 87% van de ouders van jonge scholieren hanteert strenge regels over alcohol terwijl dit bij ouders van 15-16-jarigen iets meer dan de helft is (54%).
- Tussen 2007 en 2015 nam het percentage ouders dat aangaf dat hun kind niet voor het 16e jaar alcohol mocht drinken significant toe van 51% naar 82%. De mening van ouders over alcoholgebruik door jongeren onder 16 jaar is aanmerkelijk strenger dan voor jongeren onder 18 jaar. Het percentage van ouders dat vindt dat jongeren onder 18 jaar geen alcohol zouden mogen drinken is 56%.
- De steun van ouders voor het verhogen van de leeftijdsgrens voor het kopen van alcohol is gestegen van 79% in 2011 naar 86% in 2015, toen de leeftijdsverhoging een feit was. De grootste toename is te zien in de periode van 2011-2013. Hoewel het percentage tussen 2013 (83%) en 2015 nog met 3% stijgt, is dit verschil niet significant.
- De mening van ouders over schadelijkheid van alcoholgebruik laat een gevarieerd beeld zien. In 2015 vindt 69% van de ouders dat ieder weekend 1-2 drankjes drinken voor jongeren onder 16 jaar schadelijk is. Dit is hoger dan in 2007 (53%), maar lager dan in 2013 (79%).

Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2017 is het gebruik van alcohol gemeten in een landelijk onderzoek onder ongeveer 4.000 studenten van 16 t/m 18 jaar van het MBO en HBO (tabel 11.3.5).

- 85% van de studenten heeft ooit alcohol gedronken en bijna drie kwart heeft dit in de afgelopen maand nog gedaan.
- Van de studenten die alcohol drinken, heeft één op de vijf (21%) meer dan 10 glazen op een weekenddag gedronken: jongens (28%) twee keer zo vaak als meisjes (14%).
- Van de studenten die alcohol drinken geeft ongeveer vier op de tien 16- en 17-jarige studenten aan dit zelf wel eens te kopen.
- 16-jarige MBO-studenten hebben vaker ooit in het leven (79%) en in de afgelopen maand (63%) alcohol gedronken dan 16-jarige scholieren in het voortgezet onderwijs (71% ooit in het leven en 52% in de laatste maand). Onder 17- en 18-jarigen zijn geen verschillen tussen de schooltypen (voortgezet onderwijs, MBO, HBO) zichtbaar.
- In de periode 2015-2017 is het alcoholgebruik van 16- t/m 18-jarige MBO en HBO-studenten niet significant veranderd. Onder de 16-jarige studenten die in de afgelopen maand alcohol gedronken hebben is in dezelfde periode wel een stijging te zien in het drinken van meer dan 10 glazen op een weekenddag.

Tabel 11.3.5 Percentage alcoholgebruikers onder MBO en HBO-studenten van 16-18 jaar.

	Locatie	Peilaar	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO van 16-18 jaar	Nederland	2017	85,0	73,3
		2015	82,0	69,3

Percentage dat ooit en in de laatste maand dronk. Bron: Tuithof, Van Dorsselaer, & Monshouwer (2018).

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt alcoholgebruik soms vaker voor, zoals onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers uit de onderzoeken in deze paragraaf zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor de vergelijkbaarheid van de resultaten beperkt is. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Vrijwel alle jongeren en jongvolwassenen drinken tijdens het uitgaan (tabel 11.3.6; Nabben, Luijk, Benschop, & Korf, 2017; Benschop, Nabben, & Korf, 2015; Goossens, Frijns, Van Hasselt, & Van Laar, 2013; Beurmanjer & De Weert, 2013). Hoewel in bijna elk uitgaansnetwerk alcohol wordt gedronken, hangt de mate van drinken samen met de uitgaanslocatie en soort muziek.
In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. De frequentie van het clubbezoek lag voor twee vijfde van de deelnemers (39%) op 'maandelijks' en lag voor een vijfde van de deelnemers (18%) op 'wekelijks'. Party's werden minder vaak bezocht; 60% deed dit in het afgelopen jaar minder dan maandelijks (Monshouwer, Van der Pol, Drost, & Van Laar, 2016). De resultaten zijn niet rechtstreeks te vergelijken

met die van de peiling in 2013. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016, zoals uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- In 2016 had 99% van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen in het onderzoek ooit alcohol gebruikt, 98% in het afgelopen jaar en 96% in de afgelopen maand. Dat is meer dan in de algemene bevolking (zie § 11.2). Van degenen die in het afgelopen jaar alcohol hadden gedronken, deed 5% dat (bijna) dagelijks.
- De hoeveelheid alcohol die tijdens het uitgaan werd gebruikt is fors: gemiddeld dronken mannen 8,5 glazen en vrouwen 6,4. Vóór het uitgaan werd nog ingedronken: mannen vooraf 5,4 glazen en vrouwen 4,5 glazen.

De Antenne-monitor onder groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam laat al jaren zien dat in de meeste netwerken alcohol regelmatig wordt gebruikt (tabel 11.3.6). Er wordt wel een forse variatie gesignaleerd en het aantal glazen loopt sterk uiteen. Vooral mannen drinken vaak, snel en veel (Nabben, Luijk, & Korf, 2018). Enkele signalementen uit de Antenne-monitor:

- Steeds meer drinkers lassen een alcoholvrije periode in, voornamelijk na de feestdagen. Er lijkt sprake van een toenemende kritische blik op het eigen drinkgedrag, die mede lijkt te worden ingegeven door de huidige gezondheidstrend.
- Bijna alle uitgaanders (97%) hebben de laatste maand gedronken en de meeste van hen drinken 1 of 2 dagen (43%) of 3 of 4 dagen (26%) per week. Een klein deel (3% van de totale groep uitgaanders) is dagelijkse drinker. Gemiddeld drinken huidige drinkers 5 glazen op een 'drinkdag'.
- Bijna de helft van de huidige drinkers (46%) vindt zelf dat zij te veel of te vaak alcohol drinken.
- In het urbanmilieu zijn de drankjes exclusiever, maar wordt naar rato minder gedronken.

Tabel 11.3.6 Alcoholgebruik onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Populatie	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Maat voor alcoholgebruik[I]	%[I] Aantal glazen
Uitgaanders (clubbers en festivalgangers)	Amsterdam	2017	Gemiddeld 26	Afgelopen maand Riskant drinken[I]	97% 15%
Bezoekers van party's, festivals en clubs[II]	Landelijk	2016	Gemiddeld 22	Afgelopen maand Afgelopen week Aantal glazen tijdens uitgaan	96% 77% 8,5 (man)
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	Gemiddeld 25	Afgelopen maand Riskant drinken[I]	88% 7%
Cafébezoekers	Amsterdam	2014	Gemiddeld 27	Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I]	99% 99% 23%
Uitgaande jongeren	Den Haag	2014	19-35	Afgelopen jaar Afgelopen maand	98% 98%
Clubbers en ravers[III]	Amsterdam	2013	Gemiddeld 24	Afgelopen maand Riskant drinken[I]	98% 23%
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Gelderland (zes steden)	2012	Gemiddeld 20	Afgelopen maand Aantal glazen in het weekend	90% 9

De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. I. De volgende definities worden gehanteerd: Definities voor Amsterdam: Riskant drinken: dagelijks of paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer, onder huidige drinkers. Cafébezoekers Amsterdam 2014: Riskant drinken: Afgelopen maand dagelijks drinken, ongeacht hoeveelheid, of 3-6 dagen per week meer dan 3 (tot 19 jaar) of 4 (vanaf 19 jaar) glazen alcohol, onder huidige drinkers. Binge drinken onder cafébezoekers: maandelijks of vaker 6 of meer glazen per gelegenheid. Binge drinken onder coffeeshopbezoekers en bezoekers van trendy clubs: 5 glazen of meer per gelegenheid in afgelopen maand, onder de huidige drinkers. II. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via facebook, online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. III. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014).
Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016, Monshouwer et al., 2016a; Monitor alcoholverstrekking, Intraval; Antenne, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2018; Nabben et al., 2017; Nabben et al., 2016; Benschop et al., 2015); Uitgaansonderzoek Den Haag, GGD Den Haag; Tendens, Iriszorg.

Keten

"Keten" of "hokken" zijn semi-particuliere (niet-commerciële) settingen waar jongeren samenkomen voor de gezelligheid en om te drinken. Ze zijn gehuisvest in schuren, (sta)caravans, kassen en op zolders. Hoeveel keten er momenteel in Nederland zijn, is onbekend, maar niet elke gemeente heeft een keet. Een schatting uit 2009 kwam uit op ongeveer 1500 (STAP, 2009). Het alcoholgebruik (vooral bier) kan in de keten zeer hoog zijn (STAP, 2009). Naast gezondheidsrisico's die verbonden zijn aan het overmatig alcoholgebruik, kleven aan keten ook veiligheidsrisico's, zoals brandonveilige situaties, geluids- en afvaloverlast en soms vandalisme en vechtpartijen. In een online onderzoek onder bijna 4.000 jongeren van 13 -23 jaar dat Yongworks in 2016 in opdracht van VWS uitvoerde bleek dat 9% van de jongeren in een keet, hok of schuur wel eens alcohol drinkt (Youngworks, 2016). Bij vrienden thuis (66%), thuis bij mijn ouders (60%), in een kroeg of café (45%) en huisfeestjes (42%) scoren veel hoger. De keet, hok of schuur staat op de vijfde plaats in het gemiddeld aantal glazen (9,6 per bezoek) dat wordt gedronken; het meest wordt gedronken in een club of discotheek (11,2 glazen) en op huisfeestjes (10,8 glazen).

In het Peilstationsonderzoek 2015 onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs noemt een kwart (24%) van de actuele drinkers een 'hok, schuur of keet' als locatie waar in de afgelopen maand een of meer keer alcohol is gedronken (Van Dorsselaer et al., 2016b). Het meest frequent werd 'bij anderen thuis' genoemd (46%).

Kwetsbare groepen

Alcoholgebruik komt veel voor onder bepaalde groepen jongeren. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik. In 2020 zullen nieuwe landelijke gegevens beschikbaar zijn over jongeren in hoog risico settings: praktijkonderwijs (PrO), in het speciaal onderwijs (REC-3 en REC-4) en in de residentiële jeugdzorg (RJZ) en justitiële jeugdinrichtingen (JJI) (zie hoofdstuk 1).

- Uit de al wat oudere cijfers onder jongeren in de (residentiële) jeugdzorg en in Justitiële Jeugdinrichtingen kan worden geconcludeerd dat het aantal alcoholgebruikers en de hoeveelheid geconsumeerde alcohol veel hoger liggen dan onder leeftijdsgenoten in het reguliere of speciale onderwijs (Kepper, Van Dorsselaer, Monshouwer, & Vollebergh, 2009)(Kepper, Monshouwer, Van Dorsselaer, & Vollebergh, 2011)(Kepper, Van den Eijnden, Monshouwer, & Vollebergh, 2014). In sommige groepen niet-westerse probleemjongeren is het alcoholgebruik echter minder dan onder leeftijdsgenoten (Benschop, Nabben, & Korf, 2013). Zie verder § 11.4.

11.4 Problematisch gebruik

De omvang van de alcoholproblematiek hangt af van de gehanteerde definitie. In onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen zwaar drinken, overmatig drinken, en afhankelijkheid of misbruik van alcohol. Zwaar en/of overmatig drinken zijn niet vereist voor een diagnose alcoholmisbruik of -afhankelijkheid. Hoewel het logisch lijkt dat excessief drinken een vereiste is voor een diagnose van een stoornis in het gebruik van alcohol, blijkt uit een recente studie op basis van het bevolkingsonderzoek NEMESIS-2 dat er slechts een zwakke samenhang is (Tuithof, Ten Have, Van den Brink, Vollebergh, & De Graaf, 2014).

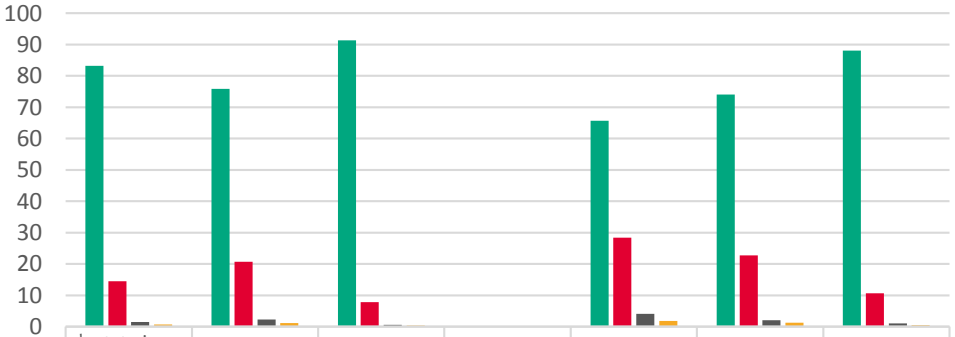
- Slechts 18% van de volwassen Nederlanders met alcoholmisbruik of -afhankelijkheid in dit onderzoek dronk ook zwaar en overmatig. Excessief drinken werd in deze studie vrij streng gedefinieerd als zowel een hoge gemiddelde consumptie als frequent binge drinken (5 of meer drankjes bij één gelegenheid). Maar ook met minder strenge definities was een vergelijkbare beperkte samenhang zichtbaar.
- Andersom had 25% van de zware en overmatige drinkers een alcoholstoornis (misbruik of afhankelijkheid).
- Om deze beperkte samenhang beter te begrijpen, werden in de studie drie groepen problematische drinkers (alléén excessief drinken, alléén alcoholstoornis, beide) vergeleken met niet-problematische drinkers. In alle drie de groepen problematische drinkers werd meer klinisch relevante pathologie (depressie, angst en drugsverslaving; ADHD in de kindertijd en een verminderd functioneren) gevonden. Degenen bij wie beide aspecten van problematisch alcoholgebruik aanwezig zijn (excessief drinken en een alcoholstoornis) lijken het meest kwetsbaar en zij hebben het vaakst een angststoornis, suïcide gedachten en/of een antisociale persoonlijkheidsstoornis. De resultaten pleiten ervoor om bij het onderzoeken en behandelen van problematisch alcoholgebruik rekening te houden met zowel excessief drinken als de alcoholstoornis.
- Zie voor de percentages zware en overmatige drinkers in de Nederlandse bevolking § 11.2.

Risicovol en schadelijk alcoholgebruik

Er zijn geen recente schattingen hoe vaak een stoornis in het gebruik van alcohol in Nederland voorkomt. In de aanvullende LSM-A/Leefstijlmonitor (Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS) 2016 zijn wel gegevens verzameld over risicovol en schadelijk alcoholgebruik op basis van een screener (de AUDIT, zie bijlage D.2).

- Volgens deze screener houdt het alcoholgebruik bij 86,5% van alle Nederlanders van 18 jaar en ouder (inclusief de niet-drinkers) géén of een laag risico in, met hogere percentages onder vrouwen (93,4%) dan mannen (79,3%).
- Van de volwassen Nederlanders die afgelopen jaar wel alcohol dronken hield de mate van alcoholgebruik bij 83,2% géén of een laag risico in (figuur 11.4.1) (LSM-A Middelen 2016) (Monshouwer, Tuithof, & Van Dorsselaer, 2018).
- Bij 14,5% van de volwassenen die het laatste jaar alcohol dronken vormt het alcoholgebruik een matig risico; bij 1,5% een hoog risico en bij 0,7% van de drinkende volwassenen zijn er volgens deze screener aanwijzingen voor alcoholafhankelijkheid. De gegevens moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd, want het gaat hier niet om een klinische diagnose.
- Figuur 11.4.1 toont dat mannen vaker risicovol drinken dan vrouwen. Ook is af te lezen dat in de leeftijdscategorie 18-24 jaar de mate van alcoholconsumptie volgens de Auditscore het meest risicovol is van alle volwassenen.

Figuur 11.4.1 Mate van alcoholgebruik volgens de Audit-score onder volwassen laatste-jaar alcoholgebruikers, naar geslacht



	laatste jaar drinkers 18+	M	V		18-24 jaar	25-34 jaar	35+ jaar
geen/laag risico	83,2	75,9	91,3		65,7	74	88
matig risico	14,5	20,7	7,8		28,4	22,7	10,6
hoog risico	1,5	2,3	0,6		4,1	2,1	1
alcohol afhankelijkheid	0,7	1,1	0,3		1,8	1,2	0,5

In percentages. M=mannen; V=vrouwen. Bron: LSM-A/Leefstijlmonitor (Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS) 2016

Alcoholmisbruik en –afhankelijkheid

De meest recente gegevens over alcoholmisbruik en –afhankelijkheid onder de volwassen Nederlandse bevolking dateren uit 2007-2009.

- Volgens gegevens van het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,3 en 1,2% van de bevolking van 18-64 jaar aan de diagnose alcoholafhankelijkheid (DSM 4e gewijzigde editie). Naar schatting 2,9% - 4,5% van de respondenten voldeed aan de diagnose alcoholmisbruik.
- Alcoholstoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (tabel 11.4.1).
- Omgerekend naar de bevolking van 18-64 jaar ging het om naar schatting 82.400 mensen met alcoholafhankelijkheid. Het aantal mensen met alcoholmisbruik is bijna vijf keer hoger (395.600).
- In dit bevolkingsonderzoek ontbraken jongeren onder 18 jaar, ouderen boven 65 jaar, mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn en mensen die dakloos zijn of langere tijd in een instelling verblijven. In hoeverre dit de gegevens heeft beïnvloed is niet bekend.

Tabel 11.4.1 Jaarprevalentie en aantallen mensen met een alcoholstoornis, naar geslacht. Peiljaar 2007-2009

Stoornis	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)	Totaal aantal
Alcoholmisbruik	5,6 (4,2 – 6,9)	1,8 (1,1 – 2,6)	3,7 (2,9 – 4,5)	395.600
Alcoholafhankelijkheid	1,0 (0,3 – 1,7)	0,5 (0,0 – 0,9)	0,7 (0,3 – 1,2)	82.400

Tussen haakjes: 95% betrouwbaarheidsintervallen. Bron: Nemesis-2 2007-2009 (De Graaf et al., 2010).

Bovengenoemde eerste meting van het NEMESIS-2-onderzoek werd uitgevoerd tussen 2007 en 2009. Drie jaar later, tussen 2010 en 2012, werd een tweede meting uitgevoerd (De Graaf, Ten Have, Tuithof, & Van Dorsselaer, 2012). Op deze manier kon worden onderzocht hoeveel mensen die nog nooit een alcoholprobleem hadden gehad, binnen de periode van een jaar alsnog een alcoholprobleem kregen (incidentie).

- Binnen de periode van een jaar kreeg 0,73% voor het eerst te maken met alcoholmisbruik en 0,15% met alcoholafhankelijkheid. Omgerekend naar aantallen gaat het jaarlijks om 66.000 nieuwe gevallen van alcoholmisbruik en 15.300 nieuwe gevallen van alcoholafhankelijkheid.

Alcoholstoornissen hangen samen met andere psychische stoornissen.

- Mensen met een angststoornis of een depressie krijgen in hun leven vaker te kampen met alcoholafhankelijkheid dan mensen zonder deze stoornissen (Boschloo et al., 2011).
- Ook is de aanwezigheid van ADHD geassocieerd met het vaker optreden van alcoholstoornissen. Vermoedelijk komt dit doordat ADHD vaak voorafgaat aan een gedragsstoornis, die vervolgens het risico op een alcoholstoornis vergroot (Tuithof, Ten Have, Van den Brink, Vollebergh, & De Graaf, 2012).

Het beloop van alcoholstoornissen blijkt in de algemene bevolking veel gunstiger dan op basis van klinische studies werd verwacht: 70% herstelt binnen 3 jaar, toch drinkt meer dan een derde nog steeds substantieel (meer dan 7 glazen alcohol per week voor vrouwen of meer dan 14 glazen alcohol per week voor mannen) (Tuithof, Ten Have, Van den Brink, Vollebergh, & De Graaf, 2013).

- Een chronisch beloop komt vaker voor bij mensen met meer symptomen van misbruik of afhankelijkheid, bij meer alcoholgebruik, meer beperkingen ten gevolge van de stoornis of een gelijktijdige angststoornis.
- Sociaal demografische kenmerken, roken, een gelijktijdige depressie, drugsverslaving en kwetsbaarheidsfactoren (ouderlijke psychopathologie, traumatisering als kind) blijken géén voorspellers te zijn van een chronisch beloop.

Ook terugval blijkt zeldzaam in de algemene bevolking, althans op relatief korte termijn: slechts 12% van de personen die klinisch zijn hersteld ontwikkelt binnen 3 jaar opnieuw een alcoholstoornis (Tuithof et al., 2014).

- De kans op terugval is vooral groot bij personen die veel symptomen van misbruik of afhankelijkheid hadden en die na herstel opnieuw overmatig zijn gaan drinken.
- De onderzoekers concluderen dat aandacht voor drinkpatronen tijdens de periode waarin herstel is opgetreden van belang is voor behandeling en terugvalpreventie. Met name mensen met een geschiedenis van ernstige alcoholproblematiek hebben mogelijk baat bij volledige onthouding van alcohol of een erg laag niveau van alcoholgebruik. Gecontroleerd drinken op een hoger niveau lijkt alleen mogelijk voor personen zonder een geschiedenis van ernstige problematiek.

Probleemgebruik onder jongeren

Een Nederlands onderzoek toonde dat van de psychische stoornissen die in de kindertijd en adolescentie ontstaan, probleemgebruik van alcohol (en drugs) als laatste ontstaan, vanaf ongeveer 14-jarige leeftijd, dat is (ver) na de leeftijd waarop aandachts- en gedragsstoornissen, fobieën, angststoornissen en stemmingsstoornissen zich openbaren (Ormel et al., 2015). De jongeren werden gevolgd tot hun 19e jaar. Voor alle middelenafhankelijkheid gecombineerd (alcohol, en van de drugs vooral cannabis) werd gevonden dat de belangrijkste beschermende factor een religieuze ouder was. In tegenstelling tot de andere onderzochte psychische problemen in kinder- en jeugdtijd, bestond er geen verschil in probleemgebruik van alcohol tussen jongens en meisjes.

- Uit hetzelfde onderzoek is gebleken dat zowel de huidige mentale status als de psychiatrische voorgeschiedenis van invloed is op het gezondheidsgedrag van jongeren van 19 jaar (Ormel et al., 2017). Met name een externaliserende stoornis in de psychiatrische voorgeschiedenis geeft een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik. Daarentegen waren jongeren met een huidige internaliserende stoornis minder vaak een problematisch alcoholgebruiker. Een internaliserende stoornis in het verleden kon niet voorspellen of een jongere problematisch alcohol gebruikte.
- Ook bleek dat op 11-jarige leeftijd de mate van zelfcontrole de beste voorspellende factor is voor risicovol alcoholgebruik op 16-jarige leeftijd, met name onder jongeren die gevoelig zijn voor beloningen (Peters, 2007). Jongeren met een relatief slechte zelfcontrole als 11-jarige gingen in de volgende vijf jaren veel meer alcohol gebruiken dan jongeren met een relatief goede zelfcontrole.
- Al eerder had ook een internationale studie laten zien dat een lage zelfcontrole, voornamelijk gericht zijn op leeftijdsgenoten, minder gehecht zijn aan familie, een slechte relatie hebben met ouders, weinig controle door de ouders, opgroeien in een omgeving met weinig sociale cohesie en veel spijbelen samenhangen met een grotere mate van (problematisch) alcoholgebruik (Steketee, Jonkman, Berten, & Vettenburg, 2013).
- Ook zijn er aanwijzingen voor een verband tussen een sociale angststoornis en alcoholmisbruik bij adolescenten (Dias da Cruz, Martins, & Diniz, 2017). In een internationale overzichtsstudie werden onder andere het vrouwelijk geslacht, groepsacceptatie en secundaire comorbiditeiten, zoals depressie, geïdentificeerd als belangrijke risicofactoren voor een relatie tussen een sociale angststoornis en alcoholmisbruik.

Probleemgebruik onder 55-plussers

- In de algemene bevolking wordt, volgens de cijfers van het NEMESIS-2-onderzoek, de diagnose alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid bij 55-plussers minder vaak gesteld (1,3%) dan bij 18-54-jarigen (3,9%) (Veerbeek et al., 2017).
- Daarentegen wordt in de huisartsenpraktijk "problematisch alcoholgebruik" (chronisch alcoholgebruik of acuut alcoholmisbruik/intoxicatie) wel net iets vaker onder 55-plussers (0,85%) dan onder jongere volwassenen (0,67%) gesteld (Veerbeek et al., 2017).
- 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 (Veerbeek et al., 2017).
- 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 (Veerbeek et al., 2017).

11.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) maakte een overzicht van de consumptie per hoofd in de algemene bevolking van 15 jaar en ouder in de 53 Europese landen (World Health Organization (WHO), 2018). Deze cijfers zijn niet vergelijkbaar met de verkoopcijfers uit tabel 11.2.4, die de algehele bevolking vanaf 0 jaar betreffen.

- In 2015 was de geschatte gemiddelde alcoholconsumptie in deze 53 landen 10,3 liter pure alcohol per persoon, met de minste alcoholconsumptie in Turkije (1,9 liter) en de hoogste alcoholconsumptie in Litouwen (18,2 liter). Nederland (8,7 liter) zat onder het gemiddelde, net als Italië (7,6 liter), Zweden (8,8 liter) en de in Azië gelegen voormalige Sovjetlanden zoals Tajikistan en Azerbaijan. Boven gemiddeld was de alcoholconsumptie in de Midden- en Oost-Europese landen. Van de West-Europese landen werd de meeste alcohol gedronken in België (13,2 liter pure alcohol per persoon vanaf 15 jaar), het Verenigd Koninkrijk (12,3 liter) en Frankrijk (11,7 liter).

In de *European social survey* is in ronde 7, die plaatsvond in 2014-2015, onder 37.957 personen uit 21 Europese landen gevraagd naar verschillende maten van alcoholconsumptie, onder andere frequent drinken (meer dan een keer per week), dagelijks drinken en meer dan een keer per maand binge drinken in de afgelopen 12 maanden. Grote verschillen tussen de interviewers uit de verschillende landen verklaren een deel van de gevonden verschillen in alcoholconsumptie tussen de landen en de cijfers geven daarom hooguit een grove indicatie (Wuyts, Barbier, & Loosveldt, 2016).

- Nederland en Portugal hebben het hoogste percentage respondenten die meerdere dagen per week drinken (47%). Estland (12%) en Polen (13%) hebben het minste frequente drinkers.
- Portugal kent wel veel meer dagelijkse drinkers (34%) dan Nederland (16%). Ook in Spanje (21%) en Frankrijk (16%) zijn relatief veel dagelijkse drinkers. In Noorwegen (<1%), Finland, Zweden en Estland (2%) en Litouwen (3%) is het percentage dagelijkse drinkers het laagst.
- Nederland scoort gemiddeld op het percentage respondenten dat frequent (minimaal maandelijks) binge drinkt (31%). De minste binge drinkers kent Slovenië (21%) en de meeste Ierland (61%).

Uit dezelfde 7e ronde van de *European social survey* is onder 25.832 respondenten uit 19 Europese landen gekeken naar ongelijkheid tussen hoog- en laagopgeleiden in regelmatig alcohol drinken (https://digitaal.scp.nl/leefstijl/nederland-in-europa). Regelmatig drinken is gedefinieerd als meer dan één keer per week. In de Nederlandse steekproef zaten 1.415 respondenten met een leeftijd tussen 25 en 70 jaar (zie https://digitaal.scp.nl/leefstijl/verantwoording-en-bronnen/). Interviews werden in Nederland persoonlijk (face-to-face) afgenomen door getrainde interviewers bij respondenten thuis.

- In de meeste landen zijn het hoger opgeleiden die het vaakst drinken. Er is ook een aantal landen (met name Portugal en Litouwen) waar juist lager opgeleiden frequenter alcohol nuttigen.
- De kloof tussen hoog- en laagopgeleiden in regelmatig alcohol drinken is met name groot in West-Europese landen, zoals België, Duitsland, Frankrijk en Zwitserland. Daar kennen de hoogst opgeleiden een relatief hoge alcoholconsumptie en loopt de opleidingskloof op tot boven de 10 procentpunt.
- Hoewel van alle Europese landen in Nederland de regelmatige alcoholconsumptie onder de hoogopgeleiden het op één na hoogst is, neemt Nederland op de ladder van ongelijkheid tussen hoog- en laagopgeleiden in regelmatig alcohol drinken met de tiende plek een middenpositie in. Dat komt omdat Nederland niet alleen hoog scoort op het aantal hoogopgeleiden dat regelmatig drinkt (43,3%), maar ook laagopgeleiden (36,2%) en mensen met een gemiddeld opleidingsniveau (48,5%) drinken regelmatig.

- Van de 19 deelnemende landen heeft Nederland het hoogste percentage mensen met een gemiddeld opleidingsniveau dat regelmatig drinkt. Het verschil met landen met de minste regelmatige drinkers onder de middelbaar opgeleiden (Litouwen, Estland, Polen, rond 10%) is groot.
- Op basis van deze Europese cijfers wordt gesuggereerd dat een hogere algehele welvaart in een land vooral samengaat met meer alcoholconsumptie onder de hoogopgeleide groep. Wellicht is 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 (https://digitaal.scp.nl/leefstijl/nederland-in-europa).

Jongeren

Het ESPAD-onderzoek, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, werd in 2003, 2007, 2011 en 2015 uitgevoerd onder 15/16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus, Leifman, & Vicente, 2016). Tabel 11.5.1 toont het alcoholgebruik in een aantal landen van de EU en Noorwegen. De Verenigde Staten deden niet mee aan ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. In het ESPAD-onderzoek is gevraagd naar het gebruik van alcohol en de frequentie van dronkenschap.

- In 2015 lag Nederland met 19% boven het gemiddelde op de maat "veertig keer of meer alcohol gedronken in het hele leven". Het (ongewogen) gemiddelde voor 34 onderling vergelijkbare Europese landen lag op 16%. Wel halveerde in Nederland dit percentage van 45% in 2003 naar 19% in 2015.
- Op de maat "minstens tien keer alcohol drinken in de maand voorafgaand aan de peiling" stond Nederland in 2015 binnen de landen uit tabel 11.5.1 met 10% op de vierde plaats, voorafgegaan door België (13%), Oostenrijk (12%) en Denemarken (11%). Het (ongewogen) gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare Europese landen stond in 2015 op 7%. Met 10% lag Nederland daarmee boven het gemiddelde. Wel halveerde dit percentage voor Nederland van 25% in 2003 naar 10% in 2015.
- Op de maat 'dronkenschap' scoorden Nederlandse scholieren minder hoog in 2015. Slechts 2% gaf aan in het hele leven minstens twintig keer dronken te zijn geweest.

De ESPAD-studie laat verder zien dat 78% van de Nederlandse 15/16-jarigen het redelijk tot zeer gemakkelijk vindt om aan alcohol te komen. Het Europese (ongewogen) gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare landen lag eveneens op 78% (Kraus et al., 2016).

Tabel 11.5.1 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 2003, 2007, 2011 en 2015

Land	Consumptie: 40 keer of meer in het leven (%)				Consumptie: 10 keer of meer in de laatste maand (%)				Dronken: 20 keer of meer in het leven (%)[VI]	
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2011	2015
Denemarken[II]	50	49	37	28	13	12	12	11	11	5
Oostenrijk	48	52	-	27	21	30	-	12	-	3
België[III]	36	34	33	22	20	17	16	13	1	1
Frankrijk	22	30	32	21	7	13	14	8	5	2
Griekenland	35	28	29	21	13	11	12	8	1	1
Nederland	45	40	33	19	25	24	20	10	3	2
Italië	24	23	20	14	12	13	12	9	2	2
Portugal	14	21	14	10	7	13	7	4	2	1
Ierland	39	23	16	9	16	10	6	3	6	3
Finland	20	16	13	7	2	1	2	1	6	3
Zweden	17	14	9	6	1	1	1	1	3	2
Noorwegen	15	11	6	4	3	1	1	1	1	1
Duitsland[IV]	37	41	35	-	11	18	15	-	4	-
Verenigde Staten	12	11	8	-	4	5	3	-	5	-
Verenigd Koninkrijk[V]	43	39	-	-	17	14	-	-	-	-

Percentage van de leerlingen. Tabel is geordend op het percentage '40 keer of meer in het leven' in peiljaar 2015. - = 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 en in 2011 alleen voor vijf deelstaten. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 en 2015 vanwege te lage respons. VI. Vanwege een wijziging in vraagstelling zijn er geen vergelijkbare cijfers voor 2003 en 2007 voor dronkenschap. Bron: ESPAD.

11.6 Hulpvraag en incidenten

De behandeling van chronische alcoholproblematiek kan ambulant of intramuraal plaatsvinden en uitgevoerd worden in de huisartsenpraktijk, verslavingszorg of GGZ-instelling. Registratie van de omvang van de hulpvraag wegens chronische alcoholproblematiek wordt onder andere gedaan door de verslavingszorg. Trends in de acute hulpvraag worden geregistreerd in het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL. Het Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde (NSCK) houdt het aantal alcoholintoxicaties onder kinderen bij. De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) geeft een schatting van het aantal patiënten met alcoholgebruik als hoofd- of nevendiagnose. Zie bijlage D.4 voor de meest recente gegevens (2014).

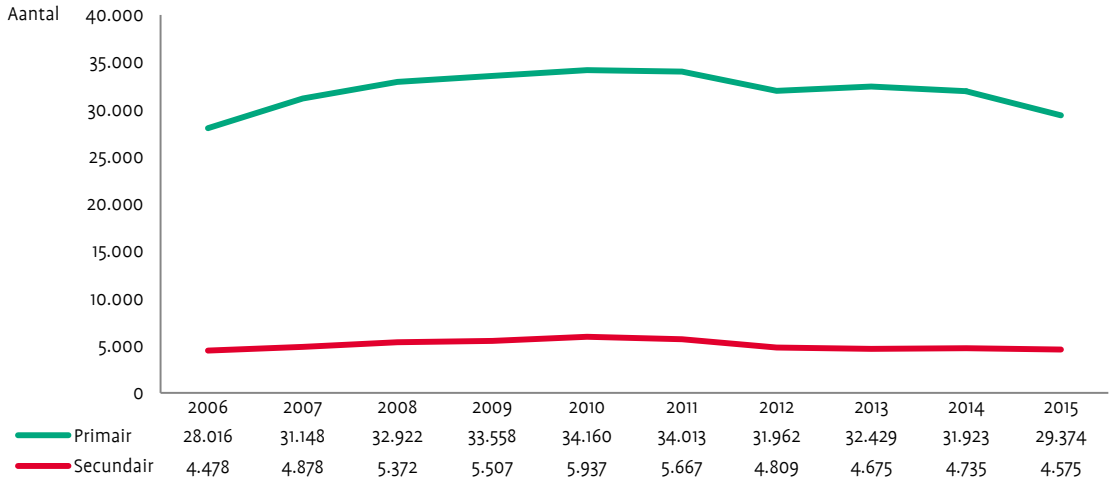
Verslavingszorg

In 2015 hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2016). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) Dit zijn de meest recente gegevens. De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen

zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

- In Nederland stonden in 2015 in totaal 29.374 personen geregistreerd bij de verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik.
- Na een stijging tot 2010 lijkt zich een geringe daling af te tekenen (figuur 11.6.1; zie ook Jaarbericht 2013-2014). Komende jaren zullen uitwijzen of deze daling zich voortzet.
- In 2015 waren er per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder 209 primaire alcoholcliënten.
- Het aandeel van alcohol in alle verzoeken om hulp bij de verslavingszorg schommelde tussen 2006 en 2015 rond 46%.
- In 2015 was 1 op elke 5 primaire alcoholcliënten (21%) een nieuwkomer. Zij stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Van de 29.374 primaire alcoholcliënten uit 2015 stond bij 9.426 cliënten (32%) naast hun primaire alcoholproblematiek ook nog een secundaire problematiek geregistreerd. In deze groep ging het voornamelijk om cannabis (25%), nicotine (21%), cocaïne/crack (23%), of medicijnen (11%).
- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat alcohol als secundair probleem noemde, schommelde tussen 2006 en 2015 rond 5.063 (figuur 11.6.1). De secundaire alcoholcliënten hebben voornamelijk een primair probleem met cocaïne of crack (33%), cannabis (31%), heroïne (15%), nicotine (5%), gokken (4%) en amfetamine (4%).

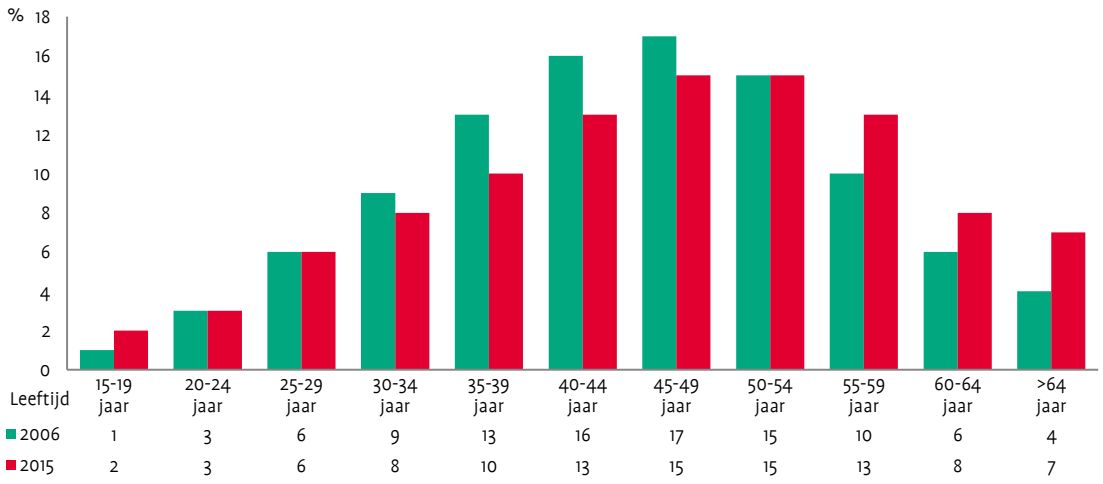
Figuur 11.6.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire alcoholproblematiek, vanaf 2006



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	28.016	31.148	32.922	33.558	34.160	34.013	31.962	32.429	31.923	29.374
Secundair	4.478	4.878	5.372	5.507	5.937	5.667	4.809	4.675	4.735	4.575

Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Figuur 11.6.2 Leeftijdsverdeling van de primaire alcoholcliënten bij de verslavingszorg. Registratiejaren 2006 en 2015



Leeftijd	15-19 jaar	20-24 jaar	25-29 jaar	30-34 jaar	35-39 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	55-59 jaar	60-64 jaar	>64 jaar
2006	1	3	6	9	13	16	17	15	10	6	4
2015	2	3	6	8	10	13	15	15	13	8	7

Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 was het merendeel van de primaire alcoholcliënten man (72%). Het aandeel vrouwen was tussen 2006 en 2015 constant 27-28%.
- De gemiddelde leeftijd in 2015 was 46 jaar, ongeveer gelijk aan 2006 (45 jaar). De piek lag in 2015 in de leeftijdsgroep 45-54 jaar (figuur 11.6.2).
- Het aandeel van 55-plussers steeg van 20% in 2006 naar 28% in 2015 (figuur 11.6.2).
- In 2015 had van de primaire alcoholcliënten 36% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, 37% een middelbare opleiding en 27% een hogere opleiding. (Voor een uitleg van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

Behandelkloof

Lang niet alle mensen in de Nederlandse bevolking die voldoen aan een diagnose alcoholmisbruik of -afhankelijkheid zoeken hulp in de verslavingszorg; dat doet grofweg zo'n 7%-8%. Dit percentage is gebaseerd op het geschatte aantal Nederlanders met een alcoholstoornis (478 duizend, tabel 11.4.1) gedeeld door het aantal cliënten in de verslavingszorg (tussen 35 en 40 duizend sinds 2007, figuur 11.6.1). Deze cijfers suggereren het bestaan van een aanzienlijke 'behandelkloof'.

- In het landelijke onderzoek NEMESIS-2 (zie § 11.4) bleek dat slechts 10% van de mensen met een alcoholstoornis in de algemene bevolking binnen een periode van vier jaar hulp had gezocht voor hun alcoholproblemen. Daarnaast zocht 35% hulp voor andere emotionele of drugsproblemen. Meer dan de helft zocht of kreeg dus geen professionele hulp (Tuithof, 2015).

Het onderzoek suggereert echter dat deze 'behandelkloof' minder problematisch is dan vaak wordt verondersteld, en dat mensen die de zorg het meest nodig hebben de weg naar de verslavingszorg redelijk goed vinden (Tuithof, 2015). Degenen die géén zorg krijgen hebben namelijk milde problemen en een gunstig beloop:

- Mensen die geen hulp zochten voor hun alcoholproblemen hadden gemiddeld minder symptomen en minder beperkingen als gevolg van de alcoholstoornis en minder vaak een gelijktijdige stemmings- of angststoornis dan degenen die wel hulp zochten bij de verslavingszorg.

- Daarnaast herstelt 78% van de niet-hulpzoekers en dat is hoog vergeleken met de herstelpercentages van degenen die wel hulp zochten bij de verslavingszorg voor hun alcoholstoornis (slechts 29% herstel).
- Daarbij functioneerden degenen met een alcoholstoornis die helemaal geen zorg hadden ontvangen na drie jaar vergelijkbaar met een gezonde vergelijkingsgroep.

De 'echte behandelkloof', die gedefinieerd wordt als de mensen zonder hulpvraag bij wie sprake is van persisterende alcoholproblematiek, lijkt 24,5% te zijn. Dat is veel kleiner dan de 90% waar vaak over gesproken wordt en die gebaseerd is op de valse aanname dat alle mensen met alcoholproblemen verslavingszorg nodig hebben (Tuithof, Ten Have, Van den Brink, Vollebergh, & De Graaf, 2016). Toch betekenen deze cijfers dat ongeveer een kwart van de mensen met alcoholproblematiek niet de hulp zoekt waarvan zij baat kunnen hebben.

Alcoholintoxicaties onder kinderen

Het Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde (NSCK) inventariseert onder kinderartsen van Nederlandse ziekenhuizen een variërend aantal aandoeningen, afwijkingen en syndromen, waaronder sinds 2007 opnames wegens alcoholgebruik. Na een digitale melding door een van de Nederlandse kinderartsen ontvangt hij/zij een digitale vragenlijst. Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van papieren vragenlijsten.

In 2017 kwamen uit 81% van de ziekenhuizen meldingen. Het aantal ziekenhuizen dat alcoholopnames onder kinderen meldt neemt de laatste jaren af, zodat het aantal meldingen vermoedelijk een onderschatting is van het werkelijke aantal (Wolberink, Van der Lely, & Van Hoof, 2018). 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.

- In 2017 werden 860 jongeren tot 18 jaar na overmatig alcoholgebruik in een ziekenhuis opgenomen, van wie 671 (83% van de opnames) met een alcoholintoxicatie. In 2016 werden 791 jongeren gemeld, van wie 574 (82%) met een alcoholvergiftiging (figuur 11.6.3).
- Er werden in 2017 meer jongens (55%) dan meisjes (45%) opgenomen, zoals ook in de meeste voorgaande jaren. Hun gemiddelde leeftijd was 15,5 jaar (range: 11-17 jaar).
- Het gemiddelde alcoholpromillage (bloedalcoholconcentratie of ethanolspiegel) bij deze jongeren was 1,99 promille. Deze waarde is de afgelopen jaren nagenoeg stabiel gebleven (2016: 1,99 en 2015: 1,94 promille). Tussen 2007 en 2013 lag de gemiddelde ethanolspiegel onder 1,90 promille. Het alcoholpromillage hangt af van de hoeveelheid alcohol, de snelheid van drinken en het lichaamsgewicht.
- De meeste jongeren kwamen in het ziekenhuis met een alcoholcoma (verminderd bewustzijn) of dreigend alcoholcoma en bleven in 2017 gemiddeld 3 uur en 35 minuten buiten bewustzijn. Het langste verminderde bewustzijn in 2017 had een duur van 24 uur.
- Andere redenen voor een alcoholopname betroffen (verkeers)ongevallen, agressie of geweld, suïcidepogingen, braken en een combinatie van meerdere redenen.
- 89,4% was van Nederlandse komaf. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met 2015 (88,5%). 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.

Figuur 11.6.3 Aantal jongeren 10-17 jaar dat door een kinderarts in een ziekenhuis is opgenomen wegens overmatig alcoholgebruik, 2007-2017

Bron: NSCK, Reinier de Graaf Gasthuis, Universiteit Twente (Wolberink et al., 2018). Tot en met 2015 werden uit alle ziekenhuizen meldingen ontvangen; in 2016 kwamen meldingen binnen uit 79% van de ziekenhuizen, in 2017 van 81%.

Alcoholgerelateerde incidenten bij de spoedeisende hulpafdelingen

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 (Valkenberg & Nijman, 2018). Voor alcohol worden gegevens verzameld over behandelingen wegens een alcoholvergiftiging, wegens letsels na een ongeval of geweld bij een patiënt die onder invloed van alcohol verkeert en wegens letsel door zelfbeschadiging waarbij alcohol betrokken is. De cijfers worden geëxtrapoleerd naar heel Nederland. Het aantal is een indicatie.

- Het aantal SEH-behandelingen is in tien jaar tijd flink toegenomen. In 2008 werden naar schatting 4.200 (marges: 3.100 – 5.500) patiënten op een SEH-afdeling gezien wegens een alcoholvergiftiging. In 2017 zijn naar schatting 6.000 personen behandeld wegens een alcoholvergiftiging (marges: 4.800 – 7.500).
- Ruim de helft van de patiënten in 2017 was jonger dan 25 jaar (53%). Er waren onder de patiënten meer mannen (60%) dan vrouwen (40%).
- In ruim een kwart van de gevallen (27%) was bekend dat gebruik van alcohol was gecombineerd met drugs. Combinatiegebruik was het hoogst onder 20-34-jarigen, in deze leeftijdsklasse had 45% alcohol en drugs gecombineerd.
- Opname in het ziekenhuis voor verdere behandeling was geïndiceerd bij 36% van de patiënten met een alcoholvergiftiging.
- In 2017 werden naar schatting nog eens 17.800 personen op een SEH behandeld voor een letsel na een ongeval of geweld terwijl zij onder invloed van alcohol verkeerden (marges: 15.600 – 20.300).
- Tussen 2003 en 2012 was er een forse stijging van 8.700 behandelingen naar ongeveer 15.000 behandelingen per jaar. Na een daling in 2013 tot 12.300, stijgt het aantal ongevallen waarbij alcohol betrokken was de laatste vier jaar weer, tot 17.800 SEH-behandelingen in 2017.
- De genoemde aantallen zullen een onderschatting zijn van het werkelijke aantal ongevallen omdat voor de behandeling van het letsel het alcoholgebruik van de patiënt vaak van ondergeschikt belang is. Ook letsels die zijn veroorzaakt door een derde die onder invloed van alcohol verkeerde, zijn niet altijd meegerekend. Aanvullend onderzoek van VeiligheidNL maakt aannemelijk dat het werkelijk aantal patiënten met een letsel onder invloed van alcohol op de SEH zes keer zo hoog ligt.

- Drie kwart van de patiënten met een aan alcohol gerelateerd letsel in 2017 was man (73%) en 26% was jonger dan 25 jaar.
- In ruim de helft van alle alcohol-gerelateerde ongevallen was sprake van een privé-ongeval (55%), zoals een val van de trap. Bij ruim een derde (36%) betrof het een verkeersongeval (meestal een val van de fiets). Bij 9% van de patiënten was er sprake van geweldpleging (slag, klap of stomp).

In 2017 werden naar schatting tussen de 2.000 en 3.800 personen behandeld op een SEH wegens letsel door zelfbeschadiging waarbij alcohol betrokken was.

11.7 Ziekte en sterfte

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 het (ziekte)proces. Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 is 1,5% van de totale ziektelast in Nederland toe te schrijven aan overmatig alcoholgebruik 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). Door verbeterde methodiek kunnen deze resultaten niet vergeleken worden met de resultaten van de VTV-2014. De ziektelast door ongevallen waarbij alcohol een rol speelt is hierbij meegerekend.

Nederlanders zijn redelijk goed op de hoogte van de risico's van alcoholgebruik voor leveraandoeningen en hersenschade, maar weten onvoldoende dat alcoholgebruik ook de risico's verhoogt op hart- en vaatziekten, kanker, Alzheimer en suikerziekte (Louwen et al., 2016).

- De mate waarin alcoholgebruik schade kan berokkenen hangt samen met de hoeveelheid die wordt geconsumeerd, 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 (Burton et al., 2016). In niet-westerse landen kan ook de kwaliteit van de alcohol een rol spelen (World Health Organization (WHO), 2014).
- 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 (Carbia, Lopez-Caneda, Corral, & Cadaveira, 2018). 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).
- 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 (World Health Organization (WHO), 2014).

In de Richtlijnen goede voeding uit 2015 heeft de Gezondheidsraad de aanbeveling uit 2006 over alcoholgebruik herzien.

- De richtlijn adviseert geen alcohol te drinken, of in ieder geval niet meer dan één glas per dag.

- De nieuwe aanbeveling is gebaseerd op onderzoek naar alcoholgebruik waarbij zowel uitkomsten zijn meegenomen die wijzen op schadelijke effecten van alcoholgebruik als uitkomsten die beschermende effecten van (matig) alcoholgebruik laten zien (Gezondheidsraad, 2015). Voor een verdere toelichting zie NDM Jaarbericht 2016 (Van Laar et al., 2016).

Een recente 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 (Rehm et al., 2017).

- Meer dan 40 ziekten zijn voor 100% toe te schrijven aan alcoholgebruik, waaronder alcoholmisbruik en -afhankelijkheid, alcohol-onttrekking en alcohol-gerelateerde psychoses, alcohol-gerelateerde 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.
- Daarnaast kan alcoholgebruik in meer of mindere mate bijdragen aan het ontstaan en het beloop van vele andere ziekten en aandoeningen. Voor de meeste aandoeningen geldt dat het risico toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt (Rehm et al., 2017).
- 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.

Ethanol 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 (Rehm et al., 2017; Connor, 2017). Volgens recente overzichtsstudies is het aannemelijk dat er een verband is met prostaatkanker (Zhao, Stockwell, Roemer, & Chikritzhs, 2016) en maagkanker (Ma, Baloch, He, & Xia, 2017). Wereldwijd zou volgens een schatting 5,8% van alle sterfte door kanker te wijten zijn aan alcoholgebruik (Connor, 2017).
- Ook het World Cancer Research Fund (WCRF) wijst op het overtuigend bewijs dat alcohol het risico op mond-, farynx- en larynxtumoren vergroot, net als het risico op slokdarmkanker en borstkanker (zowel voor als na de menopauze). Daarnaast zorgt het consumeren van 2 of meer glazen alcohol per dag (30 gram of meer) voor een hoger risico op dikke-darmkanker of endeldarmkanker. Wanneer iemand 3 of meer glazen alcohol per dag drinkt (45 gram of meer), is het risico op het krijgen van maag- of leverkanker verhoogd. Door methodologische onvolkomenheden is het bewijs voor een mogelijk effect van alcohol op de ontwikkeling van longkanker, alvleesklierkanker en huidkanker suggestief, maar niet overtuigend (World Cancer Research Fund & American Institue for Cancer Research, 2018).

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 (Rehm et al., 2017).

- Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap verhoogt de kans op miskramen, foetale sterfte 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.

Voor enkele ziekten geldt dat sommige overzichtsstudies een gunstig effect beschrijven van licht alcoholgebruik op het ontstaan of beloop van deze aandoeningen.

- Dat geldt onder andere voor ouderdomssuikerziekte (diabetes mellitus type 2), de ziekte van Alzheimer en andere dementieën, en enkele hart- en vaatziekten (hartfalen, ischemische hartziekte en – beroerte) (Rehm et al., 2017).
- 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 (World Cancer Research Fund & American Institue for Cancer Research, 2018).
- 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 niet gebruiken van alcohol (abstinentie). Studies die een beschermend effect van licht alcoholgebruik vinden kampen echter met methodologische onvolkomenheden of fouten.
- Een oplossing 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 (Stockwell et al., 2016).
- 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 (Wood et al., 2018). Bij een alcoholconsumptie van 100 g/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 wel 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 is in lijn met de aanbevelingen van deze studie.

Adolescenten 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 (Meruelo, Castro, Cota, & Tapert, 2017; Cservenka & Brumback, 2017; Groenman, Janssen, & Oosterlaan, 2017; Silveri, Dager, Cohen-Gilbert, & Sneider, 2016).

- 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 (Cservenka & Brumback, 2017). 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 (Cservenka & Brumback, 2017).

- 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. Meer onderzoek is nodig voordat definitieve conclusies getrokken kunnen worden (Meruelo et al., 2017; Silveri et al., 2016). Het is overigens niet verbazingwekkend dat juist deze functies, die grotendeels zijn geconcentreerd in de frontale gebieden van de hersenschors, zijn aangedaan door alcoholgebruik door jongeren en jongvolwassenen. Deze hersenstructuren zijn namelijk als laatste uitgerijpt.
- 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 (Groenman et al., 2017). Zo is voor kinderen die ADHD hebben de kans 2,15 keer groter dat zij later een alcoholstoornis krijgen (Groenman et al., 2017).

Sterfte

Alcohol is in Nederland een belangrijke oorzaak van voortijdige sterfte. De alcoholgerelateerde sterfte werd in de voorgaande NDM Jaarberichten vastgesteld op basis van de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS. Door wijzigingen in de methoden is de Doodsoorzakenstatistiek sinds 2013 echter minder toereikend voor een totaaloverzicht van de alcoholsterfte. Daarom is dit jaar als extra bron een schatting van het RIVM toegevoegd die is gedaan in het kader van de Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV) 2018.

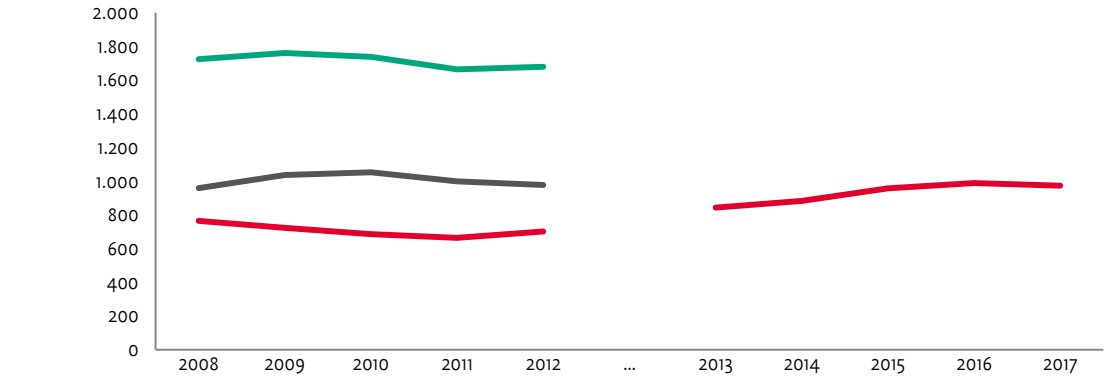
De Doodsoorzakenstatistiek van het CBS rapporteerde tot en met 2012 de totale alcoholsterfte op basis van een optelsom van primaire en secundaire alcoholsterfte. Bij de primaire sterfte gaat het om een acute dodelijke overdosis en de sterfte aan alcoholgerelateerde ziekten. Bij de secundaire sterfte gaat het bijvoorbeeld om dodelijke ongelukken onder invloed van alcohol. Tussen 2008 en 2012 schommelde de totale alcoholsterfte rond een gemiddelde van 1.713 gevallen per jaar (figuur 11.7.1). In deze periode lag de secundaire sterfte steeds hoger dan de primaire sterfte.

In 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van de doodsoorzaken, waardoor de primaire alcoholsterfte vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken kan worden met de primaire alcoholsterfte uit de voorgaande jaren. Door de automatische codering is de alcoholsterfte meer zichtbaar geworden in de primaire alcoholsterfte (Harteloh, 2014; Harteloh, Van Hilten, & Kardaun, 2014). Voor de secundaire alcoholsterfte kunnen vanaf 2013 geen betrouwbare gegevens meer worden gerapporteerd (CBS, persoonlijke communicatie, 26-02-2015; bijlage D.1).

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2017 in totaal 974 mensen door alcohol als primaire doodsoorzaak. In 2013 ging het om 844 gevallen met alcohol als primaire doodsoorzaak (figuur 11.7.1).

- Bij alcohol als primaire doodsoorzaak in 2017 ging het in 18% van de gevallen om schadelijk gebruik, in 26% van de gevallen om afhankelijkheid en in 43% van de gevallen om leverziekten. In 2013 betrof 20% van de gevallen schadelijk gebruik, 23% afhankelijkheid en 42% leverziekten.
- De primaire alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 55 tot en met 69 jaar (figuur 11.7.2). De meeste overledenen waren man (75%).
- De bijdrage van alcoholgebruik aan de sterfte wordt niet altijd herkend. Bovenstaande cijfers geven daardoor een onderschatting van het werkelijke aantal.

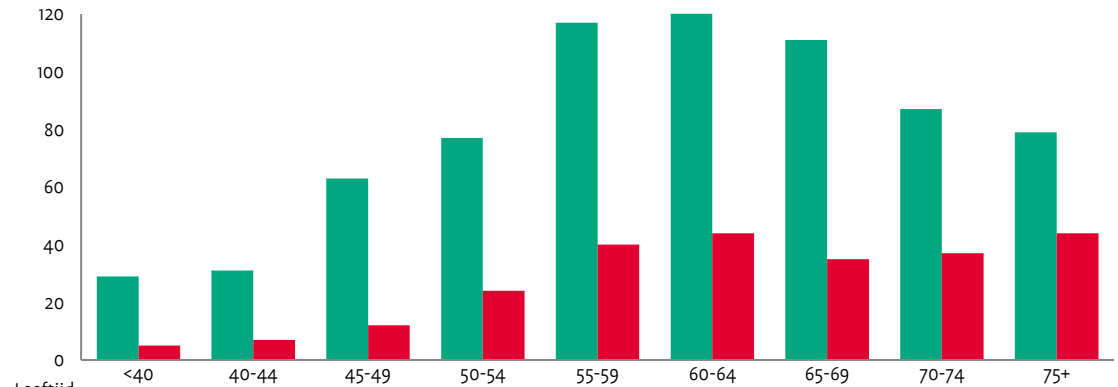
Figuur 11.7.1 Sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen, vanaf 2008



	2008	2009	2010	2011	2012	...	2013	2014	2015	2016	2017
Totaal	1.724	1.761	1.739	1.664	1.679						
Primair	765	724	686	664	701		844	882	957	989	974
Secundair	959	1.037	1.053	1.000	978						

Aantal sterfgevallen. ICD-10 codes: F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45*, X65*, Y15*, T51.0-1 (* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

Figuur 11.7.2 Primaire sterfte door alcohol onder mannen en vrouwen per leeftijdsgroep. Peiljaar 2017



Leeftijd	<40 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	55-59 jaar	60-64 jaar	65-69 jaar	70-74 jaar	75+ jaar
Man	29	31	63	77	117	132	111	87	79
Vrouw	5	7	12	24	40	44	35	37	44

Aantal primaire sterfgevallen. ICD-10 codes: F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45*, X65*, Y15*, T51.0-1 (*alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

De schatting van het RIVM voor de VTV 2018 gebruikt gegevens uit de CBS-gezondheidsenquête 2015 over de blootstelling aan alcohol. De CBS-Gezondheidsenquête rapporteert het gemiddelde alcoholgebruik in aantal glazen per persoon per dag. Vanwege de discussie over de J-curve (zie eerder in deze paragraaf) is 'groter dan 0,0 tot 0,5 glazen per dag' gekozen als referentiecategorie. De categorie 'geheelonthouders' is minder geschikt omdat hierin mogelijk mensen zitten die vanuit gezondheidsredenen niet drinken, ex-drinker zijn of al een slechtere gezondheid hebben. Het RIVM maakt voor de schatting ook gebruik van gegevens uit de literatuur over de risico's die een bevolking loopt om verschillende ziekten te ontwikkelen bij blootstelling aan een risicofactor zoals alcohol (zie http://www.vtv2018.nl/sites/default/files/2018-06/1%20VTV2018_Achtergronddocument_Integratiematen_beveiligd.pdf).

- De schatting van het RIVM komt dicht in de buurt van de optelsom van primaire en secundaire alcoholsterfte zoals die in het verleden uit de Doodsoorzakenstatistiek kwam. In 2015 stierven er bijna 1.800 mensen aan alcohol-gerelateerde ziekten. Kanker was hiervan de belangrijkste doodsoorzaak: ruim 800 mensen overleden aan kanker veroorzaakt door alcoholgebruik (tabel 11.7.1). Verder waren ziektes aan de spijsverteringsorganen en psychische stoornissen belangrijke oorzaken van alcohol-gerelateerde sterfte (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018).
- Licht alcoholgebruik kan echter ook beschermend werken en sterfte voorkómen. Dit geldt met name voor coronaire hartziekten (tabel 11.7.1). Echter, omdat alcoholgebruik overall meer sterfte veroorzaakt dan sterfte voorkomt, is er geen reden om alcoholgebruik te adviseren.

Tabel 11.7.1 Sterfgevallen onder mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder, die toe te wijzen zijn aan alcoholgebruik, uitgaande van elf 'aan alcohol gerelateerde aandoeningen'. Peiljaar 2015.

Aandoening	Alcohol-gerelateerde sterfte			% toewijsbaar aan alcoholgebruik		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Borstkanker	-	156	156	0%	5%	5%
Dikke darmkanker	208	63	271	7%	3%	5%
Mondholte	52	6	58	26%	4%	17%
Slokdarmkanker	295	-3	292	22%	-1%	16%
Strottenhoofdkanker	41	11	52	26%	23%	26%
Diabetes	21	31	52	2%	2%	2%
Psychische en gedragsstoornissen	349	128	477	100%	100%	100%
Beroerte	456	546	1.002	11%	10%	10%
Coronaire hartziekten	-872	-274	-1.146	-16%	-7%	-13%
Leverziekten	296	137	433	100%	100%	100%
Verkeersongeval	83	26	109	16%	16%	16%
Totaal alcohol-gerelateerd (11 oorzaken)	**931**	**831**	**1.762**	**4%**	**4%**	**4%**
Totale sterfte in NL (11 oorzaken)	*21.159*	*22.211*	*43.370*			

Percentages geven het 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 2015 berekend. Bron: RIVM, 2018.

Alcoholdoden in het verkeer

Er zijn in Nederland geen betrouwbare gegevens beschikbaar over het aandeel verkeersslachtoffers dat gerelateerd is aan alcohol (SWOV, 2018). Er is in ziekenhuizen en bij de politie een onvolledige registratie van alcoholgebruik onder verkeersslachtoffers, waardoor de officiële gegevens een onderschatting zijn. De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) heeft een methodiek ontwikkeld, waarbij het werkelijke aandeel (met betrouwbaarheidsintervallen) ernstig gewonde autobestuurders met een bloedalcoholgehalte (BAG) van boven de 0,2 g/ℓ is geschat voor het jaar 2013. Er is gekozen voor twee schattingsvarianten: een voorzichtige schatting die uitgaat van de aanname dat ook bij lagere BAGs het risico op ongevallen is verhoogd en een variant die ervan uitgaat dat bij een lagere BAG het risico op een ernstig auto-ongeval sterk daalt. Deze twee varianten zijn gebaseerd op de wetenschap dat het aandeel ernstig gewonde autobestuurders in grote mate bepaald wordt door de kleine groep zware alcoholovertreders (BAG 1,3 g/ℓ en hoger). Er is geen schatting van het aantal verkeersdoden dat door een dronken bestuurder is aangereden.

- Volgens deze schattingen was in 2013 11%-24% van de verkeersdoden in Nederland het gevolg van alcohol, dat zijn 60-135 verkeersdoden als gevolg van alcoholgebruik in het verkeer in 2013. Daarnaast waren er volgens deze schattingsmethode in 2013 tussen 2.049 en 4.493 ernstig gewonde verkeersslachtoffers als gevolg van alcoholgebruik.
- De schatting over 2015 komt uit op 75 tot 140 verkeersdoden als gevolg van alcohol (SWOV, 2018). In totaal overleden in dit jaar 621 mensen ten gevolge van een verkeersongeval.

11.8 Aanbod en markt

Naleving leeftijdsgrens

Onderzoek van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) toont aan dat schade door alcohol kan worden teruggedrongen door de prijs van alcoholische dranken te verhogen en de verkrijgbaarheid te verminderen (World Health Organization (WHO), 2014).

- Alcohol is in Nederland wijd verkrijgbaar in levensmiddelenzaken, slijterijen en de horeca. Recent zijn in enkele gemeenten proeven gedaan met de verkoop of verstrekking van alcohol in niet-levensmiddelenwinkels ('blurring').
- Op 1 januari 2014 is de leeftijdsgrens voor de verstrekking van alle alcoholhoudende drank verhoogd naar 18 jaar. De verkoper is bij twijfel over de leeftijd verplicht de leeftijd van de aspirant-koper vast te stellen door het controleren van een identiteitsbewijs. Tot 2014 mochten volgens de Drank- en Horecawet aan jongeren van 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 (ruimschoots) beschikbaar voor met name de nog net minderjarige jongeren, al is de naleving in afgelopen jaren verbeterd. De sociale omgeving is voor deze jongeren overigens een belangrijker bron om aan alcohol te komen dan commerciële kanalen (zie § 11.3).

- In 2017 is een nieuw nalevingsonderzoek gedaan naar de effecten van de leeftijdsverhoging naar 18 jaar voor de verstrekking van alcohol (Van Dalen, Van Hoof, & Van Ginneken, 2018), in vervolg op eerdere nalevingsonderzoeken tussen 2013 en 2015 en in 2016 (Van Beurden et al., 2015; Roodbeen & Schelleman-Offermans, 2016).
- In 2017 hebben 17-jarige "mysteryshoppers" 2.181 aankooppogingen gedaan in supermarkten, cafetaria's, horecagelegenheden, slijterijen en sportkantines in 61 gemeenten door het land.
- In 42,3% van de aankooppogingen werd geen alcohol verkocht en is de wet dus correct nageleefd. De naleving was het hoogst in supermarkten en slijterijen. De slechtste naleving werd geconstateerd bij cafetaria's en sportkantines en horecagelegenheden (zie tabel 11.8.1).
- In 56,5% van de aankooppogingen is door de verkoper een interventie toegepast. De verkoper vroeg naar de leeftijd, controleerde het ID-bewijs, of beide. Het toepassen van een interventie (in 56,5% van de gevallen) blijkt niet in alle gevallen te leiden tot een juiste naleving (42,3%), want alcoholhoudende drank werd toch aan een deel van de minderjarigen meegegeven.
- Vergeleken met de naleving van de wettelijke leeftijdsgrenzen bij de verkoop van alcoholhoudende drank uit 2013-2015 (5.800 aankooppogingen door mysteryshoppers; gemiddeld juiste naleving 30%) is de naleving verbeterd in 2016 (1.224 aankooppogingen; gemiddeld juiste naleving 47%) en 2017 (gemiddeld juiste naleving 42%) (zie tabel 11.8.1). Merk op dat in 2013 voor de aankoop van zwak alcoholhoudende dranken nog een minimumleeftijd van 16 jaar gold en voor sterk alcoholische dranken 18 jaar.

Tabel 11.8.1 Naleving leeftijdsgrenzen alcohol per verkoopkanaal. Peiljaren 2013-2015, 2016 en 2017

Verkooppunt	2013-2015	2016	2017
Horecagelegenheden	22	27	36
Ketensupermarkten	51	63	61
Slijterijen	42	62	54
Cafetaria's	25	29	30
Sportkantine	15	17	30
Totaal gemiddelde	30	47[1]	42

In percentages niet-geslaagde aankooppogingen, ofwel juiste naleving. In 2013 gold voor de aankoop van zwakalcoholhoudende dranken een minimum leeftijd van 16 jaar en voor sterk alcoholische dranken 18 jaar. Sinds 2014 is voor alle alcoholische dranken de leeftijdsgrens 18 jaar. 1. In het landelijk onderzoek in 2016 wordt het gemiddelde nalevingspercentage voor alle verkooppunten gesteld op 35,8%. Voor de berekening van dit percentage is een wegingsfactor toegepast. Deze weging is niet overgenomen in deze tabel omdat het niet mogelijk is te bepalen welk aandeel de verkoopkanalen hebben in de nationale verkoop van alcohol. Bron: Van Dalen et al. (2018).

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 (namelijk een 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 van alcohol (en tabak) 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 (World Health Organization, 2017). Er is ook een preventief effect bij mensen die nog geen alcohol gebruiken, 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 mortaliteit en de kosten voor de gezondheidszorg (Meier et al., 2016). De WHO beschouwt het heffen van accijns als de meest bruikbare beleidsmaatregel om alcoholgerelateerde gezondheidsschade te verminderen (World Health Organization, 2017).

- Een recente overzichtsstudie van "natuurlijke experimenten" in negen landen concludeerde echter dat de effecten van alcoholaccijns soms als te rooskleurig worden gezien (Nelson & McNall, 2016). Niet alle veronderstelde gezondheidseffecten van een accijnsverhoging zijn even groot. Accijnsverhoging heeft wel een positief effect op alcoholgerelateerde sterfte en op leverziekten onder ouderen (beide nemen af), maar niet op alcoholgebruik in het verkeer of geweldsdelicten onder invloed van alcohol.
- Een Nederlandse maatschappelijke kostenbaten analyse concludeerde dat een accijnsverhoging van 50% over een periode van 50 jaar tussen de 14 en 20 miljard euro op zal leveren; een accijnsverhoging van 200% brengt op die termijn 37 tot 47 miljard euro op (De Wit et al., 2016).

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 "stille" wijn.

- Voor gedistilleerd geldt een vast accijnstarief per hectoliter zuivere alcohol.

In Nederland bedraagt de accijns op peildatum 1 januari 2018 voor een liter gedistilleerd (35% alcohol) 5,90 euro, voor een liter "stille" wijn 88 eurocent en voor een liter bier 38 eurocent (11- <15° Plato).

- 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 (tabel 11.8.2). De tarieven lopen sterk uiteen. Verschillende wijnproducerende landen heffen in het geheel geen accijns op wijn. De Nederlandse accijnstarieven voor wijn en gedistilleerd behoren tot de middenmoot; voor bier is het lastig om de landen binnen Europa te vergelijken vanwege verschillende methoden om de heffing te bepalen. In tabel 11.8.2 zijn alle verschillende methoden omgerekend naar een vergelijkbare maat (12° Plato of 4,8% alcohol). De Nederlandse accijns op bier ligt in deze vergelijking tussen 15 EU-landen in de middenmoot.

Tabel 11.8.2 Accijnstarieven op bier, wijn en gedistilleerd in 15 lidstaten van de Europese Unie. Peildatum januari 2018

Lidstaat	Bier[I]	Wijn[II]	Gedistilleerd[III]
Zweden	101	273	1.885
Finland	171	383	1.675
Ierland	108	425	1.490
Verenigd Koninkrijk	104	326	1.138
België	24	75	1.047
Griekenland	60	20	858
Denemarken	36	156	705
Frankrijk	36	4	609
Nederland	38	88	590
Portugal	21	0	485
Duitsland	9	0	456
Oostenrijk	24	0	420
Luxemburg	10	0	364
Italië	36	0	362
Spanje	48	0	336

Bedragen in euro per hectoliter productie. I. Voor bier wordt de accijns op verschillende wijzen berekend, in graden Plato en in percentage alcohol. De hier genoemde accijnzen zijn alle gerekend naar 12° Plato of 4,8% alcohol. II. niet-mousserende wijn, <15% vol. III. accijns voor gedistilleerd wordt berekend per volume% alcohol; hier zijn de accijnzen voor 35 volume% alcohol opgegeven. Bron: EC (2018).

12. Tabak en rookwaren

12.1 Laatste feiten en trends	▶ pagina 348
12.2 Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 348
12.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen	▶ pagina 357
12.4 Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 364
12.5 Hulpvraag	▶ pagina 366
12.6 Ziekte en sterfte	▶ pagina 370
12.7 Aanbod en markt	▶ pagina 374

12. Tabak en rookwaren

Inleiding

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.

Consumenten ervaren tabak als stimulerend (verbetering concentratievermogen) en rustgevend. Nicotine, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van tabak, is een verslavende stof. Bij het inhaleren van tabaksrook komen ook veel andere stoffen vrij, zoals teer en koolmonoxide en tal van (verbrandings-) producten die schadelijk zijn voor de gezondheid. De tijd tussen 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 (Dijkstra, Van Oort, Schellekens, De Haan, & De Jong, 2017). Gebruik van tabak leidt vrij snel tot gewenning en lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. Er zijn grote risico's op korte en met name de lange termijn, zowel voor de roker als de meeroker. Voor meer informatie: zie § 2.6.

Additieven in tabaksproducten vergroten de aantrekkelijkheid en sommige maken het product ook verslavender. Van veel additieven is de schadelijkheid wel bekend bij orale inname, maar niet bij verbranding. In 2013 werden in totaal 673 verschillende soorten additieven in Nederlandse tabaksproducten aangetroffen. Uit onderzoek van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) blijkt dat er per productsoort een stijging is te zien in het totaal aantal verschillende additieven; dit geldt vooral voor sigaren en pijptabak (Schenk, Van de Nobelen, Pennings, Kienhuis, & Talhout, 2015).

De afgelopen jaren heeft de elektronische sigaret aan terrein gewonnen, een elektronisch apparaat dat nicotine kan afleveren zonder de schadelijke verbranding van tabak (Buisman & Croes, 2014). Maar ook damp van elektronische sigaretten bevat een aantal ingrediënten en chemische onzuiverheden in hoeveelheden die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid, zoals propyleenglycol en glycerol (Visser et al., 2016). Internationaal is er discussie over de vraag of e-sigaretten effectief zijn als stoppen met roken hulpmiddel en of e-sigaretten voor jongeren en niet-rokers als eventuele opstap naar het gebruik van gewone sigaretten kunnen fungeren (Green, Bayer, & Fairchild, 2016).

Wereldwijd en ook in Nederland lijkt het roken van waterpijp (shisha, hookah) steeds meer in zwang te komen (Buisman & Van Laar, 2015). Als rookwaar kunnen in de waterpijp gebruikt worden: tabak(sbladeren), kruiden en vruchtenmengsels. Eén van de risico's van het roken van een waterpijp is het vrijkomen van koolmonoxide (CO). Dat kan alleen gebeuren als voor de verhitting houtskool of natuurkool gebruikt wordt (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2016).

Voor de verkoop van tabaksproducten geldt sinds 1 januari 2014 een leeftijdsgrens van 18 jaar. Voor e-sigaretten met nicotinehoudende vullingen geldt dezelfde leeftijdsgrens vanaf 20 mei 2016 (§ 2.2). Vanaf 1 juli 2017 geldt er voor de verstrekking van e-sigaretten zonder nicotine eveneens een

leeftijdsgrens van 18 jaar en een reclameverbod. Zie § 2.2 voor meer informatie over ontwikkelingen in het tabaksontmoedigingsbeleid.

12.1 Laatste feiten en trends

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

- Volgens de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut uit 2017 rookt 23,1% van de Nederlanders ouder dan 18 jaar (dagelijks en niet-dagelijks) en 17,4% rookt dagelijks (§ 12.2).
- Het percentage rokers (dagelijks en niet-dagelijks) daalde in 2017 ten opzichte van 2014, maar was niet statistisch significant lager dan in 2016.
- De rookprevalentie neemt af, zowel onder laag- als hoogopgeleide volwassenen. De afname in roken is echter kleiner onder mensen met een lage opleiding dan onder mensen met een middelbaar of hoog opleidingsniveau (§12.2).
- Tussen 2015 en 2017 trad een verdere daling op in het percentage scholieren van 12-16 jaar dat ooit en in de afgelopen maand gerookt heeft. Het percentage dagelijkse rokers daalde van 3,1% naar 2,1% in deze periode (§ 12.3).
- De daling deed zich voor op alle schoolniveaus maar er zijn nog steeds forse verschillen tussen schoolniveaus. Scholieren van het VMBO-b (basis- of kaderberoepsgerichte leerweg) roken het meest en scholieren van het VWO het minst (§ 12.3).
- In 2015 lag het percentage rokers onder scholieren van 15-16 jaar in Nederland onder het (ongewogen) gemiddelde van 34 Europese landen (§ 12.4).
- In 2017 ligt het percentage rokers in Nederland ver onder het EU-28-gemiddelde van 26%. Nederland hoort bij de groep landen met de minste rokers (§ 12.4).
- Van de rokers van 18 jaar en ouder heeft in de afgelopen 12 maanden 41,0% één of meer stoppogingen ondernomen (§ 12.5).
- In Nederland is meer dan 9% van de totale ziektelast aan roken toe te schrijven (§ 12.6).
- In 2016 overleden in Nederland meer dan 19.000 mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken (§ 12.6).
- In het najaar van 2017 was de naleving van het rookverbod in discotheken en in cafés die niet onder de uitzondering vielen nog niet optimaal. Het aantal rookruimtes is licht aan het dalen. (§ 12.7).
- De totale naleving van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak (18 jaar) door alle typen verstrekkers steeg tussen 2015 en 2016. Toch slaagden volgens een schatting nog 1 miljoen kooppogingen door minderjarigen in 2016 (§12.7).

12.2 Gebruik: algemene bevolking

De Gezondheidsenquête van het CBS verzamelt jaarlijks kerngegevens onder de bevolking vanaf 12 jaar. Vanaf 2014 is deze peiling onderdeel van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. het RIVM en het Trimbos-instituut. De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor wordt vanaf 2015 als primaire bron voor de rookprevalenties in Nederland gehanteerd. Sinds 2005 zijn er in de gegevensverzameling van de Gezondheidsenquête echter twee methodebreuken geweest (in 2010 en in 2014), waardoor het methodologisch niet verantwoord is uitspraken te doen over trends met betrekking tot de periode vóór 2014 (Morren & Willems, 2015).

In deze paragraaf worden de rookprevalenties voor volwassenen van 18 jaar en ouder van de Gezondheidsenquête gerapporteerd. Cijfers voor het rookgedrag onder jongeren worden in § 12.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd. Regionale cijfers over rookgedrag zijn afkomstig van de Gezondheidsmonitor van de GGD-en, samen met het CBS en RIVM. Deze monitor is in 2012 gestart en wordt vierjaarlijks uitgevoerd in de bevolking vanaf 19 jaar.

In de Gezondheidsenquête wordt gevraagd naar het rookgedrag. De totale groep rokers omvat mensen die aangeven 'wel eens te roken', ongeacht frequentie. Het gaat hierbij zowel om dagelijks als niet-dagelijks rokers. Dagelijks rokers worden daarnaast apart gerapporteerd. De indicatoren wijken hiermee af van de indicatoren die voor andere leefstijlgedragingen worden gebruikt (bijvoorbeeld ooit gebruik, laatste maand gebruik). Kerncijfers roken zijn ook gepubliceerd in de factsheet Kerncijfers roken 2017 (Springvloet, Bommelé, Willemsen, & Van Laar, 2018).

Kerncijfers 2017

Bijna een kwart van de bevolking van 18 jaar en ouder (23,1%) rookte in 2017 (zie tabel 12.2.1). Bijna drie kwart van de rokers (74,6%) rookte dagelijks; dit is 17,2% van de bevolking van 18 jaar en ouder.

- Omgerekend naar de bevolking van 18 jaar en ouder zijn dit naar schatting 3,1 miljoen rokers en 2,3 miljoen dagelijks rokers (zie tabel 12.2.1).
- Twee derde (67,4%) van de huidige rokers is begonnen met roken vóór zijn of haar 18de jaar.
- In 2017 was van de Nederlanders van 18 jaar en ouder 32,6% een ex-roker en had 44,3% nooit gerookt.

Tabel 12.2.1 Percentage en absoluut aantal rokers (dagelijks en niet-dagelijks) en dagelijks rokers in de bevolking van 18 jaar een ouder. Peiljaar 2017

	Percentage (%)	Absoluut aantal (Afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval
Roken (dagelijks + niet-dagelijks)	23,1	3.100.000	2.960.000 – 3.240.000
Dagelijks roken	17,2	2.320.000	2.190.000 – 2.350.000

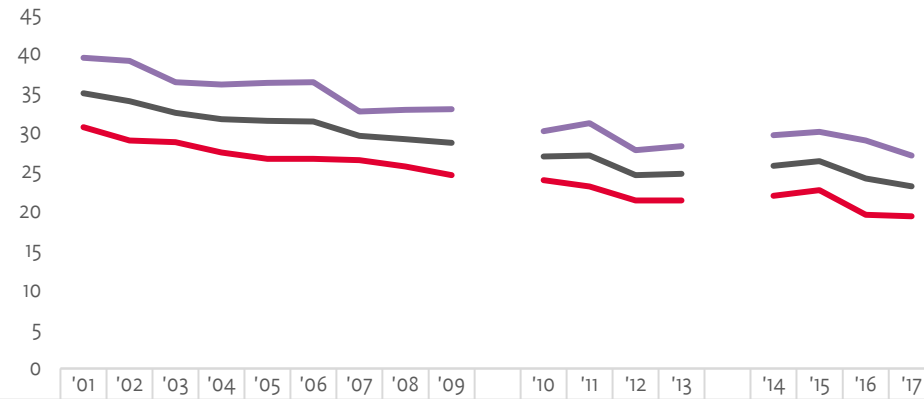
Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Trends in roken

De afgelopen tien jaar is, ondanks jaarlijkse fluctuaties, een dalende trend in de prevalentie van roken en dagelijks roken waar te nemen (zie figuren 12.2.1 en 12.2.2).

- Volgens de Gezondheidsenquête van het CBS daalde het percentage mensen dat rookt (dagelijks en niet-dagelijks) in de bevolking van 18 jaar en ouder tussen 2001 en 2009 van 34,9% naar 28,6%. Na de methodebreuk van 2009 werd een percentage van 26,9% gevonden. Dat daalde tot 24,7% in 2013.
- Na de tweede methodebreuk werd in de meting van 2014 gevonden dat 25,7% van de Nederlanders boven de 18 jaar wel eens rookt. Dit is jaarlijks afgenomen tot 24,1% in 2016. In 2017 daalde het percentage rokers verder naar 23,1%, maar dit is geen statistisch significante afname ten opzichte van 2016. De daling ten opzichte van 2014 is wel statistisch significant.
- Tussen 2001 en 2009 daalde het percentage dagelijkse rokers van 29,3% naar 23,1% (zie figuur 12.2.2). Na de methodebreuk van 2009 werd een percentage van 21,3% gevonden. Dat daalde tot 19,0% in 2013. Na de tweede methodebreuk bleef het percentage dagelijkse rokers tussen 2014 en 2016 op het zelfde niveau (geen statistisch significante verschillen). In 2017 is het percentage dagelijks rokers echter significant lager dan in 2016, 2015 en 2014.

Figuur 12.2.1 Percentage rokers (dagelijks en niet-dagelijks) in Nederland onder mannen en vrouwen van 18 jaar en ouder vanaf 2001, methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014



	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09		'10	'11	'12	'13		'14	'15	'16	'17
Mannen 18+	39,4	39,0	36,3	36,0	36,2	36,3	32,6	32,8	32,9		30,1	31,1	27,7	28,2		29,6	30,0	28,9	27,0
Vrouwen 18+	30,6	28,9	28,7	27,4	26,6	26,6	26,4	25,6	24,5		23,9	23,1	21,3	21,3		21,9	22,6	19,5	19,3
Rokers totaal 18+	34,9	33,9	32,4	31,6	31,4	31,3	29,5	29,1	28,6		26,9	27,0	24,5	24,7		25,7	26,3	24,1	23,1

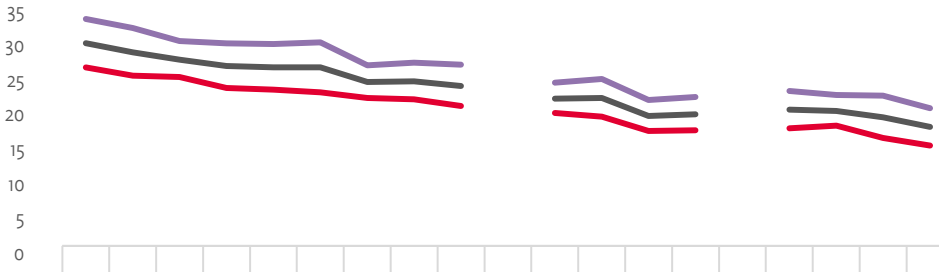
Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Geslacht

Meer mannen dan vrouwen roken (zie figuur 12.2.1). Dit geldt ook voor dagelijks roken (zie figuur 12.2.2).

- In het afgelopen decennium bleven verschillen *tussen* mannen en vrouwen vrijwel gelijk (zie figuren 12.2.1 en 12.2.2).
- Onder zowel mannen als vrouwen is een dalende trend zichtbaar in roken en dagelijks roken (zie figuren 12.2.1 en 12.2.2). Het percentage rokers en dagelijks rokers is bij mannen en vrouwen in 2017 lager dan in 2014 en 2015, maar niet significant veranderd ten opzichte van 2016.

Figuur 12.2.2 Percentage dagelijks rokers in Nederland onder mannen en vrouwen van 18 jaar en ouder vanaf 2000, methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014



	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09		'10	'11	'12	'13		'14	'15	'16	'17
Mannen 18+	32,8	31,5	29,6	29,3	29,2	29,4	26,1	26,5	26,2		23,6	24,1	21,1	21,5		22,4	21,8	21,7	19,9
Vrouwen 18+	25,8	24,6	24,4	22,8	22,6	22,2	21,4	21,2	20,2		19,2	18,7	16,6	16,7		17,0	17,4	15,6	14,5
Rokers totaal 18+	29,3	28,0	26,9	26,0	25,8	25,8	23,7	23,8	23,1		21,3	21,4	18,8	19,0		19,7	19,5	18,6	17,2

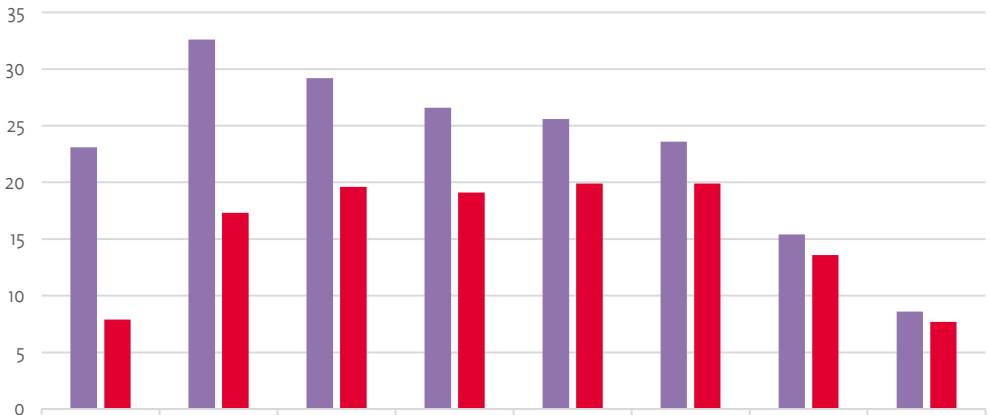
Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Leeftijd

Roken komt het minst voor onder 'ouderen' vanaf 65 jaar. Dagelijks roken komt het minst voor onder jongvolwassenen tot 20 jaar en ouderen vanaf 75 jaar.

- In de leeftijdsgroep 20-24 jaar was het percentage rokers het hoogst, gevolgd door de leeftijdsgroep 25-29 jaar en de leeftijdsgroep 30-39 jaar, maar verschillen zijn klein (zie figuur 12.2.3.). De minste rokers zijn te vinden onder 65-plussers.
- In de jongere leeftijdsgroepen zijn relatief veel niet-dagelijkse rokers. Voor 18-19-jarigen is dit zelfs meer dan de helft van alle rokers.
- De trends in roken verschillen tussen de leeftijdsgroepen. Voor roken en dagelijks roken is sprake van een dalende trend sinds 2014 binnen de jongere leeftijdsgroepen (18 tot 30 jaar). Er is geen sprake van een significante daling binnen de andere leeftijdsgroepen, met uitzondering van de leeftijdsgroep 50-64 jaar.

Figuur 12.2.3 Percentage rokers en dagelijks rokers naar leeftijdsgroep vanaf 18 jaar. Peiljaar 2017.



	18-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-64	65-74	>75
Roken	23,1	32,6	29,2	26,6	25,6	23,6	15,4	8,6
Dagelijks roken	7,9	17,3	19,6	19,1	19,9	19,9	13,6	7,7

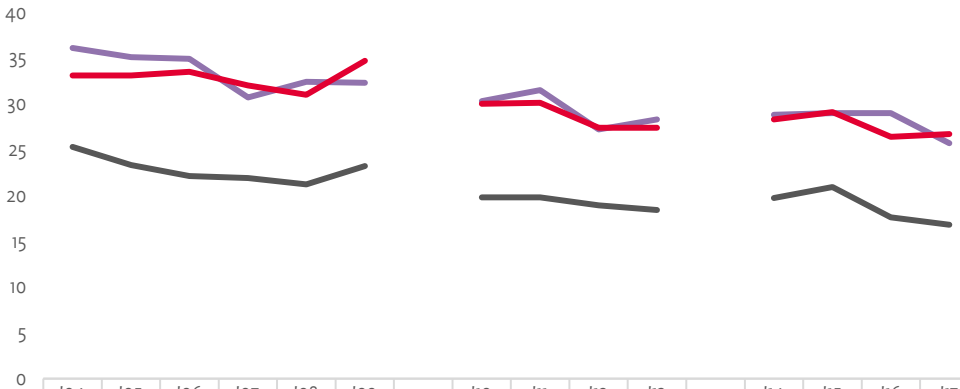
Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos- instituut, 2017.

Opleidingsniveau

Hoogopgeleiden roken minder vaak (dagelijks of niet-dagelijks) dan laag- en middelbaaropgeleiden (zie figuur 12.2.4). Zij roken ook het minst vaak dagelijks (zie figuur 12.2.5).

- In alle peiljaren was het percentage rokers en dagelijks rokers onder laag- en middelbaaropgeleiden beduidend hoger dan onder hoogopgeleide rokers (zie figuren 12.2.4 en 12.2.5). Tussen middelbaar- en laagopgeleiden waren nauwelijks of geen verschillen in percentage rokers.
- Onder zowel laag-, middelbaar- als hoogopgeleide volwassenen is sprake van een afname in de rookprevalentie ten opzichte van 2014 (zie figuur 12.2.4). Onder hoogopgeleiden is ten opzichte van 2014 tevens sprake van een daling in dagelijks roken (zie figuur 12.2.5). Deze daling is niet significant onder laag- en middelbaaropgeleiden.
- De afname in roken is kleiner onder mensen met een middelbare opleiding dan onder mensen met een laag of hoog opleidingsniveau. Het percentage rokers en dagelijks rokers is relatief gezien het sterkst gedaald onder hoogopgeleide volwassenen.
- Verschillen in roken tussen hoog- en laagopgeleiden vormen een belangrijke oorzaak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Springvloet, Kuipers, & Van Laar, 2017).

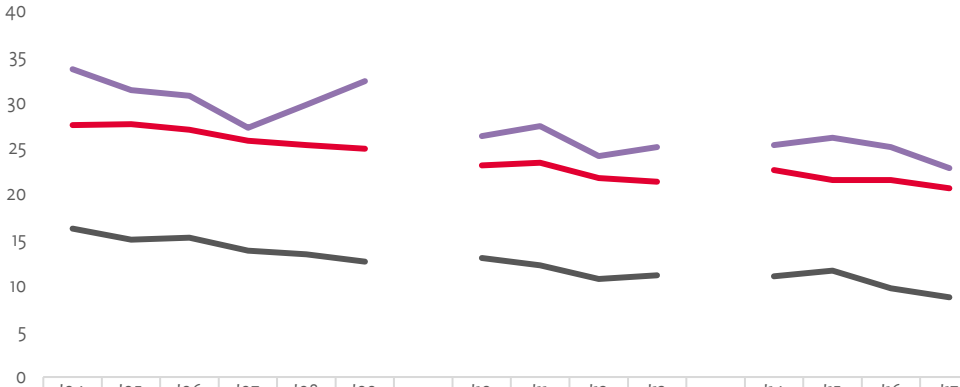
Figuur 12.2.4 Percentage rokers (dagelijks en niet dagelijks) naar opleidingsniveau in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2004, methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014



	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17
Laag	36,1	35,1	34,9	30,7	32,4	32,3	30,3	31,5	27,2	28,3	28,8	29,0	29,0	25,7
Middelbaar	33,1	33,1	33,5	32,0	31,0	34,7	30,0	30,1	27,4	27,4	28,3	29,1	26,4	26,7
Hoog	25,3	23,3	22,1	21,9	21,2	23,2	19,8	19,8	18,9	18,4	19,7	20,9	17,6	16,8

Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaaropgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Figuur 12.2.5 Percentage dagelijks rokers naar opleidingsniveau in de bevolking van 18 jaar en ouder vanaf 2004, methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014



	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17
Laag	33,6	31,3	30,7	27,2	29,7	32,3	26,3	27,4	24,1	25,1	25,3	26,1	25,1	22,8
Middelbaar	27,5	27,6	27,0	25,8	25,3	24,9	23,1	23,4	21,7	21,3	22,6	21,5	21,5	20,6
Hoog	16,2	15,0	15,2	13,8	13,4	12,6	13,0	12,2	10,7	11,1	11,0	11,6	9,7	8,7

Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaaropgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Migratieachtergrond

Er wordt vaker gerookt onder mensen met een (Westerse of niet-Westerse) migratieachtergrond dan onder mensen met een Nederlandse achtergrond (zie tabel 12.2.2).

- Volwassenen met een niet-Westerse migratieachtergrond roken vaker (dagelijks of niet-dagelijks) dan volwassenen met een Nederlandse achtergrond of Westerse migratieachtergrond.
- Dagelijks roken komt onder zowel volwassenen met een niet-Westerse als Westerse migratieachtergrond vaker voor dan onder volwassenen met een Nederlandse achtergrond.

- Bij alle drie de groepen nam het percentage rokers (dagelijks en niet-dagelijks) en dagelijkse rokers tussen 2014 en 2017 af (tabel 12.2.2). De daling bij de mensen met een niet-Nederlandse achtergrond is bijna even groot als bij bevolkingsgroepen met een migratieachtergrond.

Tabel 12.2.2 Percentage rokers naar migratieachtergrond in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaren 2017 en 2014

	Roken (%)		Dagelijks roken (%)	
	2017	2014	2017	2014
Nederlandse achtergrond	22,3	24,8	16,5	18,6
Westerse achtergrond	26,1	30,1	19,7	24,6
Niet-Westerse achtergrond	25,5	28,6	19,9	23,3

Percentage personen dat rookt (dagelijks en niet-dagelijks) en dagelijks rookt. Een persoon heeft een Westerse migratieachtergrond als hij zelf of één van de ouders is geboren in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Indonesië of Japan [5]. Als een persoon of één van de ouders in een ander land is geboren, heeft deze persoon volgens de definitie van CBS een niet-Westerse migratieachtergrond. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos- instituut, 2017.

Stedelijkheid

Roken en dagelijks roken komt het vaakst voor in grote steden (zie tabel 12.2.3). Onder alle gebieden is een daling zichtbaar in roken en dagelijks roken ten opzichte van 2014.

Tabel 12.2.3 Percentage rokers naar stedelijkheid woonplaats, 18+. Peiljaar 2017

	Roken (%)	Dagelijks roken (%)
(zeer) Sterk stedelijk	25,2	18,3
Matig stedelijk	20,2	15,6
Weinig/niet stedelijk	20,6	16,0

Percentage personen dat rookt (dagelijks en niet-dagelijks) en dagelijks rookt. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

Mate van gebruik

Aantal sigaretten

Het merendeel van de (dagelijks en niet-dagelijks) rokers (91,4%) rookt sigaretten uit een pakje of zelf-gerolde sigaretten. Gemiddeld rookten zij 10,2 sigaretten per dag (zie tabel 12.2.4).

- Laagopgeleiden, 40-74-jarigen, volwassenen met een Westerse migratieachtergrond en dagelijks sigarettenrokers roken de meeste sigaretten per dag. Er zijn geen verschillen naar geslacht of stedelijkheid.
- Het gemiddeld aantal gerookte sigaretten per dag is bijna niet veranderd sinds 2014 (10,8).

Tabel 12.2.4 Gemiddeld aantal sigaretten per dag per roker onder rokers van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2017

	Gemiddeld aantal sigaretten per dag	Range
Totaal 18+	10,2	0-65
Mannen	10,4	0-65
Vrouwen	9,9	0-58

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos- instituut, 2017.

Zwaar roken

Een zware roker is een persoon die 20 of meer sigaretten en/of shagjes per dag rookt. In 2017 was 3,6% van de bevolking van 18 jaar en ouder een zware roker (zie tabel 12.2.5).

- Omgerekend naar de bevolking van 18 jaar en ouder komt dit neer op naar schatting 479 duizend zware rokers (95% betrouwbaarheidsinterval: 419 duizend tot 540 duizend). Het gaat om naar schatting 283 duizend mannen en 196 duizend vrouwen.
- In 2001 lag het percentage zware rokers in de bevolking op 9,8%. Op langere termijn bezien is het percentage zware rokers gedaald. Sinds 2014 is het percentage zware rokers echter stabiel gebleven.
- Onder de volwassen rokers lag in 2017 het percentage zware rokers op 15,5% (zie tabel 12.2.5). In 2009 was dit 23% en in 2000 was 35% van de rokers een zware roker. Hoewel de gegevens uit 2016, 2009 en 2001 niet direct met elkaar vergeleken mogen worden vanwege de methodebreuken, lijkt het er wel op dat het fenomeen 'kettingroken' steeds minder voorkomt.
- Zwaar roken komt het meest voor onder laagopgeleiden, 40-74 jarigen en mensen met een Westerse migratieachtergrond. Er zijn geen verschillen naar geslacht en stedelijkheid.
- Dagelijks rokers zijn vaker zware rokers (20,6%) dan niet-dagelijks rokers (0,5%).

Tabel 12.2.5 Percentage zware rokers onder de bevolking van 18 jaar en ouder en onder rokers van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2017

		Onder de bevolking (%)	Onder de rokers (%)
Totaal 18+		3,6	15,5
	Mannen	4,3	15,8
	Vrouwen	2,9	15,0
Leeftijdsgroepen			
	18-19 jaar	0,6	2,6
	20-24 jaar	2,5	7,8
	25-29 jaar	2,1	7,4
	30-39 jaar	3,4	12,8
	40-49 jaar	5,2	20,3
	50-64 jaar	4,8	20,4
	65-74 jaar	3,3	21,4
	75 jaar en ouder	0,8	9,2

Zwaar roken: 20 of meer sigaretten/shagjes per dag. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos- instituut, 2017.

Regionale verschillen in roken

In 2016 is de tweede gezamenlijke Gezondheidsmonitor van de GGD'en, het CBS en het RIVM gehouden onder volwassenen van 19 jaar en ouder[1].

- Het percentage rokers is niet gelijk verdeeld over Nederland. In enkele verstedelijkte gebieden in de Randstad (GGD-regio Rotterdam-Rijnmond en GGD-regio Amsterdam) en de landelijke GGD-regio's in het noorden (Groningen en Drenthe) van het land wordt het meest gerookt. Dit zijn GGD-regio's waarin het aandeel volwassenen met een laag inkomen het grootst is.
- Het percentage rokers is het hoogst in de GGD-regio Amsterdam (25,4%). In de regio Gooi- en Vechtstreek wordt het minst gerookt (17,3%).

Elektronische sigaret en waterpijp

In 2017 gebruikte 3,1% van de volwassenen van 18 jaar en ouder (wel eens) de e-sigaret (zie tabel 12.2.6). Met name 'reguliere' rokers gebruiken de e-sigaret.

- Een e-sigaret is een apparaat dat werkt via verhitting van een zogenaamde 'e-vloeistof' in plaats van verbranding van tabak (of een andere stof). Het 'roken' van een e-sigaret noemt men vapen of dampen. In Nederland valt de e-sigaret met nicotine vanaf 20 mei 2016 onder de Tabaks- en rookwarenwet en vanaf 1 juli 2017 geldt ook de leeftijdsgrens van 18 jaar en een reclameverbod voor de elektronische sigaret zonder nicotine (EZN) (zie § 2.2).
- De e-sigaret wordt het minst vaak gebruikt door hoogopgeleiden, mensen van 75 jaar en ouder en mensen in matig of weinig stedelijke gebieden. Er zijn geen verschillen naar geslacht en migratieachtergrond.
- Van de rokers van conventionele tabaksproducten gebruikt 10,0% wel eens een e-sigaret. De meeste e-sigaret dampers (74,8%) roken ook conventionele sigaretten (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017).
- Een minderheid (12%) van de dampers gebruikt de e-sigaret dagelijks (LSM-A Middelen, 2016).
- Volwassenen met een niet-Westerse migratieachtergrond gebruiken vaker de e-sigaret dan volwassenen met een Nederlandse achtergrond. Er is geen verschil naar stedelijkheid.
- Uit de Leefstijlmonitor- Aanvullend uit 2016 (LSM-A, bijlage D.2) blijkt dat 5,8% van de bevolking van 18 jaar en ouder wel eens een waterpijp gebruikt, terwijl 9,4% dat in het verleden ooit heeft gedaan, maar nu niet meer. Het gebruik van de waterpijp is in 2017 niet uitgevraagd.

Tabel 12.2.6 Percentage e-sigaret gebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2017

	E-sigaret gebruikers (%)
Totaal 18+	3,1
Mannen	3,3
Vrouwen	2,9

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos- instituut, 2017.

1 https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM

Meeroken

Ruim één op de zes (15,8%) volwassenen van 18 jaar en ouder die zelf niet roken wordt dagelijks *binnen* blootgesteld aan tabaksrook van anderen (zie tabel 12.2.7).

- Het percentage niet-rokende volwassenen dat dagelijks binnen wordt blootgesteld aan tabaksrook van anderen is gedaald ten opzichte van 2014 (17,7%).
- Onder vrouwen, ouderen en hoogopgeleiden komt binnen meeroken het minst voor.

Tabel 12.2.7 Percentage niet-rokende volwassenen van 18 jaar en ouder dat binnen meerookt. Peiljaar 2017

	Blootgesteld aan tabaksrook van anderen (%)
Totaal 18+	15,8
Man	17,8
Vrouw	14,0

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos- instituut, 2017.

Speciale groepen in de algemene bevolking

Zwangeren

In de Monitor Zwangerschap en Middelengebruik is het middelengebruik voor, tijdens en na de zwangerschap beschreven. Aan dit onderzoek deden 1858 Nederlandse moeders mee die het consultatiebureau bezochten met een kind van 0-4 jaar in november en december 2016 (Tuithof, Siauw, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2017).

- In de vier weken voor de zwangerschap rookte 17% van de moeders. Tijdens de zwangerschap daalde het percentage: 9% van de moeders had op enig moment tijdens de zwangerschap gerookt. Na de zwangerschap stijgt de prevalentie van roken weer: 13% van de moeders heeft in de vier weken voor het onderzoek gerookt.
- Met name jongere moeders (18-24 jaar), moeders met een laag of middelbaar opleidingsniveau en moeders die zonder partner wonen hadden vaker op enig moment tijdens de zwangerschap gerookt. Er waren geen verschillen als het gaat om etnische achtergrond en stedelijkheid.
- Bij alle opleidingsniveaus is hetzelfde patroon zichtbaar: het percentage rokers is het hoogst voor de zwangerschap en het laagst tijdens de zwangerschap. Verder bleek dat 15% van de laagopgeleide moeders gedurende de gehele zwangerschap is blijven roken, 7% van de middelbaar opgeleide moeders en 0,8% van de hoogopgeleide moeders. Deze drie groepen verschillen significant van elkaar (Tuithof, Siauw, et al., 2017). Zie verder § 12.5 (stoppen met roken onder rokende zwangere vrouwen).

Mensen met psychische stoornissen

Mensen met psychische stoornissen (inclusief verslaving) roken meer en vaker dan gemiddeld: het percentage rokers ligt naar schatting twee tot vier keer zo hoog als in de algemene bevolking. Roken is een belangrijke oorzaak voor de aanzienlijk kortere levensverwachting in deze groep. Voor mensen met een stemmingsstoornis zijn gegevens uit de studie NEMESIS 2007-2009 in de algemene bevolking van 18-64 jaar beschikbaar (Monshouwer, Blankers, Van der Meer, & Van Laar, 2017).

- Bijna de helft (46%) van de Nederlanders met een depressie rookt. Dat zijn ongeveer 1,5 maal zoveel rokers vergeleken met de algemene bevolking van 18-64 jaar (32%).
- Omgekeerd blijkt ook dat onder rokers een depressieve stoornis vaker voorkomt. Rokers hebben twee keer vaker te kampen hebben met een depressie (in het jaar voorafgaand aan het onderzoek) vergeleken met niet-rokers (8% versus 4%).

- Mensen met een depressie leven gemiddeld 7 tot 11 jaar korter dan de algemene bevolking. Geschat wordt dat de helft van deze verhoogde sterfte is toe te schrijven aan de gevolgen van roken.
- De relatie tussen roken en depressie is complex. Voor een deel wordt deze relatie verklaard door gemeenschappelijke risicofactoren, zoals werkloosheid, stress of bepaalde genen, die onafhankelijk zowel de kans op een depressie als roken vergroten. 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 later te gaan roken.
- Een depressie lijkt ook bij te dragen aan het in stand houden van het roken, mensen met een depressie zijn namelijk minder succesvol in het stoppen met roken dan mensen zonder een depressie. Er zijn géén aanwijzingen dat stoppen of minderen met roken het beloop van een depressie ongunstig beïnvloedt. Integendeel, het risico op een depressie lijkt juist af te nemen.

12.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

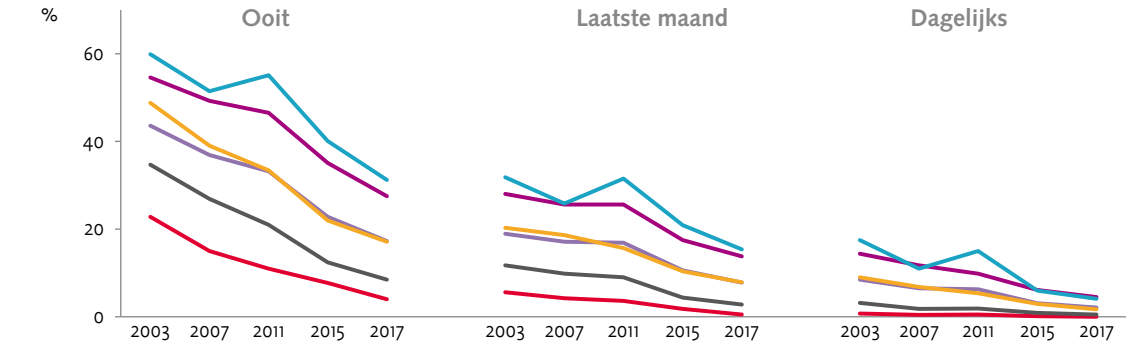
In dit Jaarbericht worden op basis van twee langlopende onderzoeken primair gegevens gepresenteerd voor scholieren van 12-16 jaar (zie bijlage D.7). Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen in groep zeven en acht van het basisonderwijs en op reguliere middelbare scholen ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt via het landelijke Peilstationsonderzoek scholieren. De laatste peiling werd in 2015 verricht (Van Dorsselaer et al., 2016). De Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie, uitgevoerd door de Universiteit Utrecht, het Trimbos-instituut en het Sociaal en Cultureel Planbureau, verzamelt onder auspiciën van de WHO gegevens over gezondheidsgedrag, waaronder rookgedrag, onder schoolgaande jongeren van 11-16 jaar. Nederland heeft in 2001, 2005, 2009, 2013 en 2017 deelgenomen. De onderwerpen en vraagstellingen in beide studies overlappen deels. In 2017 is een deel van de HBSC-data op eenzelfde wijze verzameld als bij de Peilstationsonderzoeken, zodat de uitkomsten in één figuur naast elkaar gezet kunnen worden (figuur 12.3.1).

Scholieren van het regulier onderwijs

Trends 2017

- Het (dagelijks) roken onder jongeren steeg sinds eind jaren tachtig tot midden jaren negentig en vertoont sindsdien een dalende trend. Figuur 12.3.1 laat zien dat de dalende trend onder scholieren van 12-16 jaar die tussen 2011 en 2015 waarneembaar was, zich in 2017 heeft voortzet (Van Dorsselaer et al., 2016) (G Stevens et al., 2018).
- Het aantal scholieren tussen 12 en 16 jaar dat de afgelopen maand heeft gerookt daalde tussen 2011 en 2015 van 17% naar 11%. In 2017 was dat verder gedaald naar 8%.
- Tussen 2003 en 2015 vond er bijna een halvering plaats van het percentage scholieren dat ooit gerookt had: van 44% naar 23%. Het percentage dagelijkse rokers halveerde tussen 2011 en 2015. In 2017 daalde het percentage van de 12-16 jarige scholieren dat ooit had gerookt verder naar 17%. Het percentage dagelijkse rokers daalde naar 2%.

Figuur 12.3.1 Roken onder scholieren van 12-16 jaar, ooit, laatste maand en dagelijks, 2003-2017



	Ooit					Laatste maand					Dagelijks				
	2003	2007	2011	2015	2017	2003	2007	2011	2015	2017	2003	2007	2011	2015	2017
Totaal	43,6	36,9	33,2	22,8	17,3	18,9	17,1	16,9	10,6	7,8	8,5	6,5	6,3	3,1	2,1
12 jaar	22,8	15,0	11,0	7,7	4,0	5,6	4,2	3,6	1,8	0,5	0,7	0,4	0,5	0,1	0,0
13 jaar	34,7	26,9	21,0	12,4	8,5	11,7	9,8	9,0	4,4	2,8	3,2	1,8	1,9	0,9	0,5
14 jaar	48,8	39,0	33,4	22,0	17,1	20,3	18,6	15,7	10,4	7,9	9,0	6,8	5,4	2,9	1,7
15 jaar	54,6	49,3	46,5	35,1	27,5	28,0	25,6	25,6	17,5	13,8	14,4	11,7	9,8	6,1	4,5
16 jaar	59,9	51,5	55,1	40,1	31,2	31,8	25,8	31,5	20,9	15,4	17,5	11,0	15,0	6,0	4,1

Percentage rokers ooit, laatste maand en dagelijks. Bronnen: Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011); Peilstationsonderzoek Scholieren/ Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015; HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, SCP i.s.m. RIVM, 2017.

Leeftijd, geslacht en etniciteit

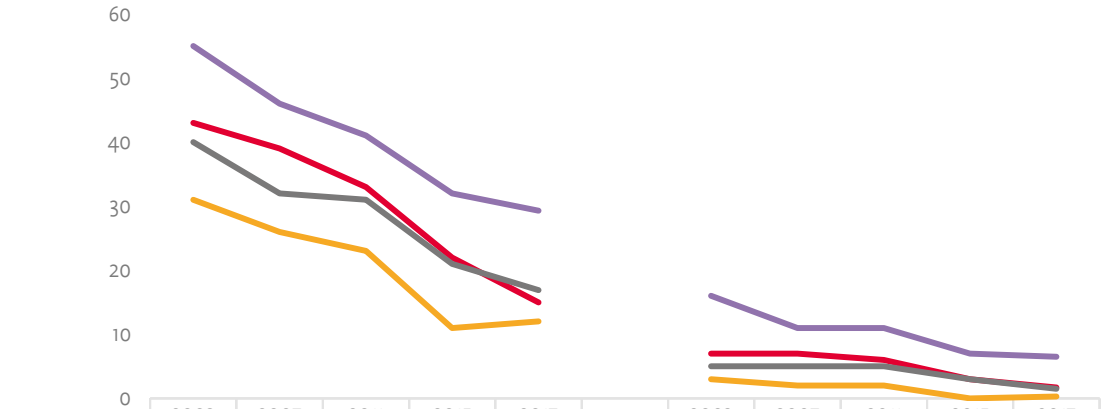
Met roken wordt al vroeg begonnen.

- In alle onderzoeksjaren is er een groot verschil te vinden tussen 12- en 16-jarigen in de mate waarin ooit, maandelijks of dagelijks wordt gerookt (figuur 12.3.1).
- De grootste stijging van jongeren die beginnen met roken en regelmatig, maar niet dagelijks roken, lijkt tussen het 14de en 16de levensjaar te liggen. Het percentage dagelijkse rokers lijkt tussen het 15de en 16de jaar niet veel meer te stijgen (figuur 12.3.1).
- De daling tussen 2011 en 2017 in het percentage ooit en laatste maand rokers deed zich in alle leeftijdsgroepen voor. In 2017 rookte 4% van de 16-jarige scholieren dagelijks. In 2011 rookte 15% van de 16-jarigen dagelijks (figuur 12.3.1).
- Uit de Peilstationsonderzoeken komt naar voren dat jongens en meisjes niet significant verschillen wat betreft ooit, laatste maand of dagelijks roken (Van Dorsselaer et al., 2016). Uit het HBSC2017 onderzoek blijkt dat jongens significant vaker roken dan meisjes (Stevens et al., 2018).
- Het percentage scholieren dat ooit of in de afgelopen maand heeft gerookt is het laagst onder Marokkaanse scholieren. Verschillen tussen de andere groepen scholieren zijn verder relatief klein.

Schoolniveau

De daling in roken in het afgelopen decennium deed zich voor op alle schoolniveaus maar er zijn nog steeds forse verschillen tussen de schoolniveaus.

Figuur 12.3.2 Trends in roken (ooit in het leven en dagelijks roken) naar schoolniveau (in %).



	Ooit					Dagelijks				
	2003	2007	2011	2015	2017	2003	2007	2011	2015	2017
VMBO-b	55	46	41	32	29	16	11	11	7	7
VMBO-t	43	39	33	22	15	7	7	6	3	2
HAVO	40	32	31	21	17	5	5	5	3	2
VWO	31	26	23	11	12	3	2	2	0	0

Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015. Tuithof et al., 2017b. HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, SCP i.s.m. RIVM, 2017.

- In 2003 had 44% van de leerlingen van 12-16 jaar ooit in het leven gerookt (lifetime prevalentie) en dit percentage was in 2015 significant gedaald naar 22,8% (Tuithof et al., 2017b). Na uitsplitsing naar schoolniveau is te zien dat de lifetime prevalentie van roken op alle schoolniveaus ongeveer even sterk is gedaald (figuur 12.3.2). Zowel in 2003 als in 2015 hebben leerlingen op het VMBO-b het vaakst ooit gerookt en leerlingen op het VWO het minst vaak. In 2017 heeft de dalende trend doorgezet, behalve bij de VWO-leerlingen (figuur 12.3.1).
- De prevalentie van dagelijks roken is in de periode 2003 - 2017 afgenomen van 8 naar 2% (figuur 12.3.1). De daling blijkt op alle schoolniveaus significant (figuur 12.3.2), maar de absolute daling op het VMBO-b is sterker dan op de andere drie schoolniveaus. Toch roken leerlingen van het VMBO-b in 2017 nog altijd veel vaker dagelijks (Tuithof, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2017) (Stevens et al., 2018).

Elektronische sigaret en waterpijp

- In 2017 gaf in het basisonderwijs (groep 8) al 6% van de leerlingen aan wel eens met de e-sigaret geëxperimenteerd te hebben (Stevens et al., 2018).
- Meer jongeren hadden in 2017 ervaring met een e-sigaret dan een gewone sigaret. In 2017 gaf 28% van de 12-16-jarige scholieren aan ooit in het leven een e-sigaret te hebben gebruikt. Meer jongens (33%) dan meisjes (22%) hebben ooit de e-sigaret gebruikt (figuur 2.3.1en tabel 12.3.1).
- Het experimenteren met de e-sigaret stijgt snel met de leeftijd. Van de 15-jarigen had 39% wel eens een e-sigaret gebruikt. Daarna lijkt het ooit-gebruik iets af te nemen, maar de verschillen tussen de leeftijdsgroepen zijn niet significant (Stevens et al., 2018).
- Maar weinig jongeren gebruiken de e-sigaret met regelmaat. Van de scholieren die wel eens een e-sigaret hebben gebruikt, gebruikt 2% de e-sigaret dagelijks en 3% wekelijks.
- Van de e-sigaret dampende scholieren geeft 24% aan meestal of altijd een e-sigaret met nicotine te gebruiken, 23% doet dat soms.

Tabel 12.3.1 Ooitgebruik (%) van elektronische sigaretten door 12-16-jarige scholieren, naar leeftijd en geslacht. Peiljaar 2017

	Jongens in VO	Meisjes in VO	Totaal in VO	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
E-sigaret	32,5	22,3	27,5	13,1	19,2	30,6	39,4	36,2

VO = voortgezet onderwijs. Bron: HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, SCP i.s.m. RIVM, 2017

- Ongeveer evenveel scholieren hebben ervaring hebben met het roken van een waterpijp (18%) als met het roken van sigaretten (17%)(tabel 12.3.2).
- Van de 12-16-jarige scholieren rookten jongens (22%) significant vaker waterpijp dan meisjes (15%) (tabel 12.3.2).
- Niet gemeten is hoe vaak (en hoeveel per keer) de scholieren waterpijp roken.

Tabel 12.3.2 Ooitgebruik van waterpijp door 12-16-jarige scholieren, naar leeftijd en geslacht. Peiljaar 2017

	Jongens in VO	Meisjes in VO	Totaal in VO	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
Waterpijp	21,6	15,0	18,4	7,3	10,0	17,5	28,9	30,1

VO = voortgezet onderwijs. Bron: HBSC/Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, SCP i.s.m. RIVM, 2017

Opvattingen van ouders over gebruik van tabak en e-sigaret

Resultaten uit de oudermodule van het Peilstationsonderzoek 2015 laten het volgende beeld zien (Van Dorsselaer et al. 2016):

- Steeds minder ouders van scholieren in het voortgezet onderwijs geven aan te roken in het bijzijn van hun kind, het percentage daalde geleidelijk van 30% in 2009 naar 21% in 2015. Daarnaast steeg het percentage ouders dat aangaf dat roken in huis niet is toegestaan in de periode 2009-2015 van 67% naar 90%. Meer jongeren groeien dus thuis 'rookvrij' op.
- De grote meerderheid van de ouders geeft aan dat zij gemakkelijk met hun kind kunnen praten over roken (96%) en strenge regels stellen met betrekking tot roken door hun kind (81%). Veel minder ouders hebben er vertrouwen in dat zij er voor kunnen zorgen dat hun kind niet gaat roken (59%).
- Bijna driekwart van de ouders geeft aan dat af en toe roken voor jongeren onder de 16 jaar schadelijk is en 69% voor jongeren onder de 18 jaar.
- Bijna alle ouders vinden een rookvrije school belangrijk (97%).
- Er zijn grote verschillen tussen rokende en niet-rokende ouders. Ouders die zelf roken zijn minder positief over de verhoging van de leeftijdsgrens in 2014 voor de verkoop van tabak, hebben minder vaak een niet-roken beleid in hun huis en zijn minder streng wat betreft het roken door hun kind. Ook denken zij minder vaak dat roken en meeroken door jongeren schadelijk is.
- Ruim 80% van de ouders stelt strenge regels met betrekking tot het gebruik van de e-sigaret door hun kind. Er is hierin een groot verschil tussen ouders die zelf een e-sigaret gebruiken (66%) en ouders die dat niet doen (84%).
- Twee derde van de ouders denkt dat af en toe een e-sigaret gebruiken schadelijk is voor jongeren.

Rol van risicoperceptie van roken en het stellen van regels door ouders

In het Peilstationsonderzoek 2015 onder scholieren is ook onderzoek gedaan naar de risicoperceptie van roken en de rol van de ouders volgens de jongeren zelf (Tuithof, Van Dorsselaer, et al., 2017).

Risicoperceptie is gemeten door aan scholieren te vragen of zij denken dat het nogal of erg schadelijk is om af en toe of dagelijks te roken.

- Van de leerlingen die géén schadelijkheid veronderstellen, rookt 14% in de afgelopen maand. Van de leerlingen die wél schadelijkheid veronderstellen rookt 4%.
- In 2015 is de risicoperceptie van dagelijks roken significant lager bij VMBO-b leerlingen (82%) dan bij respectievelijk VMBO-t (91%), HAVO (94%) en VWO (97%) leerlingen.
- Leerlingen waarvan de ouders strenge regels stellen, roken minder vaak dan leerlingen waarvan de ouders geen strenge regels stellen: 33% van de leerlingen die géén strenge regels rapporteerden rookte in de afgelopen maand, tegenover 5% van de leerlingen die wél strenge regels rapporteerden.

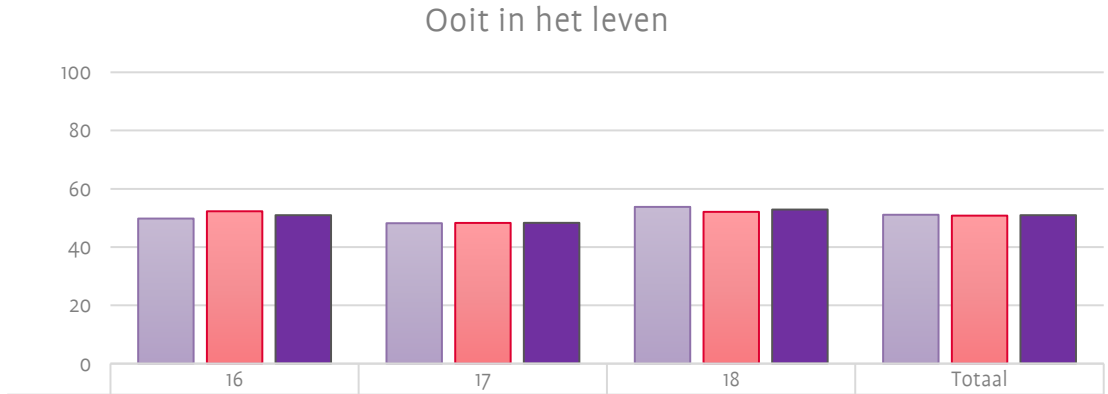
In de HBSC 2017 studie is aan de scholieren gevraagd of hun ouders regels met betrekking tot roken stellen (Stevens et al., 2018).

- Van de scholieren geeft 85% aan dat zij niet mogen roken van hun ouders en dat er thuis zeker niet binnen gerookt mag worden.
- Jongere scholieren geven vaker aan dat de ouders strenge rookregels stellen dan oudere scholieren. In de periode 2009-2017 is het percentage jongeren dat aangeeft zeker niet te mogen roken van hun ouders gestegen van 71 naar 87%.

Studenten van het MBO en HBO

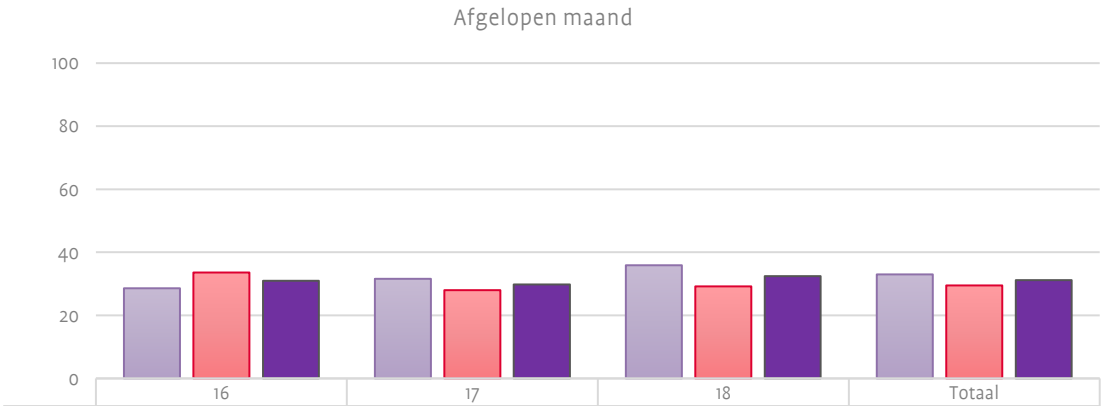
In 2015 is het gebruik van tabaksproducten en andere rookwaar ook gemeten onder ongeveer 3000 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO (Verdurmen et al., 2016). In 2015 heeft ruim de helft van de 16-18-jarige MBO en HBO studenten ooit gerookt, een derde heeft de afgelopen maand nog gerookt en bijna één op de vijf (18%) rookte dagelijks.
In 2017 is deze survey herhaald in een landelijk onderzoek onder ongeveer 4.000 studenten van het MBO en het HBO (Middelenmonitor MBO-HBO, 2017).

Fig. 12.3.3 Ooitgebruik MBO/HBO-studenten (roken)



	16	17	18	Totaal
Jongens	49,8	48,2	53,8	51,1
Meisjes	52,3	48,3	52,1	50,8
Totaal	51,0	48,3	52,9	51,0

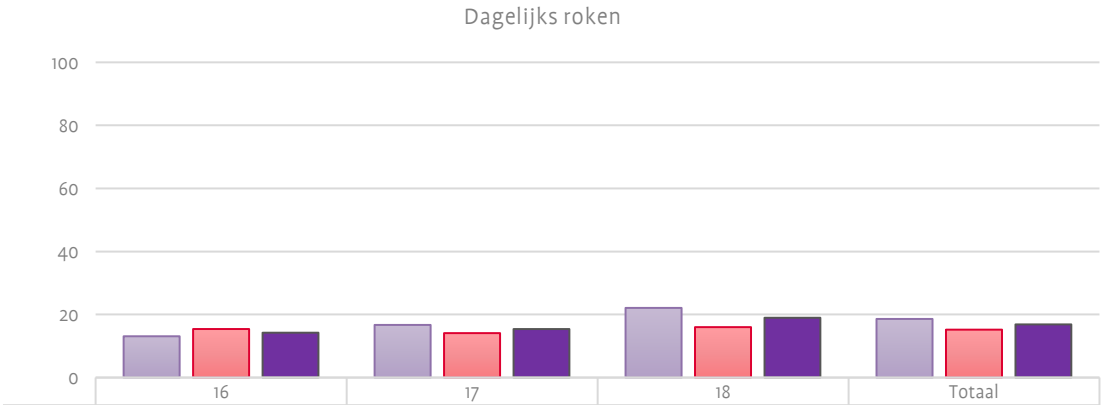
Fig. 12.3.4 Laatste maand gebruik MBO/HBO-studenten (roken)



	16	17	18	Totaal
Jongens	28,6	31,6	35,9	33,0
Meisjes	33,6	28,0	29,2	29,5
Totaal	31,0	29,8	32,4	31,2

Bron: Middelenmonitor MBO-HBO, 2017

Fig. 12.3.5 Dagelijks roken MBO/HBO-studenten



	16	17	18	Totaal
Jongens	13,1	16,7	22,1	18,6
Meisjes	15,4	14,1	16,0	15,2
Totaal	14,2	15,4	19,0	16,9

Bron: Middelenmonitor MBO-HBO, 2017

- In 2017 heeft 51% van de 16-18-jarige MBO/HBO-studenten ooit gerookt, 31,2% heeft de afgelopen maand gerookt en bijna 17% rookt dagelijks (zie figuren 12.3.4, 12.3.5 en 12.3.6). Deze cijfers wijken weinig af van die van 2015.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen wordt naar verhouding meer gerookt dan in de gemiddelde bevolking of onder scholieren van het reguliere onderwijs. Het gaat hierbij onder meer om uitgaande jongeren en jongvolwassenen en kwetsbare groepen, zoals jongeren in de jeugdzorg en jongeren in justitiële jeugdinrichtingen. De cijfers uit deze (landelijke en lokale) studies zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor de vergelijkbaarheid van de resultaten zeer beperkt is. De uitkomsten geven wel een indicatie van het middelengebruik in deze groep.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Verschillende uitgaansonderzoeken suggereren dat roken in deze groep veel voorkomt, vaker dan in de algemene bevolking. Wel lijkt er sprake te zijn van een kleiner aandeel dagelijkse rokers. In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is via een web-survey het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. Twee vijfde (39%) van de deelnemers bezocht maandelijks een club en nog eens een vijfde (18%) deed dit wekelijks. Party's werden minder vaak bezocht; 60% deed dit in het afgelopen jaar minder dan maandelijks (Monshouwer, Van der Pol, Drost, & Van Laar, 2016). De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016 (zoals uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur). De resultaten zijn daarom niet rechtstreeks te vergelijken met die van een peiling in 2013 (zie bijlage D.3).

- In 2016 had 80% van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen ooit gerookt, 69% rookte nog in het afgelopen jaar en meer dan de helft van de HGU2016 deelnemers (58%) had in de afgelopen maand gerookt.
- Bijna de helft (47%) van de rokers in dit onderzoek had in het afgelopen jaar dagelijks of bijna dagelijks gerookt, 17% rookte (een paar keer) per week; 12% rookte (een paar keer) per maand, 20% rookte een (paar) keer per jaar.
- Op een uitgaansdag wordt meer gerookt (gemiddeld 12 sigaretten) dan op een dag dan men niet uitgaat (gemiddeld 8 sigaretten).
- Drie kwart (76%) van de deelnemers had ervaring met het roken van een waterpijp, een derde rookte in het afgelopen jaar nog waterpijp en 7% in de afgelopen maand. Bijna de helft van de waterpijprokers (45%) rookte één keer, 42% rookte enkele keren en 13% rookte maandelijks of vaker waterpijp.
- Ongeveer een kwart (24%) had ooit wel eens een e-sigaret gebruikt; een op de tien (11%) in het afgelopen jaar en 4% in de afgelopen maand.

De Amsterdamse Antenne-monitor peilt (bijna) jaarlijks het rookgedrag onder verschillende groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen.

- Onder jongeren en jongvolwassenen die mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés bezoeken in Amsterdam had in 2014 60% in de afgelopen maand gerookt (Benschop, Nabben, & Korf, 2015). De peiling in 2015 liet nog hogere percentages zien onder coffeeshopbezoekers (Nabben, Luijk, Benschop, & Korf, 2017). Van deze coffeeshopbezoekers rookte 74% wel eens tabak en van deze groep rookte 60% dagelijks. De e-sigaret werd door 9% van de coffeeshopbezoekers in de afgelopen maand en door 27% in het afgelopen jaar gebruikt.
- In 2017 werd een survey gehouden onder een grotendeels representatieve steekproef uitgaanders (clubbers en festivalgangers) in Amsterdam (Nabben, Luijk, & Korf, 2018). De meerderheid van de uitgaanders heeft ooit gerookt (89%) en 61% heeft in de laatste maand gerookt. In de groep laatste-maand-rokers is 37% een dagelijkse roker. Van de totale groep uitgaanders is bijna een kwart (23%) dagelijks roker. Bijna de helft (49%) van de uitgaanders rookt voor, tijdens en/of na het uitgaan. Uitgaanders tot 24 jaar roken vaker dan oudere uitgaanders.
- De afgelopen 15 jaar is het aandeel laatste-maand-rokers onder de uitgaanders ongeveer gelijk gebleven. In die periode is het aandeel dagelijkse rokers verminderd.
- Onder de Amsterdamse uitgaanders heeft 21% ooit een e-sigaret met nicotine gebruikt en 75% een waterpijp met nicotine. De cijfers over het laatste maand gebruik liggen dicht bij elkaar: de e-sigaret is door 4,2% van de uitgaanders gebruikt en de waterpijp door 4,9%.
- In de regio Gooi- en Vechtstreek, waar in 2017 ook een Antenne-onderzoek is uitgevoerd onder iets jongere uitgaanders, wordt meer gerookt door de uitgaanders dan in Amsterdams: 66% rookt in de afgelopen maand en 31% is een dagelijks roker (Luijk et al., 2018).

Uit een Haags onderzoek naar het uitgaansgedrag van jongeren tot en met 35 jaar blijkt dat de uitgaande jongeren ongeveer twee zo vaak roken als de algemene bevolking in dezelfde leeftijdsgroep.

- Drie kwart (75%) van de stappers had in het afgelopen jaar gerookt en 65% in de afgelopen maand. Ruim een derde (35%) rookte dagelijks (Van Dijk & Reinerie, 2015).

Kwetsbare groepen

In Antenne 2012 is het tabaksgebruik van jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg (inclusief residentieel) onderzocht (Benschop, Nabben, & Korf, 2013).

- Onder 16-17 jarige jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg heeft 46% de afgelopen maand gerookt. Dat is meer dan onder 16-17 jarige scholieren in Amsterdam (37%), maar het verschil is niet significant.
- Bij de 14-15 jarigen scoort de jeugdzorg veel hoger: 55% van de jongeren in de jeugdzorg heeft ooit gerookt, vergeleken met 26% van de scholieren. Bij de laatste-maand-gebruikers is het verschil nog groter (respectievelijk 34% en 11%).

12.4 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

In opdracht van de Europese Commissie heeft TNS Opinion & Social in 2017 een speciale survey uitgevoerd om de prevalentie van tabaksgebruik en de houding van de Europese burgers ten aanzien van tabak te peilen: de Special Eurobarometer 458 (N=27.901). In de bevolking van 15 jaar en ouder werd gekeken naar het percentage dat rookt ('I currently smoke'), het percentage dat gestopt is met roken en het percentage dat nooit gerookt heeft (tabel 12.4.1). (European Commission, 2017). In 2006, 2009, 2012 en 2014 zijn soortgelijke surveys uitgevoerd. Voordeel van deze peiling is de vergelijkbaarheid van onderzoeksmethode tussen de meetjaren en landen. Per land wordt echter een klein aantal (ongeveer 1.000 personen) ondervraagd. Deze kleine aantallen leiden tot onzuiverder schattingen. Ook zijn er vaak verschillen in de methode van dataverzameling tussen nationale surveys en de Eurobarometer(Bogdanovica, Godfrey, McNeill, & Britton, 2011).

- Van de EU-15 scoort Griekenland het hoogst met 37% huidige rokers. Zweden scoort het laagst met 7% rokers. Nederland bevindt zich met 19% rokers in de groep landen met de minste rokers.
- Tussen 2014 en 2017 daalde het percentage rokers in negen van de EU-15 landen. De daling was het grootst in België (-6%), het Verenigd Koninkrijk (-5%), Nederland (-5%) en Denemarken (-4%). In Frankrijk (+4%), Italië (+3%), Oostenrijk (+2%), Portugal (+1%) en Finland (+1%) daarentegen steeg het aantal rokers.
- In de EU-15 ligt het percentage ex-rokers het hoogst in Zweden (41%), Denemarken (33%) en Nederland (32%). Ierland (63%), Italië (62%), Portugal (60%) en het Verenigd Koninkrijk (60%) hebben de hoogste percentages nooit-rokers.
- 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%.
- Van de Europese rokers (EU-28) die deelnamen aan de Eurobarometer rookt 90% dagelijks. Gemiddeld roken die dagelijkse rokers 14 sigaretten per dag, maar er zijn duidelijk verschillen tussen de landen. In Oostenrijk rookten dagelijkse rokers gemiddeld 18,4 sigaretten per dag en in Zweden waren dat 10,4 sigaretten.

In de Special Eurobarometer 458 is ook naar het gebruik van elektronische sigaretten gevraagd.

- In de EU-28 heeft gemiddeld 84% nog nooit een e-sigaret gebruikt. Nederland zit met 85% vlak bij dat gemiddelde.

- Van de Nederlanders is 2% een regelmatige damper. Tien procent heeft één of twee maal de e-sigaret gebruikt (European Commission, 2017).

Tabel 12.4.1 Percentage rokers, ex-rokers en nooit-rokers van 15 jaar en ouder in de EU-15, geordend naar percentage rokers in 2017. Peiljaren 2009, 2012, 2014 en 2017

	Rokers (%)[1]				Ex-rokers (%)				Nooit gerookt (%)			
Land	2009	2012	2014	2017	2009	2012	2014	2017	2009	2012	2014	2017
Griekenland	42	42	38	37	14	16	18	19	44	44	44	44
Frankrijk	33	28	32	36	26	24	22	22	41	48	46	42
Spanje	35	33	29	28	21	22	19	22	44	45	52	50
Oostenrijk	34	33	26	28	23	20	17	19	43	47	57	53
Portugal	23	23	25	26	13	15	12	14	64	62	63	60
Duitsland	25	26	27	25	26	26	22	21	44	45	52	52
Italië	26	24	21	24	16	13	16	14	57	62	63	62
Luxemburg	25	27	21	21	22	22	22	22	53	50	57	57
Finland	21	25	19	20	27	22	24	29	52	53	57	51
België	30	27	25	19	21	20	19	24	49	52	56	57
Denemarken	29	26	23	19	31	31	30	33	40	43	47	48
Ierland	31	29	21	19	20	19	19	18	49	52	59	63
Nederland	24	24	23	19	33	31	31	32	43	45	46	49
VK	28	27	22	17	25	26	19	22	47	47	59	60
Zweden	16	13	11	7	31	30	35	41	53	57	53	52

I. Percentage respondenten dat positief reageert op het item 'I currently smoke'. Bron: Special Eurobarometer 458, EC, TNS Opinion and Social.

Jongeren

De European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)-onderzoeken maken een lange termijn vergelijking mogelijk van het rookgedrag van vijftien- en zestienjarige scholieren in het middelbaar onderwijs in Europa. In 2003, 2007, 2011 en 2015 werden peilingen uitgevoerd onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus et al., 2016). In 2015 deden 34 landen mee aan het onderzoek. Tabel 12.6 toont het percentage ooit-, laatste maand- en dagelijkse rokers in vijftien landen van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden wel vergelijkbaar onderzoek uit.

- Tussen 2003 en 2015 is in alle in tabel 12.4.2 genoemde Europese landen het percentage scholieren dat ooit heeft gerookt afgenomen. In sommige landen (Zweden, België, Noorwegen) was deze daling veel sterker dan in andere landen (Italië, Frankrijk, Polen).
- In 2015 telt van de vergeleken landen Italië (21%) de meeste en Noorwegen (2%) de minste dagelijkse rokers onder de 15-16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (tabel 12.4.2).
- Nederland scoort op het Europese gemiddelde van 11% dagelijkse rokers. In 2011 was in Nederland nog 18% dagelijkse roker. De meeste landen zien, net als Nederland, een flinke daling in het aantal dagelijkse rokers tussen 2011 en 2015.
- Tussen 2011 en 2015 is het percentage scholieren dat wel eens gerookt heeft van gemiddeld 50% tot gemiddeld 40% afgenomen in de 13 Europese landen waarvan gegevens zijn gerapporteerd. Nederland zit op dat gemiddelde (39%).

Tabel 12.4.2 Roken door leerlingen van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten, geordend op ooit gerookt in 2015. Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015

Land	Ooit gerookt (%)				RokeAfgelopen maand (%)				Dagelijks roken (%)			
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Italië	64	61	59	58	38	37	36	37	22	24	22	21
Frankrijk	68	60	63	55	33	30	38	26	23	17	23	16
Polen	67	56	56	55	31	21	29	25	21	11	16	13
Oostenrijk	80	75	-	53	49	45	-	28	36	31	-	18
Finland	70	60	60	47	38	30	34	22	25	20	20	11
Denemarken	64	-	51	39	30	-	24	19	19	-	15	9
Griekenland	50	45	45	39	28	22	21	19	19	14	13	11
Nederland	57	46	52	39	31	30	29	21	22	21	18	11
Portugal	62	52	43	37	28	19	29	19	21	8	15	9
Spanje	59	46	35	37	27	26	19	22	26	26	19	8
Zweden	60	51	48	33	23	21	21	13	11	10	12	6
België	61	47	47	31	32	23	26	15	22	14	14	9
Noorwegen	62	46	37	28	28	19	14	10	19	10	5	2
Duitsland	77	69	61	-	45	33	33	-	33	23	19	-
UK	58	52	47	-	29	22	23	-	19	14	13	-
USA	-	35	30	-	-	14	12	-	-	8	6	-
Gemiddelde	64	51	50	40	33	27	25	21	23	17	16	11

Ongewogen gemiddelde in 34 Europese landen. Bron: ESPAD.

12.5 Hulpvraag

In tegenstelling tot verslaving aan andere middelen, wordt voor tabaksverslaving bijna geen beroep op de verslavingszorg gedaan. De meeste rokers stoppen op eigen kracht of met zelfhulpmaterialen. Daarnaast wordt voor hulpvragen onder meer een beroep gedaan op huisartsen, particuliere aanbieders van stopondersteuning en rookstoppoli's van ziekenhuizen.

- Richtinggevend voor de zorginhoudelijke en organisatorische uitwerking van de stoppen- met-rokenprogramma's is de zorgmodule 'Stoppen met roken' van het 'Partnership stop met roken' (Stcrt.2011-12328, 2011). In opdracht van het Partnership Stop met Roken wordt de Zorgmodule Stoppen met Roken geactualiseerd naar de Zorgstandaard Stoppen met Roken, welke eind 2018 wordt verwacht. De Zorgstandaard beschrijft waaraan goede stoppen-met-roken zorg moet voldoen en wordt ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep van zorgverleners, wetenschappers, beleidsmedewerkers en vertegenwoordigers van patiënten en zorgverzekeraars.

- Het Partnership beheert ook een kwaliteitsregister waarin geaccrediteerde stoppen met roken interventies en gekwalificeerde stoppen-met-roken begeleiders staan. Dit zijn professionals (zorgverleners) die speciaal zijn opgeleid en ervaring hebben om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken. Het Kwaliteitsregister maakt duidelijk welke professionals intensieve stoppen-met-rokeninterventies aanbieden waarvan bewezen is dat deze effectief zijn. Het aantal in het Kwaliteitsregister opgenomen hulpverleners lag in juli 2018 op 1961 en er zijn 14 interventies geaccrediteerd[2].
- De Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving uit 2009, voor de behandeling van nicotineverslaving, is herzien en heet nu officieel: Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met Roken Ondersteuning (Herziening 2016). Op vier onderwerpen is de richtlijn geactualiseerd: gedragsmatige ondersteuning, farmacotherapeutische interventies, e-health ondersteuning en de elektronische sigaret (Trimbos-instituut & Nederlands Huisartsen Genootschap, 2016). Voor meer informatie Jaarbericht NDM 2017.
- Omdat de stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen in herziene Richtlijn onvoldoende wordt belicht, is in 2017 het 'Addendum Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen' verschenen met specifieke aanbevelingen voor de behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen. Het addendum is bedoeld voor alle professionals die te maken (kunnen) hebben met zwangere vrouwen en heeft als doel de bescherming van de zwangere vrouw en haar nog ongeboren kind tegen tabaksschade (Trimbos-instituut, 2017). Daarna verscheen het 'Praktijkadvies gebruik nicotinevervangende middelen in de zwangerschap' (Heddema et al., 2018). Deze praktijkkaart is een aanvulling op de richtlijn en gebaseerd op de mening van experts. Het doel is praktische adviezen te geven, zodat zorgverleners voldoende houvast hebben om NVM te kunnen toepassen in de zwangerschap.
- In 2017 is de NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken[3] uitgekomen (Chavannes et al., 2017), een herziening van de Stoppen met Roken standaard in de huisartsenpraktijk uit 2007. Deze bevat richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid om rokers effectief te adviseren en te begeleiden bij het stoppen met roken. In de behandelrichtlijn staat de medicamenteuze behandeling centraal. De NHG-Behandelrichtlijn heeft uitgebreide informatie over stoppen met roken tijdens zwangerschap, e-health-interventies en over de e-sigaret. In aanvulling hierop werd ook in 2017 de NHG-Zorgmodule Leefstijl Roken uitgebracht. De kernboodschap van deze zorgmodule is dat de huisartsenpraktijk bijna altijd patiënten die willen stoppen met roken kan begeleiden.
- In de herziene Richtlijn Detoxificatie van Psychoactieve Middelen, die in opdracht van Resultaten Scoren door het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) is opgesteld, is voor het eerst ook een hoofdstuk aan tabak gewijd (Dijkstra et al., 2017). In deze richtlijn worden wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen gedaan met betrekking tot de detoxificatie van tabak over de onderwerpen screening en diagnostiek, monitoring, farmacologische behandeling en medicatie na detoxificatie.

De verslavingszorg biedt soms (online) stopprogramma's aan, maar (nog) niet op grote schaal.

- In 2015 werden in de reguliere verslavingszorg 809 personen behandeld voor een nicotineverslaving als primair probleem. Dat is 1,25% van het totaal aantal personen dat in 2015 in de verslavingszorg werd behandeld (Wisselink et al., 2016). In 2014 ging het om 478 cliënten. Er zijn nog geen recentere data.
- Als secundaire problematiek wordt bij 3.136 (in 2015) cliënten in de verslavingszorg een nicotineverslaving geregistreerd.

2 http://www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl/geaccrediteerde-activiteiten/interventies/
3 NHG = Nederlandse Huisartsen Genootschap

- Vanuit de verslavingszorg is er een initiatief gestart om behandellocaties rookvrij te krijgen. In mei 2017 is door veel koepelorganisaties in de gezondheidszorg, waaronder de ggz en de verslavingszorg, een intentieverklaring getekend waarin beloofd wordt de zorg rookvrij te maken[4]. Het eerste volledig rookvrije ziekenhuis van Nederland was het Medisch Centrum Leeuwarden (per1 januari 2018). Jellinek is per 1 juli 2018 rookvrij[5].

Stoppogingen, stopondersteuning en hulpmiddelen

Uit de Gezondheidsenquête 2017 komt naar voren dat van de rokers van 18 jaar en ouder in de afgelopen 12 maanden 41,0% één of meer stoppogingen heeft ondernomen (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017).

- Van de stoppers heeft 87,1% het langer dan 24 uur volgehouden om niet te roken (een 'serieuze' stoppoging). Dit betekent dat 35,7% van alle rokers van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar minimaal één keer 24 uur of langer is gestopt met roken. Dit percentage was hoger dan in 2016 (32,5%) en 2015 (32,1%), maar het verschil met 2014 (32,9%) is niet statistisch significant.
- Mannen en vrouwen deden even vaak een serieuze stoppoging.
- Minder laagopgeleide dan hoogopgeleide rokers deden een serieuze stoppoging (31,6% versus 38,7%). Er waren geen andere verschillen naar opleiding.
- Het percentage rokers dat een serieuze stoppoging deed is het hoogst onder 25-39 jarigen (39,8% tot 44,1%) en het laagst onder de rokers van 65 jaar en ouder (27,1%).
- Vanaf 2014 wordt elk jaar in Nederland de campagne 'Stoptober, 28 dagen niet roken!' georganiseerd, een campagne die zich ten doel stelt om rokers te stimuleren om voor 28 dagen te stoppen met roken en daarvoor massale steun te organiseren. Van de deelnemers in 2016 rookte 98% dagelijks en 42% rookte meer dan 20 sigaretten per dag. In 2016 bleek dat 70% van de 53.303 deelnemers tijdens Stoptober 28 dagen niet had gerookt. Na Stoptober 2016 is 23% van de deelnemers weer gaan roken, 77% was na twee maanden nog steeds gestopt en alle deelnemers geven aan blijvend te willen stoppen. Van de deelnemers kijkt 80% positief of zeer positief terug op Stoptober (Van Benthem & Kunst, 2016).
- Uit een Nederlandse studie blijkt dat patiënten die naast begeleiding ook medicijnen kregen voorgeschreven, vaker succesvol stopten met roken dan patiënten die enkel werden begeleid of een aanvulling met nicotinevervangende middelen kregen. Volgens de studie is begeleiding met medicijnen ook de voordeligste optie voor verzekeraars (Oostveen, Van der Galien, Smeets, Hollinga, & Bosmans, 2015).
- Uit een Cochrane review van 53 studies met meer dan 25 duizend rokers blijkt dat een combinatie van gedragsondersteuning (30-300 minuten) en farmacotherapie (meestal nicotine vervangende medicatie) een bijna twee keer zo grote kans geeft om na 6 maanden nog steeds gestopt te zijn met roken dan standaardzorg, een kort advies of minder intensieve gedragsondersteuning (Stead, Koilpilai, Fanshawe, & Lancaster, 2016).
- Uit een andere Cochrane review kwam naar voren dat het bieden van (enige vorm van) stophulp door verpleegkundigen tot meer succesvolle stoppogingen leidt(Rice, Heath, Livingstone-Banks, & Hartmann-Boyce, 2017). Er zijn ook aanwijzingen dat massamediale campagnes invloed hebben op het minderen en/of stoppen met roken(Bala, Strzeszynski, & Topor-Madry, 2017). Ook e-health interventies kunnen effectief zijn bij het stoppen met roken(McCrabb et al., 2018).
- Het gebruik van hulpmiddelen bij stoppen met roken geeft een sterk voordeel in het begin, maar dit vermindert gaandeweg het eerste jaar, blijkt uit een meta-analyse van 61 studies. Netto blijven rokers die hulpmiddelen gebruiken bij het stoppen na een jaar wel vaker rookvrij vergeleken met mensen die geen hulpmiddelen gebruiken (Rosen, Galili, Kott, Goodman, & Freedman, 2018).

4 http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Maak_de_Zorg_Rookvrij-Intentieverklaring-31mei2017.pdf
5 https://www.jellinek.nl/familie-en-omgeving/jellinek-is-rookvrij/

- Uit een recent Nederlands proefschrift werd duidelijk dat stoppen met roken makkelijker wordt als men kan afstappen van een identiteit als roker. Wie zichzelf beschouwt als niet-roker, heeft meer kans om een stoppoging te ondernemen en dit vol te houden (Meijer, 2017).
- In afgelopen jaren is herhaaldelijk het rookgedrag onder zwangere vrouwen gepeild. In de Monitor Zwangerschap en Middelengebruik 2016 is het middelengebruik voor, tijdens en na de zwangerschap beschreven. Aan dit onderzoek deden 1858 Nederlandse moeders mee die het consultatiebureau bezochten met een kind van 0-4 jaar (Tuithof, Siauw, et al., 2017); zie §12.2 voor de prevalentiegegevens over roken onder zwangeren en over de Tasforce Rookvrije Start).
    - In de vier weken voor de zwangerschap rookte 17% van de moeders. Van deze moeders hebben negen op de tien tijdens de zwangerschap een stoppoging ondernomen. Vier van de vijf 'stoppers' zijn direct of gedurende de loop van de zwangerschap gestopt met roken en hebben dit tot het eind van de zwangerschap volgehouden.
    - Slechts 1 op de 10 rokende moeders heeft een hulpmiddel of stopmethode gebruikt bij de stoppoging.

Het bespreken van (stoppen met) roken door Nederlandse zorgverleners

Op basis van het in 2014 voor het laatst gehouden Continu Onderzoek Rookgewoonten wordt geconcludeerd dat er nog ruimte is voor verbetering van de rol van zorgverleners bij het stoppen met roken (Kleinjan, Bommelé, Verdurmen, & Van Laar, 2016). Dat komt ook naar voren uit de meest recente cijfers van de LSM-A (Springvloet & Van Laar, 2017). Van de rokers van 18 jaar en ouder die in 2016 aangaven minimaal één zorgverlener te hebben bezocht in de afgelopen 12 maanden, ontving 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.
- De verloskundige gaf aan ruim de helft (57,1%) van de zwangere rokers een stopadvies. Het absolute aantal respondenten was echter 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 hebben bezocht (73,7%), ontving 18,0% een stopadvies.

Het gebruik van ontwenningsmiddelen in 2017

- De Nederlandse markt van de nicotinevervangers – pleisters, kauwgom en tabletten – nam in het kalenderjaar 2017 met bijna 5% toe ten opzichte van 2016 en kwam uit op ongeveer 21,4 miljoen euro. De verkoop van met name kauwgum en pleisters ging omhoog (IMS Health, 2018).
- De meest gebruikte stoppen-met-roken medicijnen zijn bupropion (Zyban) en varenicline. Van bupropion zijn twee verschillende geneesmiddelen geregistreerd, ieder 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 de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) is het gebruik van beide middelen na 2011 flink afgenomen, al was er de afgelopen twee jaar een lichte stijging (tabel 12.5.1). Het hoge aantal in 2011 kan worden verklaard uit het feit dat in 2011 het gebruik van deze middelen voor het eerst werd vergoed door zorgverzekeraars als de gebruiker ervan deelnam aan een erkend integraal stopen-met-roken-programma. In 2012 bestond die vergoeding niet, maar vanaf 2013 weer wel (Verbiest et al., 2013).

Tabel 12.5.1 Gebruik van varenicline en buprorion (Zyban) van 2010-2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Varenicline	50.000	112.000	47.000	56.000	40.000	37.000	43.000	56.000
Bupropion (ZYBAN)	13.500	17.500	7.000	7.000	5.000	4.200	4.300	4.600

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Deze cijfers zijn exclusief de recepten die via de online apotheek 'De Nationale Apotheek' worden geleverd. Die dalingen zouden te maken kunnen hebben met een toename van verstrekkingen door de Nationale Apotheek.

12.6 Ziekte en sterfte

Ziekte

Blootstelling aan tabaksrook heeft onder andere invloed op het ontstaan van kanker, longziekten en hart- en vaatziekten.

- Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 is roken nog steeds de belangrijkste oorzaak van morbiditeit in Nederland: 9,4% van de totale ziektelast komt door roken (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018).
- De ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's (Disability-Adjusted Life-Years). De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: de jaren geleefd met ziekte en de jaren verloren door vroegtijdige sterfte. In 2015 was wereldwijd het aantal aan roken toe te schrijven DALY's 170,9 miljoen (Peacock et al., 2018).
- Van de vele vermijdbare risico's die invloed hebben op de gezondheid, heeft roken de meeste doden tot gevolg (Danaei et al., 2009).
- Roken is de belangrijkste oorzaak voor longkanker, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), slokdarmkanker, strottenhoofdkanker en mondholtekanker. In 2016 kon in Nederland 89% van de sterfte door longkanker bij mannen en 74% van de sterfte door longkanker bij vrouwen worden toegewezen aan roken (tabel 12.6.1).
- Roken is ook geassocieerd met veel andere aandoeningen, waaronder ademhalings- en luchtweg-problemen, aandoeningen aan hart- en vaatstelsel, suikerziekte en een ongunstig beloop van chronische ziekten.
- Uit een recente meta-analyse blijkt dat rokers in vergelijking met niet-rokers drie keer zo veel kans hebben op een acute hartdood (Aune, Schlesinger, Norat, & Riboli, 2018).
- Er is ook een associatie tussen roken en enkele psychische stoornissen (depressie, schizofrenie en angststoornissen). Uit een systematische review uit 2016 kwam naar voren dat er verbanden bestaan tussen roken enerzijds en depressie en angst anderzijds, maar dat over de causaliteit nog geen duidelijke uitspraken gedaan kunnen worden (Fluharty, Taylor, Grabski, & Munafo, 2017).

Roken en zwangerschap

Roken tijdens de zwangerschap is geassocieerd met verminderde foetale groei en verhoogt het risico op een laag geboortegewicht, vroeggeboorte, aangeboren afwijkingen en sterfte rond de geboorte.

- De kans dat het kind van een rokende zwangere met een laag geboortegewicht wordt geboren, is bijna drie keer zo hoog in vergelijking met niet-rooksters. Voor vroeggeboorte is dit relatieve risico bijna twee keer zo hoog.

- Op lange termijn is roken geassocieerd met onder andere een verhoogde kans op astma, overgewicht en een verminderde vruchtbaarheid van het kind zelf.
- In een Nederlandse studie werd geconcludeerd dat beleidsmaatregelen, zoals de verplichte rookvrije werkplek en horeca, accijnsverhogingen en mediacampagnes, wel hebben bijgedragen aan minder te kleine baby's, maar niet aan het aantal vroeggeboortes of de perinatale sterfte (Peelen et al., 2016).
- Een grootschalige meta-analyse heeft de relatie aangetoond tussen het instellen van rookverboden en een vermindering van vroeggeboortes én ernstige astmaklachten (Been et al., 2014). Uit een overzichtsstudie blijkt dat wereldwijd na de invoering van antirookwetgeving een daling van 4% in het aantal te vroeg geboren baby's, van ziekenhuisopnames voor astma aanvallen (10%), van infecties van het ademhalingssysteem (3%) en van ziekenhuisopnames voor lage luchtweginfecties (18%) werd gemeten (Faber et al., 2017).
- In 2014 overleden naar schatting 60 baby's doordat de moeder gedurende de gehele zwangerschap dagelijks rookte (Hopman & Croes, 2017).
- Uit een grote meta-analyse wordt duidelijk dat laagopgeleide vrouwen minder vaak stoppen met roken tijdens de zwangerschap dan andere vrouwen (Riaz, Lewis, Naughton, & Ussher, 2018).

Meeroken en derdehands rook

Omgevingstabaksrook is een mengsel van rook afkomstig van het smeulen van tabak, rook die wordt uitgeblazen door rokers en rook die direct door het omhulsel van de sigaret trekt. 'Meeroken' is het inademen van tabaksrook uit de omgeving door niet-rokers, ook wel 'passief roken' genoemd. Tabaksrook is een mengsel van vele verschillende stoffen, waarvan er honderden schadelijk zijn voor de gezondheid (Ter Weijde, Croes, Verdurmen, & Monshouwer, 2015). Met derdehands rook worden de stoffen aangeduid die tijdens het roken neerdalen in de omgeving en achterblijven nadat de roker 'klaar' is met roken (Bommelé & Van Laar, 2017).

- Meeroken (tweedehands rook) kan diverse ziekten veroorzaken. Mensen die zelf niet roken, maar regelmatig meeroken met een rokende partner of anderszins, hebben een verhoogde kans op longkanker, hart- en vaatziekten, hersenbloedingen en luchtwegklachten (Gezondheidsraad, 2003) (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2014)(U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, & National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2015)(Peters, 2007)(Leung, Ho, Wang, & Lam, 2018). Meeroken is ook een risicofactor voor het ontwikkelen van dementie (Chen et al., 2013).
- Van de volwassenen van 18 jaar en ouder die zelf niet roken wordt dagelijks 15,8% *binnen* blootgesteld aan tabaksrook van anderen (zie tabel 12.2.7 in § 12.2) (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017).
- Meeroken kan ook ernstige gezondheidsproblemen bij kinderen veroorzaken. Kinderen die meeroken hebben meer kans op wiegendood, luchtwegklachten en verminderde longfunctie, astma en andere lage luchtwegziekten en oorontsteking (Ter Weijde et al., 2015).
- In een groot Zweeds onderzoek werd aangetoond dat niet-rokende personen die zowel thuis als op het werk aan regelmatig meeroken zijn blootgesteld, drie keer meer kans hebben om COPD te ontwikkelen dan niet-rokende personen die niet hadden meegerookt (Hagstad et al., 2014).
- Kinderen en baby's lopen een groter risico om derdehands rook binnen te krijgen dan volwassenen. De precieze gezondheidsschade door derdehands rook is nog niet bekend. Onderzoekers schatten dat 5 tot 60% van de gezondheidsschade die wordt toegeschreven aan meeroken, in werkelijkheid wordt veroorzaakt door derdehands rook. Ook als iemand alleen maar buiten rookt, kan er toch derdehands rook mee het huis in komen (Bommelé & Van Laar, 2017).

- Een kwart van de gebruikers van e-sigaretten is op dit product overgestapt om omstanders te ontzien (meeroken). Toch worden ook bij het gebruik van e-sigaretten schadelijke stoffen uitgeademd, zoals propyleenglycol, nicotine en nitrosamines. De hoeveelheid die wordt uitgeademd is sterk afhankelijk van de samenstelling van de gebruikte vloeistof, de intensiteit van het dampen (frequentie en inhalatie), en de ventilatie en afmetingen van de ruimte waarin wordt gedampt. Dit bepaalt ook in hoeverre gezondheidsrisico's kunnen optreden (Visser et al., 2016).

Sterfte

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte.

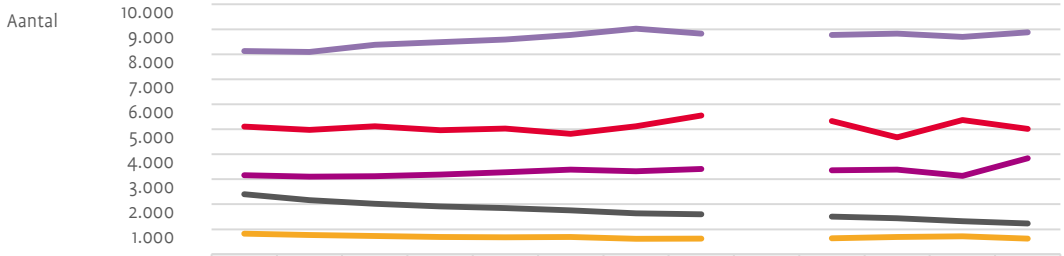
- In 2016 overleden in Nederland naar schatting 19.587 mensen van twintig jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken (zie tabel 12.6.1). Dit betekent dat in Nederland 13,1% van alle sterfgevallen van 20 jaar of ouder aan roken kan worden toegeschreven. Wereldwijd is ongeveer 11,5% van alle doden het gevolg van roken (GBD 2015 Tobacco Collaborators, 2017).
- Uit een recente Nederlandse cohortstudie bleek dat levenslange zware rokers een kans van 23% hebben om vóór hun 65ste jaar te overlijden, tegenover 7% van de niet-rokers. De zware rokers verliezen naar schatting 13 levensjaren, matige rokers 9 en lichte rokers 5 jaren (Reep-Van den Bergh, Harteloos, & Croes, 2017).
- Dit komt overeen met buitenlands onderzoek. Zo blijkt uit Britse, Amerikaanse en Japanse grootschalige bevolkingsonderzoeken dat rokers gemiddeld ongeveer tien jaar eerder sterven dan niet-rokers. Het gaat hierbij om jarenlang, onafgebroken roken. Stoppen met roken zorgt voor een geleidelijk herstel in de levensverwachting (U.S. Department of Health and Human Services et al., 2015; Doll, Peto, Boreham, & Sutherland, 2004; Jha & Peto, 2014; Sakata et al., 2012).
- Wereldwijd is naar schatting één op de honderd sterfgevallen het gevolg van meeroken. Jaarlijks sterven er in totaal naar schatting 600 duizend niet-rokers aan de gevolgen van meeroken (Oberg, Jaakkola, Woodward, Peruga, & Pruss-Ustun, 2011; World Health Organisation, 2013). De sterfte ontstaat vooral door hartziekten, luchtweginfecties, astma en longkanker.
- Door een forse daling van het aantal rokers onder mannen in de periode 1960-1990 is het aantal nieuwe gevallen van longkanker onder mannen vanaf het midden van de jaren tachtig gedaald. Deze daling bij mannen heeft zich in de periode 1990-2015 voortgezet. Bij vrouwen stijgt het aantal nieuwe gevallen van longkanker al sinds 1960. Deze stijging heeft zich in de periode 1990-2014 voortgezet, hoewel deze stijging sinds 2008 is afgezwakt. Vrouwen zijn in tegenstelling tot mannen vanaf de jaren zestig meer gaan roken. Vanaf de jaren tachtig gingen vrouwen geleidelijk minder roken. In absolute getallen is het aantal vrouwen dat jaarlijks longkanker krijgt nog steeds kleiner dan het aantal mannen dat jaarlijks longkanker krijgt. De sterfte aan coronaire hartziekten (vanwege afwijkingen in de kransslagaders) door roken daalt bij mannen en vrouwen (zie figuur 12.6.1).
- In een grootschalige Australische cohortstudie werd bevestigd dat rokers gemiddeld 10 jaar eerder stierven dan niet-rokers. Bij twee derde deel van de rokers die overleden waren kon de doodsoorzaak aan roken worden toegeschreven (Banks et al., 2015).

Tabel 12.6.1 Sterfgevallen onder mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder, die toe te wijzen zijn aan roken, uitgaande van vijftien 'aan roken gerelateerde aandoeningen'. Peiljaar 2016

Aandoening	Rook-gerelateerde sterfte			% toewijsbaar aan roken		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Longkanker	5616	3256	8872	89%	74%	83%
COPD	2848	2168	5016	84%	69%	77%
Coronaire hartziekten	912	321	1232	18%	9%	14%
Slokdarmkanker	755	205	960	54%	43%	51%
Hartfalen	397	293	689	13%	7%	9%
Beroerte	397	230	627	10%	4%	7%
Alvleesklierkanker	251	175	425	18%	12%	15%
Darmkanker	219	144	363	11%	8%	9%
Blaaskanker	257	88	346	29%	22%	27%
Borstkanker	0	241	241	0%	8%	8%
Mondholtekanker	126	74	200	62%	51%	57%
Strottenhoofdkanker	154	33	187	85%	79%	84%
Diabetes	98	62	160	7%	4%	6%
Nierkanker	110	46	156	19%	14%	17%
Maagkanker	77	35	112	10%	7%	9%
Totaal (15 oorzaken)	12216	7372	19587	40%	24%	32%
Totale sterfte in NL	72180	76817	148997	16,9%	9,6%	13,1%

Percentages geven het aandeel van roken aan de sterfte weer. Op basis van CBS Doodsoorzakenstatistiek en de PAR's voor de verschillende ziektes door het RIVM voor het jaar 2016 berekend; PAR=populatie attributief risico. Bron: RIVM, 2018.

Figuur 12.6.1 Sterfte door roken voor enkele aandoeningen onder mensen van 20 jaar en ouder, 2005 – 2016.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	...	2013	2014	2015	2016
Longkanker	8.130	8.092	8.373	8.488	8.583	8.774	9.024	8.827		8.767	8.820	8.692	8.872
COPD	5.109	4.969	5.122	4.962	5.023	4.824	5.125	5.551		5.328	4.677	5.371	5.016
Coronaire hartziekten	2.402	2.168	2.019	1.914	1.849	1.761	1.642	1.595		1.505	1.438	1.319	1.232
Beroerte (CVA)	825	768	726	688	681	687	619	624		638	690	722	627
Overig	3.166	3.105	3.126	3.188	3.285	3.388	3.318	3.409		3.356	3.392	3.140	3.840

Aantal sterfgevallen door roken. Overige aandoeningen zijn onder meer mondholtekanker, strottenhoofdkanker, slokdarmkanker en hartfalen. Voor de gebruikte methode zie https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#methode--node-sterfte-door-roken. De cijfers voor 2016 zijn op basis van CBS Doodsoorzakenstatistiek 2016 en de PAR's voor de verschillende ziektes door het RIVM voor het jaar 2016 berekend. Bron: RIVM, CBS.

12.7 Aanbod en markt

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 aan de Europese Unie. De zogenaamde 'releases for consumption' zijn de hoeveelheden die zijn uitgeleverd aan de kleinhandel die tabak verkoopt. Op dat moment wordt accijns geheven. Voor sigaretten wordt het aantal stuks geteld, voor shag wordt het aantal kilo's dat voor consumptie is vrijgegeven doorgegeven. In tabel 12.7.1 is op basis van de uitgiftecijfers van kilo's shag het aantal shagjes geschat.
- Sinds 2002 worden er minder tabaksproducten verkocht, met af en toe moeilijk te duiden fluctuaties.
- In 2002 werden er in totaal 30,1 miljard sigaretten en shagjes verkocht; in 2013 waren dat er 16,2 miljard, terwijl in 2014 dat aantal weer steeg naar 19,2 miljard, om in 2015 te dalen tot 15,8 miljard. In 2016 steeg het aantal wederom, naar 17,3 miljard, om in 2017 weer te dalen tot 16,3 miljard (tabel 12.7. 1).
- De fluctuaties in afgelopen jaren (sinds 2013) zijn lastig te duiden. De toenames en afnames in verkoopcijfers houden geen gelijke tred met de prevalentiecijfers van roken. Een toename zou kunnen komen omdat er minder in het buitenland en/of minder illegaal gekocht wordt, en/of dat er voorafgaand aan accijnsverhogingen meer zegels door de fabrikanten zijn aangevraagd.

Tabel 12.7.1 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

I. Onder aanname: 1 gram shag per shagje. Bronnen: STIVORO (www.stivoro.nl), CBS, Ministerie van Financiën; cijfers vanaf 2002: Europese Unie: Releases for consumption of cigarettes (2018).

Verkrijgbaarheid van tabak

Rookwaren worden verkocht via verschillende kanalen, zoals "tabaks- en gemakszaken", supermarkten, pompshops en via de horeca. Het marktaandeel van deze verkoopkanalen verschilt voor sigaretten, sigaren en shag (tabel 12.7.2).

Tabel 12.7.2 Marktaandeel in percentages van verschillende verkoopkanalen in de verkoop van sigaretten, sigaren/pijptabak en shag. Peiljaar 2016

Verkoopkanaal	Sigaretten (%)	Shag (%)	Sigaren (%)
Supermarkt	51	62	45
Tankstation	27	16	22 (incl. overig)
Tabaks-/ gemakswinkel	17	20	33
Horeca + overig	4	2	-
Totaal	100	100	100

Bron: NSO

- Sigaretten (51%), shag (62%) én sigaren (44%) worden het meest verkocht via de supermarkten. Sigaren worden voor een groot deel ook in tabaks- en gemakszaken en tabaksspeciaalzaken (44%) aangeschaft. In de Nederlandse horeca zijn nog ongeveer 15 duizend sigarettenautomaten (Gerritsen, Van der Voort, Rougoor, Smits, & Huizer, 2015).
- Volgens een schatting uit 2014 vindt ruim 95% van de verkoop van tabak plaats bij ruim 23 duizend verkooppunten, in te delen in vier typen verkoopkanalen zoals genoemd in tabel 12.7.2: supermarkten, bemande tankstations, tabaks- en gemakszaken en de horeca (automaten). Daarnaast zijn er nog andere verkooppunten (Gerritsen et al., 2015).
- In de Leefstijlmonitor van het CBS is in 2016 gevraagd waar de respondenten (consumenten) hun tabakswaren kopen. Dit is dus vanuit de vraagkant. Men mocht maximaal 3 locaties aankruisen. Rokers kopen hun rookwaar meestal (ook) in de supermarkt (72,2%), gevolgd door tankstations (38,3%) en tabaksspeciaalzaken (31,3%). Rookwaar wordt het minst vaak gekocht via Internet (0,3%) (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut 2016).

Controle en handhaving van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat de naleving van het verbod van de verkoop van tabaksproducten aan minderjarigen is toegenomen maar nog voor verbetering vatbaar is.

In 2015, 2016 en 2017 heeft de NVWA leeftijdsgrenscontroles uitgevoerd bij diverse typen bedrijven, zoals supermarkten, tankstations, tabaksspeciaalzaken, horecabedrijven en evenementen. Bij overtreding van de Tabaks- en rookwarenwet is de NVWA bevoegd een maatregel op te leggen. De NVWA kan bij overtredingen ook een waarschuwing geven (Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA), 2017).

- In 2016 heeft de NVWA 4316 leeftijdscontroles (observaties) uitgevoerd, in 2017 waren dat er 3829 (Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA), 2017)(Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA), 2018a).
- In 2016 werd bij 23% van die inspecties een kooppoging van tabak waargenomen van een jongere die niet onmiskenbaar de leeftijd van 18 jaar had bereikt. In gemiddeld 20% van deze kooppogingen werd een maatregel opgelegd aan de verkoper. In 2017 werden procentueel gezien bijna evenveel kooppogingen waargenomen, namelijk bij 682 van de 3829 observaties (=18%). Bij 16% van de kooppogingen in 2017 werd een maatregel opgelegd (T.K.32011-57, 2017) (Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA), 2018a). In 2015 en 2016 werden bij landelijke onderzoeken aankooppogingen voor tabak door 17-jarigen met behulp van de mystery shopping methode gedaan. De naleving blijkt verbeterd.
- In 2015 was de totale naleving van de verkoop van tabak 27,4%. In 2016 was dit gestegen tot 43,1%. Bij de tankstations was de stijging in naleving het grootst (Schelleman-Offermans & Roodbeen, 2015) (R. Roodbeen & Schelleman-Offermans, 2016).
- 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 (R. T. Roodbeen, Schelleman-Offermans, & Lemmens, 2016).

Minderjarige jongeren kopen steeds minder vaak tabaksproducten

- Onderzoek laat zien dat in 2015 een klein deel (4%) van de 14/15-jarigen wel eens tabaksproducten koopt (Kruize & Bieleman, 2015); zie ook § 12.3). In 2016 was dat gedaald tot 2% (Kruize & Bieleman, 2016).

- In 2015 lag dat bij de 16/17-jarigen hoger (14%), maar was dat tot 9% gedaald in 2016. Omdat bleek dat deze jongeren hun tabaksproducten met name in horecagelegenheden (55%) kopen, werd voor de meting van 2016 deze categorie opgesplitst in cafetaria's en uitgaansgelegenheden. In 2016 bleek dat 16/17-jarigen tabaksproducten met name in cafetaria's kopen (57%). Voor de overige gelegenheden liggen deze percentages lager (Intraval/Nuchter, 2015) (Kruize, Schelleman-Offermans, & Bieleman, 2017).
- In onderzoeken uit 2015 en 2016 zijn schattingen gemaakt van het aantal geslaagde kooppogingen door de kleine groep 16-17-jarigen, die pogingen doen om tabak te kopen. In 2015 ging het om in totaal meer dan 2,5 miljoen geslaagde kooppogingen. In 2016 was dat gedaald naar ongeveer 1 miljoen geslaagde kooppogingen. De grootste relatieve daling in het geschatte aantal kooppogingen door 16/17-jarigen was te zien bij supermarkten en tankstations (zie tabel 12.7.3).
- Het merendeel van de rokende jongeren van 16/17 jaar (69%) maakt voor de verwerving van tabaksproducten uitsluitend gebruik van sociale bronnen, met name vrienden (Kruize et al., 2017).
- Volgens de onderzoekers is de meeste gezondheidswinst te behalen door meer (gerichte) handhaving in te zetten bij de verkoopkanalen cafetaria's en uitgaansgelegenheden (Kruize et al., 2017).

Tabel 12.7.3 Schattingen van geslaagde kooppogingen van tabak door 16-17-jarigen. Afgeronde aantallen en percentages. Peiljaren 2015 en 2016

	Gemiddeld aantal kooppogingen per jongere per jaar		Slaagkans in %		Gemiddeld aantal geslaagde kooppogingen per jongere per jaar		Geschatte aantal geslaagde aankooppogingen door 16/17-jarigen in NL[II]		Rangorde	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Horecagelegenheden[I]	18	nvt	84	nvt	15	nvt	842.550	nvt	1	nvt
Cafetaria's	nvt	14	nvt	70	nvt	10	nvt	352.608	nvt	1
Uitgaans-gelegenheden	nvt	9	nvt	77	nvt	7	nvt	246.091	nvt	2
Tankstations	18	12	82	47*	14	6	808.848	202.015	2	3
Tabakswinkels	16	11	64	43*	10	5	578.551	172.631	3	4
Supermarkten	15	7*	42	28*	6	2	353.871	77.133	4	5
Totaal							2.583.820	1.050.478		

I. In 2016 zijn de Horecagelegenheden uitgesplitst in Cafetaria's en Uitgaansgelegenheden. In deze categorieën zijn de uitkomsten niet vergelijkbaar tussen 2015 (1e meting) en 2016 (2e meting).
*Significant verschil tussen 1e en 2e meting, p<0,05
II. Eerste meting: 14% van N=401.214 (totaal aantal 16/17 jarigen in NL in 2015) =56.170; tweede meting: 9% van N=408.105 (totaal aantal 16/17 jarigen in NL in 2016) = 36.730.
N.B. Totaal aantal 16/17-jarigen gebaseerd op gegevens van CBS (juli 2015 en juli 2016). 14% slaagkans gebaseerd op onderzoek van (Kruize & Bieleman, 2015). Voorbeeld berekening: tankstations: 14,4 (=gemiddeld aantal geslaagde kooppogingen per koper) x 56.170 = 808.848. Bronnen: (Intraval/Nuchter, 2015)(Kruize et al., 2017)

Controle en handhaving van het rookverbod in de horeca

Op 1 juli 2008 werd binnen de horeca het rookverbod ingevoerd. Van juli 2011 tot januari 2015 bestond een uitzondering op dit rookverbod voor kleine cafés (< 70 m2) zonder personeel (Stb.2011-337, 2011). Binnen de horeca worden zes categorieën onderscheiden: cafés en discotheken; restaurants; cafetaria's en snackbars; sportkantines; kunst en cultuur (theaters, bioscopen en musea); hotel en recreatie. De naleving van het rookverbod in de horeca wordt sinds 2009 elk najaar geïnventariseerd. In 25 gemeenten worden ruim 600 aselect gekozen horecagelegenheden geobserveerd. Vanaf 2016 wordt dit onderzoek alleen nog uitgevoerd in de subcategorieën discotheken, eetcafés en cafés.

- In het najaar van 2015 werd in 98% van alle horecagelegenheden niemand rokend aangetroffen (exclusief de rookruimtes). Dit is een stijging van 3% sinds het najaar van 2014, die voornamelijk komt door een afname van het aantal rokers in cafés en discotheken (T.K.32011-49, 2016).
- Daar staat tegenover dat het aantal cafés en discotheken dat speciale rookruimtes heeft ingericht van 19% in 2014 naar 25% in 2015 tot 32% in 2017 is toegenomen (Intraval/Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit, 2018). Bij de andere horeca-categorieën zijn er geen of weinig rookruimtes.
- Omdat alleen in de hoofdcategorie cafés en discotheken de naleving van het rookverbod nog onvoldoende bleef, wordt vanaf 2016 controle op de naleving van het rookverbod alleen nog uitgevoerd in de subcategorieën discotheken, eetcafés, cafés die tot 2015 niet onder de uitzondering vielen en cafés die wel onder de uitzondering vielen (zie tabel 12.7.4) (Intraval/Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit, 2017).

Tabel 12.7.4 Afwezigheid rokers (%) per subcategorie discotheken, eetcafés en cafés wel/niet uitzondering, voorjaar 2011- najaar 2017.

	Discotheek	Eetcafé	Café niet onder uitzondering	Café onder uitzondering
Voorjaar 2011	60	90	50	27
Voorjaar 2012	66	84	51	20
Voorjaar 2013	64	89	65	36
Voorjaar 2014	82	97	77	41
Voorjaar 2015	95	98	96	88
Najaar 2015	95	99	94	81
Najaar 2016	88	98	94	88
Najaar 2017	94	100	96	98

Bron: Intraval/NVWA, 2018

- Uit tabel 12.7.4 blijkt dat bij alle vier de subcategorieën er een significante stijging in de afwezigheid van rokers was tussen de voorjaarsmeting 2011 en de najaarsmeting 2017.
- Alleen in discotheken (94%) en cafés die niet onder de uitzondering vielen (96%) is de naleving van het rookverbod nog niet optimaal.
- De aanwezigheid van rookruimtes nam overal af maar blijft hoog bij discotheken (47%) en bij de cafés die niet onder de uitzondering vielen (32%).

In de horeca met een café- of discotheekfunctie (vallend onder de 'risicogerichte controles horeca') deelt de NVWA nog redelijk vaak boetes uit, terwijl in de bereidende horeca het rookverbod bijna nooit wordt overtreden.

- Inspecties uitgevoerd naar de naleving van het rookverbod in de horeca laten zien dat in 2017, meer dan in 2014, 2015 en 2016, bij 31% van de inspecties in de "natte horeca" een maatregel opgelegd moest worden (Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA), 2018b).

Accijns

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 (Ketelaars & Croes, 2015). 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 (Ketelaars & Croes, 2015) (De Kinderen et al., 2016).

- 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. Nederland is in 2011 overgegaan naar de WAP-berekening van de accijnzen (Hamerlijnck, 2013). De trend is dat de gemiddelde belastingdruk op sigaretten toeneemt, hoewel in 2016, 2017 en 2018 de totale belastingdruk iets is afgenomen ten opzichte van 2014 en 2013 (tabel 12.7.5).
- Per 1 april 2018 is de minimumaccijns per kilo shag verhoogd van €99,25 naar €106, 65 per kilo (een verhoging van 7,5%) en de minimumaccijns per 1000 sigaretten steeg van €181,59 naar €188,99 (een verhoging van 4%).
- In Nederland was in januari 2018 de gemiddelde gewogen kleinhandelsprijs van een pakje van 20 sigaretten 6,16 euro, waarvan 3,64 euro accijns en 1,07 euro BTW. Qua verkoopprijzen van sigaretten staat Nederland boven in de lijst, maar qua totale belastingdruk op sigaretten is Nederland in de EU een middenmoter (tabel 12.7.6). Vanaf 20 mei 2016 moet een pakje sigaretten minimaal 20 sigaretten bevatten.
- De belastingdruk op tabaksproducten verschilt sterk tussen de lidstaten van de Europese Unie. In de EU-15 ligt de accijns het hoogst in het Ierland en het laagst in Luxemburg (tabel 12.7.5). In Nederland ligt de tabaksaccijns onder het gemiddelde.
- In Frankrijk worden de accijnzen de komende jaren flink verhoogd. In 2020 moet een pakje sigaretten er minimaal 10 euro gaan kosten[6]. In Australië kost een pakje sigaretten met 30 sigaretten per 1 september 2018 bijna 20 euro[7]

6 https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/consommations-ventes-et-prix-du-tabac-une-perspective-europeenne-tendances-126-juillet-2018/

7 https://www.rtlnieuws.nl/lifestyle/gezondheid/artikel/4381121/pakje-sigaretten-australie-gaat-20-euro-kosten-beste-maatregel

Tabel 12.7.5 Prijzen en belastingdruk op sigaretten in Nederland, vanaf 2000. Peildatum januari 2018

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

Prijs en belastingdruk in euro per pakje van (omgerekend) 25 stuks. Belastingdruk bevat accijnsdruk en BTW. Tot 2013 alleen de prijzen van de meest populaire prijscategorie (Engelse afkoring: MPPC). Vanaf 2013 alleen de Gewogen Gemiddelde Prijs (Engelse afkorting: WAP). Bron: EC.

Tabel 12.7.6 Gemiddelde prijzen (in euro's) en belastingdruk op sigaretten in 15 lidstaten van de Europese Unie. Peildatum januari 2018, gesorteerd op prijs

Land	Gemiddelde prijs per 20 sigaretten	Accijns	BTW	Accijns+ BTW	Belastingdruk (%)	Minimum accijns per 1.000 sigaretten
Ierland	10,07	7,09	1,88	8,97	89,08%	344,07
Verenigd Koninkrijk	8,83	6,37	1,47	7.84	88,79%	316,84
Frankrijk	6,76	4,33	1,13	5,46	80,77%	213
Nederland	6,16	3,64	1,07	4,71	76,46%	181,59
Finland	6,12	4,26	1,18	5,44	88,89%	235,50
Zweden	6,00	3,27	1,20	4,47	74,50%	n/a
België	5,88	3,65	1,02	4,67	79,42%	182,31
Duitsland	5,47	3,15	1,19	4,34	79,34%	155,05
Denemarken	5,36	3,23	1,07	4,30	80,22%	n/a
Italië	4,76	2,81	0,86	3,67	77,10%	n/a
Luxemburg	4,60	2,52	0,67	3,19	69,35%	116,00
Spanje	4,52	2,80	0,78	3,58	79,20%	131,50
Oostenrijk	4,48	2,75	0,75	3,50	78,12%	134,69
Portugal	4,40	2,56	0,69	3,25	73,86%	134,65
Griekenland	3,75	2,62	0,73	3,35	89,33%	117,50

Gemiddelde prijs, accijns en BTW in euro per pakje van 20 sigaretten (op basis van gewogen gemiddelde kleinhandelsprijzen over de periode 1 januari 2017 - 31 december 2017. N/a=niet beschikbaar. Bron: European Commission, 2018.

Kosten-batenanalyse

In opdracht van de Alliantie Nederland Rookvrij is een scenariostudie uitgevoerd naar de maatschappelijke kosten en baten van aan roken gerelateerde interventies (De Kinderen et al., 2016). Op macro-economisch niveau werden alle relevante kosten en baten van roken in beeld gebracht en uitgedrukt in geld. De volgende beleidsscenario's werden met elkaar vergeleken:

1. Continuering van het beleid in 2015 zonder veranderingen in de toekomst;
2.&3. Jaarlijkse accijnsverhoging van respectievelijk 5% óf 10%
4. Jaarlijkse massa mediale campagne
5.&6. Invoering pakket maatregelen zoals door WHO gedefinieerd in de MPOWER-maatregelen, inclusief jaarlijkse accijnsverhoging van respectievelijk 5% óf 10%
7. Situatie waarin Nederland over 35 jaar rookvrij is
8. Situatie waarin niemand meer begint met roken in 2017.

Alle scenario's leiden tot een daling in de prevalentie.

- Bij gelijkblijvend overheidsbeleid (scenario 1) daalt de prevalentie van roken met 2,3 procentpunt tot 17,5% in 2050. Uitgangspunt was een prevalentie van 19,8% gerekend over de gehele bevolking.
- Scenario's 2 en 3 hebben de potentie om de prevalentie met respectievelijk 4,7 en 7,1 procentpunt te laten dalen, waardoor de uiteindelijke prevalentie daalt naar 15,1% en 12,7% in 2050.
- Bij scenario 4 kunnen massamediacampagnes leiden tot een daling van 7,3 procentpunt tot een percentage rokers van 12,5% in 2050.

- Voor scenario 5 en 6 worden naar schatting de grootste prevalentiedalingen bereikt, van respectievelijk 12,1 procentpunt (bij 5% accijnsverhoging) en 14,2 procentpunt (10% accijnsverhoging) tot een prevalentie van 7,7% en 5,6% in 2050.
- Bij scenario 7 is alleen gekeken naar de kosten en baten. De prevalentie van roken daalt in scenario 8 tot 4,8% in 2050.
- De interventiekosten zijn in alle scenario's gering als over de hele tijdshorizon wordt gekeken.
- In alle scenario's wordt een positief saldo behaald, ook op de lange termijn, al worden de baten bij verschillende stakeholders behaald, afhankelijk van het scenario.
- Bij scenario's waarin de prevalentie vooral daalt als gevolg van campagnes, zijn de baten het grootst voor de consumenten en de werkgevers.
- In de scenario's waarin de nadruk op stijging van de accijnzen ligt, zijn de baten het grootst voor de overheid.
- Bij gemengde maatregelenpakketten worden de baten meer gelijk verdeeld over consumenten, werkgevers en overheid.

Internationale vergelijking

De Tobacco Control Scale (TCS) poogt op landelijk niveau met behulp van zes beleidsindicatoren de inspanningen van landen te meten om het gebruik van tabak te ontmoedigen. De TCS is ontwikkeld door de Association of European Cancer Leagues. Er wordt gebruikgemaakt van objectieve indicatoren en inschattingen van experts. De indicatoren zijn:

1. de prijs van tabaksartikelen
2. rookverboden in openbare ruimten en werkplekken
3. hoogte van landelijke budgetten voor tabaksontmoedigingsbeleid
4. verbod op rookreclame
5. waarschuwingen op rookwaren
6. toegankelijkheid van stoppen-met-roken programma's.

- In 2007 stond Nederland van de dertig Europese landen die op de TCS werden gescoord op de gedeelde veertiende plaats, in 2010 op een gedeelde dertiende plaats van de 31 landen, in 2013 wederom op de dertiende plaats van 34 landen (Joossens & Raw, 2013). Nederland scoorde ten opzichte van de andere Europese landen op alle zes indicatoren van de TCS 'gemiddeld', behalve op de indicator 'waarschuwingen op rookwaren' waarop Nederland onder het Europese gemiddelde scoorde.
- In 2016 steeg Nederland van de dertiende naar een gedeelde negende plaats, terwijl er toen 35 landen werden beoordeeld (Joossens & Raw, 2017). In vergelijking met 2013 scoorde Nederland met name hoger voor de indicatoren 'waarschuwingen op rookwaren', 'openbare rookverboden' en 'budgetten voor tabaksontmoediging'. Voor de indicator 'prijs' scoorde Nederland lager.
- Een studie uit 2015 laat zien dat hogere scores op de TCS samen hangen met een lagere prevalentie van dagelijks roken onder jongeren in 13 Europese landen (Kuipers, Monshouwer, Van Laar, & Kunst, 2015).

13. Overige middelen: lachgas, ketamine en methylfenidaat (Ritalin)

13.A Lachgas

13A.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 385
13A.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 386
13A.3	Gebruik: jongeren en jongvolwassenen	▶ pagina 388
13A.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 392
13A.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 392
13A.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 393
13A.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 393
13A.8	Aanbod en markt	▶ pagina 394

13.B Ketamine

13B.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 395
13B.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 396
13B.3	Gebruik: jongeren en jongvolwassenen	▶ pagina 397
13B.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 399
13B.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 399
13B.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 400
13B.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 400
13B.8	Aanbod en markt	▶ pagina 401

13. Overige middelen: lachgas, ketamine en methylfenidaat (Ritalin)

13.C Ritalin (methylfenidaat)

13C.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 403
13C.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 403
13C.3	Gebruik: jongeren en jongvolwassenen	▶ pagina 405
13C.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 407
13C.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 407
13C.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 408
13C.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 408
13C.8	Aanbod en markt	▶ pagina 409

13. Overige middelen: lachgas, ketamine en methylfenidaat (Ritalin)

Dit hoofdstuk vat een aantal kerncijfers samen voor drie middelen, waarvoor recent opvallende ontwikkelingen zijn gesignaleerd in het gebruik: lachgas, ketamine en methylfenidaat (Ritalin). Het hoofdstuk volgt in grote lijnen de indeling van de andere middelenhoofdstukken, maar zal niet voor alle indicatoren (gebruik in de bevolking, problematisch gebruik, hulpvraag, ziekte en sterfte, markt) gegevens beschrijven. Deze zullen in komende jaren worden opgenomen, voor zover beschikbaar.

13.A Lachgas

Inleiding

Lachgas is een kleurloos gas dat wordt gebruikt als narcosemiddel in het ziekenhuis of als kortdurende pijnstiller door tandartsen en in ambulances. Recent is een toename in het gebruik van lachgas als roesmiddel geconstateerd. Lachgas wordt dan doorgaans geïnhaleerd uit een ballon.
Lachgas wordt al sinds halverwege de jaren negentig als roesmiddel in het uitgaansleven gebruikt. De laatste jaren heeft het gebruik zich verspreid in zowel steden als dorpen en is sprake van 'mainstreaming' (Nabben, Van der Pol, & Korf, 2017). Het middel wordt in uiteenlopende sociaal-demografische groepen gebruikt, variërend van jongeren die nooit alcohol of drugs hebben gebruikt tot doorgewinterde uitgaanders die veel ervaring hebben met allerlei roesmiddelen.

Bij 'doorsnee recreatief gebruik' (gedefinieerd als 5 tot 10 ballonnen lachgas per keer en maximaal één keer per maand), worden geen nadelige gezondheidseffecten verwacht (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2016). Er zijn echter ook signalen dat sommige gebruikers meer en vaker lachgas nemen (Nabben, Van der Pol, et al., 2017). Bij langdurig veelvuldig lachgasgebruik kunnen soms ernstige neurologische problemen ontstaan (Dong, Ba, Wang, & Zheng, 2018; Keddie et al., 2018).

Voor meer informatie over het gebruik van lachgas: zie het rapport 'Roes met een luchtje: gebruik, gebruikers en markt van lachgas' (Nabben, Van der Pol, et al., 2017) en de factsheet lachgas, update 2018 (Van Goor, 2018).

13A.1 Laatste feiten en trends

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

- In 2016 had één op de twintig volwassenen ooit lachgas gebruikt en één op de vijftig deed dit in het afgelopen jaar (§ 13a.2). De piek ligt in leeftijdsgroep 20-24 jaar.
- Het ooitgebruik van lachgas onder scholieren van 12-16 jaar is in 2017 hoger dan in 2015, maar dit verschil is niet statistisch significant. Onder meisjes is het ooitgebruik wel statistisch significant gestegen (§ 13a.3).
- Tussen 2015 en 2017 is het ooitgebruik van lachgas onder studenten van het MBO en HBO fors toegenomen (§ 13a.3)

- Gezondheidsincidenten gerelateerd aan lachgasgebruik lijken weinig voor te komen; wel werd bij het NVIC een stijging geregistreerd in het aantal blootstellingen (§ 13a.6).
- Bij 'doorsnee recreatief gebruik' lijkt het risico op nadelige gezondheidseffecten gering; bij intensief gebruik kunnen door vitamine B12-deactivatie neurologische en hematologische afwijkingen ontstaan (§ 13a.7).

13A.2 Gebruik: algemene bevolking

Deze paragraaf beschrijft gegevens voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van gegevens uit de tweejaarlijkse Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A middelen) (zie bijlage D.2). In de Gezondheidsenquête 2017 wordt het gebruik van lachgas niet gemeten.

Kerncijfers 2016

Ongeveer een op de twintig mensen (4,9%) in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder rapporteerde in 2016 ooit in het leven wel eens lachgas te hebben gebruikt (LSM-A Middelen) (tabel 13a.2.1).

- Dit komt neer op circa 650 duizend volwassen Nederlanders die ooit lachgas gebruikten. Circa 260 duizend gebruikten lachgas in het afgelopen jaar en 70 duizend deden dat de afgelopen maand nog. Dat is vergelijkbaar met de aantallen gebruikers van bijvoorbeeld cocaïne.
- In 2016 is voor het eerst lachgas opgenomen in de LSM-A Middelen meting, zodoende zijn er geen trendgegevens beschikbaar.

Tabel 13a.2.1 Percentage en absolute aantal lachgasgebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2016

(18 jaar en ouder)	(%)	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval
Ooit	4,9	650.000	600.000-700.000
Laatste jaar	2,0	260.000	230.000-290.000
Laatste maand	0,5	70.000	50.000-85.000

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat lachgas gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2016

Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid

De kerncijfers voor lachgas uit 2016 uit de LSM-A Middelen kunnen uitgesplitst worden naar demografische kenmerken. Lachgas wordt in uiteenlopende groepen van de bevolking gebruikt maar er zijn wel verschillen in prevalentie naar demografie.

- Meer mannen dan vrouwen gebruiken lachgas.
- Consumptie van lachgas komt het meest voor onder jongvolwassenen tussen 20 en 24 jaar.
- Minder laagopgeleiden dan hoogopgeleiden gebruiken lachgas.
- Volwassenen met een niet-Westerse migratieachtergrond hebben minder vaak ervaring met lachgas dan volwassenen met een Nederlandse achtergrond of Westerse migratieachtergrond. Dit geldt ook voor laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik.
- Gebruik van lachgas komt het meest voor in (zeer) sterk stedelijke gebieden.

Tabel 13a.2.2 Gebruik van lachgas in de bevolking van 18 jaar en ouder naar demografie. Peiljaar 2016

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Totaal	4,9	2,0	0,5
Geslacht			
Man	6,2	2,5	0,6
Vrouw	3,6	1,5	0,4
Leeftijd			
18-19	11,0	7,1	2,1
20-24	20,8	11,3	2,7
25-29	16,5	7,8	2,1
30-39	6,6	1,4	0,3
40-49	2,4	0,2	0,2
50-64	0,7	0,0	0,0
65+	0,2	0,0	0,0
Opleidingsniveau[I]			
Laagopgeleid	1,8	0,4	0,1
Middelbaar opgeleid	4,0	1,6	0,6
Hoogopgeleid	8,7	3,7	0,8
Migratieachtergrond[II]			
Nederlandse achtergrond	5,1	2,0	0,5
Westerse migratieachtergrond	4,4	1,7	0,5
Niet-Westerse migratieachtergrond	3,7	1,6	0,5
Stedelijkheid[III]			
(Zeer) sterk stedelijk	6,6	2,7	0,7
Matig stedelijk	3,4	1,6	0,4
Weinig/niet stedelijk	2,6	0,9	0,3

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en de laatste maand. I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. II. Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf (zie ook bijlage A "Migratieachtergrond). III. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen.
Bron: : LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2016.

Mate van consumptie

Van de laatste-jaar-lachgasgebruikers gebruikte de meerderheid één keer (42,5%) of een paar keer maar minder dan maandelijks (47,6%). Een op de twintig (4,9%) van hen nam maandelijks en nog eens 5,0% gebruikte meer frequent dan dat (LSM-A Middelen).

13A.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van lachgas op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven van scholieren van het voortgezet onderwijs en van studenten van het HBO en MBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun leeftijdgenoten middelen gebruiken.

Er is sprake van een algemene procentuele toename in de prevalentie van lachgasgebruik onder scholieren en MBO/HBO- studenten (zie ook paragraaf 'geslacht, leeftijd, schoolniveau, migratieachtergrond'). Onder uitgaanders lijkt de populariteit van lachgas ook toe te zijn genomen.

Scholieren van het regulier onderwijs

Kerncijfers over het gebruik van middelen onder scholieren (12-16 jaar) worden om de twee jaar alternerend gemeten in het Peilstationsonderzoek en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie. Na afstemming binnen de Leefstijlmonitor is de meest recente HBSC-studie (uit 2017), wat betreft de steekproef, vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek. De kerncijfers voor 2017 zijn uitgesplitst naar demografie (Zie bronnentabel en bijlage D.7).

Kerncijfers 2017

In 2017 heeft bijna één op de tien (9,4%) scholieren van het voortgezet onderwijs ooit lachgas gebruikt, een kwart van hen gebruikte in de laatste maand (Zie tabel 13a.3.1 en Stevens et al., 2018)

Trends in lachgasgebruik

Lachgasgebruik is in 2015 voor het eerst gemeten onder scholieren van 12-16 jaar. Sinds 2017 includeert de HBSC-studie alle scholieren van 12-16 jaar in het voortgezet onderwijs (en niet alleen degenen in de eerste vier leerjaren) en daarmee is deze studie vergelijkbaar met het Peilstationsonderzoek (Zie tabel 13a.3.1 en Van Dorsselaer et al., 2016).

- Het ooitgebruik van lachgas onder scholieren van 12-16 jaar is in 2017 met 9,4% hoger dan in 2015 (7,8%), maar dit verschil is niet statistisch significant. Onder meisjes is het ooitgebruik wel statistisch significant gestegen (twee procentpunten).

Geslacht, leeftijd, schoolniveau, migratieachtergrond

Lachgasgebruik uitgesplitst naar demografische subgroepen van scholieren van 12-16 jaar in het voortgezet onderwijs is weergegeven in tabel 13a.3.1.

- Er is in 2017 geen verschil (meer) in het lachgasgebruik tussen jongens en meisjes.
- Bij scholieren neemt het gebruik van lachgas procentueel toe met de leeftijd. Minder dan 4% van de leerlingen van 12 jaar had in 2017 ervaring met lachgas, oplopend naar 16.9% van de 16-jarige scholieren.
- In 2017 hebben meer scholieren op het VMBO-b dan op VMBO-t en het VWO ervaring met lachgas. Het ooitgebruik op het VWO ligt lager dan op de andere niveaus. In de volwassen bevolking ligt het gebruik van lachgas juist hoger onder hoogopgeleiden.
- Scholieren met een niet-Westerse migratieachtergrond hebben vaker ervaring met het gebruik van lachgas dan scholieren zonder migratieachtergrond.

Tabel 13a.3.1 Percentage lachgasgebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2017

	2015		2017	
	Ooit (%)	Laatste maand (%)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Totaal	7,8	2,4	9,4	2,5
Geslacht				
Jongens	9,0	2,5	10,2	3,0
Meisjes	6,5	2,3	8,5	2,1
Leeftijd				
12	3,1	1,1	3,5	0,5
13	4,4	0,7	5,4	1,4
14	7,9	2,7	8,4	2,7
15	10,6	3,4	13,9	4,6
16	14,1	3,4	16,9	3,9
Opleidingsniveau				
VMBO-b	8,6	3,2	13,7	-
VMBO-t	8,0	2,8	9,7	-
HAVO	7,9	2,3	9,9	-
VWO	6,6	1,2	5,8	-

Percentage lachgasgebruikers onder scholieren van het voorgezet onderwijs ooit, en in de laatste maand uitgesplitst naar demografische gegevens in 2015 en 2017. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015 en HBSC-Nederland/ Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut en SCP i.s.m. RIVM, 2017 (zie bijlage D.7)

Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2015 en 2017 is het gebruik van lachgas gemeten in een landelijk onderzoek onder respectievelijk ongeveer 3.000 en 4.000 studenten van het MBO en het HBO (tabel 13a.3.2) (Tuithof, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2018; Verdurmen, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2016).

- In 2017 heeft 28,7% van deze studenten ooit lachgas gebruikt en 6,4% deed dit in de afgelopen maand.
- Meer jongens dan meisjes op het MBO en HBO gebruiken lachgas: 31,5% versus 25,9% gebruikte ooit lachgas en 7,7% versus 5,1% in de laatste maand.
- Zestienjarige studenten van het MBO hebben vaker ervaring met lachgas dan leeftijdgenoten van het voortgezet onderwijs (23,1% versus 16,8%). Verder zijn er geen verschillen tussen schooltypes (VO, MBO, HBO) (Tuithof et al., 2018).
- In vergelijking met de peiling uit 2015, is het gebruik van lachgas ooit in het leven in twee jaar tijd flink gestegen. In 2015 had bijna twee op de tien studenten ooit lachgas gebruikt (19,8%) en in 2017 was dit bijna drie op de tien (28,7%). Deze stijging deed zich voor in alle leeftijdsgroepen . Het laatste-maand-gebruik was ook hoger in 2017 dan in 2015, maar deze verschillen waren niet statistisch significant.

Gebruik onder speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ligt het gebruik van lachgas hoger dan onder scholieren op reguliere middelbare scholen en in de algemene bevolking. Deze paragraaf beschrijft wat er uit uiteenlopende onderzoeken bekend is uit landelijke en lokale onderzoeken in verschillende groepen (uitgaande) jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen. Ook al wordt het gebruik van lachgas waargenomen in brede lagen van de bevolking, jongvolwassenen die (geregeld) uit gaan lijken toch de grootste gebruikers te zijn. Op basis van de gegevens van deze onderzoeken lijkt lachgas toe te nemen in populariteit.

Gebruik in Amsterdam onder studenten van het MBO

Uit een lokale studie onder 1.972 Amsterdamse MBO-studenten bleek dat het lachgasgebruik in deze groep hoger ligt dan het landelijk gemiddelde (tabel 13a.3.2) (Nabben, Luijk, Benschop, & Korf, 2017). Bij de interpretatie hiervan is het belangrijk om rekening te houden met verschillen in meetmethoden, waardoor een directe vergelijking met de kerncijfers niet mogelijk is.

- Lachgas wordt door MBO-studenten met diverse achtergrondkenmerken gebruikt.
- Laatste-jaar-gebruikers van lachgas zijn zowel jongens (45%) als meisjes (56%) en ruim twee derde (69%) is tussen de 16 en 19 jaar oud.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Doorgaans is middelengebruik hoger onder jongeren en jongvolwassen die (vaak) uitgaan. In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU2016) (Monshouwer, Van der Pol, Drost, & Van Laar, 2016) is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. De respondenten van dit onderzoek vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016, zoals uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- Lachgas staat met 37% na cannabis en ecstasy op nummer 3 van de lijst van 'drugs' met het hoogste percentage laatste-jaar-gebruikers onder uitgaanders.
- In HGU2016 had meer dan de helft van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen ooit wel eens lachgas gebruikt en een op de tien in de afgelopen maand (tabel 13a.3.2).
- Gebruikers van lachgas doen dit overwegend incidenteel, 80% heeft het 1 of een paar keer gedaan het afgelopen jaar. Eén procent gebruikt wekelijks.
- Voor een aantal middelen is aan laatste-jaar-gebruikers gevraagd: als je gebruikt, hoeveel gebruik je dan meestal op een dag? Dit is apart uitgevraagd voor een uitgaansdag en een dag waarop niet wordt uitgegaan. Gemiddeld gebruiken zij vijf ballonnen op een niet-uitgaansavond en vier op een uitgaansavond.

Een jaar later is een vervolgstudie onder de laatste-jaar-gebruikers van lachgas uit HGU2016 uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in deze specifiekere groep (Nabben, Van der Pol, et al., 2017).

- Eén op de zeven respondenten (14%) had geen lachgas meer gebruikt, 17% gebruikte één keer en 55% gebruikte een paar keer, maar minder dan maandelijks.
- De gebruiksfrequentie ligt onder deze lachgasgebruikers van de vervolgmeting hoger dan onder lachgasgebruikers in de algemene bevolking van 15 tot 35 jaar (LSM-A Middelen). Eén op de zeven respondenten (14%) werd gedefinieerd als frequent gebruiker omdat zij het afgelopen jaar maandelijks (7%) of vaker (6% een paar keer per maand, 1% wekelijks en 0,2% een paar keer per week) lachgas gebruikten.
- De lachgas-startleeftijd lag tussen 13 en 33 jaar (gemiddeld 20 jaar).

- De meeste lachgasgebruikers hebben ervaring met alcohol, tabak en cannabis. Frequente gebruikers van lachgas blowen vaker en zij hebben vaak ook al ervaring met 'partydrugs', psychedelica of nieuwe psychoactieve stoffen (NPS).

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven middels een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven en vragenlijsten onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen.

- De monitor signaleert dat onder club- en festivalbezoekers het gebruik van lachgas in 2017 populairder lijkt dan ooit, zowel op straat, thuis als op feesten. Van de club-en festivalbezoekers in 2017 had 71% ooit lachgas gebruikt, gemiddeld voor het eerst op hun 21e jaar. Ruim de helft (52%) gebruikte het laatste jaar lachgas en 22% in de laatste maand (Nabben, Luijk, & Korf, 2018) (tabel 13a.3.2).
- Het percentage laatste-jaar-gebruikers van lachgas daalde tussen 1998 en 2008, maar vervijfvoudigde naar 57% in 2013. In 2017 is het aandeel recente gebruikers met 52% stabiel, maar er zijn verschillen in trends tussen clubgangers (toename) en festivalbezoekers (afname).
- In het dancemilieu wordt lachgas vooral als een secundair middel gebruikt en vaak in combinatie met andere drugs. In de 'urbanscene' zien panelleden een duidelijke toename bij jonge groepen met weinig drugservaring.
- Het middel wordt het meest gebruikt onder 20-24 jarigen, vaker onder studenten dan niet-studenten en vaker in clubs dan op festivals.

Tabel 13a.3.2 Percentage lachgasgebruikers onder verschillende groepen studenten en uitgaanders

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO	Nederland	2017	16-18 jaar	28,7	6,4
		2015	16-18 jaar	19,8	5,2
Studenten MBO	Amsterdam	2016	19 (gemiddeld)	27,5	9,4
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Nederland	2016	22 (gemiddeld)	53,5	10,6
Bezoekers van clubs, raves[II] en festivals	Amsterdam	2008	25 (gemiddeld)	24,4	2,8
		2013	24 (gemiddeld)	71,4	32,7
		2017	26 (gemiddeld)	70,9	21,8

Percentage gebruikers die ooit en in de laatste maand lachgas gebruikten. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking niet mogelijk. I. (Frequente) bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media" (Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). Bronnen: MBO-HBO middelenmonitor (Tuithof et al., (2018) en Verdurmen et al., (2016); Antenne 2016 (Nabben, Luijk, et al., (2017); Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al, (2016); Antenne 2017 (Nabben et al., 2018).

Kwetsbare groepen

Het lachgasgebruik onder kwetsbare groepen is nog niet kwantitatief in kaart gebracht. Het rapport 'Roes met een luchtje' (Nabben, Van der Pol, et al., 2017), beschrijft de ervaringen van veldwerkers uit verschillende regio's (ruraal en stedelijk) met lachgasgebruik onder 'hangjongeren'.

- Lachgasgebruik onder hangjongeren wordt gezien in zowel rurale als stedelijke gebieden. De omvang van het gebruik in deze groepen is niet bekend.
- In de stedelijke gebieden worden veel schoolverlaters en plegers van kleine strafbare feiten gezien door veldwerkers. Een quote van een veldwerker luidt: *"Chillen op straat en lachgas nemen uit verveling of baldadigheid is niet ongewoon."*

- In de rurale gebieden worden deze groepen omschreven als 'lastige buitengroepen' en 'groepen waar vanuit huis minder sociale controle is'.

13A.4 Problematisch gebruik

Problematisch lachgasgebruik kent geen uniforme definitie. Er zijn geen systematisch verzamelde gegevens beschikbaar over problematisch gebruik van lachgas. Wel is bekend dat hoe vaker en hoe meer lachgas wordt gebruikt, hoe vaker craving (de onweerstaanbare zin om opnieuw te gebruiken) en gewenning worden ervaren. Op grond hiervan kan het risico op verslaving niet uitgesloten worden (Van Goor, 2018).

In het rapport 'roes met een luchtje' (Nabben, Van der Pol, et al., 2017) werd beschreven dat in een follow-up survey van Het Grote Uitgaansonderzoek (2016) onder zwaardere gebruikers van lachgas (ooit in hun leven maandelijks of vaker en/of meer dan 10 ballonnen gebruikt) een screeningsvragenlijst voor afhankelijkheid is afgenomen (Severity of Dependence Scale). Hoewel dit instrument niet is gevalideerd voor lachgasgebruik, geeft het mogelijk toch een indicatie van problematisch lachgasgebruik of afhankelijkheid (Nabben, Van der Pol, et al., 2017).

- Over het algemeen werd laag gescoord op deze vragenlijst, maar toch maakte 17% van de zwaardere gebruikers zich ten minste een beetje zorgen over het lachgasgebruik en 20% wil ten minste soms stoppen met het gebruiken van lachgas.

In het rapport worden ook de uitkomsten van een veldonderzoek beschreven, waarin onder andere aan jongeren werd gevraagd of zij in hun omgeving lachgasverslaving zien voorkomen.

- Het merendeel van de jongeren vond dat lachgas niet verslavend is. Een aantal respondenten beschrijft mensen in hun persoonlijke omgeving die in hun optiek geen maat meer kunnen houden met lachgas.

In de Amsterdamse Antenne-monitor 2017 was een op de negen (11%) laatste-jaar-gebruikers van mening dat hij of zij te veel of te vaak lachgas gebruikt. Dit percentage was onder de clubgangers wat hoger dan onder de festivalgangers (14% versus 6%) (Nabben et al., 2018).

13A.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Het European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) rapporteert niet over het gebruik van lachgas in de lidstaten van de EU. Een aantal landen heeft nationale schattingen gerapporteerd over het gebruik van lachgas in de algemene bevolking. Verschillen in methoden en in de vragen zorgen er echter voor dat de resultaten van verschillende landen niet met elkaar vergeleken kunnen worden. In de Verenigde Staten zijn gegevens over lachgasgebruik in de algemene bevolking verzameld door de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2018). De cijfers uit het Verenigd Koninkrijk zijn afkomstig uit de British Crime Survey 2018 (Home Office, 2018).

- In Engeland is het laatste-jaar-gebruik sinds 2013 stabiel gebleven; in de VS is er voor het ooitgebruik sprake van een kleine stijging sinds 2016 (tabel 13a.5.1).

Tabel 13a.5.1 Consumptie van lachgas onder de algemene bevolking van een aantal landen: verschillende leeftijdsgroepen

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Verenigde Staten	2017	18+	5,1	-
Verenigde Staten	2016	18+	4,8	-
Nederland	2016	18+	4,9	2,0
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2017	16-59	-	2,3

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers. - = Niet gemeten. Bronnen: LSM-A Middelen, SAMHSA (2018) en British Crime Survey (2018).

Er zijn geen internationaal vergelijkbare onderzoeken naar lachgasgebruik onder jongeren uitgevoerd. Lachgasgebruik is ook niet uitgevraagd in de ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs.

13A.6 Hulpvraag en incidenten

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal mensen dat hulp zoekt bij de verslavingszorg of wordt opgenomen in algemene ziekenhuizen vanwege het gebruik van lachgas.

De Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS) (zie bijlage D.6) houden gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten (Lameijer, Wijers, Croes, De Ruiter, & Valkenberg, 2018). De informatie wordt verzameld in een aantal regio's en geeft geen totaaloverzicht van het absolute aantal drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in heel Nederland. Daarnaast registreert het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals over vermoede blootstellingen aan middelen. Bij beide bronnen worden intoxicaties niet analytisch/toxicologisch geverifieerd.

- In totaal zijn 29 incidenten met lachgas geregistreerd bij het MDI in 2017, op een totaal van 5.905 drugsincidenten. Bij twee derde van deze incidenten was lachgas de enige gebruikte drug.
- Het aantal informatieverzoeken over blootstellingen geregistreerd door het NVIC over 'recreatief gebruik' van lachgas verviervoudigde bijna: van 13 in 2015 naar 48 in 2017.
- Opmerkelijk is ook de toename van het aantal meldingen bij het NVIC over langdurig, intensief gebruik, waarbij in sommige gevallen honderden patronen per dag werden geïnhaleerd (Kan et al., 2018).

Toch suggereren beide bronnen suggereren dat lachgasincidenten relatief weinig voorkomen.

13A.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Het gebruik van lachgas kan naast de verwachte positieve effecten, ook nadelige bijwerkingen met zich meebrengen. De gezondheidsrisico's van lachgas zijn onder te verdelen in risico's op de korte, en risico's

op de lange termijn. In 2016 is door het RIVM in opdracht van de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA) een rapport gepubliceerd over de gezondheidsrisico's van lachgas.

Risico's op korte termijn

Naast de gewenste effecten rapporteren gebruikers ook ongewenste effecten. In het (vervolg)onderzoek onder uitgaanders in 2017 (Nabben, Van der Pol, et al., 2017) zijn de meest voorkomende effecten die tijdens of kort na lachgasgebruik optreden hoofdpijn, duizeligheid en tintelingen van handen en voeten.

- Elk van deze acute effecten werd door ongeveer één op de drie gebruikers genoemd. Daarna volgen verwardheid, misselijkheid en craving (hunkering om opnieuw te gebruiken).
- 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.
- Bij degenen die één of meer acute negatieve effecten hadden ervaren, varieerde het gemiddelde aantal ballonnen op een typische gebruiksdag tussen 5,4 en 10,3, versus 4,1 bij degenen die geen klachten rapporteerden.
- Bij recreatief gebruik van lachgas, met minder dan 10 lachgasballonnen per gebeurtenis, maandelijks of minder, worden geen negatieve gezondheidseffecten op korte termijn verwacht (RIVM, 2016).

Risico's op lange termijn

Lachgas is niet carcinogeen. Bij langdurig, zeer intensief gebruik van lachgas kan een tekort aan vitamine B12 ontstaan, wat kan leiden tot bloedziekten en neurologische effecten (Dong et al., 2018). Er zijn geen andere specifieke gezondheidseffecten op de lange termijn bekend (RIVM, 2016).

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 (Garakani et al., 2016).

13A.8 Aanbod en markt

Lachgas valt sinds 1 juli 2016 onder de Warenwet door een besluit van het Europese Hof. Dat betekent dat de verkoper van lachgas aan de verplichtingen van de Warenwet dient te voldoen. Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor ernstige gezondheidsrisico's, concludeert het rapport van het RIVM (RIVM, 2016). Daarom was er geen reden voor handhavend optreden door de NVWA op grond van de Warenwet. Verkoop, handel, bezit en gebruik van lachgas is ook niet strafbaar (Van Goor, 2018).

De aanbodkant van de lachgasmarkt is heel gevarieerd. Volgens Nabben & Van der Pol, et al., (2017) kan deze "ruwweg onderverdeeld worden in vier categorieën: de detailhandel; de groothandel; de online verkoop en de bezorgdiensten; en de verkoop op privéfeestjes (in het uitgaanscircuit en op straat)"(Nabben, Van der Pol, et al., 2017).

Beperkende maatregelen bij lachgasverkoop

Omdat lachgas onder de warenwet valt, en ook veel gebruikt wordt in de voedingsindustrie, kan de verkoop en het bezit van lachgas niet verboden worden. De gemakkelijke beschikbaarheid ook gezien als een belangrijke factor in de populariteit van lachgas bij jongeren (Van Amsterdam, Nabben, & Van den

Brink, 2015). Om de verkoop aan 'recreatieve gebruikers' in te dempen, zijn er wel vrijwillige beperkende maatregelen te bedenken die zowel detailhandels als groothandels en onlineverkoopdiensten toe kunnen passen. Bijvoorbeeld zouden zij niet meer kunnen verkopen aan minderjarigen, of afspraken kunnen maken rondom de presentatie van lachgaspatronen, of een maximum aantal patronen per klant hanteren (Nabben, Van der Pol, et al., 2017). Het RIVM concludeert in ieder geval, naar aanleiding van een vraag vanuit het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM), dat alle leveranciers (inclusief de detailhandel) van lachgas moeten voldoen aan de notificatieplicht voor het leveren van lachgas onder de CLP (indeling, etikettering en verpakking / Classification, Labelling and Packaging) wetgeving. Via het CLP register is de identiteit van legale leveranciers te achterhalen. Wanneer het volume echter meer dan 1.000 kg per jaar betreft, moeten leveranciers ook voldoen aan de andere eisen van REACH (het Europees systeem voor registratie, evaluatie, autorisatie, en restrictie van chemicaliën), die stelt dat bepaalde informatie over veilig gebruik aanwezig moet zijn (Venhuis & Keizers, 2018).

13.B Ketamine

Inleiding

Ketamine wordt vooral gebruikt als een middel tegen pijn of als narcosemiddel in de (dier)geneeskunde. Vanwege deze toepassing valt ketamine onder de geneesmiddelenwet en niet onder de Opiumwet. Zonder vergunning of doktersrecept, is het produceren, verhandelen of in bezit hebben van ketamine dus strafbaar.

Ketamine wordt door recreatieve drugsgebruikers genomen als dissociatief tripmiddel, waarbij er een scheiding optreedt tussen lichaam en geest. De drug wordt dan gesnoven of geïnjecteerd. Wanneer het middel wordt gesnoven treden de effecten op na 5 tot 15 minuten en houden ongeveer een uur aan. Bij regelmatig gebruik van ketamine kan tolerantie optreden en/of geestelijke verslaving.

Ketamine werd jarenlang gebruikt door een kleine groep mensen die intense psychedelische ervaringen zoeken, maar er zijn signalen voor een verbreding van het gebruikerspubliek. In Amsterdam hebben narcosemiddelen zoals GHB, ketamine en lachgas al geruime tijd een vaste plek op de Amsterdamse drugsmarkt, maar het zijn geen typische uitgaansdrugs, zoals de stimulantia.

Mogelijk is ketamine effectief bij de behandeling van therapieresistente depressie (Singh et al., 2017). In Nederland wordt hiernaar ook onderzoek verricht (Joostensz, 2018). Ketamine zou ook een rol kunnen spelen bij de behandeling van verslaving aan alcohol, cocaïne en opiaten, maar het onderzoek hiernaar is nog beperkt (Jones, Mateus, Malcolm, Brady, & Back, 2018).

13B.1 Laatste feiten en trends

- In 2017 hadden bijna 150.000 volwassen Nederlanders ooit ketamine gebruikt (§13b.2).
- Onder studenten van het MBO en HBO blijft ketaminegebruik beperkt (§13b.3)
- Uitgaanders hebben vaker ervaring met ketamine en er lijkt sprake te zijn van 'mainstreaming' (§13b.3).
- Hoewel de ernst beperkt blijft, neemt het aantal gezondheidsincidenten met ketamine toe; het betreft bijna altijd een combinatie met een andere drug (§13b.6).
- Het aantal monsters dat wordt aangeboden als ketamine neemt sinds 2014 toe; in 2017 is een flinke stijging te zien in het aantal in het laboratorium geanalyseerde monsters (§13b.8).

13B.2 Gebruik: algemene bevolking

Deze paragraaf beschrijft gegevens voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder op basis van gegevens uit de tweejaarlijkse aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A Middelen) 2016 (zie bronnentabel en bijlage D.2).

Kerncijfers 2016

Ongeveer 1 procent van de bevolking van 18 jaar en ouder rapporteerde in 2016 ooit in het leven wel eens ketamine te hebben gebruikt (LSM-A Middelen) (tabel 13b.2.1).

- In absolute aantallen zijn dit circa 150 duizend volwassen Nederlanders die ooit ketamine gebruikten, en 20 duizend die dat de afgelopen maand nog deden.
- In 2016 is voor het eerst ketamine opgenomen in de LSM-A Middelen, zodoende zijn er nog geen trendgegevens beschikbaar.

Tabel 13b.2.1 Percentage en absolute aantal ketaminegebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2016

	(%)	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval
Ooit	1,1	150.000	120.000-180.000
Laatste jaar	0,5	60.000	50.000-80.000
Laatste maand	0,2	20.000	10.000-30.000

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar, in de laatste maand. Het geschatte absolute aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat ketamine gebruikt is weergeven in tienduizendtallen. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2016

Geslacht

Volgens de gegevens uit de LSM-A Middelen gebruiken meer mannen dan vrouwen ketamine (tabel 13b.2.2). De prevalentie van ketamine is te laag om nader uit te splitsen naar leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid.

Tabel 13b.2.2 Gebruik van ketamine in de bevolking van 18 jaar en ouder naar geslacht. Peiljaar 2016

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Totaal	1,1	0,5	0,2
Geslacht			
Man	1,6	0,7	0,2
Vrouw	0,6	0,3	0,2

Percentage volwassen gebruikers ooit in het leven, laatste jaar, en laatste maand, uitgesplitst naar geslacht. Bron: LSM-A Middelen/Leefstijlmonitor Trimbos, i.s.m. RIVM en CBS, 2016.

Mate van consumptie

- Van de laatste-jaar-gebruikers van ketamine gebruikte de meerderheid het middel één keer (39,9%) of een paar keer maar minder dan maandelijks (41,7%) (LSM-A Middelen).

13B.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Het gebruik van ketamine wordt onder jongeren nog niet systematisch in kaart gebracht. Deze paragraaf beschrijft wat er bekend is uit landelijke en lokale onderzoeken in verschillende groepen (uitgaande) jongeren en jongvolwassenen.

Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2017 is het gebruik van ketamine gemeten in een landelijk onderzoek onder ongeveer 4.000 studenten (16 t/m 18 jaar) van het MBO en het HBO (tabel 13b.3.1) (Tuithof et al., 2018).

- Het ooitgebruik van ketamine onder studenten van het MBO en HBO ligt met 2,4% ongeveer op hetzelfde niveau als 4-FA en 2C-B (beide ongeveer 2%). Het laatste maandgebruik is vergelijkbaar met dat van 2C-B.
- De prevalentie van ooit- en laatste maand ketaminegebruik ligt voor jongens hoger dan voor meisjes (tabel 13b.3.1).
- Over de gehele steekproef neemt de prevalentie toe naarmate de leeftijd stijgt.

Tabel 13b.3.1 Percentage ketaminegebruikers onder studenten van het MBO en HBO (16-18 jaar) in 2017. Peiljaar 2017

	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Totaal	2,4	0,7
Geslacht		
Jongens	3,5	1,1
Meisjes	1,3	0,3

Percentage ketaminegebruikers ooit en in de laatste maand onder studenten van het MBO en HBO (16-18 jaar). Bron: Middelenmonitor MBO-HBO (Tuithof, Van Dorsselaer & Monshouwer, 2018).

Gebruik onder speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ligt het gebruik van ketamine hoger dan onder scholieren op reguliere middelbare scholen en de algemene bevolking, zoals beschreven in de voorgaande paragrafen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (HGU2016) is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. De respondenten van dit onderzoek vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016, zoals uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- In HGU2016 had 17,3% van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen ooit wel eens ketamine gebruikt, 12,3% deed dit in het afgelopen jaar en 5,3% in de afgelopen maand.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven middels een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven en surveys onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen.

- Vanuit de panelstudie onder sleutelfiguren in het uitgaansleven zijn er signalen dat ketamine toegankelijker wordt. Er lijkt sprake te zijn van 'mainstreaming', op een afterparty maar ook tijdens het uitgaan.
- Van de 639 deelnemers aan de survey in clubs en op festivals had in 2017 33,3% ooit in het leven ketamine gebruikt, 25,7% in het afgelopen jaar en 15,2% had dit gedaan in de laatste maand (Nabben et al., 2018).
- Zowel in het ooitgebruik als in het laatste-maand-gebruik is in 2013 een forse toename te zien ten opzichte van 2008. In 2017 nam de prevalentie onder clubbezoekers weer toe, en nam deze onder de festivalbezoekers af. Over de gehele populatie lijkt het gebruik enigszins gestabiliseerd (Nabben et al., 2018).

Gebruik in Amsterdam onder studenten van het MBO

In een lokale studie onder 1.972 Amsterdamse MBO-studenten (Nabben, Luijk, et al., 2017) is gebleken dat het ketaminegebruik in deze groep hoger ligt dan het landelijk gemiddelde (tabel 13b.3.2), en ook hoger is dan het landelijke onderzoek onder MBO en HBO studenten. Bij de interpretatie hiervan is het belangrijk om rekening te houden met verschillen in meetmethoden, waardoor een directe vergelijking niet mogelijk is.

- Het aandeel laatste-jaar-gebruikers van ketamine stijgt met de leeftijd.
- Er zijn geen statistisch significante verschillen naar geslacht en etniciteit.
- De groep laatste-jaar-gebruikers onder niveau 1 en niveau 4 studenten van het MBO is groter dan bij niveau 2 en niveau 3.

Tabel 13b.3.2 Percentage ketaminegebruikers onder verschillende groepen studenten en uitgaanders.

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Studenten van het MBO en HBO	Landelijk	2017	16-18	2,4	0,7
Studenten van het MBO	Amsterdam	2016	19 (gemiddeld)	4,4	1,2
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2016	22 (gemiddeld)	17,3	5,3
Bezoekers van clubs, raves[II] en festivals	Amsterdam	2017	26 (gemiddeld)	33,3	15,2
		2013	24 (gemiddeld)	28,8	11,7
Bezoekers van clubs in Amsterdam	Amsterdam	2008	25 (gemiddeld)	8,5	1,6

Percentage gebruikers die ooit en in de laatste maand ketamine gebruikten. Door verschillen in meetmethoden is een directe vergelijking niet mogelijk. I: I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media"(Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). Bron: Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en het HBO 2015 (Verdurmen et al., 2016); Antenne 2016 (Nabben, Luijk, et al., 2017), Het grote uitgaansonderzoek (Monshouwer et al., 2016), Antenne 2017 (Nabben et al., 2018), Antenne 2008 (Benschop et al., 2009).

13B.4 Problematisch gebruik

- Bij frequent ketaminegebruik treedt snel tolerantie op. Men kan geestelijk afhankelijk raken van ketamine.
- Het is niet bekend hoe groot de omvang is van problematisch ketaminegebruik in Nederland.

13B.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Het EMCDDA verzamelt geen gestandaardiseerde gegevens over het gebruik van ketamine in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije. In de Verenigde Staten worden de gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking verzameld door de SAMHSA. De cijfers uit het Verenigd Koninkrijk zijn afkomstig uit de British Crime Survey 2018.

- Volgens de gegevens uit de Crime Survey in het Verenigd Koninkrijk nam het ooitgebruik van ketamine in de bevolking van 16-59 jaar toe van 1,3% in 2007/2008 naar 2,8% in 2017/2018 (Home Office, 2018). Het laatste-jaar-gebruik schommelde over de jaren maar verdubbelde van 0,4% in 2016/2017 naar 0,8% in 2017/2018. De toename deed zich vooral voor onder 16-24-jarigen (tabel 13b.5.1).
- In de Verenigde Staten had in 2017 1,4% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit ketamine geconsumeerd. Dit percentage is niet veranderd ten opzichte van 2016 (SAMHSA, 2018).

Tabel 13b.5.1 Consumptie van ketamine onder de algemene bevolking van een aantal landen: verschillende leeftijdsgroepen

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2017	16-59	2,8	0,8
Verenigde Staten	2017	18+	1,4	-
		12+	1,3	-
Nederland	2016	18+	1,1	0,5

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers. - = Niet gemeten. Bronnen: LSM-A Middelen, SAMHSA (2018) en British Crime Survey (2018).

Jongeren

Er zijn geen internationaal vergelijkbare cijfers beschikbaar over het gebruik van ketamine onder jongeren. In de ESPAD wordt wel het gebruik van LSD en andere hallucinogene middelen geregistreerd in een internationaal goed vergelijkbare studie over 35 landen (2015) onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs.

- Het ooitgebruik van LSD of andere hallucinogenen ligt in Nederland op 2% (jongens 2%, meisjes 1%), rond het gemiddelde van alle landen 2% (zowel voor jongens als voor meisjes) (Kraus, Leifman, & Vicente, 2016).

- Ketamine zou onder 'andere hallucinogenen' geschaard kunnen worden. Aangezien het hier gaat om het totaal van het gebruik van hallucinogenen, worden de prevalenties van de andere landen hier niet uitgebreid gepresenteerd.

13B.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

Ketamine kan leiden tot problematiek waarvoor een hulpvraag wordt gedaan in de verslavingszorg, maar dit aantal is gering. Verslavingszorginstellingen leveren geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aan via het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2016). De meest recente gegevens gaan over 2015.

- Hulpvraag bij ketamineproblematiek valt onder de categorie 'overige hulpvragen'. In totaal waren er 28 geregistreerde gevallen in 2015.
- Er zijn geen trendgegevens beschikbaar over ketamineproblematiek.

Incidenten

De Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS) (zie bijlage D.6) houden gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten (Lameijer et al., 2018). De informatie wordt verzameld in een aantal regio's en geeft geen totaaloverzicht van het absolute aantal drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in heel Nederland.

- In de MDI zijn registraties van incidenten met ketamine relatief beperkt, maar wel wordt gezien dat het aandeel op alle drugsincidenten toeneemt. Bij de meerderheid van deze incidenten wordt ketamine gebruikt in combinatie met andere drugs.
- Ketamine-intoxicaties worden het meest gemeld door EHBO's op feesten. Tussen 2009 en 2017 nam bij EHBO's het aandeel van incidenten waarbij ketamine betrokken was (als enige drug of in combinatie met andere drugs) toe: van 2,7% in 2009 naar 6,3% in 2016, met een verdere stijging naar 8,2% in 2017.
- In het merendeel van de gevallen (ruim 60%) betrof het van een intoxicatie met meerdere drugs. De meest geregistreerde mengintoxicatie met ketamine in 2017 was met ecstasy (52%), gevolgd door cocaïne (28%) en GHB (27%). Bij de helft (51%) van alle ketamine-intoxicaties was ook alcoholgebruik in het spel.

Bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) wordt eveneens een lichte stijging van het aantal informatieverzoeken over vergiftigingen met ketamine bij personen van 13 jaar en ouder gezien; in totaal 29 blootstellingen in 2017, tegenover 22 in 2016 en 18 in 2015 (Kan et al., 2018).

13B.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Naast de verwachte effecten kunnen er door het gebruik van ketamine ook bijwerkingen optreden en zijn er risico's op de korte en op de lange termijn.

Risico's op korte termijn

Door het gebruik van ketamine kunnen bijwerkingen ontstaan: verwardheid, misselijkheid en braken, buikpijn of bewusteloosheid. Daarbij bestaat de kans op een bad-trip: door de intensiteit van de ervaring kan men angstig worden. Het gebruik van ketamine zorgt ook voor minder motorische controle, hierdoor bestaat de kans op vallen. Tenslotte zou ketamine kunnen zorgen voor spierverstijving of –verlamming.

Risico's op lange termijn

Bij langdurig en veelvuldig gebruik bestaat het risico om (ernstige) blaas- en nierproblemen te ontwikkelen (Myers, Bluth, & Cheung, 2016). Hoewel deze klachten veelvuldig zijn beschreven in wetenschappelijke studies, ontbreken gegevens over de omvang. Deze problemen zouden deels reversibel zijn bij stoppen met het gebruik (Wood et al., 2011). Daarnaast rapporteren langdurige gebruikers hevige aanvallen van buikpijn, die zij ook wel een "K-kramp" noemen (Muetzelfeldt et al., 2008). De klachten begonnen met bloed in de urine, vaak naar het toilet moeten, kleine beetjes plassen of niet meer plassen.
Eerst uit dieronderzoek, nu ook uit menselijke studies, blijkt ook dat herhaaldelijk ketaminegebruik cognitieve functies verstoort, met name het geheugen (Morgan & Curran, 2012). Als laatste bestaat het risico op (geestelijke) afhankelijkheid van ketamine.

Sterfte

Het precieze aantal sterfgevallen door het gebruik van ketamine in Nederland is niet bekend. In de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS valt ketamine onder dezelfde code als andere verdovingsmiddelen (zie bijlage D.1). Voor Engeland zijn wel recente cijfers bekend. Deze kunnen ook niet-Britse personen betreffen, die zijn overleden in Engeland (Office for National Statistics, 2016).

- In 2015 zijn er in totaal twaalf sterftegevallen geregistreerd waarbij ketamine genoemd werd op de overlijdensakte.
- Bij zeven personen was ketamine de enige genoemde drug op de akte, maar mogelijkerwijs zou ook alcohol in het spel kunnen zijn geweest. (Office for National Statistics, 2016)

13B.8 Aanbod en markt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs (Van der Gouwe & Rigter, 2018). Daarvoor wordt gebruikgemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters wordt herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm, zoals cocaïne, worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse. Sinds 2017 worden ketaminepoeders op het Trimbos-instituut geanalyseerd met een FT-IR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Monsters met een onbekende samenstelling worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

- Ketamine wordt steeds vaker bij het DIMS aangeboden, hetgeen erop duidt dat er in Nederland een aanzienlijke en vermoedelijk groeiende groep gebruikers bestaat voor dit middel, iets wat door ander bronnen wordt bevestigd (Monshouwer et al., 2016; Nabben, Benschop, & Korf, 2016; Nabben et al., 2018).
- In 2017 waren 3,68% van de ingeleverde samples aangekocht als ketamine, in 2016 was dit 2,72%. Dit betekent dat het aandeel ketaminesamples in 2017 met 35% is gestegen ten opzichte van 2016.
- Na een kleine terugval in 2014 zet de stijging in het aantal monsters met ketamine in 2017 door.

- Na 4-FA (684) is ketamine (441) de meest aangeleverde 'NPS' bij het DIMS in 2017. Tabel 13b.8.1 toont ter vergelijking de aantallen monsters waarin ook daadwerkelijk 4-FA en ketamine is aangetroffen. Hieruit blijkt dat ketamine vaker is aangetroffen dan 4-FA, ondanks het grotere aantal als 4-FA verkochte samples. Dit kan komen door de gedaalde zuiverheid van 4-FA, en omdat niet elk sample door het DIMS wordt doorgestuurd naar het laboratorium of op de FT-IR wordt getest.
- Van de 438 als ketamine gekochte poeders bevatten er 375 (86%) daadwerkelijk ketamine, met een gemiddeld gehalte van 75% ketamine base. De overige poeders bevatten stoffen zoals chloorfeniramine of lidocaïne.

Tabel 13b.8.1 Aantal in het laboratorium of met FT-IR geanalyseerde monsters met ketamine en andere NPS, vanaf 2007

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Totaal aantal monsters	4.727	4.671	5.086	5.735	5.783	5.985	5.705	5.906	6.389	6.162	6.428
2C-B	21	75	81	79	61	78	76	170	114	138	179
4-FA	-	6	89	50	74	95	105	406	478	702	394
Ketamine	80	65	66	126	96	147	166	149	243	274	404

Gegevens over 2007-2017 betreffen alleen monsters (pillen, poeders, vloeistoffen e.d.) die in het laboratorium zijn geanalyseerd. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Prijs

De Amsterdamse Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een gram ketamine.

- Consumenten die bij DIMS hun ketaminemonster lieten testen betaalden in 2017 tussen de 10 en 60 euro (gemiddeld 25,10 euro) per gram ketamine (Van der Gouwe & Rigter, 2018).
- Volgens de Amsterdamse Antenne-monitor lag de meest gangbare prijs van ketaminepoeders in 2017 tussen 20-35 euro per gram (Nabben et al., 2018).

13.C Ritalin (methylfenidaat)

Inleiding

Methylfenidaat en sommige andere medicijnen die worden voorgeschreven aan kinderen en jongeren met ADHD, worden ook gebruikt als zogenaamde 'recreatieve' drug, dat wil zeggen voor niet-medische doeleinden, zonder voorschrift van een arts. Methylfenidaat is onder verschillende namen in de handel. In dit hoofdstuk gebruiken wij de merknaam Ritalin waaronder het middel het meest bekend staat, maar bedoeld worden alle vormen van methylfenidaat.

Ritalin is een stimulerend middel, verwant aan amfetamine, en valt onder de Opiumwet (Lijst I). Met regelmaat verschijnen in de media berichten over een toename van dit recreatief' gebruik onder jongeren. Het onderzoek hiernaar is in Nederland echter nog zeer beperkt (Monshouwer et al., 2016). Ritalin is echter geen onschuldig middel, in elk geval niet als het gaat om 'recreatief gebruik' (Van Amsterdam, Opperhuizen, Koeter, & Van Den Brink, 2010).

13C.1 Laatste feiten en trends

Ongeveer een op de honderd volwassenen rapporteerde in 2016 in het laatste jaar ADHD-medicijnen gebruikt te hebben. Ongeveer een derde van de laatste-jaar-gebruikers gebruikte in het laatste jaar ADHD-medicijnen (ook) zonder recept (13c.2).
In 2015 heeft 2,5% van de scholieren in het voortgezet onderwijs ooit Ritalin (of andere ADHD-medicatie) gebruikt zonder voorschrift van een arts (13c.3)

13C.2 Gebruik: algemene bevolking

In 2016 is via de Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A Middelen) het gebruik van ADHD-medicijnen gemeten onder de bevolking van 18 jaar en ouder. De LSM-A Middelen is een tweejaarlijkse dieptestudie naar middelengebruik in de algemene bevolking, die naast de jaarlijkse kernstudie Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor wordt uitgevoerd voor meer verdiepende gegevens over middelengebruik (zie bijlage D.2).

Kerncijfers 2016

Ongeveer één op de twintig volwassenen rapporteerde in 2016 ooit in het leven wel eens ADHD-medicijnen gebruikt te hebben en ongeveer 1% deed dit in het afgelopen jaar nog. Ruim een kwart van de laatste-jaar-gebruikers (0,3%) nam in het laatste jaar ADHD-medicijnen (ook) zonder recept (tabel 13c.2.1). Dat komt neer op circa 50.000 personen.

Tabel 13c.2.1 Percentage en absolute aantal gebruikers ADHD-medicijnen met en (ook) zonder recept in de bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2016

	Totaal (%)	Absoluut aantal (afgerond op 10.000)	Absoluut aantal 95% Betrouwbaarheidsinterval
Gebruik ADHD-medicijnen			
Ooit	2,6	340.000	300.000-390.000
Laatste jaar	1,1	150.000	120.000-180.000
Laatste maand	0,8	100.000	80.000-130.00
Gebruik ADHD-medicijnen (ook) zonder recept			
Laatste jaar	0,3	50.000	30.000-60.000
Laatste maand	0,1	20.000	<10.000-20.000

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en de laatste maand. I. Schatting van het aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat ADHD-medicijnen gebruikt is afgerond op tienduizendtallen. Bron: LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2016.

Wat betreft het medisch gebruik rapporteert Stichting Farmaceutische Kengetallen dat zich in 2017 voor het eerst een trendbreuk in de stijgende lijn van het aantal gebruikers van methylfenidaat voordeed (Stichting Farmaceutische Kerngetallen, 2018).

- In 2016 verstrekten Nederlandse apotheken aan circa 230.000 personen één keer of vaker methylfenidaat, waarvan 136.000 ouder dan 15 jaar.

- Dat betekent een sterke stijging sinds 2007, toen er bijna 100.000 (medische) gebruikers waren.
- In 2017 leek zich een kentering af te tekenen, met een daling naar 222.000 gebruikers. Deze daling wordt vooral bepaald door de al eerder ingezette daling in voorschriften bij jongeren van 6 tot en met 15 jaar

Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid

De kerncijfers voor het gebruik van ADHD-medicijnen uit 2016 kunnen beschreven worden aan de hand van demografische kenmerken. De gegevens over gebruik zonder voorschrift zijn niet opgenomen in tabel (13c.2.2) maar worden wel beschreven.

- Het gebruik van ADHD-medicijnen is hoger onder mannen dan onder vrouwen (tabel 13c.2.2). Dit geldt ook voor gebruik (ook) zonder recept.
- Het gebruik van ADHD-medicijnen is met bijna 10% het hoogst in de groep 20-24 jarigen, daarna volgen de 18-19 jarigen met 7,4%. Onder 50-plussers is het ooitgebruik minder dan 1%.
- 1,8% van de 18-19 jarigen gebruikte het laatste jaar zonder voorschrift van een arts; onder20-24 jarigen was dit percentage 2,2%.
- Over de gehele populatie zijn ooitgebruikers vaker hoogopgeleid; er zijn echter geen verschillen tussen opleidingsniveaus in laatste-maand-gebruik. Hetzelfde geldt voor gebruik zonder recept.

De laatste-jaar-prevalenties van ADHD-medicijnen zijn te laag om uit te splitsen naar mate van consumptie.

Tabel 13.c.2.2 Gebruik van ADHD-medicijnen in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar geslacht, leeftijdsgroep, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid. Peiljaar 2016

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Totaal	2,6	1,1	0,8
Geslacht			
Man	3,5	1,4	1,0
Vrouw	1,7	0,9	0,6
Leeftijd			
18-19	7,4	4,4	2,7
20-24	9,5	4,6	2,3
25-29	5,7	2,0	1,5
30-39	3,4	1,4	1,1
40-49	1,8	1,0	0,7
50-64	1,0	0,3	0,3
Opleidingsniveau[I]			
Laagopgeleid	2,0	0,9	0,8
Middelbaar opgeleid	2,8	1,2	0,8
Hoogopgeleid	2,9	1,3	0,8
Migratieachtergrond			
Nederlandse achtergrond	2,6	1,2	0,8
Westerse migratieachtergrond	2,8	1,3	0,7
Niet-Westerse migratieachtergrond	2,1	0,7	0,4
Stedelijkheid[II]			
(Zeer) sterk stedelijk	3,2	1,4	0,9
Matig stedelijk	2,4	0,9	0,7
Weinig/niet stedelijk	1,7	0,9	0,6

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand naar geslacht, leeftijdsgroep, opleidingsniveau, migratieachtergrond en stedelijkheid. I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. 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/ Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2016.

13C.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Scholieren van het regulier onderwijs

Het gebruik van Ritalin wordt niet gemonitord in het Peilstationsonderzoek en de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie (zie bronnentabel en bijlage D.7), of in de ESPAD; wel werd in de Nederlandse ESPAD-vragenlijst uit 2015 een extra vraag gesteld over ritalingebruik.

- Hieruit blijkt dat in 2015 2,8% van de scholieren van leerjaar 3 en 4 het regulier voortgezet onderwijs ooit Ritalin (of andere ADHD-medicatie) heeft gebruikt zonder voorschrift van een arts. Dit percentage nam toe met de leeftijd, van 1,3% onder 14-jarigen tot 3,8% onder 16-jarigen (ESPAD-Nederland, Trimbos-Instituut, 2015).

Er zijn geen gegevens beschikbaar over trends in Ritalingebruik of over het gebruik in verschillende demografische groepen.

Gebruik onder speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ligt het gebruik van Ritalin hoger dan onder scholieren op reguliere middelbare scholen en de algemene bevolking.

Gebruik in Amsterdam onder studenten van het MBO

In een lokale studie onder 1.972 Amsterdamse MBO-studenten is gevraagd naar het gebruik naar Ritalin, maar niet of ze dit op recept of recreatief gebruiken (Nabben, Luijk, et al., 2017).

- Eén op de tien mbo-studenten (11%) heeft ooit Ritalin gebruikt, 7% is laatste-jaar-gebruiker en 3% laatste-maand-gebruiker (tabel 13c.3.1).

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU2016) is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht (Monshouwer et al., 2016). De respondenten vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016, zoals uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- Bijna 1 op de 10 (9%) uitgaanders had recreatief Ritalin in het afgelopen jaar gebruikt en 1 op de 25 (4%) nog in de afgelopen maand.
- De meerderheid van de gebruikers (77%) neemt het middel niet meer dan een paar keer per jaar.
- Voor de grootste groep gebruikers (twee derde) is een betere concentratie een (heel) erg belangrijke reden voor gebruik. Dit suggereert dat Ritalin (als het gaat om niet medische doeleinden) vooral wordt gebruikt als prestatieverhogend middel voor studie/ werk en in mindere mate als 'recreatieve' uitgaansdrug.
- Onder frequente bezoekers van party's en festivals is het percentage gebruikers van Ritalin wel hoger dan onder degenen die hoogstens een paar keer per jaar deze gelegenheden bezoeken.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven. In 2017 is het gebruik van Ritalin onder bezoekers van clubs en festivals uitgevraagd. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen gebruik met of zonder voorschrift.

- Bijna een kwart (22,1%) van de uitgaanders heeft ervaring met Ritalin; 11,4% gebruikte Ritalin nog in het jaar voorafgaand aan het onderzoek en 3,4% nam het middel in de laatste maand.
- Ritalin wordt het meest gebruikt onder 20-24 jarigen, net zoals in de algemene bevolking.
- Studenten gebruiken vaker Ritalin dan niet-studenten (26,6% vs. 17,1%)

Tabel 13.c.3.1 Percentage Ritalingebruikers onder verschillende groepen studenten en uitgaanders

	Locatie	Peilaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2016	22	16,8	4,1
Studenten van het MBO	Amsterdam	2016	19	11,0	3,0
Bezoekers van clubs, raves[II] en festivals	Amsterdam	2017	26	22,1	3,4

Percentage ooitgebruikers en laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. I. (Frequente) bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals..II. Raves zijn underground feesten "op verscholen, liefst moeilijk vindbare plekken: onder bruggen, in afgelegen loodsen of een oud schoolgebouw", het zijn "semi-illegale feesten op alternatieve locaties, vaak op het laatste moment bekend gemaakt via sociale media"(Nabben et al., 2018). In Amsterdam gingen in 2017 naar schatting 5.000 tot 10.000 personen naar raves, per rave werden 200 tot 800 bezoekers gesignaleerd (Nabben et al., 2018). Bronnen: Antenne 2017 (Nabben et al., 2018); Antenne 2016 (Nabben, Luijk, et al., 2017), Het grote uitgaansonderzoek (Monshouwer et al., 2016).

Kwetsbare groepen

Kwantitatieve studies over het gebruik van Ritalin onder kwetsbare groepen ontbreken. Het gebruik hiervan wordt in Antenne 2016 (Nabben, Luijk, et al., 2017) door het panel kwetsbare jeugd wel kort beschreven: Volgens een panellid varieert het drugsgebruik in de witte Vondelparkgroep waar 'behalve blowen en alcohol ook ecstasy, ketamine en speed op drum & bass en dubstepfeesten wordt gebruikt. Ritalin wordt samen gebruikt, gedeeld en doorgegeven' (Nabben, Luijk, et al., 2017).

13C.4 Problematisch gebruik

Er is nauwelijks iets bekend over problematisch gebruik onder gebruikers zonder voorschrift. Door de Federatie Medisch Specialisten wordt in een richtlijn de kans op misbruik van ADHD-medicatie besproken. Er wordt geconcludeerd dat deze middelen misbruikt kunnen worden, en dat dit aandacht verdient, vooral omdat ADHD gepaard gaat met een verhoogd risico op verslaving. In deze richtlijn wordt wel genoemd dat "stimulerende medicatie vaker door derden dan door de patiënt zelf misbruikt wordt" (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2015).

Het Bijwerkingencentrum Lareb registreerde tot november 2017 1318 meldingen over mogelijke bijwerkingen gerelateerd aan het gebruik van methylfenidaat, waarvan 305 ernstige (Bijwerkingencentrum Lareb, 2017b). Bijna de helft van de meldingen had betrekkingen op volwassenen. Relatief vaak gemeld zijn hart- en vaataandoeningen, depressie, angst, zelfmoordneigingen en slapeloosheid. Er waren ook drie sterfgevallen.

13C.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Het EMCDDA verzamelt geen gestandaardiseerde gegevens over het gebruik van Ritalin in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije.

In de Verenigde Staten worden gegevens verzameld over het gebruik van methylfenidaat in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder. In 2017 had 1,1% van de volwassenen in het afgelopen jaar methylfenidaat gebruikt en 0,3% kon worden bestempeld als 'misbruik' (niet op of volgens voorschrift

van de dokter) (SAMHSA, 2018). Dat is 29% van de laatste-jaar-gebruikers (vergelijkbaar met Nederland: 1,1% laatste-jaar-gebruik, waarvan 27% niet op recept).

13C.6 Hulpvraag en incidenten

Er zijn geen gegevens over het aantal mensen dat vanwege het gebruik van Ritalin hulp zoekt bij de verslavingszorg of wordt opgenomen in algemene ziekenhuizen.

De Monitor Drugsincidenten (MDI) richt zich primair op recreatief drugsgebruik. Ritalin (methylfenidaat) wordt niet standaard geregistreerd en wordt dan ook weinig in verband gebracht met drugsincidenten. In 2017 registreerde de MDI 3 intoxicaties met ritalin (7 intoxicaties in 2016), allen in combinatie met andere drugs.
Zie ook § 13c.4 en 13c.7 voor gegevens over bijwerkingen van ritalin.

13C.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Ritalin wordt gebruikt als medicijn bij ADHD. Er zijn een tal van bijwerkingen die direct kunnen ontstaan door het gebruik van ritalin. Zeer vaak komt voor: hoofdpijn, verminderde eetlust, zich zenuwachtig voelen, niet kunnen slapen, misselijk zijn en een droge mond.

Er is nog veel onduidelijk over de risico's van ritalin op de lange termijn. Er zijn aanwijzingen dat langdurig gebruik van ritalin (op voorschrift) de groei zou vertragen (Swanson et al., 2017), een verhoogde kans op hart- en vaatziekten zou geven of psychische problemen kan veroorzaken (Bijwerkingencentrum Lareb, 2017b). Zie ook § 13.c.4.

Sterfte

Er zijn geen gestandaardiseerde kerncijfers beschikbaar over het aantal sterfgevallen veroorzaakt door Ritalin in Nederland.

- Het Bijwerkingencentrum Lareb meldt wel 3 sterfgevallen die met ritalin in verband worden gebracht (Bijwerkingencentrum Lareb, 2017a).
- Er zijn studies waarin plotselinge dood en het gebruik Ritalin worden beschreven (niet afkomstig uit Nederland). In een case-controle studie van Gould et al. (2009), waarin kinderen die overleden waren in een plotselinge dood werden vergeleken met kinderen die omkwamen bij een auto-ongeluk, was Ritalin significant vaker aangetoond aanwezig te zijn in de bloedbaan (1,8% vs. 0,4%; Gould et al., 2009) . Er werd niet aangetoond dat Ritalin de primaire doodsoorzaak was in deze gevallen. De FDA Adverse Event Reporting System, een vrijwillige monitor in de Verenigde Staten, rapporteerde over zeven sterfgevallen onder kinderen (1-18) die Ritalin gebruikten, die voldeden aan de WHO criteria voor plotselinge dood (Nissen, 2006).

13C.8 Aanbod en markt

Het gebruik van Ritalin komt voor zonder recept. Dit suggereert dat het middel verspreidt wordt door diegenen die het op voorschrift van een arts kunnen verkrijgen. In Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 geven bijna alle gebruikers aan dat zij het middel van anderen krijgen (Monshouwer et al., 2016). Er zijn ook aanwijzingen dat Ritalin online wordt gekocht (IMF, 2017). Omdat Ritalin een geneesmiddel is, wordt dit middel niet gemonitord bij het DIMS, het Drug Informatie en Monitoring Systeem.
Stichting Farmaceutische Kengetallen geeft zicht op het aantal voorschriften van Ritalin in openbare apotheken (zie ook §13.c.2).

14. Illegale handel, productie en bezit van drugs

14.1 Laatste feiten en trends	▶ pagina 412
14.2 Georganiseerde misdaad	▶ pagina 413
14.3 Inbeslagnames van drugs en ontmantelingen van productielocaties	▶ pagina 418
14.4 Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen	▶ pagina 424
14.5 Strafrechtelijke recidive van Opiumwetdelinquenten	▶ pagina 438

14. Illegale handel, productie en bezit van drugs

Inleiding

In dit hoofdstuk staan overtredingen van de Opiumwet centraal. Het gaat om illegale handel, smokkel, productie en bezit van drugs die op de bij de Opiumwet behorende lijst I (harddrugs) of lijst II (softdrugs) zijn geplaatst. Bij harddrugs gaat het om heroïne, cocaïne, GHB, amfetamine, ecstasy, en andere drugs. Bij softdrugs gaat het overwegend om cannabis, maar soms ook om qat en hallucinogene paddenstoelen (zie ook hoofdstuk 1). Delicten tegen de Wet voorkoming misbruik chemicaliën worden hier als 'Opiumwetdelict' geteld. Deze wet gaat over chemicaliën die gebruikt worden bij de productie van drugs.

In § 14.1 worden de belangrijkste feiten en trends beschreven als het gaat om gepleegde Opiumwetdelicten. § 14.2 gaat over (de opsporing van) georganiseerde misdaad die gerelateerd is aan drugshandel. Smokkelroutes en liquidaties komen daar ook aan de orde. In § 14.3 wordt gerapporteerd wat bekend is over inbeslagnames van drugs, ruimingen van hennepkwekerijen en ontmantelingen van productielocaties van synthetische drugs. Vervolgens beschrijft § 14.4 de Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen en § 14.5 laat zien hoe vaak daders van Opiumwetdelicten opnieuw met justitie in aanraking komen.

De informatie komt uit landelijke registraties van politie en Openbaar Ministerie (OM), jaarverslagen van instanties die betrokken zijn bij de opsporing en tenuitvoerlegging van sancties, de Recidivemonitor van het WODC en andere onderzoeksrapporten. Bij de interpretatie van de gegevens is voorzichtigheid geboden. De registratiecijfers geven geen zicht op de totale drugscriminaliteit, omdat de criminaliteit die niet bekend wordt bij justitiële instanties en die (dus) niet geregistreerd wordt, buiten beeld blijft. Bovendien zijn de registratiecijfers niet zelden vooral een weerspiegeling van de opsporingsprioriteiten en de capaciteit van opsporingsdiensten. De cijfers van politie en OM worden daarnaast ook beïnvloed door de introductie van nieuwe registratiesystemen, maar lang niet altijd is duidelijk in welke mate en op welke wijze dit van invloed is.

In de voorgaande edities van het Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM) is informatie over verdachten gehaald uit het HKS-systeem. Dit systeem wordt echter sinds 2015 niet meer gebruikt door de politie. In het politiesysteem, BVI, zijn vergelijkbare gegevens opgeslagen als in HKS. De actualisering van de benodigde data van de Politie voor onder meer het onderhavige Jaarbericht, conform het oorspronkelijke HKS-informatiemodel, is echter nog niet op tijd afgerond om in deze editie te kunnen worden meegenomen. Om desondanks inzicht te kunnen geven in de ontwikkelingen van de aantallen verdachten van Opiumwetdelicten na 2014 gebruiken wij voor dit onderzoek voor de jaren 2015, 2016 en 2017 CBS-informatie over geregistreerde verdachten bij de politie als opgenomen in Criminaliteit en rechtshandhaving 2017 (Kalidien, 2018). Het CBS betrekt deze data van de Politie. Door definitieverschillen zijn de aantallen verdachten op basis van het HKS echter niet zonder meer vergelijkbaar met die van het CBS[1].

1 Verdachten volgens de HKS-definitie zijn enkel die verdachten waarvan het proces-verbaal naar het OM is ingezonden ter vervolging. De CBS-definitie omvat ook verdachten waarvan het nog niet bekend is of er voldoende bewijs is om tot vervolging over te gaan. Een tweede verschil is de delict definitie. De HKS-definitie gaat uit van het vóórkomen van een Opiumwetdelict, ongeacht of dit in combinatie is met een ander delict. 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. Zie ook bijlage 3 (Bronnen en methoden) in Criminaliteit en rechtshandhaving 2017 (Kalidien, 2018).

Cijfers uit de registratiesystemen van politie (HKS tot het verslagjaar 2014; CBS politiecijfers), OM (OMDATA) en de justitiële documentatie werden door het WODC voorheen verzameld en opgeslagen in een 'Datamart Drugs'. Vanaf de onderhavige editie wordt voor § 14.4 aangesloten bij het algemene WODC Datawarehouse, met name voor de cijfers over vervolging en berechting. De cijfers in § 14.4 met betrekking tot vervolging en berechting zijn afkomstig uit de landelijke registratie van het Openbaar Ministerie (OM) en zijn gebaseerd op de in Criminaliteit en rechtshandhaving 2017 gehanteerde definities (Kalidien, 2018). Dit houdt in dat de gegevens voor de NDM over Opiumwetdelicten op dezelfde wijze verzameld en bewerkt zijn als in de genoemde publicatie. Wél zijn de selectie en definitie van de Opiumwetdelicten, waaronder de indeling in type Opiumwetdelict, gebaseerd op de NDM definities. Deze zijn afgeleid uit de gegevens van het OM, met name uit de omschrijving van het voorkomen van het soort delict. Delicten waarin harddrugs voorkomen tellen als harddrugsdelict. Delicten waarin softdrugs voorkomen tellen als softdrugsdelict en delicten waarin beide voorkomen tellen als hard- én softdrugsdelict.

Registratiesystemen worden regelmatig aangepast en verbeterd. We rapporteren hier uit de meest recente updates. Door die wijzigingen in registratiesystemen kunnen de in deze editie gepubliceerde cijfers verschillen van de in eerdere edities gerapporteerde cijfers. De cijfers bestrijken in principe een periode van tien jaar, dit jaar gaat het om de periode 2007-2017. Het komt echter voor dat er nog geen cijfers over 2017 beschikbaar zijn, of dat cijfers over eerdere jaren ontbreken. In dat geval volstaan we met de beschikbare cijfers.

14.1 Laatste feiten en trends

- Liquidaties in Nederland zijn meestal het gevolg van conflicten gerelateerd aan de handel in drugs. In 2017 vonden 31 liquidaties plaats. Het gemiddeld aantal liquidaties is vanaf het jaar 2000 niet toegenomen (§ 14.2).
- In 2017 is in totaal bijna 14.700 kilo cocaïne in beslag genomen door de KMar, de douane en de Landelijke Eenheid (§ 14.3).
- In 2017 zijn 66 verschillende chemicaliën voor de productie van synthetische drugs in beslag genomen bij honderden inbeslagnames (§ 14.3).
- Het aantal gemelde ontmantelde productielocaties, opslagplaatsen en afvaldumpingen van de productie van synthetische drugs neemt toe. Vooral het aantal productielocaties en afvaldumplocaties is substantieel gestegen (§ 14.3).
- In 2017 zijn in Nederland diverse productieplaatsen voor heroïne ontmanteld. De productie van heroïne in Nederland is een nieuw fenomeen. Bij de conversie van morfine in heroïne wordt de stof azijnzuuranhydride gebruikt (een geregistreerde stof met ook vele legale toepassingen). In 2017 is er een grote hoeveelheid van 6.952 liter azijnzuuranhydride in beslag genomen.
- Er zijn in 2017 bijna 4.700 hennepkwekerijen geruimd, minder dan in 2015 en 2016 (§ 14.3).
- De handel in drugs via het 'dark net' op internet neemt toe, maar is beperkt vergeleken met de traditionele offline handel. Vooral cannabis, ecstasy en andere stimulantia worden er verhandeld. Nederlandse aanbieders bieden relatief vaak ecstasy aan (§ 14.3).
- Het aantal geregistreerde verdachten van Opiumwetdelicten daalt opnieuw, in lijn met die van het totaal aantal misdrijven: het aandeel geregistreerde Opiumwetverdachten op het totaal aantal verdachten ongeacht type misdrijf blijft constant (§ 14.4).
- Het aantal Opiumwetzaken bij het OM daalt, na een jarenlange stijging. Deze daling is sterker dan die van het totaal misdrijfzaken: het aandeel Opiumwetzaken bij het OM op de totale instroom van misdrijfzaken daalt. Het totaal aantal afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter blijft nagenoeg constant, evenals het aandeel op het totaal misdrijfzaken (§ 14.4).

- De zaken bij het OM betreffen voor de helft softdrugs en voor ruim twee op de vijf harddrugs. Het aandeel van harddrugszaken neemt voor het eerst in jaren toe. Ook het aandeel hard- en softdrugszaken neemt toe (§ 14.4).
- Bij de harddrugsdelicten gaat het meestal om het aanwezig hebben (bezit) van een harddrug, bij de softdrugs gaat het meestal om vervaardiging (lees: cannabisteelt) (§ 14.4).
- De meeste Opiumwetzaken brengt het OM voor de rechter. Daar eindigt ruim één op de tien in een vrijspraak, een daling voor het eerst in jaren. Het aandeel vrijspraken is het hoogst in softdrugszaken (§ 14.4).
- De taakstraf en de (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf zijn de meest voorkomende sancties in Opiumwetzaken. Taakstraffen worden vooral opgelegd in softdrugszaken, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vooral in harddrugszaken; dit patroon verandert niet (§ 14.4).
- Voor het eerst sinds jaren stijgt het aantal personen dat gedetineerd is vanwege een Opiumwetdelict. Op peildatum september 2017 is minder dan één op de vijf personen in het gevangeniswezen gedetineerd wegens een Opiumwetdelict. Dit verandert niet veel. Kennelijk is de stijging ruwweg in lijn met die van gedetineerden voor het totaal aantal misdrijven (§ 14.4).

14.2 Georganiseerde misdaad

Opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit

In 2016 zijn 476 opsporingsonderzoeken uitgevoerd naar georganiseerde ondermijnende criminaliteit waarbij drugs het eerste aandachtsgebied vormden. In 2015 waren dat er 341, het aantal opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugshandel is dus sterk gestegen (Openbaar Ministerie & Nationale Politie, 2017).

- In 117 van de 476 zaken betrof het een onderzoek naar grootschalige hennepteelt. Dat aantal is vrijwel gelijk gebleven aan het aantal onderzoeken het jaar daarvoor (115 onderzoeken in 2015).
- In 184 gevallen ging het om opsporingsonderzoek naar cocaïne- en heroïnehandel, dat is een sterke stijging van ten opzichte van het jaar daarvoor (125 onderzoeken in 2015).
- In 174 gevallen ging het om onderzoek naar synthetische drugs, dat is eveneens een sterke stijging ten opzichte van het jaar daarvoor (101 onderzoeken in 2015).
- In 2016 werd 275 keer door de rechter een vrijheidsstraf opgelegd wegens de productie en/of handel in drugs, in 2015 was dat nog 119 keer. Een gevangenisstraf van 2 jaar of langer werd 106 keer opgelegd, in 2015 was dat nog 43 keer het geval. Het aantal (langdurige) vrijheidsstraffen voor de productie en/of handel in drugs is in 2016 dus sterk gestegen.

Smokkel, routes en samenwerkingsverbanden

In het Nationale Dreigingsbeeld Georganiseerde Criminaliteit 2017 worden ontwikkelingen in de georganiseerde internationale drugssmokkel beschreven in de periode 2013-2016, gebaseerd op onderzoek dat in de eerste helft van 2016 is uitgevoerd. In het dreigingsbeeld komt onder andere het volgende naar voren:

Cocaïne

Cocaïne in Nederland komt vooral uit Brazilië, Ecuador, Peru en Venezuela. Als belangrijkste 'transithub' fungeren de Dominicaanse Republiek en Jamaica in de Cariben en Panama in Centraal Amerika.

- De criminele samenwerkingsrelaties tussen Nederland en de Dominicaanse Republiek zijn toegenomen, terwijl de cocaïnesmokkel via West-Afrika is afgenomen.

- Cocaïne bestemd voor Nederlandse criminele organisaties komt vooral binnen via de Antwerpse en Rotterdamse haven, via Schiphol en via kleinere havens zoals Vlissingen en IJmuiden/Amsterdam.
- In Nederlandse opsporingsonderzoeken komen de havens van Rotterdam en Antwerpen het meest voor als invoerhavens voor cocaïne. In 2015 werd in Antwerpen ruim 15 duizend kilo cocaïne onderschept (meer dan in 2013 en 2014 bij elkaar). In Rotterdam was het iets minder dan 5 duizend kilo. Belgische autoriteiten denken dat 70 tot 80% van de Antwerpse gesmokkelde cocaïne Nederland als bestemming heeft. Een groot deel van de cocaïne die via Nederland wordt aangevoerd, is bestemd voor de Europese markt (NDB, 2017) (Boerman, Grapendaal, Nieuwenhuis, & Stoffers, 2017).
- Er is een groot verschil tussen de jaarlijkse inbeslagnames in Nederland van cocaïne (gemiddeld circa 10 duizend kilo) en de voor de Nederlandse consumptiemarkt benodigde hoeveelheid cocaïne (circa 3,6 duizend kilo). Dat verschil maakt duidelijk dat Nederland voor de verspreiding van cocaïne een van de distributiecentra van Europa is (NDB, 2017) (Boerman et al., 2017).
- De groothandelsprijs van cocaïne is in Nederland gedaald van circa 35.000 naar 25.000 euro per kilo. Die daling is vermoedelijk toe te schrijven aan de stijging van het aanbod cocaïne uit Colombia; vergeleken met 2013 is de hoeveelheid cocagewas in Colombia met 44% gestegen en is de cocaïneproductie met 50% gegroeid (NDB, 2017) (Boerman et al., 2017).

Heroïne

- Heroïne die naar Nederland wordt gesmokkeld, is in hoofdzaak afkomstig uit Afghanistan. Turkse drugshandelaars zijn sinds lange tijd dominant in de heroïnehandel en de zogenaamde Balkanroute is om die reden de belangrijkste aanvoerroute.
- Griekenland speelt een steeds voornamere rol bij de heroïnetransporten die vanuit Turkije worden georganiseerd. Een groot deel van de heroïne die via de Balkan wordt gesmokkeld, gaat via Griekenland.
- De laatste jaren blijken duizenden kilo's heroïne uit Afghanistan naar de kuststroken van Iran of Pakistan te worden getransporteerd en van daaruit met schepen richting de Oostkust van Afrika te gaan. Dit is de zogenaamde zuidelijke route. Vanaf Afrika gaat een deel van de heroïne dan door naar Europa.
- Een andere recente ontwikkeling die wordt gesignaleerd, is dat heroïne steeds vaker in zeecontainers rechtstreeks vanuit Pakistan of Iran, zonder tussenstop in Afrika, naar Europa gaat.
- In 2014 vertoonde het aantal kilo's heroïne dat in Nederland in beslag werd genomen een piek: er werd ruim 2.800 kilo aangetroffen in enkele grote partijen. Afgaande op de inbeslagnames, blijkt Nederland een distributiecentrum voor de verspreiding van heroïne in Europa (NDB, 2017) (Boerman et al., 2017).
- Tussen 2012 en 2016 schommelt de groothandelsprijs voor heroïne tussen de 15.000 en 20.000 euro per kilo. De prijs lijkt redelijk stabiel (NDB, 2017) (Boerman et al., 2017).

Synthetische drugs

De in Nederland geproduceerde synthetische drugs kennen een afzetmarkt in de gehele wereld. De belangrijkste afzetlanden van ecstasy zijn Australië, Turkije, Groot-Brittannië en Spanje. De al eerder ingezette ontwikkeling van afzet naar Zuid-Amerika zet zich eveneens voort (NDB, 2017) (Boerman et al., 2017).

- Outlaw Motorcycle Gangs (OMG's) hebben sinds 2012 meer invloed gekregen op de productie van en handel in synthetische drugs. Terwijl het voor 2012 vooral ging om leden van één motorclub die betrokken waren bij de export van synthetische drugs, raakten na 2012 leden van meer OMG's betrokken bij andere fasen in het criminele bedrijfsproces.
- Ondernemers die zich bezighouden met synthetische drugs sluiten zich aan bij motorclubs en vinden op die manier bescherming voor hun handelen. Door de sterke internationale verwevenheid van OMG's krijgen ze dan tevens de beschikking over een groot netwerk met nationale en internationale vertakkingen (NDB, 2017: 53 e.v.) (Boerman et al., 2017).

- De toenemende vraag naar ecstasy uit Zuid-Amerika biedt de kans aan Nederlandse ondernemers om ecstasy te ruilen tegen cocaïne (NDB, 2017: 57 e.v.) (Boerman et al., 2017).
- Nederlanders en Polen zijn de laatste jaren meer gaan samenwerken bij de productie van synthetische drugs. In Nederland verblijvende Poolse arbeiders worden in Nederlandse laboratoria gezien of zijn als sleutelfiguur actief betrokken bij amfetaminesmokkel naar Polen. De politie is gestuit op plannen gemaakt om in Polen een drugslaboratorium op te zetten. Polen speelt ook nog een rol in de smokkel van precursoren, chemicaliën en glaswerk voor de productie van synthetische drugs naar Nederland (NDB, 2017: 53 e.v.) (Boerman et al., 2017).

Over 'de wereld van de synthetische drugs in Nederland' is in 2018 een studie uitgekomen (Tops, Van Valkenhoef, Van der Torre, & Van Spijk, 2018). De studie sluit aan bij de bevindingen uit het Nationale Dreigingsbeeld en is gebaseerd op documentenanalyse en interviews met sleutelinformanten. Uit het onderzoek komt onder meer naar voren dat criminele groepen die zich bezig houden met de productie van synthetische drugs 'tot de mondiale top' behoren. Dat kan 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-kwaliteit verhouding en drugs uit Nederland worden doorgaans betrouwbaar geleverd. Synthetische drugs vormen volgens het onderzoek een nationaal probleem waar vanuit de Nederlandse overheid te weinig aandacht voor is (2018: 207 e.v.).

Cannabis

In het Nationale dreigingsbeeld 2017 wordt gesignaleerd dat verplaatsing van hennepkwekerijen van Nederland naar het buitenland vaker plaatsvindt dan voorheen (NDB, 2017: 60 e.v.) (Boerman et al., 2017). In België, Duitsland, Spanje en Frankrijk komen kwekerijen op die zijn opgezet met Nederlandse materialen, met de hulp van Nederlandse kennis of die geleid worden door onder andere Nederlandse ondernemers.

- Door de verbetering in het kweekproces is de kwaliteit van hennep in veel Europese landen verbeterd. Een gevolg hiervan is dat de vraag uit Nederland naar geïmporteerde hennep in een aantal landen is afgenomen (NDB, 2017: 62) (Boerman et al., 2017).
- De Balkanlanden, met name Albanië, Servië, Bulgarije en Kosovo, produceren hennep waarmee Centraal-, Oost-, en Zuidoost-Europa worden voorzien. Via Griekenland wordt deze hennep naar Italië, Kroatië, Hongarije, Tsjechië en Oostenrijk gedistribueerd. Er zijn aanwijzingen dat Albanese hennep met een laag THC-gehalte naar Nederland wordt geëxporteerd om hier vervolgens te worden gemengd met sterke hennep (NDB, 2017: 62) (Boerman et al., 2017).
- Binnen de hennepteelt speelt internet een steeds belangrijkere rol. Het wettelijke verbod op de handel in kweekbenodigdheden is hier waarschijnlijk mede debet aan. Kennis en kweekbenodigdheden kunnen via internet worden verkregen en ook de verkoop van hennep vindt steeds meer via internet plaats (NDB, 2017: 65) (Boerman et al., 2017).

Drugshandel via internet

Tussen december 2015 en mei 2016 is onderzoek gedaan naar het internet als verkoopkanaal van drugs (Kruithof et al., 2016). Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie, interviews met experts, gegevensverzameling op de acht meest prominente marktplaatsen op het 'dark net' (het deel van het internet dat opzettelijk verborgen is voor zoekmachines en alleen met speciale software te benaderen is), en bestudering van justitiële dossiers van personen die zijn vervolgd voor online drugshandel.

- Zowel op het voor iedereen toegankelijke deel van het internet (het 'clear net') als op het 'dark net' worden drugs aangeboden. De handel in drugs via het internet neemt toe. Sinds 2013 is de omzet van drugshandel op de cryptomarkets van het 'dark net' verdubbeld en het aantal verkopers verzesvoudigd.

- De mondiale omzet van de drugshandel op het 'dark net' is beperkt vergeleken met schattingen van de traditionele offline drugshandel (12,6 miljoen euro tegen twee miljard euro per maand). De volumes waarin wordt gehandeld zijn meestal klein. Bijna 95% van de transacties heeft een handelswaarde van onder de 500 euro. Toch zorgen bestellingen met een waarde van duizend euro of meer voor een fors deel van de omzet.
- Mondiaal wordt de meeste omzet gegenereerd door handel in cannabis (31%), ecstasy (16%) en andere stimulantia (24%).
- Ongeveer 8% van de totale maandelijkse omzet is te herleiden naar Nederlandse aanbieders. Nederland komt hiermee op de vijfde plaats (na de VS, het VK, Australië en Duitsland). Ecstasy wordt relatief vaak aangeboden door Nederlandse verkopers, in de cannabishandel spelen ze een enigszins beperkte rol.
- In 2014 waren er 19 Nederlandse websites op het 'clear net' waarop NPS te koop zijn en die zich op de Nederlandse markt richten. Dit is een relatief laag aantal. Maar er zijn aanwijzingen dat vanuit Nederland tientallen NPS webshops gehost worden die zich richten op het buitenland.

In het Nationaal Dreigingsbeeld 2017 komt ook naar voren dat Nederland een rol speelt als distributeur op de digitale markt van synthetische drugs. Synthetische drugs worden vanuit Nederland in postpakketen verstuurd. De Australische douane heeft door deze postzendingen met voornamelijk ecstasy en NPS een honderdprocentscontrole op Nederlandse post ingevoerd - met als gevolg een toename van Nederlandse drugspostzendingen net over de grens vanuit Duitsland (NDB, 2017: 52 e.v.) (Boerman et al., 2017). Dat zou kunnen wijzen op een waterbedeffect.

Naast het overbruggen van afstand, is een voordeel van internet het aspect van de anonimiteit, zo komt in de Monitor georganiseerde criminaliteit naar voren (Kruisbergen, Van de Bunt, & Kleemans, 2017). 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.

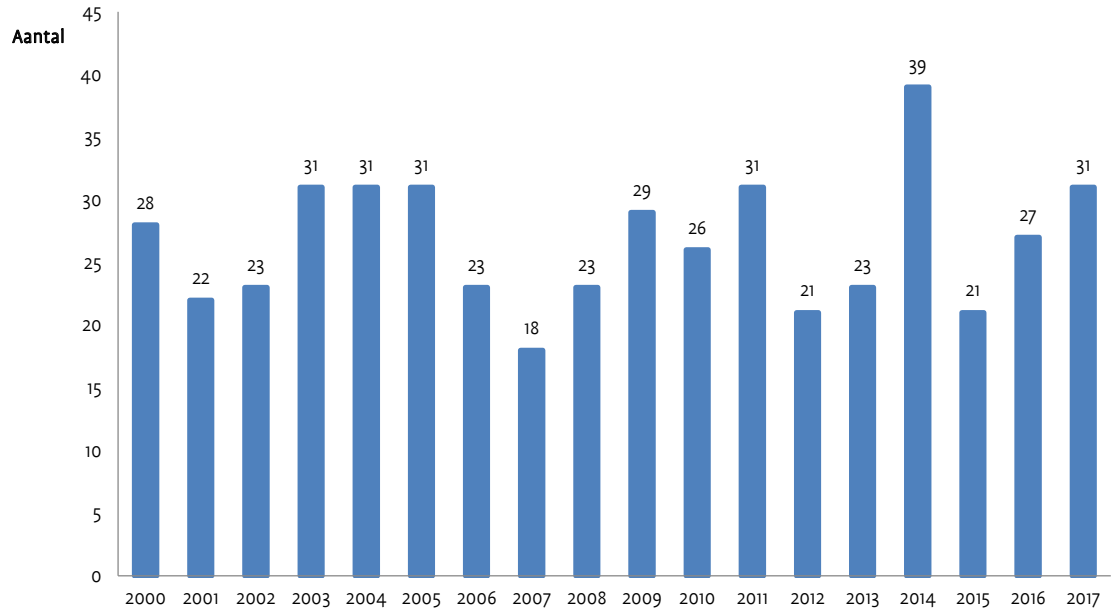
Liquidaties

In 2017 is een verkennende studie uitgekomen naar liquidaties in Nederland (Van Gestel, 2017). (Onder liquidaties wordt 'afrekeningen in het criminele milieu' verstaan.) Voor die studie zijn gesprekken gevoerd met twaalf politie- en justitiefunctionarissen die goed zijn ingevoerd in de opsporing van zware georganiseerde misdaad en vanuit die hoedanigheid kennis hebben over de aard en achtergronden van liquidatiezaken. Aanvullend zijn voor deze studie drie interne politiedocumenten bestudeerd, die gebaseerd waren op informatie uit opsporingsdossiers.

- Liquidaties zijn volgens de geïnterviewden meestal het gevolg van conflicten gerelateerd aan de handel in drugs. Het gaat bijna altijd om geld en om de verdeling van de drugsmarkt. Liquidaties zijn een uiterste middel om een conflict op de drugsmarkt te beslechten. De achterliggende motieven zijn volgens de geïnterviewden door de tijd heen niet of nauwelijks veranderd.

- Nederland kende in de jaren zeventig gemiddeld een of twee liquidaties per jaar. Parallel aan de snelle groei van de internationaal georganiseerde smokkel van soft- en harddrugs in Nederland, stijgt het aantal liquidaties vanaf de jaren tachtig. Tussen 1980 en 1987 vinden gemiddeld vijf liquidaties per jaar plaats, tussen 1988 en 1990 gemiddeld tien per jaar, tussen 1991 en 2000 per jaar vijftien tot twintig en vanaf het jaar 2000 gemiddeld twintig tot dertig per jaar. In 2017 vinden 31 liquidaties plaats, dat zijn er vier meer dan het jaar daarvoor. Liquidaties in het buitenland van Nederlanders die gerelateerd zijn aan georganiseerde criminaliteit in Nederland, zijn meegeteld. Vier van de 31 liquidaties in 2017 zijn uitgevoerd in het buitenland; ze zijn in dit overzicht opgenomen omdat het Nederlandse slachtoffers betrof en de liquidatie gerelateerd kon worden aan een criminele organisatie uit Nederland. Het gemiddeld aantal liquidaties is vanaf het jaar 2000 niet toegenomen, zoals valt af te lezen uit figuur 14.2.1 (Van Gestel, 2017).[2]

Figuur 14.2.1 Aantal liquidaties in Nederland (inclusief liquidaties in het buitenland van Nederlandse ingezetenen / gerelateerd aan Nederlandse georganiseerde drugshandel)



Liquidaties, marktontwikkelingen en conflicten

Er is volgens geïnterviewde experts een aantal recente marktontwikkelingen die de achtergrond vormen van hedendaagse conflicten in de drugswereld. Het gaat dan om de prijs van cocaïne en heroïne die in de afgelopen tien jaar op de internationale markt is verlaagd en om de omvang van drugshandel die volgens hen is toegenomen. Het aantal spelers op de drugsmarkt is volgens experts eveneens toegenomen; er zijn meer mensen in Nederland die in de drugshandel werkzaam zijn. Geïnterviewde sleutelinformanten hebben de indruk dat deze ontwikkelingen leiden tot onrust en verschuivingen in machtsposities en daarmee gepaard gaande conflicten. Anno 2016 kunnen verschillende conflicten worden onderscheiden die de achtergrond vormen van liquidaties (Van Gestel, 2017):

2 Het totaal aantal gevallen van moord en doodslag in Nederland is sinds 1996 sterk gedaald, van 237 gevallen in 1997 naar 120 gevallen in 2016 (CBS, 2017).

- *Conflicten in de Hollandse netwerken.* De 'traditionele' Hollandse netwerken - een term die bij de recherche gangbaar is als het gaat om deze groepen - spelen vanaf opkomst van de internationale drugssmokkel in de jaren '70 een belangrijke rol in de georganiseerde misdaad in Nederland, met een primaire focus op de internationale handel in hasj en later ook in cocaïne. Ze hebben hun basis in en rond Amsterdam. Het grootschalige en langlopende opsporingsonderzoek 'Passage' was gericht op leden uit deze Hollandse netwerken. Dat geldt ook voor het nog lopende strafproces 'Vandros', waarin het opdrachtgeverschap van Willem Holleeder bij een aantal liquidaties strafrechtelijk wordt onderzocht. In ander lopend opsporingsonderzoek komt naar voren dat Hollandse netwerken nog steeds een invloedrijke rol vervullen binnen de internationale georganiseerde criminaliteit.
- *Cocaïneconflict Amsterdam-Antwerpen.* Een crimineel netwerk uit Amsterdam dat zich al decennia bezighoudt met de internationale handel in cocaïne, is in 2007 na onenigheid in tweeën gesplitst. De verschillende groepen blijven daarna actief op dezelfde markt en maken gebruik van drugstransport dat vanuit Zuid-Amerika via Antwerpen naar Nederland loopt. De concrete aanleiding van het conflict, dat in 2016 nog steeds voortduurt, is het verdwijnen van een partij cocaïne in de havens van Antwerpen begin 2012. Op die verdwijning volgde een ontvoering en marteling van een lid van de concurrerende groepering in Antwerpen, waarna in het najaar een liquidatie volgde in Antwerpen. Daarop werd weer gereageerd door de dubbele liquidatie in Amsterdam eind 2012. Dit conflict is onder de naam 'Mocro maffia' bekend geworden. Personen met een Marokkaanse afkomst zijn oververtegenwoordigd in deze groepen, maar ze bestaan voor een aanzienlijk deel ook en uit mensen met een andere afkomst, met name personen van Nederlandse en Antilliaanse komaf.
- *Heroïneconflicten / Turkse onderwereld*. Op de heroïnemarkt zijn meerdere conflicten gaande. Deze conflicten hebben onder andere van doen met openstaande rekeningen en met het onder de marktprijs leveren van heroïne vanuit Turkije, van waaruit een serie liquidaties volgde in 2014 en 2015. Een aantal vond in Turkije plaats. De aandacht voor deze moorden uit de Turkse heroïnewereld is in 2015 echter overschaduwd door liquidaties die gerelateerd konden worden aan de zogenaamde 'Mocro maffia'. Er is volgens verschillende politiefunctionarissen niet veel informatie over de achtergrond van de liquidaties uit deze Turkse onderwereld, mede omdat het ophelderingspercentage van deze moorden heel laag is. Slachtoffers zijn mensen met Turkse komaf die actief waren op de internationale heroïnemarkt. Het vermoeden is dat mensen vanuit Turkije zijn ingevlogen om de moorden in opdracht te plegen.

Daarnaast worden nog andere conflicten genoemd, die deels aan andere regio's zijn gebonden, zoals een conflict in de haven van Rotterdam, conflicten in relatie tot de Albanese maffia (met name Amsterdam), conflicten gerelateerd aan synthetische drugs en hennep in Zuid-Nederland (woonwagenbewoners & OMG's) en conflicten gerelateerd aan bendes die afkomstig zijn van de Nederlandse Antillen (No Limit Soldiers en Buena Vista City) en die zich mede afspelen op de Nederlandse Antillen.

14.3 Inbeslagnames van drugs en ontmantelingen van productielocaties

In beslag genomen drugs

Politie-eenheden, Douane en KMar houden registraties bij over in beslag genomen drugs, maar het blijkt tot dusver onmogelijk om die gegevens op landelijk niveau eenduidig bijeen te brengen. Omdat voor het jaar 2017 geen enkele politie-eenheid complete gegevens heeft aangeleverd bij de Dienst Landelijke Informatie Organisatie van de politie (DLIO), is op dit moment niet te zeggen hoeveel drugs in totaal in 2017 in Nederland in beslag zijn genomen. Alleen de Landelijke Eenheid was in staat om cijfers over inbeslaggenomen cocaïne aan te leveren. Wel is bekend hoeveel drugs door de landelijke diensten KMAR en Douane in beslag zijn genomen. In 2017 gaat het om minimaal 14 verschillende soorten drugs. Op

de lijst staan opium, heroïne, cocaïne, GHB, amfetamine, morfine, methadon, methamfetamine, ecstasy, ketamine, LSD, qat, hasjiesj en marihuana.

- Door de KMar, de douane en de Landelijke Eenheid is in 2017 in totaal 14.628 kilo en 976 gram en 253 pillen cocaïne in beslag genomen.

Daarnaast zijn door de KMar en de douane in 2017 de volgende hoeveelheden drugs in beslag genomen (let wel: het gaat om een absolute ondergrens van de totale hoeveelheid drugs):

- 1.110 kilo en 332 gram heroïne.
- 1.249 kilo en 437 gram ecstasy en 528 pillen.
- 122 kilo en 298 gram en 52 liter amfetamine.
- 167 pillen LSD.
- 941 kilo en 582 gram en 4.929 joints buitenlandse Hasjiesj.
- 3.104 kilo en 409 joints marihuana.
- 50 ampullen en 0,8 liter GHB.
- 11.483 en 370 gram en 21 bundels qat.
- 69 pillen methadon.
- 23 kilo en 503 gram methamfetamine.
- 111 gram en 69 pillen opium.
- 1 kilo ketamine.

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. BMK en PMK zijn bijvoorbeeld de belangrijkste precursoren voor 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.

Sommige chemicaliën kennen 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). 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. Bij de FIOD bevindt zich het 'Meldpunt Verdachte Transacties Chemicaliën', waar de meldingen binnenkomen, worden beoordeeld en vastgelegd.

Voor chemicaliën die niet geregistreerd zijn, geldt een meldingsregeling op basis van vrijwilligheid. Sommige van deze stoffen staan op de 'EU Voluntary Monitoring List', een lijst met stoffen die internationaal bekend staan omdat ze veelvuldig worden misbruikt bij de productie van synthetische drugs.

- Volgens informatie van de FIOD zijn er in Nederland in 2017 door politie, FIOD en Douane honderden inbeslagnames geweest van 66 verschillende stoffen die geschikt zijn voor de productie van synthetische drugs.
- In 2017 is ook getracht informatie te verzamelen over inbeslagnames van stoffen in het buitenland welke als bestemming Nederland hadden (zie tabel 14.3.1).

- Opnieuw behoren veel van de in beslag genomen chemicaliën tot niet-geregistreerde stoffen, waarbij een onderscheid dient te worden gemaakt in zogenaamde pre-precursoren (geen legale toepassingen en makkelijk om te zetten in een precursor) en overige chemicaliën die gebruikt kunnen worden bij de productie van synthetische drugs.
- Ook in 2017 zijn er op productielocaties hoeveelheden PMK (precursor voor MDMA) en BMK (precursor voor amfetamine) in beslag genomen. Deze in beslag genomen PMK en BMK werden vermoedelijk deels in Nederland geproduceerd uit pre-precursoren welke vanuit China werden ingevoerd. Daarnaast is er 4.295 liter PMK in beslag genomen welke vermoedelijk uit Laos afkomstig was en via Vietnam en Bulgarije naar Nederland werd getransporteerd.
- In vergelijking met 2015 en 2016 is er in 2017 wederom een toename van het aantal inbeslagnames en van hoeveelheden pre-precursoren, zoals APAA (niet-geregistreerde precursoren voor BMK) en PMK- glycidaat (niet-geregistreerde precursoren voor PMK).
- Ook in 2017 zijn er weer nieuwe stoffen op de illegale markt verschenen, onder andere Methyl 3-oxo-2-phenyl butanoate (MAPA), wederom een niet-geregistreerde precursor voor BMK.
- Zoals elk jaar werden er in 2017 ook veel andere stoffen in beslag genomen die worden gebruikt in het productieproces van synthetische drugs, zoals 30.275 kilo citroenzuur (niet-geregistreerd). Citroenzuur wordt naast vele legale toepassingen ook gebruikt bij de omzetting van pre-precursoren in PMK of BMK.
- Wederom werden er veel post- en koerierszendingen in beslag genomen met pre-precursoren voor amfetamine en MDMA/ecstasy.
- Verder zijn er in 2017 diverse productieplaatsen voor heroïne ontmanteld. De productie van heroïne in Nederland is een nieuw fenomeen. Bij de conversie van morfine in heroïne wordt de stof azijnzuuranhydride gebruikt (een geregistreerde stof met ook vele legale toepassingen). In 2017 is er een grote hoeveelheid van 6.952 liter azijnzuuranhydride in beslag genomen en zijn er, door interventies van de FIOD en douane, tientallen pogingen om azijnzuuranhydride te bemachtigen gestopt.

Tabel 14.3.1 Enkele cijfers van in 2017 in Nederland in beslag genomen pre-precursoren voor de productie van synthetische drugs.

Stof	Aantal inbeslagnames	Totale hoeveelheid (kg)
APAA	22	10.443
MAPA	3	488
APAAN	5	1.559
PMK glycidaat	9	5.810
Natriumzout van BMK glycidezuur	3	1.625

Bron: FIOD, 2018.

Tabel 14.3.2. Enkele cijfers van in 2017 in het buitenland inbeslaggenomen pre-precursoren welke als bestemming Nederland hadden, voor de productie van synthetische drugs.

Stof	Aantal inbeslagnames	Totale hoeveelheid (kg)
APAA	3	668
APAAN	1	1.000
PMK glycidaat	7	2.746

Bron: FIOD, 2018.

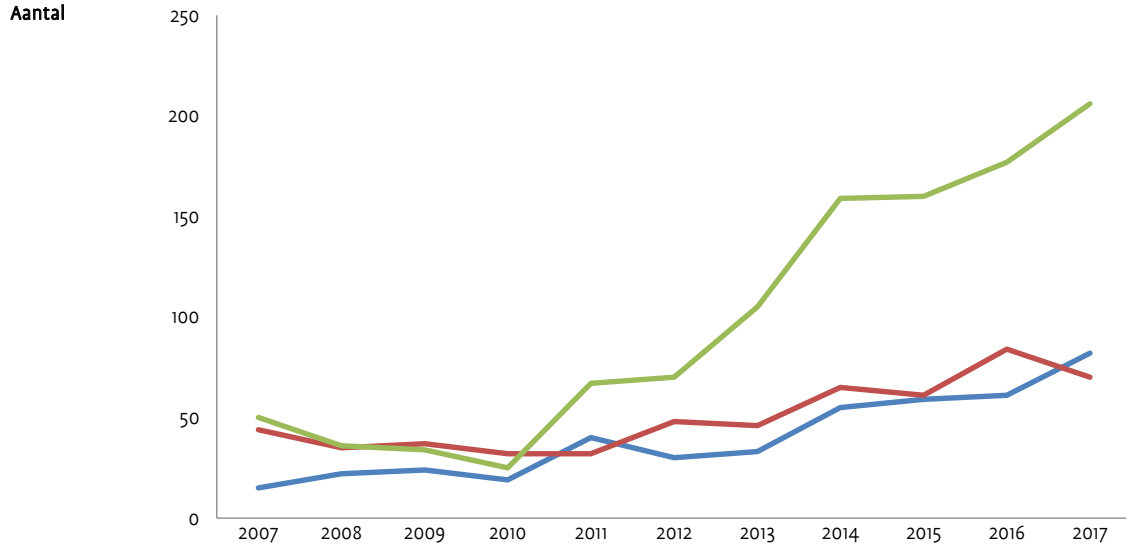
De cijfers die in deze paragraaf zijn gepresenteerd, zijn gebaseerd op informatie die de FIOD heeft bereikt en zijn dus niet compleet. Ook zijn niet alle postpakketen die de douane in beslag heeft genomen, opgenomen in de aantallen.

Ontmantelde productielocaties van synthetische drugs en drugsdumpingen

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 LFO, een bevraging in het landelijke BVH systeem (op code M0111), op enkele persberichten en op eigen bevindingen. Deze cijfers worden (ook) doorgegeven aan Europol en het EMCDDA. Ze zijn mogelijk incompleet omdat niet alles wordt gemeld bij de politie en de politie niet alles meldt aan landelijke instanties. De afdeling stelt met nadruk dat het cijfers zijn over "dat wat zij weet", in het bijzonder geldt dat voor de dumpingen. In veel gevallen zijn aannames gedaan voor wat betreft afvaldumpingen.

- Het aantal aangetroffen productieplaatsen en afvaldumplocaties vertoont sinds 2011 een stijgende lijn. Vanaf 2014 zijn de aantallen relatief hoog en die stijging zet door in 2017 (figuur 14.3.1). Het aantal aangetroffen opslaglocaties daalt in 2017 voor het eerst, na een continue stijging vanaf 2012.

Figuur 14.3.1 Aantal aan de Landelijke Eenheid gemelde ontmantelde productie- en opslaglocaties en afvaldumplocaties van de productie van synthetische drugs, 2007-2017



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Productielocaties	15	22	24	19	40	30	33	55	59	61	82
Opslagplaatsen	44	35	37	32	32	48	46	65	61	84	70
Afvaldumpingen	50	36	34	25	67	70	105	159	160	177	206

Bronnen: Jaarverslagen synthetische drugs en precursoren, 2010; 2012; voor 2010-2015: ERISSP meldingen 2014-2015 en eerste helft 2016, afdeling Specialistische Ondersteuning, Dienst Landelijke Recherche, 2017.

Productielocaties

- In 2017 zijn er 82 meldingen van ontmantelde productielocaties in Nederland. In 2015 waren het er 59 en in 2016 waren het er 61. Het gaat met name om amfetaminelaboratoria en om ecstasy-gerelateerde productieplaatsen.

- De meeste meldingen komen in 2017 uit de provincie Noord-Brabant (27), Limburg (12) en Zuid-Holland (12).
- Binnen de aangetroffen laboratoria zijn de ecstasy-labs sterk gestegen: in 2014 ging het om 8 productieplaatsen, in 2015 om 20, in 2016 om 22 en in 2017 om 37 ecstasy-laboratoria. Die sterke toename zou kunnen worden toegeschreven aan de grotere beschikbaarheid van precursoren (makkelijk te verkrijgen) en de grote vraag naar xtc-pillen vanuit het buitenland. Daarnaast zou de toename ook gerelateerd kunnen zijn aan prioriteiten van de opsporing.

Opslagplaatsen

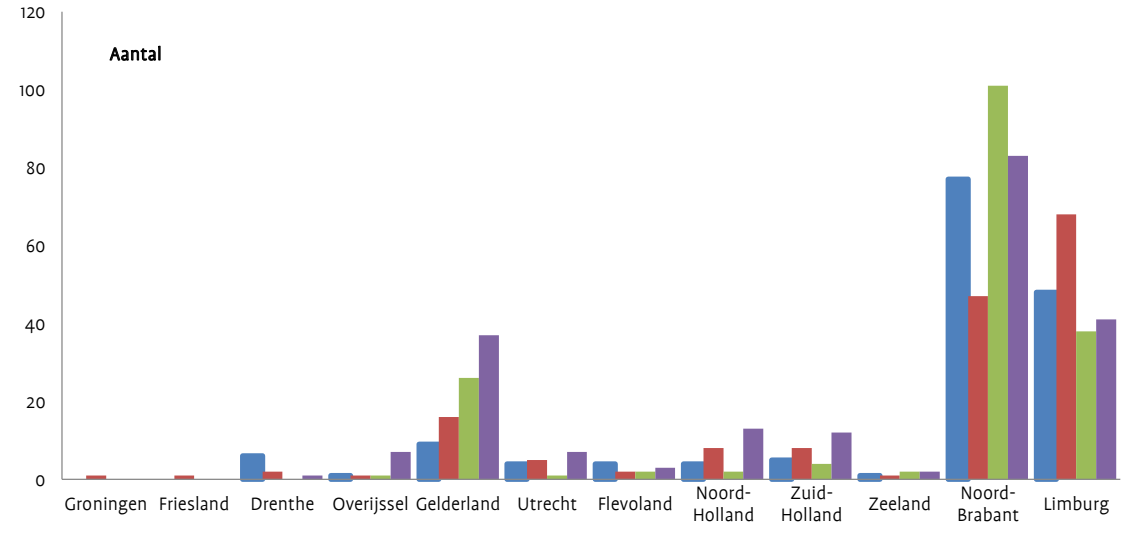
- In 2017 zijn 70 opslagplaatsen gemeld. Dat zijn er minder dan in 2016 (84) maar meer dan in 2014 en 2015 (65 en resp. 61).
- In de provincie Noord-Brabant zijn in 2017 verreweg de meeste opslagplaatsen geregistreerd (ruim 40).

Dumplocaties

- Het aantal geregistreerde dumplocaties is in 2017 gestegen ten opzichte van eerdere jaren. In 2017 gaat het om 206 dumplocaties, terwijl het in 2015 nog om 160 locaties ging (figuur 14.3.2).
- Dumpingen zijn in 2017 het vaakst gemeld in Noord-Brabant (83), daarna volgt Limburg (41) (zie figuur 14.3.2). In de andere provincies is het aantal dumpingen aanzienlijk lager, wel is het aantal dumplocaties in Gelderland opnieuw gestegen, van 26 in 2016 naar 37 in 2017. Deze toename zou kunnen wijzen op een verplaatsing van dumplocaties als gevolg van de geïntensiveerde aanpak in het zuiden van het land

Bij de cijfers moet aangetekend worden dat niet alle dumpingen bij de LFO gemeld worden.

Figuur 14.3.2 Aantal aan de Landelijke Eenheid gemelde dumplocaties in 2014 - 2017, per provincie



	Groningen	Friesland	Drenthe	Overijssel	Gelderland	Utrecht	Flevoland	Noord-Holland	Zuid-Holland	Zeeland	Noord-Brabant	Limburg
2014	0	0	6	1	9	4	4	4	5	1	77	48
2015	1	1	2	1	16	5	2	8	8	1	47	68
2016	0	0	0	1	26	1	2	2	4	2	101	38
2017	0	0	1	7	37	7	3	13	12	2	83	41

Bron: ERISSP meldingen, afdeling Specialistische Ondersteuning, Dienst Landelijke Recherche, 2017.

Geruimde hennepkwekerijen

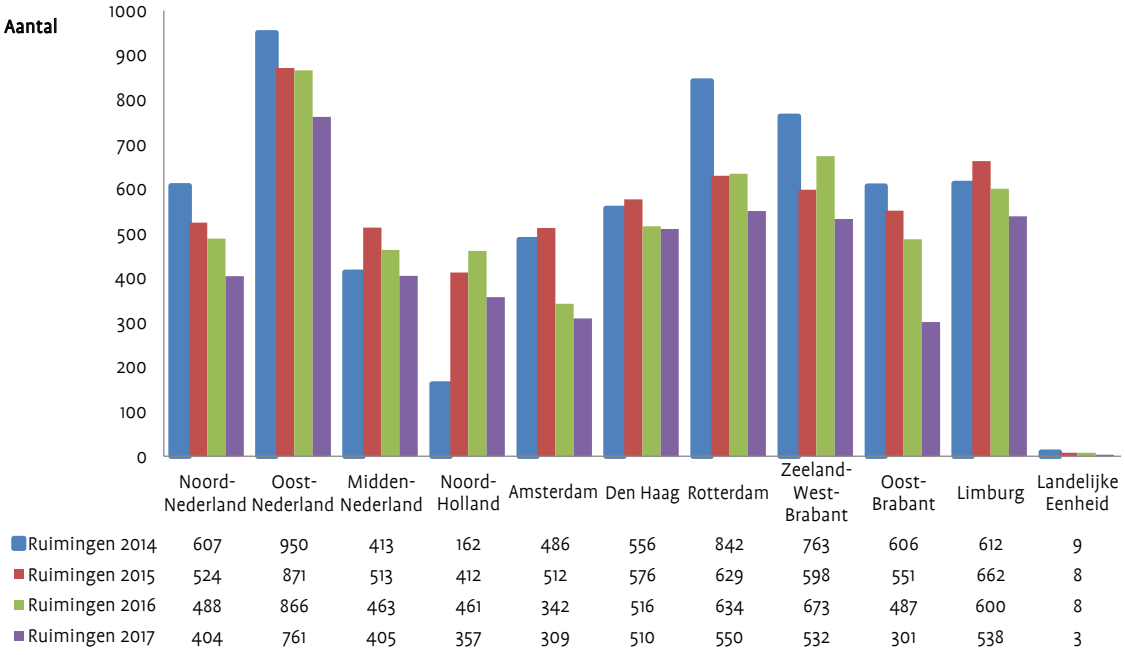
De cijfers over aantallen geruimde kwekerijen over 2017 komen van de 10 regionale politie-eenheden en de Landelijke Eenheid.

- In 2017 zijn volgens de registratie bijna 4.700 kwekerijen geruimd, dat is minder dan de jaren daarvoor (tabel 14.3.3).
- Bij de politie-eenheid Oost-Nederland vinden in 2017 de meeste ruimingen plaats (761 ruimingen), net als in voorgaande jaren.

Tabel 14.3.3 Aantal geruimde hennepkwekerijen, 2007-2017

	2007	2008[I]	2009[I]	2010	2011[II]	2012[II]	2013	2014	2015	2016	2017
Aantal	5.242	4.731	4.727	5.620	5.435	5.773	5.962	6.006	5.856	5.538	4.670

Figuur 14.3.3 Aantal geruimde hennepkwekerijen in 2014 - 2017, naar politie-eenheid



	Noord-Nederland	Oost-Nederland	Midden-Nederland	Noord-Holland	Amsterdam	Den Haag	Rotterdam	Zeeland-West-Brabant	Oost-Brabant	Limburg	Landelijke Eenheid
Ruimingen 2014	607	950	413	162	486	556	842	763	606	612	9
Ruimingen 2015	524	871	513	412	512	576	629	598	551	662	8
Ruimingen 2016	488	866	463	461	342	516	634	673	487	600	8
Ruimingen 2017	404	761	405	357	309	510	550	532	301	538	3

Bron: Politie, Landelijke Eenheid, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, 2017.

- Het overgrote deel betreft binnenkwekerijen (4.438), slechts een fractie betreft buitenteelt (232). Buitenkwekerijen worden vooral door Zeeland-West-Brabant gerapporteerd (77 maal). De binnenkwekerijen worden aangetroffen in huurpanden, kooppanden en bedrijfspanden. Alle binnenkwekerijen zijn bestuurlijk ontruimd en daarna ook strafrechtelijk afgehandeld.
- In totaal zijn bij de ruimingen in 2017 bijna 723 duizend planten in beslag genomen, minder dan in 2016, toen het ruim 883 duizend planten waren. Daarvan zijn in 2017 bijna 13 duizend moederplanten in beslag genomen (in 2016: ruim 14 duizend moederplanten), ruim 370 duizend stekken (in 2016: bijna 490 duizend stekken) en ruim 4.000 kilo henneptoppen (in 2016: 2.800 kilo).
- Het OM en de Politie rapporteren een trend dat het aantal grammen per plant behoorlijk is gestegen (omdat de toppen vele malen groter zijn dan voorheen) (Ministerie & Politie, 2016).

14.4 Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen

Verdachten van Opiumwetdelicten bij de politie

- Het aantal geregistreerde verdachten van een Opiumwetdelict bij politie of Koninklijke Marechaussee bedroeg in 2014, volgens voorlopige HKS-cijfers, ruwweg 18 duizend en dat was minder dan in 2013. De daling betrof vooral verdachten van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten. Het aantal verdachten van harddrugsdelicten en van softdrugsdelicten daalde ook, maar minder.
- De CBS-informatie over geregistreerde verdachten toont ook na 2014 een dalende tendens van het aantal verdachten. In 2017 daalt het aantal geregistreerde verdachten met 8% ten opzichte van 2016, naar afgerond 15.000 en ook in de jaren ervoor was sprake van een aanzienlijk daling.
- Het aandeel softdrugsdelicten steeg door de jaren heen. In de jaren vanaf 2010 komt dit aandeel steeds hoger uit dan dat van de harddrugsdelicten. In 2014 was zelfs iets meer dan de helft van alle Opiumwetdelicten een softdrugs delict (51%). In de recente jaren neemt het aandeel softdrugsdelicten weer af. In 2017 komt het aandeel harddrugsdelicten op basis van de CBS-definitie zelfs even hoog uit als dat van de softdrugsdelicten (beide 49%).
- Op basis van de CBS-informatie kan gesteld worden dan het aandeel geregistreerde verdachten van Opiumwetdelicten op alle verdachten in 2017 constant blijft op 7%. Dit is al sinds 2013 zo. De daling is dan ook ruwweg in lijn met die van het totaal aantal misdrijven.

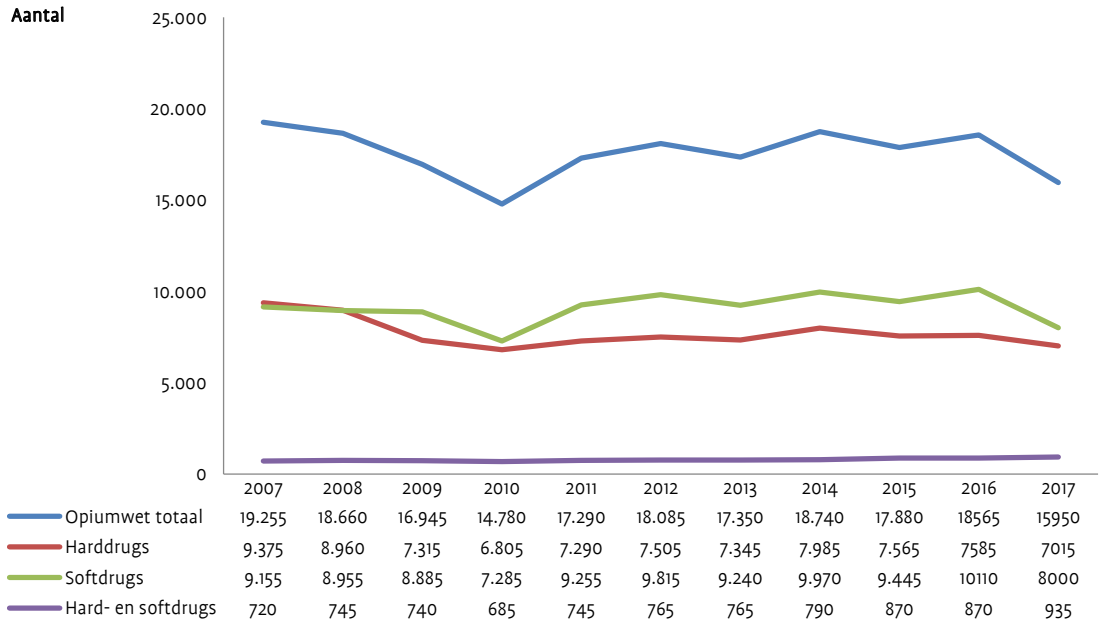
Instroom van Opiumwetzaken en -delicten bij het Openbaar Ministerie

Opiumwetdelicten worden conform de beleidsregels in de Aanwijzing Opiumwet van het OM vervolgd (zie www.om.nl). Niet alle delicten worden door de politie doorgestuurd naar het OM. Zo heeft de politie de bevoegdheid om voor bepaalde delicten een transactie aan te bieden. Door betaling van de transactie wordt het proces-verbaal niet doorgestuurd naar het OM. Ook kan de politie bij gering drugsbezit - bij het aantreffen van een hoeveelheid hard- of softdrugs voor eigen gebruik - de zaak seponeren.

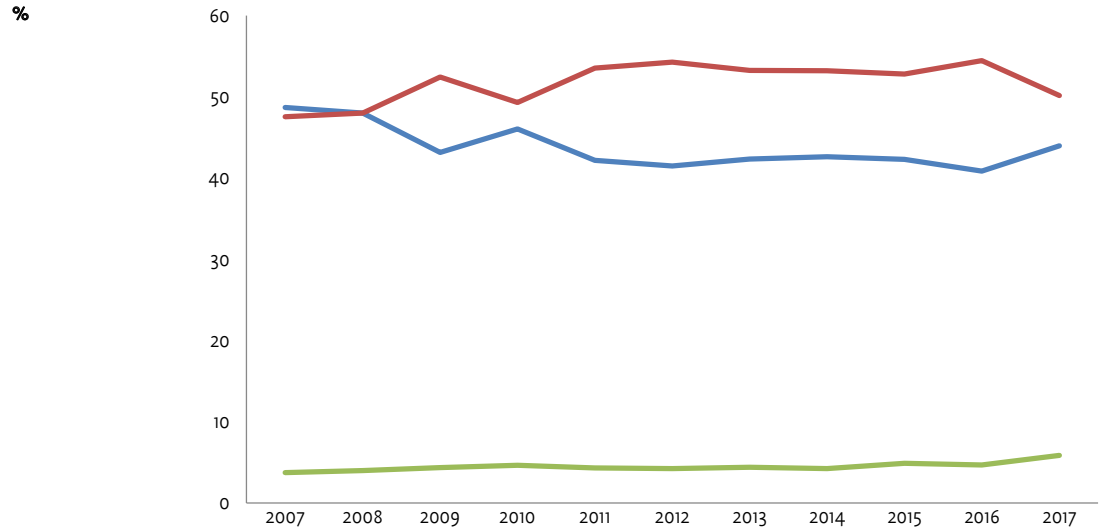
Figuur 14.4.1 laat zien hoeveel Opiumwetzaken in de periode 2007-2017 zijn ingestroomd bij het OM. De laatste cijfers wijzen op een daling van de totale instroom. Alleen de gecombineerde hard- en softdrugszaken stijgen.

- In 2017 daalt de instroom met 14% naar 16.000. In 2016 was er nog een stijging met 4% ten opzichte van 2015. Voornamelijk de softdrugszaken dalen in 2017 met 20%. Harddrugszaken dalen in geringere mate, met 6%. Alleen de categorie zaken met zowel hard- als softdrugsdelicten stijgt, met 7%.
- De zaken bij het OM betreffen in 2017 voor de helft softdrugs (50%, dit was 54% in 2016) en voor ruim twee op de vijf harddrugs (44%; dit was 41% in 2016). Het aandeel van hard- en softdrugszaken neemt toe van ruim één op de twintig (4,7%) naar één op de 17 (5,9%). Ondanks de recente daling, blijft de categorie softdrugszaken de grootste. Dit is al zo onafgebroken sinds 2009.

Figuur 14.4.1 Opiumwetzaken[I] ingestroomd bij het Openbaar Ministerie, naar hard- en softdrugs[II], 2007- 2017, in absolute aantallen en %



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Opiumwet totaal	19.255	18.660	16.945	14.780	17.290	18.085	17.350	18.740	17.880	18565	15950
Harddrugs	9.375	8.960	7.315	6.805	7.290	7.505	7.345	7.985	7.565	7585	7015
Softdrugs	9.155	8.955	8.885	7.285	9.255	9.815	9.240	9.970	9.445	10110	8000
Hard- en softdrugs	720	745	740	685	745	765	765	790	870	870	935



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% Harddrugs	49	48	43	46	42	41	42	43	42	41	44
% Softdrugs	48	48	52	49	54	54	53	53	53	54	50
% Hard- en Softdrugs	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	6

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.

Het aandeel Opiumwetzaken bij het OM op de totale instroom is in 2017 gedaald: naar 9,2% (was 9,8% in 2016; tabel 14.4.1). Aan de onafgebroken stijging van dit aandeel sinds 2010, komt hier recent voor het eerst een eind. De stijging van dit aandeel door de jaren heen kwam voornamelijk voor rekening van softdrugszaken.

Tabel 14.4.1 Aandeel Opiumwetzaken op totale instroom OM, 2007-2017, in %[1]

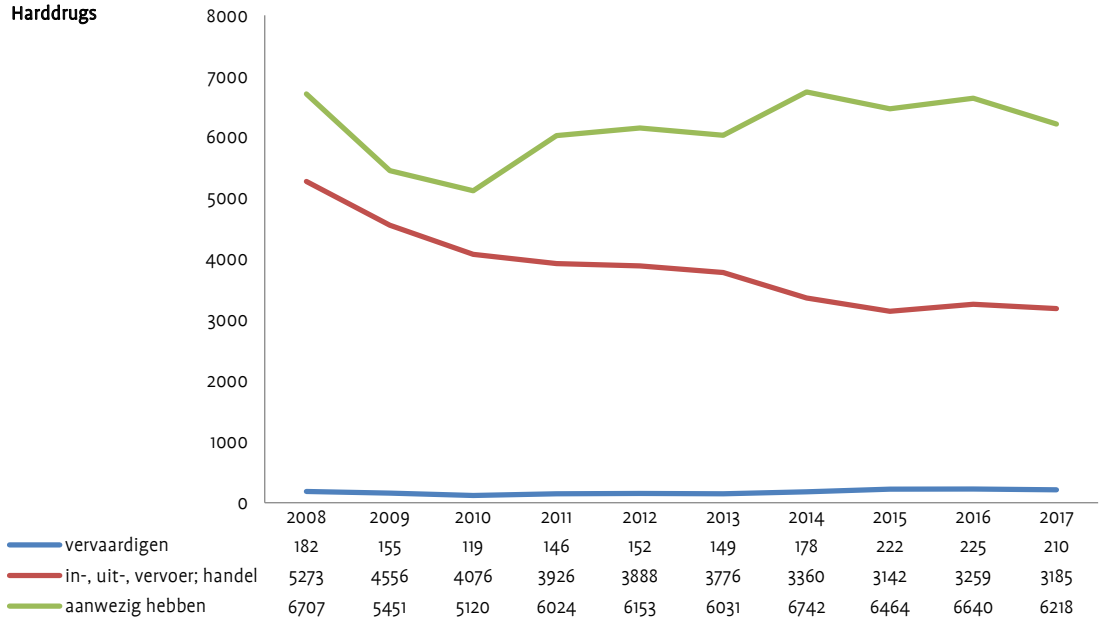
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% Opiumwet	7,1%	7,2%	7,4%	7,0%	7,5%	8,1%	8,3%	8,9%	9,4%	9,8%	9,2%
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	270	258	230	211	230	224	209	211	190	189	174

I. Zaken totaal in duizendtallen. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

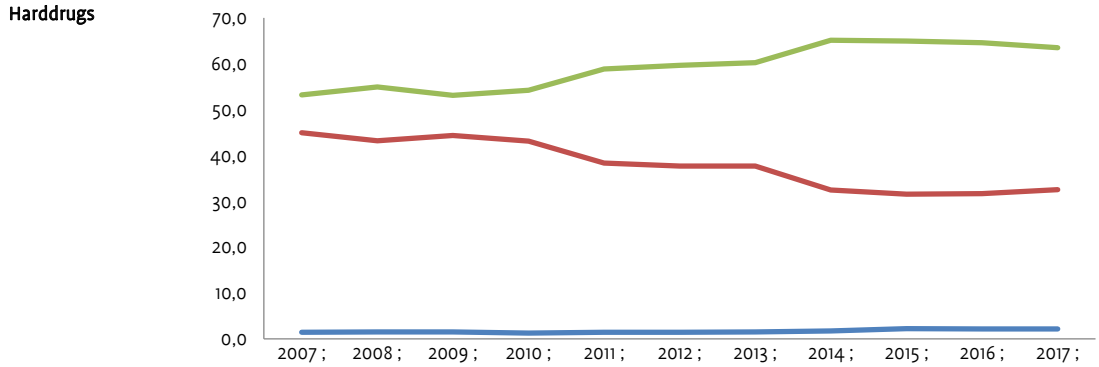
Figuur 14.4.2 laat de instroom van Opiumwetdelicten bij het OM zien voor harddrugs, onderverdeeld naar vervaardigen, in-, uit- en vervoer en handel, en aanwezig hebben, in de periode 2007-2017.

- Bij de harddrugsdelicten gaat het de afgelopen jaren in bijna twee op de drie gevallen (2017 64%) om het 'aanwezig hebben' (vrij vertaald: bezit) van harddrugs. Eerder onderzoek naar Opiumwetdelicten in de straf- rechtsketen in 2012 liet zien dat het toen vooral ging om cocaïne en ecstasy/amfetamine (Kruize & Gruter, 2014) (zie ook NDM Jaarbericht 2015). Het aantal 'bezitsdelicten' is in 2017 nagenoeg constant gebleven ten opzichte van 2016.
- In één derde van de gevallen (33% in 2017) gaat het om 'in-, uit- en vervoer en handel'. Dit aandeel laat een daling zien van 45% in 2007 naar 32% in 2014, waarna dit aandeel ruwweg constant blijft. Het betreft een brede categorie die op basis van het registratiesysteem van het OM niet verder te specificeren valt. In het eerdere onderzoek naar Opiumwetdelicten werd gevonden dat smokkel van harddrugs voor 95% betrekking had op cocaïne (Kruize & Gruter, 2014). Bij de overige typen handelsdelicten ging het ook meestal om cocaïne, met heroïne/opium op de tweede en synthetische drugs op de derde plaats. In 2016, evenals in 2015, betreft minder dan 1% het 'vervaardigen' (produceren) van harddrugs.
- Er worden betrekkelijk weinig gevallen van 'vervaardigen' van harddrugs geregistreerd. Het aandeel is toegenomen naar ruim 2% in 2017 (was ruim 1% in 2007). Afgaande op andere cijfers in dit hoofdstuk (§ 14.2) en eerder onderzoek (Kruize & Gruter, 2014) gaat het hier om productie van synthetische drugs. Kruize en Gruter (2014) melden dat bij een ontmanteling van een productieplaats meestal geen drugs in beslag worden genomen, maar hardware of chemicaliën.

Figuur 14.4.2 Instroom van harddrugsdelicten bij het Openbaar Ministerie, naar vervaardigen, in-/uit- / vervoer en handel, aanwezig hebben, 2007-2017, in aantal en %



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
vervaardigen	182	155	119	146	152	149	178	222	225	210
in-, uit-, vervoer; handel	5273	4556	4076	3926	3888	3776	3360	3142	3259	3185
aanwezig hebben	6707	5451	5120	6024	6153	6031	6742	6464	6640	6218



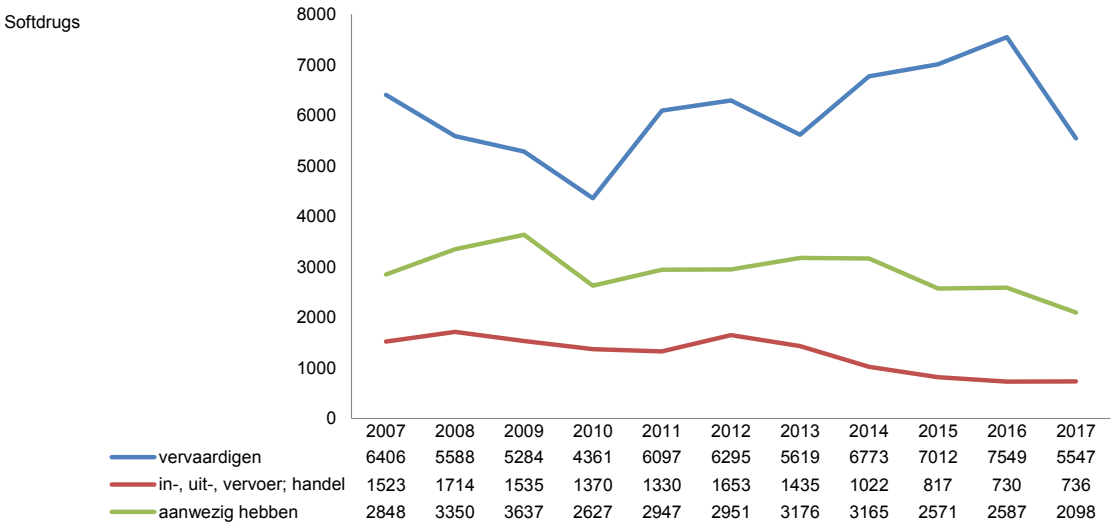
	2007 ; N=	2008 ; N=	2009 ; N=	2010 ; N=	2011 ; N=	2012 ; N=	2013 ; N=	2014 ; N=	2015 ; N=	2016 ; N=	2017 ; N=
	12920	12208	10264	9445	10242	10321	10019	10353	9958	10284	9790
vervaardigen	1,4	1,5	1,5	1,3	1,4	1,5	1,5	1,7	2,2	2,2	2,1
in-, uit-, vervoer; handel	45	43	44	43	38	38	38	32	32	32	33
aanwezig hebben	53	55	53	54	59	60	60	65	65	65	64

Figuur 14.4.3 laat de instroom van Opiumwetdelicten bij het OM zien voor softdrugs, onderverdeeld naar vervaardigen, in-, uit- en vervoer en handel, en aanwezig hebben, in de periode 2007-2017. Kruize en Gruter (2014) lieten zien dat het bij de softdrugs in 2012 voor 97% ging om hasj of wiet. Andere softdrugstypen kwamen weinig voor bij het OM (Kruize & Gruter, 2014).

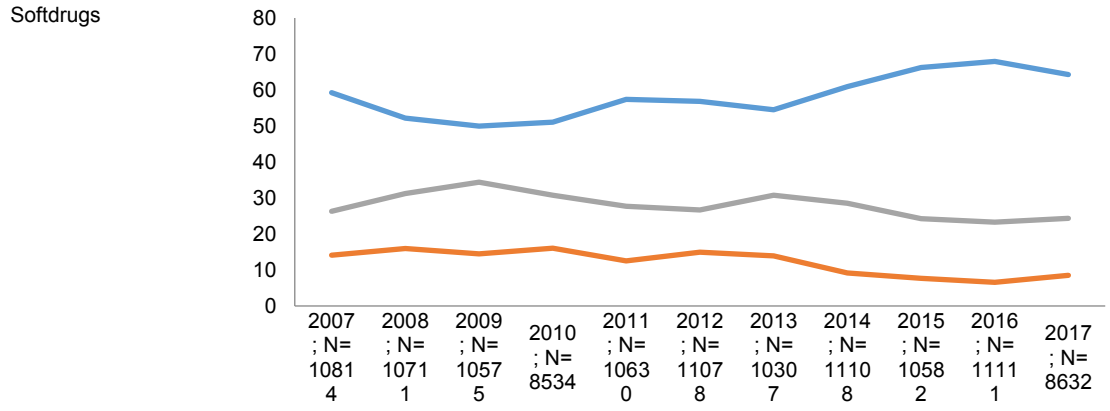
- Bij de softdrugsdelicten gaat het in 2017 in bijna een kwart (24%) van de gevallen om het 'aanwezig hebben' (bezit) van softdrugs. In 9% gaat het om 'in- en uitvoer, vervoer, handel' (was 7% in 2016). In de meeste gevallen (64%) gaat het om het 'vervaardigen' van softdrugs – lees: het telen van nederwiet (figuur 14.4.3). Dit aandeel daalde ten opzichte van 2016, toen het nog 68% was. Er was een stijging gaande sinds 2013.
- Het aandeel softdrugsdelicten in de categorie 'in- en uitvoer, vervoer en handel' steeg in 2017 voor het eerst in jaren. Dit aandeel vertoonde in de jaren daarvoor een daling: van rond de 15% in de periode 2007-2013 naar rond de 8% in de periode 2014 – 2017 daarna.

- Het aandeel van het delict 'aanwezig hebben van softdrugs' schommelt in de periode 2007 en 2014 tussen de 26% en 31% met een piek van 34% in 2009 en ligt daarna, vanaf 2015, rond de 23%. Het aandeel 'vervaardigen van softdrugs', tenslotte, stijgt vanaf 2013 tot en met 2016 van 55% naar 68% en daalt in 2017 naar 64%.

Figuur 14.4.3 Instroom van softdrugsdelicten bij het Openbaar Ministerie, naar vervaardigen, in-/uit- / vervoer en handel, aanwezig hebben, 2007-2017, in aantal en %



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
vervaardigen	6406	5588	5284	4361	6097	6295	5619	6773	7012	7549	5547
in-, uit-, vervoer; handel	1523	1714	1535	1370	1330	1653	1435	1022	817	730	736
aanwezig hebben	2848	3350	3637	2627	2947	2951	3176	3165	2571	2587	2098



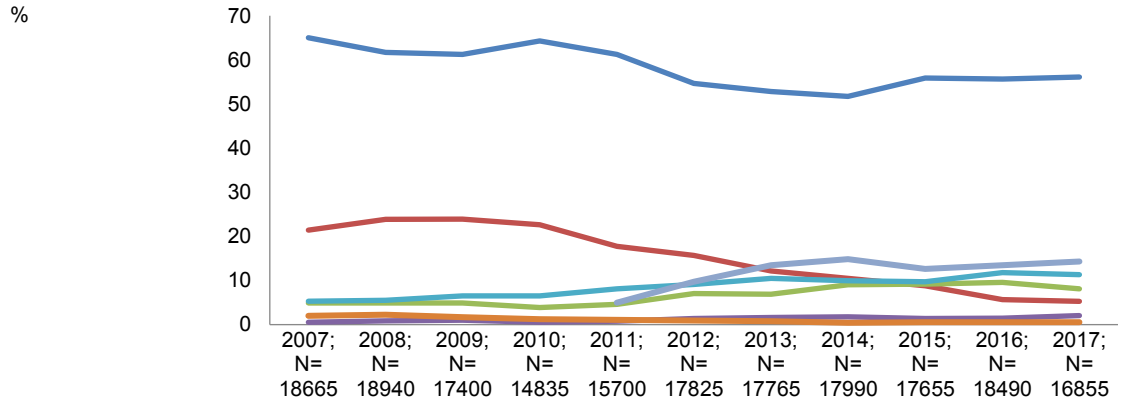
	2007 ; N= 10814	2008 ; N= 10711	2009 ; N= 10575	2010 ; N= 8534	2011 ; N= 10630	2012 ; N= 11078	2013 ; N= 10307	2014 ; N= 11108	2015 ; N= 10582	2016 ; N= 11111	2017 ; N= 8632
vervaardigen	59	52	50	51	57	57	55	61	66	68	64
in-, uit-, vervoer; handel	14	16	15	16	13	15	14	9	8	7	9
aanwezig hebben	26	31	34	31	28	27	31	28	24	23	24

Beslissingen door het Openbaar Ministerie in Opiumwetzaken

De meeste verdachten van een Opiumwetdelict worden door het OM voor de rechter gebracht, ofwel: gedagvaard (figuur 14.4.4).

- In 2017 geldt dit voor 56% van het totaal aantal afgedane zaken, evenals in 2016 en 2015. Dit is 4 procentpunten meer dan in 2014, toen het 52% was. Het aandeel daalde tussen 2010 en 2014 (van 64% naar 52%), hetgeen mogelijk te maken heeft met het gegeven dat het OM in oplopende mate meer zaken zelf sanctioneerde met een strafbeschikking.
- Het aandeel transacties bedraagt 5% in 2017, waar dit nog 9% in 2015 was. Dit aandeel daalt sinds jaren. Meestal gaat het hierbij om financiële transacties (ofwel "geldsom transacties"), maar ook vergoeding van schade en taakstraffen vallen hieronder. In 2017 waren er 395 financiële transacties in Opiumwetzaken, in 2014 waren het er nog 780.
- In 2017 daalt het aandeel beleidssepots naar 10%. De voorafgaande drie jaren schommelt dit rond de 11%. Sinds 2010 steeg het aandeel beleidssepots (was 4% in 2010). Van de beleidssepots neemt met name zowel het aantal als aandeel voorwaardelijke beleidssepots toe in 2017, waar dat van de onvoorwaardelijke beleidssepots daalt.[3]
- Het aandeel technische sepots daalt in 2017: naar 11%, tegen 12% het jaar ervoor. Dit aandeel steeg van 5% in 2007 naar 12% in 2016. Voegingen komen betrekkelijk weinig voor (< 1%).
- In 2017 stijgt het aandeel van strafbeschikkingen naar 14%, ten opzichte van 13% het jaar ervoor. In 2011 kwamen de eerste strafbeschikkingen bij Opiumwetdelicten in beeld. Het aandeel van de strafbeschikkingen was bij de start 5% en steeg snel. Tussen 2013 en 2016 was dat toegenomen naar 13%, met uitzondering van 2014, toen het aandeel 15% bedroeg.

Figuur 14.4.4 Afdoening Openbaar Ministerie in Opiumwetzaken, 2007-2017[1], in %



	2007; N= 18665	2008; N= 18940	2009; N= 17400	2010; N= 14835	2011; N= 15700	2012; N= 17825	2013; N= 17765	2014; N= 17990	2015; N= 17655	2016; N= 18490	2017; N= 16855
Dagvaarding	65	62	61	64	61	55	53	52	56	56	56
Transactie	21	24	24	23	18	16	12	11	9	6	5
Beleidssepot onvrw.	4,9	4,9	4,9	3,9	4,6	7,0	6,9	9,1	9,2	9,6	8,1
Beleidssepot voorwr.	0,5	0,9	1,0	0,6	0,8	1,4	1,6	1,8	1,4	1,5	2,0
Technisch sepot	5	6	6	7	8	9	10	10	10	12	11
Voeging	2,0	2,2	1,7	1,2	1,1	1,0	0,8	0,4	0,5	0,6	0,5
Strafbeschikking					5	10	13	15	13	13	14

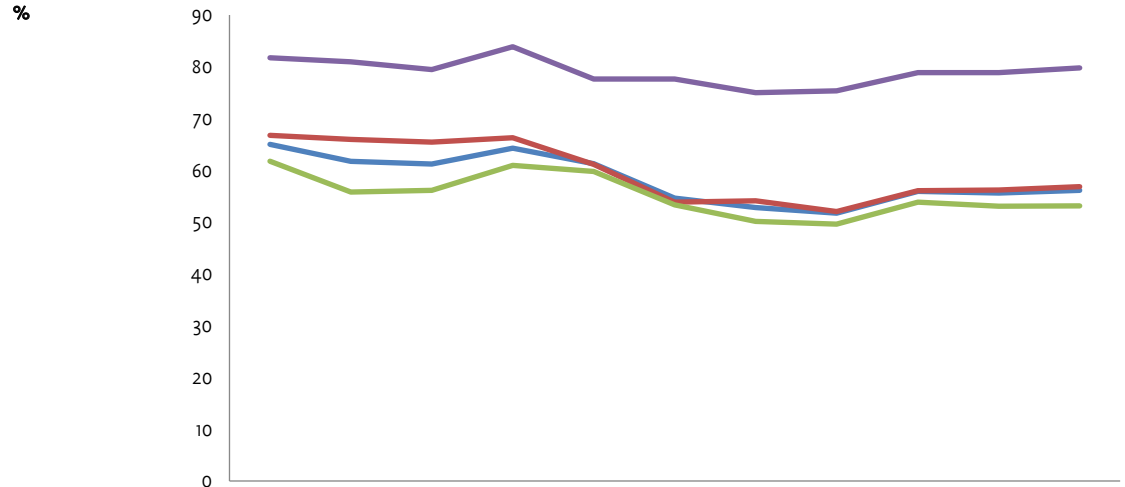
I. De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

3 Het OM gaat de laatste jaren steeds vaker over tot zogenoemde 'voorwaardelijke beleidssepots'. Hier geldt dat de verdachte, als deze zich niet aan bepaalde voorwaarden houdt, alsnog door het OM worden vervolgd. Dit is in zekere mate vergelijkbaar met een door de rechter opgelegde voorwaardelijke straf (Kalidien, 2018, blz. 81) .

Er zijn verschillen in afdoening door het OM tussen harddrugszaken, softdrugszaken en zaken met zowel hard- als softdrugs (figuur 14.4.5).

- Harddrugszaken worden, evenals in de voorgaande jaren, ook in 2017 vaker gedagvaard dan softdrugszaken (in 2017 57% tegen 56% het jaar ervoor). Het aandeel dagvaardingen is echter het hoogst bij zaken met een combinatie van hard- én softdrugs (80%).
- In 2017 is het aandeel strafbeschikkingen het hoogst bij harddrugszaken (19%). Bij softdrugszaken is dit 11% en bij gecombineerde drugszaken 8% (niet in figuur).
- Het aandeel beleidssepots – voorwaardelijke plus onvoorwaardelijke – is in 2017 het hoogst bij softdrugszaken (11%), direct gevolgd door harddrugszaken (9%). Bij gecombineerde drugszaken is dit het laagst (5%). Tussen 2007 en 2017 neemt het aandeel beleidssepots bij softdrugszaken toe van 4% naar 11% in het meest recente jaar. Dat van de harddrugszaken van 7% naar 9% en tenslotte van de gecombineerde hard- en softdrugszaken van 1% naar uiteindelijk 5%.
- Technische sepots komen in recente jaren het meest voor in softdrugszaken. In 2017 is dit aandeel 14% (15% in 2016), waar het bij harddrugszaken 9% is (eveneens 9% in 2016) en bij zaken met hard- en softdrugs is dit 5% (was 4% in 2016). Tussen 2007 en 2017 neemt het aandeel technische sepots bij softdrugszaken toe van 6% naar 14% en dat van de harddrugszaken van 5% naar 9% en tenslotte van de gecombineerde hard- en softdrugszaken van 3% naar 5% (niet in figuur).

Figuur 14.4.5 Aandeel dagvaardingen in Opiumwetzaken Openbaar Ministerie, naar harddrugs, softdrugs en hard- en softdrugs[1], 2007-2017, in %



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Totaal	65	62	61	64	61	55	53	52	56	56	56
Harddrugs	67	66	65	66	61	54	54	52	56	56	57
Softdrugs	62	56	56	61	60	53	50	50	54	53	53
Hard- en Softdrugs	82	81	79	84	78	78	75	75	79	79	80

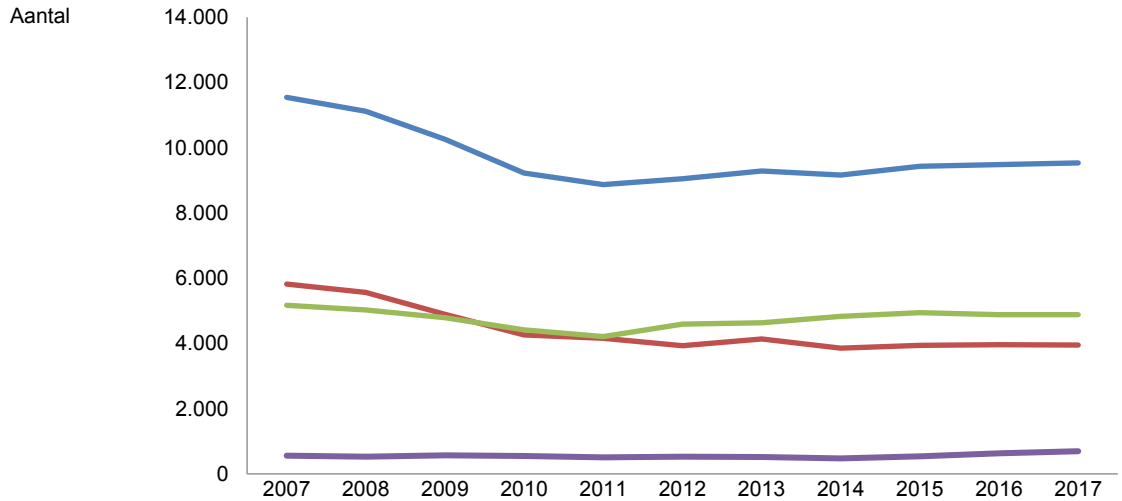
I. De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

Afdoening door de rechter in eerste aanleg in Opiumwetzaken

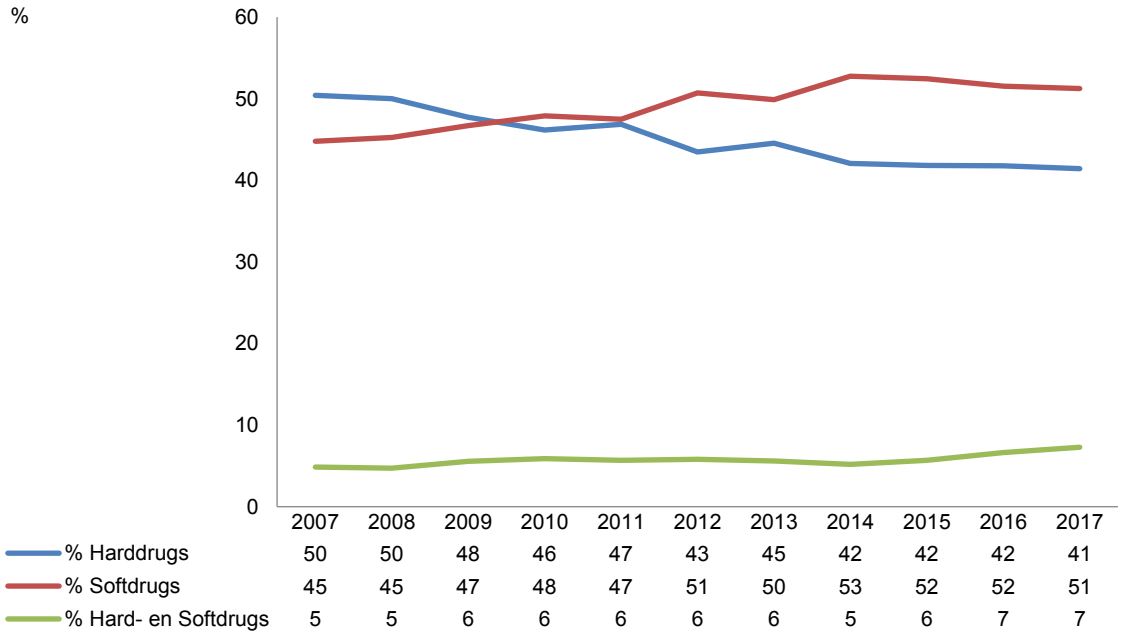
- Het totaal aantal afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter blijft in 2017 nagenoeg gelijk aan dat van 2016 (figuur 14.4.6).

- Het aantal combinatiezaken stijgt in 2017 met 10% ten opzichte van 2016. Het aantal softdrugszaken blijft in 2017 constant en dat van de harddrugszaken daalt iets (figuur 14.4.6). Sinds 2014 blijft het aantal softdrugszaken iets onder de 5.000 en het aantal harddrugszaken, na een daling tussen 2007 en 2012, iets onder de 4.000 in de jaren erna.
- In 2017 (met 51%) is – evenals in de periode ervoor (2012 – 2016) – de helft of meer een softdrugszaak. Op langere termijn laat het aandeel softdrugszaken een stijgende lijn zien, dat van harddrugszaken een dalende. In 2017 waren twee op de vijf zaken een harddrugszaak (42%) eveneens als in de voorafgaande periode, van 2014 tot en met 2016; figuur 14.4.6). Tussen 2007 en 2011 bedroeg het aandeel harddrugszaken nog de helft of enigszins minder dan de helft. Het aandeel van de gecombineerde hard- en softdrugszaken is in 2017 ruim 7%. Over de hele periode heen is een stijging waarneembaar van 5 naar 7%.

Figuur 14.4.6 **Door de rechter afgedane Opiumwetzaken in eerste aanleg, naar hard- en softdrugs, 2007- 2017[1], aantallen en %**



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Totaal	11.545	11.115	10.255	9.230	8.870	9.050	9.285	9.165	9.430	9.480	9535
Hard drugs	5.820	5.560	4.895	4.260	4.155	3.935	4.135	3.855	3.945	3960	3950
Soft drugs	5.170	5.030	4.790	4.420	4.210	4.590	4.630	4.835	4.945	4885	4885
Hard en soft drugs	560	525	570	545	505	525	520	475	535	630	695



I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

- In 2017 vormen Opiumwetzaken 10% van het totale aantal door de rechter in eerste aanleg afgedane zaken (niet alleen Opiumwet maar alle zaken), evenals in het jaar ervoor (tabel 14.4.2). Vanaf 2009 tot en met 2014 steeg het aandeel, na een daling in de voorafgaande jaren. De stijging komt voornamelijk voor rekening van softdrugszaken en in de recente jaren van de gecombineerde hard- en softdrugszaken (niet in figuur).

Tabel 14.4.2 Aandeel (%) van door de rechter afgedane Opiumwetzaken,[I,II] 2007-2017

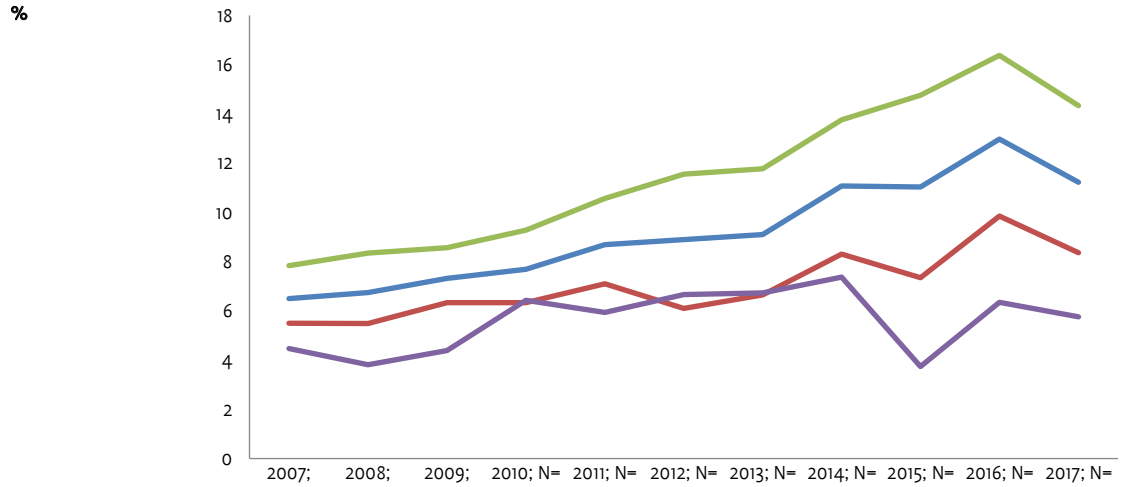
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% Opiumwet	8,8%	8,5%	7,8%	8,1%	8,1%	8,7%	8,9%	9,0%	8,9%	10,0%	10,2%
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	131	131	131	113	109	104	104	102	106	95	93

I. Zaken totaal in duizendtallen. II. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

- Het aandeel vrijspraken in Opiumwetzaken door de rechter in eerste aanleg daalt in 2017 voor het eerst in jaren, naar 11%. In 2016 bedroeg dit aandeel afgerond nog 13% (figuur 14.4.7). Het nam aanvankelijk tot en met 2014 toe tot 11%, bleef constant, om in 2016 naar 13% te stijgen. Het aandeel vrijspraken voor Opiumwetzaken was in 2017 één procentpunt hoger dan bij alle misdrijfzaken (10%). De ontwikkeling van het aandeel vrijspraken bij Opiumwetzaken houdt door de jaren heen gelijke tred met de stijging bij alle misdrijfzaken. Maar het aandeel Opiumwetzaken komt in de beschouwde periode wel steeds ruwweg afgerond één procentpunt lager uit. Dit met uitzondering van 2014 toen het aandeel gelijk was aan bij alle misdrijfzaken en 2016 en nu ook 2017, toen het aandeel vrijspraken in Opiumwetzaken juist hoger uitkwam (hier gehanteerde bron voor vrijspraak alle misdrijfzaken: Kalidien, 2018).

- In 2017 daalde het aandeel vrijspraken bij alle onderscheiden categorieën: bij softdrugszaken naar 14%, bij harddrugszaken naar 8% en bij de gecombineerde zaken onder de 6%. In de voorafgaande periode steeg het aandeel vrijspraken het hardst bij softdrugszaken (naar 16% in 2016). Maar ook bij harddrugszaken was een aanzienlijke stijging waarneembaar (10% in 2016). Het aandeel vrijspraken is gemiddeld het laagst bij de gecombineerde hard- en softdrugszaken. Dit aandeel steeg toenmaals ook (6% in 2016).

Figuur 14.4.7 Aandeel vrijspraak in eerste aanleg naar soort Opiumwetdelict, 2007-2017



	2007; N= 750	2008; N= 750	2009; N= 750	2010; N= 710	2011; N= 770	2012; N= 805	2013; N= 845	2014; N= 1015	2015; N= 1040	2016; N= 1230	2017; N= 1070
% Totaal	6	7	7	8	9	9	9	11	11	13	11
% Harddrugs	5	5	6	6	7	6	7	8	7	10	8
% Softdrugs	8	8	9	9	11	12	12	14	15	16	14
% Hard- en Softdrugs	4	4	4	6	6	7	7	7	4	6	6

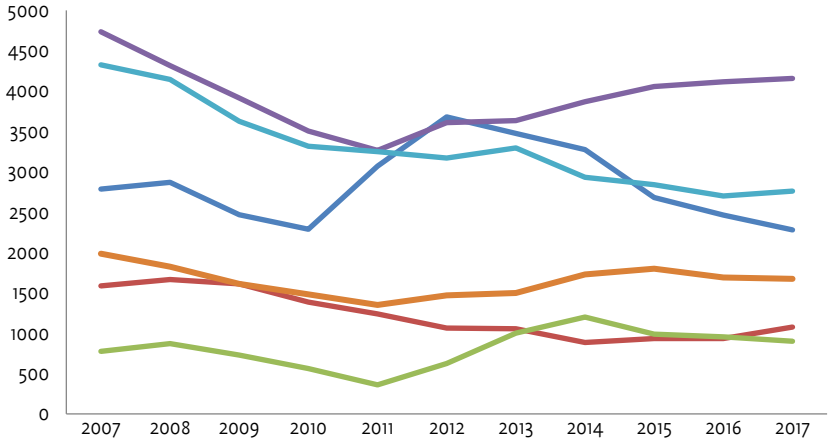
I. Inclusief een aantal van totaal 100 ontslagen van rechtsvervolging over de gehele periode 2005-2015.

Sancties OM en rechter bij Opiumwetzaken

Figuur 14.4.8 laat zien in hoeveel Opiumwetzaken een bepaald type sanctie is opgelegd en figuur 14.4.9 laat zien in hoeveel zaken die sancties zijn opgelegd voor hard- en softdrugszaken afzonderlijk. Zowel de zaken met sancties door het OM als de zaken met sancties die de rechter oplegt, zijn weergegeven. Een onderscheid wordt gemaakt in de sanctiecategorieën "OM Financieel" (bestaande uit de zaken met aangeboden financiële transacties en opgelegde financiële strafbeschikkingen); "Rechter – Geldboete" (waarin de zaken met (deels) onvoorwaardelijke geldboetes zijn geteld); verder de zaken met een "Taakstraf – OM" en "Taakstraf – Rechter". Ten slotte worden de zaken getoond met vrijheidsstraffen, verdeeld over de categorie "Vrijheidsstraf – onvoorwaardelijk" – inclusief de deels onvoorwaardelijke straffen – en de categorie "Vrijheidsstraf – voorwaardelijk". Het is van belang om hier te melden dat in één zaak meerdere typen sancties kunnen voorkomen.

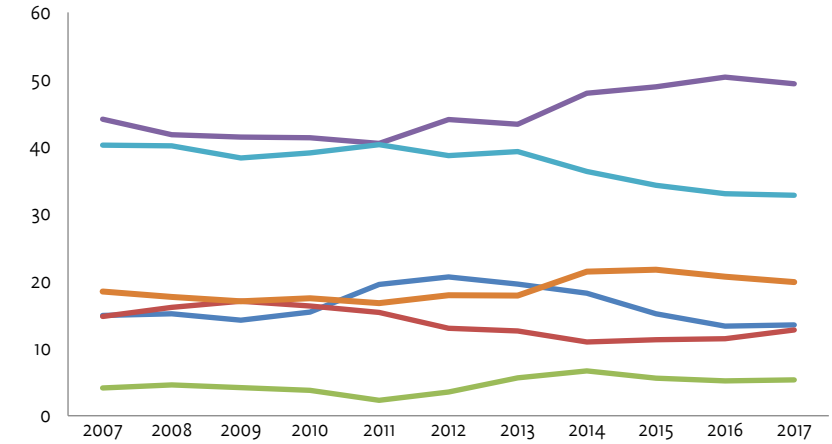
Figuur 14.4.8 Opiumwetzaken naar sanctietype OM of rechter in eerste aanleg, 2007-2017, in aantal en %[1]

Aantal



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
OM - Financieel (i)	2785	2870	2470	2290	3070	3680	3475	3275	2680	2465	2280
Rechter - Geldboete (ii)	1585	1665	1610	1385	1240	1065	1055	885	935	935	1075
Taakstraf - OM (iii)	775	870	730	560	360	625	1000	1200	990	955	900
Taakstraf - Rechter (x)	4735	4315	3915	3505	3265	3610	3635	3870	4055	4115	4155
Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	4325	4145	3625	3315	3250	3170	3295	2930	2840	2700	2760
Vrijheidsstraf voorwaardelijk	1985	1825	1610	1480	1350	1470	1500	1730	1800	1690	1675

%



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
OM - Financieel (i)	15	15	14	15	20	21	20	18	15	13	14
Rechter - Geldboete (ii)	15	16	17	16	15	13	13	11	11	11	13
Taakstraf - OM (iii)	4	5	4	4	2	4	6	7	6	5	5
Taakstraf - Rechter	44	42	41	41	41	44	43	48	49	50	49
Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	40	40	38	39	40	39	39	36	34	33	33
Vrijheidsstraf voorwaardelijk	18	18	17	17	17	18	18	21	22	21	20

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.

In Opiumwetzaken worden taakstraffen het vaakst opgelegd. Daarna volgen (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen (opgelegd door de rechter) en financiële sancties door het OM.

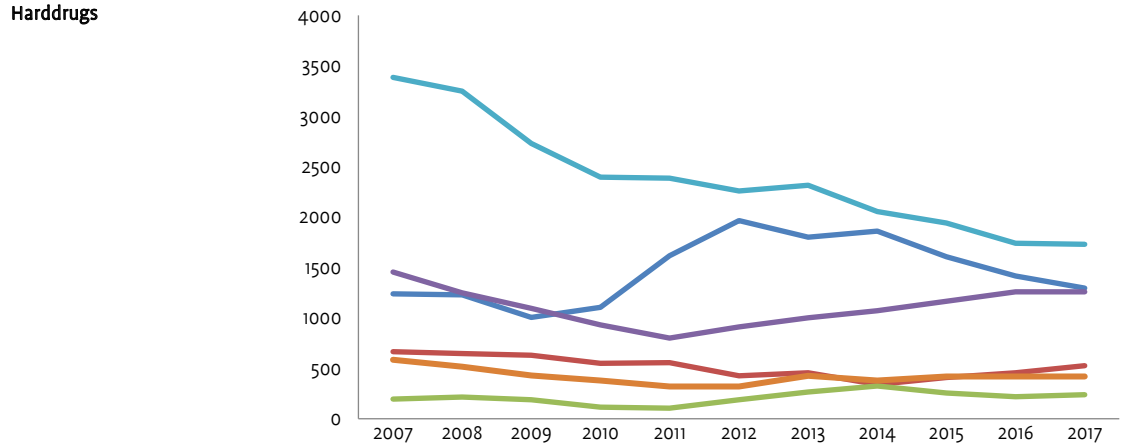
- Het aantal zaken waarin een taakstraf is opgelegd door de rechter stabiliseert in de recentste twee jaren. Vanaf 2007 tot en met 2011 daalt dit aantal, om daarna weer te stijgen. In 2017 legt de rechter iets minder dan 4.200 taakstraffen op.
- In 2017 beslist het OM in 2.300 zaken tot een financiële sanctie. Van 2007 tot en met 2010 treedt een daling op van rond de 2.800 naar 2.300, waarna een abrupte stijging plaats vindt naar 3.700 in 2012. Daarna daalt dit aantal wederom tot en met 2017.
- Het aantal zaken waarin het OM tot een taakstraf beslist daalde vanaf 2007 van rond de 800 naar zo'n 400 in 2011. Daarna steeg dit aantal weer sterk om vanaf 2013 op rond de 1.000 uit te komen, met een piek in 2012 van 1.200. De stijging van de afgelopen jaren komt voornamelijk voor rekening van de strafbeschikking, maar ook de zaken met een als transactie aangeboden taakstraf nemen enigszins toe.
- In 2017 zijn in 2.800 Opiumwetzaken (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd, hoger dan het jaar ervoor met 2.700. Sinds 2007 is dit aantal nagenoeg continu afgenomen. Het aantal zaken waarin (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd zijn daalt in de laatste drie jaren voor 2017 onder het niveau van 3.000. De stijging in 2017 is de eerste in jaren.
- In 2017 legt de rechter in bijna 1.100 zaken een geldboete op, een stijging met 15% ten opzichte van het jaar ervoor toen dit nog bij ruim 900 zaken gold. Dit aantal was in de hele periode tot en met 2014 nagenoeg steeds gedaald, vanaf bijna 1.600 in 2007 tot minder dan 900 . Vanaf 2015 stijgt het aantal zaken waarin een geldboete wordt opgelegd weer.

Wanneer gekeken wordt naar het aandeel (in %, zie figuur 14.4.8), dan geven de cijfers het volgende beeld:

- Het aandeel zaken waarin het OM besluit tot een financiële sanctie in 2017 is 14%, was 13% in 2016. Het aandeel zaken waarin de rechter in 2017 een geldboete oplegt is 13%, hoger dan in de drie jaren ervoor.
- Het aandeel zaken waarin het OM besluit tot een taakstraf is 5% in 2017 even hoog als in 2016. Vanaf 2015 schommelt dit aandeel tussen de 5% en 7%.
- Het aandeel zaken waarin de rechter een taakstraf oplegt, ligt in de periode 2007 tot en met 2013 tussen de 41% en 44%. Vanaf 2014 tot en met 2017 ligt dit aandeel tussen de 48% en 50%. In 2017 is dit 49%.
- Het aandeel zaken waarin de rechter een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf oplegt schommelt in de hele periode tot en met 2013 ruwweg rond de 39%, maar daalt daarna naar 33% in 2016 en 2017.
- Taakstraffen worden vooral opgelegd in softdrugszaken, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vooral in harddrugszaken (figuur 14.4.9). Voorwaardelijke vrijheidsstraffen worden voornamelijk aangetroffen bij softdrugszaken en in mindere mate bij harddrugszaken. Bij harddrugszaken en softdrugszaken is er in 2017 weinig verandering in het sanctiebeeld. Bij de gecombineerde hard- en softdrugszaken spelen OM-sancties een betrekkelijk geringe rol. Voornamelijk worden hier onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd, gevolgd door taakstraffen opgelegd door de rechter en voorwaardelijke vrijheidsstraffen.

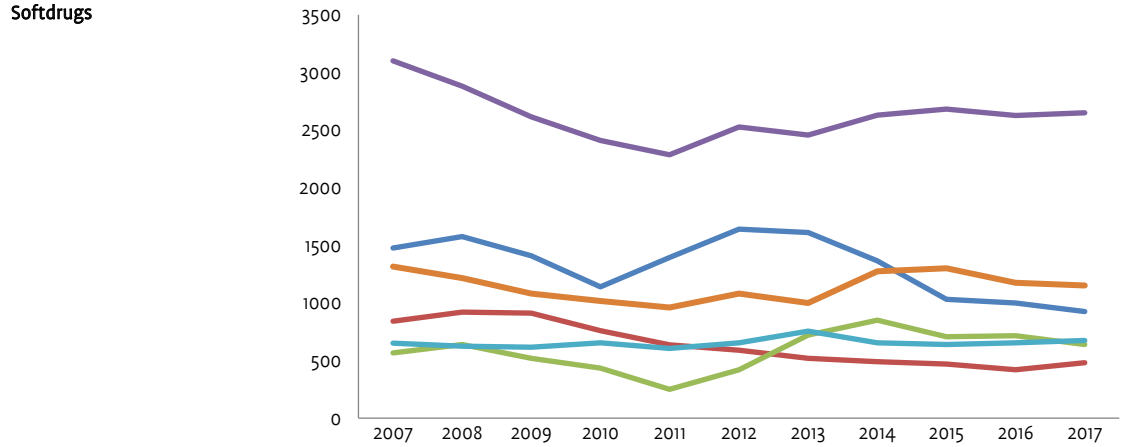
Figuur 14.4.9 **Type sanctie in eerste aanleg in harddrugs- en softdrugszaken, 2007-2017, absolute aantallen**

Harddrugs

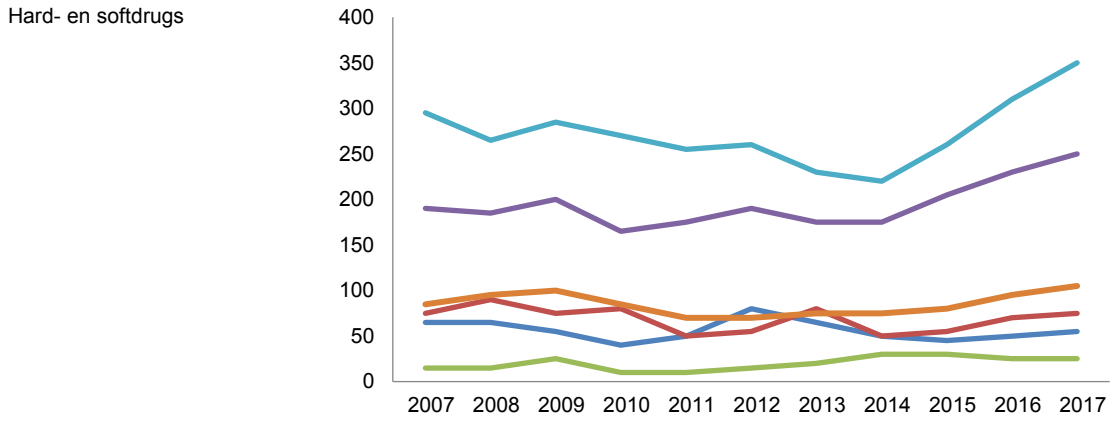


	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
OM - Financieel (i)	1240	1230	1005	1105	1615	1965	1800	1860	1605	1415	1295
Rechter - Geldboete (ii)	665	645	630	550	555	425	455	340	410	455	525
Taakstraf - OM (iii)	195	215	190	115	105	190	265	325	255	220	240
Taakstraf - Rechter	1455	1250	1095	930	800	910	1000	1070	1165	1260	1260
Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	3385	3250	2730	2395	2385	2260	2315	2055	1940	1740	1730
Vrijheidsstraf voorwaardelijk	585	515	430	380	320	320	425	380	420	420	420

Softdrugs



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
OM - Financieel (i)	1475	1575	1410	1140	1395	1640	1610	1365	1030	1000	925
Rechter - Geldboete (ii)	840	920	910	760	635	590	520	490	470	420	480
Taakstraf - OM (iii)	565	640	520	435	250	420	720	850	705	715	640
Taakstraf - Rechter	3100	2880	2615	2410	2285	2525	2455	2630	2680	2625	2650
Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	650	625	615	655	605	655	755	655	640	655	675
Vrijheidsstraf voorwaardelijk	1315	1215	1080	1015	960	1080	1000	1275	1300	1175	1150



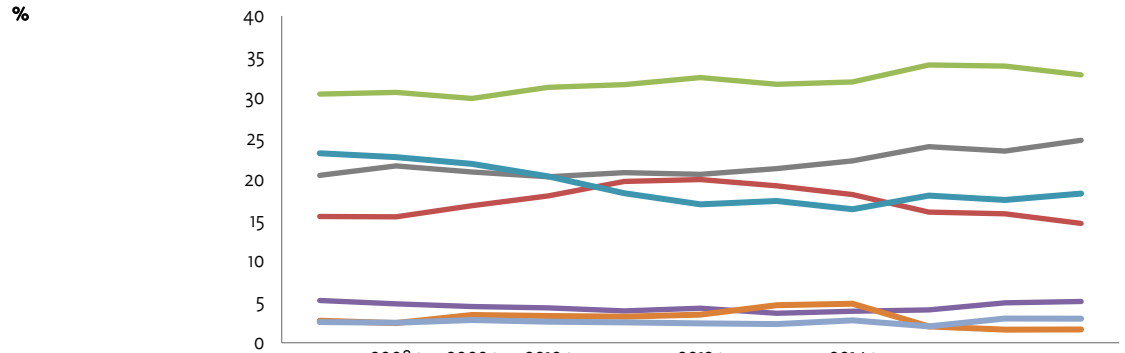
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
OM - Financieel (i)	65	65	55	40	50	80	65	50	45	50	55
Rechter - Geldboete (ii)	75	90	75	80	50	55	80	50	55	70	75
Taakstraf - OM (iii)	15	15	25	10	10	15	20	30	30	25	25
Taakstraf - Rechter	190	185	200	165	175	190	175	175	205	230	250
Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	295	265	285	270	255	260	230	220	260	310	350
Vrijheidsstraf voorwaardelijk	85	95	100	85	70	70	75	75	80	95	105

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.

Opiumwetdelinquenten in de Nederlandse gevangenissen

- Van de 7.700 personen die op 30 september 2017 in het gevangeniswezen verbleven, zat 18% daar vanwege een Opiumwetdelict (figuur 14.4.10). In 2016 was dit 17%. Vanaf 2011 tot en met 2017 schommelt dit aandeel rond de 17%, daarvóór lag het percentage tussen de 20% en 23%.
- Het absolute aantal personen dat gedetineerd is vanwege een Opiumwetdelict daalt tussen 2006 tot en met 2016 in aanzienlijke mate. In 2006 bedroeg dit aantal nog 2.600, in 2016 komt het uit op 1.300. In 2017 is er voor het eerst sinds jaren een stijging, naar 1.400 (niet in figuur) (Kalidien, 2018).
- Oudere gedetineerden (50 plus) zitten relatief vaak vast voor een Opiumwetdelict. Ook bij vrouwelijke gedetineerden komen Opiumwetdelicten relatief vaak voor (Linckens, Valstar, & Van Gemmert, 2016).

Figuur 14.4.10 Aandeel[1] Opiumwetdelinquenten onder populatie in het gevangeniswezen (in %) vergeleken met vijf andere delictgroepen, peildatum 30 september, 2007 – 2017



	2007 ; n= 11.110	2008 ; n= 10.424	2009 ; n= 10.275	2010 ; n= 10.357	2011 ; n= 10.130	2012 ; n= 9.844	2013 ; n= 9.219	2014 ; n= 8.550	2015; n= 7.719	2016 ; n= 7.505	2017 ; n= 7.697
Vermogen zonder geweld	20	22	21	20	21	21	21	22	24	23	25
Vermogen met geweld	15	15	17	18	20	20	19	18	16	16	15
Geweldsmisdrijven	30	31	30	31	32	32	32	32	34	34	33
Vernieling-openbare orde	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5
Opiumwet	23	23	22	20	18	17	17	16	18	17	18
Verkeer	3	2	3	3	3	3	5	5	2	2	2
Overig	3	2	3	3	2	2	2	3	2	3	3

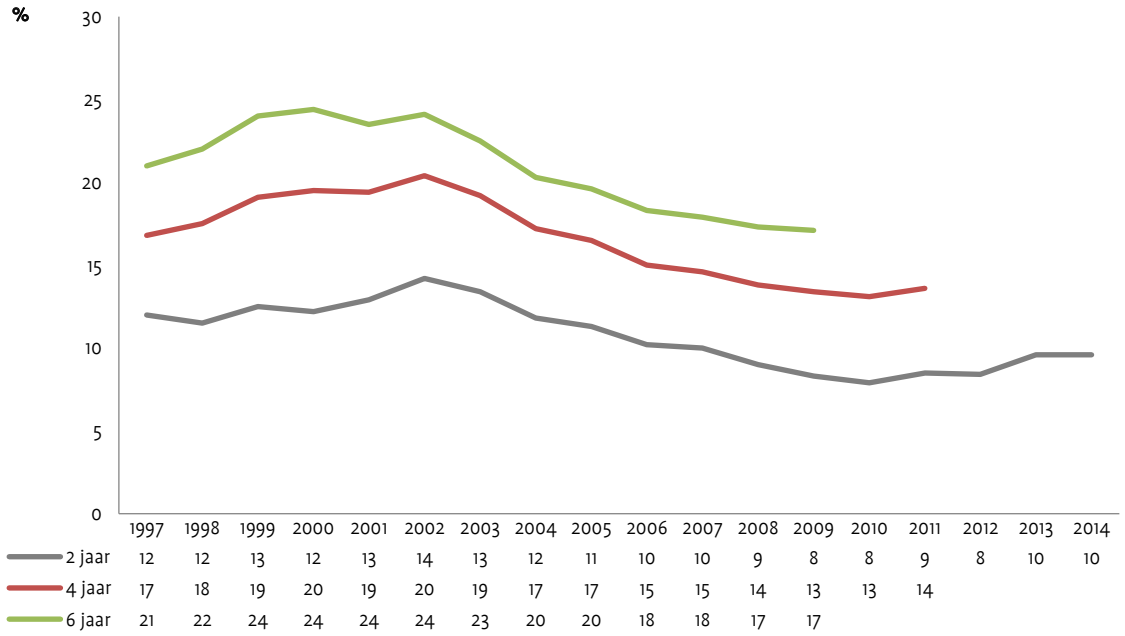
I. Berekening percentages zonder de categorie 'onbekend'. Geweldsmisdrijven is inclusief seksuele misdrijven. Verkeer is inclusief gijzelingen voor niet betaalde verkeersovertredingen. Indeling is gemaakt op basis van zwaarste delict. Bronnen: Criminaliteit en rechtshandhaving 2017 (Kalidien, 2018); DJI in getal 2011-2015 (Linckens et al., 2016).

14.5 Stafrechtelijke recidive van Opiumwetdelinquenten

In deze slotparagraaf wordt de recidive besproken van daders die voor een Opiumwetdelict zijn 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 meest recente recidivecijfers hebben betrekking op daders die in 2014 zijn vervolgd voor een Opiumwetdelict en toen het 'uitgangsdelict' hebben gepleegd. Cijfers over eerdere jaren die in deze paragraaf worden gepresenteerd, hebben betrekking op uitgangsdelicten in eerder jaren.

In figuur 14.5.1 staat de recidive van mensen die in 2014 of eerder een Opiumwetdelict hebben gepleegd en zich in de jaren daarna opnieuw schuldig hebben gemaakt aan het overtreden van de Opiumwet. Een kleine groep Opiumwetovertreders komt relatief snel opnieuw in aanraking met de politie vanwege een drugsdelict: van de daders uit 2014 is bijna 10% binnen twee jaar opnieuw vervolgd voor een Opiumwetdelict. Het percentage overtreders dat opnieuw voor een Opiumwetdelict wordt opgepakt, stijgt naarmate de tijd verstrijkt: bijna 15% binnen vier jaar met een opiumdelict en 17% binnen zes jaar. De grafiek laat verder zien - door vergelijking van de cohorten - dat de recidive daalt vanaf 2002 en deze in 2013 weer een lichte stijging laat zien van de 2-jarige en 4-jarige recidive.

Figuur 14.5.1 **Percentage (cumulatief) daders van Opiumwetdelicten dat opnieuw een Opiumwetdelict pleegt (speciale recidive). Daders van softdrugsdelicten en harddrugsdelicten zijn bij elkaar opgeteld.**

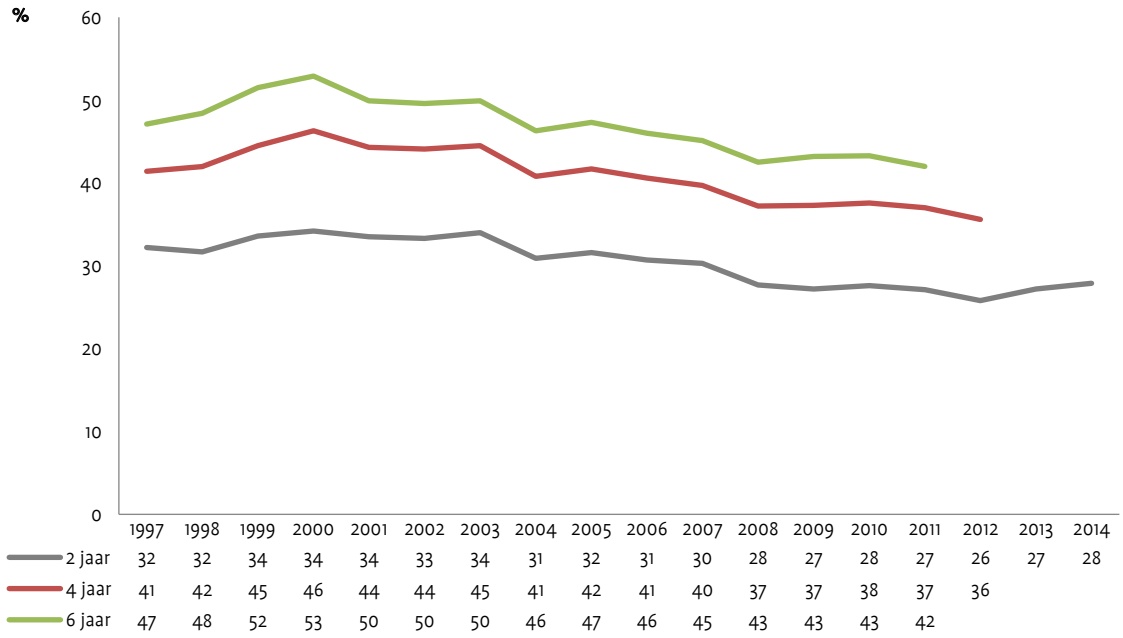


	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
2 jaar	12	12	13	12	13	14	13	12	11	10	10	9	8	8	9	8	10	10
4 jaar	17	18	19	20	19	20	19	17	17	15	15	14	13	13	14			
6 jaar	21	22	24	24	24	24	23	20	20	18	18	17	17					

Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

In figuur 14.5.2 is de algemene recidive weergegeven van daders van een Opiumwetdelict in 2014 en in de jaren daarvoor. Het gaat dan om alle misdrijven die zijn gepleegd na het uitgangsdelict, dus niet alleen de Opiumwetdelicten. Van de groep uit 1997 pleegt een derde van de Opiumwetovertreders binnen twee jaar opnieuw een delict, van de groep uit 2014 is dat percentage gedaald naar ruim een kwart. Ruim 40% van de Opiumwetdelinquenten pleegt binnen zes jaar na het uitgangsdelict opnieuw een delict, dat aantal daalt eveneens tussen 1997 en 2013. Als de cohorten globaal met elkaar worden vergeleken, is vanaf 1997 globaal eerst een stijging te zien en daarna, vanaf 2003, een daling. Vanaf 2013 stijgt de recidive binnen twee en vier jaar weer licht.

Figuur 14.5.2 **Percentage daders van opiumwetdelicten dat opnieuw een misdrijf pleegt (alle misdrijven, algemene recidive)**

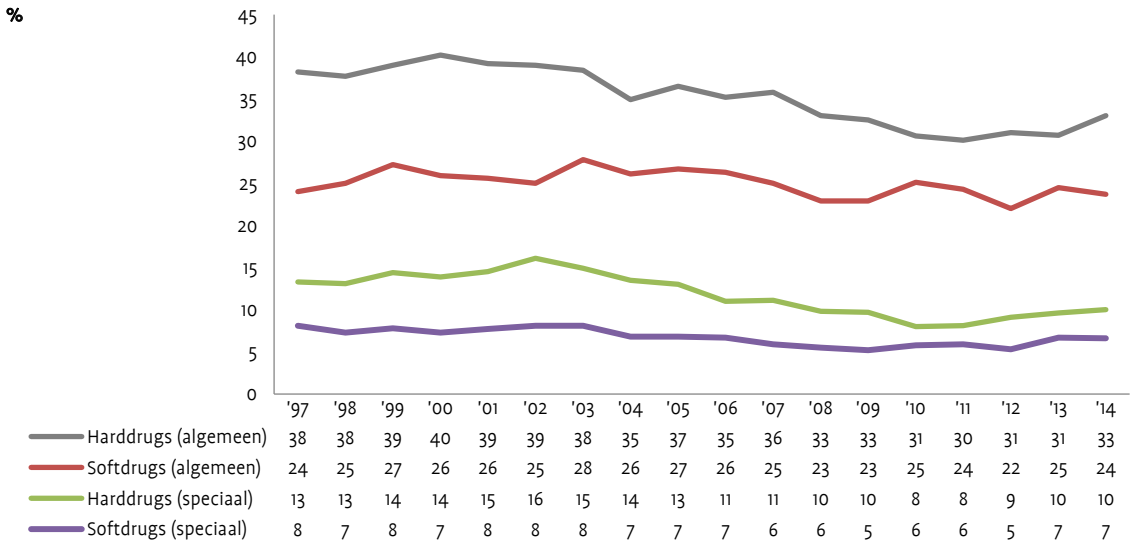


	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
2 jaar	32	32	34	34	34	33	34	31	32	31	30	28	27	28	27	26	27	28
4 jaar	41	42	45	46	44	44	45	41	42	41	40	37	37	38	37	36		
6 jaar	47	48	52	53	50	50	50	46	47	46	45	43	43	43	42			

Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

Splitsing van de recidivecijfers van de gehele groep drugsdelinquenten 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, binnen vier 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 misdrijf plegen, ook niet-Opiumwetdelicten). In de volgende figuren kan dat worden afgelezen. In de eerste figuur is de recidive voor verschillende groepen binnen 2 jaar weergegeven (figuur 14.5.3), in de tweede figuur de recidive binnen zes jaar (figuur 14.5.4). Door de jaren heen daalt de 2-jarige recidive van harddrugsdelinquenten aanzienlijk tussen 1997 en 2013. In 2014 stijgt deze weer licht. De 6-jarige recidive daalt licht tussen 1997 en 2009 voor beide groepen.

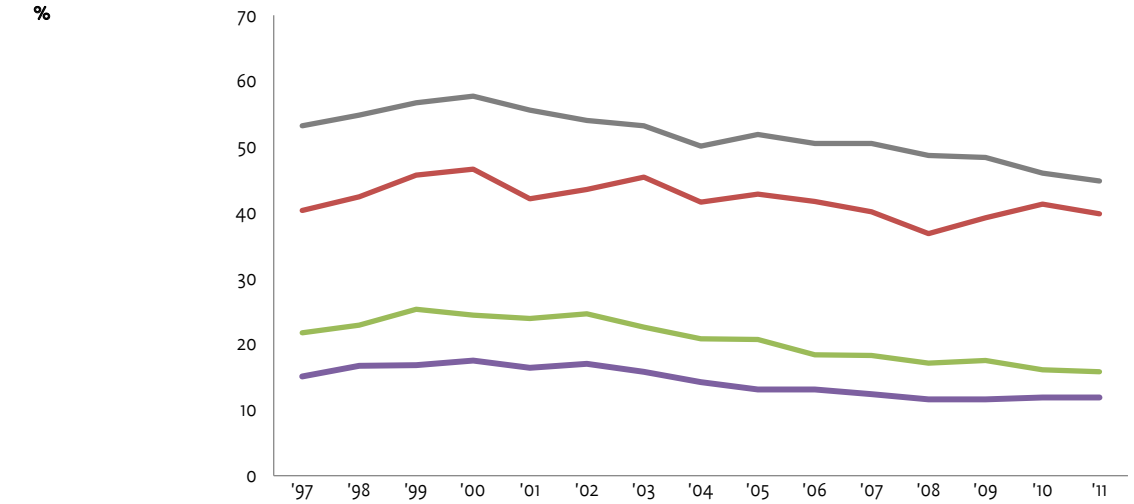
Figuur 14.5.3 **2-Jarige recidive (algemene en speciale), van daders die een harddrugsdelict hebben gepleegd en daders die een softdrugsdelict hebben gepleegd**



	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14
Harddrugs (algemeen)	38	38	39	40	39	39	38	35	37	35	36	33	33	31	30	31	31	33
Softdrugs (algemeen)	24	25	27	26	26	25	28	26	27	26	25	23	23	25	24	22	25	24
Harddrugs (speciaal)	13	13	14	14	15	16	15	14	13	11	11	10	10	8	8	9	10	10
Softdrugs (speciaal)	8	7	8	7	8	8	8	7	7	7	6	6	5	6	6	5	7	7

Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

Figuur 14.5.4 **6-Jarige recidive (algemene en speciale recidive), van harddrugs en softdrugsdelinquenten**



	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11
Harddrugs (algemeen)	53	55	57	58	56	54	53	50	52	51	51	49	48	46	45
Softdrugs (algemeen)	40	42	46	47	42	44	45	42	43	42	40	37	39	41	40
Harddrugs (speciaal)	22	23	25	24	24	25	23	21	21	18	18	17	18	16	16
Softdrugs (speciaal)	15	17	17	18	16	17	16	14	13	13	12	12	12	12	12

Bron: Recidivemonitor, bewerking WODC.

15. Criminaliteit en overlast door alcohol- en drugsgebruikers

15.1 Laatste feiten en trends	▶ pagina 444
15.2 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit	▶ pagina 444
15.3 Overlast die samenhangt met alcohol- of drugsgebruik	▶ pagina 451

15. Criminaliteit en overlast door alcohol- en drugsgebruikers

Inleiding

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 zogenaamde 'psychofarmacologische criminaliteit') en die worden begaan om geld (of drugs) te bemachtigen om het gebruik voort te kunnen zetten (de zogenaamde 'economisch-dwangmatige criminaliteit'). Daarnaast komt in dit hoofdstuk ook overlast van alcohol- en drugsgebruikers aan de orde.

Het Nederlandse beleid is erop gericht om problematische gebruikers die criminaliteit 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 (zie hoofdstuk 2).

De gegevens in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit registratiesystemen van verschillende diensten zoals de verslavingsreclassering, het NFI en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Verder wordt geput uit de Veiligheidsmonitor, onderzoek en jaarverslagen. Het beeld is fragmentarisch omdat de informatie belangrijke lacunes kent:

- De politie screent verdachten niet systematisch op middelengebruik. We weten dus niet hoeveel (problematische) gebruikers in totaal bij justitie binnenkomen en welke delicten ze plegen.
- Het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie, waarin kon worden aangegeven of een verdachte 'alcoholgebruiker' of 'drugsgebruiker' was, wordt sinds 2015 niet meer gebruikt door de politie. Het is niet mogelijk geweest om de overgang te maken naar gegevens uit een ander registratiesysteem.
- In het datasysteem van het Openbaar Ministerie is geen informatie te vinden over middelengebruik bij justitiabelen.
- Voor het bijhouden van gegevens over de instroom, doorstroom en uitstroom in de forensische zorg bestaat het IFZO (applicatie Informatievoorziening Forensische Zorg). Hierin worden echter (nog) niet alle gegevens goed bijgehouden (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016).
- Er wordt geen periodiek onderzoek gedaan naar (problematisch) middelengebruik in het strafrechtelijk systeem.

Paragraaf 15.1 geeft een overzicht van de laatste feiten en trends. Paragraaf 15.2 beschrijft wat bekend is over drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem en over de interventies. Paragraaf 15.3 gaat in op overlast.

15.1 Laatste feiten en trends

Criminaliteit en alcohol- en drugsgebruik

- De alcohol- en drugsgebruikers die als zodanig in het politiesysteem staan, plegen voornamelijk vermogensdelicten. Ook geweldsdelicten (tegen personen), openbare orde delicten en Opiumwetdelicten komen regelmatig voor (§ 15.2).
- In een representatieve steekproef van mannen die in 2017 gedetineerd zijn, kampt 11,8% met een ernstig alcoholprobleem. Een ernstig drugsprobleem wordt ervaren door 14,7% van de mannelijke gedetineerden. Bij 19% van de mannelijke gedetineerden is alcoholgebruik gerelateerd aan het delictgedrag, bij 24% van de gedetineerden is drugsgebruik gerelateerd aan het delictgedrag.
- Bij drugscontroles in de gevangenis is in 2016 in circa tien procent van de controles drugsgebruik door gedetineerden geconstateerd.
- Jaarlijks verwijst justitie circa 20.000 personen naar de verslavingsreclassering. In de periode juni 2014 t/m maart 2017 gebruikte het grootste deel van de cliënten met drugsproblematiek cannabis (62%). Daarna volgen cocaïne (44%) en amfetamines (18%). Van deze cliënten gebruikt 44% meerdere soorten drugs. (§ 15.2).
- Rijden onder invloed van alcohol is een veel voorkomend strafbaar feit maar het aantal verdenkingen van rijden onder invloed van alcohol neemt gestaag af. In 2017 werden er ruim 25.000 personen voor geverbaliseerd, in 2016 waren dat er nog ruim 26.000 en in 2015 ruim 27.000.
- Tussen 2006 en 2015 daalde het percentage autobestuurders dat te veel heeft gedronken in 2017 naar 1,4%. De dalende trend die sinds 2006 is ingezet, zet hiermee verder voort. Het aandeel zware alcoholovertreders (1,3‰ of meer) daalt van 0,3% in 2015 naar 0,1% in 2017.

Overlast

- Ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking heeft in 2016 wel eens overlast ervaren van drugshandel of drugsgebruik in de eigen buurt. Een minderheid (4%) ervaart hier veel overlast van. Deze cijfers verschillen nauwelijks van 2014 (§ 15.3).
- Rond 26% van de Nederlandse bevolking heeft in 2016 wel eens overlast ervaren van dronken mensen op straat; 3% heeft hier veel overlast van. Dit is niet veranderd ten opzichte van 2014 (§ 15.3).
- De overlast in relatie tot drugs en coffeeshops is afgenomen in vergelijking met 2015 en 2014.
- Coffeeshopoverlast (door klanten of niet-klanten) komt in 2016 in de meeste gemeenten niet of nauwelijks voor en is minder geworden vergeleken met 2015 en 2014. Gemeenten met veel tot ernstige overlast van coffeeshops zijn er in 2016 niet (§ 15.3).

15.2 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

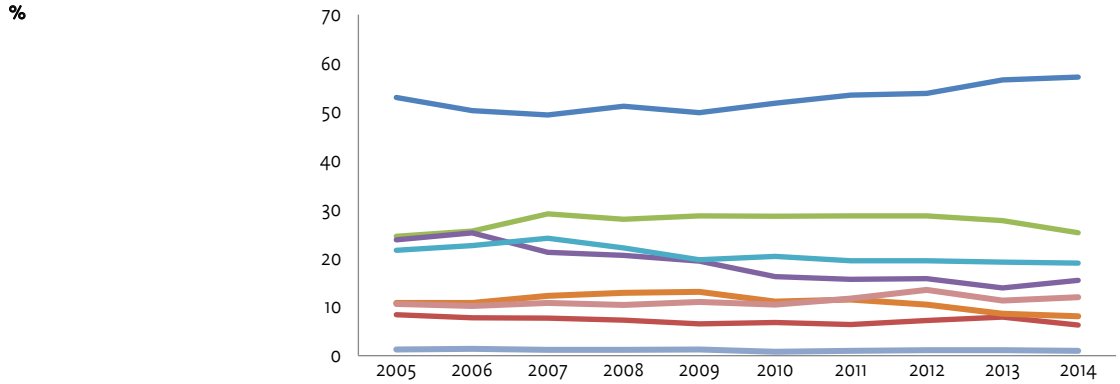
Alcohol- en drugsgebruikers bij de politie

In het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie kon tot 2015 worden aangegeven of een verdachte 'alcoholgebruiker' of 'drugsgebruiker' was. Deze classificatie – het gaat om een gevarenclassificatie – werd gebruikt als er aanwijzingen waren dat een verdachte door zijn of haar alcohol- of drugsgebruik een gevaar kon opleveren voor de verbalisant. Ook kon dit gebeuren op aangeven van de verdachte zelf, bijvoorbeeld als hij/zij zelf aangaf problemen te hebben met het gebruik van alcohol of drugs, of als hij/zij om methadon vroeg. De gegevens waren wel bruikbaar als indicatie voor kenmerken van de meer ernstige en herkenbare gebruikers die bij de politie binnenkomen.

In de edities van het Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM) tot 2015 is informatie over verdachten gehaald uit het HKS-systeem. Dit systeem wordt echter, zoals hiervoor al aangehaald, sinds 2015 niet meer gebruikt door de politie. In het andere politiesysteem, BVI, zijn vergelijkbare gegevens opgeslagen als in HKS. Het is vooralsnog echter niet haalbaar gebleken om de overgang te maken naar BVI. Er is daarom geen nieuwe informatie gebruikt over verdachten bij de politie. Het meest recente beeld is dat van 2014 (zie ook NDM Jaarbericht 2016, Van Laar et al., 2016).

- Ruim 1.500 verdachten stonden in 2014 geclassificeerd als 'alcoholgebruiker'. Het waren vooral mannen van gemiddeld 45 jaar met vaak meerdere criminele antecedenten. Ze werden vooral verdacht van vermogensmisdrijven (56%), geweld tegen personen (anders dan diefstal met geweld of afpersing, 30%) en vernieling of delicten tegen de openbare orde (26%). Dit verschilde in 2014 niet van voorgaande jaren.
- De groep verdachten met de classificatie 'drugsgebruiker' bestond in 2014 uit ruim 5.000 personen, eveneens merendeels mannen, van wie de meesten tien of meer criminele antecedenten hadden. De gemiddelde leeftijd was 43 jaar. Het totale aantal 'drugsgebruikende verdachten' daalde tussen 2005 en 2014.
- Veruit de meeste drugsgebruikende verdachten (63%) werden in 2014 geverbaliseerd voor vermogensmisdrijven, inclusief diefstal met geweld en afpersing. Verder maakten 25% van de verdachte drugsgebruikers zich schuldig aan 'overig geweld', 19% aan vernieling of openbare orde delicten en 15% aan overtreding van de Opiumwet (figuur 15.2.1).
- Tussen 2005 en 2014 daalde het aandeel 'drugsgebruikers' dat van een Opiumwetdelict werd verdacht.

Figuur 15.2.1 Type delict waarvan als 'drugsgebruiker' geclassificeerde personen bij de politie worden verdacht, 2005-2014[1]



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% Vermogensmisdrijven	53	50	49	51	50	52	54	54	57	57
% Diefstal geweld/afpersing	8	8	8	7	7	7	6	7	8	6
% Overig geweld	25	26	29	28	29	29	29	29	28	25
% Opiumwet	24	25	21	21	19	16	16	16	14	15
% Vernieling/openbare orde/gezag	22	23	24	22	20	20	20	20	19	19
% Verkeer	11	11	12	13	13	11	12	11	9	8
% Seksueel geweld	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
% Overige misdrijven	11	10	11	10	11	11	12	14	11	12

I. Meer dan een type delict mogelijk. Bron: HKS, Nationale Politie, extractie uit de WODC-datamart drugs WODC, 2015.

Verslavingsproblematiek onder gedetineerden

De Looff et al. (2018) rapporteren diagnoses van justitiabelen die veroordeeld zijn volgens het volwassenenstrafrecht die in 2017 in aanmerking komen voor forensische zorg (exclusief tbs-gestelden). Daarbij wordt 5.100 keer (circa 25%) 'aan een middel gebonden stoornissen' genoemd. Dit is de meest voorkomende problematiek. Dit aandeel is sinds 2012 vrij stabiel.

In een studie van de Universiteit Leiden (Den Bak, Popma, Nauta-Jansen, Nieuwbeerta, & Jansen, 2018) zijn psychosociale criminogene factoren van gedetineerde mannen in kaart gebracht. De studie gaat uit van een representatieve steekproef (n=2.079) van mannen die in de eerste helft van 2017 gedetineerd waren in Nederland. Daarbij is gebruikgemaakt van gegevens van de door de reclassering afgenomen 'RISc 4.0', een instrument dat zich richt op twaalf verschillende psychosociale domeinen die gerelateerd zijn aan het risico op recidive. Alcoholgebruik en drugsgebruik zijn twee van die twaalf domeinen. De RISc wordt ingevuld op basis van zowel zelfrapportage (interviews) als dossieranalyse.

- Van de mannelijke gedetineerden kampt 11,8% met een ernstig alcoholprobleem. Een ernstig drugsprobleem wordt ervaren door 14,7 % van de mannelijke gedetineerden (Den Bak et al., 2018).
- Van de mannelijke gedetineerden ervaart iets meer dan de helft (51,1%) geen enkel probleem met alcoholgebruik. Bijna de helft van de gedetineerden (46,5%) ervaart geen enkel problemen met het gebruik van drugs (Den Bak et al., 2018).
- Bij 19% van de gedetineerden is alcoholgebruik gerelateerd aan het delictgedrag. Bij 24% van de gedetineerden is drugsgebruik gerelateerd aan het delictgedrag (Den Bak et al., 2018).

Drugsgebruik in de gevangenis

In de gevangenis vinden urinecontroles plaats om het gebruik van drugs te testen. Die controles worden steekproefsgewijs verricht. Daarnaast wordt ook getest op drugs als er aanwijzingen zijn voor drugsgebruik of als bij gedetineerden eerder drugsgebruik is geconstateerd. Het betreft dus geen a-selecte steekproef.[1] In 2016 stuit men in circa 10% van de urinecontroles op drugsgebruik van gedetineerden. De jaren daarvoor lag dat percentage iets lager: in 2014 op 9% en in 2015 op 8%. In totaal is in 2016 circa 30 duizend keer vastgesteld dat sprake was van drugsgebruik in een gevangenis.

Geweld en het gebruik van alcohol en drugs

Alcoholgebruik verhoogt de kans op agressief gedrag: na het drinken van vijf glazen alcoholische drank is de kans verhoogd dat de drinker als dader of slachtoffer betrokken raakt bij een gewelddadig incident, zo komt naar voren in een overzichtsstudie van Van Amsterdam & Niesink (2017). Fors alcoholgebruik (intoxicatie) speelt een cruciale rol bij circa de helft van alle geweldsdelicten en speelt een rol bij veel gevallen van seksueel geweld. Anderzijds is het van belang te realiseren dat slechts een klein deel van de mensen die alcohol drinken, agressief wordt (Van Amsterdam & Niesink, 2017). Het gebruik van drugs kan de kans op agressief gedrag eveneens vergroten, zo blijkt uit een recente literatuurstudie van Ramaekers et al. (2016) (zie o.a. ook Van Amsterdam & Niesink, 2017). Uit de literatuurstudie van Ramaekers et al. (2016) komen de volgende bevindingen naar voren:

- 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. De effecten kunnen ook in verband worden gebracht met afgenomen gevoeligheid voor sociale signalen.

1 Op verzoek van persbureau ANP zijn de ruwe data hiervan voor de jaren 2014 tot en met 2016 vrijgegeven (o.a. gepubliceerd in Algemeen Dagblad, 20/07/2017).

- Een causaal verband is gevonden voor alcohol, opiaten en bepaalde synthetische stimulerende middelen, maar voor elk middel werkt het anders.
- Het aandeel van alcoholgerelateerd geweld in al het geweld in Nederland wordt geschat op 26%-43%. Geweldsdaders hebben relatief vaak alcohol gedronken (37%-78%).
- Bij opiaten maken vijandigheid en agressie onderdeel uit van de onthoudingsverschijnselen. Bepaalde NPS (synthetische stimulerende middelen) hebben een effect op agressief gedrag, maar het lijkt dan vaak te gaan om hogere doses van gebruik.
- Het verband met geweld is minder duidelijk voor hallucinogenen, (meth)amfetamine en cocaïne. Voor MDMA, cannabis en GHB is geen verband gevonden (zie ook Van Amsterdam & Niesink, 2017).
- De specifieke effecten zijn verschillend per individu en afhankelijk van de interactie tussen biologische en persoonlijke kenmerken van een individu en de omgeving.
- Op grenswaarden bestaat nog weinig empirisch gefundeerd zicht. Alleen bij alcohol kon een significante toename van agressie worden gemeten bij een dosering van 0,75 g/kg en hoger.

De Wet middelenonderzoek, die op 1 januari 2017 in werking is getreden, maakt het mogelijk om verdachten van geweldmisdrijven verplicht mee te laten werken aan een onderzoek naar het gebruik van alcohol en drugs. Vanaf 1 juli 2017 is deze bevoegdheid landelijk toegepast. In geval van een vermoeden van drugsgebruik bij geweldsincidenten kan de politie een speekseltest afnemen, waarna bij een positieve uitslag een bloedonderzoek volgt door het NFI ter verificatie (zie ook paragraaf 2.1.6.).

- In de tweede helft van 2017 - vanaf toepassing van de Wet middelenonderzoek - is 125 keer door het NFI een drugstest uitgevoerd voor geweldzaken. In de eerste helft van 2018 lag dat aantal op 136.

Rijden onder invloed

Alcohol beïnvloedt het rijgedrag negatief. Het besturen van een voertuig gaat minder goed, doordat de bestuurder meer gaat slingeren en de reactietijd toeneemt. Al vanaf 1 à 2 glazen alcohol is er een grotere kans op ongevallen (resultaten DRUID-project) (Hels et al., 2011). 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.

Rijden onder invloed van alcohol

Rijkswaterstaat Water, Verkeer en Leefomgeving (van het Ministerie van Infrastructuur en Milieu) laat periodiek (nu: tweejaarlijks) onderzoek uitvoeren naar rijden onder invloed van alcohol in Nederland. Het meest recente overzicht betreft de periode 2002-2017 (I & O Researh, 2018). In samenwerking met de politie zijn alcoholcontroles uitgevoerd verdeeld over 10 politieregio's. In 2017 zijn ruim 13.000 blaastesten afgenomen in een aselecte steekproef van automobilisten die op vrijdagnacht of zaterdagnacht tussen 22.00 en 4.00 uur aan het verkeer deelnamen (in 2013 waren het er ruim 15.000). Bij iedere automobilist is een verplichte blaastest afgenomen, en wanneer daarbij de alcohollimiet was overschreden, volgde een ademanalyse.

- Tussen 2006 en 2015 daalde het percentage bestuurders dat te veel heeft gedronken van 4,1% naar 1,7%. In 2015 bleef het gelijk aan 2013. Twee jaar later, in 2017, is het weer gedaald naar 1,4%. De dalende trend die sinds 2006 is ingezet, zet hiermee verder voort (I & O Researh, 2018).
- Het aandeel bestuurders dat niet of nauwelijks heeft gedronken (minder dan 0,2‰), stijgt licht, van 95,1% in 2015 naar 96,1% in 2017.
- Het aandeel zware alcoholovertreders (1,3‰ of meer) daalt van 0,3% in 2015 naar 0,1% in 2017.
- Mannen rijden vaker met te veel alcohol op dan vrouwen en overtreders vallen meestal in de leeftijdsgroep 35-49 jaar. In 2015 waren dit nog mannen tussen de 25 en 34 jaar, maar in 2017 is het aantal overtreders in deze leeftijdsgroep gedaald van 2,6% naar 1,6% (I & O Researh, 2018).

- Sinds 2015 zijn bestuurders op zaterdag vaker in overtreding dan op vrijdag. In 2017 zet deze trend door. Op zaterdag is 1,6% in overtreding (dat was 1,8%) en op vrijdag 1,2% (in 2015 was dat nog 1,5%).
- De meeste overtreders hebben in een horecagelegenheid gedronken (45% in 2017, dit was in 2015 nog 53%), gevolgd door drinken bij vrienden thuis. In 2017 valt op dat bestuurders vaker zeggen dat ze thuis hebben gedronken, van 9% in 2015 naar 13% in 2017.
- Naarmate de te rijden afstand tot de eindbestemming dichterbij ligt, wordt er meer gedronken. Onder bestuurders die maximaal 5 kilometer moeten rijden, is het aandeel overtreders 3,6%. Onder bestuurders die meer dan 50 kilometer rijden is het aandeel overtreders 1,3% (I & O Researh, 2018).
- De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) schat in dat in 2015 het aandeel ernstig gewonden in het verkeer dat is gerelateerd aan alcoholgebruik op 17% ligt. Dat is ongeveer even groot als het geschatte aandeel in 2013 (I & O Researh, 2018).

Verdenkingen van rijden onder invloed, maatregelen en straffen

Het aantal verdenkingen van rijden onder invloed van alcohol neemt af: in 2017 registreert de politie 25.390 keer een verdenking voor rijden onder invloed, in 2016 waren dat er nog 26.490 en in 2015 lag het aantal op 27.230 verdenkingen (statline.nl).
Bij rijden onder invloed volgt doorgaans zowel een strafrechtelijke als een bestuursrechtelijke reactie. De reactie is 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. Het aantal sancties dat de rechter oplegt voor rijden onder invloed, laat een dalende trend zien. In 2016 legde de rechter 13.735 sancties op voor rijden onder invloed. Een jaar eerder was dat nog ruim 17 duizend en tien jaar daarvoor, in 2006, lag dat aantal op ruim 40 duizend. In 2016 bestond de sanctie in ruim een derde van de gevallen uit een onvoorwaardelijke geldboete (36%). In 11% van de gevallen is (ook) een werkstraf opgelegd, terwijl in 5% van de gevallen een gevangenisstraf is opgelegd; in ongeveer de helft van de gevallen is die gevangenisstraf (gedeeltelijk) onvoorwaardelijk, in de andere helft van de gevallen betreft het een voorwaardelijke straf. Daarnaast is in 2016 in 40% van de gevallen een ontzegging van de rijbevoegdheid opgelegd, bijna even vaak een onvoorwaardelijke als een (gedeeltelijk) voorwaardelijke (statline.nl).

Bestuurlijke maatregelen voor rijden onder invloed worden door Het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) opgelegd.

- Bijna 10 duizend overtreders kregen in 2017 een (Lichte) Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer opgelegd door het CBR. Dat is minder dan in 2016, toen dat er nog ruim 10 duizend waren.
- Naast oplegging van een educatieve maatregel, kan het CBR het besluit nemen een onderzoek te starten naar de rijgeschiktheid van personen, bijvoorbeeld vanwege problematisch alcoholgebruik. Het aantal onderzoeken naar rijgeschiktheid vanwege alcoholmisbruik was in 2017 aanzienlijk lager dan in het jaar ervoor (het daalde van ruim 7.500 onderzoeken naar bijna 6.400 onderzoeken).

Rijden onder invloed van drugs

Er zijn geen recente cijfers over de omvang van rijden onder invloed van drugs. Door de nieuwe Wet middelengebruik, sinds 1 juli 2017 landelijk toegepast, is ook de mogelijkheid verbeterd om rijden onder invloed van drugs aan te pakken. Er zijn wettelijke limieten voor een aantal stoffen geïntroduceerd alsmede een bepaling die de politie de bevoegdheid geeft de speekseltest te gebruiken (Wegenverkeerswet art. 160 lid 5, onder c). Deze speeksteltest wordt gebruikt als voorselectiemiddel. Bij een positieve uitslag van de speekseltest, wordt bloed afgenomen en naar het NFI gestuurd ter verificatie (zie paragraaf 2.1.6. voor een uitvoerige beschrijving).

- Het aantal drugsonderzoeken dat vanwege rijden onder invloed door het NFI is uitgevoerd, is in 2017 sterk gestegen. In 2015 werden er 1.246 drugsonderzoeken uitgevoerd wegens rijden onder invloed, in 2016 ging het om 1.573 en in 2017 om 2.757 drugsonderzoeken. In 2018 is een deel van de drugsonderzoeken uitbesteed aan een laboratorium in het buitenland wegens capaciteitsgebrek bij het NFI.

Bij het schrijven van dit NDM-jaarverslag, is het nog niet mogelijk geweest te achterhalen hoeveel van deze onderzochte zaken positief zijn getest. Wel is bekend hoe vaak door het CBR een besluit is genomen om een onderzoek te starten naar de rijgeschiktheid van personen vanwege problematisch drugsgebruik. Zo'n onderzoek wordt alleen gestart als sprake is van een positieve testuitslag. Echter niet voor alle positief geteste personen wordt een rijvaardigheidsonderzoek gestart, dit gebeurt alleen als de politie nog andere kenmerken heeft genoteerd die erop wijzen of mogelijk sprake is van problematisch drugsgebruik.

- In 2017 heeft het CBR bijna 600 keer een besluit genomen om onderzoek te starten naar de rijgeschiktheid van personen wegens mogelijk problematisch drugsgebruik.

Activiteiten van de (verslavings-)reclassering

Voor problematische middelengebruikers in het strafrechtelijk systeem bestaan, naast straffen en maatregelen, verschillende interventies, zie § 2.4.2. In deze paragraaf wordt in gegaan op de (verslavings-) reclassering. Die voert door de hele strafrechtelijke keten heen activiteiten uit voor justitiabelen.
Er zijn in Nederland drie organisaties verantwoordelijk voor het uitvoeren van reclasseringsactiviteiten, dit zijn Reclassering Nederland (RN), Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) en het Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering (LJ&R). De Verslavingsreclassering is gespecialiseerd in cliënten met middelenproblematiek, verslaving en psychische problematiek. Om een brug te slaan tussen justitie en zorg, is de Verslavingsreclassering ingebed in de tien grote regionale GGZ-instellingen met een reclasseringserkenning.
De activiteiten van de reclassering zijn gericht op de afbouw van criminele carrières en re-integratie. De reclassering adviseert het Openbaar Ministerie, de rechtbank en de Dienst Justitiële Inrichtingen over welke straffen, maatregelen, bijzondere voorwaarden en interventies er nodig zijn om dit doel te bereiken. In 2017 bracht de reclassering 52.067 adviezen uit.
Daarnaast 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. Nagenoeg vergelijkbaar met 2016, stonden op het peilmoment in december 2017, ruim 22.000 cliënten onder toezicht van de reclassering. Een reclasseringstoezicht duurt meestal twee jaar, maar kan zowel positief als negatief voortijdig worden beëindigd. In totaal hebben ruim 33.000 cliënten op enig moment in 2017 onder toezicht gestaan. Verder begeleidt de reclassering cliënten bij het uitvoeren van een werkstraf en houdt zij toezicht op het verloop ervan. In 2017 werden ruim 32.000 werkstraffen uitgevoerd. Dit betreft zowel de voortijdig beëindigde als de volledig voltooide werkstraffen.

Om tijdens een reclasseringstoezicht te werken aan psychische- en middelengerelateerde problematiek leidt de reclassering cliënten toe naar de forensische zorg. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, welke onderdeel is 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 2017 werden door de reclassering ruim 19.500 toeleidingen naar de forensische zorg gedaan, dat is een toename ten opzichte van 2016 (ruim 17.700 toeleidingen). Dit betreffen toeleidingen naar klinische zorg, ambulante zorg en begeleid wonen. Welk percentage cliënten specifiek voor middelenproblematiek wordt behandeld, is door het diverse behandelaanbod van de instellingen niet goed te zeggen.

Gedragsinterventies van de reclassering

De reclasseringswerkers zetten hun kennis en kunde van de effecten van middelengebruik in om een gedragsverandering te realiseren. De Verslavingsreclassering biedt erkende justitiële gedragsinterventies op het gebied van middelengebruik aan.

- De training *Alcohol en Geweld* is gericht op de wisselwerking tussen agressie en alcohol. In 2017 heeft de reclassering 174 cliënten voor deze training aangemeld (in 2016 was dat 182 keer).
- Daarnaast wordt de *Leefstijltraining 24/7* aangeboden. Deze training helpt om meer grip op middelengebruik te krijgen door het doorbreken van bestaande denkpatronen en het aanleren van nieuwe, om zo een meer sociale leefstijl te bereiken, zonder justitie contacten. In 2017 zijn 636 cliënten aangemeld voor de Leefstijltraining 24/7 (in 2016 was dat 984 keer).

Cliëntpopulatie verslavingsreclassering

Jaarlijks verwijst justitie 20 duizend personen naar een van de 10 instellingen voor verslavingsreclassering (SVG).

- Uit cijfers over de cliëntpopulatie van de verslavingsreclassering blijkt dat bij 84% van de cliënten middelenproblematiek aanwezig is (de overige 16% van de cliënten van de verslavingsreclassering heeft psychische problematiek die niet gepaard gaat met verslaving). Van de cliënten met middelenproblematiek kampt 44% met ernstige drugs- en/of alcoholproblematiek.
- In de periode juni 2014 t/m maart 2017 gebruikte het grootste deel van de cliënten met drugsproblematiek cannabis (62%). Daarna volgen cocaïne (44%) en amfetamines (18%, onder amfetamine vallen ook middelen als methamfetamine en speed). Van deze cliënten gebruikt 44% meerdere soorten drugs.
- Andere bekende criminogene factoren bij cliënten van de verslavingsreclassering zijn schuldenproblematiek en huisvestingsproblemen. Ongeveer de helft van de cliënten van de Verslavingsreclassering heeft grote schulden. Een schuldenlast van 20.000 euro is eerder regel dan uitzondering. Uit data-analyses is gebleken dat 35,2% van de SVG-cliënten met matige tot ernstige huisvestingsproblematiek kampt.

Uit de beschikbare cijfers van het gevangeniswezen is op te maken dat in 2015 gemiddeld 192 bedden bezet waren in de Forensische Verslavingskliniek, de Forensische Verslavingsafdeling en de verslavingszorg. Dit zijn klinische plaatsingen. Hoeveel doorplaatsingen naar de ambulante verslavingszorg en naar voorzieningen voor beschermd wonen er waren voor de verslaafde doelgroep, is niet uit de cijfers af te leiden.

Inrichting voor Stelselmatige daders (ISD)

In 2017 hadden er gemiddeld 604 justitiabelen de verblijfstitel 'Inrichting stelselmatige daders' (ISD), waaronder zich veel verslaafden bevinden. Van deze groep nemen gemiddeld 229 mensen (38%) deel aan zorgtrajecten buiten de penitentiaire inrichting. (De gemiddeldes betreffen het gemiddelde van 12 ultimo maandstanden, informatie verstrekt door DJI, 2018.) Het komt echter vaak voor dat zorgtrajecten worden afgebroken en ISD'ers tijdelijk of definitief worden teruggeplaatst in een penitentiaire inrichting (o.a. Roorda & Buysse, 2016). Van de mensen die aan het einde van de ISD-maatregel in 2017 uitstroomden, is nog 49% in de zorg te vinden (informatie DJI, 2018).

15.3 Overlast die samenhangt met alcohol- of drugsgebruik

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, wier aanwezigheid als hinderlijk of onveilig wordt ervaren.

Overlast gerelateerd aan alcohol en drugs

Alcohol- en drugsgerelateerde overlast wordt gemeten in de Veiligheidsmonitor. Dit is een bevolkingsenquête waarin aan een omvangrijke groep respondenten (ingezetenen van Nederland van 15 jaar en ouder die in een privé-huishouden leven) onder andere wordt gevraagd of zij in hun buurt overlast ervaren van drugsgebruik of drugshandel of van dronken mensen op straat. Tot 2017 werd die meting jaarlijks verricht, vanaf 2019 zal de meting tweejaarlijks plaatsvinden (in 2018 heeft er geen meting plaatsgevonden over het jaar 2017). In 2016 waren gegevens afkomstig van bijna 81.000 personen (38,7% respons). Zij vulden de vragenlijst in hetzij via internet, hetzij schriftelijk. Sinds 2012 vallen drugsoverlast en openbare dronkenschap in de Veiligheidsmonitor onder de rubriek "sociale overlast". Die omvat vijf vormen van overlast: "dronken mensen op straat", "drugsgebruik of drugshandel, bijvoorbeeld op straat of in coffeeshops", "overlast door buurtbewoners", "mensen die op straat worden lastiggevallen" en "rondhangende jongeren". In 2012 zijn de opzet en de vragenlijst van de Veiligheidsmonitor herzien (CBS, 2013). De cijfers vanaf 2012 zijn door de veranderingen in meetmethode niet vergelijkbaar met eerdere cijfers. Tabel 15.3.1 geeft de landelijke cijfers voor de periode 2012-2016 (CBS, 2017).

- Van drugshandel of drugsgebruik en dronken mensen op straat geeft 23,8% en 26,0% van de respondenten aan dat dit wel eens voorkomt in de eigen buurt. Dit 'wel eens overlast ervaren' is in geringe mate gedaald ten opzichte van 2015.
- In 2016 heeft 3,5% en 2,7% veel overlast ervaren van drugsgebruik of drugshandel of dronken mensen op straat. Er zijn geen significante veranderingen ten opzichte van 2015. Wel is het percentage mensen dat veel overlast heeft van dronken mensen op straat in 2015 significant gedaald ten opzichte van 2012.
- Het grootste overlastprobleem in de sociale sfeer in 2016 (en ook in de jaren daarvoor) zijn rondhangende jongeren. Rond 37% geeft aan dat dit wel eens voorkomt in de buurt; 5% ervaart hier veel overlast van. Daarna volgt overlast door buurtbewoners, die door 29% van de respondenten wel eens wordt ervaren. Alcohol- en drugsgerelateerde overlast volgen daarna.

Tabel 15.3.1 Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat 'wel eens' of 'veel' alcohol- of drugsgerelateerde overlast in de eigen buurt ervaart. Peiljaren 2012-2016

	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
Overlast van drugsgebruik of drugshandel komt wel eens voor	24,1	24,0	24,4	24,5	23,8
Veel overlast van drugsgebruik of drugshandel	3,7	3,8	3,5	3,6	3,5
Overlast van dronken mensen op straat komt wel eens voor	27,2	26,9	26,6	26,5	26,0
Veel overlast van dronken mensen op straat	3,1	3,1	2,7	2,7	2,7

Bron: Veiligheidsmonitor, CBS, 2017.

Alcohol- en drugsgerelateerde overlast is ook onderzocht in 31 coffeeshopgemeenten (Mennes, Snippe, Sijtstra, & Bieleman, 2017b).

Er zijn over 2014, 2015 en 2016 cijfers verzameld uit de registraties van de politie.

- Er zijn in 2016 bijna 30.000 overlastincidenten geregistreerd die te maken hebben met alcohol of drugs, bijna 2.400 meer dan in 2015; in 2015 waren het er 1.300 meer dan in 2014. Het aantal incidenten per 10.000 inwoners voor heel Nederland is in 2016 17,3. Ook dat is toegenomen ten opzichte van 2015 en 2014.
- Limburg is ook in 2016 (net als in 2015 en 2014) de onderzoeksregio[2] met de meeste aan alcohol en/of drugs gerelateerde overlastincidenten. Het aantal is nagenoeg gelijk gebleven aan dat in 2016. De tweede regio is Noord-Nederland, zowel in 2016, 2015 als 2014. In de regio's Limburg en Noord-Holland is het aantal incidenten nagenoeg hetzelfde gebleven, terwijl het in de overige regio's is toegenomen. In de grensgemeenten in Oost-Nederland en in Midden-Nederland is de meest duidelijke stijging. De stijging in Noord-Nederland, die in 2015 begon, lijkt zich door te zetten. Amsterdam scoort alle drie de jaren het laagste aantal geregistreerde incidenten.

Hard- en softdrugsoverlast en overlast rond coffeeshops

In het hierboven genoemde onderzoek is ook de specifieke overlast in relatie tot drugs en coffeeshops in kaart gebracht (Mennes et al., 2017b). Er zijn cijfers verzameld uit de registraties van de politie en bij lokale experts in 31 coffeeshopgemeenten. Verder is aanvullend veldwerk verricht in 5 van de 31 gemeenten (Mennes, Snippe, Sijtstra, & Bieleman, 2017a). De onderzoeken maken deel uit van een driejarige monitor. Hieronder staan de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek naar 31 coffeeshopgemeenten (Mennes et al., 2017b):

- De overlast is in 2016 afgenomen in vergelijking met 2015 en 2014. De politie registreerde in 2016 ruim 4.400 softdrugsincidenten, in 2015 waren dat er ruim 4.700, in 2014 ruim 5.600. In 2016 ligt het aantal softdrugsincidenten per 10.000 inwoners voor heel Nederland op 2,6. Dat is iets minder dan in 2015, toen het 2,8 was, en lager dan in 2014, toen dit 3,4 bedroeg. De afname geldt voor alle onderzoeksregio's.

2 De analyse op regionaal niveau is gedaan voor 11 onderzoeksregio's; voor het samenstellen ervan is aangesloten bij regionale politie eenheden en arrondissementsparketten.

- Het aantal geregistreerde harddrugsincidenten is tussen 2015 en 2016 wederom licht gedaald, van ruim 8.400 in 2015 naar ruim 8.100 in 2016. In 2014 ging het om bijna 8.600 harddrugsincidenten. In heel Nederland zijn per 10.000 inwoners respectievelijk 4,8, 5 en 5,1 harddrugsincidenten geregistreerd in respectievelijk 2016, 2015 en 2014.
- Het Openbaar Ministerie registreerde in 2016 bijna 4.700 feiten die te relateren zijn aan softdrugs (exclusief hennepteelt). Het aantal is hoger dan in 2015 (ruim 4.100) en vrijwel gelijk aan dat in 2014.
- De overlast van coffeeshops is volgens experts verminderd. In 27 (van de 31 onderzochte) gemeenten is in 2016 geen of weinig overlast van coffeeshops (in 2015 waren dat 21 gemeenten). Gemeenten met veel tot ernstige overlast van coffeeshops zijn er in 2016 niet: experts in vier gemeenten beoordelen de overlast in hun gemeente als 'matig'.

In de verdiepende studie volgend op de derde meting (over 2016) (Mennes et al., 2017a) die in vijf grensgemeenten gedaan is, komt het volgende naar voren: [3]

- Overlast lijkt onderdeel te zijn van een breder geheel. Overlast wordt veroorzaakt door druk verkeer en parkeerproblemen; er kan sprake zijn van geluidsoverlast en afval op straat.
- Er zijn onveiligheidsgevoelens door de (vermeende) aanwezigheid van drugsrunners en straatdealers. Deze lijken hun werkwijze te hebben aangepast, zijn voorzichtiger geworden, wellicht ook als reactie op gerichte politie-acties.
- Coffeeshopeigenaren kunnen zelf bijdragen aan het beperken van de overlast en het beheersbaar houden van de situatie rondom de coffeeshop, door goed contact te houden met de sociale omgeving (lokaal bekeken).
- In alle 7 hotspots was sprake van illegale handel in drugs; in hotspots in twee gemeenten was sprake van zichtbare straathandel.

In de monitorstudie naar 31 coffeeshopgemeenten (Mennes et al., 2017b) is ook de toestroom van toerisme onderzocht die gerelateerd is aan coffeeshops en softdrugs. Er is gekeken naar 'coffeeshoptoerisme', dat wil zeggen het kopen van softdrugs in coffeeshops door niet-ingezetenen van Nederland en naar 'softdrugstoerisme', dat wil zeggen het kopen van softdrugs buiten de coffeeshops door niet-ingezetenen van Nederland.

- Het aantal gemeenten waarin sprake is van coffeeshoptoerisme is gedaald: van 18 in 2015 naar 13 in 2016. In vijf gemeenten is sprake van een aantal coffeeshoptoeristen, in acht gemeenten komen (zeer) veel coffeeshoptoeristen. Deze toeristen komen vooral naar gemeenten in het oosten en zuiden van het land die langs de grens liggen.
- In vijf gemeenten wordt een (sterke) toename gesignaleerd van coffeeshoptoerisme en komen er in 2016 (zeer) veel coffeeshoptoeristen. In deze gemeenten werd het I-criterium in 2016 niet gehandhaafd. Voor twee gemeenten geldt dat de aanvankelijke handhaving vanwege de toegenomen straathandel en overlast is opgeschort.
- Softdrugtoerisme komt volgens experts in minder gemeenten voor dan coffeeshoptoerisme. In 2016 komt het in zes gemeenten voor. In drie gemeenten (waaronder Amsterdam) weten experts niet of er softdrugstoerisme voorkomt. In gemeenten waar sprake is van softdrugtoerisme gaat het vooral om Belgen en Duitsers en, in een enkele gemeente, Fransen. In 17 van de 31 gemeenten is in 2016 ten opzichte van 2015 geen verandering in het softdrugtoerisme gekomen. In 8 gemeenten is het afgenomen, van een aantal in 2015 tot niet of nauwelijks in 2016. In drie gemeenten is het toegenomen: in één gemeente tot (zeer) veel, en in twee gemeenten tot een aantal softdrugtoeristen. In de overige drie gemeenten is er geen beeld over.

3 De onderzoeksuitkomsten zijn niet representatief voor alle gemeenten, omdat deze vijf gemeenten juist geselecteerd zijn op een aantal problemen, namelijk softdrugtoerisme (verkoop van cannabis aan niet-ingezetenen buiten de coffeeshop). straathandel en overlast. Zij geven wel een beeld van de plaatselijke problemen en aanpak.

16. Bijlagen

A	16.1 Bijlage A Verklaring van begrippen	▶ pagina 455
B	16.2 Bijlage B Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes	▶ pagina 466
C	16.3 Bijlage C Drugsgebruik in enkele 'nieuwe' EU-lidstaten	▶ pagina 469
D	16.4 Bijlage D Bronbestanden	▶ pagina 470
E	16.5 Bijlage E Lijst van afkortingen	▶ pagina 485
F	16.6 Bijlage F Verklaring van tekens	▶ pagina 492

16. Bijlagen

A 16.1 Bijlage A Verklaring van begrippen

Deze bijlage bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden begrippen verklaard op het terrein van middelengebruik en verslaving. In het tweede deel worden begrippen verklaard op het terrein van de drugscriminaliteit.

I. Middelengebruik en verslaving

Afhankelijkheid
Zie: verslaving.

Afteren
Zie: afterfeest.

Afterfeest
Voortgezet feest bij iemand thuis waarbij een feestganger gaat 'afteren', c.q. verder feesten na afloop van het officiële feest, waarbij het al vroeg in de morgen kan zijn.

Agendahedonist
Planmatige drugsgebruiker die het drugsgebruik goed regelt door bijvoorbeeld door de week te werken, te studeren te sporten en gezond te eten, en alleen in het weekend drugs te gebruiken. Dit patroon van zelfregulering past binnen de normalisering van het drugsgebruik. In kringen van politie en justitie spreekt men in meer kritische zin ook wel van "yogasnuivers" (Kooyman, 2018; 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 (Botticelli, 2017; Kelly, Saitz, & Wakeman, 2016; Perlman & Jordan, 2017; Saitz, 2017). In dit Jaarbericht is er steeds naar gestreefd om respectvol taalgebruik te hanteren.

Ambulante verslavingszorg
Verslavingszorg waarbij de cliënt niet wordt opgenomen in een instelling. Bij intramurale verslavingszorg wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling. Zie ook: intramurale verslavingszorg.

Autochtoon
Volgens het Ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit Jaarbericht (tenzij anders aangegeven): "autochtoon" is een persoon die in Nederland is geboren én wiens beide ouders in Nederland zijn geboren. Zie ook: migratieachtergrond.

95% Betrouwbaarheidsinterval
Een betrouwbaarheidsinterval geeft een ondergrens en een bovengrens waartussen de werkelijke waarde met een zeer grote waarschijnlijkheid zal liggen. Vaak wordt 95% gekozen als waarde voor die

waarschijnlijkheid. Het 95% betrouwbaarheidsinterval zegt dus iets over de precisie van de schatting. Hoe kleiner hoe zuiverder.

Blurring
Blurring is het verspreiden van alcohol bij niet-horecagelegenheden. Er ontstaan daarbij mengvormen tussen de detailhandel en de horeca, waarbij het onderscheid tussen de detailhandel en de horeca vervaagt. Een voorbeeld van blurring is het schenken van alcohol in levensmiddelenwinkels.

Buprenorfine
Net als methadon is buprenorfine een vervangingsmiddel voor heroïne en wordt het als medicijn gebruikt voor de behandeling van heroïneverslaving. Vergeleken met methadon heeft buprenorfine als voordeel dat er minder risico's zijn verbonden aan een overdosis, er minder ontwenningsverschijnselen zijn na het stoppen met gebruik, en het risico op misbruik en verslaving lager is.

Chinezen
Het roken van heroïne vanaf aluminiumfolie.

Cliënt LADIS
Cliënt van de verslavingszorg waarvan enkele gegevens over diens achtergrond, hulpvraag en ontvangen hulp anoniem staan geregistreerd in het LADIS, het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Cliënten staan ingeschreven bij de verslavingszorg voor vele vormen van hulp variërend van een therapeutische behandeling tot hulp in de vorm van schuldsanering, methadonbehandeling, reclassering, of gecontroleerde toegang tot een gebruikersruimte. Cliënten die na enige tijd geen gebruik meer maken van de hulpverlening tellen niet meer mee met het aantal cliënten. Binnen het LADIS wordt gecorrigeerd op dubbeltellingen. Dezelfde persoon telt maar één keer mee bij de bepaling van het aantal cliënten.

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).

Dagopname
Opname in een ziekenhuis voor maximaal één dag waarbij de patiënt niet overnacht in het ziekenhuis. Zie ook: klinische opname.

Designerdrugs
De term 'designerdrugs' stamt uit de jaren tachtig om gesynthetiseerde stoffen aan te duiden die de effecten van gecontroleerde drugs nabootsten. De chemische structuur was een beetje veranderd om (internationale) wetgeving te omzeilen. De bredere term 'legal high' wordt op eenzelfde manier gebruikt, maar kan ook op plantaardige stoffen duiden. 'Legal' is daarbij misleidend omdat het een vorm van schijnveiligheid suggereert en deze producten daarnaast soms toch stoffen bevatten die onder de drugs- of andere wetgeving vallen. Andere termen worden gebruikt om regels voor etikettering te omzeilen. De geneesmiddelen-, voedsel- en warenwetgeving vereist namelijk dat producten zijn voorzien van een etiket waarop de gebruikswijze en (gezondheids)risico's staan. Om voor te wenden dat stoffen niet voor consumptie bedoeld zijn worden namen gebruikt als 'research chemical', 'room odorizer', 'car perfume',

'badzout' of 'plantenvoeding'. In plaats van 'designerdrugs' wordt tegenwoordig doorgaans gesproken van 'Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)'. Zie ook: Meldpunt Nieuwe Drugs.

Drugsgerelateerde sterfte
Bij de sterfte gerelateerd aan drugsgebruik wordt doorgaans een onderscheid gemaakt tussen de 'directe sterfte' en de 'indirecte sterfte'. Binnen de directe sterfte wordt er weer een onderscheid gemaakt tussen de acute sterfte en de sterfte op de meer langere termijn ten gevolge van ziektes door het gebruik van een middel. De acute sterfte is de sterfte door het binnen krijgen van een dodelijke hoeveelheid drugs, ook wel 'overdosis', of 'vergiftiging' genoemd. Een fatale vergiftiging kan per ongeluk zijn ontstaan (accidenteel), of met opzet (intentioneel). Het op de langere termijn overlijden aan bijvoorbeeld een hart- of leverziekte die werd veroorzaakt door het gebruik van alcohol of drugs, valt 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.
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. De drugs zijn dan een 'contributieve factor' bij het overlijden. De 'directe sterfte' wordt ook wel de 'primaire sterfte' genoemd en de 'indirecte sterfte' wordt ook wel de 'secundaire sterfte' genoemd. Overigens wordt in verschillende publicaties het onderscheid tussen de directe en de indirecte sterfte niet steeds op dezelfde manier gemaakt.

DSM
DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De DSM is een handleiding om te bepalen welke psychische stoornis iemand heeft. Een stoornis in het gebruik van een middel is volgens de DSM één van de psychische stoornissen. De DSM-III-r is de derde gewijzigde (revised) versie, DSM-IV is de vierde versie, en DSM-5 is de vijfde versie. In de DSM-5 zijn middelenafhankelijkheid (verslaving) en middelenmisbruik samengevoegd tot één nieuwe "stoornis in het gebruik van een middel" (Sigling, 2016). Zie ook: ICD, misbruik, verslaving, en problematisch gebruik.

Gebruik
Het gebruik van een middel ooit in het leven (ooitgebruik), in het afgelopen jaar (laatste-jaar-gebruik), of in de afgelopen maand (laatste-maand-gebruik). Laatste-maand-gebruikers tellen automatisch mee met de laatste-jaar-gebruikers, die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers.

Gemakszaken
Zie: tabaks- en gemakszaken.

Hallucinatie
Gewaarwording (zien, horen, of voelen) die iemand heeft, maar die andere mensen niet hebben. Hallucinaties kunnen een symptoom zijn van een psychische stoornis, maar worden door sommige mensen bewust opgeroepen via hallucinogenen. Zie ook: hallucinogenen, psychose.

Hallucinogenen
Middelen die hallucinaties oproepen zoals paddo's en LSD. Ook wel psychodysleptica genoemd. Ook cannabis kan soms hallucinaties veroorzaken. Zie ook: hallucinatie.

Harddrugs
Drugs op lijst I van de Opiumwet. Deze drugs vormen een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tot de harddrugs horen bijvoorbeeld ecstasy, heroïne, cocaïne, crack, amfetamine, en GHB. Zie ook: middel, softdrugs.

Hepatitis
Een besmettelijke ziekte waarbij de lever wordt aangetast door het hepatitis virus. Het hepatitis virus komt voor in verschillende vormen: onder andere het hepatitis A, het hepatitis B (HBV), en het hepatitis C (HCV) virus.

Hoofddiagnose
De belangrijkste ziekte waarvoor iemand in het ziekenhuis wordt opgenomen. Zie ook: nevendiagnose.

ICD
International Classification of Diseases. De ICD is het diagnostisch classificatiesysteem van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) voor lichamelijke ziektes, ongevallen, en psychische stoornissen. Ook doodsoorzaken worden in ICD-codes geregistreerd. De ICD-9 is de negende en de ICD-10 is de tiende versie. Zie ook: DSM, bijlage B.

Incident
Een drugsgerelateerde acute stoornis waarvoor medische hulp wordt gezocht. Hieronder vallen zowel de lichamelijke en psychische effecten van intoxicaties, inclusief acute onthoudingsverschijnselen, als trauma's zoals ongevallen, suïcides en mishandeling die plaatsvinden terwijl het slachtoffer onder invloed van een "drug" is. Een verband met drugsgebruik wordt vermoed op basis van het klinisch beeld en de anamnese, bij de patiënt zelf of diens omgeving. Meestal vindt geen verificatie plaats door analyse van bloed of urine. Onderrapportage, door het niet herkennen van signalen van drugs- (of alcohol) gebruik, kan voorkomen.

Intramurale verslavingszorg
Verslavingszorg waarbij de cliënt wordt opgenomen in een instelling. Zie ook: ambulante verslavingszorg.

Klinische opname
Opname in een ziekenhuis waarbij de patiënt één of meer nachten in het ziekenhuis verblijft. Zie ook: dagopname.

Laatste-jaar-gebruik
Het gebruik van een middel in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. Laatste-jaar-gebruikers tellen automatisch mee met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven). Zie ook: laatste-maand-gebruik, ooitgebruik.

Laatste-maand-gebruik
Het gebruik van een middel in de afgelopen maand, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Laatste-maand-gebruikers tellen automatisch mee met de laatste-jaar-gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar), die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven). Zie ook: laatste-jaar-gebruik, ooitgebruik.

Meldpunt Nieuwe Drugs (MND)
Het Meldpunt Nieuwe Drugs (MND) combineert gegevens over Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) uit het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) met gegevens van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) en het Douane Laboratorium, om het voorkomen van NPS in Nederland in kaart te brengen. Het MND rapporteert direct aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zie ook: designerdrugs.

Middel
Een stof met een psychoactieve werking, dat wil zeggen een stof die de gemoedstoestand verandert, de mate van actief of ontspannen zijn verandert, of een stof die de manier van denken, waarnemen

en beleven verandert. Het effect dat een middel in de praktijk heeft, wordt niet alleen bepaald door de chemische samenstelling van dat middel, maar wordt ook in sterke mate bepaald door de gemoedstoestand en de persoonlijkheid van de gebruiker en door de situatie waarin het gebruik plaatsvindt. Middelen die een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid met zich meebrengen worden aangeduid als 'harddrugs' en staan op lijst I van de Opiumwet. Harddrugs zijn bijvoorbeeld 'ecstasy', 'cocaïne', 'GHB', en 'heroïne'. De andere illegale middelen, naast de harddrugs, staan op lijst II van de Opiumwet. Dit zijn middelen als 'cannabis', 'paddo's', 'qat' en 'slaap- en kalmeringsmiddelen'. De import, export, productie, teelt, het aanwezig hebben van en de handel in middelen op de Opiumwet zijn 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 (Botticelli, 2017; Kelly et al., 2016; Perlman & Jordan, 2017; Saitz, 2017). In dit Jaarbericht is er steeds naar gestreefd om respectvol taalgebruik te hanteren.

Migratieachtergrond, buitenlands

Door verschillen in definities zijn cijfers over inwoners met een migratieachtergrond niet altijd met elkaar vergelijkbaar. Enkele definities zijn:

- Volgens het Ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit Jaarbericht (tenzij anders aangegeven): een inwoner met een "migratieachtergrond" is een inwoner van Nederland die in het buitenland is geboren, of een inwoner van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren.
- Volgens het CBS is migratieachtergrond een kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf. Een persoon heeft een westerse achtergrond als hij, zij of één van de ouders in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika of Oceanië is geboren. Ook Indonesië en Japan worden tot de westerse landen gerekend. Als een persoon of één van de ouders in een ander land is geboren, heeft deze persoon volgens de definitie van het CBS een niet-westerse migratieachtergrond.
- Volgens de GGD Amsterdam: "buitenlander" is een inwoner die zelf in het buitenland is geboren. Volgens het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) was een cliënt met een "migratieachtergrond" oorspronkelijk gespecificeerd als een cliënt in de verslavingszorg die volgens de eigen beleving een culturele herkomst heeft van buiten Nederland. Sinds 2007 volgt LADIS de hierboven genoemde definitie van het CBS.

Misbruik

Misbruik was oorspronkelijk een vorm van problematisch gebruik van een middel waarbij (nog) geen sprake was van verslaving. Misbruik werd vastgesteld via diagnostische classificatiesystemen zoals oudere versies van de DSM en de ICD. Kenmerken van misbruik waren: verplichtingen thuis, op school, of op het werk niet nakomen, gebruik in gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld autorijden onder invloed), in aanraking komen met justitie en doorgaan met het gebruik ondanks de problemen die daardoor ontstaan. In de nieuwe versie van de DSM, de DSM-5, zijn misbruik en verslaving samengevoegd tot één nieuwe "stoornis in het gebruik van een middel"(Sigling, 2016). Zie ook: DSM, problematisch gebruik, verslaving. In de internationale vakliteratuur is er momenteel een discussie gaande over wat respectvol taalgebruik is in het spreken over mensen die middelen gebruiken en daarbij in de problemen kunnen komen (Botticelli, 2017; Kelly et al., 2016; Perlman & Jordan, 2017; Saitz, 2017). In dit Jaarbericht is er steeds naar gestreefd om respectvol taalgebruik te hanteren.

Nederwiet
Wiet (een cannabisproduct) die in Nederland wordt geproduceerd.

Nevendiagnose
Een aanvullende of onderliggende ziekte waarvoor iemand, naast de belangrijkste ziekte (de hoofddiagnose), in het ziekenhuis wordt opgenomen. Zie ook: hoofddiagnose.

Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)
Zie: designerdrugs.

Ooitgebruik
Het gebruik van een middel ooit in het leven, ongeacht de frequentie (van éénmalig tot binnen een bepaalde periode dagelijks). Het ooitgebruik zegt nog niets over het gebruik in het afgelopen jaar of in de afgelopen maand. Iemand die al lang geleden eens met een middel experimenteerde dat voor de toenmalige generatie populair was, blijft de rest van zijn of haar leven meetellen met de ooitgebruikers. Zie ook: laatste-jaar-gebruik, laatste-maand-gebruik.

Partydrugs
Drugs die door sommige feestgangers worden gebruikt op feesten, zoals ecstasy, amfetamine, cannabis, GHB, en LSD.

Polydrugsgebruik
Het gebruik van meerdere drugs door elkaar, bijvoorbeeld heroïne en cocaïne.

Primair probleem
Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het primaire probleem het middel dat de grootste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het secundaire probleem. Zie ook: secundair probleem.

Primaire doodsoorzaak
De directe oorzaak van iemands overlijden. Overlijdt iemand direct door een overdosis drugs, dan is dat de primaire doodsoorzaak. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond onder de invloed van een drug, dan is het ongeval de primaire doodsoorzaak. De drug is dan een secundaire doodsoorzaak. Zie ook: drugsgerelateerde sterfte, secundaire doodsoorzaak.

Problematisch gebruik
Het gebruik van een middel op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan, of op zo'n manier dat maatschappelijke overlast ontstaat. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving. "Misbruik" is een vorm van problematisch gebruik waarbij nog geen sprake is van verslaving. In de internationale vakliteratuur is er momenteel een discussie gaande over wat respectvol taalgebruik is in het spreken over mensen die middelen gebruiken en daarbij in de problemen kunnen komen (Botticelli, 2017; Kelly et al., 2016; Perlman & Jordan, 2017; Saitz, 2017). In dit Jaarbericht is er steeds naar gestreefd om respectvol taalgebruik te hanteren. Zie ook: DSM, misbruik, verslaving.

Psychose
Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Duurt de stoornis niet langer dan één maand, dan spreekt men van een kortdurende psychotische stoornis. Zie ook: hallucinatie, schizofrenie.

Recreatief gebruik
Gebruik van een middel (doorgaans in de vrije tijd) waarbij van het middel wordt genoten zonder dat er sprake is van problematisch gebruik (misbruik of verslaving). Zie ook: DSM, misbruik, problematisch gebruik, verslaving.

Schizofrenie
Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Door de stoornis functioneert men slechter op school, werk en in het gezin. Men spreekt pas van schizofrenie als de stoornis minimaal zes maanden duurt. Zie ook: psychose.

Secundair probleem
Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het secundaire probleem het middel dat relatief de minste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het primaire probleem. In dit Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM) worden bij de gegevens uit de verslavingszorg, naast de gegevens over het primaire probleem, alleen gegevens vermeld over het eerste secundaire probleem. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) bevat bovendien gegevens over de tweede secundaire problemen. Zie ook: primair probleem.

Secundaire doodsoorzaak
Een oorzaak die indirect heeft bijgedragen aan het overlijden. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond terwijl hij/zij onder de invloed was van een drug, dan is de drug een secundaire doodsoorzaak. Zie ook: drugsgerelateerde sterfte, primaire doodsoorzaak.

Softdrugs
Drugs op lijst II van de Opiumwet. Op lijst I staan de drugs die een onaanvaardbaar risico vormen voor de volksgezondheid en op lijst II staan de overige drugs. Tot de softdrugs behoren bijvoorbeeld cannabis, paddo's en qat. Zie ook: middel, harddrugs.

Speciaal onderwijs
Onderwijs aan kinderen die extra begeleiding ontvangen op een Regionaal Expertise Centrum (REC), in het praktijkonderwijs (pro), of in het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo). Er bestaat ook speciaal basisonderwijs (SBO), waar de groepen kleiner zijn, er minder prikkels zijn en er meer mogelijkheden zijn tot individuele begeleiding.

Startleeftijd
Leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt. De startleeftijd kan worden bepaald voor de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven), de laatste-jaar-gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar), en de laatste-maand-gebruikers (gebruik in de afgelopen maand). Ook kan de startleeftijd worden bepaald voor verschillende leeftijdsgroepen. De startleeftijd hangt af van de groep waarvoor deze wordt berekend. Zo lag in 2016 voor de ooitgebruikers van cannabis de startleeftijd in de leeftijdsgroep van 18-24 jaar op gemiddeld 16,7 jaar en in de leeftijdsgroep van 18+ op gemiddeld 18,6 jaar (LSM-A). De gemiddelde startleeftijd kan in een jonge leeftijdsgroep lager zijn dan in een brede leeftijdsgroep doordat eventuele 'late starters' van een middel niet worden meegenomen in de berekeningen. Op hogere leeftijd kunnen echter vertekeningen optreden in de herinnering van de leeftijd waarop men voor het eerst een middel gebruikte. Gegevens over startleeftijd moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Stoornis in het gebruik van een middel
Zie: DSM.

Tabaks- en gemakszaken
Winkels waarin doorgaans producten worden verkocht zoals tabaksproducten (sigaretten, sigaren, shag), rokersbenodigdheden (pijpen, aanstekers), tijdschriften, kranten, wenskaarten, snacks, zoetwaren, en loten (staatsloten, lottoformulieren, krasloten).

THC
Tetrahydrocannabinol, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis.

Verslaving
Problematisch gebruik van een middel waarbij sprake is van afhankelijkheid. Doorgaans verstaat dit Jaarbericht onder "verslaving" de 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 (Botticelli, 2017; Kelly et al., 2016; Perlman & Jordan, 2017; Saitz, 2017). 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.

Yogasnuiver
Zie: agendahedonist.

II. Drugscriminaliteit[1]

Afdoening door de rechter
Eindbeslissing, door schuldigverklaring, vrijspraak, ontslag van alle rechtsvervolging of een van de overige einduitspraken.

Afdoening door Openbaar Ministerie
Eindbeslissing over een bij het parket ingeschreven proces-verbaal door sepot, voeging ad informandum, voeging ter berechting, transactie of overdracht aan een ander parket, strafbeschikking.

Antecedent
Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van één of meer misdrijven is opgemaakt.

1 Bron van begrippenlijst: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2003; Bewerking WODC.

Beleidssepot
Beslissing van het Openbaar Ministerie waarbij het afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit op grond van het algemeen belang. Zie ook: sepot.

Dagvaarding
Officieel geschrift dat iemand oproept op een bepaalde tijd voor de rechter te verschijnen in verband met de vervolging van een aan de opgeroepene ten laste gelegd strafbaar feit (strafprocesrecht).

Eerste aanleg, (in -)
Primaire rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.

Gevangenisstraf
Vrijheidsstraf, levenslang of tijdelijk met een strafduur van ten hoogste dertig jaar, in de regel ondergaan in een gevangenis. Zie ook: hechtenis.

Gewone strafzaak rechtbanken
Strafzaak die in eerste aanleg tot de competentie van de rechtbank behoort, met uitzondering van fiscale en economische delicten.

Hechtenis
Principale - : vrijheidsstraf met een strafduur van maximaal 1 jaar en 4 maanden, van lichtere aard dan gevangenisstraf en in de regel ondergaan in een huis van bewaring.
Subsidiaire - : vrijheidsstraf vanwege niet of niet volledige betaling van geldboete of het niet uitvoeren van een opgelegde taakstraf.

Inverzekeringstelling
Vrijheidsbeneming gedurende ten hoogste vier dagen op bevel van de (hulp-)officier van justitie, wanneer de tijd dat een verdachte voor verhoor mag worden opgehouden (zes uur) niet voldoende is.

Meerderjarige verdachte
Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit 18 jaar of ouder is.

Minderjarige verdachte
Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit jonger is dan 18 jaar. Afhandeling van (jeugd)zaken van eenvoudige aard gebeurt veelal via Halt(bureaus).
N.B. Niemand kan strafrechtelijk worden vervolgd voor een feit begaan voordat hij de leeftijd van 12 jaar heeft bereikt.

Misdrijf
Strafbaar feit van de zware soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten in misdrijven en overtredingen is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; berechting in eerste aanleg gebeurt in de meeste gevallen door de rechtbank. Zie ook: overtreding.

Niet-ontvankelijkheid
Eindbeslissing waarbij de rechter het Openbaar Ministerie het recht te vervolgen ontzegt, op grond van procedurefouten of 'undue delay'.

Onherroepelijke uitspraak
Beslissing van de rechter waartegen geen (gewoon) rechtsmiddel meer openstaat.

Ontslag van (alle) rechtsvervolging
Beslissing van de rechter, waarbij hij het door de Officier van Justitie ten laste gelegde feit wel bewezen acht maar van oordeel is dat het feit of de verdachte niet strafbaar is. Zie ook: schuldigverklaring, vrijspraak.

Openbaar Ministerie (OM)
Overheidsorgaan met als taken: wetten te handhaven, strafbare feiten op te sporen en te vervolgen, strafvonnissen ten uitvoer te leggen en de rechter te informeren voor zover de wet dat voorschrijft.

Opgehelderd misdrijf
Misdrijf waarbij tenminste één verdachte bij de politie bekend werd, ook al is hij voortvluchtig of ontkent hij het (strafbare) feit te hebben gepleegd.

Ophelderingspercentage
Het totaal aantal in een bepaalde periode opgehelderde misdrijven in relatie tot het totaal aantal in dezelfde periode door de politie opgemaakte processen-verbaal terzake van gelijk(soortig)e misdrijven, uitgedrukt in procenten.

Overtreding
Strafbaar feit van de lichte soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; afdoening veelal met een schikking/transactie via het Openbaar Ministerie of berechting in eerste aanleg door de rechtbank sector kanton. Zie ook: misdrijf.

Proces-verbaal
Op schrift gestelde verklaring van een opsporingsambtenaar over door hem waargenomen feiten of omstandigheden.

Rechtbank
Rechtscollege dat in eerste aanleg kennis neemt van alle zaken waarvoor niet een andere rechter is aangewezen. Er zijn 10 rechtbanken. N.B. De sector kanton (vroeger: kantongerecht) is sinds 1 januari 2002 opgenomen in de organisatie van de rechtbank.

Reclassering
Instantie die zich ten doel stelt door haar inspanningen een aantoonbare bijdrage te leveren aan de herinpassing van reclasseringscliënten in de samenleving. Daarmee wordt tevens beoogd herhaling van strafbaar gedrag te voorkomen. Dit doet zij door onderzoek en rapportage omtrent de persoon en omstandigheden van de verdachte of veroordeelde, het opstellen van plannen van aanpak om de gestelde doelen te bereiken, het uitoefenen van begeleiding en toezicht tijdens de uitvoering daarvan en het toezicht op de uitvoering van taakstraffen. Slechts in die gevallen dat er duidelijke aanknopingspunten zijn voor gedragsverandering en de kans op succes in grote mate aanwezig lijkt, zullen intensieve programma's met dat doel worden aangewend.

Schuldigverklaring
Uitspraak door de rechter, waarbij hij het door het Openbaar Ministerie ten laste gelegde feit bewezen en een strafbaar feit acht en van oordeel is dat de verdachte strafbaar is.

Sepot
Beslissing van het Openbaar Ministerie waarbij het, op beleidsmatige of technische gronden, afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit. Zie ook: beleidssepot, technisch sepot.

Strafzaak
Het bij een parket ingeschreven proces-verbaal ten aanzien van één verdachte.

Technisch sepot
Beslissing van het Openbaar Ministerie waarbij het afziet van vervolging van een strafbaar feit omdat het van mening is dat vervolging niet tot een veroordeling zal leiden (bijvoorbeeld omdat voldoende bewijs ontbreekt of omdat het feit of de verdachte niet strafbaar is).

Transactie (juridisch)
Het onder bepaalde omstandigheden ter voorkoming van strafvervolging voldoen aan een of meer door de opsporingsambtenaar (politie) of het Openbaar Ministerie (officier van justitie) gestelde voorwaarden, zoals het betalen van een geldsom ('boete'), waardoor het recht tot strafvervolging vervalt.

Verdachte
Voor het begin van de vervolging is hij degene van wie uit feiten of omstandigheden een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit wordt aangenomen, daarna is hij degene tegen wie de vervolging is gericht.

Vervroegde invrijheidstelling
Het uit hoofde van de wet in beginsel vervroegd vrijlaten uit de penitentiaire inrichting van tot duurzame vrijheidsstraf veroordeelde personen.

Voeging ad informandum
Het voegen, door het Openbaar Ministerie, van een strafzaak zonder tenlastelegging bij een andere zaak die aan de rechter wordt voorgelegd, met het doel de rechter bij de bepaling van de strafmaat rekening te laten houden met de gevoegde zaak. Zie ook: afdoening door Openbaar Ministerie.

Voeging ter berechting
Het samenvoegen, door het Openbaar Ministerie, van ingeschreven strafzaken, met het doel de rechter bij één vonnis verschillende zaken tegelijk te laten afdoen. Zie ook: afdoening door Openbaar Ministerie.

Voeging ter zitting
Het samenvoegen, door de rechter, van onder verschillende parketnummers ingeschreven strafzaken, met het doel deze zaken als één strafzaak te behandelen. Zie ook: afdoening door de rechter.

Vonnis
Gemotiveerde bindende uitspraak van de rechter in een voor hem gevoerd rechtsgeding.

Voorlopige hechtenis
Vrijheidsbeneming in een huis van bewaring voorafgaand aan behandeling ter terechtzitting, in het algemeen toegepast bij verdenking van een ernstig delict (misdrijf waarop een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld), op grond van ernstig vluchtgevaar en/of een gewichtige reden van maatschappelijke veiligheid, bij voorbeeld vrees voor herhaling.

Vrijspraak
Uitspraak – door de rechter – waarbij hij niet bewezen acht dat het door de Officier van Justitie ten laste gelegde feit door de verdachte is gepleegd.

B 16.2 Bijlage B Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes

Verklaring van ICD-9 codes	
ICD-9 code	Verklaring
162	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea, brochus en long
291	Alcohol psychosen
292	Drug psychosen
303	Alcoholverslavingssyndroom
304	Verslaving aan drugs
304.0	Verslaving aan opiaten en dergelijke
304.1	Verslaving aan barbituraten of aan sedativa en hypnotica met verwante werking
304.2	Verslaving aan cocaïne
304.3	Verslaving aan cannabis
304.4	Verslaving aan amfetamine en andere psychostimulantia
304.7	Verslaving aan opiaten in combinatie met andere drugs
305	Misbruik van drugs of andere middelen zonder verslaving
305.0	Misbruik van alcohol
305.2	Misbruik van cannabis
305.3	Misbruik van hallucinogenen
305.4	Misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking
305.5	Misbruik van opiaten
305.6	Misbruik van cocaïne
305.7	Misbruik van amfetamine of sympathicomimetica met verwante werking
305.8	Misbruik van antidepressiva en dergelijke
305.9	Misbruik van overige, gemengde of niet gespecificeerde middelen
357.5	Alcoholische polyneuropathie
425.5	Alcoholische cardiomyopathie
535.3	Alcoholische gastritis
571.0	Alcoholische vetlever
571.1	Acute alcohol hepatitis
571.2	Alcoholische levercirrose
571.3	Niet gespecificeerde alcoholische leverbeschadiging
980.0-1	Toxisch gevolg van alcohol
E850	Accidentele vergiftiging door analgetica, antipyretica en antireumatica
E850.0	Accidentele vergiftiging door heroïne
E854.1	Accidentele vergiftiging door psychodysleptica (hallucinogenen)
E854.2	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
E855.2	Accidentele vergiftiging door lokale anesthetica (waaronder cocaïne)
E860.0-2	Niet opzettelijke vergiftiging door alcoholische dranken (ethanol/methanol)
E950.9*	Suïcide door vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen
E980.9*	Vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen, waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden

* Alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is.

Verklaring van ICD-10 codes	
ICD-10 code	Verklaring
C33	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea
C34	Kwaadaardige nieuwvormingen van bronchus en long
E24.4	Pseudosyndroom van Cushing door alcohol
F10	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol
F11	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten
F12	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis
F13	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica
F14	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne
F15	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen
F16	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van hallucinogenen
F17	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van tabak
F18	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van vluchtige oplosmiddelen
F19	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van meerdere drugs en andere psychoactieve middelen
G31.2	Degeneratie van zenuwstelsel door alcoholgebruik
G62.1	Alcoholische polyneuropathie
G72.1	Alcoholische myopathie
I42.6	Alcoholische cardiomyopathie
K29.2	Alcoholische gastritis
K70.0	Alcoholische vetlever
K70.1	Alcoholische hepatitis
K70.2	Alcoholische leverfibrose en leversclerose
K70.3	Alcoholische levercirrose
K70.4	Alcoholische leverinsufficiëntie
K70.9	Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd
K86.0	Alcoholische pancreasontsteking
O35.4	(Vermoede) schade aan foetus door alcohol als indicatie voor zorg bij moeder
P04.3	Gevolgen voor foetus en pasgeborene door gebruik van alcohol door moeder
T40.0	Vergiftiging door opium
T40.1	Vergiftiging door heroïne
T40.2	Vergiftiging door overige opiaten (codeïne, morfine)
T40.3	Vergiftiging door methadon
T40.4	Vergiftiging door overige synthetische drugs (pethidine)
T40.5	Vergiftiging door cocaïne
T40.6	Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde drugs
T40.7	Vergiftiging door cannabis(derivaten)
T40.8	Vergiftiging door lysergide (LSD)
T40.9	Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde psychodysleptica (hallucinogenen, mescaline, psilocine, psilocybine)
T42.3	Vergiftiging door barbituraten
T42.4	Vergiftiging door benzodiazepinen
T43.6	Vergiftiging door psychostimulantia met mogelijkheid tot misbruik (met uitzondering van cocaïne, zie T40.5)

Verklaring van ICD-10 codes (vervolg)	
ICD-10 code	Verklaring
T51.0-1	Toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol
X41	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan anti-epileptica, sedativa, hypnotica, antiparkinsonmiddelen en psychotrope geneesmiddelen, niet elders geclassificeerd
X42	Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geclassificeerd
X44	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen
X45	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol
X61	Opzettelijke auto-intoxicatie door en opzettelijke blootstelling aan anti-epileptica, sedativa, hypnotica, antiparkinsonmiddelen en psychotrope geneesmiddelen, niet elders geclassificeerd
X64	Opzettelijke auto-intoxicatie door en opzettelijke blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen
X65	Opzettelijke auto-intoxicatie door en opzettelijke blootstelling aan alcohol
Y11	Vergiftiging door en blootstelling aan anti-epileptica, sedativa, hypnotica, antiparkinsonmiddelen en psychotrope geneesmiddelen, niet elders geclassificeerd - opzet niet bepaald
Y14	Vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen - opzet niet bepaald
Y15	Vergiftiging door en blootstelling aan alcohol - opzet niet bepaald
Z72.0	Problemen verband houdend met levensstijl, tabaksgebruik
Z72.1	Problemen verband houdend met levensstijl, alcoholgebruik
Z72.2	Problemen verband houdend met levensstijl, geneesmiddel- en druggebruik

Bron: https://class.whofic.nl/browser.aspx, ICD10-nl.cla.

C 16.3 Bijlage C Drugsgebruik in enkele 'nieuwe' EU-lidstaten

Consumptie van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking[1] van enkele 'nieuwe' lidstaten van de Europese Unie

Lidstaat	Jaar	Leeftijd (jaar)[1]	Cannabis		Cocaïne		Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar
Tsjechië	2016	15 - 64	26,6%	9,5%	1,4%	0,3%	7,1%	1,7%	3,0%	0,8%
Kroatië	2015	15 - 64	19,4%	7,9%	2,7%	0,8%	3,0%	0,6%	3,5%	1,0%
Estland	2008	15 - 64	-	6,0%	-	0,7%	-	1,2%	-	1,1%
Polen	2014	15 - 64	16,2%	4,6%	1,3%	0,2%	1,6%	0,4%	1,7%	0,2%
Slovenië	2012	15 - 64	15,8%	4,4%	2,1%	0,5%	2,1%	0,3%	0,9%	0,3%
Slowakije	2015	15 - 64	15,8%	4,3%	0,7%	0,1%	3,1%	0,6%	1,4%	0,4%
Cyprus	2016	15 - 64	12,1%	2,2%	1,4%	0,2%	1,1%	0,1%	0,5%	0,1%
Litouwen	2016	15 - 64	10,8%	2,7%	0,7%	0,1%	1,7%	0,4%	1,2%	0,3%
Letland	2015	15 - 64	9,8%	4,2%	1,5%	0,5%	2,4%	0,3%	1,9%	0,3%
Hongarije	2015	18 - 54	8,5%	2,3%	0,9%	0,2%	2,4%	0,5%	1,8%	0,5%
Bulgarije	2016	15 - 64	8,3%	4,2%	0,9%	0,3%	2,1%	1,3%	1,5%	0,7%
Roemenië	2016	15 - 64	5,8%	3,2%	0,7%	0,2%	0,5%	0,1%	0,3%	0,1%
Malta	2013	18 - 65	4,3%	0,9%	0,5%	-	0,7%	-	0,3%	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. - = niet gemeten. 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.

D.1 Doodsoorzakenstatistiek

In het NDM Jaarbericht worden gegevens van 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 voor drugs omvat 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 binnen krijgen 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 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 drugs, waaronder verdrinken en fatale verkeersongelukken (Rookey, 2018). 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. Of indirecte sterfgevallen, zoals een fataal ongeval na rijden onder invloed. In 2015 heeft het RIVM voor het eerst een schatting uitgevoerd, vergelijkbaar met die voor tabak/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) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009) gebeurt dit door gevallen te selecteren volgens een vastgestelde selectie van ICD-9 of ICD-10 codes, die betrekking hebben op de aard van de sterfte. 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 (Van Laar, Cruts, & Deerenberg, 2006). 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 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 werd er echter steeds meer toxicologisch onderzoek verricht, waardoor naast onderregistratie ook overregistratie kan zijn ontstaan (Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie, 2018).

Alcohol

Voor de alcoholgerelateerde 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 (WHO, 2000; Heale et al., 2002). In dit Jaarbericht worden twee bronnen gebruikt om een schatting te geven van de sterfte. Ten eerste baseren we ons op de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS. Hier worden codes gebruikt waarbij alcoholgebruik expliciet als doodsoorzaak staat genoemd. De cijfers weerspiegelen vrijwel zeker een onderschatting van de totale alcoholsterfte, omdat de rol van alcoholgebruik bij de sterfte niet altijd herkend wordt. 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 alcoholgerelateerde ziekten een bijdrage hebben geleverd aan het overlijden, maar niet de primaire doodsoorzaak vormen (bijvoorbeeld een verkeersongeval waarbij alcoholmisbruik in het spel is) (zie onder Trends). Ten tweede rapporteren we een schatting van het RIVM. Het RIVM heeft daarbij gebruik gemaakt van gegevens over blootstelling aan alcohol uit de CBS-gezondheidsenquête 2015 en de 'populatie attributieve risico's' (PARs) van 11 aan alcohol gerelateerde ziektes. Dit is de methode die ook voor tabaksgerelateerde sterfte wordt gebruikt (zie hieronder).

Tabak

Roken is een risicofactor waarvoor de aanwezige ICD-10 codes, zoals F17 (zie bijlage B), 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 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 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 (RR's) voor aan roken gerelateerde ziektes.

Trends

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 komt vanwege een overgang van het handmatig coderen van natuurlijke doodsoorzaken naar automatisch coderen. Hierbij kunnen verschillende verklaringen een rol spelen, waaronder het consistenter toepassen van internationale (WHO) regels, en de talloze updates hiervan, voor het coderen van doodsoorzaken. 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 aan alcoholgebruik of drugsverslaving (ICD 10 codes F10-19). De toename was het grootst voor alcohol (Harteloh, 2014; Harteloh, Van Hilten, & Kardaun, 2014). Dit komt onder meer door verschuivingen in het selectieproces van de onderliggende doodsoorzaak, indien meerdere doodsoorzaken op het formulier

worden genoemd. Zo wordt in 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 (Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie, 2018). De toename in toxicologisch onderzoek kan tot gevolg hebben dat meer gevallen worden 'ontdekt' die voorheen niet werden gedetecteerd. Er kan echter ook overrapportage ontstaan indien kwalitatieve tests zijn toegepast, en de oorzakelijke bijdrage aan de sterfte niet is vastgesteld (Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie, 2018).
Door al deze ontwikkelingen kan het aantal registraties van een aan middelen gerelateerde sterfte zijn gestegen, maar de mate waarin deze factoren een rol kan hebben gespeeld is onbekend.

D.2 Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor

Na een landelijk afstemmingstraject van leefstijlmonitoren (Kramers et al., 2012) zijn sinds 2014 jaarlijks cijfers over middelengebruik in de algemene bevolking beschikbaar. Een consortium aan gezondheidsinstituten verzorgt in 'De Leefstijlmonitor' de gegevensverzameling op het gebied van leefstijl-gerelateerde thema's, zoals roken, alcohol- en drugsgebruik, bewegen en voeding. Wat betreft middelengebruik onder de volwassen bevolking bestaat de Leefstijlmonitor uit twee delen (zie ook D.7).

- De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. het RIVM en het Trimbos-instituut levert jaarlijkse kernprevalenties over middelengebruik, zoals het percentage gebruikers ooit in het leven, het afgelopen jaar of de afgelopen maand.
- De aanvullende module Roken, Alcohol en Drugsgebruik van de Leefstijlmonitor 'Leefstijlmonitor-aanvullend (LSM-A)' is een afzonderlijke tweejaarlijkse dieptestudie waarin, onder andere, de frequentie van gebruik en probleemgebruik, bronnen van aanschaf, middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag worden gemeten (LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS). In tussenliggende jaren worden andere leefstijlonderwerpen, zoals sport en beweging, uitgediept.
- Hoewel er enige overlap is in de gegevens die in beide delen worden verzameld, zullen voor het NDM Jaarbericht de gegevens van de Gezondheidsenquête als primaire bron worden gebruikt voor 'de' cijfers over het gebruik. Alleen die gegevens die niet beschikbaar zijn op basis van de Gezondheidsenquête (GE), zullen ter aanvulling in de hoofdstukken worden beschreven.

In deze bijlage beschrijven wij de methodologische kenmerken van de Gezondheidsenquête en LSM-A, de vergelijkbaarheid van beide peilingen, trends in de Gezondheidsenquête, aanvullende gegevens voor middelen die niet in de Jaarbericht hoofdstukken aan de orde komen en de wijze waarop gegevens voor problematisch gebruik van cannabis en alcohol zijn verzameld. Zie verder ook Engelen & Hupkes (2016)[2].

Gezondheidsenquête

Het gebruik van drugs, alcohol en tabak wordt onderzocht in een representatieve aselecte steekproef van de bevolking van 12 jaar en ouder. In dit Jaarbericht wordt primair over volwassenen (18+) gerapporteerd (zie volgende paragraaf). De vragenlijst wordt via internet of een persoonlijk interview afgenomen. In het geval van een persoonlijk interview kunnen respondenten de vragen over drugs zelf invullen. Subgroepen worden beschreven op basis van geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en stedelijkheid (gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent). Opleidingsniveau is gedefinieerd als het hoogst gevolgd niveau bij personen van 18-24 jaar, en het hoogst behaald niveau bij personen van 25 jaar en ouder (laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO,VMBO; middelbaar opgeleid

2 https://www.rivm.nl/Onderwerpen/L/Leefstijlmonitor/Onderzoeksbeschrijvingen_LSM/A_Middelen.

= MBO, HAVO, VWO; hoogopgeleid = HBO of universiteit). Om ook het middelengebruik van personen jonger dan 25 jaar naar opleiding te kunnen rapporteren wijkt het Jaarbericht NDM hierin af van de CBS-definitie, die alleen gebaseerd is op het hoogst behaalde opleidingsniveau waarbij personen onder 25 jaar worden uitgesloten. Schattingen van het absolute aantal gebruikers van alcohol, drugs en tabak in Nederland zijn afgerond op tienduizendtallen.

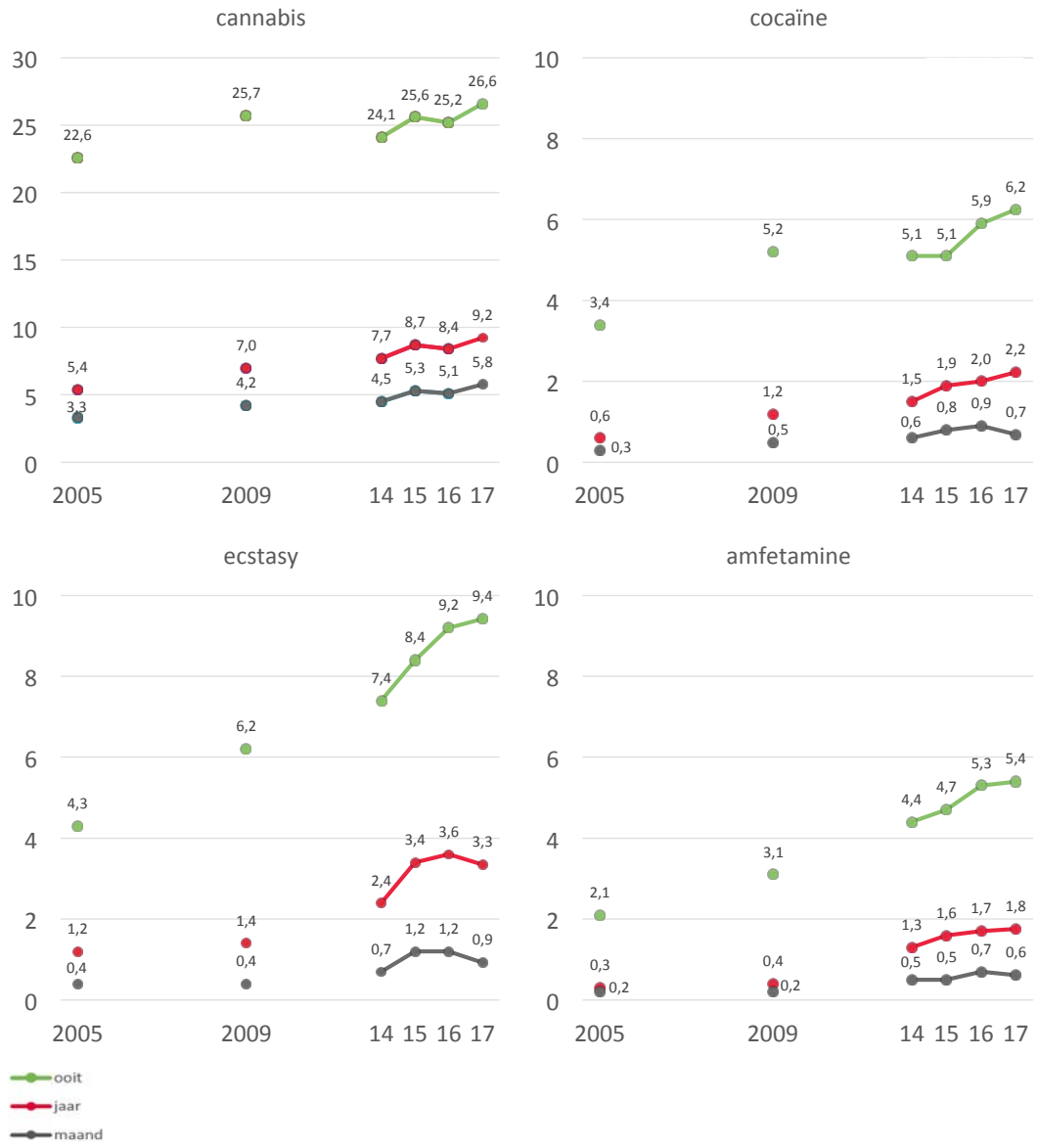
Trends in middelengebruik

De methode van gegevensverzameling, de vragenlijst en de wegingsmethode voor de peiling vanaf 2014 verschillen van die van eerdere metingen (Morren & Willems, 2015). Dit herontwerp van de Gezondheidsenquête betrof onder andere wijzigingen in de methode van ondervragen: van een gemengde benadering via een internetvragenlijst, een persoonlijk interview of een telefonisch interview naar alleen een internetvragenlijst of persoonlijk interview. Tussen 2010 en 2013 werd de Gezondheidsenquête in twee delen afgenomen. Roken werd in het eerste deel uitgevraagd, maar alcoholgebruik was onderdeel van de vervolgmodule waardoor de respons in die jaren mogelijk lager en selectiever was. Daarnaast zijn vanaf 2014 de variabelen inkomen en vermogen aan het weegmodel toegevoegd om een zo representatief mogelijk beeld van de bevolking te krijgen. Ook de vragenlijst zelf (aard en plaats van de vragen) is aangepast (Morren & Willems, 2015). Daarom moeten de prevalentieschattingen van 2014 gezien worden als een nieuwe nulmeting en kunnen geen vergelijkingen met voorgaande jaren worden gemaakt. Het is dus niet mogelijk om vast te stellen of het gebruik van drugs vergeleken met de voorgaande peiling in 2009 (het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) 2009) is toegenomen of afgenomen. Het NPO uit 2009 verschilde qua methode ook weer met de eerdere NPO peiling uit 2005 (Rodenburg, Spijkerman, Van den Eijnden, & Van de Mheen, 2007; Van Rooij, Schoenmakers & Van de Mheen, 2011).

Vanaf 2015 is de leeftijdsrange van respondenten aan wie vragen over drugsgebruik zijn gesteld verbreed van aanvankelijk 15-64 jaar naar 12 jaar en ouder. In het consortium van de Leefstijlmonitor is echter afgesproken dat de kerncijfers voor beleid voor volwassenen van 18 jaar en ouder afkomstig zullen zijn uit de Gezondheidsenquête en de cijfers voor jongeren van 12 tot en met 16 jaar uit de scholierenstudies Peilstationsonderzoek en HBSC. Deze kerncijfers voor het beleid staan ook gepresenteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvenz.nl). Het Jaarbericht vanaf 2017 beschrijft daarom primair gegevens voor de leeftijdsgroep 18 jaar en ouder en voor deze leeftijdsgroep worden drugsprevalenties tussen 2015, 2016 en 2017 vergeleken. Aanvullend worden in de hoofdstukken de trends in drugsgebruik voor 15-64-jarigen in de peiljaren 2014, 2015, 2016 en 2017 beschreven.

Voor de volledigheid geeft figuur 16.1 ook gegevens uit voorgaande peilingen (vóór 2014) over het gebruik van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine door 15-64-jarigen weer (de internationale standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA, zie paragraaf 5 van de middelenhoofdstukken), zoals deze in voorgaande Jaarberichten zijn gerapporteerd. Vanwege bovengenoemde methodologische veranderingen, is het echter niet mogelijk veranderingen in het gebruik in de studies van vóór en na 2014 te interpreteren. Zoals in het Jaarbericht 2016 reeds is gemeld was het percentage ecstasygebruikers in 2014 echter zodanig hoog vergeleken met 2009, dat een toename van het gebruik aannemelijk is. Hoe groot deze toename in werkelijkheid is kan niet precies worden vastgesteld.

Figuur 16.1 Gebruik van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine onder mensen van 15-64 jaar. Door methodologische veranderingen zijn alleen peiljaren 2014-2017 onderling vergelijkbaar.



Het percentage ooit, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van drugs onder de Nederlandse bevolking van 15-64 jaar volgens NPO 2005 en 2009 en de Gezondheidsenquête 2014, 2015 en 2016. Aantal respondenten van 15 tot en met 64 jaar: 4.516 (2005), 5.769 (2009), 5.867 (2014), 5.852 (2015), 5.687 (2016). Alleen de gegevens in peiljaren 2014, 2015, 2016 en 2017 zijn vergelijkbaar. Bronnen: NPO, IVO/CBS 2005,-2009 en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014, 2015, 2016, 2017.

Tabel 16.1 Gebruik van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine onder mensen van 15-64 jaar. Peiljaren 2014-2017.

		2014	2015	2016	2017
Cannabis	Ooit	24,1%a	25,6%a, b	25,2%a, b	26,6%b
	Jaar	7,7%a	8,7%a, b	8,4%a, b	9,2%b
	Maand	4,5%a	5,3%b	5,1%a, b	5,8%b
Cocaïne	Ooit	5,1%a	5,1%a	5,9%a, b	6,2%b
	Jaar	1,5%a	1,9%a, b	2,0%b	2,2%b
	Maand	0,6%a	0,8%a, b	0,9%b	0,7%a, b
Ecstasy	Ooit	7,4%a	8,4%b	9,2%b, c	9,4%c
	Jaar	2,4%a	3,4%b	3,6%b	3,3%b
	Maand	0,7%a	1,2%b	1,2%b	0,9%a, b
Amfetamine	Ooit	4,4%a	4,7%a, b	5,3%b	5,4%b
	Jaar	1,3%a	1,6%a, b	1,7%a, b	1,8%b
	Maand	0,5%a	0,5%a	0,7%a	0,6%a
Paddo's	Ooit	4,2%a	4,1%a	4,3%a	4,7%a
	Jaar	0,5%a	0,5%a	0,7%a	0,7%a
	Maand	0,1%a	0,1%a	0,1%a	0,1%a
GHB	Ooit	1,5%a	1,9%a	1,6%a	1,9%a
	Jaar	0,4%a, b	0,6%b	0,3%a	0,5%a, b
	Maand	0,1%a	0,3%b	0,1%a	0,2%a, b
LSD	Ooit	1,5%a	1,6%a	1,2%a	1,5%a
	Jaar	0,2%a	0,2%a	0,2%a	0,1%a
	Maand	0,0%a	0,1%a	0,1%a	0,0%a
Heroïne	Ooit	0,4%a	0,6%a	0,4%a	0,4%a
	Jaar	0,0%a	0,0%a	0,0%a	0,0%a
	Maand	0,0%a		0,0%a	

a, b, c : Verschillende subscripten betekenen dat verschillen tussen de jaren statistisch significant zijn, dit is ter verduidelijking ook gemarkeerd met verschillende kleuren. Alle cellen die bijvoorbeeld een 'a' bevatten zijn niet statistisch significant verschillend van elkaar.

Overig middelengebruik: paddo's en LSD

Naast de middelen die in de hoofdstukken van dit Jaarbericht worden gerapporteerd, is ook het gebruik van paddo's en LSD uitgevraagd in de Gezondheidsenquête (tabel 16.2).

- Omgerekend naar de bevolking (afgerond op tienduizendtallen) bedroeg het aantal ooitgebruikers van LSD ongeveer 140 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval 110-180 duizend); het aantal laatste-jaar-gebruikers 30 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval 10-40 duizend); en het aantal laatste-maand-gebruikers 10 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval <10-20 duizend).
- Voor paddo's bedroeg het aantal ooitgebruikers van omgerekend naar de bevolking (afgerond op tienduizendtallen) ongeveer 480 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval 410-540 duizend); het aantal laatste-jaar-gebruikers 80 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval 50-110 duizend); en het aantal laatste-maand-gebruikers 10 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval <10-20 duizend).

Leefstijlmonitor-aanvullend (LSM-A)

Gegevens uit de Gezondheidsenquête worden gezien als de kerncijfers over middelengebruik. In 2016 werd voor het eerst de aanvullende module Roken, Alcohol en Druggebruik van de Leefstijlmonitor uitgevoerd. Hierin worden meer middelen uitgevraagd en wordt nader ingegaan op de aard en frequentie van middelengebruik (zoals de frequentie van gebruik en probleemgebruik, bronnen van aanschaf, middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag). Aangezien het hier om een verdiepende module gaat, is er een overlap in gestelde vragen, maar wijkt de volgorde van vragen en de exacte formulering soms af van de Gezondheidsenquête. Zie daarvoor https://www.rivm.nl/Onderwerpen/L/Leefstijlmonitor/Onderzoeksbeschrijvingen_LSM/A_Middelen.

Net als in de Gezondheidsenquête is de doelpopulatie van de LSM-A in Nederland woonachtige personen die deel uitmaken van particuliere huishoudens. Dus de institutionele bevolking (personen in inrichtingen, instellingen of tehuizen) en personen die niet zijn geregistreerd als ingezetene in de Basisregistratie Personen worden niet in dit onderzoek benaderd.

Voor de LSM-A is een aparte steekproef samengesteld van personen van 15 jaar en ouder. Zij werden eerst uitgenodigd via internet deel te nemen en daarna telefonisch, en indien nodig aan-huis herbenaderd (de Gezondheidsenquête past geen telefonische herbenadering toe). In totaal was in 2016 de volledige respons 57% (10.664 deelnemers). Er zijn relatief meer jongeren en jongvolwassenen tussen 15-34 jaar gerekruteerd, de leeftijdsgroep waarin drugsgebruik doorgaans het meest voorkomt. Hierdoor zijn er meer respondenten die ook de vervolgvragen over drugsgebruik beantwoorden, zodat dit gedrag in meer detail onderzocht kan worden. Door weging is vervolgens voor deze 'oversampling' gecorrigeerd. Naast deze extra correctie is de weging van de LSM-A hetzelfde als die voor de Gezondheidsenquête.

Vergelijking resultaten LSM-A en Gezondheidsenquête 2016

In zowel de Gezondheidsenquête als de LSM-A worden gegevens verzameld over het percentage gebruikers van alcohol, drugs en tabak. Vanwege verschillen in steekproeven en wijze van dataverzameling kan variatie in de resultaten optreden. Op basis van een uitgebreide vergelijking tussen de resultaten van de Gezondheidsenquête en de LSM-A kan geconcludeerd worden dat er ondanks de verschillen in de steekproeftrekking, de waarnemingsmethode en de vragenlijst nauwelijks verschillen bestaan tussen de onderzochte resultaten over roken en het gebruik van alcohol en drugs. Alleen de cijfers over meeroken zijn niet goed vergelijkbaar (https://www.rivm.nl/Onderwerpen/L/Leefstijlmonitor/Onderzoeksbeschrijvingen_LSM/A_Middelen). De kerncijfers uit de Gezondheidsenquête zijn leidend.

Tabellen 16.2 en 16.3 laten zien dat de resultaten van beide bevolkingsstudies over het algemeen vergelijkbaar zijn. Hoewel de schattingen uit de LSM-A iets lager uitvallen, zijn de verschillen klein en veelal niet statistisch significant, dat wil zeggen, te verwachten op basis van kans.

Daarnaast zijn er kleine methodologische verschillen (in de vragenlijst en interviewmethode) die zouden kunnen bijdragen aan verschillen in resultaten.

- Tabel 16.2 laat zien dat het percentage dagelijks rokers iets lager is in de LSM-A dan in de Gezondheidsenquête. De overige prevalentieschattingen zijn vergelijkbaar.
- Ook het percentage zware drinkers is lager in de LSM-A dan in de Gezondheidsenquête en de overige prevalentieschattingen zijn vergelijkbaar.
- Tabel 16.3 laat zien dat alleen het geschatte percentage ooitgebruikers van cannabis statistisch significant hoger is in de LSM-A dan in de Gezondheidsenquête.

- In de LSM-A is specifiek gevraagd naar het gebruik van truffels en vervolgens in een aparte vraag naar het gebruik van paddo's. In de Gezondheidsenquête is alleen naar paddo's gevraagd, zonder truffels te noemen. Dit heeft duidelijk effect op het percentage mensen dat aangeeft paddo's te gebruiken: wanneer truffels en paddo's in de LSM-A bij elkaar worden opgeteld is het percentage vergelijkbaar met de Gezondheidsenquête. Blijkbaar hebben respondenten in de Gezondheidsenquête bij de vraag naar paddo's, ook het gebruik van truffels gerekend.
- Een ander verschil is dat de LSM-A specifiek naar het gebruik van snuifcocaïne en base-cocaïne en specifiek naar GHB en GBL vraagt, waar de Gezondheidsenquête naar 'GHB en/of GBL' en naar 'snuif- en/of base-cocaïne' vraagt, zoals gerapporteerd in respectievelijk hoofdstuk 4 en 9.

Overig middelengebruik: lachgas en ketamine

Naast de middelen die in dit Jaarbericht worden gerapporteerd, is ook het gebruik van lachgas en ketamine uitgevraagd in de LSM-A (zie tabel 16.4).

Tabel 16.2 Gebruik van tabak en alcohol in de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder volgens de Gezondheidsenquête en LSM-A. Peiljaar 2016[I]

	Gezondheidsenquête			LSM-A			
	%	95% BI[V]		%	95% BI[V]		p
Tabak							
Roker in totale populatie[II]	24,1	23,1	25,2	23,2	22,3	24,1	,13
Ex-roker in totale populatie	32,3	31,2	33,4	31,8	30,8	32,7	,41
Dagelijks rokers in totale populatie	18,6	17,7	19,6	17,3	16,6	18,1	**,03**
Dagelijks rokers onder de rokers	77,1	74,9	79,1	74,8	73,0	76,6	,10
Stoppoging[III]	32,5	30,2	34,9	32,1	30,1	34,1	,75
E-sigaret gebruiker in totale populatie[IV]	3,5	3,0	3,9	3,2	2,8	3,6	,33
Alcohol							
Drinkers laatste jaar	80,4	79,4	81,4	80,7	79,8	81,5	,69
Drinkers ooit maar niet laatste jaar	11,3	10,5	12,0	10,8	10,1	11,5	,37
Nooit drinkers	8,3	7,6	9,0	8,5	7,9	9,1	,66
Zware drinkers	8,5	7,9	9,2	7,4	6,8	7,9	**,01**
Zware drinkers onder drinkers	10,6	9,8	11,5	9,3	8,6	10,0	**,01**

I. Roken en drinken onder de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder volgens de Leefstijlmonitor 2016 (Bron: LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS) vergeleken met de kernprevalenties uit de Gezondheidsenquête 2016 (Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016). Aantal respondenten van 18 jaar en ouder: 10.290 (LSM-A 2016), 7.099 (Gezondheidsenquête 2016), II. Percentage volwassenen dat 'wel eens rookt'. III. Stoppoging van ten minste 24 uur gedaan in afgelopen 12 maanden. IV. Percentage volwassenen dat 'wel eens een e-sigaret gebruikt'. V. 95%BI = 95% betrouwbaarheidsinterval, zie Bijlage 16.1.

Tabel 16.3 Gebruik van drugs in de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder volgens de Gezondheidsenquête en LSM-A. Peiljaar 2016[I]

		Gezondheidsenquête			LSM-A			
		%	95% BI[III]		%	95% BI[III]		p
Cannabis	Ooit	20,9	19,9	21,9	22,3	21,5	23,2	**,03**
	Jaar	6,6	6,0	7,3	6,2	5,7	6,7	,30
	Maand	4,1	3,6	4,7	3,6	3,3	4,0	,12
Cocaïne[II]	Ooit	4,9	4,4	5,5	4,8	4,4	5,3	,79
	Jaar	1,7	1,4	2,1	1,6	1,3	1,8	,47
	Maand	0,8	0,6	1,1	0,6	0,5	0,8	,15
Ecstasy	Ooit	7,6	6,9	8,3	7,0	6,5	7,5	,15
	Jaar	2,9	2,5	3,4	2,6	2,3	2,9	,19
	Maand	1,0	0,8	1,3	0,9	0,8	1,1	,59
Amfetamine	Ooit	4,4	3,9	50,	4,0	3,6	4,4	,15
	Jaar	1,4	1,1	1,7	1,1	0,9	1,3	,14
	Maand	0,6	0,4	0,8	0,5	0,4	0,6	,46
Paddo's[IV]	Ooit	3,6	3,1	4,1	3,0	2,6	3,3	,03
	Jaar	0,6	0,4	0,9	0,1	0,1	0,2	<,001
	Maand	0,1	<0,1	0,2	<0,1	<0,1	0,1	,05
Truffels	Ooit	-	-	-	1,8	1,6	2,1	
	Jaar	-	-	-	0,5	0,3	0,6	
	Maand	-	-	-	<0,1	<0,1	0,2	
Paddo's en/of truffels[V]	Ooit	-	-	-	3,9	3,5	4,3	,35[V]
	Jaar	-	-	-	0,6	0,4	0,7	,72[V]
	Maand	-	-	-	0,1	<0,1	0,2	,61[V]
GHB	Ooit	1,3	1,1	1,7	1,5	1,3	1,8	,34
	Jaar	0,3	0,2	0,5	0,4	0,3	0,6	,36
	Maand	0,1	<0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	,37
LSD	Ooit	1,1	0,9	1,4	1,3	1,0	1,5	,32
	Jaar	0,2	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	,20
	Maand	0,1	<0,1	0,2	<0,1	<,1	0,1	,17
Heroïne	Ooit	0,4	0,3	0,6	0,4	0,2	0,5	,67
	Jaar	0,1	<0,1	0,2	<0,1	<0,1	0,1	,18
	Maand	<0,1	<0,1	0,1	<0,1	<0,1	0,1	,29

I. Het percentage ooit, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van drugs onder de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder volgens de Leefstijlmonitor 2016 vergeleken met de kernprevalenties uit de Gezondheidsenquête 2016 II. Cocaïne: snuifcocaïne en/of basecocaïne. III. 95%BI = 95% betrouwbaarheidsinterval, zie Bijlage 16.1. IV. In de Gezondheidsenquête is het gebruik van 'Paddo's (hallucinogene paddestoeltjes of magic mushrooms)' uitgevraagd, en niet specifiek naar truffels. In de LSM-A is eerst naar gebruik van 'Truffels (sclerotia, tripknollen)' gevraagd, alvorens op het gebruik van 'Paddo's (hallucinogene paddestoeltjes of magic mushrooms)' uit te vragen. V. De resultaten van het gecombineerde antwoord van 'paddo's en/of truffels' uit de LSM-A komt overeen met het antwoord op 'paddo's' in de Gezondheidsenquête. Daarom lijken respondenten van de Gezondheidsenquête de vraag over paddo's als inclusief truffels te interpreteren. Bronnen: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016. LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS.

Tabel 16.4 Gebruik van lachgas en ketamine in de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder volgens de Gezondheidsenquête en LSM-A. Peiljaar 2016[I]

		Gezondheidsenquête			LSM-A		
		%	95% BI[II]		AantaNederlanders[III] x 1.000	95% BI[II] x 1.000	
Lachgas	Ooit	4,9	4,5	5,3	650	600	700
	Jaar	2,0	1,7	2,2	260	230	290
	Maand	0,5	0,4	0,7	70	50	85
Ketamine	Ooit	1,1	0,9	1,4	150	120	180
	Jaar	0,5	0,4	0,6	60	50	80
	Maand	0,2	0,1	0,3	20	10	30

I. Het percentage ooit, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van drugs volgens de LSM-A 2016. II. 95%BI = 95% betrouwbaarheidsinterval, zie Bijlage 16.1. III. Absolute aantal Nederlanders omgerekend naar de bevolking van 18 jaar en ouder (afgerond op tienduizendtallen). Bron: LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS.

Problematisch middelengebruik

In de LSM-A is onder laatste-jaar-gebruikers van cannabis een vragenlijst afgenomen voor riskant cannabisgebruik (Cannabis Abuse Screening Test; CAST). Bij gebrek aan onderzoek met een uitgebreid diagnostisch instrument (zoals in NEMESIS-2), geeft deze screener een indicatie van riskant 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…

1. …heeft u cannabis gebruikt voor de middag?
2. … heeft u cannabis gebruikt terwijl u alleen was?
3. … heeft u geheugenproblemen gehad als u cannabis gebruikt?
4. … hebben uw vrienden of familie u verteld dat u minder cannabis zou moeten gebruiken of dat u zou moeten stoppen?
5. … heeft u geprobeerd om te stoppen met cannabis zonder dat het lukte?
6. … heeft u problemen gehad door uw cannabisgebruik?

De totale score op de CAST (binair) 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 totaalscore 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.

Ook is in de LSM-A 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).

D.3 Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU)

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2013 is voor het eerst op landelijke schaal het gebruik van middelen onder een specifieke groep van 3.335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15 tot en met 35 jaar bestudeerd via een online survey (Goossens, Frijns, Van Hasselt, & Van Laar, 2013). In HGU2016 is opnieuw het uitgaansleven van 4.905 frequente uitgaanders in kaart gebracht (Monshouwer, Van der Pol, Drost, & Van Laar, 2016).

Online surveys kunnen in korte tijd veel mensen uit moeilijk bereikbare groepen includeren. HGU onder uitgaande jongeren levert zo inzicht in middelengebruikspatronen, signaleert nieuwe trends en nieuwe drugs, en brengt belangrijke onderwerpen in een specifieke populatie in kaart. Echter, online surveys resulteren niet in een representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De resultaten kunnen dus indicatief zijn, maar de gevonden prevalenties van middelengebruik zijn niet representatief voor uitgaande jongeren in Nederland.

Vanwege de online onderzoeksmethode, moeten verschillen tussen HGU2013 en HG2016 zeer voorzichtig geïnterpreteerd worden. Er zijn verschillen tussen respondentkenmerken: op groepsniveau waren deelnemers aan HGU2016 jonger en hoger opgeleid, er waren minder frequent party/festival bezoekers en HGU2016 deelnemers hebben een meer mainstream muziekvoorkeur (zie tabel D.1). Deze verschillen worden vermoedelijk (deels) veroorzaakt door andere wervingsbronnen. In HGU2013 hing frequent party/festivalbezoek sterk samen met drugsgebruik onder jongeren en jongvolwassenen met een voorkeur voor techno en hardhouse en was het laatste-maand-gebruik van ecstasy, amfetamine en cocaïnegebruik het hoogst. Daarom valt het te verwachten dat in HGU2016 het middelengebruik lager ligt. Gezien de voorzichtigheid die geboden is bij het interpreteren van de resultaten van beide metingen, presenteert het Jaarbericht NDM alleen voorlopige cijfers uit het HGU2016, en rapporteren we in hoofdstuk 8 Nieuwe Psychoactieve Stoffen, waarvoor geen nationale cijfers beschikbaar zijn, alleen grote verschillen tussen HGU2013 en HGU2016.

Tabel D.1 Vergelijking deelnemers Het Grote Uitgaansonderzoek, peiljaar 2013 en 2016

	HGU2013	HGU2016
Werving	63% Partyflock	72% Facebook
Gemiddelde leeftijd	22,9 jaar	21,7 jaar
Hoogopgeleid	44%	54%
Bij ouders wonend	40%	54%
Ten minste maandelijks party/festival	45%	35%
Top 40 muziek 'heel slecht'	24%	13%
Techno 'heel goed'	65%	45%

D.4 Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)

De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. De meest recente gegevens die beschikbaar zijn betreffen het registratiejaar 2014. In deze bijlage worden de gegevens over 2014 samengevat. Zie het Jaarbericht

NDM 2017 voor een meer uitgebreide beschrijving. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingsmethode voor het bijschatten van de ontbrekende gegevens in de LBZ.

Wijzigingen in registratiemethode en bijschattingsmethode

De algemene ziekenhuizen stuurden tot en met het registratiejaar 2012 geanonimiseerde gegevens over de opnames naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Vanaf 2013 werd de LMR voortgezet in de vorm van de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). Ook Universitair Medische Centra (UMCs) leveren gegevens aan de LBZ (www.dhd.nl). In de LMR werden de opnames anoniem geregistreerd in ICD-9 codes. In de LBZ worden vanaf 2013 de opnames anoniem geregistreerd in ICD-10 codes (zie bijlage B). In zoverre ziekenhuisgegevens ontbraken, werden de ontbrekende gegevens bijgeschat om tot een schatting te komen van het totaal aantal ziekenhuisopnames. Voor het registratiejaar 2013 ontbraken echter teveel gegevens om tot een betrouwbare bijschatting te komen. Voor de hoofddiagnoses moest in 2013 per middel tussen de 17% en 25% worden bijgeschat en voor de nevendiagnoses moest per middel tussen de 18% en 28% worden bijgeschat. Voor 2014 waren er voldoende gegevens voorhanden en kon een nieuwe bijschattingsmethode worden toegepast.

Voor het registratiejaar 2014 hebben 88 van de 94 ziekenhuizen data aangeleverd en waren over het algemeen genomen de data voor de klinische opnames voor 94% compleet en waren de data voor de dagopnames voor 76% compleet (Dutch Hospital Data, 2016). Vanwege de overgang van ICD-9 codering naar ICD-10 codering en het ontbreken van voldoende gegevens voor het registratiejaar 2013, worden geen nieuwe trendgegevens gerapporteerd.

Hulpvraag en incidenten in algemene ziekenhuizen in 2014

De afgelopen jaren werden per jaar bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen geregistreerd (Dutch Hospital Data, 2015). Drugsproblemen spelen nauwelijks een rol (tabel 16.D4.1).

Voor informatie over de meest voorkomende hoofddiagnoses die in 2014 stonden geregistreerd bij de nevendiagnoses verwijzen wij naar het NDM Jaarbericht 2017.

Tabel 16.D4.1 **Klinische ziekenhuisopnames naar hoofddiagnose en nevendiagnose voor cannabis, cocaïne, opiaten, psychostimulantia (ecstasy, amfetamine), slaap- en kalmeringsmiddelen en alcohol. Peiljaar 2014**

Klinische ziekenhuisopnames	Cannabis	Cocaïne	Opiaten	Ecstasy	Amfetamine	Slaap- en kalmerings-middelen	Alcohol
				Psychostimulantia			
Hoofddiagnose (aantal)	100	150	146	339		1.741	4.682 +553 dagopnames
% psychische stoornis % vergiftiging % leverziekten % alvleesklierontsteking	76% 24%	58% 42%	57% 43%	34% 66%		8% 92%	47% 4% 36% 10%
Nevendiagnose (aantal)	995	813	906	388		1.210	17.368
Aantal personen gecorrigeerd voor dubbeltelling (aantal)	910	812	751	637		2.427	16.030
% man[I]	72%	76%	67%	63%		35%	71%
Gemiddelde leeftijd[II]	34 jaar	39 jaar	48 jaar	31 jaar		43 jaar	54 jaar
ICD-10 code Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van het middel	F12	F14	F11	F15		F13	F10
ICD-10 code Vergiftiging door het middel	T40.7	T40.5	T40.1 (heroïne), T40.3 (methadon)	T43.6		T42.3 (barbituraten) T42.4 (benzodiazepinen)	T51.0 (ethanol) T51.1 (methanol)

Klinische ziekenhuisopnames. I. Percentage man is berekend op aantal personen gecorrigeerd voor dubbeltelling. II. Gemiddelde leeftijd is berekend op aantal personen gecorrigeerd voor dubbeltelling. Bron: LBZ, DHD.

D.5 Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)

Een deel van de probleemgebruikers van alcohol of drugs zoekt hulp bij een instelling voor verslavingszorg. 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 bedacht dat mensen die bij de hulpverlening komen in zekere zin 'atypisch' zijn voor de totale groep mensen met een verslavingsprobleem. Er zijn indicaties dat verslaafden die hulp vragen er erger aan toe zijn dan verslaafden die dat nog niet doen. Zo komen (comorbide) psychische problemen doorgaans vaker voor bij cliënten van de verslavingszorg dan bij mensen die 'alleen' met een verslavingsprobleem kampen.

Factoren die, naast het voorkomen van probleemgebruik, evenzeer van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten zijn bijvoorbeeld veranderingen in het hulpverleningsaanbod (zoals anonieme, en dus niet geregistreerde e-health interventies) of veranderingen in financieringsstromen; een toe- of afname in de bereidheid hulp te zoeken of in het doorverwijzen (bijv. meer hulp via de eerstelijnszorg).

Ook veranderingen in de registratie zouden een rol kunnen spelen. Zo veranderde het aantal instellingen voor verslavingszorg dat geanonimiseerde gegevens aanleverde aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) tussen 2006 tot en met 2015 (zie onderstaande tabel 16.D5.1). 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.

Tabel 16.D5.1 Instellingen voor verslavingszorg die deelnemen aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS), registratiejaren 2006-2015

Instelling voor verslavingszorg	Registratiejaar									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Jellinek (Arkin)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
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				■	■	■	■	■	■	■

I. GGD Amsterdam biedt hulpverlening voor opiaatverslaafden. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

D.6 Monitor Drugsincidenten (MDI)

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met 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 spoedeisendehulpafdelingen 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 2017 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. De MDI geeft geen totaaloverzicht over Nederland, maar is wel goed in staat gebleken om grote veranderingen in drugsincidenten te signaleren.

Over de jaren wisselt de samenstelling van de deelnemers: enerzijds is in de loop der jaren het aantal deelnemers gegroeid, anderzijds zijn enkele deelnemers (tijdelijk) niet in staat om gegevens aan te leveren wegens veranderingen in hun eigen registratiesysteem of personele onderbezetting. Deze verschuivingen maken de interpretatie van trendgegevens lastig, mede omdat de gemelde gevallen verschillen tussen de regio's en tussen de deelnemende diensten. In 2017 waren 20 deelnemers actief in de MDI-registratie.

D.7 Scholierenonderzoeken (Peilstationsonderzoek, HBSC en ESPAD)

Het middelengebruik onder scholieren wordt in verschillende landelijke onderzoeken in kaart gebracht: het Peilstationsonderzoek scholieren, de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) en het European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD).

Sinds 1984 meet het Trimbos-instituut via het Peilstationsonderzoek scholieren om de vier jaar het gebruik van alcohol, drugs en tabak onder scholieren (Van Dorsselaer et al., 2016). Alternerend wordt sinds 2001 het Health Behaviour in School-aged Children onderzoek uitgevoerd. Vanaf 2014 zijn de beide studies onderdeel van de Leefstijlmonitor (Jeugd) (https://www.rivm.nl/Onderwerpen/L/Leefstijlmonitor).

Het Peilstationsonderzoek wordt sinds 2003 afgenomen op een representatieve steekproef van scholieren in groep 7 en 8 van de basisschool en scholieren van alle klassen van het regulier voortgezet onderwijs bestaande uit VMBO, HAVO en VWO. De representatieve steekproef wordt samengesteld via een random selectie van scholen (fase 1), gevolgd door een random selectie van klassen binnen die scholen (fase 2). Vanwege verschillen in het aantal klassen tussen het VMBO, de HAVO en het VWO, levert dit geen representatieve steekproef op van 17-18-jarigen, maar wel een representatieve steekproef van 12-16-jarigen die regulier onderwijs volgen. De leeftijdsgroep van 12-16 jaar is tevens de leeftijdsgroep waar het volksgezondheidsbeleid zich op richt via de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvenz.nl). Ter aanvulling is in 2015 en 2017 een apart onderzoek uitgevoerd om het middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar van het HBO en MBO in kaart te brengen (Tuithof, Van Dorsselaer, & Monshouwer, 2018).

Via het Peilstationsonderzoek scholieren kunnen goede vergelijkingen worden gemaakt over de jaren heen, zodat de trends in het middelengebruik onder scholieren goed in kaart kunnen worden gebracht. Zodra nieuwe middelen in opkomst zijn, worden deze meegenomen. Vanaf 1992 werden gokken en ecstasy meegenomen, vanaf 1996 werden paddo's meegenomen, vanaf 2011 internet en energiedrankjes

en vanaf 2015 zijn voor het eerst de elektronische sigaret, de waterpijp en lachgas meegenomen. Ook zijn vanaf 2015 voor het eerst in het voortgezet onderwijs de gegevens digitaal verzameld via internet.

Eveneens om de vier jaar wordt de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) studie uitgevoerd door de Universiteit Utrecht, het Trimbos-instituut en het Sociaal en Cultureel Planbureau. De HBSC studie ondervraagt scholieren van 11-16 jaar naar uiteenlopende leefstijlgedragingen. In vergelijking met het Peilstationsonderzoek worden minder drugs 'uitgevraagd': in de peiling van 2017 alleen cannabis, ecstasy en lachgas.

De HBSC-studie biedt internationale vergelijkingen voor jongeren van 11, 13 en 15 jaar. Ook doet Nederland sinds 1999 mee aan het European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) onder scholieren van 15 en 16 jaar. De laatste peiling is in 2015 verricht (http://www.espad.org/report/home).

E 16.5 Bijlage E Lijst van afkortingen

1,4-BD	1,4-Butaandiol
2C-B	4-Bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
3-MMC	3-Methylmethcathinone, 3-mephedrone
4,4o-DMAR	4-Methyl-5-(4-methylphenyl)-4,5-dihydrooxazol-2-amine
4-FA	4-Fluoramfetamine
4-MA	4-Methylamfetamine
4-MTA	4-Methylthioamfetamine
4F-iBF	4-Fluoroisobutyrylfentanyl
5-IT	5-(2-Aminopropyl)indool
5F-MDMB-PINACA	Methyl 2-{[1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carbonyl]amino}-3,3-dimethylbutanoate
6-APB	Benzo Fury
25B-NBOM	2-(4-Bromo-2,5-dimethoxyphenyl)-N[(2methoxyphenyl)methyl]ethanamine
25C-NBOMe	2-(4-Chloro-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-methoxyphenyl)methyl]ethanamine
25I-NBOMe	4-Jood-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)fenethylamine
AB-CHMINACA	N-(1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide
ACS	Amsterdamse Cohort Studies
ACT	Assertive Community Treatment
ADB-CHMINACA	N-(1-amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide
AH-7921	3,4-Dichloor-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AiG	Alles is Gezondheid
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
AM-2201	1-[(5-Fluoropentyl)-1H-indol-3-yl]-(naphthalen-1-yl)methanone
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
ANR	Alliantie Nederland Rookvrij
APAAN	Alfa-fenylacetoacetonitil
APV	Algemene Plaatselijke Verordening
Asp	Alcoholslotprogramma
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BAG	Bloedalcoholgehalte
BCD	Bond van Cannabis Detaillisten
BEGJ	Bureau Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie
Bibob	Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BMK	Benzyl-methyl-keton
BO	Basis Onderwijs
BOA	Buitengewoon Opsporingsambtenaar
BPS	Bedrijfsprocessensysteem
BUO	Buitengewoon Onderwijs
BVH	Basis Voorziening Handhaving
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
BZP	Benzylpiperazine
CADUMS	Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey
CAM	Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs
CAN	Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs
CAS	Canadian Addiction Survey
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CATCH	Cocaine Addiction Treatments to improve Control and reduce Harm
CBD	Cannabidiol
CBO	Centraal Begeleidings Orgaan
CBR	Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCV	Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CGL	RIVM Centrum Gezond Leven
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CJIB	Centraal Justitieel Incasso Bureau
CMR	Centrale Methadon Registratie
Coda-G4	Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COR	Continu Onderzoek Rookgewoonten
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CQI	Consumer Quality Index
CSEW	Crime Survey for England and Wales
CSV	Crimineel Samenwerkings Verband
CTADS	Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey
CUMYL-4CN-BINACA	1-(4-Cyanobutyl)-N-(2-phenylpropan-2-yl)-1H-indazole-3-carboxamide
CVA	Cerebraal Vasculaire Aandoening (beroerte)
CVS	Cliënt Volg Systeem
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DAAs	Direct Acting Antivirals
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DDD	Doorsnee Dag Dosis, standaarddagdosering
DEA	Drug Enforcement Administration
DHD	Dutch Hospital Data
DHW	Drank- en Horecawet
DIMS	Drugs Informatie en Monitoring Systeem
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen

DLIO	Dienst Landelijke Informatie Organisatie
DNRI	Dienst Nationale Recherche Informatie
DOB	2,5-Dimethoxy-4-bromoamfetamine
DPS	Depersonalisatiesyndroom
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EC	Europese Commissie/European Commission
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ECDD	Expert Committee on Drug Dependence
EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
EK	Eerste Kamer
EMA	Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (in het Nederlands: EWDD)
EMIS	European MSM Internet Survey
EPZ	Eerstelijns Psychologische Zorg
ERISSP	European Reporting on Illicit Synthetic Substance Production sites
ESPAD	European School Project on Alcohol and other Drugs
EU	Europese Unie/European Union
Euro-DEN	European drug emergencies network
EWDD	Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (in het Engels: EMCDDA)
EWS	Early Warning System
EZ	Ministerie van Economische Zaken
EZN	Elektronische sigaret zonder nicotine
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
FinEC	Financieel Economisch Opsporen Politie
FIOD	Fiscale Inlichtingen en Opsporings Dienst
FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst
FTIR	Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie
GB-GGZ	Generalistische Basis GGZ
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GBL	Gamma-butyrolacton
GDS	Global Drug Survey
GE	Gezondheidsenquête CBS
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHB	Gammahydroxyboterzuur
GIDS	Gezond in de stad
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
GW	Geneesmiddelenwet
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Treatment
HARC-team	Hit and Run Container team
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (studie)
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HDL-C	High density lipoprotein cholesterol
HGU	Het Grote Uitgaansonderzoek

Hiv	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HKS	Herkenningsdienstsysteem
HPPD	Hallucinogen persisting perception disorder (persisterende waarnemingsstoornis door hallucinogenen)
HUO	Haags Uitgaans Onderzoek
HVO	Hoger Voortgezet Onderwijs
ICD	International Classification of Diseases
ICPC	International Classification for Primary Care
IDG	Intraveneuze Drugsgebruiker
IFZO	applicatie Informatievoorziening Forensische Zorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPOL	Dienst van het Korps Landelijke Politie Diensten (KLPD), coördineert onder andere politie- en rechtshulpinformatie
ISD	Inrichting voor Stelselmatige Daders
ITC	International Tobacco Control
IVM	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
IVRK	Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind
IVZ	Stichting Informatievoorziening Zorg
JJI	Justitiële Jeugdinrichting
JOGG	Jongeren Op Gezond Gewicht
JWH-018	1-Pentyl-3-(1-naphthoyl)indole
KMar	Koninklijke Marechaussee
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KWF	Koningin Wilhelmina Fonds Kankerbestrijding
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LASA	Longitudinal Aging Study Amsterdam
LBO	Lager Beroeps Onderwijs
LBZ	Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg
(L)EMA	(Lichte) Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer
LFO	Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen
LIEC	Landelijk Informatie en Expertise Centrum
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
LIS	Letsel Informatie Systeem
LIV	Levamisolgeïnduceerde vasculopathie
LJ&R	Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering
LMIG	Landelijke Monitor Intramurale GGZ
LMR	Landelijke Medische Registratie
LMSP	Landelijk Medisch Spreekuur Partydrugs
LO	Lager Onderwijs
LPGGz	Landelijk Platform GGz, thans MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
LSD	d-Lysergzuur-diethylamide
LSM	Leefstijlmonitor
LSM-A	Leefstijlmonitor-Aanvullend
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
LVO	Lager Voortgezet Onderwijs
lwoo	Leerwegondersteunend onderwijs
MAF	Methoxyacetylfentanyl
MAPA	Methyl 3-oxo-2-phenyl butanoate
MATE	Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie

MBDB	N-methyl-1-(3,4-methyleen-dioxyphenyl)-2-butanamine
MBO	Middelbaar Beroeps Onderwijs
mCPP	meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (metachloorpiperazine)
MDA	Methyleen-dioxyamfetamine
MDEA	Methyleen-dioxyethylamfetamine
MDI	Monitor Drugsincidenten
MDMA	3,4-Methyleen-dioxymethamfetamine
MDPV	3,4-Methyleendioxypyrovaleron
MGC	Monitor Georganiseerde Criminaliteit
MKBA	Maatschappelijke Kosten en Baten Analyse
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MND	Meldpunt Nieuwe Drugs
MO/VB-regio	Regio voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid
MOSAIC	MSM Observational Study of Acute Infection with hepatitis C
MPPC	Most Popular Price Category (meest populaire prijsklasse)
MSM	Mannen die sex hebben met mannen
MT-45	1-Cyclohexyl-4-(1,2-diphenylethyl)piperazine
MVO	Middelbaar Voortgezet Onderwijs
MXE	Methoxetamine
NCV	Nederlands Centrum Verslavingskunde
NDB	Nationale Dreigingsbeeld
NDM	Nationale Drug Monitor
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NFI	Nederlands Forensisch Instituut
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NICE	National Intensive Care Evaluation
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NISPA	Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMG	Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
NP	Nationale Politie
NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek
NPP	Nationaal Programma Preventie
NPS	Nieuwe Psychoactieve Stoffen
NSCK	Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde
NSWO	Nederlandse Vereniging voor Slaap- en Waak Onderzoek
NVIC	Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVWA	Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OBJD	Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OM	Openbaar Ministerie
OMG	Outlaw Motorcycle Gang
OPS	Opsporingsregister
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PBW	Penitentiaire Beginselenwet

PenH-plan	Preventie- en Handhavingsplan
PGB	Persoonsgebonden budget
PICS	Precursor Incidents Communication System
PIT	Post/Pakket Interventieteam
PMA	Paramethoxyamfetamine
PMK	Piperonyl-methyl-keton
PMMA	Paramethoxymethylamfetamine
POH-GGZ	Praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
Pro	Praktijkonderwijs
pSID	Platform Strategisch Inhoudelijk Deskundigen
PY	Persoonsjaren
RARHA	Reducing Alcohol Related Harm
RdGG	Reinier de Graaf Groep
REC-4	Regionaal Expertise Centrum, school voor speciaal onderwijs
RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RIEC	Regionaal Informatie- en Expertisecentrum
RIOB	Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling
RISc	Recidive Inschattings Schalen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RJM	Roken Jeugd Monitor
RN	Reclassering Nederland
ROC	Regionaal opleidingencentrum
ROI	Rijden Onder Invloed
ROM	Routine Outcome Monitoring
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAR	Stichting Alcohol Research
SBG	Stichting Benchmark GGZ
SBO	Speciaal Basis Onderwijs
SCORE	Sewage analysis CORe group - Europe
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp(afdeling)
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SHM	Stichting HIV Monitoring
SIVZ	zie: IVZ
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SOCTA	European Serious and Organised Crime Threat Assessment
Sr	Wetboek van Strafrecht
SSI	Stichting Sigarettenindustrie
STAD	STockholm prevents Alcohol and other Drugs
STAP	Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid
STIVA	Stichting Verantwoord Alcoholgebruik
Sv	Wetboek van Strafvordering
SVG	Stichting Verslavingsreclassering van de Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
TBS	Terbeschikkingstelling
TCS	Tobacco Control Scale
TDP	Tabaksproductenrichtlijn EU
THC	Tetrahydrocannabinol

THF-F	Tetrahydrofuranylfentanyl: N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]oxolane-2-carboxamide
TK	Tweede Kamer
TNCO waarde	Teer, nicotine en koolmonoxide waarde
TNS NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
TPD	Tabaksproductenrichtlijn
TULP	TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
UMC	Universitair Medisch Centrum
UT	Universiteit Twente
UvA	Universiteit van Amsterdam
VKN	Verslavingskunde Nederland
VMBO	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
VMBO-b	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – basisberoepsgerichte leerweg
VMBO-p	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg
VMBO-t	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg
VN	Verenigde Naties
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VPN	Verslavingspreventie Nederland
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWO	Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAP	Weighted Average Price (gewogen gemiddelde prijs)
WEF	Wereld Economisch Forum
WHO	World Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)
Wlz	Wet langdurige zorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WO	Wetenschappelijk Onderwijs
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WVL	Rijkswaterstaat Water, Verkeer en Leefomgeving
Wvmc	Wet voorkoming misbruik chemicaliën
WvS	Wetboek van Strafrecht
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet

F 16.6 Bijlage F Verklaring van tekens

-	tot en met, bijvoorbeeld “15-64 jaar” betekent “15 tot en met 64 jaar”
-	(in tabellen) gegevens niet beschikbaar, gegevens ontbreken, niet gemeten
…	wijziging in de methode, bijvoorbeeld “2005 … 2009” betekent dat door een wijziging in de methode de gegevens voor 2009 niet vergeleken kunnen worden met de gegevens uit 2005
<	minder dan, bijvoorbeeld “<1%” betekent “minder dan 1%”
≤	minder dan of gelijk aan, bijvoorbeeld “≤15%” betekent “minder dan of gelijk aan 15%”
>	meer dan, bijvoorbeeld “>1%” betekent “meer dan 1%”
≥	meer dan of gelijk aan, bijvoorbeeld “≥15%” betekent “meer dan of gelijk aan 15%”

17. Referenties

R 17 Referenties ▶ pagina 494

17. Referenties

Achterbergh, R. (2015). *A case-holding initiative for the early detection of HIV and sexual transmitted infections in high risk MSM [Oral poster Aids Impact; 28-31 juli 2015].*

Adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen. (2018). *Een experiment met een gesloten cannabisketen*. Den Haag: Adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen.

Åhman, A., Jerkeman, A., Blomé, M. A., Björkman, P., & Håkansson, A. (2018). Mortality and causes of death among people who inject amphetamine: A long-term follow-up cohort study from a needle exchange program in Sweden. *Drug and Alcohol Dependence*, *188*, 274–280.

Alderliefste, G.-J. (2016). DPS en HPPD: signalering, diagnostiek en behandeling van persistente waarnemingsstoornissen na partydrugs. *Verslaving*, *12*, 172–184.

Andersson Elffers en Fellix. (2018). *Forensische zorgen: Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg*. Utrecht: AEF.

Angus, C., Li, J., Romero-Rodriguez, E., Anderson, P., Parrott, S., & Brennan, A. (2018). Cost-effectiveness of strategies to improve delivery of brief interventions for heavy drinking in primary care: results from the ODHIN trial. *European Journal of Public Health*, 17.09.2018.

Anthony, J. C. (2006). *The epidemiology of cannabis dependence.* Cambridge: Cambridge University.

Asrani, S. K., Devarbhavi, H., Eaton, J., & Kamath, P. S. (2018). Burden of liver diseases in the world. *Journal of Hepatology*.

Aune, D., Schlesinger, S., Norat, T., & Riboli, E. (2018). Tobacco smoking and the risk of heart failure: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Preventive Cardiology*.

Australian Institute of Health and Welfare. (2014). *National Drug Strategy Household Survey detailed report 2013*. *Drug statistics series*. Canberra: AIHW.

Australian Institute of Health and Welfare. (2017). *National Drug Strategy Household Survey 2016: Key findings*. Canberra: AIHW.

Baggio, S., Deline, S., Studer, J., N'Goran, A., Mohler-Kuo, M., Daeppen, J. B., & Gmel, G. (2014). Concurrent Versus Simultaneous Use of Alcohol and Non-Medical Use of Prescription Drugs: Is Simultaneous Use Worse for Mental, Social, and Health Issues? *Journal of Psychoactive Drugs*, *46*(4), 334–339.

Bakker, B. (2015). *Geluk uit een potje: Waarom we te veel slikken*. Amsterdam: Podium.

Bala, M. M., Strzeszynski, L., & Topor-Madry, R. (2017). Mass media interventions for smoking cessation in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Banks, E., Joshy, G., Weber, M. F., Liu, B., Grenfell, R., Egger, S., … Beral, V. (2015). Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. *BMC Medicine*, *13*(38).

Barendregt, C., De Wit, N., Van Straaten, B., & Rodenburg, G. (2017). *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.

Barrios, L., Grison-Hernando, H., Boels, D., Bouquie, R., Monteil-Ganiere, C., & Clement, R. (2016). Death following ingestion of methylone. *International Journal of Legal Medicine*, *130*(2), 381–385.

Battistella, G., Fornari, E., Annoni, J.M., Chtioui, H., Dao, K., Fabritius, M. et al. (2014). Long-term effects of cannabis on brain structure. *Neuropsychopharmacology, 39*(9), 2041-2048.

Been, F., Bijlsma, L., Benaglia, L., Berset, J. D., Botero-Coy, A. M., Castiglioni, S., … Ort, C. (2016). Assessing geographical differences in illicit drug consumption - A comparison of results from epidemiological and wastewater data in Germany and Switzerland. *Drug and Alcohol Dependence*, *161*, 189–199.

Been, J. V., Nurmatov, U. B., Cox, B., Nawrot, T. S., van Schayck, C. P., & Sheikh, A. (2014). Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, *383*(9928), 1549–1560.

Bennett, T. H., Holloway, K. R., Brookman, F., Parry, O., & Gorden, C. (2014). Explaining prescription drug misuse among students from a widening access university: The role of techniques of neutralization. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *21*(3), 189–196.

Benschop, A., Nabben, T., & Korf, D. J. (2011). *Antenne 2010: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Benschop, A., Nabben, T., & Korf, D. J. (2013). *Antenne 2012: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Benschop, A., Nabben, T., & Korf, D. J. (2015). *Antenne 2014: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Benschop, W. J., Bujalski, M., Dabrowska, K., Demetrovics, Z., Egger, D., Felinczi, K., … Wouters, M. (2017). *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.

Betzler, F., Viohl, L., & Romanczuk-Seiferth, N. (2017). Decision-making in chronic ecstasy users: a systematic review. *European Journal of Neuroscience*, *45*(1), 34–44.

Beurmanjer, H., & De Weert, G. (2013). *Tendens: Trends in Wonen, Werken en Middelengebruik 2012-2013: een update*. Arnhem: IrisZorg.

Beurmanjer, H., Asperslag, E. M., Verbrugge, C. A. G., Schellekens, A. F. A., Oliemeulen, L. E. A. P., De Jong, C. A. J., & Dijkstra, B. A. G. (2016). *GHB afhankelijkheid: ziektepercepties en behandelingsbehoeftes*. Nijmegen: NISPA Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction.

Beurmanjer, H., Kamal, R. M., De Jong, C. A. J., Dijkstra, B. A. G., & Schellekens, A. F. A. (2018). Baclofen to Prevent Relapse in Gamma-Hydroxybutyrate (GHB)-Dependent Patients: A Multicentre, Open-Label, Non-Randomized, Controlled Trial. *CNS Drugs, 32*(5), 437-442.

Beurmanjer, H., Verbrugge, C. A. G., Schellekens, A. F. A., De Jong, C. A. J., & Dijkstra, B. A. G. (2016). *Behandeling van GHB afhankelijkheid na detoxificatie: Eindrapportage NISPA GHB monitor 2.0*. Nijmegen: NISPA.

Bieleman, B., Mennes, R., & Sijtstra, M. (2017). *Coffeeshops in Nederland 2016*. Groningen-Rotterdam.

Bijwerkingencentrum Lareb. (2017a). *Overview of reports on methylphenidate in adults*. Den Bosch: Bijwerkingencentrum Lareb.

Bijwerkingencentrum Lareb. (2017b). Ritalin (methylfenidaat). Retrieved October 22, 2018, from https://www.lareb.nl/nl/databank/Result?drug=RITALIN%28METHYLFENIDAAT%29&formGroup=Tablet&atc=N06BA04.

Blankers, M., Ketelaars, T., Uitterhaegen, B., & Van Laar, M. W. (2017). Cannabisregulering in de Verenigde Staten: modellen en effecten op het terrein van de volksgezondheid. Utrecht: Trimbos-instituut.

Blokker, B. M., Wagensveld, I. M., Weustink, A. C., Oosterhuis, J. W., & Hunink, M. G. M. (2016). Non-invasive or minimally invasive autopsy compared to conventional autopsy of suspected natural deaths in adults: a systematic review. *European Radiology*, *26*(4), 1159–1179.

Blokker, B. M., Weustink, A. C., Hunink, M. G. M., & Oosterhuis, J. W. (2016). Autopsy of Adult Patients Deceased in an Academic Hospital: Considerations of Doctors and Next-of-Kin in the Consent Process. *PLoS ONE*, *11*(10), 1–13.

Blom, M., Blokdijk, D., & Weijters, G. (2017). *Recidive na een educatieve maatregel voor verkeersovertreders of tijdens een Alcoholslotprogramma [Cahier 2017-15]*. Den Bosch: WODC.

Boendermaker, M., & Bieleman, B. (2013). *Monitor Regionaal Kompas Oost-Veluwe: Metingen 2009 tot en met 2012*. Groningen: Intraval.

Boerman, F., Grapendaal, M., Nieuwenhuis, F., & Stoffers, E. (2017). *Nationaal dreigingsbeeld 2017: georganiseerde criminaliteit.* Driebergen: Politie; Dienst Landelijke Informatieorganisatie.

Bogdanovica, I., Godfrey, F., McNeill, A., & Britton, J. (2011). Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey methods and results. *Tobacco Control*, *20*(4).

Bommelé, J., & Van Laar, M. W. (2017). *Notitie Derdehands Rook*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bommelé, J., Scheffers-van Schayk, T., De Josselin de Jong, S., & Van Laar, M. W. (2018). *Verkenning JGZ : preventiebeleid over roken*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Borodovsky, J. T., Lee, D. C., Crosier, B. S., Gabrielli, J. L., Sargent, J. D., & Budney, A. J. (2017). U.S. cannabis legalization and use of vaping and edible products among youth. *Drug and Alcohol Dependence*, *177*, 299–306.

Boschloo, L., Vogelzangs, N., Smit, J. H., Van den Brink, W., Veltman, D. J., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, *131*(1–3), 233–242.

Botticelli, M. P. (2017). *Changing Federal Terminology Regarding Substance Use and Substance Use Disorders*. Washington, D.C.: Office of National Drug Control Policy.

Bransen, E., Collard, P., Van der Poel, A., & Boon, B. (2016). *Sociale wijkteams en verslavingspreventie: Tijdige signalering en interventie bij problematisch gebruik van alcohol en drugs: Strategische verkenning*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Brat, G. A., Agniel, D., Beam, A., Yorkgitis, B., Bicket, M., Homer, M., … Kohane, I. (2018). Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: Retrospective cohort study. *BMJ (Online)*, *360*, j5790.

Breedveld, K., & Lammertink, N. (2016). *Rookvrije schoolterreinen 2016*. Utrecht: Mulier Instituut.

Breemer, J. N., De Jong, W. M., Krummacher, N., & Wolter, R. (2009). *Pilotproject Actief Testen in de GGZ en maatschappelijke opvang 2007-2008: evaluatierapport*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond.

Broekhuizen, L. (2014). Gevallen door oxazepam. *Huisarts en Wetenschap*, *57*(1), 3.

Brunt, T. M., Koeter, M. W., Niesink, R. J. M., & Van Den Brink, W. (2012). Linking the pharmacological content of ecstasy tablets to the subjective experiences of drug users. *Psychopharmacology*, *220*(4), 751–762.

Brunt, T. M., Van den Berg, J., Pennings, E., & Venhuis, B. (2017). Adverse effects of levamisole in cocaine users: a review and risk assessment. *Archives of Toxicology*, *91*(6), 2303–2313.

Brunt, T., Van Amsterdam, J., & Van den Brink, W. (2014). GHB, GBL and 1,4-BD addiction. *Current Pharmaceutical Design*, *20*(25), 4076–4085.

Buisman, R., & Croes, E. (2014). *Factsheet Elektronische Sigaretten (E-sigaretten)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Buisman, R., & Van Laar, M. W. (2015). *Factsheet Waterpijp*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Burton, R., Henn, C., Lavoie, D., O'Conner, R., Perkins, C., Sweeney, K., … Wolff, A. (2016). *The Public Health Burden of Alcohol and the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Alcohol Control Policies: An evidence review*. London: Public Health England.

Buster, M., & Oosterveer, T. (2017). *Onderzoek Winteropvang 2016/17*. Amsterdam: GGD Amsterdam, Afdeling EGZ.

Buster, M., & Van Brussel, G. (2011). *De GGD Amsterdam en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: OGGZ-monitor 2010*. Amsterdam: GGD Amsterdam.

Caiata-Zufferey, M. (2012). From danger to risk: Categorising and valuing recreational heroin and cocaine use. *Health, Risk and Society*, *14*(5), 427–443.

Canadian Tobacco Alcohol and Drugs Survey. (2015). *Canadian Tobacco Alcohol and Drugs (CTADS): 2015 summary*. Ottawa: Government of Canada.

Cao, D. N., Shi, J.-J., Hao, W., Wu, N., & Li, J. (2016). Advances and challenges in pharmacotherapeutics for amphetamine-type stimulants addiction. *European Journal of Pharmacology*, *780*, 129–135.

Carbia, C., Lopez-Caneda, E., Corral, M., & Cadaveira, F. (2018). A systematic review of neuropsychological studies involving young binge drinkers. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *90*, 332–349.

Carpentier, P. J. (2014). Verslaving in ontwikkelingsperspectief: de rol van antisociale gedragsstoornis en ADHD in de ontwikkeling van problematisch middelengebruik. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *56*(2), 95–105.

Carrico, A. W., Gómez, W., Jain, J., Shoptaw, S., Discepola, M. V., Olem, D., … Moskowitz, J. T. (2018). Randomized controlled trial of a positive affect intervention for methamphetamine users. *Drug and Alcohol Dependence*, *192*, 8–15.

Carvalho, M., Carmo, H., Costa, V. M., Capela, J. P., Pontes, H., Remião, F., … Bastos, M. de L. (2012). Toxicity of amphetamines: an update. *Archives of Toxicology*, *86*(8), 1167–1231.

Casajuana, C., Lopez-Pelayo, H., Balcells, M. M., Miquel, L., Colom, J., & Gual, A. (2016). Definitions of Risky and Problematic Cannabis Use: A Systematic Review. *Substance Use and Misuse, 51*(13), 1760-1770.

Casati, A., Sedefov, R., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). Misuse of Medicines in the European Union: A Systematic Review of the Literature. *European Addiction Research*, *18*(5), 228–245.

Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H. et al., (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biological Psychiatry, 57*(10), 1117-1127

Castaneto, M. S., Gorelick, D. A., Desrosiers, N. A., Hartman, R. L., Pirard, S., & Huestis, M. A. (2014). Synthetic cannabinoids: Epidemiology, pharmacodynamics, and clinical implications. *Drug and Alcohol Dependence*, *144*(1), 12–41.

CBS. (2013). *Veiligheidsmonitor 2012.* Den Haag/Heerlen: CBS.

CBS. (2017). *Veiligheidsmonitor 2016.* Den Haag/Heerlen: CBS.

CBS. (2017). *Veiligheidsmonitor 2016.* Den Haag/Heerlen: CBS.

Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Secondhand Smoke Facts*. Atlanta: CDC.

Chadwick, B., Miller, M. L., & Hurd, Y. L. (2013). Cannabis Use during Adolescent Development: Susceptibility to Psychiatric Illness. *Frontiers in Psychiatry*, *4*, 129.

Chavannes, N., Drenthen, T., Wind, L., Van Avendonk, M., Van Den Donk, M., & Verduijn, M. (2017). *NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.

Chen, C. Y., Storr, C. L., & Anthony, J. C. (2009). Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addictive Behaviors*, *34*(3), 319-322.

Chen, R., Wilson, K., Chen, Y., Zhang, D., Qin, X., He, M., … Copeland, J. R. (2013). Association between environmental tobacco smoke exposure and dementia syndromes. *Occupational and Environmental Medicine*, *70*(1), 63–69.

Cheng, G. L. F., Zeng, H., Leung, M. K., Zhang, H. J., Lau, B. W. M., Liu, Y. P., … Lee, T. M. C. (2013). Heroin abuse accelerates biological aging: a novel insight from telomerase and brain imaging interaction. *Translational Psychiatry*, *3*, 1–10.

Ciccone, C. D. (2017). Medical Marijuana: Just the Beginning of a Long, Strange Trip? *Physical Therapy*, *97*(2), 239–248.

Claussen, M. C., Hassanpour, K., Jenewein, J., & Boettger, S. (2014). Catatonic stupor secondary to gamma-hydroxy-butyric acid (GHB)-dependence and -withdrawal syndrome. *Psychiatria Danubina*, *26*(4), 358–359.

Colell, E., Domingo-Salvany, A., Espelt, A., Parés-Badell, O., & Brugal, M. T. (2018). Differences in mortality in a cohort of cocaine use disorder patients with concurrent alcohol or opiates disorder. *Addiction*, *113*(6), 1045–1055.

Connor, J. (2017). Alcohol consumption as a cause of cancer. *Addiction*, *112*(2), 222–228.

Cooper, Z. D. (2016). Adverse Effects of Synthetic Cannabinoids: Management of Acute Toxicity and Withdrawal. *Current Psychiatry Reports*, *18*(5), 52.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. (2008). *Risicoschatting cannabis*. Bilthoven: RIVM.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. (2011). *Risicoschatting gamma-hydroxyboterzuur 2011*. Bilthoven: CAM.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. (2013). *CAM Quick Scan rapportage: gamma-butyrolacton (GBL)*. Bilthoven: RIVM.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. (2015). *CAM Quick Scan rapportage van levamisol; 2014 Update*. Bilthoven: RIVM.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. (2016). *Risicobeoordeling 4-fluoramfetamine (4-FA)*. Bilthoven: CAM.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs. (2018). *CAM Quick Scan rapportage van fentanyl en fentanyl-analoga*. Bilthoven: CAM.

Corkery, J. M., Claridge, H., Goodair, C., & Schifano, F. (2017). An exploratory study of information sources and key findings on UK cocaine-related deaths. *Journal of Psychopharmacology*, *31*(8), 996–1014.

Couvy-Duchesne, B., O'Callaghan, V., Parker, R., Mills, N., Kirk, K. M., Scott, J., … Gillespie, N. A. (2018). Nineteen and Up study (19Up): understanding pathways to mental health disorders in young Australian twins. *BMJ Open*, *8*(3), e018959.

Croes, E., & Wijers, L. (2017). *Ernstige intoxicaties na ecstasygebruik: Gegevens uit de Monitor Drugsincidenten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Crul, B. V. M. (2006). Dokter als drugspusher: Ontwenningscampagne voor benzodiazepinen gewenst. *Medisch Contact*, *61*(35), 1374–1375.

Cruts, G., Van Laar, M., & Buster, M. (2013). *Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland*. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/GGD Amsterdam.

Cservenka, A., & Brumback, T. (2017). The Burden of Binge and Heavy Drinking on the Brain: Effects on Adolescent and Young Adult Neural Structure and Function. *Frontiers in Psychology*, 30.06.2017.

Curran, H. V., Freeman, T. P., Mokrysz, C., Lewis, D. A., Morgan, C. J., & Parsons, L. H. (2016). Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, *17*(5), 293-306.

D'Errico, S. (2018). Commentary. Fentanyl-related death and the underreporting risk. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, *60*, 35–37.

D'Errico, S., Niballi, S., & Bonuccelli, D. (2018). Aortic dissection in cocaine abuse: A fatal case. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, *58*, 179–182.

Danaei, G., Ding, E. L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehm, J., Murray, C. J., & Ezzati, M. (2009). The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Medicine*, *6*(4).

Danielsson, A. K., Falkstedt, D., Hemmingsson, T., Allebeck, P., & Agardh, E. (2015). Cannabis use among Swedish men in adolescence and the risk of adverse life course outcomes: results from a 20 year-follow-up study. *Addiction*, *110*(11), 1794-1802.

De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. *Trimbos instituut*. Utrecht: Trimbos-instituut.

De Graaf, R., Ten Have, M., Tuithof, M., & Van Dorsselaer, S. (2012). *Incidentie van psychische aandoeningen: Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2*. Utrecht: Trimbos-instituut.

De Greeff, J.; Goossens, F. X.; Sannen, A. M. L.; Kooke, H.; Van Hasselt, N. E. (2017). *Alcohol en drugs bij evenementen: Leidraad voor gemeenten 2.0*. Utrecht: Trimbos-instituut.

De Jong, M., Poelmans, I., Ernst, M., & Timmermans, P. (2011). *Tendens 2010: Alcohol- en druggebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. Arnhem: IrisZorg.

De Kinderen, R. J. A., Wijnen, B. F. M., Evers, S. M. A. A., Hiligsmann, M., Paulus, A. T. G., & De Wit, G. A. (2016). *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.

De Looze, M., Van Dorsselaer, S., De Roos, S., Verdurmen, J., Stevens, G., Gommans, R., … Vollebergh, W. (2014). *HBSC 2013: gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland.* Utrecht: Universiteit Utrecht.

De Sousa Fernandes Perna, E. B., Theunissen, E. L., Dolder, P. C., Mason, N. L., Hutten, N. R. P. W., Toennes, S. W., … Ramaekers, J. G. (2018). Safety Profile and Neurocognitive Function Following Acute 4-Fluoroamphetamine (4-FA) Administration in Humans. *Frontiers in Pharmacology*, *9*(713).

De Weert-Van Oene, G. H., Schellekens, A. F. A., Dijkstra, B. A. G., Kamal, R., & De Jong, C. A. J. (2013). Detoxificatie van patiënten met ghb-afhankelijkheid. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *55*(11), 885–890.

De Win, M. M. L. (2007). *Neurotoxicity of ecstasy: causality, course, and clinical relevance*. Retrieved from http://dare.uva.nl.

De Wit, G. A., Van Gils, P. F., Over, E. A. B., Suijkerbuijk, A. W. M., Lokkerbol, J., Smit, F., … De Kinderen, R. J. A. (2016). *Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen*. Bilthoven: RIVM.

Defrancesco, M., Marksteiner, J., Fleischhacker, W. W., & Blasko, I. (2015). Use of Benzodiazepines in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Literature. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *18*(10), 1–11.

Degenhardt, L., Bruno, R., & Topp, L. (2010). Is ecstasy a drug of dependence? *Drug and Alcohol Dependence*, *107*(1), 1–10.

Delforterie, M. J., Creemers, H. E., & Huizink, A. C. (2014). Recent cannabis use among adolescent and young adult immigrants in the Netherlands - The roles of acculturation strategy and linguistic acculturation. *Drug and Alcohol Dependence*, *136*, 79–84.

Den Bak, R. R., Popma, A., Nauta-Jansen, L., Nieuwbeerta, P., & Jansen, J. M. (2018). *Psychosociale criminogene factoren en neurobiologische kenmerken van mannelijke gedetineerden in Nederland*. Leiden: Universiteit Leiden.

Dias da Cruz, E. L., Martins, P. D. C., & Diniz, P. R. B. (2017). Factors related to the association of social anxiety disorder and alcohol use among adolescents: a systematic review. *The Journal of Pediatrics*, *93*(5), 442–451.

Di Forti, M., Sallis, H., Allegri, F., Trotta, A., Ferraro, L., Stilo, S.A. et al., (2014). *Daily Use, Especially of High-Potency Cannabis, Drives the Earlier Onset of Psychosis in Cannabis Users. Schizophrenia Bulletin, 40*(6),1509-17.

Dijkshoorn, H., Schilthuis, W., & Van Bakkum, F. (2016, 2016a, 2016b). *Jeugd en genotmiddelen 2016: Onderzoek naar alcohol- en druggebruik in klas 5 en 6 van havo & vwo in Amsterdam*. Amsterdam: GGD Amsterdam.

Dijkstra, B. A. G., Kamal, R., Van Noorden, M. S., De Haan, H., Loonen, A. J. M., & De Jong, C. A. J. (2017). Detoxification with titration and tapering in gamma-hydroxybutyrate (GHB) dependent patients: The Dutch GHB monitor project. *Drug and Alcohol Dependence*, *170*, 164–173.

Dijkstra, B., Van Oort, M., Schellekens, A., De Haan, H., & De Jong, C. (2017). *Richtlijn detoxificatie van psychoactieve middelen: Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.

Dines, A. M., Wood, D. M., Yates, C., Heyerdahl, F., Hovda, K. E., Giraudon, I., … Dargan, P. I. (2015). Acute recreational drug and new psychoactive substance toxicity in Europe: 12 months data collection from the European Drug Emergencies Network (Euro-DEN). *Clinical Toxicology*, *53*(9), 893–900.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, *328*(1519).

Donaldson, C. D., Nakawaki, B., & Crano, W. D. (2015). Variations in parental monitoring and predictions of adolescent prescription opioid and stimulant misuse. *Addictive Behaviors*, *45*, 14–21.

Dong, X., Ba, F., Wang, R., & Zheng, D. (2018). Imaging appearance of myelopathy secondary to nitrous oxide abuse: a case report and review of the literature. *International Journal of Neuroscience*, 1–10.

Drückler, S., Van Rooijen, M. S., & De Vries, H. J. C. (2018). 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. *Sexually Transmitted Diseases*, *45*(5), 325–331.

Dutch Hospital Data. (2015). *Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2013*. Utrecht: DHD.

Dutch Hospital Data. (2016). *DHD Jaarbeeld 2015*. Utrecht: DHD.

El Marroun, H., Brown, Q.L., Olea Lund, I., Coleman-Cowger, V.H., Loree, A.M., Chawla, D., Washio, Y. (2018). *An epidemiological, developmental and clinical overview of cannabis use during pregnancy, Preventive Medicine, 116*, 1–5.

Englund, A., Freeman, T. P., Murray, R. M., & McGuire, P. (2017). Can we make cannabis safer? *The Lancet Psychiatry*, *4*(8), 643–648.

Estrada, G., Fatjo-Vilas, M., Munoz, M.J., Pulido, G., Minano, M.J., Toledo, E. et al., (2011). *Cannabis use and age at onset of psychosis: further evidence of interaction with COMT Val158Met polymorphism. Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*(6), 485-492.

European Commission. (2011). *Flash Eurobarometer 330: Youth attitudes on drugs: Analytical report. European Comission*. Brussels: European Commission, Directorate-General for Justice/Directorate-General for Communication.

European Commission. (2014). *Flash Eurobarometer 401: Young People and Drugs*. Brussels: European Commission, Directorate-General for Justice/Directorate-General for Communication.

European Commission. (2017). *Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes: Special Eurobarometer 458*. Brussels: European Commission.

European Commission. (2017). *Progress report on the implementation of the Commission Communication "Stepping up the fight against cigarette smuggling and other forms of illicit trade in tobacco products - a comprehensive EU strategy (Com (2013) final of 6.6.2013)"; COM 2017 235 final*. Brussels: European Commission.

European Commission. (2018a). *Proposal for a Council Directive amending Directive 92/83/EEC on the harmonization of the structures of excise duties on alcohol and alcoholic beverages*. Brussels: European Commission.

European Commission. (2018b). *Report from the Commission to the European Parliament and the Council regarding the mandatory labelling of the list of ingredients and the nutrition declaration of alcoholic beverages*. Brussels: European Commission.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009). *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*. Lisbon: EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2014). *Drug use, impaired driving and traffic accidents: Second edition*. *Insight Series* (Vol. 8). Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015). *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.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015). *European Drug Report 2015: Trends and Developments*. *European Monitoring of Drugs and Drugs Addiction*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2016). *Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe: Update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017). *European Drug Report 2017: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018). *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018a). Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study. Retrieved September 3, 2018, from http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis_en.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018b). *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018c). Statistical Bulletin 2018 - problem drug use. Retrieved August 23, 2018, from http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/pdu_en.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018c). *AB-CHMINACA: Report on the risk assessment of N-(1- amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl)-1- (cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances: Risk Assessments 24*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018d). *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.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018e). *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.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018f). *Carfentanil: Report on the risk assessment of methyl 1-(2-phenylethyl)-4-[phenyl(propanoyl) amino]piperidine-4-carboxylate in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances: Risk Assessments 28*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018g). *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.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018h). *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.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018i). *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.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018j). *New psychoactive substances in prison: EMCDDA Rapid Coomunication: Results from an EMCDDA trendspotter study*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018k). *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.

Faber, T., Kumar, A., Mackenbach, J. P., Millett, C., Basu, S., Sheikh, A., & Been, J. V. (2017). Effect of tobacco control policies on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *2*(9), 420–437.

Falkstedt, D., Wolff, V., Allebeck, P., Hemmingsson, T., Danielsson, A.K. (2017). *Cannabis, Tobacco, Alcohol Use, and the Risk of Early Stroke: A Population-Based Cohort Study of 45 000 Swedish Men. Stroke, 48*(2), 265-270.

Farmer, R. F., Seeley, J. R., Kosty, D. B., Gau, J. M., Duncan, S. C., Lynskey, M. T., & Lewinsohn, P. M. (2015). Internalizing and externalizing psychopathology as predictors of cannabis use disorder onset during adolescence and early adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, *29*(3), 541-551.

Federatie Opvang, VNG, GGZ Nederland, & Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2018). *Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2021*. Den Haag: FO/VNG/GGZ Nederland/Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Feduccia, A. A., Holland, J., & Mithoefer, M. C. (2018). Progress and promise for the MDMA drug development program. *Psychopharmacology*, *235*(2), 561–571.

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2015). Psychosocial sequelae of cannabis use and implications for policy: findings from the Christchurch Health and Development Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(9), 1317-1326.

Ferwerda, H., Van Hasselt, N., Van Ham, T., & Voorham, L. (2012). *De juiste snaar? Professionals met een publieke taak en de omgang met overlast, agressie en geweld als gevolg van alcohol- en/of drugsgebruik*. Den Haag: WODC.

Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M., & Munafo, M. R. (2017). The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine and Tobacco Research*, *19*(1), 3–13.

Fonseca Pego, A. M., De Souza Eller Franco de Oliveira, S. C. W., De Oliveira, T. F., Leyton, V., Miziara, I., & Yonamine, M. (2018). Cocaine toxicological findings in cases of violent death in Sao Paulo city - Brazil. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, *60*, 3–8.

Freeman, T. P., Morgan, C. J., Hindocha, C., Schafer, G., Das, R. K., & Curran, H. V. (2014). Just say "know": how do cannabinoid concentrations influence users' estimates of cannabis potency and the amount they roll in joints? *Addiction*, *109*(10), 1686-1694.

Freeman, T. P., Van der Pol, P., Kuijpers, W., Wisselink, J., Das, R., Rigter, S., … Lynskey, M. (2018). Changes in cannabis potency and first-time admissions to drug treatment: a 16-year study in the Netherlands. *Psychological Medicine*, *48*(14), 2346–2352.

Freeman, T.P., Winstock, A.R. (2015). *Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. Psychological Medicine, 45*(15), 3181-3189.

Garakani, A., Jaffe, R. J., Savla, D., Welch, A. K., Protin, C. A., Bryson, E. O., & McDowell, D. M. (2016). Neurologic, psychiatric, and other medical manifestations of nitrous oxide abuse: A systematic review of the case literature. *American Journal on Addictions*, *25*(5), 358-369.

GBD 2015 Tobacco Collaborators. (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, *389*(10082), 1885-1906.

GBD 2016 Alcohol Collaborators. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* , *392*(10152), 1015–1035.

GDS. (2017). Global Drug Survey 2017. Retrieved from https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/themes/globaldrugsurvey/results/GDS2017_key-findings-report_final.pdf.

GDS. (2018). *Global Drug Survey 2018.* Retrieved September 13, 2018, from https://www.globaldrugsurvey.com/gds-2018/.

Gemeente Amsterdam. (2015). *Tabaksontmoedigingsbeleid 2016-2019*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.

Gemeente Heerlen, Gemeente Utrecht, & Gemeente Eindhoven. (2014). Manifest Joint Regulation. Utrecht: Gemeente Heerlen/Gemeente Utrecht/Gemeente Eindhoven.

Gerechtshof Den Haag. (2018). *ECLI:NL:GHDHA:2018:172*. Den Haag: Rechtspraak.nl.

Gerritsen, M., Van der Voort, J., Rougoor, W., Smits, T., & Huizer, S. (2015). *Economische effecten beperken verkooppunten tabak: omzet- en werkgelegenheidseffecten verkooppunten als gevolg van verbod tabaksverkoop*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

Gezondheidsraad. (2003). *Volksgezondheidsschade door passief roken*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad. (2015). *Richtlijnen goede voeding 2015*. Den Haag: Gezondheidsraad.

GGD Amsterdam. (2014). *In de nesten: analyse van de voorgeschiedenis van een groep jongvolwassen geweldadige veelplegers uit Amsterdam*. Amsterdam: GGD Amsterdam.

GGD Amsterdam. (2017). *Jaarverslag GGD Amsterdam 2016*. Amsterdam: GGD Amsterdam.

GGD-GHOR Nederland. (2017). *GGD'en op weg naar een rookvrije generatie: GGD-Actieplan 2017-2020*. Utrecht: GGD-GHOR Nederland.

Giroud, C., De Cesare, M., Berthet, A., Varlet, V., Concha-Lozano, N., & Favrat, B. (2015). E-Cigarettes: A Review of New Trends in Cannabis Use. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(8), 9988–10008.

Goossens, F. X., & Van Hasselt, N. E. (2015). *Strategische Verkenning Uitgaansdrugs 2015: Denkrichtingen voor de preventie van (gezondheidsschade door) het gebruik van uitgaansdrugs onder jongeren en jongvolwassenen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Goossens, F. X., Frijns, T., Van Hasselt, N. E., & Van Laar, M. W. (2013). *Het Grote Uitgaansonderzoek 2013: Uitgaanspatronen, middelengebruik en risicogedrag onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Gould, M. S., Walsh, B. T., Munfakh, J. L., Kleinman, M., Duan, N., Olfson, M., … Cooper, T. (2009). Sudden Death and Use of Stimulant Medications in Youths. *American Journal of Psychiatry*, *166*(9), 992–1001.

Green, S. H., Bayer, R., & Fairchild, A. L. (2016). Evidence, Policy, and E-Cigarettes - Will England Reframe the Debate? *New England Journal of Medicine*, *374*(14), 1301–1303.

Griens, A. M. G. F., Janssen-Hoge, J. M., Kroon, J. D. L., Lukaart, J. S., & Van der Vaart, R. J. (2017). *Data en feiten 2017: Het jaar 2016 in cijfers*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kerngetallen.

Griffith-Lendering, M. F. H. (2013). Cannabis use, cognitive functioning and behaviour problems. Leiden: Universiteit Leiden.

Groenman, A. P., Janssen, T. W. P., & Oosterlaan, J. (2017). Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse: A Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(7), 556–569.

Grund, J.-P., De Bruin, D., & Van Gaalen, S. (2018). Going knock — Recurrent comatose GHB intoxication in the Netherlands & Flanders (Belgium). *International Journal of Drug Policy*, *58*, 137–148.

Gunn, J.K., Rosales, C.B., Center, K.E., Nunez, A., Gibson, S.J., Christ, C. et al. (2016). *Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 6*(4).

Gutter, M., & Tilanus, A. (2017). *NIX18 2017: Eindrapportage campagne-effectonderzoek (S49)*. Den Haag: Kantar Public.

Hagstad, S., Bjerg, A., Ekerljung, L., Backman, H., Lindberg, A., Ronmark, E., & Lundback, B. (2014). Passive smoking exposure is associated with increased Risk of COPD in never smokers. *Chest*, *145*(6), 1298–1304.

Hall, W. (2015). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, *110*(1), 19-35.

Hall, W. (2009). *The adverse health effects of cannabis use: what are they, and what are their implications for policy?. International Journal of Drug Policy, 20*, 458-466.

Hall, W., & Degenhardt, L. (2014). The adverse health effects of chronic cannabis use. *Drug Test & Analytics*, *6*(1-2), 39-45.

Halpern, J. H., Sherwood, A. R., Hudson, J. I., Gruber, S., Kozin, D., & Pope, H. G. (2011). Residual neurocognitive features of long-term ecstasy users with minimal exposure to other drugs. *Addiction*, *106*(4), 777–786.

Halpin, L. E., Collins, S. A., & Yamamoto, B. K. (2014). Neurotoxicity of methamphetamine and 3,4-methylenedioxymethamphetamine. *Life Sciences*, *97*(1), 37–44.

Hamerlijnck, D. (2013). *Factsheet accijns 2013*. Den Haag: Hartstichting.

Hanck, L., & Schellekens, A. F. A. (2013). Persisterende waarnemingsstoornissen na het gebruik van ecstasy. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, *157*, A5649.

Harteloh, P. P. M. (2014). *Verschuivingen in de doodsoorzakenstatistiek bij de introductie van het automatisch coderen*. Den Haag: CBS.

Harteloh, P., Van Hilten, O., & Kardaun, J. (2014). *Het automatisch coderen van doodsoorzaken: Een nieuwe werkwijze bij de doodsoorzakenstatistiek*. Den Haag: CBS.

Hartung, B., Kauferstein, S., Ritz-Timme, S., Daldrup, T. (2014). Sudden unexpected death under acute influence of cannabis. *Forensic Science International, 237*, 11-13.

Hasin, D. S., Kerridge, B. T., Saha, T. D., Huang, B., Pickering, R., Smith, S. M., … Grant, B. F. (2016). Prevalence and Correlates of DSM-5 Cannabis Use Disorder, 2012-2013: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III.*American Journal of Psychiatry, 173*(6), 588-599.

Haufroid, V., & Hantson, P. (2015). CYP2D6 genetic polymorphisms and their relevance for poisoning due to amfetamines, opioid analgesics and antidepressants. *Clinical Toxicology*, *53*(5), 501–510.

Hazekamp, A., & Epifanova, S. (2017). Grote variatie in samenstelling cannabisolie noopt tot regels. *Pharmaceutisch Weekblad*, *152*(44), 16–18.

Heddema, S., Erwich, J. J., Oppenraaij, R. van, Slingerland, J., Been, J., Croes, M., … Van der Houwen, C. (2018). *Praktijkadvies gebruik nicotinevervangende middelen in de zwangerschap*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hels, T., Bernhoft, I. M., Lyckegaard, L., Houwing, S., Hagenzieker, M., Legrand, S., … Verstraete, A. (2011). 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.]. Brussels: European Commission.

Hendriks, V., Blanken, P., Croes, E., Schippers, G., Schellekens, A., Stollenga, M., & Van den Brink, W. (2018). *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.

Hendy, H. M., Black, P., Can, S. H., Fleischut, A., & Aksen, D. (2018). Opioid Abuse as Maladaptive Coping to Life Stressors in U.S. Adults. *Journal of Drug Issues*, *48*(4), 560–571.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2004). *The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.* Stockholm: CAN.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stochkholm: CAN.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stochkholm: CAN.

Hibell, B., Molinaro, S., Siciliano, V., & Kraus, L. (2015). *The ESPAD validity study in four countries in 2013*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Home Office. (2018). *Drug Misuse: Findings from the 2017/18 Crime Survey for England and Wales*.

Hindocha C., Shaban, N.D.C., Freeman, T.P., Das, R.K., Gale, G., Schafer, G., Falconer, C.J., Morgan, C.J.A., Curran, H.V. (2015) Associations between cigarette smoking and cannabis dependence: a study of young cannabis users in the United Kingdom. *Drug and Alcohol Dependence, 148*, 165-171.

Hondebrink, L., Nugteren-van Lonkhuyzen, J. J., Van Der Gouwe, D., & Brunt, T. M. (2015). Monitoring new psychoactive substances (NPS) in The Netherlands: Data from the drug market and the Poisons Information Centre. *Drug and Alcohol Dependence*, *147*, 109–115.

Hooper, S.R., Woolley, D., De Bellis, M.D. (2014). Intellectual, neurocognitive, and academic achievement in abstinent adolescents with cannabis use disorder. *Psychopharmacology, 231*(8), 1467-1477.

Hopman, P., & Croes, E. (2017). *Kinderen en roken: een aantal feiten op een rij*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Houwing, S. (2011). *GHB-gebruik onder ernstig gewonde autobestuurders opgenomen in het ziekenhuis: R-2011-14*. Leidschendam: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid SWOV.

Houwing, S., & Hagenzieker, M. P. (2013). *Geneesmiddelen en drugs in het Nederlandse verkeer: Resultaten van het Europese onderzoeksproject DRUID die relevant zijn voor het Nederlandse verkeersveiligheidsbeleid*. Leidschendam: SWOV.

Huizink, A.C. (2014). *Prenatal cannabis exposure and infant outcomes: overview of studies. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 52*, 45-52.

I & O Research. (2018). *Rijden onder invloed in Nederland in 2002-2017: Ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten*. Den Haag: Ministerie van Infrastructuur & Milieu, Rijkswaterstaat.

IMS Health. (2018). *Anti-rook Trimbos 25-05-2018 [spreadsheet]*. Den Haag: IMS Health.

Inspectie Justitie en Veiligheid. (2018). *Het arrestantenregime, een wankel evenwicht: thematisch onderzoek*. Den Haag: Inspectie Veiligheid en Justitie.

Intraval/Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit. (2017). *Inventarisatie naleefniveau rookvrij horeca najaar 2016*. Groningen/Utrecht: Intraval/nVWA.

Intraval/Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit. (2018). *Inventarisatie naleefniveau rookvrije horeca najaar 2017*. Groningen/Utrecht: Intraval/nVWA.

Intraval/Nuchter. (2015). *Kopen en verkrijgen van tabak door jongeren: implicaties voor preventie, handhaving en naleving*. Groningen/Nijmegen: Intraval/Nuchter.

Iversen, L. (2008). *Speed, Ecstasy, Ritalin: The Science of Amphetamines*. Oxford: Oxford University Press.

Jager, G. (2006). *Functional MRI studies in human ecstasy and cannabis users.* Utrecht: Universiteit Utrecht.

Jha, P., & Peto, R. (2014). Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *The New England Journal of Medicine*, *370*(1), 60–68.

Jones, J. L., Mateus, C. F., Malcolm, R. J., Brady, K. T., & Back, S. E. (2018). Efficacy of ketamine in the treatment of substance use disorders: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 24 July 2018.

Joossens, L., & Raw, M. (2013). *The Tobacco Control Scale 2013 in Europe*. Brussels: Association of European Cancer Leagues.

Joossens, L., & Raw, M. (2017). *The Tobacco Control Scale 2016 in Europe*. Brussels: Association of European Cancer Leagues.

Joostensz, T. (2018). Ketamine als middel tegen depressie? Retrieved October 8, 2018, from https://kennisinzicht.umcg.nl/Paginas/Ketamine-als-middel-tegen-depressie.aspx.

Jouanjus, E., Raymond, V., Lapeyre-Mestre, M., Wolff, V. (2017). What is the Current Knowledge About the Cardiovascular Risk for Users of Cannabis-Based Products? A Systematic Review. *Current Atherosclerosis Reports, 19*(6), 26.

Kalechstein, A. D., De La Garza, R., Mahoney, J. J., Fantegrossi, W. E., & Newton, T. F. (2007). MDMA use and neurocognition: a meta-analytic review. *Psychopharmacology*, *189*(4), 531–537.

Kalidien, S. N. (2018). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2017: Ontwikkelingen en samenhangen: Cahier 2018-19*. Den Haag: WODC, CBS, Raad voor de rechtspraak.

Kamal, R. M., Dijkstra, B. A. G., De Weert-van Oene, G. H., Van Duren, J. A. M., & De Jong, C. A. J. (2017). Psychiatric comorbidity, psychological distress, and quality of life in gamma-hydroxybutyrate-dependent patients. *Journal of Addictive Diseases*, *36*(1), 72–79.

Kan, A. A., Nugteren-van Lonkhuyzen, J. J., Mulder-Spijkerboer, H. N., Van Velzen, A. G., De Lange, D. W., Van Riel, A. J. H. P., & De Vries, I. (2018). *Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2017*. Utrecht: NVIC.

Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., … Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2*, CD004148.

Kantar Public. (2016). *NIX18 Deelcampagne Jongeren en roken*. Den Haag: Kantar Public.

Kantar Public. (2017). *NIX 18 - Legitimatieplicht: Eindrapportage campagne-effectonderzoek*. Den Haag: Kantar Public.

Karamouzian, M., Dohoo, C., Forsting, S., McNeil, R., Kerr, T., & Lysyshyn, M. (2018). Evaluation of a fentanyl drug checking service for clients of a supervised injection facility, Vancouver, Canada. *Harm Reduction Journal*, *15*(46).

Karila, L., Megarbane, B., Cottencin, O., & Lejoyeux, M. (2015). Synthetic Cathinones: A New Public Health Problem. *Current Neuropharmacology*, *13*(1), 12–20.

Keddie, S., Adams, A., Kelso, A. R. C., Turner, B., Schmierer, K., Gnanapavan, S., … Noyce, A. J. (2018). No laughing matter: subacute degeneration of the spinal cord due to nitrous oxide inhalation. *Journal of Neurology*, *265*(5), 1089–1095.

Keetman, M., Beuker, R., & Van der Meer, R. (2017). *Winterkoudeonderzoek 2016/2017: Rapportage Den Haag*. Den Haag: GGD Haaglanden.

Kelly, J. F., Saitz, R., & Wakeman, S. (2016). Language, Substance Use Disorders, and Policy: The Need to Reach Consensus on an "Addiction-ary." *Alcoholism Treatment Quarterly*, *34*(1), 116–123.

Kepper, A., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., & Vollebergh, W. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *20*(6), 311–319.

Kepper, A., Van den Eijnden, R., Monshouwer, K., & Vollebergh, W. (2014). Understanding the elevated risk of substance use by adolescents in special education and residential youth care: the role of individual, family and peer factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *23*(6), 461–472.

Kepper, A., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., & Vollebergh, W. (2009). *Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg: Resultaten meting oktober - december 2008*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., De Vroome, T., & Vollebergh, W. (2009). *Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen: Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel. Universiteit Utrecht, departement Algemene Sociale Wetenschappen, in opdracht van Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Ministerie van Justitie*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Ketelaars, T., & Croes, E. (2015). *Factsheet Effecten van accijns en prijs op het gebruik van tabaksproducten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kienhuis, A., Mahieu, K., Te Biesebeek, J. D., & Venhuis, B. (2018). *RIVM informatiebrochure: Residuen van gewasbeschermingsmiddelen in cannabis: Extra risico voor de gebruiker?* Bilthoven: RIVM.

Kleijne, I. (2017). Stijgend aantal vergiftigingen door olie van cannabis. Retrieved from https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/stijgend-aantal-vergiftigingen-door-olie-van-cannabis.htm.

Kleine, I. (2018). Psychische stoornis nu ook grondslag voor Wlz. *Medisch Contact*, *14*(5 april 2018).

Kleinjan, M., Bommelé, J., Verdurmen, J. E., & Van Laar, M. W. (2016). *Het bespreken van (stoppen met) roken door de huisartsen en andere zorgverleners (tandarsten, medisch specialisten en verloskundigen): factsheet*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Klomp, A., Den Hollander, B., De Bruin, K., Booij, J., & Reneman, L. (2012). The Effects of Ecstasy (MDMA) on Brain Serotonin Transporters Are Dependent on Age-of-First Exposure in Recreational Users and Animals. *PLoS ONE*, *7*(10), e47524.

Knoops, L., Bakker, I., Van Bodegom, R., & Zantkuijl, P. (2015). *Tina en slammen: MSM, crystal meth-gebruik en het injecteren van drugs in een seksuele setting*. Amsterdam: Mainline/Soa Aids Nederland.

Koenraadt, R., & Van de Ven, K. (2018). The Internet and lifestyle drugs: an analysis of demographic characteristics, methods, and motives of online purchasers of illicit lifestyle drugs in the Netherlands. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *25*(4), 345–355.

Koning, R., & Niesink, R. (2013). Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS): niets nieuws onder de zon. *Verslaving*, *9*(1), 47–59.

Koopsen, J., Van Steenbergen, J. E., Richardus, J. H., Prins, M., Op de Coul, E. L. M., Croes, E. A., … Veldhuijzen, I. K. (submitted). Chronic hepatitis B and C infections in the Netherlands: estimated prevalence in high-risk groups and the general population.

Kooyman, J. (2018). *Doordeweeks sporten, drugs in het weekend.* Retrieved January 5, 2018, from https://www.nrc.nl/nieuws/2018/01/05/drank-en-drugs-en-groente-en-sport-a1587153.

Korf, D. J., Van Ginkel, P., & Benschop, A. (2010). How to find non-dependent opiate users: A comparison of sampling methods in a field study of opium and heroin users. *International Journal of Drug Policy*, *21*(3), 215–221.

KPMG. (2017). Monitor Generalistische Basis GGZ: verslagperiode 2011-2015. Amstelveen: KPMG.

Kraus, L., Leifman, H., & Vicente, J. (2016). *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Kromhout, M., Kornalijnslijper, N., & De Klerk, M. (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking: Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kruisbergen, E. W., Van de Bunt, H. G., & Kleemans, E. R. (2017). *Georganiseerde criminaliteit in Nederland: Vierde rapportage op grond van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit*. Meppel: Boom Lemma.

Kruiter, J., Schilder, J., & Van Teunenbroek, M. (2018). *Alles is gezondheid... in beeld: monitorrapportage 2017*. Utrecht: Sardes.

Kruithof, K., Aldridge, J., Décary-Hétu, D., Sim, M., Dusjo, E., & Hoorens, S. (2016). *Internet-facilitated drugs trade: an analysis of the size, scope and the role of the Netherlands.* Santa Monica: RAND Corporation.

Kruize, A., & Bieleman, B. (2013). *Monitor daklоosheid en chronische verslavingsproblematiek Twente 2013: Metingen 2007 - 2012*. Groningen: Intraval.

Kruize, A., & Bieleman, B. (2014). *Monitor daklоosheid en chronische verslavingsproblematiek Enschede 2014: Metingen 2008-2013*. Groningen: Intraval.
Kruize, A., & Bieleman, B. (2015). *Onderzoek kopen tabak door jongeren: meting 2014*. Groningen-Rotterdam: Intraval.

Kruize, A., & Bieleman, B. (2016). *Monitor kopen tabak door jongeren: meting 2016*. Groningen-Rotterdam: Intraval.

Kruize, A., Mennes, R., & Bieleman, B. (2018). *Inventarisatie alcoholmarketing*. Groningen-Rotterdam: Breuer-Intraval.

Kruize, A., Schelleman-Offermans, K., & Bieleman, B. (2017). *Kopen en verkrijgen van tabak door jongeren 2014/2015 en 2016*. Groningen/Nijmegen: Intraval/Nuchter.

Kruize, P., & Gruter, P. (2014). *Drugsdelicten beschouwd: over aard & omvang van Opiumwetfeiten in 2012 geregistreerd bij politie en Koninklijke Marechaussee.* Den Haag: WODC.

Kudlacek, O., Hofmaier, T., Luf, A., Mayer, F. P., Stockner, T., Nagy, C., … Sitte, H. H. (2017). Cocaine adulteration. *Journal of Chemical Neuroanatomy*, *83–84*, 75–81.

Kuepper, R., Van Winkel R., Henquet, C. (2013). *Cannabis als risicofactor voor psychose: een update. Tijdschrift voor Psychiatrie, 55*(11), 867-872.

Kuipers, M. A., Monshouwer, K., Van Laar, M. W., & Kunst, A. E. (2015). Tobacco Control and Socioeconomic Inequalities in Adolescent Smoking in Europe. *American Journal of Preventive Medicine*, *49*(5), e64–e72.

Kunst, L. E., & Gebhardt, W. A. (2018). Prevalence and Psychosocial Correlates of Party-Drug Use and Associated Problems among University Students in the Netherlands. *Substance Use and Misuse*, *53*(12), 2077–2088.

Kuypers, K. P. C., Theunissen, E. L., Van Wel, J.H.P., De Sousa Fernandes Perna, E.B., Linssen, A., … Ramaekers, J. G. (2016). Verbal Memory Impairment in Polydrug Ecstasy users: A Clinical Perspective. *PLoS ONE*, *11*(2), 1–15.

Kuypers, K. P. C., Verkes, R. J., Van den Brink, W., Van Amsterdam, J. G. C., & Ramaekers, J. G. (2018). Intoxicated aggression: Do alcohol and stimulants cause dose-related aggression? A review. *European Neuropsychopharmacology*, *June 22*.

Kypri, K., & McCambridge, J. (2018). Alcohol must be recognised as a drug. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *362*, k3944.

Lader, M. (2014). Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *British Journal of Clinical Pharmacology*, *77*(2), 295–301.

Lameijer, M. A., Wijers, L., Croes, E., De Ruiter, N., & Valkenberg, H. (2018). *Monitor Drugsincidenten: Factsheet 2017*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Landelijk Bureau BIBOB. (2018). *Jaarverslag 2017*. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Lanting, C. I., Van Wouwe, J. P., Van Dommelen, P., Van der Pal-De Bruin, K. M., De Josselin De Jong, S., & Van Laar, M. (2015). *Alcoholgebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding*. Leiden/Utrecht: TNO/Trimbos-instituut.

Lee, N. K., & Rawson, R. A. (2008). A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Review*, *27*(3), 309–317.

Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *31*(3), 328–341.

Leemrijse, C. J., Bongers, M., Nielen, M., & Devillé, W. (2010). *Hepatits C in penitentiaire inrichtingen: Een onderzoek naar prevalentie*. Utrecht: Nivel.

Leslie, E. M., Smirnov, A., Cherney, A., Wells, H., Legosz, M., Kemp, R., & Najman, J. M. (2018). Predictors of Aggressive Behavior While under the Influence of Illicit Drugs among Young Adult Methamphetamine Users. *Substance Use & Misuse*, *53*(14), 2439–2443.

Leufkens, T. R. M., Ramaekers, J. G., De Weerd, A. W., Riedel, W. J., & Vermeeren, A. (2014). Residual effects of zopiclone 7.5 mg on highway driving performance in insomnia patients and healthy controls: a placebo controlled crossover study. *Psychopharmacology*, *231*(14), 2785–2798.

Leung, K. S., & Cottler, L. B. (2008). Ecstasy and other club drugs: a review of recent epidemiologic studies. *Current Opinion in Psychiatry*, *21*, 234–241.

Leung, L. T., Ho, S. Y., Wang, M. P., & Lam, T. H. (2018). Secondhand smoke from multiple sources, thirdhand smoke and respiratory symptoms in Hong Kong adolescents. *Nicotine and Tobacco Research*, *20*(2), 192–198.

Linckens, P., Valstar, P., & Van Gemmert, N. (2016). *DJI in getal 2011-2015.* Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Lindenburg, C. E., Lambers, F. A., Urbanus, A. T., Schinkel, J., Jansen, P. L., Krol, A., … Weegink, C. J. (2011). Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, *23*(1), 23–31.

Linsen, F., Koning, R. P. J., Van Laar, M. W., Niesink, R. J. M., Koeter, M. W., & Brunt, T. M. (2015). 4-Fluoroamphetamine in the Netherlands: more than a one-night stand. *Addiction*, *110*(7), 1138–1143.

Litjens, R. P. W., Brunt, T. M., Alderliefste, G.-J., & Westerink, R. H. S. (2014). Hallucinogen persisting perception disorder and the serotonergic system: A comprehensive review including new MDMA-related clinical cases. *European Neuropsychopharmacology*, *24*(8), 1309–1323.

Liu, J., & Wang, L. (2015). Baclofen for alcohol withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD008502.

Loi, B., Corkery, J. M., Claridge, H., Goodair, C., Chiappini, S., Clemente, C. G., & Schifano, F. (2015). Deaths of individuals aged 16-24 years in the UK after using mephedrone. *Human Psychopharmacology*, *30*(4), 225–232.

Louwen, F., Van Veen, M., & Versluys, K. (2016). *Beleidsverkenning Kennisniveau schadelijkheid van alcohol*. Dongen/Den Haag: GfK/Rijksoverheid.

Löve, A. S. C., Baz-Lomba, J. A., Reid, M. J., Kankaanpää, A., Gunnar, T., Dam, M., … Thomas, K. V. (2018). Analysis of stimulant drugs in the wastewater of five Nordic capitals. *Science of the Total Environment*, *627*, 1039–1047.

Luijk, S., Nabben, T., Korf, D. J., Van Bakkum, F., Krouwel, J., & Noijen, J. (2018). *Antenne Gooi en Vechtstreek 2017: Het gebruik van alcohol, tabak en drugs onder jongeren en jongvolwassenen in de regio.* Amsterdam: Bonger Instituut voor Criminologie.

Lusthof, K. J., Oosting, R., Maes, A., Verschraagen, M., Dijkhuizen, A., & Sprong, A. G. A. (2011). A case of extreme agitation and death after the use of mephedrone in The Netherlands. *Forensic Science International*, *206*, e93–e95.

Ma, K., Baloch, Z., He, T. T., & Xia, X. (2017). Alcohol Consumption and Gastric Cancer Risk: A Meta-Analysis. *Medical Science Monitor*, *23*, 238–246.

Macfarlane, V., & Christie, G. (2015). Synthetic cannabinoid withdrawal: A new demand on detoxification services. *Drug and Alcohol Review*, *34*(2), 147–153.

Mainline. (2017). *MSM chems online monitor 2016-2017*. Amsterdam: Mainline.

Malmberg, M., Overbeek, G., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, W. A. M., & Engels, R. C. M. E. (2010). Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. *Journal of Behavioral Medicine*, *33*(6), 474–485.

Mandos, E., & Dujardin, M. (2017). *Daklozenenquête Rotterdam 2016-2017*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam.

Manthey, L., Lohbeck, M., Giltay, E. J., Van Veena, T., Zitman, F. G., & Penninx, B. W. J. H. (2012). Correlates of benzodiazepine dependence in the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Addiction*, *107*(12), 2173–2182.

Manthey, L., Van Veen, T., Giltay, E. J., Stoop, J. E., Knuistingh Neven, A., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2011). Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *British Journal of Clinical Pharmacology*, *71*(2), 263–272.

Marin, A. C., Kelly, B. C., & Parsons, J. T. (2017). The Other Side of the Story: Knowledge Transfer and Advice-Giving in a Drug Subculture. *Deviant Behavior*, *38*(5), 514–532.

McCabe, S. E., West, B. T., Teter, C. J., & Boyd, C. J. (2014). Trends in medical use, diversion, and nonmedical use of prescription medications among college students from 2003 to 2013: Connecting the dots. *Addictive Behaviors*, *39*(7), 1176–1182.

McCrabb, S., Baker, A. L., Attia, J., Skelton, E., Twyman, L., Palazzi, K., … Bonevski, B. (2018). Internet-Based Programs Incorporating Behavior Change Techniques Are Associated With Increased Smoking Cessation in the General Population: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*.

McGowan, C. R., Harris, M., Platt, L., Hope, V., & Rhodes, T. (2018). Fentanyl self-testing outside supervised injection settings to prevent opioid overdose : Do we know enough to promote it? *International Journal of Drug Policy*, *58*, 31–36.

McKetin, R. (2018). Methamphetamine psychosis: insights from the past. *Addiction*, *113*(8), 1522–1527.

McKetin, R., Copeland, J., Norberg, M. M., Bruno, R., Hides, L., & Khawar, L. (2014). The effect of the ecstasy "come-down" on the diagnosis of ecstasy dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, *139*, 26–32.

McKnight, C., & Des Jarlais, D. C. (2018). Being "hooked up" during a sharp increase in the availability of illicitly manufactured fentanyl: Adaptations of drug using practices among people who use drugs (PWUD) in New York City. *International Journal of Drug Policy*, *60*, 82–88.

Medisch Contact. (2015). *Douane onderschept illegale medicijnen.* Retrieved from https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/douane-onderschept-illegale-medicijnen.htm.

Meesters, M. (2015). *Het failliet van het gedogen. Op weg naar de cannabiswet*. Den Haag: VNG.

Meier, M.H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R.S., McDonald, K., Ward, A., Poulton, R., Moffitt, T.E. (2012). *Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. PNAS USA, 109*(40), E2657-E2664.

Meier, P. S., Holmes, J., Angus, C., Ally, A. K., Meng, Y., & Brennan, A. (2016). Estimated Effects of Different Alcohol Taxation and Price Policies on Health Inequalities: A Mathematical Modelling Study. *PLoS Med*, *13*(2), e1001963.

Meijer, E. (2017). *This is [not] who I am : understanding identity in continued smoking and smoking cessation*. Leiden: Universiteit Leiden.

Mennes, R., Snippe, J., Sijtstra, M., & Bieleman, B. (2016a). *Lokaal gezien: verdiepingsstudie monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid meting 2015/16.* Groningen-Rotterdam: Intraval.

Mennes, R., Snippe, J., Sijtstra, M., & Bieleman, B. (2016b). *Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid: meting 2015*. Groningen-Rotterdam: Intraval.

Mennes, R., Snippe, J., Sijtstra, M., & Bieleman, B. (2017a). *Lokaal bekeken: verdiepingsstudie monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid meting 2016/17*. Groningen-Rotterdam: Intraval.

Mennes, R., Snippe, J., Sijtstra, M., & Bieleman, B. (2017b). *Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid: meting 2016*. Groningen- Rotterdam: Intraval.

Meruelo, A. D., Castro, N., Cota, C. I., & Tapert, S. F. (2017). Cannabis and alcohol use, and the developing brain. *Behavioural Brain Research*, *325*(Pt A), 44–50.

Mills, B., Yepes, A., & Nugent, K. (2015). Synthetic Cannabinoids. *The American Journal of the Medical Sciences*, *350*(1), 59–62.

Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2014). *Veiligheidsagenda 2015-2018*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2018). *Preventie houdt je gezonder: Verslag van rondetafelgesprekken ter voorbereiding*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Möhle, M., Van der Pol, P., Van Goor, M., & Goossens, F. (2018). *Strategische Verkenning Cannabispreventie: Denkrichtingen om (problematisch) cannabisgebruik door jongeren te voorkomen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Mol, T., Wisselink, J., Kuijpers, W., & Dijkstra, B. (2014). GHB: recidive op eenzame hoogte. *Verslaving*, *10*(3), 69–79.

Monshouwer, K., Blankers, M., Van der Meer, R., & Van Laar, M. W. (2017). *Factsheet Roken en depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Monshouwer, K., Van der Pol, P., Drost, Y. C., & Van Laar, M. W. (2016). *Het Grote Uitgaansonderzoek 2016: Uitgaanspatronen, middelengebruik en preventieve maatregelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., & Van der Pol, P. (2018). *Factsheet riskant cannabisgebruik in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Verdurmen, J. E., Bogt, T. Ter, De Graaf, R., & Vollebergh, W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children. Findings from a Dutch survey. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, *188*, 148–153.

Monwell, B., Bülow, P., & Gerdner, A. (2016). Type of opioid dependence among patients seeking opioid substitution treatment: are there differences in background and severity of problems? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *11*, 23.

Morgan, C. J. A., & Curran, H. V. (2006). Acute and chronic effects of ketamine upon human memory: A review. *Psychopharmacology*, *188*(4), 408–424.

Morren, M., & Willems, R. (2015). *Gezondheidsenquête 2014: een analyse van de methodebreuk*. Heerlen: CBS.

Mouhamed, Y., Vishnyakov, A., Qorri, B., Sambi, M., Frank, S. S., Nowierski, C., … Szewczuk, M. R. (2018). Therapeutic potential of medicinal marijuana: an educational primer for health care professionals. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, *10*, 45–66.

Mounteney, J., Giraudon, I., Denissov, G., & Griffiths, P. (2015). Fentanyls: Are we missing the signs? Highly potent and on the rise in Europe. *International Journal of Drug Policy*, *26*(7), 626–631.

Muetzelfeldt, L., Kamboj, S. K., Rees, H., Taylor, J., Morgan, C. J. A., & Curran, H. V. (2008). Journey through the K-hole: Phenomenological aspects of ketamine use. *Drug and Alcohol Dependence*, *95*(3), 219–229.

Muñoz-Vahos, C. H., Herrera-Uribe, S., Arbeláez-Cortés, Á., Jaramillo-Arroyave, D., González-Naranjo, L. A., Vásquez-Duque, G., … Vanegas-García, A. L. (2018). Clinical Profile of Levamisole-Adulterated Cocaine-Induced Vasculitis/Vasculopathy: A 30-Case Series. *Journal of Clinical Rheumatology*.

Myers, F. A., Bluth, M. H., & Cheung, W. W. (2016). Ketamine: A Cause of Urinary Tract Dysfunction. *Clinics in Laboratory Medicine*, *36*(4), 721–744.

Nabben, T., & Korf, D. J. (2016a). Drugs in rurale gebieden: GHB-gebruik en -handel op het Nederlandse platteland. *Tijdschrift over Cultuur & Criminaliteit*, *6*(2), 59–78.

Nabben, T., & Korf, D. J. (2016b). *Politie en GHB-problematiek op het platteland*. Apeldoorn: Politie & Wetenschap.

Nabben, T., Benschop, A., & Korf, D. J. (2010). *Antenne 2009: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nabben, T., Benschop, A., & Korf, D. J. (2012). *Antenne 2011: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nabben, T., Benschop, A., & Korf, D. J. (2014). *Antenne 2013: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nabben, T., Benschop, A., & Korf, D. J. (2016). *Antenne 2015: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nabben, T., Luijk, S. J., & Korf, D. J. (2018). *Antenne 2017: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nabben, T., Luijk, S. J., Benschop, A., & Korf, D. J. (2017). *Antenne 2016: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nabben, T., Van der Pol, P., & Korf, D. J. (2017). *Roes met een luchtje*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nabben, T., Wouters, M., Benschop, A., & Korf, D. J. (2015). *Coffeeshops, toerisme, overlast en illegale verkoop van softdrugs, 2014: verdiepende studie in vijf gemeenten.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.

National Academies of Sciences. (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research*. Washington: National Academies of Sciences.

National Institute on Drug Abuse. (2018). *Overdose Death Rates: Revised August 2018.* Retrieved November 21, 2018, from https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates.

Nederlands Forensisch Instituut. (2017). *Wettelijke limieten vastgesteld voor drugsgebruik in verkeer: Nieuwsbericht 30-06-2017 16:03.* Den Haag: NFI.

Nederlands Huisartsen Genootschap (2018). *NHG-Standpunt Cannabis.* Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. (2018). *Kleine toename recepten oxycodon en morfine op huisartsenpost.* Retrieved from https://www.nivel.nl/nl/nieuws/kleine-toename-recepten-oxycodon-en-morfine-op-huisartsenpost.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2015). *ADHD bij volwassenen*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Nederlandse Vereniging voor Slaap-en Waakproblemen. (2014). *Slaapgewoontes in Nederland: Persmap Nationale Slaapweek 10-15 maart 2014*. Leiden: NSWO.

Nederlandse Vereniging voor Slaap-en Waakproblemen. (2015). *Slaap en verkeersveiligheid in Nederland: Persmap Nationale Slaapweek 16-21 maart 2015*. Leiden: NSWO.

Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA). (2017). *Leeftijdsgrens tabak: Inspectieresultaten 2016*.

Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA). (2017). *Specifiek interventiebeleid Tabak en rookwaren*. Utrecht: NVWA.

Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA). (2018a). *Leeftijdsgrens tabak: Inspectieresultaten 2017*. Utrecht: NVWA.

Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA). (2018b). *Rookverbod Inspectieresultaten 2017*. Utrecht: NVWA.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2016). *Marktscan Forensische zorg 2015.* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Nelemans, S. A., Hale III, W. W., Raaijmakers, Q. A., Branje, S. J., van Lier, P. A., & Meeus, W. H. (2015). Longitudinal associations between social anxiety symptoms and cannabis use throughout adolescence: the role of peer involvement. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *Aug 8* Epub.

Nelson, J. P., & McNall, A. D. (2016). Alcohol prices, taxes, and alcohol-related harms: A critical review of natural experiments in alcohol policy for nine countries. *Health Policy*, *120*(3), 264–272.

Németh, Z., Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, *24*(9), 1281–1287.

Nia, A. B., Medrano, B., Perkel, C., Galynker, I., & Hurd, Y. L. (2016). Psychiatric comorbidity associated with synthetic cannabinoid use compared to cannabis. *Journal of Psychopharmacology*, *30*(12), 1321–1330.

Niesink, R. J. M. (2018). Opium, morfine en de farmacologie en toxicologie van fentanyl. *Verslaving*, *14*(1), 79–85.

Niesink, R. J. M., Planije, M. P., Rigter, S., Hoek, J., & Mostert, L. (2001). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2000-2001)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Niesink, R. J. M., Vogels, B., Koning, R., Vreeker, A., Wijers, L., Vrolijk, R., … Van Laar, M. W. (2016). *Acute effecten van ecstasy: Een overzicht van de literatuur*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Niesink, R., & Van Laar, M. (2010). Cannabis en verslaving: feiten en misverstanden. *Verslaving*, *6*(4), 84–96.

Nijkamp, L., & Lemmers, L. (2018). *Bezieling en bereikbaarheid: De aanpak van drugsproblematiek en GHB-problematiek in het bijzonder in de gemeente Twenterand*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Nijkamp, L., & Van Leeuwen, L. (2017). *Alcoholreclame en restrictieve maatregelen: Een quickscan van wetenschappelijke literatuur en wet- en regelgeving in Nederland en Europa*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Nissen, S. E. (2006). ADHD Drugs and Cardiovascular Risk. *New England Journal of Medicine*, *354*(14), 1445–1448.

Nordt, C., Wiessing, L., Kuijpers, W., Wisselink, J., Espelt, A., Brugal, M. T., … Herdener, M. (2018). Long-Term Opioid Agonist Treatment Participation after First Treatment Entry is Similar across 4 European Regions but Lower in Non-Nationals. *European Addiction Research*, *24*(4), 173–183.

Nugent, S. M., Morasco, B. J., O'Neil, M. E., Freeman, M., Low, A., Kondo, K., … Kansagara, D. (2017). The Effects of Cannabis Among Adults With Chronic Pain and an Overview of General Harms: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, *167*(5), 319–331.

Nugteren-van Lonkhuyzen, J. J., Van Riel, A. J. H. P., Brunt, T. M., & Hondebrink, L. (2015). Pharmacokinetics, pharmacodynamics and toxicology of new psychoactive substances (NPS): 2C-B, 4-fluoroamphetamine and benzofurans. *Drug and Alcohol Dependence*, *157*, 18–27.

NVWA. (2018). *Project kermissen 2017*. Utrecht: NVWA.

Oberg, M., Jaakkola, M. S., Woodward, A., Peruga, A., & Pruss-Ustun, A. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*, *377*(9760), 139–146.

Office for National Statistics. (2016). *Deaths related to drug poisoning involving specific substances, England and Wales, deaths registered in 2016*. Newport: ONS.

Onderzoeksraad voor veiligheid. (2018). *Omgevingsveiligheid voor hennepkwekerijen: Onderzoek naar de fysieke veiligheidsrisico's voor omwonenden van bedrijfsmatig opgezette hennepkwekerijen*. Den Haag: Onderzoeksraad voor veiligheid.

Oostveen, R., Van der Galien, O. P., Smeets, H. M., Hollinga, H. P., & Bosmans, J. E. (2015). Effectiveness of pharmacotherapy in behavioural therapeutic smoking cessation programmes. *European Journal of Public Health*, *25*(2), 204–209.

Openbaar Ministerie, & Nationale Politie. (2016). *Rapportage aanpak georganiseerde ondermijnende criminaliteit 2015.* Den Haag: Openbaar Ministerie.

Openbaar Ministerie, & Nationale Politie. (2017). *Verantwoording aanpak ondermijnende criminaliteit 2016*. Den Haag: Openbaar Ministerie.

Ormel, J., Oerlemans, A. M., Raven, D., Laceulle, O. M., Hartman, C. A., Veenstra, R., … Oldehinkel, A. J. (2017). Functional outcomes of child and adolescent mental disorders. Current disorder most important but psychiatric history matters as well. *Psychological Medicine*, *47*(7), 1271–1282.

Ormel, J., Raven, D., Van Oort, F., Hartman, C. A., Reijneveld, S. A., Veenstra, R., … Oldehinkel, A. J. (2015). Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine*, *45*(2), 345–360.

Ort, C., Bijlsma, L., Castiglioni, S., Covaci, A., De Voogt, P., Emke, E., … Kasprzyk-Hordern, B. (2018). Wastewater Analysis for Community-Wide Drugs Use Assessment. *Handbook of Experimental Pharmacology*.

Ort, C., Van Nuijs, A. L., Berset, J. D., Bijlsma, L., Castiglioni, S., Covaci, A., … Thomas, K. V. (2014). Spatial differences and temporal changes in illicit drug use in Europe quantified by wastewater analysis. *Addiction*, *109*(8), 1338–1352.

Oteo Pérez, A., Benschop, A., Blanken, P., & Korf, D. J. (2015). Criminal Involvement and Crime Specialization Among Crack Users in the Netherlands. *European Addiction Research*, *21*(2), 53–62.

Oteo Pérez, A., Cruyff, M. J. L. F., Benschop, A., & Korf, D. J. (2013). Estimating the prevalence of crack dependence using capture-recapture with institutional and field data: A three-city study in the Netherlands. *Substance Use and Misuse*, *48*(1–2), 173–180.

Otte, R. A., Verbrugge, C. A. G., & Dijkstra, B. A. G. (2016). *Aanbevelingen voor ketenzorg bij GHB-gerelateerde problemen*. Nijmegen: NISPA.

Oudejans, S., & Spits, M. (2013). *Investeren in verslavingspreventie: beschrijving van Nederlandse programma's voor jeugd en jongeren*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren/Mark Bench.

Ouwehand, A. W., Kuijpers, W. G. T., Wisselink, D. J., & Van Delden, E. B. (2007). Kerncijfers Verslavingszorg 2006: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Houten: IVZ.

Paling, E., & Schellekens, A. (2017). *Ontgiften van benzodiazepines door middel van flumazenil*. Nijmegen: NISPA.

Paling, E., Dijkstra, B., De jong, C., & Schellekens, A. (2015). Prevalentie en behandeling van benzodiazepineverslaving. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, *48*(2), 185–198.

Papanti, D., Schifano, F., Botteon, G., Bertossi, F., Mannix, J., Vidoni, D., … Bonavigo, T. (2013). "Spiceophrenia": a systematic overview of "spice"-related psychopathological issues and a case report. *Human Psychopharmacology*, *28*(4), 379–389.

Papaseit, E., Torrens, M., Pérez-Mañá, C., Muga, R., & Farré, M. (2018). Key interindividual determinants in MDMA pharmacodynamics. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, *14*(2), 183–195.

Park, J. N., Weir, B. W., Allen, S. T., Chaulk, P., & Sherman, S. G. (2018). Fentanyl-contaminated drugs and non-fatal overdose among people who inject drugs in Baltimore, MD. *Harm Reduction Journal*, *15*.

Parrott, A. C. (2012). MDMA and temperature: A review of the thermal effects of "Ecstasy" in humans. *Drug and Alcohol Dependence*, *121*(1–2), 1–9.

Parrott, A. C. (2013). Human psychobiology of MDMA or 'Ecstasy': an overview of 25 years of empirical research. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, *28*, 289–307.

Patel, M. M., Belson, M. G., Wright, D., Lu, H., Heninger, M., & Miller, M. A. (2005). Methylenedioxymethamphetamine (ecstasy)-related myocardial hypertrophy: An autopsy study. *Resuscitation*, *66*(2), 197–202.

Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., … Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, *113*(10), 1905–1926.

Peelen, M. J., Sheikh, A., Kok, M., Hajenius, P., Zimmermann, L. J., Kramer, B. W., … Been, J. V. (2016). Tobacco control policies and perinatal health: a national quasi-experimental study. *Scientific Reports*, *6*(23907).

Perlman, D. C., & Jordan, A. E. (2017). To neither target, capture, surveille, nor wage war: On-going need for attention to metaphor theory in care and prevention for people who use drugs. *Journal of Addictive Diseases*, *36*(1), 1–4.

Peters, R. J. G. (2007). Nieuwe wetenschappelijke argumenten voor het verder terugdringen van tabaksgebruik, ook in horecagelegenheden. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, *151*(3), 167–168.

Petit, G., Kornreich, C., Dan, B., Verbanck, P., & Campanella, S. (2014). Electrophysiological correlates of alcohol- and non-alcohol-related stimuli processing in binge drinkers: a follow-up study. *J Psychopharmacology*, *28*(11), 1041–1052.

Pierce, M., Millar, T., Robertson, J. R., & Bird, S. M. (2018). Ageing opioid users' increased risk of methadone-specific death in the UK. *International Journal of Drug Policy*, *55*, 121–127.

Pingault, J. B., Cote, S. M., Galera, C., Genolini, C., Falissard, B., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2013). Childhood trajectories of inattention, hyperactivity and oppositional behaviors and prediction of substance abuse/dependence: a 15-year longitudinal population-based study. *Mol.Psychiatry*, *18*(7), 806–812.

Pleumeekers, B. (2015). Benzodiazepinen geven meer kans op Alzheimer. *Huisarts en Wetenschap*, *58*(1), 4.

Prince-van Leeuwen, A., Creemers, H. E., Verhulst, F. C., Vollebergh, W. A. M., Ormel, J., Van Oort, F., & Huizink, A. C. (2014). Legal substance use and the development of a DSM-IV cannabis use disorder during adolescence: the TRAILS study. *Addiction*, *109*(2), 303–311.

Programmabureau Alles is Gezondheid. (2017). *3 jaar Alles is Gezondheid.* Amersfoort: AiG.

Power, R.A., Verweij, K.J., Zuhair, M., Montgomery, G.W., Henders, A.K., Heath, A.C. et al. (2014). *Genetic predisposition to schizophrenia associated with increased use of cannabis. Molecular Psychiatry, 19*(11), 1201-1204.

Pulvers, K., Ridenour, C., Woodcock, A., Savin, M. J., Holguin, G., Hamill, S., & Romero, D. R. (2018). Marijuana use among adolescent multiple tobacco product users and unique risks of dual tobacco and marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence*, *189*, 80–89.

Raad van de Europese Unie. (2017). *Voorstel voor een verordening van het Europees Parlement en de Raad tot wijziging van Verordening (EG) nr. 1920/2006, wat betreft de uitwisseling van informatie, het systeem voor vroegtijdige waarschuwing en de risicobeoordelingsprocedure inzake nieuwe psychoactieve stoffen.* Retrieved from https://eurlex.europa.eu/legalcontent/NL/TXT/PDF/?uri=CONSIL:ST_9566_2017_INIT&from=EN.

Ramaekers, J. G., Verkes, R. J., Van Amsterdam, J. G. C., Van den Brink, W., Goudriaan, A. E., Kuypers, K. P. C., … Schellekens, A. F. A. (2016). *Middelengebruik en geweld: Een literatuurstudie naar de relatie tussen alcohol, drugs en geweld*. Maastricht/NijmegenAmsterdam: UM/Radboud UMC/AMC.

Raposo Pereira, F., McMaster, M. T. B., Polderman, N., De Vries, Y. D. A. T., Van den Brink, W., & Van Wingen, G. A. (2018). Adverse effects of GHB-induced coma on long-term memory and related brain function. *Drug and Alcohol Dependence*, *190*, 29–36.

Ravera, S., Van Rein, N., De Gier, J. J., & De Jong-van den Berg, L. T. W. (2011). Road traffic accidents and psychotropic medication use in the Netherlands: A case-control study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *72*(3), 505–513.

Reep-Van den Bergh, C. M. M., Harteloos, P. P. M., & Croes, E. A. (2017). Doodsoorzaak nr. 1 bij jonge Nederlanders: de sigaret. *Nederlandse Tijdschrift Voor Geneeskunde*, *161, D1991*(1).

Reeve, E., Shakib, S., Hendrix, I., Roberts, M. S., & Wiese, M. D. (2014). Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *78*(4), 738–747.

Rehm, J., Gmel Sr., G. E., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., … Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease - an update. *Addiction*, *112*(6), 968–1001.

Reuter, P., & Pardo, B. (2017a). Can new psychoactive substances be regulated effectively? An assessment of the British Psychoactive Substances Bill. *Addiction*, *112*(1), 25–31.

Reuter, P., & Pardo, B. (2017b). New psychoactive substances: Are there any good options for regulating new psychoactive substances? *International Journal of Drug Policy*, *40*, 117–122.

Riaz, M., Lewis, S., Naughton, F., & Ussher, M. (2018). Predictors of smoking cessation during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, *113*(4), 610–622.

Ricaurte, G. A., & McCann, U. D. (2005). Recognition and management of complications of new recreational drug use. *Lancet*, *365*(9477), 2137–2145.

Rice, V. H., Heath, L., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2017). Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Richards, J. R., Albertson, T. E., Derlet, R. W., Lange, R. A., Olson, K. R., & Horowitz, B. Z. (2015). Treatment of toxicity from amphetamines, related derivatives, and analogues: A systematic clinical review. *Drug and Alcohol Dependence*, *150*, 1–13.

RIEC-LIEC. (2017). *Jaarverslag 2016: Resultaten en inzichten op aanpak ondermijning*. Den Haag: LIEC.

RIEC-LIEC. (2018). *Jaarverslag 2017*. Den Haag: LIEC.

Rietjens, S. J., Hondebrink, L., Westerink, R. H., & Meulenbelt, J. (2012). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA): interindividual differences due to polymorphisms and drug-drug interactions. *Critical Reviews in Toxicology*, *42*(10), 854–876.

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

Rigter, S., & Niesink, R. (2018). *Analyse van het aanbod van hasjsoorten en wietvariëteiten in de Nederlandse coffeeshop: Een quickscan*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2016). *Beoordeling gezondheidsrisico's lachgas (N2O)*. Bilthoven: RIVM.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2016). *Waterpijp: Risico op koolmonoxidevergiftiging bij gebruik*. Bilthoven: RIVM.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). *Nieuwsoortige tabaksproducten die worden verhit*. Bilthoven: RIVM.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese*. Bilthoven: RIVM.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018a). *Factsheet Nationaal Programma Preventie 2017*. Bilthoven: RIVM.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018b). *Verward gedrag nader bekeken: analyse van E33 en E14 meldingen in de politieregistratie*. Bilthoven: RIVM.

Rijksoverheid. (2017). *Jaarevaluatie campagnes Rijksoverheid 2016.* Den Haag: Rijksoverheid.

Roberts, C. A., Jones, A., & Montgomery, C. (2016). Meta-analysis of executive functioning in ecstasy/polydrug users. *Psychological Medicine*, *46*(8), 1581–1596.

Rodenburg, G., Spijkerman, R., Van den Eijnden, R., & Van de Mheen, D. (2007). *Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2005*. Rotterdam: IVO.

Roerecke, M., & Rehm, J. (2010). Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, *171*(6), 633–644.

Rogeberg, O. (2013). Correlations between cannabis use and IQ change in the Dunedin cohort are consistent with confounding from socioeconomic status. *PNAS USA, 110*(11), 4251-4254.

Rogers, G., Elston, J., Garside, R., Roome, C., Taylor, R., Younger, P., … Somerville, M. (2009). The harmful health effects of recreational ecstasy: a systematic review of observational evidence. *Health Technology Assesment*, *13*(6), 1–315.

Roncero, C., Rodriguez-Cintas, L., Daigre, C., Alvarez, J., Barral, C., Abad, A., … Casas, M. (2016). Risk factors for accidents among cocaine-dependent patient seeking treatment. *European Psychiatry*, *33*(56), S293.

Roodbeen, R. T., Schelleman-Offermans, K., & Lemmens, P. H. (2016). Alcohol and Tobacco Sales to Underage Buyers in Dutch Supermarkets: Can the Use of Age Verification Systems Increase Seller's Compliance? *Journal of Adolescent Health*, *58*(6), 672–678.

Roodbeen, R., & Schelleman-Offermans, K. (2016). *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.

Rookey, B. D. (2018). Drugged Driving in the Opioid Era: Spatial Patterns of Oxycodone Use in Fatal Traffic Crashes, 2001–2016. *Substance Use & Misuse*, *53*(8), 1288–1298.

Roorda, W., & Buysse, W. (2016). *Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen: onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering, indicatiestelling en plaatsing.* Amsterdam: DSP-groep.

Roozen, H. G., De Waart, R., & Van Der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, *105*(10), 1729–1738.

Rosen, L. J., Galili, T., Kott, J., Goodman, M., & Freedman, L. S. (2018). Diminishing benefit of smoking cessation medications during the first year: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*, *113*(5), 805–816.

Rozema, A., Mathijssen, J., Van Oers, H., Van Groos, J., & Jansen, M. (2018). Op school steek je niks op ! Onderweg naar een rookvrije generatie. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 96,* 116–117.

Ruiter, M., Bransen, E., Van der Poel, A., & Boon, B. (2014). *GGZ- en verslavingspreventie in het nieuwe zorglandschap*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Sachs, J., McGlade, E., Yurgelun-Todd, D. (2015) *Safety and Toxicology of Cannabinoids. Neurotherapeutics, 12*(4), 735-46.

Saitz, R. (2017). Valid, Reproducible, Clinically Useful, Nonstigmatizing Terminology for the Disease and Its Treatment: Addiction, Substance Use Disorder, and Medication. *Journal of Addiction Medicine*, *11*(4), 246–247.

Sakata, R., McGale, P., Grant, E. J., Ozasa, K., Peto, R., & Darby, S. C. (2012). Impact of smoking on mortality and life expectancy in Japanese smokers: a prospective cohort study. *BMJ*, *345*.

Schakelteam Personen met verward gedrag. (2018). *Op weg naar een persoonsgerichte aanpak*. Den Haag.

Schelleman-Offermans, K., & Roodbeen, R. (2015). *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.

Schelleman-Offermans, K; Roodbeen, R. (2017). *Naleving leeftijdsgrens alcohol in sportkantines van Nederlandse sportbonden en zaalsporten 2017*. Nijmegen: Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen.

Schenk, E., Van de Nobelen, S., Pennings, J., Kienhuis, A., & Talhout, R. (2015). *Additieven in Nederlandse tabaksproducten: trendanalyse gegevens 2010-2013*. Bilthoven: RIVM.

Schierenberg, A., Van Amsterdam, J., Van Den Brink, W., & Goudriaan, A. E. (2012). Efficacy of Contingency Management for Cocaine Dependence Treatment: A Review of the Evidence. *Current Drug Abuse Reviews*, *5*, 320–331.

Schilt, T. (2009). *Thinking of ecstasy. Neuropsychological aspects of ecstasy use.* Amsterdam: University of Amsterdam.

Schmidt, A. J., Bourne, A., Weatherburn, P., Reid, D., Marcus, U., & Hickson, F. (2016). Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *International Journal of Drug Policy*, *38*, 4–12.

Schoenmakers, Y., Mehlbaum, S., Everartz, M., & Poelarends, C. (2016). *Elke dump is een plaats delict: Dumping en lozing van synthetisch drugsafval: verschijningsvormen en politieaanpak*. Apeldoorn/ Amsterdam: Politie en wetenschap/Reed Business.

Schreuder, I., & Van Veen, M. G. (2010). *Prevalentie van hiv, hepatitis B en hepatitis C bij mannen in detentie in Sittard, 2010*. Bilthoven: RIVM.

Schreuder, I., Van der Sande, M. A., De Wit, M., Bongaerts, M., Boucher, C. A., Croes, E. A., & Van Veen, M. G. (2010). Seroprevalence of HIV, hepatitis b, and hepatitis c among opioid drug users on methadone treatment in the netherlands. *Harm Reduction Journal*, *7*(25).

Shoptaw, S., Kao, U., & Ling, W. (2009). Treatment for amphetamine psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003026.

Sigling, H. (2016). Van DSM IV-TR naar DSM-5: middelengebruik en gedragsverslavingen. *Verslaving*, *12*(4), 228–239.

Silins, E., Horwood, L. J., Patton, G. C., Fergusson, D. M., Olsson, C. A., Hutchinson, D. M., … Mattick, R. P. (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *The Lancet Psychiatry*, *1*(4), 286–293.

Silveri, M. M., Dager, A. D., Cohen-Gilbert, J. E., & Sneider, J. T. (2016). Neurobiological signatures associated with alcohol and drug use in the human adolescent brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *70*, 244–259.

Silvestri, M. M., & Correia, C. J. (2016). Normative Influences on the Nonmedical Use of Prescription Stimulants Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors*, *30*(4), 516–521.

Singh, I., Morgan, C., Curran, V., Nutt, D., Schlag, A., & McShane, R. (2017). Ketamine treatment for depression: opportunities for clinical innovation and ethical foresight. *The Lancet Psychiatry*, *4*(5), 419–426.

Smart, R., Caulkins, J. P., Kilmer, B., Davenport, S., & Midgette, G. (2017). Variation in cannabis potency and prices in a newly legal market: evidence from 30 million cannabis sales inWashington state. *Addiction*, *112*(12), 2167–2177.

Smink, B. E., Egberts, A. C. G., Lusthof, K. J., Uges, D. R. A., & De Gier, J. J. (2010). The Relationship between Benzodiazepine Use and Traffic Accidents A Systematic Literature Review. *CNS Drugs*, *24*(8), 639–653.

Smit, K., Monshouwer, K., & Van Leeuwen, L. (2018). *Zien drinken doet drinken?* Utrecht: Trimbos-instituut.

Sodré, F. F., Souza, G. B., Feitosa, R. S., Pereira, C. E. B., & Maldaner, A. O. (2017). Illicit Drugs, Metabolites and Adulterants in Wastewater: Monitoring Community Drug Abuse in the Brazilian Federal District during the 2014 Soccer World Cup. *Journal of the Brazilian Chemical Society*, *28*(11), 2146–2154.

Soeters, M., & Verhoeks, G. (2015). *Financiering van preventie: analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen*. Amsterdam: ZorgmarktAdvies.

Sonon, K., Richardson, G.A., Cornelius, J., Kim, K.H., Day, N.L. (2016). Developmental pathways from prenatal marijuana exposure to cannabis use disorder in young adulthood. *Neurotoxicology and Teratology, 58*, 46-52.

Soska, K., & Christin, N. (2015). *Measuring the Longitudinal Evolution of the Online Anonymous Marketplace Ecosystem*. Retrieved from https://doi.org/10.1007/s00253-017-8456-5.

Springvloet, L., & Van Laar, M. W. (2017). *Factsheet roken onder volwassenen: Kerncijfers 2016*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Springvloet, L., Bommelé, J., Willemsen, M., & Van Laar, M. W. (2018). *Kerncijfers roken 2017*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Springvloet, L., Kuipers, M. A. G., & Van Laar, M. W. (2017). *Effecten van tabaksontmoedigende beleidsmaatregelen onder rokers met een lage sociaaleconomische status*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Stb.2011-337. (2011). *Besluit van 14 juni 2011, houdende wijziging van het Besluit uitvoering rookvrije werkplek, horeca en andere ruimten.* Den Haag: Sdu Uitgevers.

Stb.2016-175. (2016). *Wet van 26 april 2016 tot 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: Rijksoverheid.

Stb.2016-529. (2016). *Besluit van 14 december 2016, houdende regels over de voorlopige onderzoeken en de vervolgonderzoeken die ter vaststelling van het gebruik van alcohol, drugs en geneesmiddelen in het verkeer kunnen worden ingezet en aanwijzing van de drugs waarvoor grenswaarden gelden en aanwijzing van de grenswaarden voor enkelvoudig en gecombineerd gebruik van drugs en van drugs en alcohol of geneesmiddelen (Besluit alcohol, drugs en geneesmiddelen in het verkeer)*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

Stb.2017-206. (2017). *Besluit van 11 mei 2017, houdende wijziging van lijst I en II, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op lijst I van de middelen α-PVP, acetylfentanyl en 4-FA en plaatsing op lijst II van het middel fenazepam*. Den Haag: Rijksoverheid.

Stb.2017-358. (2017). *Besluit van 19 september 2017, houdende wijziging van het Tabaks- en rookwarenbesluit in verband met nadere eisen aan verpakkingen van voor roken bestemde tabaksproducten ter voorkoming dat de verpakking tot extra aandacht voor deze producten leidt*. Den Haag: Rijksoverheid.

Stb.2017-72. (2016). *Wet 10 februari 2017 tot wijziging van de Tabaks- en rookwarenwet ter regeling van de elektronische sigaret zonder nicotine en nadere regeling van voor roken bestemde kruidenproducten*. Den Haag: Rijksoverheid. Stb.2018-110. (2018). *Besluit van 9 april 2018, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing van enkele stoffen op deze lijst*. Den Haag: Rijksoverheid.

Stb.2018-112. (2018). *Besluit van 11 april 2018, houdende gedeeltelijke inwerkingtreding van de wet van 10 februari 2017 tot wijziging van de Tabaks- en rookwarenwet ter regeling van de elektronische sigaret zonder nicotine en nadere regeling van voor roken bestemde kruidenproducten*. Den Haag: Rijksoverheid.

Stcrt.2011-12328. (2011). *Stoppen-met-Rokenprogramma, nadere regel NR/CU-706*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Stcrt.2018-23779. (2018). *Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 april 2018, kenmerk 1220157-166930-WJZ, houdende wijziging van de Tabaks- en rookwarenregeling ter regeling van de elektronische sigaret zonder nicotine en nadere regeling van voor roken bestemde kruidenproducten en nadere verpakkingseisen voor roken bestemde tabaksproducten*. Den Haag: Rijksoverheid.

Stead, L. F., Koilpilai, P., Fanshawe, T. R., & Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Steketee, M., Jonkman, H., Berten, H., & Vettenburg, N. (2013). *Alcohol use among adolescents in Europe: Environmental Research and Preventive Actions*. Utrecht: Verwey Jonker instituut.

Stevens, G., Van Dorsselaer, S., Boer, M., De Roos, S., Duinhof, E., Ter Bogt, T., … De Looze, M. (2018). *HBSC 2017: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Trimbos-Insituut en SCP i.s.m. RIVM.

Stiby, A. I., Hickman, M., Munafo, M. R., Heron, J., Yip, V. L., & Macleod, J. (2015). Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16: birth cohort study. *Addiction*, *110*(4), 658-668.

Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2017). Sterke toename gebruik medicinale cannabisolie. *Pharmaceutisch Weekblad*, *51*. Retrieved from https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2017/copy2_of_per-apotheek-gemiddeld-341-verstrekkingen-per-dag.

Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2018). 60% gebruikers oxycodon komt slechts eenmaal in apotheek. *Pharmaceutisch Weekblad*, *153*(38).

Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2012). Minder ouderen aan de benzo's. *Pharmaceutisch Weekblad*, *147*(36).

Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2014). Structureel lager gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen. *Pharmaceutisch Weekblad*, *149*(50).

Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2016). Gebruik benzodiazepines daalt gestaag, maar traag. *Pharmaceutisch Weekblad*, *151*(46).

Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2018). Gebruik benzodiazepines vorig jaar verder afgenomen. *Pharmaceutisch Weekblad*, *153*(3).

Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2018). Minder gebruikers in 2017 van ADHD-middel methylfenidaat. *Pharmaceutisch Weekblad*. Retrieved from https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2018/minder-gebruikers-in-2017-van-adhd-middel-methylfenidaat.

Stockwell, T., Zhao, J., Panwar, S., Roemer, A., Naimi, T., & Chikritzhs, T. (2016). Do "Moderate" Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *77*(2), 185–198.

Stone, A. C., Carroll, J. J., Rich, J. D., & Green, T. C. (2018). Methadone maintenance treatment among patients exposed to illicit fentanyl in Rhode Island: Safety, dose, retention, and relapse at 6 months. *Drug and Alcohol Dependence*, *192*, 94–97.

Struiksma, N., Akerboom, C., & Boxum, C. (2017). *Criminele beïnvloeding van het lokale openbaar bestuur*. Groningen: Pro Facto.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health* (Vol. 7). Rockville, MD: SAMSHA.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). *Results from the 2017 National Suvery on Drug Use and Health: Detailed Tables*. Rockville, Maryland: SAMHSA.

Swanson, J. M., Arnold, L. E., Molina, B. S. G., Sibley, M. H., Hechtman, L. T., Hinshaw, S. P., … Stern, K. (2017). Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *58*(6), 663–678.

SWOV. (2018). *Rijden onder invloed van alcohol: SWOV-factsheet*. Den Haag: SWOV.

Szigeti, B., Winstock, A. R., Erritzoe, D., & Maier, L. J. (2018). Are ecstasy induced serotonergic alterations overestimated for the majority of users? *Journal of Psychopharmacology*, *32*(7), 741–748.

T.K.1393404-179610-GMT. (2018). *Antwoorden op de vragen van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het bericht dat in Nederland steeds vaker zware pijnstillers worden voorgeschreven*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.2017-60365. (2017). *Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 oktober 2017, kenmerk 1232627-167710-LZ, houdende wijziging Regeling langdurige zorg*. Den Haag: Tweede Kamer Der Staten-Generaal.

T.K.24077-357. (2015). *Drugbeleid; Brief regering; Beleidsvisie drugspreventie*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.24077-361. (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Onderzoek GHB-gebruik op het platteland en forensisch medische (arrestanten) zorg*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.24077-384. (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Jaarbericht 2016 van de Nationale Drug Monitor (NDM) en reactie toezeggingen*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.24077-398. (2017). *Drugbeleid; Brief regering; Afdoening toezeggingen drugs*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.24077-422. (2018). *Drugbeleid; Brief regering; Kabinetsreactie Adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.24587-688. (2017). *Justitiële Inrichtingen; Brief regering; Gebundelde beleidsreactie doorlichting Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI's)*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.25424-309. (2016). *Geestelijke gezondheidszorg; Brief regering; Toepassing DSM-5 voor het pakket en de bekostiging ggz*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.25424-338. (2016). *Geestelijke gezondheidszorg; Brief regering; Schakelprogramma personen met verward gedrag*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.25424-358. (2017). *Geestelijke gezondheidszorg; Brief regering; Monitor Generalistische Basis GGZ versie juni 2017*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.25424-391. (2018). *Geestelijke gezondheidszorg; Brief regering; Reactie op brief commissie over deel 2 van het rapport Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.25424-395. (2018). *Geestelijke gezondheidszorg; Brief regering; Tussenbericht Schakelteam personen met verward gedrag*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.27565-149. (2016). *Alcoholbeleid; Brief regering; Evaluatie Drank- en Horecawet*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.27565-164. (2017). *Alcoholbeleid; Brief regering; Alcoholmarketing, verkoop op afstand, opleidingseisen sociale hygiëne en IkPas*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.27565-167. (2018). *Alcoholbeleid; Brief regering; Nalevingsonderzoek leeftijdgrens sportkantines en onderzoek blootstelling aan alcoholmarketing*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.29398-482. (2015). *Maatregelen verkeersveiligheid; Brief regering; Verzamelbrief inzake het wegverkeer en de verkeersveiligheid*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.29398-588. (2018). *Maatregelen verkeersveiligheid; Brief regering; Aanpak rijden onder invloed van alcohol*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.29452-211. (2017). *Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel; Brief regering; Tussentijds toezicht onderzoek Contrabande in forensische psychiatrische centra (FPC's)*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.29477-400. (2016). *Brief regering; Levering van medicinale cannabis aan Duitsland*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.29477-470. (2017). *Brief Zorginstituut betreffende ' Verkenning pakketwaardigheid cannabisproducten.'* Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.29628-756. (2018). *Brief Regering; Capaciteit van het Nederlands Forensisch instituut (NFI) voor de aanpak van drugs in het verkeer*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.29911-140. (2017). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Afpakfonds en het idee van het Openbaar Ministerie tot het oprichten van een fonds drugsdumping en/of productie van (synthetische) drugs en de informatiedeling van de politie met gemeenten inzake de aanpak van misstanden op recreatieparken*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.29911-180. (2017). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief Regering; Actie-agenda aanpak ondermijning*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.29911-207. (2018). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Versterking aanpak ondermijning; stand van zaken uitvoering ambities regeerakkoord*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.29911-79. (2013). *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.

T.K.32011-28. (2014). *Tabaksbeleid; Brief regering; Nalevings- en handhavingscijfers rookverbod horeca*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.32011-49. (2016). *Tabaksbeleid; Brief regering; Nalevings- en handhavingscijfers rookverbod en leeftijdsgrens 2015*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.32011-52. (2017). *Tabaksbeleid; Brief regering; Ontwerpbesluit houdende wijziging Tabaks- en rookwarenbesluit*. Den Haag: Tweede Kamer Der Staten-Generaal.

T.K.32011-55. (2016). *Tabaksbeleid; Brief regering; Convenant displayban tabaksproducten*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.32011-57. (2017). *Tabaksbeleid; Brief regering; Voortgangsrapportage handhavingscijfers NVWA 2016 inzake naleving van de regels in de Tabaks- en rookwarenwet*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.32011-58. (2017). *Tabaksbeleid; Brief regering; Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Tabaks- en rookwarenbesluit ter regeling van de elektronische sigaret zonder nicotine en nadere regeling van voor roken bestemde kruidenproducten*. Den Haag: Tweede Kamer Der Staten-Generaal.

T.K.32011-59. (2017). *Tabaksbeleid; Brief regering; Tabak- en rookwaren*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.32011-62. (2018). *Tabaksbeleid; Brief regering; Nalevings- en handhavingscijfers rookverbod horeca*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.32011-63. (2018). *Tabaksbeleid; Brief regering; Beëindiging van de deelname van het RIVM en de NVWA aan de NEN commissie tabak en e-sigaretten en over de voortgang met betrekking tot de meetmethode voor sigaretten met filterventilatie*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.32011-64. (2018). *Tabaksbeleid; Brief regering; Informatiebrochure RIVM - nieuwsoortige tabaksproducten die worden verhit*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.32011-65. (2018). *Tabaksbeleid; Brief regering; Resultaten RIVM-onderzoek 100 merkvarianten sigaretten met Canadian Intense methode*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.32398-3. (2010). *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.

T.K.32399-87. (2017). *Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg); Brief regering; Uitvoering van drie moties ingediend bij de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) - Rol OM, uitvoeringskosten, onmiddellijkheidsbeginsel*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.32793-164. (2015). *Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Voortgang Nationaal Programma Preventie Alles is gezondheid…*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.32793-213. (2016). *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.

T.K.32793-269. (2017). *Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Voortgang Nationaal Programma Preventie 2016*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.32793-297. (2018). *Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Voortgang nationaal preventieakkoord en informatie ten behoeve van het algemeen overleg d.d. 17 mei 2018*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.32793-312. (2018). *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.

T.K.33628-19. (2017). *Forensische zorg; Brief regering; Eindrapportage van het programma Continuïteit van zorg*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34007-9. (2016). *Voorstel van wet van het lid Tellegen tot wijziging van de Gemeentewet in verband met de aanpak van woonoverlast (Wet aanpak woonoverlast); Nota n.a.v. het (nader, tweede nader, enz.) verslag; Nota naar aanleiding van het verslag*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34104-227. (2018). *Langdurige zorg; Brief regering; Effecten Wetsvoorstel Toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34104-231. (2018). *Langdurige zorg; Brief regering; Eindrapport van de evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34234-3. (2015). *Wijziging van de Tabakswet ter implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten; Memorie van toelichting*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34234-30. (2016). *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.

T.K.34234-6. (2015). *Wijziging van de Tabakswet ter implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten; Nota naar aanleiding van het verslag*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34470-15. (2018). *Wijziging van de Tabaks- en rookwarenwet ter regeling van de elektronische sigaret zonder nicotine en nadere regeling van voor roken bestemde kruidenproducten; Brief regering; Goedkeuringsprocedure nieuwsoortige tabaksproducten (Uitvoering motie van het lid Van Gerven c.s. over een goedkeuringsprocedure voor nieuwe soorten tabaksproducten).* Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34470-3. (2016). *Wijziging van de Tabaks- en rookwarenwet ter regeling van de elektronische sigaret zonder nicotine en nadere regeling van voor roken bestemde kruidenproducten*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34684-3. (2018). *Wijziging van de Luchtvaartwet met het oog op de aanwijzing van luchtvaartterreinen waarvan gebruik dient te worden gemaakt voor de landing van vluchten die een sterk verhoogd risico vormen om te worden gebruikt voor drugssmokkel; Memorie van toelichting*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34700-34. (2017). *Vertrouwen in de toekomst, Regeerakkoord 2017-2021 VVD, CDA, D66 en Christen Unie*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34763-1. (2018). *Wijziging van de Opiumwet (verruiming sluitingsbevoegdheid); Koninklijke boodschap.* Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34763-2. (2018). *Wijziging van de Opiumwet (verruiming sluitingsbevoegdheid); Voorstel van wet.* Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34763-3. (2018). *Wijziging van de Opiumwet (verruiming sluitingsbevoegdheid); Memorie van toelichting.* Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34763-9. (2018). *Wijziging van de Opiumwet (Verruiming sluitingsbevoegdheid); Motie van het lid Van Nispen c.s. over een vangnetbepaling in de Opiumwet*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34885-1. (2018). *Besluit, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van [de] middelen….; Nota van toelichting*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34960-VI-1. (2018). *Wijziging van de begrotingsstaten van het Ministerie van Justitie en Veiligheid (VI) voor het jaar 2018; Wijziging samenhangend met de Voorjaarsnota; Voorstel van wet*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34961-3. (2018). *Voorstel van wet van het lid Ziengs tot wijziging van de Drank- en Horecawet en enkele andere wetten in verband met verruiming van de mogelijkheid tot het inzetten van mengformules (Wet regulering mengformules); Memorie van toelichting (initiatiefvoorstel)*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34982-1. (2018). *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. Koninklijke boodschap*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34982-2. (2018). *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. Voorstel van wet*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34982-3. (2018). *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. Memorie van toelichting*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34997-2. (2018). *Regels inzake een uniform experiment met teelt en verkoop van hennep en hasjiesj voor recreatief gebruik in een gesloten coffeeshopketen (Wet experiment gesloten coffeeshopketen); Voorstel van wet*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.34997-3. (2018). *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.

T.K.Aanhangsel-1479. (2018). *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.

T.K.Aanhangsel-1554. (2018). *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.

T.K.Aanhangsel-1762. (2016). *Antwoord op vragen van de leden Segers en Dik-Faber over drugsafval in landbouwakkers*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.Aanhangsel-1890. (2016). *Antwoord op vragen van het lid Bergkamp over het vonnis van de rechtbank Amsterdam in de zaak van de HIV-patiënt die zijn eigen hennep mag telen*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.Aanhangsel-1903. (2017). *Antwoord op vragen van het lid Markuszower over het bericht "Drugsgebruik tbs-kliniek niet meer toegestaan."* Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.Aanhangsel-2277. (2017). *Antwoord op vragen van de leden Geurts en Van Toorenburg over drugsdumpingen en waterkwaliteit*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.Aanhangsel-2302. (2017). *Antwoord op vragen van de leden Van Oosten en Remco Dijkstra over het bericht "Oostenrijk hekelt Nederlandse aanpak drugsproducenten."* Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.Aanhangsel-2448. (2018). *Antwoord op vragen van het lid Stoffer over de vergoeding van kosten voor het opruimen van gedumpt drugsafval*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.Aanhangsel-2490. (2018). *Antwoord op vragen van de leden Den Boer, De Groot en Van Eijs over het bericht 'Dit keer dumpen de boswachters zelf afval , als statement'*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.Aanhangsel-2750. (2016). *Antwoord op vragen van de leden Kooiman, Smaling en Van Toorenburg over het bericht dat er door een drugs-lab giftige stoffen zijn vrij gekomen in een woonwijk in Tilburg*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.Aanhangsel-2807. (2018). *Antwoord op vragen van het lid Kuik over het bericht "Nergens in Europa wordt meer xtc geslikt dan in Nederland."* Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.Aanhangsel-303. (2017). *Antwoord op vragen van de leden Bergkamp, Van Engelshoven en Jetten over de berichtgeving dat de nieuwe drugstest voor automobilisten mogelijk problematisch is voor mensen met ADHD medicatie*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.Aanhangsel-575. (2016). *Antwoord op vragen van de leden Belhaj, Bergkamp, Koser Kaya en Van Veldhoven over het bericht 'Politie heeft geen zicht op dumpingen drugsafval.'* Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

T.K.Handelingen 2016-2017_55-14. (2017). *Stemmingen Wet gesloten coffeeshopketen*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A., & Ahmed, S. (2014). Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education: The EMPOWER Cluster Randomized Trial. *JAMA Internal Medicine*, *174*(6), 890–898.

Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie. (2018). *De dood als startpunt: een onderzoek naar de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie*. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Ter Bogt, T., Van Lieshout, M., Doornwaard, S., & Eijkemans, Y. (2009). *Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten: twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Ter Weijde, W., Croes, E., Verdurmen, J. E., & Monshouwer, K. (2015). *Factsheet meeroken*. Utrecht: Trimbos-instituut.

The National Academies of Sciences Engeneering & Medicine. (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids*. Washington, D.C.: National Academies Press.

The Swedish Police Authority; National Operations Department. (2018). *Swedish National Threat Assessment on fentanyl analogues and other synthetic opioids*. Stockholm: The Swedish Police Authority.

Tops, P., Van Valkenhoef, J., Van der Torre, E., & Van Spijk, L. (2018). *Waar een klein land groot in kan zijn: Nederland en synthetische drugs in de afgelopen 50 jaar*. Den Haag: Boom criminologie.

Tran, L. (2018). *Wastewater-based Drug Epidemiology to Estimate Societal Drug Use: A Critical Review*. Murdoch: Murdoch University.

Trimbos-instituut & Nederlands Huisartsen Genootschap. (2016). *Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning: Herziening 2016*. Utrecht: Trimbos-instituut & Nederlands Huisartsen Genootschap.

Trimbos-instituut. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (3e revisie, 2013): Versie 1.0*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut. (2017). *Addendum Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning bij zwangere vrouwen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut, & Verslavingspreventie Nederland (VPN). (2017). *Richtlijnen Verslavingspreventie binnen het onderwijs*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Tuithof, M. (2015). *Drinking Distilled: onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Tuithof, M., Siauw, R., Van Dorsselaer, S., & Monshouwer, K. (2017). *Factsheet Monitor Zwangerschap en Middelengebruik: het middelengebruik van moeders en hun partner voor, tijdens en na de zwangerschap.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Tuithof, M., Ten Have, M., Van den Brink, W., Vollebergh, W., & De Graaf, R. (2012). The role of conduct disorder in the association between ADHD and alcohol use (disorder). Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Drug & Alcohol Dependence*, *123*(1–3), 115–121.

Tuithof, M., Ten Have, M., Van den Brink, W., Vollebergh, W., & De Graaf, R. (2013). Predicting persistency of DSM-5 alcohol use disorder and examining drinking patterns of recently remitted individuals: a prospective general population study. *Addiction*, *108*(12), 2091–2099.

Tuithof, M., Ten Have, M., Van den Brink, W., Vollebergh, W., & De Graaf, R. (2014). Alcohol consumption and symptoms as predictors for relapse of DSM-5 alcohol use disorder. *Drug & Alcohol Dependence*, *140*, 85–91.

Tuithof, M., Ten Have, M., Van den Brink, W., Vollebergh, W., & De Graaf, R. (2016). Treatment Seeking for Alcohol Use Disorders: Treatment Gap or Adequate Self-Selection? *European Addiction Research*, *22*(5), 277–285.

Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., & Monshouwer, K. (2017). *Veranderingen in middelengebruik onder Nederlandse scholieren: samenhang met schoolniveau*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., & Monshouwer, K. (2018). *Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017*. Utrecht: Trimbos-instituut.

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, & National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2015). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (US).

United Nations Commission on Narcotic Drugs. (2015). *Report on the fifty-eighth session (5 December 2014 and 9-17 March 2015): Economic and Social Council: Official Records, 2015: Supplement No. 8*. New York: United Nations.

Valkenberg, H., & Nijman, S. (2018). *Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol: SEH-bezoeken 2017*. Amsterdam: VeiligheidNL.

Van Amsterdam, J. G. C., Van Laar, M., Brunt, T. M., & Van den Brink, W. (2012). Risk assessment of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in the Netherlands. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, *63*(1), 55–63.

Van Amsterdam, J. G. C., Wartenberg, H. H. C., & Van den Brink, W. (2015). Forse toename voorgeschreven opioïden in Nederland: Dreigen hier Amerikaanse toestanden? *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, *159*, A9245.

Van Amsterdam, J., & Niesink, R. (2017). Geweld door alcohol en drugs (II): Alcohol, cocaïne, amfetamine en agressie. *Verslaving*, *13*(3), 189–197.

Van Amsterdam, J., Brunt, T., & Van Den Brink, W. (2015). The adverse health effects of synthetic cannabinoids with emphasis on psychosis-like effects. *Journal of Psychopharmacology*, *29*(3), 254–263.

Van Amsterdam, J., Nabben, T., & Van den Brink, W. (2015). Recreational nitrous oxide use: Prevalence and risks. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, *73*(3), 790–796.

Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., & Van Den Brink, W. (2010). Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. *European Addiction Research*, *16*(4), 202–207.

Van Arum, S., & Schoorl, R. (2016). *Sociale (wijk)teams in beeld: stand van zaken na de decentralisaties (najaar 2015).* Utrecht: Movisie.

Van Bemmel, J. (2017). Oxycodon, een nieuwe heroïneplaag: Pijn bestrijden met opiaten leidt tot Amerikaanse toestanden. *Medisch Contact*, *72*(46), 20–23.

Van Bemmel, J. (2018a). *Het oxycodonprobleem: adviezen voor minister Bruins: 28 augustus 2018.* Retrieved from https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/het-oxycodonprobleem-adviezen-voor-minister-bruins.htm.

Van Bemmel, J. (2018b). *"Oxycodongebruik stijgt wél problematisch."* Retrieved from https://www.medischcontact.nl/opinie/reacties/ingezonden-reactie/oxycodongebruik-stijgt-wel-problematisch.htm.

Van Benthem, D. J. T., & Kunst, A. E. (2016). *The impact of a temporary smoking abstinence campaign on smoking and its socio-cognitive determinants: a retrospective study*. Amsterdam: AMC/UvA, afdeling Sociale Geneeskunde.

Van Beurden, A. C. J., Vegt, K. R., Van Hoof, J. J., Gosselt, J. F., Van Dalen, W. E., & Van Ginneken, S. B. (2015). *De naleving van de alcoholleeftijdsgrens door supermarkten, slijterijen, horecagelegenheden, cafetaria's en sportkantines in 2013, 2014 en 2015. Het resultaat van ruim 5800 aankooppogingen door mysteryshoppers onder de leeftijdsgrens in 133 Nederlandse ge*. Utrecht: STAP.

Van Dalen, W. E., Van Hoof, J. J., & Van Ginneken, S. B. (2018). *De naleving van de alcoholleeftijdsgrens door horecagelegenheden, supermarkten, slijterijen, cafetaria's en sportkantines in 2017*. Utrecht/Enschede: STAP/Universiteit Twente.

Van den Berg, P., Borkus, B., Van Groesen, E., Van Kruchten, E., Loef, J., & Warmoeskerken, M. (2016). *Jaarevaluatie campagnes Rijksoverheid 2015*. Den Haag: Rijksoverheid.

Van den Boom, W. (2018). *Casual sex, risk and context: HIV risk-reduction strategies among men who have sex with men*. Amsterdam: University of Amsterdam.

Van den Brink, W., Van de Glind, G., & Schippers, G. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.

Van der Giessen, M., Molenaar, D. E. G., & Van Ooyen-Houben, M. M. J. (2014). *De export van in Nederland geteelde cannabis*. Den Haag: WODC.

Van der Gouwe, D., & Rigter, S. (2017). *Jaarbericht 2016 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van der Gouwe, D., & Rigter, S. (2018). *Jaarbericht 2017 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van der Gouwe, D., Brunt, T. M., van Laar, M. W., & van der Pol, P. (2017). Purity, adulteration and price of drugs bought on-line versus off-line in the Netherlands. *Addiction*, *112*(4), 640–648.

Van der Laan, J., Van Straaten, B., Boersma, S., Schrijvers, C., Van de Mheen, D., & Wolf, J. (2013). *Daklozenprofielen in de vier grote steden en veranderingen in wonen, kwaliteit van leven en hulpbehoeften. Resultaten uit de 2e meting van Coda G4.* Nijmegen/Rotterdam: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC st Radboud & IVO.

Van der Pol, P., Liebregts, N., de Graaf, R., Korf, D. J., Van den Brink, W., & Van Laar, M. W. (2013a). Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: A three-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, *133*(1), 352–359.

Van der Pol, P., Liebregts, N., De Graaf, R., Korf, D. J., Van den Brink, W., & Van Laar, M. W. (2013b). Validation of self-reported cannabis dose and potency: An ecological study. *Addiction*, *108*(10), 1801-1808.

Van der Pol, P., Liebregts, N., De Graaf, R., Korf, D. J., Van den Brink, W., & Van Laar, M. W. (2015). Three-year course of cannabis dependence and prediction of persistence. *European Addiction Research*, *21*(6), 279–290.

Van der Pol, P., Nijkamp, L., Nabben, T., & Van Laar, M. W. (2017). *4 - Fluoramfetamine: gebruikers en gebruik in beeld*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Dijk, A., & Reinerie, P. (2015). *Huo 2014: Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken*. Den Haag: GGD Haaglanden.

Van Dijken, G. D., Blom, R. E., Hené, R. J., & Boer, W. H. (2013). High incidence of mild hyponatraemia in females using ecstasy at a rave party. *Nephrology Dialysis Transplantation*, *28*(9), 2277–2283.

Van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Verdurmen, J., Spit, M., Van Laar, M., & Monshouwer, K. (2016, 2016a, 2016b). *Jeugd en riskant gedrag 2015: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Eijsden, P. (2018). Postoperatieve opiaten: Pas op met herhaalrecepten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *162*, D3219.

Van Everdingen, C. (2016). *De Utrechtse nachtopvang en crisisopvang in beeld: Eindrapport van beeldvormend onderzoek in opdracht van de gemeente Utrecht*. Sittard: Van Everdingen ZorgConsult.

Van Gastel, W. A., Tempelaar, W., Bun, C., Schubart, C. D., Kahn, R. S., Plevier, C., & Boks, M. P. M. (2013). Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: a population-based study at secondary schools. *Psychological Medicine*, *43*(9), 1849–1856.

Van Gastel, W. A., Wigman, J. T. W., Monshouwer, K., Kahn, R. S., Van Os, J., Boks, M. P. M., & Vollebergh, W. A. M. (2012). Cannabis use and subclinical positive psychotic experiences in early adolescence: findings from a Dutch survey. *Addiction*, *107*(2), 381–387.

Van Geffen, K., Van Boheemen, C., Van Dijk, L., Van Hulten, R., & Bouvy, M. (2009). Slechts 1 op 10 stopt na benzomaatregel: Afschaffing vergoeding heeft beperkt effect. *Pharmaceutisch Weekblad*, *144*, 28–32.

Van Gestel, B., m.m.v. Verhoeven, M. A. (2017). *Verkennende voorstudie liquidaties.* Den Haag: WODC.

Van Goor, M. (2018). *Factsheet Lachgas*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Hoof, F., Knispel, A., Hulsbosch, L., De Lange, A., Michon, H., & Kroon, H. (2017). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2017*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Hoof, F., Knispel, A., Hulsbosch, L., Van Rooijen, S., Place, C., Michon, H., … Kroon, H. (2016). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2015*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Joolen, O. (2017). Veel meer drugs in verkeer dan verwacht: Succesvolle speekseltest overbelast NFI: *Telegraaf, Binnenland,* 25 november.

Van Kalmthout, R. (2018). *Bob 15 jaar (R58): Eindrapportage campagne-effectonderzoek*. Den Haag: Kantar Public.

Van Laar, M. W., & Van Gestel, B. (Red.). (2017). *Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2017*. Utrecht/ Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.

Van Laar, M. W., & Van Ooyen-Houben, M. (2016). *Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2016.* Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.

Van Laar, M. W., Frijns, T., Trautmann, F., & Lombi, L. (2013). Sizing the cannabis market: a demand-side and user-specific approach in seven European countries. *Current Drug Abuse Reviews*, *6*(2), 152-164.

Van Laar, M. W., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., & De Graaf, R. (2007). Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addiction*, *102*(8), 1251-1260.

Van Laar, M., Cruts, G., & Deerenberg, I. (2006). Sterfte door drugs: wat zeggen de aantallen? *Verslaving*, *2*(4), 156–164.

Van Leeuwen, L., & Van Hasselt, N. (2017). *Huidige stand van kennis in de wetenschap over het effect van alcoholreclame op drinkgedrag*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Noorden, M. S., Kamal, R., De Jong, C. A. J., Vergouwen, A. C. M. T., & Zitman, F. G. (2010). GHB-afhankelijkheid en -onthoudingssyndroom. *Nederlands Tijdschrijft voor de Geneeskunde*, *154*(1286).

Van Noorden, M. S., Mol, T., Wisselink, J., Kuijpers, W., & Dijkstra, B. A. G. (2017). Treatment consumption and treatment re-enrollment in GHB-dependent patients in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, *176*, 96–101.

Van Noorden, M., & Van Dijken, T. (2014). GHB-intoxicaties en -onthouding in het algemeen ziekenhuis: Diagnostiek en behandeling. *Verslaving*, *10*(3), 33–44.

Van Rooij, T. M., Schoenmakers, A. J., & Van de Mheen, D. (2011). *Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2009: De kerncijfers*. Rotterdam: IVO.

Van Santen, D. K., De Vos, A. S., Matser, A., Willemse, S. B., Lindenburg, K., Kretzschmar, M. E. E., … De Wit, G. A. (2016). Cost-Effectiveness of Hepatitis C Treatment for People Who Inject Drugs and the Impact of the Type of Epidemic; Extrapolating from Amsterdam, the Netherlands. *PLoS ONE*, *11*(10), e0163488.

Van Sassenbroeck, D. K., Calle, P. A., Rousseau, F. M., Verstraete, A. G., Belpaire, F. M., Monsieurs, K. G., … Buylaert, W. A. (2003). Medical problems related to recreational drug use at nocturnal dance parties. *European Journal of Emergency Medicine*, *10*(4), 302–308.

Van Straaten, B., Van Der Laan, J., Rodenburg, G., Boersma, S., Wolf, J., & Van De Mheen, D. (2014). *Dakloze mensen in de vier grote steden: veranderingen in leefsituatie, zorggebruik en kwaliteit van leven: Resultaten uit de derde meting van Coda-G4: 1,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang*. Rotterdam: IVO/Impuls.

Van Straaten, B., Van der Laan, J., Schrijvers, C., Boersma, S., Maas, M., & Wolf, J. (2012). *Profiel van daklozen in de vier grote steden: resultaten uit de eerste meting van de Cohortstudie naar daklozen in de vier grote steden (Coda-G4)*. Rotterdam-Nijmegen.

Van Straaten, B., Van Gelder, N., Rodenburg, G., & Van de Mheen, D. (2016). *Dakloze mensen in Den Haag: veranderingen in leefsituatie over 5,5 jaar: Resultaten van een vervolgmeting in Den Haag van Coda-G4*. Rotterdam: IVO.

Van Vooren, N. J. E., Van Dorst, H. D. C. A., Kemper, P. F., Lemmens, L. C., Baan, C. A., Struijs, J. N., & Drewes, H. . (2018). *Evaluatie "Preventie in het Zorgstelsel": samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van preventie in 2017*. Bilthoven: RIVM.

Van Wilgenburg, H. (2006). Farmacologie en neurotoxicologie van cocaïne. *Verslaving*, *2*(1), 34–37.

Veerbeek, M., Heijkants, C., & Willemse, B. (2017). *Alcoholgebruik onder 55-plussers*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Venhuis, B., & Keizers, P. (2018). *Notitie lachgas*. Bilthoven: RIVM.

Venhuis, B., De Hon, O., & Puiman, J. (2014). Meer schade door internetpillen: melden moet: Doorvragen in de spreekkamer kan beunhazen aan het licht brengen. *Medisch Contact*, 946–948.

Verbiest, M. E., Chavannes, N. H., Crone, M. R., Nielen, M. M., Segaar, D., Korevaar, J. C., & Assendelft, W. J. (2013). An increase in primary care prescriptions of stop-smoking medication as a result of health insurance coverage in the Netherlands: population based study. *Addiction*, *108*(12), 2183–2192.

Verdurmen, J. E., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., & Vollebergh, W. (2005). *Cannabisgebruik onder adolescenten: gebruikspatronen, achtergrondfactoren en psychosociale problemen.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Verdurmen, J. E., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vermeulen-Smit, E., Lokman, S., & Vollebergh, W. A. M. (2012). *Jeugd en riskant gedrag 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verdurmen, J. E., Van Dorsselaer, S., & Monshouwer, K. (2016). *Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vergara, D., Bidwell, L.C., Gaudino, R., Torres, A., Du, G., Ruthenburg, T.C. et al. (2017). *Compromised External Validity: Federally Produced Cannabis Does Not Reflect Legal Markets. Scientific Reports, 7*(46528).

Verslavingspreventie Nederland, & Trimbos-instituut. (2016). *Werkconferentie 'Verslavingspreventie en de sociale wijkteams' (20 september 2016): verslag*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verstraete, A. G. (2004). Detection Times of Drugs of Abuse in Blood, Urine, and Oral Fluid. *Therapeutic Drug Monitoring*, *26*(2), 200–205.

Verweij, K. J. H., Treur, J. L., Vreeker, A., Brunt, T. M., Willemsen, G., Boomsma, D. I., & Vink, J. M. (2017). Heritability of lifetime ecstasy use. *Drug and Alcohol Dependence*, *178*, 66-69.

Verweij, K. J., Creemers, H. E., Korhonen, T., Latvala, A., Dick, D. M., Rose, R. J., … Kaprio, J. (2016). Role of overlapping genetic and environmental factors in the relationship between early adolescent conduct problems and substance use in young adulthood. *Addiction*, *111*(6), 1036-1045.

Verweij, K. J., Huizink, A. C., Agrawal, A., Martin, N. G., & Lynskey, M. T. (2013). Is the relationship between early-onset cannabis use and educational attainment causal or due to common liability? *Drug & Alcohol Dependence*, *133*(2), 580-586.

Vidhate, S., Pathak, H., Kamble, R. (2017). *Rupture of Heart in a Cannabis Addict: an Autopsy Case Report. International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine, 7*(1), 77-80.

Visser, M., Van Aar, F., Van Oeffelen, A. A. M., Van den Broek, I. V. F., Op de Coul, E. L. M., Hofstraat, S. H. I., … Van Benthem, B. H. B. (2017). *Sexually transmitted infections including HIV, in the Netherlands in 2016*. Bilthoven: RIVM.

Visser, W., Geraets, L., Bos, P., Ramlal, R., Fokkens, P., Klerx, W., & Talhout, R. (2016). *De gezondheidsrisico's van e-sigaretten voor omstanders*. Bilthoven: RIVM.

Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., DeLisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., … Baler, R. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry*, *73*(3), 292-297.

Vreeker, A., Croes, E., Brunt, T., Niesink, R., Van Laar, M. W., Smink, B., … Lusthof, K. (2017). *MDMA-gerelateerde sterfgevallen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vreeker, A., Van der Burg, B. G., Van Laar, M., & Brunt, T. M. (2017). Characterizing users of new psychoactive substances using psychometric scales for risk-related behavior. *Addictive Behaviors*, *70*, 72–78.

Vrijmoeth, T., Kramers, C., Dahan, A., & Koelemay, M. J. W. (2018). Vermijden van langdurig opiaatgebruik na operatie. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, *162*, D2802.

Wang, G., Zhang, Y., Zhang, S., Chen, H., Xu, Z., & Schottenfeld, R. S. (2016). Aripiprazole and Risperidone for Treatment of Methamphetamine-Associated Psychosis in Chinese Patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *62*, 84–88.

Watkins, W. C. (2016a). A Social Learning Approach to Prescription Drug Misuse Among College Students. *Deviant Behavior*, *37*(6), 601–614.

Watkins, W. C. (2016b). Prescription Drug Misuse Among College Students: A Comparison of Motivational Typologies. *Journal of Drug Issues*, *46*(3), 216–233.

Weinberger, A. H., Pacek, L. R., Wall, M. M., Zvolensky, M. J., Copeland, J., Galea, S., … Goodwin, R. D. (2018). Trends in cannabis use disorder by cigarette smoking status in the United States, 2002 to 2016. *Drug and Alcohol Dependence*, *191*, 45–51.

White, C. M. (2016). Mephedrone and 3,4-Methylenedioxypyrovalerone (MDPV): Synthetic Cathinones With Serious Health Implications. *Journal of Clinical Pharmacology*, *56*(11), 1319–1325.

WHO Regional Office of Europe. (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen: WHO.

Wijers, L., Croes, E., De Ruiter, N., & Valkenberg, H. (2017). *Monitor drugsincidenten: Factsheet 2016*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wijers, L., Croes, E., Gresnigt, F., Vreeker, A., Van Litsenburg, R., Brunt, T., … Van Laar, M. W. (2016). *Kenmerken en klinische gegevens van patiënten met ernstige ecstasyintoxicaties: Analyse van registratiegegevens van de Monitor Drugsincidenten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wisselink, D. J., & Mol, A. (2013). *GHB hulpvraag in Nederland: Belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor GHB problematiek in de verslavingszorg 2007-2012*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2015). *Kerncijfers Verslavingszorg 2014: LADIS: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2016). *Kerncijfers Verslavingszorg 2015: LADIS: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Wolberink, I. M., Van der Lely, N., & Van Hoof, J. J. (2018). *Factsheet alcoholintoxicaties 2007 tot en met 2017*. Delft/Enschede: Reinier de Graaf Gasthuis/Universiteit Twente.

Wood, A. M., Kaptoge, S., Butterworth, A. S., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T., … Danesh, J. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet*, *391*(10129), 1513–1523.

Wood, D., Cottrell, A., Baker, S. C., Southgate, J., Harris, M., Fulford, S., … Gillatt, D. (2011). Recreational ketamine: From pleasure to pain. *BJU International*, *107*(12), 1881–1884.

World Cancer Research Fund, & American Institue for Cancer Research. (2018). *Continuous Update Project Expert Report 2018: Alcohol drinks and the risk of cancer.* London: WCRF.

World Health Organization. (2013). *Report on the global tobacco epidemic*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2017). *Alcohol labelling: A discussion document on policy options*. Copenhagen: WHO.

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2018). *Time to Deliver: report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases*. Geneva: WHO.

World Health Organization; European Union. (2017). *Alcohol policy implementation in the European Region: Update with 2015 data*. Copenhagen: WHO.

Wuyts, C., Barbier, S., & Loosveldt, G. (2016). *Comparison of alcohol consumption in European countries, and some methodological thoughts*. Leuven: KU Leuven.

Youngworks. (2016). *Onderzoek drinkgedrag jongeren*. Amsterdam: Youngworks.

Zandstra, P. (2018). *Drugs in Amsterdam steeds meer buiten het nachtleven gebruikt.* Retrieved July 18, 2018, from https://www.nrc.nl/nieuws/2018/07/18/even-een-xtc-pilletje-op-het-ij-a1610508.

Zhao, J., Stockwell, T., Roemer, A., & Chikritzhs, T. (2016). Is alcohol consumption a risk factor for prostate cancer? A systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*, *16*(1), 845.

ZonMw. (2017). *Breaking the vicious cycle of GHB use and relapse: The development of an intervention guideline and piloting project.* Retrieved October 23, 2018, from https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/programmas/project-detail/preventieprogramma-5/breaking-the-vicious-cycle-of-ghb-use-and-relapse-the-development-of-an-intervention-guideline-and/.

Zorginstituut Nederland. (2017). *Verkenning naar mogelijke herbeoordeling medicinale cannabis*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zorginstituut Nederland. (2017). *Verkenning Zorgcluster GGZ*. Den Haag: Zorginstituut Nederland.

Zuccato, E., Castiglioni, S., Senta, I., Borsotti, A., Genetti, B., Andreotti, A., … Serpelloni, G. (2016). Population surveys compared with wastewater analysis for monitoring illicit drug consumption in Italy in 2010-2014. *Drug & Alcohol Dependence*, *161*, 178–188.

Zvosec, D. L., & Smith, S. W. (2010). Letter to the Editor. *Clinical Therapeutics*, *32*(4), 780–785.

Zwaveling, E., Slot, M., & Oostdijk, A. (2017). *Pilot mengvormen Drank- en Horecawet: Eindrapport; Een positief resultaat voor klanten, ondernemers en winkelgebieden*. Utrecht: Berenschot.

Erratum

Erratum

Pagina 320

In de paragraaf over “Binge drinken” is de eerste bullet point “20%” vervangen door “18%”.

Pagina 474

Figuur 16.1 is vervangen voor een nieuwe versie.